Broodnodig

De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg

Gezondheidsraad
Health Council of the Netherlands

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : Aanbieding advies *Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg*
Uw kenmerk : -
Ons kenmerk : U-6343/NdN/pm/844-G
Bijlagen : 1
Datum : 24 februari 2011

Geachte minister,

Naar schatting 150 000 mensen in Nederland kunnen niet in hun eigen bestaansvoorwaarden voorzien, door een combinatie van psychische en andere problemen. Nog eens vijf maal zoveel mensen dreigen naar zo'n situatie af te glijden. Het gaat om schattingen, want deugdelijke informatie over de precieze omvang van deze groep, de doelgroep van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz), ontbreekt. Wel staat vast dat de maatschappelijke impact groot is. Het is een groep die soms ernstige overlast veroorzaakt. De discussie over de wenselijkheid van hulp onder dwang en over de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van hulpverleners houdt de gemoederen regelmatig danig bezig, onder andere naar aanleiding van ernstige incidenten.

Niet alleen over de omvang van de doelgroep zijn weinig gegevens bekend, ook ontbreekt het aan kennis over de aard van de problemen, de doelmatigheid en de effectiviteit van interventies en de resultaten van beleid. Dat heeft te maken met de complexiteit van de problematiek, het multidisciplinaire karakter van het veld en de lastige toegankelijkheid van de doelgroep. Dit tekort aan kennis zet een rem op de professionalisering van de OGGz en de innovatie in de sector. Voor betere zorg en effectief beleid zijn kennis en een goede kennisinfrastructuur onontbeerlijk.

Het advies dat ik u bij deze aanbied beschrijft welke kennis nodig is en hoe een geschikte kennisinfrastructuur voor de OGGz eruit zou moeten zien. Het beveelt aan om enkele bestaande positieve ontwikkelingen uit te bouwen en te versterken. Hier ligt een rol voor universiteiten, hogescholen en andere onderzoeksinstellingen die zich met de OGGz

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 57 10
E-mail: nico.de.neeling@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl

bezighouden. Voor een goede OGGz-infrastructuur is echter meer nodig: een substantieel meerjarig onderzoeks-programma, waarin met betrokkenheid van cliënten, gemeenten, onderzoekers, justitie, zorg- en opvanginstellingen een aantal inhoudelijke thema's wordt uitgewerkt en gaandeweg een robuuste kennisinfrastructuur wordt opgebouwd.

De commissie die het advies heeft opgesteld beveelt aan ZonMw op te dragen om, vooruitlopend op de besluitvorming over de investering die voor dit programma nodig is, een korte programmeringsstudie uit te voeren. Een inventarisatie en analyse van de beschikbare epidemiologische gegevens zou hiervan een belangrijk onderdeel moeten uitmaken. De studie zou moeten leiden tot een plan voor de inrichting van het OGGz-programma en tot een schatting van het bedrag dat voor de uitvoering daarvan nodig is.

Ik bied dit advies vandaag ook aan aan uw ambtgenoten van Veiligheid en Justitie, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. L.J. Gunning-Schepers,
voorzitter

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 57 10
E-mail: nico.de.neelin@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl

Broodnodig

De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg

aan:

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

de minister van Veiligheid en Justitie

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Nr. 2011/02, Den Haag, 24 februari 2011

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids-(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid, Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit en Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.

De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011; publicatienr. 2011/02.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-835-2

Inhoud

Samenvatting *11*

Executive summary *17*

1 Inleiding *23*
1.1 Aanleiding *23*
1.2 Werkwijze *24*
1.3 Opzet *24*

2 OGGz: specifiek karakter, complexe problemen *25*
2.1 Omschrijving *25*
2.2 Individuele hulpverlening en intersectoraal beleid *27*
2.3 Medisch en maatschappelijk *28*
2.4 Openbaar karakter *28*
2.5 Krachtig en optimistisch *29*
2.6 Netwerk met veel verantwoordelijke partijen *30*
2.7 Omvang, kosten, besparingen *31*

3 Noodzakelijke kennis voor de OGGz *35*
3.1 Complex en beleidsintensief, maar kennisarm *35*
3.2 Kennisontwikkeling is noodzakelijk *36*

4 Een kennisinfrastructuur voor de OGGz *41*
4.1 Huidige kennisinfrastructuur *41*
4.2 Een passende kennisinfrastructuur *43*

5 Een programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz *47*
5.1 Studiepopulatie *47*
5.2 Uitkomstmaten *48*
5.3 Onderzoeksdesigns *48*
5.4 Onderzoeksthema's *48*

6 Aanbevelingen *51*
6.1 Investeer in een krachtig gestuurd programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz *52*
6.2 Versterk de lopende initiatieven *53*
6.3 Financier een OGGz-programmeringsstudie *54*

Literatuur *57*

Bijlagen *61*
A Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek *63*
B Expertmeeting *67*
C Ontvangen commentaren *71*
D De OGGZ-ladder *73*
E Beleid *77*
F Leerstoelen *81*
G Overige bijdragen aan de kennisinfrastructuur *83*

Samenvatting

Naar schatting 150 000 mensen in Nederland hebben de greep op het eigen bestaan verloren, door een combinatie van psychische en andere problemen. Ze verkommeren, verloederen en veroorzaken soms ernstige overlast. Nog eens vijf keer zoveel mensen dreigen naar zo'n situatie af te glijden.

In dit advies betoogt de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek (RGO) van de Gezondheidsraad dat de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz), die zich met deze groepen bezighoudt, kampt met een ernstig gebrek aan kennis. Een substantiële, meerjarige investering is noodzakelijk om de noodzakelijke kennisontwikkeling op gang te brengen. Vooruitlopend daarop zullen bestaande onderzoeksgroepen de krachten moeten bundelen. Een op korte termijn uit te voeren programmeringsstudie zal duidelijk moeten maken wat de omvang is van het bedrag dat nodig is, en hoe dit het best kan worden ingezet.

Omschrijving OGGz

De OGGz is het veld van hulpverlening en beleid dat zich bezighoudt met mensen met een combinatie van problemen op verschillende levensgebieden, en vaak ook psychiatrische of verslavingsproblemen of beperkte verstandelijke vermogens, die niet meer in hun eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien of, bij uitblijven van passende hulp, in die situatie terechtkomen. Het gaat in de OGGz

om medische zorg, praktische ondersteuning, rehabilitatie en opvang én om het beleid dat door Rijk en gemeenten voor de OGGz-groep ontwikkeld wordt.

De OGGz-groep veroorzaakt vaak problemen in de openbare ruimte: zij begaan overtredingen die politie en justitie belasten, zwerven, zorgen voor overlast in woonbuurten of roepen gevoelens van onveiligheid op. Er zijn geen nauwkeurige gegevens over de omvang van de groep.

De OGGz maakt deel uit van het beleidsterrein van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), van Veiligheid en Justitie (VenJ), van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Centraal in de OGGz staat het herstel of het behoud van het maatschappelijk functioneren. Uitgangspunt is steeds de vraag: wat zijn de mogelijkheden van mensen en hoe zijn hun zelfredzaamheid en participatie te bevorderen?

Kennisontwikkeling is noodzakelijk

De OGGz bestrijkt een enorme diversiteit aan complexe menselijke problemen en vergt telkens wisselende combinaties van medische en maatschappelijke zorg. Een systematische opbouw van kennis voor de OGGz is tot nu toe achterwege gebleven, door de complexiteit van de problematiek, de noodzakelijke multidisciplinariteit van het onderzoek en de lastige toegankelijkheid van de doelgroep. Zo'n kennisopbouw is echter wel noodzakelijk, om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en beleid te verhogen, en mogelijk, gelet op voorbeelden uit het buitenland. De baten zijn talrijk en divers: zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van de doelgroep, en besparingen op uitgaven aan zorg, op uitkeringen en op kosten in het justitiële domein.

Hoe onderzoek kan leiden tot een nieuwe, bewezen succesvolle strategie

Langdurig werklozen hebben vaak te maken met lichamelijke, psychische en sociale problemen. Uit onderzoek blijkt dat alleen een programma voor gezondheidsbevordering de werkhervatting niet bevordert. Rotterdam ontwikkelde daarom een nieuwe aanpak, waarin psychische hulp, maatschappelijke ondersteuning en begeleiding op het werk gecombineerd worden aangeboden. Kosteneffectiviteitsonderzoek wees uit dat deze aanpak goedkoper en succesvoller was dan de tot dan gebruikelijke: meer mensen gingen aan het werk en er werd 1,5 miljoen euro minder aan uitkeringen uitgegeven. De vier grote steden gaan de nieuwe aanpak implementeren.

Naar een passende kennisinfrastructuur

Er is in Nederland een begin van een OGGz-kennisinfrastructuur – drie academische werkplaatsen in opbouw, vier leerstoelen, waarvan drie bijzondere – dat beloftevol is, maar kwetsbaar. De verbindingen tussen onderzoek, praktijk en beleid zijn zwak. Het onderzoeksveld is gefragmenteerd, inhoudelijke samenhang in onderzoek en ontwikkeling ontbreekt, onderzoeken zijn projectgefinancierd. De schaalgrootte is gering.

Om ervoor te zorgen dat een systematische kennisopbouw echt op gang komt, is een substantieel, meerjarig programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz nodig waarin een aantal inhoudelijke thema's stapsgewijs wordt uitgewerkt en waarin tegelijk, gaandeweg, een robuuste kennisinfrastructuur wordt opgebouwd die past bij de aard van de OGGz.

Aanbevelingen

De commissie formuleert drie aanbevelingen:

1 Investeer in een krachtig gestuurd programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz

Volgens de commissie is een langdurige en substantiële investering nodig in een krachtig gestuurd programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz. De *top down* benadering van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek kan goede diensten bewijzen:

- voorbereiding en sturing door een commissie van onafhankelijke deskundigen (meestal gelijk aan de latere programmacommissie)
- uitvoerige oriëntatie op het onderzoeksterrein, door overleg met deskundigen en door het houden van workshops
- formulering van doelstellingen, naderhand uitgewerkt tot een strategisch onderzoeksprogramma
- concentratie van de stimulering op een beperkt aantal, naar verwachting meest succesvolle onderzoeksgroepen
- begeleiding van de uitvoering van het programma door een programmacommissie.

De investering moet voldoende zijn om, in een periode van tien jaar, bruikbare nieuwe kennis voort te brengen, een adequate kennisinfrastructuur te realiseren en ervoor te zorgen dat de continuïteit na afloop van het programma verzekerd is,

door financiering uit de reguliere OGGz- en onderzoeksgeldstromen. ZonMw zou zowel de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van het programma, als de verankering van de resultaten kunnen ondersteunen.

De commissie acht het aannemelijk dat de investering zich door een verhoging van effectiviteit en doelmatigheid van de OGGz ruimschoots zal terugbetalen in een grotere zelfredzaamheid van sociaal kwetsbare groepen. Omdat de baten van de OGGz zich voordoen op verschillende maatschappelijke terreinen (zorgkosten, uitkeringen, justitiële kosten) ligt het voor de hand dat de benodigde middelen door een aantal ministeries (VWS, VenJ, SZW en BZK) zullen worden opgebracht.

2 Versterk de lopende initiatieven

Op de korte termijn is het van belang de bestaande, aan universiteiten gelieerde initiatieven uit te bouwen en te versterken. De universitaire inbedding van het OGGz-onderzoek kan worden verbeterd door de instelling van gewone leerstoelen. Er kan samenwerking worden gezocht met hogescholen die praktijkgericht OGGz-onderzoek uitvoeren. Verder liggen er kansen voor versterking van de bestaande initiatieven door een betere onderlinge samenwerking, bijvoorbeeld in:

- de uitwisseling van kennis en onderzoeksresultaten
- het combineren van gegevens en onderzoekspopulaties, onder meer om prospectief onderzoek van voldoende omvang mogelijk te maken
- de vorming van netwerken van onderzoekers, om bundeling van onderzoeksvragen te vergemakkelijken
- het maken van afspraken over wie welke onderzoeksthema's ter hand neemt en de gezamenlijke formulering van onderzoeksvoorstellen
- de organisatie van de opleiding van onderzoekers.

Door de krachten te bundelen en de mogelijkheden tot synergie maximaal te benutten, kunnen de huidige onderzoekers, in samenwerking met hun partners in praktijk en beleid, duidelijk maken dat een duurzame en substantiële investering in het OGGz-onderzoek zinvol is.

3 Financier een OGGz-programmeringsstudie

De commissie beveelt de minister van VWS aan om, ter voorbereiding van de besluitvorming over een substantiële meerjarige investering, een bescheiden programmeringsstudie mogelijk te maken. Inventarisatie en analyse van relevante

epidemiologische gegevens die in verschillende contexten verzameld zijn, zou hiervan een belangrijk onderdeel moeten uitmaken. De studie zou moeten uitmonden in een, mede op overleg met deskundigen uit praktijk, beleid en onderzoek (inclusief cliënten) gebaseerd, strategisch programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz en in een schatting van het bedrag dat voor de uitvoering van dat programma nodig is.

De commissie beveelt aan de opdracht tot het uitvoeren van de studie te verstrekken aan ZonMw. De ervaring van ZonMw leert dat een dergelijke studie in twee jaar tijd voor een bedrag van 0,5 miljoen euro kan worden uitgevoerd.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. Badly needed. The development of knowledge for public mental health care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2011; publication no 2011/02

An estimated 150,000 people in the Netherlands are unable to maintain control over their own existence, through a combination of mental and other problems. They languish, deteriorate, often in isolation, and sometimes cause social disturbances. Another five times as many people are at risk of ending up in such a situation.

In this advisory report, the Committee on Health Research of the Health Council of the Netherlands argues that public mental health care (PMHC), which deals with these groups, has an insufficient body of knowledge on which to base its practice. A substantial, long term investment in research is needed to create that necessary common body of knowledge. To achieve this existing research groups have to join forces and a programming study has to outline what research and what investment is required.

PMHC description

PMHC deals with the care and policy for people who have multiple problems in various areas of their life, and often psychiatric or addiction problems, or mental handicaps. They can no longer provide for their own means of existence or will end up in such a situation in the absence of the appropriate support. PMHC encompasses medical care, practical support, rehabilitation and shelter as well as the policy developed by the state and municipalities for these vulnerable citizens.

PMHC patients often cause problems in the public arena: they are often homeless, involved in petty crime, are a burden on police and the courts, create disturbances in the neighbourhood or evoke feelings of insecurity for neighbours. There are no precise data available about the number of patient in need of PMHC.

PMHC is a part of the policy area of the ministries of Health, Welfare and Sport, Security and Justice, Social Affairs and Employment and the Interior. At the core of such policies always lies the question on how social functioning can be restored or maintained. The starting point remains the following question: What are people's possibilities, and how can their self-sufficiency and participation in society be advanced?

Knowledge development is necessary

PMHC has to deal with an enormous diversity of complex human problems and requires varying combinations of medical and social care. Systematic research to create an evidence base has not been undertaken, partly because of the complexity of problems, the multidisciplinarity of the research needed, and the difficult accessibility of the target group. However, an evidence base is necessary, to promote quality and efficiency of care and policy, and it could be built, considering foreign examples. The returns are many and varied: self-sufficiency and quality of life of the target group, and savings in regard to expenditures on care, social benefits and costs in the judicial field.

Research can lead to a new, demonstrably successful strategy

The long-term unemployed often suffer from physical, psychological and social problems. Research has shown that a programme of health promotion alone does not stimulate the resumption of work. This is why the city of Rotterdam developed a new approach wherein physical assistance, social support and guidance at work are offered as a combined intervention. A cost-effectiveness study demonstrated that this approach was cheaper and more successful than those often used in the past: More people went to work, and EUR 1.5 million was saved in social benefits payments. The four major cities in the Netherlands will be implementing this new approach.

Working towards a suitable research infrastructure

A first attempt at building a PMHC research infrastructure has been made – three academic work places are in progress as well as four university chairs, of which three are endowed but part time chairs. This progress is promising but still vulnerable. The interactions between research, practice and policy are weak. The field of study is fragmented; there is a lack of cohesion in the subjects of research and development, and studies are financed on a per project basis. The scale is small.

In order to ensure that a systematic knowledge building really gets going, a substantial, long term PMHC research and development programme is necessary in which a number of content-related topics are elaborated and in which a knowledge infrastructure to support the specific nature of PMHC research is gradually developed at the same time.

Recommendations

The Committee has decided on three recommendations:

1 Invest in a structured, top down managed PMHC research and development programme

According to the Committee, long-term and substantial investment is needed in a structured and top down managed PMHC research and development programme. The approach of the Health Research Funding Programme can be of good service:

- preparation and management by a committee of independent experts (usually the same as the subsequent programme committee)
- comprehensive orientation regarding the research area by means of consultation with experts and through workshops
- formulation of objectives, worked out afterwards into a strategic research programme
- focus on stimulating a limited number of the research groups expected to be most successful
- guidance of the programme's implementation by a programme committee.

The investment should be sufficient, over a period of 10 years, to bring about usable new knowledge, establish an adequate research infrastructure and ensure that there is continuity after the programme ends by means of financing from

regular PMHC and research funds. The Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw) could be able to support the preparation, implementation and evaluation of the programme as well as the embedment of the results.

The Committee believes that the investment will pay off in the form of greater self-sufficiency on the part of socially vulnerable groups due to an increase in effectiveness and efficiency of PMHC. Because the benefits of PMHC occur in various societal areas (health care costs, social benefits, costs in the judicial system), it seems obvious that the necessary resources should be provided by a number of ministries (Health, Welfare and Sport, Security and Justice, Social Affairs and Employment and the Interior).

2 Reinforce ongoing initiatives

In the short term it is important to develop and strengthen the existing initiatives that are associated with the universities. The embedding of PMHC research in universities can be improved by creating regular university chairs. Cooperation can be sought with universities of applied sciences that carry out practice-oriented PMHC research. Furthermore, there are opportunities for strengthening existing initiatives through better mutual cooperation, for example through the following:

- exchange of knowledge and research results
- combining data and research populations, among other things, in order to enable prospective research of sufficient scope
- forming networks of researchers in order to facilitate the bundling of research lines
- agreeing about who will tackle which research topics and the joint formulation of research proposals
- organising researchers' training.

By bundling strengths and optimally utilising synergy possibilities, current researchers – in cooperation with their partners in practice and policy – can demonstrate that a substantial investment in PMHC research is worthwhile.

3 Finance a PMHC programming study

The Committee recommends to the Minister of Health, Welfare and Sport that a modest programming study be permitted to prepare for a decision regarding a substantial, long term investment. Taking stock and analysing all relevant

epidemiological data that are collected in various contexts should make up an important contribution. This study should result in the outline of a strategic PMHC research and development programme, partly based on consultation with experts from practice, policy and research (including patients). It should also provide an estimate of the investment needed for the programme.

The Committee recommends that the task of conducting the study be given to The Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw). In the experience of ZonMw, such a study can be carried out over the course of two years for the amount of EUR 0.5 million.

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2008 constateerden de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en GGZ Nederland in een brief aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat de kennisbasis van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) onvoldoende is.

De maatschappelijke impact van de OGGz is groot, zo stelden de schrijvers van de brief. De doelgroep bestaat uit mensen met uiteenlopende problemen die dikwijls niet zelf om hulp vragen, maar verkommeren en soms ernstige overlast veroorzaken. Steeds vaker vinden interventies onder dwang plaats en er is veel discussie over de taken en verantwoordelijkheden van hulpverleners, onder andere naar aanleiding van ernstige incidenten zoals de dood van het Rotterdamse 'Maasmeisje'. Dit roept vragen op over de grens van tolerantie en verantwoordelijkheden, maar ook over mogelijkheden voor risicotaxatie en effectieve werkwijzen in de OGGz. Kennis daarover ontbreekt echter; *evidence based* richtlijnen zijn er niet. Daarom pleitten NVvP en GGZ Nederland voor intensivering van het onderzoek naar de OGGz-problematiek en investering in een kennisinfrastructuur.[1] In 2006 hadden ook de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD Nederland, Federatie Opvang en GGZ Nederland al om steun gevraagd voor de opbouw van een OGGz-kennisinfrastructuur.[2]

Het ministerie van VWS legde de brief van NVvP en GGZ Nederland voor aan de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek (RGO) van de Gezond-

heidsraad. Dit leidde ertoe dat het onderwerp ‘onderzoek voor de OGGz’ werd opgenomen op het Werkprogramma 2010 van de Gezondheidsraad, waarop de RGO het onderwerp ter hand nam.

1.2 Werkwijze

De RGO (hierna te noemen: de commissie, zie bijlage A) liet ter voorbereiding van het advies een quickscan opstellen, op basis van interviews met deskundigen met verschillende achtergronden.[3] Deze werd ingebracht in een in februari 2010 gehouden expertmeeting, waaraan veertig mensen deelnamen (zie bijlage B). De uitkomsten van deze bijeenkomst werden verwerkt in een conceptadvies dat voor commentaar werd voorgelegd aan circa vijfentwintig deskundigen, merendeels deelnemers aan de expertmeeting (zie bijlage C), en getoetst door de beraadsgroep Maatschappelijke gezondheidszorg.

1.3 Opzet

In hoofdstuk 2 beschrijft de commissie de karakteristieke kenmerken van de OGGz en gaat ze in op omvang en kosten van de problematiek. Hoofdstuk 3 stelt vast dat er in de OGGz een tekort aan kennis is en beschrijft welke kennis nodig is. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de huidige kennisinfrastructuur van de OGGz en laat zien wat een passende infrastructuur zou zijn. De commissie schetst vervolgens in hoofdstuk 5 de contouren van een meerjarig programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz dat nodig is om een goede kennisinfrastructuur op te bouwen. In hoofdstuk 6, ten slotte, formuleert ze haar aanbevelingen.

Hoofdstuk **2**

OGGz: specifiek karakter, complexe problemen

In dit hoofdstuk definieert de commissie wat zij onder OGGz verstaat en gaat ze in op enkele karakteristieke kenmerken van de OGGz. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van wat bekend is over de omvang en de kosten van de OGGz-problematiek en over de besparingen die de OGGz elders oplevert.

2.1 Omschrijving

Onder OGGz verstaat de commissie het veld van hulpverlening en beleid dat zich bezighoudt met mensen met een combinatie van problemen op verschillende levensgebieden, en vaak ook psychiatrische of verslavingsproblemen of beperkte verstandelijke vermogens, die niet meer in hun eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien of, bij uitblijven van passende hulp, in die situatie terechtkomen.* Het gaat in de OGGz om medische zorg, praktische ondersteuning, rehabilitatie en opvang én om het beleid dat door Rijk en gemeenten voor de OGGz-groep ontwikkeld wordt.**

Deze omschrijving van OGGz is ruimer dan de definitie die gemeenten en het ministerie van VWS in het algemeen hanteren. De gemeenten zijn, ingevolge het zogenaamde Prestatieveld 8 van de Wet maatschappelijke ondersteuning

* Het gaat om mensen op de treden twee, drie en vier van de zogenoemde OGGz-ladder (zie bijlage D).[4]

** In dit document wordt onder opvang verstaan: maatschappelijke opvang (dat is de opvang van dak- en thuislozen), vrouwenopvang en opvang van zwerfjongeren.

(Wmo), verantwoordelijk ‘voor het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg’.* Zij richten zich bij de invulling daarvan primair op de mensen die al zo ver zijn afgegleden dat ze niet meer in hun bestaansvoorwaarden kunnen voorzien, en minder op de mensen die passende hulp nodig hebben om te voorkómen dat het zover komt. Ook het OGGz-beleid van VWS houdt vooral zich bezig met groepen als de zorgwekkende zorgmijders, de verkommerden en verloederden, de (ex-)psychiatrische chronische patiënten en verslaafden die de greep op hun bestaan verloren hebben, de dak- en thuislozen met verschillende problemen.**

De keuze om in dit advies de ruimere omschrijving van de OGGz-groep aan te houden komt voort uit de wens om aan te sluiten bij de praktijk van de OGGz. OGGz-medewerkers zien mensen in erbarmelijke situaties en mensen die zich daaruit weten op te werken. Maar zij houden zich ook bezig met mensen die zich nog wel enigszins weten te redden, maar bij uitblijven van passende hulp hun zelfredzaamheid geheel dreigen te verliezen: mensen die uit de gevangenis komen, jongeren die met de politie in aanraking komen of verslaafd raken, mensen met hoge schulden die hun huis worden uitgezet, mensen met een (lichte) verstandelijke beperking die tussen de wal en het schip dreigen te raken. Om de professionalisering en verdere ontwikkeling van hun werk te ondersteunen is een kennisinfrastructuur nodig die op dezelfde ruime opvatting van het OGGz-veld geënt is.

Aldus opgevat maakt de OGGz niet alleen deel uit van het beleidsterrein van het ministerie van VWS, maar ook van dat van de ministeries van Veiligheid en Justitie (VenJ), van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Centraal in de OGGz staat het herstel of het behoud van het maatschappelijk functioneren. Uitgangspunt is steeds de vraag: wat zijn de mogelijkheden van mensen en hoe zijn hun zelfredzaamheid en participatie te bevorderen?

---

* De Wmo, prestatieveld 8, verstaat onder het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg: het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

** Binnen VWS draagt de afdeling Maatschappelijke ondersteuning de primaire verantwoordelijkheid voor dit beleid, waaraan verder wordt bijgedragen door de afdelingen Publieke gezondheid, Curatieve zorg, Langdurige zorg en Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie.

2.2 Individuele hulpverlening en intersectoraal beleid

Zoals gezegd omvat de OGGz zowel de hulpverlening aan sociaal kwetsbare mensen als de beleidsmaatregelen gericht op deze groepen. OGGz is allereerst individuele hulpverlening in de breedste zin van het woord: gericht op de problemen rond wonen, financiële huishouding, dagbesteding en sociaal netwerk, en op de psychische of psychiatrische problemen, verslavingsproblemen of verstandelijke beperkingen die daarbij in het spel kunnen zijn.

Voorbeelden van individuele hulpverlening in de OGGz

Schuldhulpverlening
Bemoeizorg, *assertive community treatment* (ACT en Functie ACT)
Vangnet
Opvoedingsondersteuning
Hulp aan slachtoffers en daders van huiselijk geweld
Opname in instelling voor GGz
Praktische en/of materiële ondersteuning zoals regelen van huisvesting
Opvang van dak- en thuislozen, zwerfjongeren en vrouwen
Bewaking medicijngebruik
Behandel- en rehabilitatieprogramma's

De OGGz omvat ook de ontwikkeling en uitvoering van (intersectoraal) beleid ten behoeve van sociaal kwetsbare groepen. Bijlage E geeft een overzicht van het beleid van onder andere Rijk, gemeenten, GGz-instellingen en opvanginstellingen. Er wordt bijvoorbeeld gewerkt aan verbindingen tussen wonen, zorg en opvang en aan gezamenlijke initiatieven voor brede, samenhangende zorg. Ook zijn er verbindingen tussen de zorg en het justitiële domein. Het beleid bestrijkt terreinen als collectieve preventie, schuldhulpverlening, politie, welzijn, werk en de deskundigheid en toegankelijkheid van zorginstellingen en maatschappelijke instanties. Het gaat enerzijds om wet- en regelgeving, anderzijds om beleid dat lokale besturen of lokale partijen ontwikkelen voor specifieke doelgroepen, zoals slachtoffers en daders van huiselijk geweld; dak- en thuislozen; zelfstandig of begeleid wonende mensen met chronisch psychiatrische aandoeningen en/of verstandelijke beperkingen; mensen die uit detentie komen; mensen met schulden en langdurig werklozen.

Beleid is ook nodig om individuele hulpverlening mogelijk te maken. Voorbeelden zijn: organisatie door lokale GGD'en van meldpunten voor huiselijk geweld, straatteams en lokale zorgnetwerken; afspraken tussen partijen over bijvoorbeeld de nazorg aan gedetineerden, over het voorkomen van huisuitzetting en over zorgadviesteams op scholen; ontwikkeling en uitvoering van re-integratieprogramma's en schuldhulpverleningstrajecten.

2.3 Medisch en maatschappelijk

De hulpverlening binnen de OGGz omvat preventie, signalering en toeleiding naar hulp, behandeling, praktische ondersteuning, zorg en opvang, herstel en re-integratie. Het is niet het domein van één sector, voorziening of paradigma; het is maatschappelijke ondersteuning, medische zorg en praktisch werk tegelijkertijd.

In de dagelijkse praktijk is de integratie tussen het medische en het maatschappelijke paradigma nog onvoldoende van de grond gekomen. De OGGz bevindt zich tussen twee culturen: die van de gezondheidszorg (met een accent op *evidence based* werken, gericht op genezing, met hooggeschoolde professionals) en die van de opvang- en welzijnssector (minder geacademiseerd, vooral gericht op verlichting van praktische problemen en herstel).[5] Voor de verbetering van de hulpverlening en de vergroting van de doelmatigheid is het essentieel dat beide perspectieven vervlochten worden: in de hulpverleningspraktijk én in het beleid van gemeenten en Rijk.

2.4 Openbaar karakter

Kenmerkend voor de OGGz is het openbare karakter van de problematiek:

- er is soms geen hulpvraag, terwijl omstanders vinden dat er wel hulp nodig is. In die gevallen moeten er goede redenen zijn om toch in te grijpen in het zelfbeschikkingsrecht (bijvoorbeeld schadebeperking door een partner te beschermen tegen een mishandelende echtgenoot)
- de betrokkenen veroorzaken vaak problemen in de openbare ruimte: zij begaan overtredingen die politie en justitie belasten, zwerven, zorgen voor overlast in woonbuurten of roepen gevoelens van onveiligheid op
- in het ontstaan van de problemen speelt de organisatie van de samenleving, naast individuele kenmerken en sociaaleconomische omstandigheden, vrijwel altijd een belangrijke rol.[6] De samenleving eist dat mensen meedoen, risico-inschattingen maken en opkomen voor hun eigen rechten; het beleid benadrukt het belang van het individu, de eigen verantwoordelijkheid en bur-

gerschap. Mensen die niet aan de gestelde eisen kunnen voldoen, komen in de problemen.

Door de verwevenheid met de samenleving is de problematiek niet stabiel.[7] Nieuwe OGGz-problemen dienen zich gemakkelijk aan. Voorbeelden zijn uitbuiting door loverboys, nieuwe verslavingen (internet, GHB) en ernstige vereenzaming.

Het openbare karakter van de OGGz-problematiek brengt met zich mee dat in de beleidsontwikkeling en -uitvoering en in de hulpverlening zorgvuldige, morele afwegingen noodzakelijk zijn.

2.5 Krachtig en optimistisch

In de OGGz werken gedreven mensen, met kwaliteiten als altruïsme, compassie, loyaliteit en flexibiliteit.[8] Zij zijn gewend aan rommelige omstandigheden en lossen de problemen van hun cliënten inventief op. In de OGGz zijn het maatschappelijk functioneren en de mogelijkheden van de cliënt uitgangspunt voor handelen. Ondersteuning van herstel en versterking van zelfredzaamheid staan voorop. De aandacht gaat uit naar primaire levensbehoeften (bad, bed, brood) en naar wat mensen kunnen en willen. Daarbij krijgen zij hulp, zoals ambulante behandeling, medicijnen, woonbegeleiding of motiverende gespreksvoering. Steeds is er sprake van een zoektocht naar een goede balans tussen het inperken van de autonomie en het plegen van interventies die in de toekomst – naar men hoopt – een betere situatie voor de cliënt bewerkstelligen.

OGGz-werkers aanvaarden de beginsituatie van hun cliënt. De kwaliteit van de relatie draagt in belangrijke mate bij aan de effectiviteit van de hulpverlening; daarom is het belangrijk dat zij contact weten te leggen met de cliënt en diens vertrouwen winnen. Omdat zelfredzaamheid voorop staat, doet de hulp een beroep op de eigen herstelkracht van cliënten.

Dat dit optimistische uitgangspunt gerechtvaardigd is, bevestigen de ervaringen met het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Hulp aan dak- en thuislozen in de vier grote steden heeft ertoe geleid dat vrijwel alle cliënten in de opvang verblijven, geheel zelfstandig wonen of in een vorm van begeleid wonen. Een aantal (onbekend is hoeveel) herstelt sociale contacten en werkt – met hulp – aan zijn of haar psychiatrische of verslavingsproblemen.

2.6 Netwerk met veel verantwoordelijke partijen

Gemeentelijke gezondheidsdiensten en sociale diensten voeren de wettelijke taak uit van de gemeenten in het kader van prestatieveld 8 van de Wmo. De gemeenten zijn daarnaast actief in de maatschappelijke opvang (prestatieveld 7) en de verslavingszorg (prestatieveld 9). Gemeenten moeten de regie voeren en de samenhang bevorderen. Tevens geven zij uitvoering aan de subsidieregeling 'Initiatieven OGGz' (budget 2010: 6,5 miljoen euro).

In de individuele hulpverlening zijn veel verschillende organisaties actief: opvanginstellingen; GGZ-instellingen, met acute psychiatrie en ambulante en intramurale GGZ; instellingen voor (ambulante) verslavingszorg; GGD'en; woningcorporaties; kredietbanken en schuldhulpverlening; politie (wijkagent) en justitie (onder andere huisverbod, detentie, reclassering); sociale diensten; welzijnsinstellingen en vrijwilligersorganisaties, al dan niet verbonden aan kerkelijke gemeenschappen. Zijn er kinderen bij de problematiek betrokken dan zijn onderwijs, jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg belangrijke partners in de signalering en hulpverlening. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de gehele zorgsector inclusief de OGGz.

Politie, reclassering en gevangeniswezen zijn bij de OGGz-problematiek betrokken doordat het soms om mensen gaat die terechtkomen in het justitiële domein.[9] Een belangrijk deel van de gevangenispopulatie heeft psychiatrische problemen of verstandelijke beperkingen. Van de gedetineerden op reguliere afdelingen in de gevangenis heeft 56,5 procent een psychiatrische stoornis.[10] Lastig is dat de denkwijzen en invalshoeken in het zorg- en het strafdomein nogal van elkaar verschillen.[11] Recent zijn belangrijke stappen gezet om de zorg- en strafsystemen beter op elkaar af te stemmen.

Alle actoren binnen de OGGz werken binnen eigen wettelijke kaders en met eigen financieringsbronnen en -regimes, zoals de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Woningwet, de Wmo, de Wet werk en bijstand, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen en diverse justitiële regelingen. Het is moeilijk om binnen een dusdanig verkaveld terrein de integrale zorg te bieden die nodig is. Dat het wel mogelijk is, blijkt uit initiatieven van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten die afspraken maken over de zorg, en van ondernemende zorgaanbieders die specifiek voor de OGGz-groep ketenzorg aanbieden.

2.7 Omvang, kosten, besparingen

Aantal mensen in de OGGz

De OGGz-groep waarover het gaat in dit advies is moeilijk af te bakenen. Goed epidemiologisch onderzoek, op basis van heldere definities en operationaliseringen, ontbreekt. De cijfers die beschikbaar zijn hebben betrekking op verschillend omschreven groepen. Zo becijferde de Gezondheidsraad in 2004 het aantal mensen dat acute psychiatrische hulp nodig heeft op 24 000, ongeveer 0,2 procent van de bevolking.[12] Het bureau SGBO berekende in 2007 dat bijna één procent van de volwassen bevolking tot de OGGz-groep hoort en vier à vijf procent tot de OGGz-risicogroepen.[13] Research voor Beleid schatte in 2002 het aantal 'verkommerden en verloederden' op 0,3 tot 0,9 procent van de bevolking (33 000 tot 110 000 mensen).[14]

Meer recent zijn gegevens van de acute psychiatrische dienst van Den Haag: jaarlijks komt 0,7 procent van de bevolking in acute psychiatrische nood.[15] In een onderzoek van GGD Midden-Holland is geconstateerd dat ruim één procent tot de OGGz-groep behoort.[15] Gegevens over de aantallen mensen in de OGGz die een psychiatrische aandoening, verslaving of een (lichte) verstandelijke beperking hebben, zijn niet beschikbaar.

Aard en voorkomen van problemen

Er is weinig bekend over het optreden van verschillende typen problemen in de OGGz-groep. Duidelijk is wel dat financiële problemen veel voorkomen, vaak gecombineerd met psychosociale en gedragsproblemen.[16] Betrouwbare cijfers ontbreken. Ook familiaal huiselijk geweld en ouderenmishandeling komen veel voor. De richtlijn Familiaal huiselijk geweld vermeldt een onderzoek uit 1992 waaruit bleek dat ernstig tot zeer ernstig geweld, herhaald en met letsel, voorkwam bij een op de negen vrouwen. Een andere studie vond dat 45 procent van de bevolking in zijn of haar leven ooit te maken had gehad met niet-incidenteel huiselijk geweld.[17] Een onderzoek naar ouderenmishandeling in Amsterdam liet zien dat 5,6 procent van de ouderen mishandeld wordt.[18]

Kinderen

Kinderen in gezinnen waarvan ouders sociaal kwetsbaar zijn, psychiatrische problemen of verstandelijke beperkingen hebben, lopen extra risico's, zeker als ze

zelf verstandelijk beperkt zijn of psychische of gedragsproblemen hebben. Op een onlangs gehouden congres over de gezondheid van ROC-leerlingen zijn cijfers gepresenteerd: 95 procent van de leerlingen op niveau 1 is overbelast door problemen op het terrein van somatische gezondheid, psychisch welbevinden, verslaving, huisvesting en schulden. Van de leerlingen op niveau 4 is 20 procent overbelast.[19] De Jeugdmonitor onder leerlingen van de ROC's in Rotterdam geeft aan dat 35 procent van de leerlingen zich psychisch ongezond voelt.[20] De Federatie Opvang meldt dat circa 7 000 kinderen onder de zestien per jaar met hun moeder naar een opvanghuis gaan vanwege huiselijk geweld. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) concludeert dat 3 procent van de kinderen van 3-17 jaar te maken heeft met een combinatie van weinig sociale participatie, materiële achterstelling en het wonen in een onveilige of onprettige buurt. Sociale uitsluiting wordt veroorzaakt door financieel-economische factoren (zoals ouders die bepaalde uitgaven niet kunnen doen) en sociaal-cognitieve factoren (zoals ouders die zelf weinig participeren).[21] De Algemene Rekenkamer schatte het aantal zwerfjongeren in Nederland in 2007 op 6 000.[22]

Kosten

De zorg voor mensen uit de OGGz-groep is arbeidsintensief en relatief duur. Ook worden kosten gemaakt die verband houden met de complexe netwerkorganisatie van het werkveld (zoals transactie-, regie-, overleg- en onderhandelingskosten).

De omvang van de landelijke uitgaven aan zorg voor de OGGz-groep is niet bekend. In de vier grote steden is in de periode 2006-2009 525 miljoen euro uitgegeven aan het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, waarvan twee derde ten laste kwam van de AWBZ en een derde ten laste van de gemeenten.[23] Hiermee is een groot aantal van de 10 000 dak- en thuislozen in Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag in een individueel hulptraject ondergebracht. De hulp aan één zo'n dak- en thuisloze heeft dus per saldo ruim 13 000 euro per jaar gekost.[24,25]

Het Leger des Heils heeft in 2008 voor zorg en hulp aan 36 244 mensen 251 miljoen euro uitgegeven. Dit is gemiddeld 6 925 euro per persoon.[26] De kosten lopen uiteen van 2 500 euro voor een schuldhulpverleningstraject tot 40 000 euro per jaar voor een intramuraal verblijf (mededeling Federatie Opvang). Ter vergelijking: de kosten van de gezondheidszorg bedroegen in 2008 per Nederlandse inwoner 4 809 euro (CBS).[27]

Besparingen

De inzet van middelen uit AWBZ, Wmo, Zvw en gemeentelijke en re-integratiefondsen in de OGGz leidt tot besparingen op onder andere uitkeringen, justitie (waaronder de forensisch-psychiatrische zorg), ordehandhaving en bestrijding van overlast. Ook in het zorgdomein worden kosten bespaard, doordat problemen in een eerder stadium worden aangepakt.

Gegevens over de omvang van de besparingen zijn er niet, maar er zijn wel aanwijzingen dat ze zich in de praktijk inderdaad voordoen. Zo leidde het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang tot een forse daling van het aantal overlastmeldingen en huisuitzettingen.[25] Volgens de gemeente Rotterdam heeft het plan een (niet nader gekwantificeerde) kostenbesparing opgeleverd voor politie, justitie en schadeverzekeringen (mondelinge mededeling GGD Rotterdam-Rijnmond). ZonMw berekende in het rapport Kostenbesparende projecten dat verhoging van de zelfredzaamheid van cliënten in de langdurige GGz kan leiden tot besparingen op de arbeidskosten.[28]

Over de kosteneffectiviteit van rehabilitatie is iets meer bekend. Rehabilitatie die gebruikmaakt van *supported employment*-methoden leidt ertoe dat meer mensen met psychische problemen een baan krijgen en behouden.[29] Een onderzoek liet zien dat ook *individual placement and support* (IPS) vaak resulteerde in een reguliere baan, die ook lang behouden werd, en bovendien in een verlaging van het aantal heropnamen.[30] De gemeente Rotterdam onderzocht een integrale strategie (ambulante GGz, sociale dienst, werkgevers, maatschappelijk werk) voor langdurig werklozen op kosteneffectiviteit: 40 procent van de werklozen vond werk, tegen 13 procent in een vergelijkbaar district met reguliere begeleiding. De gemiddelde prijs per re-integratietraject (1 974 euro) was lager dan de gemiddelde prijs van een regulier traject (2 900 euro). De besparing op uitkeringen van de 111 cliënten die een baan vonden bedroeg in 2006-2007 bijna 1,5 miljoen euro.[31]

Hoofdstuk **3**

Noodzakelijke kennis voor de OGGz

Voor een adequate signalering, aanpak en preventie van de problemen waarmee de OGGz-groep te kampen heeft, is kennis nodig. Kennis over omvang, aard, oorzaken en oplossingen van de problemen, is ook onontbeerlijk voor de ontwikkeling van goed OGGz-beleid. Die kennis is er echter onvoldoende: de OGGz is complex en beleidsintensief, maar kennisarm. Welke kennis nodig is en waarvoor, beschrijft de commissie in de tweede paragraaf van dit hoofdstuk.

3.1 Complex en beleidsintensief, maar kennisarm

De grote beleidsdrukte in de OGGz en de complexiteit van de problematiek staan in schril contrast met de beperkte kennis. De conceptuele kaders zijn weinig ontwikkeld. Het gedachtegoed van *evidence based* werken heeft in de OGGz onvoldoende ingang gevonden. Er is te weinig kennis over omvang en aard van de problemen, over effectieve en doelmatige interventies en over de resultaten van het beleid, en het ontbreekt aan goede instrumenten voor screening en signalering van problemen.

De oorzaken van het ontbreken van een adequate *body of knowledge* zijn:

- de afwezigheid van een traditie van kennisontwikkeling, -accumulatie en -verspreiding. Er is bijvoorbeeld nooit een universitaire onderzoekstraditie op gang gekomen, onder andere doordat de mensen uit de OGGz-groep in het algemeen niet in universitaire behandelcentra terechtkomen; men verwacht

dat OGGz-onderzoek niet snel zal leiden tot prestigieuze internationale wetenschappelijke publicaties. Ook buiten universiteiten ontbreekt het aan substantiële onderzoeksprogramma's; bij de beleidsontwikkeling blijven kansen om onderzoek te doen onbenut
- de complexiteit van het onderzoek en de onderzoekssetting. De doelgroep is moeilijk af te bakenen, het is moeilijk om mensen in onderzoek te krijgen en te houden, routine *outcome monitoring* is lastig, de bereidheid om vragenlijsten in te vullen en om aan neuropsychologische testen of *neuro imaging* mee te doen is laag, er is sprake van (somatische en psychische) comorbiditeit, de praktijk kent een hoge mate van flexibiliteit, er zijn veel partijen betrokken
- de betrokkenheid van vele disciplines. Er is niet één beroepsgroep aanspreekbaar; voor alle beroepsgroepen vormt de OGGz maar een deel van het werkterrein.

Dat het wel mogelijk is om systematisch kennis op te bouwen over OGGz-terreinen, laten voorbeelden uit Noorwegen, Engeland en Australië zien. Noorwegen brengt beleidsmaatregelen en onderzoek in een programma bij elkaar.[32] Engeland heeft een meerjarig actieprogramma ontwikkeld om de psychische gezondheid te bevorderen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.[33] Het programma ziet psychische gezondheid als een grote maatschappelijke opgave die inzet vergt van alle departementen. Intensiveren van onderzoek en innovatie en implementeren van *evidence based* interventies zijn actiepunten van het programma. Australië ondersteunt de preventie en aanpak van dakloosheid met een onderzoeksprogramma 'Dakloosheid' (epidemiologie, zorg- en effectiviteitsonderzoek, oorzaken en risico's).[34]

3.2 Kennisontwikkeling is noodzakelijk

Ontwikkeling van kennis voor de OGGz staat ten dienste van een beter begrip van de problemen, van goede en doelmatige preventie en zorg en effectieve beleidsontwikkeling. De kennisontwikkeling bevordert de professionalisering van de OGGz en is een voorwaarde voor innovatie die verbetert en beklijft.

3.2.1 Proces van kennisontwikkeling bevordert kwaliteit

Het proces van kennisontwikkeling zelf draagt bij aan een kwaliteitsverhoging in zorg en beleid. Actieve betrokkenheid van de praktijk bij onderzoek en van onderzoekers bij de praktijk verhoogt het zelfkritisch vermogen van een organisatie. Onderzoekers zijn vanuit hun rol gelegitimeerd vragen te stellen over de

effecten en werkzaamheid van hulp of beleid. Dat vergroot de transparantie, stimuleert systematisch werken en versterkt de professionaliteit van OGGz-medewerkers. Bovendien wordt de praktijk beter toegerust om mee te besluiten over onderzoeksmethoden. Deze belangrijke meerwaarde van kennisontwikkelprocessen voor de kwaliteit van de praktijk is goed zichtbaar geworden in ZonMw-programma's zoals Academische Werkplaatsen, Geestkracht, Revalidatie en Verstandelijke Beperkingen. Een andere meerwaarde van het onderzoeksproces is dat het moeilijke kwesties of zaken waarop een taboe rust beter bespreekbaar maakt.

3.2.2 Terreinen waarop kennis nodig is

Doelgroepen en epidemiologie

Om te beginnen zijn heldere definities en operationalisaties noodzakelijk. Vergelijkingen tussen doelgroepen zijn moeilijk, omdat er geen eenduidige afbakeningen zijn en er onvoldoende kennis is over de doelgroepen. Er is onderzoek nodig naar aard en omvang van de problematiek (epidemiologie en monitoring) en naar de determinanten van (de kans op) problemen en oplossingen. Een ander relevant thema betreft de vraag hoe, bij wie en wanneer problemen escaleren.

Instrumenten en interventies

Er is al het nodige onderzoek gedaan naar enkele veelbelovende interventies zoals *critical time intervention* (CTI), *assertive community treatment* (ACT en de Nederlandse versie Functie ACT, FACT), krachtgerichte basismethodieken en rehabilitatiemethodieken, bijvoorbeeld de *individual placement and support*. Over de effecten van andere activiteiten, methoden en interventies (gericht op behandeling, zelfredzaamheid, maatschappelijk herstel) is echter nagenoeg niets bekend. Hebben ze effect, wat is de kosten/batenverhouding, zijn er (schadelijke) neveneffecten?[35,36] Ook is niet bekend voor welke groepen welke interventies en methoden kunnen werken en wat voorspellers van verloop zijn. De stappen van *case-finding*, signaleren, probleemanalyse, diagnostiek en indicatiestelling naar een passende, integrale aanpak worden onvoldoende met kennis ondersteund. Het toepassen van dwang en drang is nog een onontgonnen onderzoeksgebied.[37] Het is nodig praktische, valide en betrouwbare meet- en risicotaxatieinstrumenten te ontwikkelen voor signalering van en screening op problemen, integrale probleemanalyse, diagnostiek, bepaling van wilsbekwaamheid en risico's.

Zorgonderzoek en raakvlak met justitiële domein

Onderzoek naar de toegankelijkheid en continuïteit van zorg, de effectiviteit van regie en samenwerkingsprocessen, en de competenties en motivatie van individuele hulpverleners is voor de OGGz extra relevant, omdat mensen die hulp nodig hebben deze niet altijd zoeken of krijgen, of omdat de hulp niet aansluit bij de behoefte. In dit kader past ook onderzoek naar de betekenis van vrijwilligerswerk: wat is de omvang, aard, betekenis, effectiviteit van het vrijwilligerswerk zoals georganiseerd door (kerkelijke) gemeenschappen?

Op het raakvlak tussen OGGz en het justitiële domein is kennis nodig over hoe besluitvormingsprocessen verlopen, wat de relatie is tussen recidive en OGGz-problemen en hoe de keten van zorg en justitie geoptimaliseerd kan worden. Bundeling en uitwisseling van kennis, over onder andere effectieve methodieken en risico-inschattingen, en interdisciplinair onderzoek naar crimineel gedrag (neurobiologie en justitiële interventies) hebben meerwaarde voor de kwaliteit en doelmatigheid van handelen in beide domeinen.[9,38-40]

Ethische reflectie

Het openbare karakter van de OGGz leidt tot morele vragen en dilemma's. Voorbeelden zijn: ingrijpen om bestwil versus respect voor autonomie; schadebeperking; toepassing van dwang en drang; mensen aanpassen aan de omgeving of de omgeving aan de mensen normatieve vooronderstellingen; processen van (zelf)uitsluiting; stigmatisering en de relatie met overlast. Reflectie op en onderzoek naar deze ethische vraagstukken is noodzakelijk.

Kennis voor beleid

Koppeling van kennis- aan beleidsontwikkeling helpt bij de ontwikkeling van doelmatig, *evidence based*, duurzaam en moreel zorgvuldig beleid voor de OGGz. Een doelmatige kennisontwikkeling is mogelijk door aan de uitvoering van beleid onderzoeksvragen te koppelen. De intake van cliënten in de opvang is bijvoorbeeld te verbinden aan determinantenonderzoek en aan onderzoek naar aard en omvang van hun problemen. Ook is het mogelijk aan uitvoering van beleidsmaatregelen ex-ante of ex-post evaluaties te koppelen. Het omvangrijke Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang heeft resultaat gehad, maar heeft onvoldoende geleid tot systematische, objectieve en overdraagbare kennis. In die zin is het een gemiste kans voor doelmatige kennisontwikkeling.

Cliëntenperspectief

Bij veel van de bovengenoemde onderwerpen is het perspectief van de cliënten van belang om de vragen en problemen en de mogelijke oplossingen goed in beeld te krijgen. Het cliëntenperspectief kan bovendien de ogen openen voor vragen die anders makkelijk over het hoofd worden gezien. Hoe komt het dat mensen zorg mijden en hoe ontstaat motivatie voor herstel en participatie? Welke mogelijkheden en strategieën voor herstel, participatie en *empowerment* hebben cliënten en hoe kunnen cliënten en hulpverleners samenwerken? Wat zijn de behoeften van de cliënten en hoe kan de zorg daar het beste op aansluiten? Wat vinden zij van de afstemming en samenwerking tussen en met hulpverleners? Welke rol kunnen familieleden en naastbetrokkenen spelen bij de samenwerking tussen cliënt en hulpverleners?

Hoofdstuk 4

Een kennisinfrastructuur voor de OGGz

Voor de ontwikkeling van de noodzakelijke kennis en de toepassing ervan in de praktijk is een kennisinfrastructuur nodig, een infrastructuur die de innovatiekracht en professionalisering van de OGGz bevordert. In de OGGz is een dergelijke kennisinfrastructuur in opbouw. Versterking is echter nodig, op zo'n manier dat de kennisinfrastructuur zoveel mogelijk bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en beleid.

4.1 Huidige kennisinfrastructuur

Onder een kennisinfrastructuur verstaat de commissie het geheel van mensen, organisaties, coördinatiemechanismen (samenwerkingsvormen, besluitvormingsprocessen, cultuur) en middelen (expertise, databestanden, geld, toegang tot kennis) die bijdragen aan het ontwikkelen en delen van kennis. Met de opbouw van een OGGz-kennisinfrastructuur is de laatste jaren een begin gemaakt.

Drie academische werkplaatsen in opbouw

Het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (opdrachtgever Directie Publieke Gezondheid van VWS) financiert academische werkplaatsen in de openbare gezondheidszorg (public health). Enkele van deze academische werkplaatsen besteden in hun projecten aandacht aan de OGGz. In 2010 zijn specifiek voor het thema OGGz twee stimuleringssubsidies beschik-

baar gekomen, voor de Academische werkplaats Brabant (onderdeel van Tranzo, Universiteit van Tilburg) en de Academische werkplaats G4 (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag) met de GGD Amsterdam als penvoerder. Deze twee werkplaatsen zijn samenwerkingsvormen tussen gemeenten (GGD'en), praktijkinstellingen en universitaire onderzoekers. De totale investering bedraagt 2 miljoen euro voor vier jaar, bestemd voor opbouw van een (lichte) coördinatiestructuur en vier onderzoeken.

De derde academische werkplaats, Opvang & Oggz (OxO), waarin vierentwintig opvanginstellingen participeren, is onderdeel van het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het UMC St. Radboud. De instellingen (maatschappelijke opvang en vrouwenopvang) stellen jaarlijks voor activiteiten een financiële bijdrage beschikbaar. Deze werkplaats maakt geen deel uit van het ZonMw-programma. De drie academische werkplaatsen werken in enkele projecten met elkaar samen.

Vier leerstoelen

Het complexe en multidisciplinaire karakter van de OGGz en de medisch-biologische profilering van de psychiatrie zijn er mede oorzaak van dat de OGGz en de daarmee verbonden hoogleraren sociale psychiatrie in de jaren negentig op de universiteiten uit beeld zijn verdwenen. OGGz heeft geen natuurlijke en structurele inbedding meer in de medisch-academische wereld. Wel zijn er vier hoogleraren werkzaam op het gebied van de OGGz, waarvan drie bijzonder en een gewoon, aan het Leids Universitair Medisch Centrum (prof. dr. Bert van Hemert, bijzonder hoogleraar Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, psychiater), het Universitair Medisch Centrum St. Radboud (prof. dr. Judith Wolf, hoogleraar Maatschappelijke Zorg, socioloog), het Erasmus Medisch Centrum (prof. dr. Niels Mulder, bijzonder hoogleraar OGGz, psychiater) en het Universitair Medisch Centrum Groningen (Rob Giel Onderzoekscentrum (RGOc), prof. dr. Durk Wiersma, bijzonder hoogleraar Klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen, socioloog). De eerste drie leerstoelen worden gefinancierd door Parnassia Bavo Groep. De Federatie Opvang financiert mee aan de leerstoel van professor Wolf. Bijlage F bevat een nadere beschrijving van de leerstoelen.

Andere bijdragen aan de OGGz-kennisinfrastructuur

Ook anderen dan hierboven genoemd ontplooien onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten op het terrein van de OGGz. Bijlage G geeft een overzicht van de

betrokkenheid van hogescholen (Hanze Hogeschool, Hogeschool Utrecht e.a.), universiteiten (Universiteit van Tilburg, AIAR), diverse kennisinstituten (Verweij-Jonker instituut, IVO, Trimbos-instituut, MOVISIE), GGD'en, ZonMw en VWS. Deze inspanningen zijn beperkt van omvang en versnipperd. De NVAG, de wetenschappelijke vereniging van artsen op het gebied van beleid, management en sociaal-geneeskundig onderzoek, verzorgt de afgelopen jaren veel bij- en nascholingen over het OGGz-werkveld voor artsen Maatschappij en Gezondheid.

Beloftevol maar kwetsbaar

De inspanningen van zorg- en opvanginstellingen en de stimulering van het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen hebben geleid tot enkele beloftevolle initiatieven. Er is een infrastructuur in opbouw, die echter nog zeer kwetsbaar is.

De verbindingen tussen onderzoek en beleid en tussen onderzoek en praktijk zijn zwak en grotendeels afhankelijk van enkele individuen. Het onderzoeksveld is gefragmenteerd en heeft geringe schaalgrootte. Onderzoeken zijn projectgefinancierd, missen perspectief op continuïteit en zijn vooral geïnspireerd door de actualiteit van de gemeenten. Er is geen herkenbaar en samenhangend onderzoeksprogramma dat onderzoek en praktijk met elkaar verbindt.

Geschat wordt dat in de periode 2000-2009 (looptijd Geestkrachtprogramma) circa 14 miljoen euro is uitgegeven aan onderzoek in de OGGz; dat is circa 1,4 miljoen euro gemiddeld per jaar. In relatie tot de omvang van de kosten in de OGGz gaat het om een bescheiden bedrag. Bovendien is er geen uitzicht op doorgaande financiering. Bezien vanuit een bedrijfsmatig perspectief: er is geïnvesteerd in een ontwikkeling waarbij onvoldoende is gekeken naar risico's en opbrengsten van de investering en naar waarborgen voor de continuïteit. De beschikbare middelen zijn versnipperd en onsamenhangend ingezet. Dat maakt de kans reëel dat de investering uiteindelijk minder opbrengt dan gehoopt en dat in korte tijd verdampt wat met pijn en moeite is opgebouwd.

4.2 Een passende kennisinfrastructuur

Om ervoor te zorgen dat wat de afgelopen jaren is opgebouwd, bruikbare kennis oplevert die daadwerkelijk leidt tot betere zorg en beter beleid, is het nodig te investeren in een passende kennisinfrastructuur: een kennisinfrastructuur waarin de vragen en behoeften van de praktijk (zorgverleners en cliënten) en van het

beleid richtinggevend zijn. Om praktijk en beleid in staat te stellen die richtinggevende rol te vervullen, dient het kennisinfrastructuur te zijn:

- die afgestemd is op het specifieke karakter van de OGGz
- die ontkokert en verbindt
- waarin de maatschappelijke relevantie van onderzoek op waarde wordt geschat.

Het specifieke karakter van de OGGz

Om goed te kunnen functioneren moet de OGGz-infrastructuur voldoen aan ontwerpeisen die voortkomen uit de kenmerken van de sector, zoals beschreven in hoofdstuk 2:

- *Individuele hulpverlening en beleidsontwikkeling*: de instellingen (zorg, opvang, welzijn), de cliënten en gemeenten moeten betrokken zijn bij de kennisinfrastructuur. De OGGz-kennisinfrastructuur is hun gezamenlijke 'R&D-divisie'.
- *Medische en maatschappelijke zorg*: breed multi- en interdisciplinair onderzoek. Geïsoleerd onderzoek vanuit alleen een medisch paradigma of vanuit alleen het maatschappelijke paradigma levert onvoldoende samenhangende kennis op. Het samenbrengen van deze paradigma's moet op alle niveaus gestimuleerd worden: op de werkvloer (mbo-, hbo- en wo-opgeleide hulpverleners en managers), in het onderzoek en in het beleid (gemeenten, intern bij VWS en andere ministeries).
- *Het openbare karakter*: de kennisinfrastructuur moet in staat zijn om processen in de samenleving in het onderzoek te betrekken. Deze processen kunnen oorzaak van de ellendige situatie zijn, maar kunnen ook helpen om de problemen op te lossen. Het gaat dan niet meer om de effectiviteit van een afzonderlijke interventie in zorg of opvang, maar om de effectiviteit van strategieën. Bijvoorbeeld de effectiviteit van een gecombineerde aanpak: werk, gedragstraining en schuldhulpverlening. Bevordering van de innovatiekracht van de sector is essentieel om op veranderingen in de OGGz in te kunnen spelen. Bovendien moet er ruimte zijn voor reflectie op de ethische vragen die het openbare karakter van de OGGz met zich meebrengt.
- *Optimistisch en krachtig*: het denken en handelen vanuit eigen kracht dient gewaarborgd te zijn in de kennisinfrastructuur door bijvoorbeeld cliënten te betrekken bij de formulering van onderzoeksvragen en bij de dataverzameling.
- *Veel verantwoordelijke partijen*: voor de ontwikkeling en het gebruik van kennis moet een open, communicatieve, netwerkende kennisinfrastructuur

geregeld worden. Inspiratie hiervoor is te vinden in het concept van de ‘open zorginnovatie’.[41]

Het karakter van de OGGz en de aard van de benodigde kennisinfrastructuur.

kenmerken OGGz	ontwerpeisen kennisinfrastructuur
individuele hulpverlening en intersectoraal, mede op preventie gericht, beleid	betrokkenheid van gemeenten, zorg, opvang en cliënten in de kennisinfrastructuur
medische zorg en brede maatschappelijke zorg	breed multidisciplinair onderzoek
openbaar karakter	vermogen snel in te spelen op nieuwe maatschappelijke problemen en aandacht voor de morele dilemma’s die voortkomen uit het openbare karakter van de OGGz
kracht en optimisme	structurele dialoog tussen onderzoekers en cliënten zodat kracht en optimisme terugkomen in het onderzoek
veel verantwoordelijke partijen	open, communicatief netwerk

Verbinden

De kennisinfrastructuur moet verbindingen tot stand brengen tussen verschillende disciplines, tussen onderzoek en praktijk en tussen onderzoek en beleid. De samenhang met praktijk en beleid is in alle fasen van het onderzoek essentieel. Doel is dat er een dialoog ontstaat en dat betrokkenen gezamenlijk onderzoek ontwikkelen; op die manier kan een cultuur groeien waarin het *not invented here* syndroom overwonnen wordt en kennisdeling vanzelfsprekend is. Deze samenwerking kost tijd en vraagt steun van bestuurlijke niveau’s. Een voorbeeld is te vinden in Rotterdam, waar het gemeentebestuur een *chief science officer* heeft aangesteld en een ‘academische coalitie’ heeft gesloten met het bestuur van de universiteit.

ZonMw heeft inmiddels goede ervaringen met het stimuleren van samenwerking tussen disciplines, tussen onderzoekers en praktijk en tussen onderzoekers en beleid. Dit gebeurt bijvoorbeeld door instelling van academische werkplaatsen, maar ook via expertmeetings, extra premies voor interdisciplinaire samenwerking, door voorwaarden te stellen aan subsidie en door ook subsidie te verlenen voor coördinatieactiviteiten. In het programma Geestkracht bleek het onderdeel Opleiding Onderzoekers in de GGz (OOG) een goed instrument om de samenwerking tussen praktijk en onderzoek te stimuleren, evenals dubbelaanstellingen van onderzoekers. Het is belangrijk de zorg, de opvang en hun cliënten te faciliteren, zodat zij de praktische mogelijkheden krijgen om mee te werken en mee te denken in onderzoek. Zij moeten tijd hebben en zich gelegitimeerd voelen om te vragen: werkt het wat wij doen, kan het beter en zo ja hoe? Vervolgens

moeten de antwoorden op deze vragen een vertaling krijgen in onderzoeksvragen. Subsidie beschikbaar stellen voor de ontwikkeling van onderzoeksvoorstellen ondersteunt de professionalisering van de sector, omdat OGGz-medewerkers dan samen aan een subsidieaanvraag kunnen werken.

In de opleiding en bij- en nascholingen van onder andere psychiaters, huisartsen, artsen Maatschappij en Gezondheid, Gz-psychologen, mbo- en hbo-opgeleide hulpverleners (zoals sociaal maatschappelijk werk, sociaal pedagogische hulpverlening, verpleging) en medewerkers van politie en justitie, is expliciete aandacht voor de OGGz-groep nodig: hoe ziet verantwoorde zorg voor sociaal kwetsbare personen er concreet uit? Structurele aandacht voor het OGGz-werkveld is in het bijzonder van groot belang in de opleiding arts Maatschappij en Gezondheid (profielen Jeugdarts en arts Beleid en Management).

Waarderen van maatschappelijke relevantie

Een belangrijk criterium in de besluitvorming over onderzoek is de betekenis ervan voor de samenleving.[42] Voor onderzoekers in een nieuw, wetenschappelijk nog onontwikkeld, maar maatschappelijk gezien zeer relevant onderzoeksterrein als dat van de OGGz is dit inzicht van levensbelang. In dit verband is het hoopvol dat het platform Evaluating Research in Context (ERiC), waarin HBO-raad, KNAW, NWO, VSNU en Rathenau Instituut participeren, een methode ontwikkeld heeft om de maatschappelijke relevantie van onderzoek te beoordelen.[43]

Hoofdstuk **5**

Een programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz

Om een goede OGGz-kennisinfrastructuur van de grond te krijgen is een substantieel, meerjarig programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz nodig waarin een aantal inhoudelijke thema's wordt uitgewerkt en waarin tegelijk, gaandeweg, de OGGz-kennisinfrastructuur wordt uitgebouwd. In dit hoofdstuk schetst de commissie enkele contouren van dit programma. De precieze invulling moet stapsgewijs tot stand komen. Dit proces vraagt krachtige regie en betrokkenheid van cliënten, gemeenten, onderzoekers, justitie en zorg- en opvanginstellingen.

5.1 Studiepopulatie

Belangrijk is om overeenstemming te bereiken over de conceptuele en operationele definitie van de groep(en) mensen waarop het programma zich richt. De raad adviseert om in de nadere invulling enkele doelgroepen uit te kiezen. Doelgroepen met een specifieke problematiek zijn bijvoorbeeld:

- *Jongeren*: er is een groep jongeren die er niet in slaagt om op eigen kracht en met steun van sociale netwerken en ouders een zelfstandig leven op te bouwen. Tot deze groep behoren de zwerfjongeren. Zij hebben hulp nodig om zelfredzaam te worden en te participeren in de samenleving.
- *Gezinnen*: bij problemen in gezinnen – zoals (dreiging van) huiselijk geweld, financiële problemen, ouders die de zorg voor hun kinderen niet aankunnen vanwege eigen psychiatrische of verslavingsproblemen, criminaliteit en kinderen met leer- en gedragsproblemen – zijn altijd meer mensen betrokken en

speelt mogelijk de overdracht van problemen en (beschadigend) gedrag van de ene generatie op de volgende.
- *Ouderen*: het sociale netwerk krimpt naarmate de leeftijd stijgt, de mobiliteit neemt af, en de complexiteit van de samenleving en instituties wordt moeilijker te hanteren. Het gaat om 'stil leed': het is verborgen en de samenleving heeft er niet zo veel last van. Ook kan er sprake zijn van ouderenmishandeling door kinderen, familie of verzorgers.

5.2 Uitkomstmaten

Zinvolle uitkomstmaten voor OGGz-interventies zijn: versterking van zelfredzaamheid, persoonlijk herstel, bereiken van een stabiele situatie, herstel van maatschappelijk functioneren en verbetering van maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven. Uitkomstmaten bij preventieve interventies kunnen zijn: vermindering of beheersing van risicofactoren, versterking van beschermende factoren, verbeterde signalering en toeleiding. Het verdient aanbeveling het perspectief van cliënten, praktijkwerkers en financiers te betrekken bij de concretisering van uitkomstmaten.

5.3 Onderzoeksdesigns

Het programma moet ruimte bieden aan kwalitatieve en aan experimentele en niet-experimentele kwantitatieve onderzoeksmethoden. Omdat nog zo veel onbekend is over aard en omvang van de problemen, is er behoefte aan epidemiologisch onderzoek. Er is beschrijvend onderzoek nodig dat kenmerken van de (context van de) doelgroepen en van bestaande praktijken in beeld brengt. Diverse vormen van kwalitatief onderzoek kunnen de ervaringen van cliënten en de praktijkkennis van OGGz-werkers in kaart brengen. Voor het onderzoek naar de effectiviteit van interventies kunnen *randomized controlled trials* (RCTs) en quasi-experimentele onderzoeksdesigns worden ingezet. Voor de evaluatie van beleidsmaatregelen zullen veelal verschillende methoden gecombineerd moeten worden.

5.4 Onderzoeksthema's

De commissie meent dat enkele brede onderzoeksthema's gekozen moeten worden die het onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma richting kunnen geven. Mogelijke thema's, die aansluiten bij de in hoofdstuk 3 geïdentificeerde terreinen

waarop kennis nodig is, zijn bijvoorbeeld:

- aard en omvang van de problemen, determinanten, risicofactoren en beschermende factoren
- instrumentontwikkeling: ontwikkeling en evaluatie van instrumenten voor risicotaxatie, signalering en toeleiding en voor brede probleemanalyse op sociaal gebied (bijvoorbeeld kans op huiselijk geweld, verwaarlozing van kinderen, schade) en op medisch-psychiatrisch gebied (somatisch, psychiatrisch, verstandelijk)
- preventie: ontwikkeling en evaluatie van mogelijkheden voor preventie, vroeg ingrijpen en voorkomen van escalatie van problemen (bijvoorbeeld: aan welke eisen moeten het steunsysteem en de schakelmomenten bij ketenzorg voldoen om escalatie te voorkomen?)
- interventies: ontwikkeling en evaluatie van combinaties van interventies, van ‘strategieën’, eerder dan van afzonderlijke interventies vanuit één perspectief *(what works?)*
- hulpverleners: hun rollen, competenties, ervaringen *(who works?)*
- kosteneffectiviteit: analyses van kosten en (maatschappelijke) baten van interventies en beleidsmaatregelen, *business cases*
- beleidsevaluatie, ex-ante en ex-post
- ethische aspecten: onderzoek naar ethische aspecten van dwang, drang en bemoeizorg, autonomie en sociale in- en uitsluiting en naar zingeving, stigma en betekenisvolle dagbesteding.

Hoofdstuk **6**

Aanbevelingen

In de voorafgaande hoofdstukken stelde de commissie vast dat de OGGz een complex en dynamisch werkterrein is met een groot maatschappelijk belang, waarin de ontwikkeling van kennis ver achterblijft bij wat voor de noodzakelijke professionalisering en vernieuwing vereist is. Zij meent dat een langdurige en substantiële investering in een krachtig gestuurd programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz nodig is om de dringend gewenste kennisontwikkeling in de OGGz op gang te brengen.

Omdat zo'n programma niet van de ene dag op de andere van de grond te tillen is, besluit de commissie haar advies met twee aanbevelingen voor de korte termijn die beogen een goede start van dit substantiële programma, over een jaar of twee, mogelijk te maken. Ten eerste een aanbeveling aan de instellingen en personen die al in het OGGz-onderzoeksveld actief zijn: de commissie beveelt hun aan de reeds genomen initiatieven te versterken en te coördineren en zo potentiële financiers duidelijk te maken dat de investering in een OGGz-programma perspectiefvol is. Ten tweede een aanbeveling aan de minister van VWS, om de uitvoering van een bescheiden programmeringsstudie mogelijk te maken, ter voorbereiding van het meerjarige onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma.

6.1 Investeer in een krachtig gestuurd programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz

De commissie meent dat een substantieel en meerjarig programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz, zoals geschetst in het vorige hoofdstuk, noodzakelijk is. Cruciaal is de wijze waarop dit programma wordt aangestuurd. De *top down* benadering van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO) biedt hier volgens de commissie een goede leidraad.* Belangrijke elementen van deze benadering waren:

- voorbereiding en sturing door een commissie van onafhankelijke deskundigen (meestal gelijk aan de latere programmacommissie)
- uitvoerige oriëntatie op het onderzoeksterrein, door overleg met deskundigen en door het houden van workshops
- formulering van doelstellingen, naderhand uitgewerkt tot een strategisch onderzoeksprogramma
- concentratie van de stimulering op een beperkt aantal, naar verwachting meest succesvolle onderzoeksgroepen
- begeleiding van de uitvoering van het programma door een programmacommissie.

De commissie meent dat deze aanpak zeer geschikt is om ook het OGGz-onderzoek en de OGGz-kennisinfrastructuur tot ontwikkeling te brengen. De voortgang van het programma zou na twee, zes en tien jaar door een externe commissie beoordeeld moeten worden. Verankering van de in het kader van het programma ontplooide initiatieven in de bestaande structuren en financieringsstromen zou gedurende de hele looptijd van het programma, maar vooral in de laatste jaren, een belangrijk aandachtspunt moeten zijn. ZonMw zou zowel de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van het programma, als de verankering van de resultaten kunnen ondersteunen.

De investering moet voldoende zijn om, in een periode van tien jaar, bruikbare nieuwe kennis voort te brengen, een adequate kennisinfrastructuur te realiseren en ervoor te zorgen dat de continuïteit na afloop van het programma

* Het van 1986 tot 1997 uitgevoerde SGO heeft het gezondheidsonderzoek gestimuleerd op terreinen waarop sprake was van een combinatie van een relatieve achterstand in wetenschappelijk opzicht en een duidelijk maatschappelijk belang. Op gebieden als revalidatiegeneeskunde en reumatologie is dankzij het SGO een onderzoekstraditie tot stand gekomen die waardevolle praktisch bruikbare kennis heeft voortgebracht en veel heeft bijgedragen aan richtlijnen voor het medisch handelen.[44,45]

verzekerd is, door financiering uit de reguliere OGGz- en onderzoeksgeldstromen.

De commissie acht het aannemelijk dat de investering zich door een verhoging van effectiviteit en doelmatigheid van de OGGz ruimschoots zal terugbetalen in een grotere zelfredzaamheid van sociaal kwetsbare groepen en in besparingen op arbeidskosten van hulpverleners, uitkeringen van (potentiële) clienten en kosten in het justitiële domein. Omdat de baten van de OGGz zich voordoen op verschillende maatschappelijke terreinen ligt het voor de hand dat de benodigde middelen door een aantal ministeries (VWS, VenJ, SZW en BZK) zullen worden opgebracht.

6.2 Versterk de lopende initiatieven

Voor de korte termijn beveelt de commissie aan de bestaande, aan universiteiten gelieerde initiatieven – de drie academische werkplaatsen, het RGOc, de vier leerstoelen – uit te bouwen en te versterken. De deskundigheden die erin vertegenwoordigd zijn (psychiatrie, maatschappelijke zorg en opvang, epidemiologie, sociologie) zijn essentieel voor de OGGz, praktijk en beleid zijn erin betrokken, ze hebben relevante samenwerkingsrelaties met onder andere kennisinstituten en GGD'en, en ze zijn van een omvang die gunstig afsteekt bij die van de overige bijdragen aan de OGGz-kennisinfrastructuur.

De betrokken universiteiten (Amsterdam, Nijmegen, Leiden, Rotterdam, Groningen, Tilburg) kunnen onderzoeken of de universitaire inbedding van het OGGz-onderzoek verder verbeterd kan worden. Dit kan door de instelling van een of enkele (gezamenlijke) gewone leerstoelen OGGz of sociale psychiatrie, die de medische en de maatschappelijke invalshoek integreren door structurele samenwerking met bijvoorbeeld faculteiten sociologie, bestuurskunde of psychologie. Omdat veel medewerkers in de OGGz opgeleid zijn op hbo of mbo-niveau is het van groot belang om samenwerking te zoeken met de hogescholen die praktijkgericht OGGz-onderzoek uitvoeren. Ontwikkeling van een masteropleiding OGGz verdient overweging.

De commissie meent voorts dat belangrijke kansen voor versterking van de bestaande initiatieven gelegen zijn in een betere onderlinge samenwerking. Zij heeft hiervoor geen pasklaar recept: de betrokken instellingen en personen zullen hun samenwerking zelf gestalte moeten geven. Maar het is duidelijk dat er tal van mogelijkheden liggen, bijvoorbeeld in:

- de uitwisseling van kennis en onderzoeksresultaten
- het combineren van gegevens en onderzoekspopulaties, onder meer om prospectief onderzoek van voldoende omvang mogelijk te maken

- de vorming van netwerken van onderzoekers, om bundeling van onderzoeksvragen te vergemakkelijken
- het maken van afspraken over wie welke onderzoeksthema's ter hand neemt en de gezamenlijke formulering van onderzoeksvoorstellen
- de organisatie van de opleiding van onderzoekers.

Door de krachten te bundelen en de mogelijkheden tot synergie maximaal te benutten, kunnen de huidige onderzoekers, in samenwerking met hun partners in praktijk en beleid, duidelijk maken dat een duurzame en substantiële investering in het OGGz-onderzoek zinvol is.

6.3 Financier een OGGz-programmeringsstudie

De commissie beveelt de minister van VWS aan om, ter voorbereiding van de besluitvorming over een substantiële, meerjarige investering, de uitvoering van een bescheiden programmeringsstudie mogelijk te maken. Een dergelijke programmeringsstudie past in de in 6.1 beschreven SGO-aanpak en is noodzakelijk om de door de commissie geschetste contouren van het programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz te concretiseren.

De programmeringsstudie zou allereerst een inventarisatie en analyse moeten bevatten van de beschikbare – al of niet openbaar gemaakte – epidemiologische gegevens. Op lokaal niveau worden ten behoeve van het beleid in diverse OGGz-monitoren en gezondheidsnota's reeds tal van relevante gegevens bijeengebracht. Ook zijn er gegevens verzameld in projecten van onder meer de programma's Maatschappelijke Opvang en Academische Werkplaatsen OGGz van ZonMw en in direct door VWS gefinancierde studies. In het kader van de programmeringsstudie zou nagegaan moeten worden in hoeverre het mogelijk is om door harmonisering en samenvoeging van de beschikbare bestanden te komen tot een overzicht van de OGGz-doelgroep op landelijk niveau en van de verschillende subgroepen die daarin te onderscheiden zijn. Een dergelijk overzicht is een belangrijk referentiepunt bij de gedachtevorming over de inrichting van het OGGz-programma, niet in het minst waar het gaat om de inspanningen die nodig zijn om tot een betere beschrijving van de doelgroep(en) te kunnen komen.

De studie zou voorts een beschrijving van de beschikbare kennis moeten omvatten, een inventarisatie van de in de praktijk toegepaste werkwijzen, instrumenten en beleidsmaatregelen, een overzicht van de bestaande kennisinfrastructuur, inclusief de wijze waarop deze tot nu toe gefinancierd wordt, en een overzicht van de lopende onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten en de wijze waarop deze gefinancierd worden.

Op basis van dit alles en op basis van overleg met deskundigen uit praktijk, beleid en onderzoek (inclusief cliënten), zou de voor de programmeringsstudie in te stellen commissie van onafhankelijke deskundigen in hoofdlijnen een strategisch programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz moeten presenteren en een schatting van het bedrag dat voor de uitvoering van dat programma nodig is.

De commissie beveelt aan de opdracht tot het uitvoeren van de studie te verstrekken aan ZonMw. De ervaring van ZonMw leert dat een dergelijke studie in twee jaar tijd voor een bedrag van 0,5 miljoen euro kan worden uitgevoerd. Indien de potentiële financiers op basis van de programmeringsstudie inderdaad tot een substantiële investering zouden besluiten, zou het strategisch programma-op-hoofdlijnen kunnen worden uitgewerkt tot een gedetailleerd programma Onderzoek en Ontwikkeling OGGz.

Literatuur

1 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, GGZ Nederland. Brief aan Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directeur-Generaal Volksgezondheid. Den Haag: 2008.

2 GGD Nederland, VNG, GGZ Nederland. Brief aan Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directeur-Generaal Maatschappelijke zorg. Den Haag: 2006.

3 de Pater CF. Quickscan Onderzoek OGGz. Den Haag: RGO; 2008.

4 Wolf J. Handreiking OGGz in de WMO. Nijmegen: 2006.

5 Mootz M. Wcpv en Wmo: een paar apart? Utrecht: Nederlandse Public Health Federatie; 2007.

6 Donker M. Paradigma & praktijk in de OGGz. Presentatie expertmeeting Onderzoek OGGz. 11-2-2010. Den Haag.

7 Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek. Visiedocument Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht: NVAG; 2009.

8 Schout G, de Jong G., Zeelen J. Establishing contact and gaining trust: an exploratory study of care avoidance. J Adv Nurs 2010; 66(2): 324-333.

9 Van Nieuwenhuizen C. Zorg & Justitie: over voordeuren, achterdeuren en vooral de zij-ingangen. Presentatie expertmeeting Onderzoek OGGz. 11-2-2010. Den Haag.

10 Bulten E, Nijman H. Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2009; 153: A634.

11 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen. Den Haag: RMO; 2007.

12 Gezondheidsraad. Noodgedwongen. Zorg voor niet opgenomen acute psychiatrische patiënten. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004: publicatienr. 2004/10.

13 Van den Burg M, Van Dijk M, Kornaslijper N. Openbare geestelijke gezondheidszorg en de rol van gemeenten. Bestuurlijke benchmark Beter Voorkomen. Den Haag: SGBO; 2007.
14 Lourens J, Scholten C, van der Werf C, Ziegelaar A. Verkommerden en verloederden. Een onderzoek naar de omvang en aard van de groep in Nederland. Leiden: Reserach voor Beleid; 2002.
15 Van Hemert AM. Sociale psychiatrie in de 21e eeuw. Oratie prof. dr. van Hemert. Universiteit Leiden; 2009.
16 GGD Flevoland. Jaarverslag OGGz 2008. Almere: GGD Flevoland; 2009.
17 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn Familiaal Huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht: 2009.
18 Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. Journal of the American Geriatrics Society 1998; 7(46): 885-888.
19 GGD Rotterdam-Rijnmond. Presentatie congres Gezonde School. Een gezond leven in een gezond ROC. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond; 2010.
20 GGD Rotterdam-Rijnmond. Jeugdmonitor, Het gezonde ROC. Onderzoek naar gezondheid en leefstijl van ROC deelnemers. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond; 2008.
21 Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociale uitsluiting bij kinderen. Omvang en achtergronden. Den Haag: SCP; 2010.
22 Algemene Rekenkamer. Opvang zwerfjongeren 2007. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2008.
23 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Tweede Kamer. Kenmerk DMO/ SSO-2658121, Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Den Haag.
24 Maas M, Planije M. Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Rapportage 2008: Amsterdam, Den Haag, Utrecht en Rotterdam. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
25 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Tweede Kamer. Kenmerk DMO/ SSO-2918225, Voortgangsrapportage Maatschappelijke Opvang 2008. Den Haag.
26 Leger des Heils. Financieel Jaarverslag 2008. Almere: 2009.
27 Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2009. Den Haag/Heerlen: CBS; 2009.
28 ZonMw. Kostenbesparende projecten, Quickscan van ZonMw programma's. Den Haag: ZonMw; 2010.
29 Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. BMJ 2001; 322(7280): 204-208.
30 Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M e.a. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370(9593): 1146-1152.
31 Jagmohansingh S. Evaluatie ExIT Feijenoord. Rotterdam: Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Sociaal-wetenschappelijke Afdeling; 2008.
32 Loennechen A. A national plan dealing with the drugproblems. Presentatie Congres Tien jaar openbare geestelijke gezondheidszorg: wat ging goed wat kan beter? 3-12-2009. Lelystad GGD Flevoland.

33 HM Government. New Horizons: A shared vison for mental health. The Department of Health; 2009.
34 National Homelessness Research Agenda 2009-2013. Australian Government.; 2009.
35 Rensen P, van Arum S, Engbersen R. Wat werkt? Een onderzoek naar de effectiviteit en de praktische bruikbaarheid van methoden in de vrouwenopvang, maatschappelijke opvang en opvang voor zwerfjongeren. Utrecht: Movisie; 2008.
36 Michon H, van Weeghel J. Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000-2007. Utrecht: Trimbos-instituut, Kenniscentrum Rehabilitatie, ZonMw; 2008.
37 Mulder C. Bijdrage van de GGz aan de OGGz keten en de benodigde kennis. Presentatie expertmeeting Onderzoek OGGz. 11-02-2010. Den Haag.
38 Volkskrant. Malou van Hintem. Wangedrag is meer dan biologie, interview met F. Leeuw en K. de Kogel (WODC). 10-7-2010.
39 Gezondheidsraad. Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Den Haag: Gezondheidsraa, 2006; publicatienr. 2006/07.
40 Kogel CH. De hersenen in beeld. Neurobiologisch onderzoek en vraagstukken op het gebied van verklaring, reductie en prventie van criminaliteit. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC). Den Haag: 2008.
41 Breman P. Innoveren door mensen. Openbare les 6 november 2009. Utrecht: Hogeschool Utrecht; 2009.
42 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Onderzoek dat ertoe doet. De responsiviteit van universitair medische centra op vraagstukken in volksgezondheid en gezondheidszorg. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2007; publicatienr. 57. Internet: www.gr.nl.
43 Evaluating Research in Context. Handreiking Evaluatie van maatschappelijke relevantie van wetenschappelijk onderzoek. ERiC, 2010. http://www.eric-project.nl/files.nsf/pages/NWOP_83CECZ/$file/Handreiking%20ERiC.pdf, geraadpleegd 10-01-2011.
44 Adviesgroep SGO. Op zoek naar leemten in het geneeskundig onderzoek. Uitgangspunten en werkwijzen van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO). Den Haag: Adviesgroep SGO; 1988.
45 Evaluatie van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO) 1986-1997. Rapport van de externe evaluatiecommissie. Den Haag: SGO; 1997.
46 GGZ Nederland. Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de langdurende zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: GGZ Nederland; 2008.
47 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2010. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Utrecht: IGZ; 2010.

A Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek

B Expertmeeting

C Ontvangen commentaren

D De OGGZ-ladder

E Beleid

F Leerstoelen

G Overige bijdragen aan de kennisinfrastructuur

Bijlagen

Bijlage **A**

Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek

- prof. dr. L.J. Gunning-Schepers, *voorzitter*
  voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag
- prof. dr. W.J.J. Assendelft
  hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- prof. dr. J.M. Bensing, *vicevoorzitter*
  hoogleraar gezondheidspsychologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- dr. A. Boer
  lid Raad van Bestuur College voor zorgverzekeringen (CVZ), Diemen
- prof. dr. P.P. Groenewegen
  hoogleraar ruimtelijke en sociale aspecten van gezondheid en gezondheidszorg, Universiteit Utrecht; directeur NIVEL, Utrecht
- prof. dr. J.M.W. Hazes
  hoogleraar reumatologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- dr. J.W. Hofstraat
  vice president Philips research, Eindhoven
- ir. M.W. Horning, *waarnemer*
  Agentschap NL, ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie, Den Haag
- prof. dr. J. Kievit
  hoogleraar medische besliskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- prof. dr. P.L. Meurs, *adviseur*
  voorzitter ZonMw, Den Haag

- dr. R. van Olden
  medisch directeur GlaxoSmithKline, Zeist
- prof. dr. J.J. Polder
  bijzonder hoogleraar economische aspecten van gezondheid en zorg, Universiteit van Tilburg; centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven
- prof. dr. S.A. Reijneveld
  hoogleraar sociale geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
- dr. J.W.A. Ridder-Numan, *waarnemer*
  directie Onderzoek en Wetenschapsbeleid, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag
- drs. H.J. Smid, *adviseur*
  directeur ZonMw, Den Haag
- prof. dr. ir. H.A. Smit
  hoogleraar *public health*, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen / Eerstelijns Gezondheidszorg, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- dr. C. Smit
  vertegenwoordiger patiënten en consumenten, Hoofddorp
- prof. dr. A.E.M. Speckens
  hoogleraar psychiatrie, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
- dr. M.J. Trappenburg
  politicoloog, bijzonder hoogleraar sociaal-politieke aspecten van de verzorgingsstaat, Universiteit van Amsterdam
- dr. ir. C.M. Vos, *waarnemer*
  directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaarden, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
- prof. dr. R. Vos
  hoogleraar gezondheidsethiek en wijsbegeerte, Universiteit Maastricht
- prof. dr. E.G.E. de Vries, *adviseur*
  voorzitter Raad voor Medische Wetenschappen, Amsterdam
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
  Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat

behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Bijlage **B**

Expertmeeting

Op 11 februari 2010 is een expertmeeting gehouden die werd voorbereid door een werkgroep bestaande uit:

- prof. dr. Anne Speckens, lid Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek en hoogleraar Psychiatrie, UMC St. Radboud, *voorzitter*
- prof. dr. Niels Mulder, hoogleraar OGGz, Erasmus Medisch Centrum
- prof. dr. Judith Wolf, hoogleraar Maatschappelijke Zorg, UMC St. Radboud;
- drs. Caroline de Pater, Gezondheidsraad, *secretaris*

Tijdens de bijeenkomst, onder voorzitterschap van toenmalig RGO-voorzitter prof. dr. Paul van der Maas, werden inleidingen verzorgd door:

- prof. dr. Marianne Donker, chief science officer, gemeente Rotterdam en hoogleraar Volksgezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum
- prof. dr. Bert van Hemert, hoogleraar Epidemiologie van de OGGz, UMC Leiden
- prof. dr. Eduard Klasen, Raad van Bestuur, UMC Leiden
- prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen, hoogleraar Forensische geestelijke gezondheidszorg, Universiteit van Tilburg.

Aan de bijeenkomst namen deel:

- M. Barth, GGZ Nederland
- C. Beers, Federatie Opvang
- J. Bouwens, ZonMw

- G. van Brussel, GGD Amsterdam
- H. Buijze, IGZ
- J. Crasborn, AGIS
- M. Donker, gemeente Rotterdam
- I. Doorten, RVZ
- K. van Duijvenbooden, Ministerie van Justitie
- A. Elling, ZonMw
- U. Gangaram, ZonMw
- J. Hannik, Ypsilon
- A. den Hoed, Ministerie van VWS
- J. Hoogteijling, Leger des Heils
- M. Huijben, RVZ
- D. Kaasjager
- E. Klasen, LUMC
- H. Kroon, Trimbos-instituut
- M. Lansen, Anoiksis
- P. van der Maas, RGO
- H. van de Mheen, IVO
- M. Mootz, ZonMw
- C. Mulder, Erasmus MC
- N. de Neeling, RGO
- Ch. Van Nieuwenhuizen, UvT
- C. de Pater, RGO
- C. Pollmann, Ministerie van VWS
- E. Reitsma, Landelijk Platform GGZ
- A. Rijkschroeff, RVZ
- C. van Schie, GGD Flevoland
- R. Schoevers, UMC Groningen
- G. Schout, Hanzehogeschool
- A. Speckens, UMC St. Radboud
- T. Stikker, GGZ Nederland
- W. van Tilburg
- J. Timmermann, Divosa
- C. Urbanus, Divosa
- R. van Veldhuizen, GGZ Noord-Holland Noord
- C. Vos, Ministerie van VWS
- J. van Weeghel, Kenniscentrum Phrenos
- D. Wiersma, UMC Groningen
- M. de Wit, GGD Amsterdam

- J. Wolf, UMC St. Radboud
- J. Zoeteman, Mentrum

Bijlage **C**

Ontvangen commentaren

De commissie ontving commentaar op het conceptadvies van:

- C. Beers, Federatie Opvang
- J. Bouwens, ZonMw
- M. Donker, gemeente Rotterdam
- A. Elling, ZonMw
- U. Gangaram, ZonMw
- H. Garretsen, UvT
- E. de Haan, GGZ Nederland
- J. Hannik, Ypsilon
- M. Huijben, RVZ
- D. Kaasjager
- H. Kroon, Trimbos-instituut
- M. Lansen, Anoiksis
- F. Leeuw, WODC
- M. Mootz, ZonMw
- P. Peerenboom, NVAG
- D. Reinking, GGD Utrecht
- G. Schout, Hanzehogeschool
- W. van Tilburg
- C. Urbanus, Divosa
- M. Vesters, ZonMw
- J. van Weeghel, Kenniscentrum Phrenos

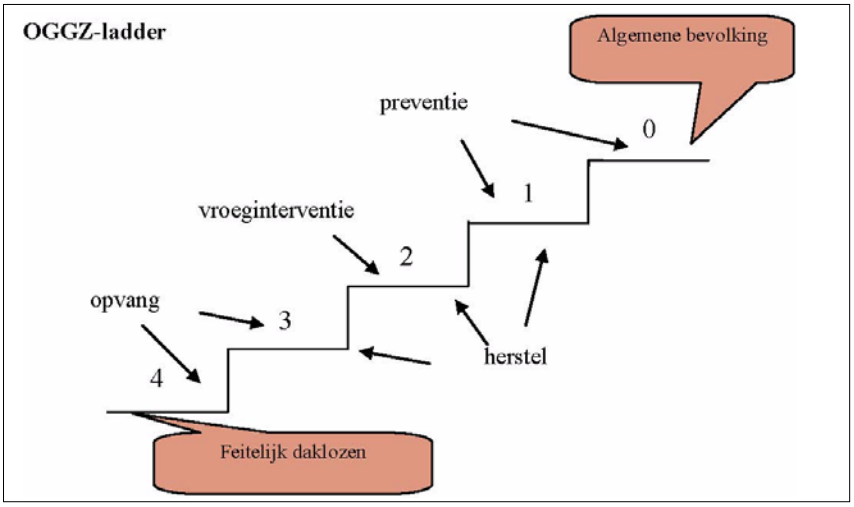
- D. Wiersma, UMC Groningen
- M. de Wit, GGD Amsterdam

Bijlage **D**

De OGGZ-ladder

De OGGZ-ladder (Wolf, 2006) is geënt op het proces van sociale in- en uitsluiting van kwetsbare burgers en bestaat uit vijf treden. Op elke trede van de ladder komen twee dimensies samen, namelijk die van:

- de ernst, complexiteit en duur van problemen, uit te drukken in een risicoprofiel
- de gewenste en benodigde ondersteuning en opvang tijdens de verschillende fases van in- en uitsluiting.



De *nulde trede* stelt in gemeenten de lokale bevolking voor. Doorgaans is er op deze trede sprake van een adequate interactie tussen individu en omgeving, van relatief goede gezondheid en actieve maatschappelijke participatie. Zelfzorg en mantelzorg voldoen, ook bij en na tegenslag. Interventies op dit niveau (collectieve preventie) bestaan onder meer uit voorlichting en gezondheidsbevordering.

Bij de *eerste trede* gaat het om uiteenlopende risicogroepen waarbij sprake is van een stagnerende interactie tussen individu en omgeving, een haperende zelfredzaamheid en verminderd welzijn. Desondanks blijven de problemen, vaak ook vanwege omgevingssteun, (nog) binnen de perken. Preventieve activiteiten, ook op het individu gericht, kunnen verder achterop raken helpen voorkomen.

Op de *tweede trede* bevinden zich mensen bij wie de problemen in ernst en zwaarte toenemen. De problemen strekken zich uit over meer en meer leefgebieden en houden langer aan. Steun uit de omgeving staat meer en meer onder druk en kan op termijn verdwijnen. De kwaliteit van leven neemt af. Situaties kunnen van tijd tot tijd escaleren, vanwege opstapelende problemen, ingrijpende levensgebeurtenissen en (chronische) stress. Op deze trede zijn er ook kwetsbare mensen die weer proberen aan te haken en te herstellen nadat zij vanwege hun meervoudige problemen aangewezen zijn geweest op institutionele zorg. Crisisinterventie en langdurige zorg aan huis zijn nodig om uitval en terugval te voorkomen.

De *derde trede* komt in beeld als kwetsbare personen aangewezen raken op institutionele zorg (opvang, psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis) vanwege uiteenlopende, vaak meervoudige problemen. Het verblijf is in principe tijdelijk, maar kan ook langdurig zijn.

Op de *vierde trede* hebben kwetsbare personen de bodem van het bestaan geraakt. Zij voorzien niet in eigen onderdak, maar kunnen of willen evenmin gebruik maken van opvangvoorzieningen. Deze zogenoemde feitelijk dakloze mensen overnachten op straat, vinden tijdelijk onderdak bij vrienden of familie, of komen bij de nachtopvang. Hier is zorg op straat van belang.

Op de bovenste treden van de ladder is er vooral samenhang met de Wmo-prestatievelden één tot en met vier (het bevorderen sociale samenhang en leefbaarheid, op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden, het geven van informatie, advies en cliëntenondersteuning, het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers). Op

de treden een en twee bestaat er daarnaast ook overlap met de prestatievelden vijf en zes (het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en het verlenen van voorzieningen aan deze groepen). Prestatieveld zeven, de maatschappelijke opvang, valt vooralsnog vrijwel samen met de treden drie en vier. Daarentegen is het beleid ter bestrijding van huiselijk geweld ook op de hogere treden van de ladder te lokaliseren. Samenhang is er, vooral op de lagere treden, ook met het verslavingsbeleid (negende prestatieveld).

Bijlage

E
Beleid

Samenhang in wonen, zorg en opvang

Door de focus van kabinet en gemeentebesturen op veiligheid en het terugdringen van overlastgevende situaties is er politieke aandacht voor mensen met psychiatrische en andere problemen die zich voordoen in de openbaarheid.

De *spin off* van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang voor het OGGz-werkveld is groot. Er wordt gewerkt aan nieuwe vormen van begeleiding, huisvesting en wonen, signalering en toeleiding. De opvang beperkt zich al lang niet meer tot bed, bad en brood, begeleiding van cliënten. Vroege interventieactiviteiten, herstel en sociale activering behoren tot het takenpakket. Instellingen die vroeger niet met elkaar samenwerkten, werken inmiddels samen aan het bouwen van een goed functionerende keten van zorg en begeleiding voor individuen; gegeven de diverse financieringsstromen en wetgeving is dit een complexe en tijdrovende zaak. Nieuwe registratiesystemen voor snelle informatie-uitwisseling zijn in ontwikkeling. Methodisch werken is in ontwikkeling, maar er is nog te weinig kennis voorhanden om dit voortvarend door te zetten.

In 2010 ging het Plan van Aanpak Maatschappelijke Ondersteuning, fase 2 van start. Deze fase is gericht op het voorkomen van dakloosheid.

Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars ontwikkelen gezamenlijk initiatieven voor brede, samenhangende zorg voor groepen van kwetsbare burgers. De Stuurgroep Experimentele Volkshuisvesting (SEV) ontwikkelt innovatieve antwoorden op maatschappelijke vraagstukken inzake wonen.

De opvang werkt aan verbetering van kwaliteit en transparantie; de sector zoekt actief naar wetenschappelijke onderbouwing van het methodisch handelen en werkt aan professionalisering. De sector werkt daarvoor samen met UMC St. Radboud, Nijmegen, in de Academische Werkplaats Opvang & OGGz.

Bijdrage GGz aan maatschappelijk functioneren

De GGz-instellingen worden zich steeds meer bewust van de rol die zij hebben bij vraagstukken van bemoeizorg, rehabilitatie, herstel en maatschappelijke participatie: de zogenaamde vermaatschappelijking van de zorg. De wat naar binnen gekeerde blik van de psychiatrie van de afgelopen decennia verschuift naar veelomvattende zorgvormen (inclusief rehabilitatie) die bijdragen aan kwaliteit van leven en burgerschap: herstel als leidend principe in de zorg.[46] Aandacht voor de betekenis van factoren als ‘arbeid’ en ‘wonen’ voor gezondheid en welbevinden neemt toe.

Richtlijnen en kwaliteit

Regelmatig verschijnen er richtlijnen met als doel de kwaliteit van hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Voor de OGGz zijn van belang de Richtlijn ‘Besluitvorming dwang: opname en behandeling’ en de drie multidisciplinaire richtlijnen ‘Familiaal Huiselijk geweld’, ‘Suïcide’ en ‘Schizofrenie’. De commissies die deze richtlijnen ontwikkelen, stuiten allemaal op het probleem van ontbrekende kennis. De richtlijnen geven daarom – naast de aanbevelingen over de zorg – aanbevelingen over kennisontwikkeling.

Daarnaast werken de instellingen op andere wijzen aan de kwaliteit van zorg. Voorbeeld hiervan is het project Terugbrengen dwang en drang van GGZ Nederland. Er zijn diverse initiatieven om naast de HKZ-meting (Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector) vooral ook de inhoud en organisatie van zorg te toetsen. Stichting Centrum Certificering ACT en FACT certificeert ACT- en FACT-teams; deze teams bieden continue hulp aan mensen met psychiatrische aandoeningen die buiten de instelling wonen. De teams vervullen een belangrijke rol in het netwerk van zorg en dragen bij aan preventie van OGGz-problematiek. UMC St. Radboud (Onderzoekscentrum Maatschappelijke Zorg) werkt aan certificering van krachtgerichte basismethodiek en *critical time intervention.* Stichting Topklinische GGZ reikt instellingen die voldoen aan de criteria het keurmerk TOPGGz uit; onderzoek, ontwikkeling en innovatie maken deel uit van de criteria. Kennis die ontwikkeld wordt binnen TOPGGz-afdelingen kan

van betekenis zijn voor de behandeling en preventie (van verergering) van psychische problemen, waaronder die van OGGz-cliënten.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) intensiveert het toezicht op instellingen die betrokken zijn bij de zorg aan kwetsbare gezinnen, dat wil zeggen: gezinnen met geringe sociale redzaamheid. De Inspectie benoemt drie randvoorwaarden voor verantwoorde zorg aan kwetsbare groepen: 1) zo vroeg mogelijk actief zorg en ondersteuning bieden 2) zorg en ondersteuning zijn langdurig nodig maar wisselend in aard en intensiteit en 3) verantwoorde zorg is alleen mogelijk als instellingen samenwerken. IGZ werkt daarbij samen met andere Inspecties, onder andere Inspectie Jeugdzorg en Inspectie Werk en Inkomen; de focus van het toezicht ligt op de samenwerking tussen de instellingen.[47]

Zorgverzekaars dringen aan op invoering van *Routine Outcome Monitoring* (ROM) om de effecten van behandelingen en zorg te volgen en zorginkoopbeleid – met als belangrijke aandachtspunten effectiviteit, kwaliteit en prijs – te ontwikkelen.

De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie is in 2005 ingesteld door de minister van Justitie. Zij heeft tot opdracht aan de hand van tien internationaal aanvaarde kwaliteitscriteria (*What works*-criteria) te beoordelen of de gedragsinterventies en trainingen die in een strafrechtelijk kader worden aangeboden, kunnen bijdragen aan de vermindering van recidive. Het WODC begeleidt de erkende interventies met procesevaluatie. De commissie breidt haar werkterrein uit naar de tbs-instellingen en forensische psychiatrie.

Samenwerking VWS en Veiligheid en Justitie

De Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) is geëvalueerd: het kabinet heeft besloten deze (opname)wet te vervangen door een nieuwe behandelwet. Deze nieuwe wet (Verplichte GGz) maakt het, meer dan onder de huidige Wet Bopz het geval is, mogelijk dat onvrijwillig zorg verleend wordt. Het kabinet werkt daarnaast aan de Wet forensische zorg. Deze wet moet het mogelijk maken om geestelijke gezondheidszorg te geven in een strafrechtelijk kader. De twee betrokken ministeries, VWS en VenJ, werken nauw met elkaar samen bij de voorbereiding van beide wetsvoorstellen. Ook voor de aanpak van huiselijk geweld werken de ministeries samen, bijvoorbeeld aan het instellen van een huisverbod en aan de opvang van en hulpverlening aan slachtoffers en daders.

Een prioriteit van het ministerie van VenJ is het terugdringen van recidive. Een van de middelen daartoe is de logica van het medisch handelen meer ingang laten vinden in het strafdomein. Denk bijvoorbeeld aan het bieden van zorg aan

gedetineerden met psychische problemen en het aanbieden van gedragsinterventies en effectieve behandelprogramma's.

Een goede aansluiting tussen zorg voor, tijdens en na detentie is essentieel voor de betrokkene en zijn omgeving; concreet gaat het om het terugdringen van recidive en het verminderen van maatschappelijke overlast. Gemeenten en Justitie hebben afspraken gemaakt over de nazorg voor ex-gedetineerden op de terreinen wonen, inkomen, schulden, zorg en bezit van een identiteitsbewijs. De betrokken inspecties (Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie voor Sanctietoepassing) stimuleren een integrale aanpak voor deze doelgroep.[47]

Het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum van Justitie (WODC) heeft grote onderzoeksprogramma's lopen op het gebied van behandelingen en uitvoeringspraktijken in tbs-instellingen.

Positie cliënten

Tot slot geldt ook voor de OGGz, in het bijzonder voor de opvanginstellingen, dat de positie van cliënten is versterkt zodat zij invloed kunnen uitoefenen op de aard, inhoud en kwaliteit van zorg. Via hun belangenorganisaties kunnen zij participeren in raden van advies van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Ook kunnen zij hun stem laten gelden in de uitvoering van de Wmo. In de evaluatie van de Wmo concludeert het SCP dat mensen met een verstandelijke beperking of chronische psychische problematiek, de OGGz-groep, minder goed vertegenwoordigd zijn in de Wmo-raden. Om de participatie te verbeteren is het daarom van het grootste belang dat de facilitering van cliëntenorganisaties voorziet in deze rol.

Bijlage **F**

Leerstoelen

Er zijn vier universitaire leerstoelen op het gebied van de OGGz:

- Leids Universitair Medisch Centrum: prof. dr. Bert van Hemert, Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg; bijzonder hoogleraar, psychiater.
  Deze leerstoel (0,2 fte) maakt deel uit van de academische werkplaats Public Health Noordelijk Zuid-Holland (themagroep OGGz), waarin onder andere met lokale GGD'en wordt samengewerkt. Het onderzoek ligt op het gebied van omvang en aard van de problematiek, toegankelijkheid van de zorg, cliëntvolgsystemen en toeleidingsmethodieken. Er zijn drie promovendi op het gebied van OGGz.
- Universitair Medisch Centrum St. Radboud: prof. dr. Judith Wolf, Maatschappelijke Zorg; gewoon hoogleraar, socioloog.
  Het onderzoekscentrum maatschappelijke zorg richt zich op de verwerving en overdracht van wetenschappelijke kennis over de omvang en het profiel van (groepen) sociaal kwetsbare mensen, processen van sociale in- en uitsluiting, dakloosheid en huiselijk geweld en de ontwikkeling en toetsing van effectieve, efficiënte en passende interventies. Er worden onder meer effectstudies (RCT's) uitgevoerd, een cohortstudie onder daklozen in de vier grote gemeenten (samen met IVO) en een predictiestudie huisuitzetting. Er zijn zeven promovendi. Het onderzoekscentrum werkt intensief samen met actoren in praktijk en beleid (opvanginstellingen, gemeenten, cliëntengroepen

etc). Met de gemeente Utrecht is er een samenwerkingsovereenkomst in het kader van de Academische werkplaats G4.

- Erasmus Medisch Centrum: prof. dr. Niels Mulder, OGGz; bijzonder hoogleraar, psychiater.
  Deze leerstoel is verbonden aan het Onderzoekscentrum O3, een samenwerking tussen de GGz-instellingen in Rijnmond, de GGD Rotterdam-Rijnmond en het Erasmus Medisch Centrum. Er vindt onderzoek plaats naar onder andere dwang en drang, ontwikkeling van OGGz-monitoring en evaluatie van interventies. Er zijn acht promovendi op het gebied van OGGz. De gemeente Rotterdam en het Erasmus Medisch Centrum hebben een academische coalitie. Verbetering van leefomstandigheden en vergroting van kansen op werk in wijken met een achterstand is een van de drie speerpunten.
- Universitair Medisch Centrum Groningen: prof. dr. Durk Wiersma, Klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen, bijzonder hoogleraar, socioloog.
  Deze leerstoel is verbonden aan het Rob Giel Onderzoekscentrum (RGOc). Onderzoek is gericht op de praktijk van de GGz en betreft onder andere effectiviteit van interventies en gebruik van GGz met het noordelijk psychiatrisch casusregister. Een van de onderzoekslijnen (vier promovendi) betreft het grensvlak van GGz en justitie, in het bijzonder de OGGz en forensische psychiatrie. De onderzoeken betreffen onder andere: effectiviteit van gedwongen zorg voor ernstig disfunctionerende dubbele-diagnose patienten (Duurzaam Verblijf); de rol van de politie in de OGGz; effect van delictrisicotaxatie op recidives in de ambulante forensische psychiatrie; forensisch-psychiatrische behandeling in detentie en effect van intramurale forensisch-psychiatrische zorg. Daarnaast is er voor de OGGz onderzoek naar de effectiviteit van onder andere: *Individual Placement and Support*, rehabilitatie, *Assertive Community Treatment*, lotgenotencontacten en woonzorg.

Bijlage **G**

Overige bijdragen aan de kennisinfrastructuur

Overige onderzoeksinstellingen en hogescholen

Aan Tranzo, het Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van de Universiteit van Tilburg, zijn verschillende bijzonder hoogleraarschappen verbonden: Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische stoornissen (prof. dr. Jaap van Weeghel); op het gebied van verslaving (prof. dr. Ien van de Goor), epidemiologie (prof. dr. ing. Hans van Oers), gezondheidszorgbeleid (prof. dr. Henk Garretsen) en forensische psychiatrie (prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen). Aan de Faculteit Sociale Wetenschappen is de bijzondere leerstoel sociale psychiatrie gevestigd (prof. dr. C. van der Feltz-Cornelis).

Het onderzoeksinstituut AIAR in Amsterdam doet onderzoek naar verslaving en alle aspecten die daarbij een rol spelen. De Amsterdam School for Social Science Research doet onderzoek naar de ‘achter de voordeur’ projecten van de gemeente. Het Verwey-Jonker Instituut is een onafhankelijk onderzoeksinstituut voor advies en innovatie op maatschappelijk terrein in Utrecht. Het onderzoeksinstituut IVO in Rotterdam doet naast onderzoek naar allerlei verslavingen ook onderzoek op het terrein van de maatschappelijke opvang en zorg.

Aan diverse hogescholen zijn lectoraten die praktijkgericht onderzoek uitvoeren naar OGGz vraagstukken. Voorbeelden van deze lectoraten zijn: OGGz aan de Hanze Hogeschool in Groningen; Innovatieve maatschappelijke dienstverlening aan de Hogeschool Utrecht; Vrouwenopvang en aanpak huiselijk

geweld aan Avans Hogeschool; Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking aan Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

GGD'en

Onderzoek van GGD'en is schaars en vooral gekoppeld aan academische werkplaatsen Publieke Gezondheid of OGGz. De GGD Amsterdam is zeer actief en heeft binnen het cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidbevordering zeven medewerkers die OGGz-onderzoek uitvoeren. Het beleidsondersteunende onderzoek van de GGD Rotterdam-Rijnmond wordt vaak door derden gedaan in opdracht van de GGD. GGD West-Brabant en GGD Hart voor Brabant zijn actief op het gebied van onderzoek naar bemoeizorg.

Kennisinstituten

Het Trimbos-instituut is het landelijke kenniscentrum voor geestelijke gezondheidzorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg. Het instituut onderzoekt, ontwikkelt en bevordert de implementatie van kennis. Met name in het programma Reïntegratie vindt OGGz-onderzoek plaats (onder andere de monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, onderzoek naar lokale zorgnetwerken en (F)ACT). MOVISIE verzamelt, valideert, verrijkt en verspreidt kennis over welzijn, zorg en sociale veiligheid en adviseert over de toepassing van die kennis. OGGz is een van de thema's. Het Kenniscentrum Phrenos ontwikkelt en verspreidt kennis over behandeling, rehabilitatie, herstel en maatschappelijke acceptatie voor mensen met psychotische of andere ernstige en langdurige psychische stoornissen.

Het Trimbos-instituut, ZonMw en GGZ Nederland hebben in een convenant samenwerkingsafspraken gemaakt om de verschillende fasen van de GGz-kenniscyclus beter op elkaar af te stemmen. In de Kennisagenda 2010 is OGGz opgenomen.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek maakt een landelijke schatting van de omvang van het aantal feitelijk daklozen.

ZonMw en NWO

Verspreid over programma's bij ZonMw zijn de afgelopen tien jaar in totaal ongeveer 44 projecten gefinancierd die raken aan OGGz-thema's (globale schatting van de omvang: 9 miljoen euro). Het programma Geestkracht, deel praktijkzorgprojecten, heeft elf OGGz-projecten gefinancierd. Voor het programma

Geestkracht is geen budget meer. ZonMw denkt na over een vervolg van het, uit tussentijdse evaluaties blijkend, succesvolle programma. In het vierde Preventieprogramma is deelprogramma twee gericht op preventie van psychische aandoeningen.

Het ZonMw Kennisprogramma Maatschappelijke Opvang (budget 1,9 miljoen euro) heeft drie basisprojecten afgerond: cliëntprofielen van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang en een overzicht van methodieken in de opvang. Het programma financiert voorts drie projecten: twee inzake de effectiviteit van een krachtgerichte basismethodiek en *critical time intervention* in de opvang en een project gericht op structurele verbetering van cliëntparticipatie. Gestart is een laatste ronde voor cliëntgestuurde projecten.

Het programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid stimuleert de vorming van twee OGGz-werkplaatsen en financiert vier projecten (budget 2 miljoen euro). In het kader van het programma Zorg voor Beter voert onder andere het Trimbos-instituut een implementatieproject Bemoeizorg uit en worden specifieke verbetertrajecten voor langdurende GGz ontwikkeld (onder andere het thema: Sociale participatie en op herstel gerichte zorg). Het programma Risicogedrag en afhankelijkheid stimuleert onder andere onderzoek naar effectieve interventies voor zorg en preventie van verslaving, inclusief justitiële maatregelen. Inzake ethische vraagstukken loopt een project naar de ethiek van drang- en dwangtoepassing bij verslaafde zwangeren. Het programma Jeugd stimuleert kennisontwikkeling voor brede vraagstukken rondom jeugd waaronder ook opvoedingsvraagstukken.

Over het onderzoek forensische psychiatrie concludeert ZonMw in 2007 dat de tijd rijp is voor een samenhangend onderzoeksprogramma gericht op kwaliteitsverbetering in de forensische psychiatrie. Het WODC heeft een tbs-onderzoeksprogrammering opgesteld. Dit programma beoogt bij te dragen aan de wetenschappelijke basis van de tbs-maatregel door behandelingen op effectiviteit te onderzoeken. Een tweede hoofdlijn is de monitoring van de tbs-uitvoeringspraktijk. De hoofdtaak van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie is die van een expertisecentrum en ‘schakelen en makelen’.

NWO voert in opdracht van een particuliere opdrachtgever (Stichting tot Steun VCVGZ) het programma Geweld tegen psychiatrische patiënten uit (budget van 0,5 tot 1 miljoen euro per jaar). De keuze voor dit onderwerp is een gevolg van de waarneming dat de prevalentie van geweld tegen de psychiatrische patiënt veel hoger is dan de prevalentie van geweld gepleegd door psychiatrische patiënten. Het NWO-programma Hersenen en Cognitie: Veiligheid betrekt neurobiologische variabelen in het onderzoek naar justitiële gedragsinterventies.

VWS

Het ministerie van VWS heeft 2,5 miljoen euro beschikbaar gesteld aan de Federatie Opvang voor verbeteringen in de vrouwenopvang. Eind 2009 is een cohortstudie van start gegaan naar daklozen in de vier grote steden. De studie kost een miljoen euro en wordt uitgevoerd door het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg en het IVO (opdrachtgever Directie Maatschappelijke ondersteuning van VWS).