



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Staat van de Gezondheidszorg

2010

Meer effect mogelijk van publieke
gezondheidszorg

Inhoud

Voorwoord	7
Leeswijzer	10
Beleidsamenvatting	11
1 Doel: verbeteren lokaal gezondheidsbeleid en zorg voor kwetsbare groepen	11
2 Effectief lokaal gezondheidsbeleid	12
3 Verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen	14

Deel 1	
De preventiecyclus onder de loep. Hoe effectief is het lokaal gezondheidsbeleid?	17

1 Inleiding	19
1.1 Aanleiding en belang	19
1.2 Onderzoeksvraag, methode en toetsingskader	20
2 Conclusies	23
2.1 Verbetering mogelijk van gemeentelijk gezondheidsbeleid gericht op bevorderen gezond gedrag	23
2.2 Meerderheid gemeenten had geldige nota, kwaliteit nota's nagenoeg onveranderd	23
2.3 Meer bekendheid over effect van gemeentelijk gezondheidsbeleid op gebied van gezondheidbevordering nodig	24
2.4 GGD'en hadden goed zicht op gezondheidsproblemen en wisselend inzicht in het aanbod van interventies	24
2.5 Referentiekader ontwikkeld voor lokaal beleid gericht op gebieden met gezondheidsachterstand	25
3 Noodzakelijke verbeteringen	27
3.1 Aanbevelingen voor overheden en betrokken organisaties	27
3.2 Wat gaat de inspectie doen?	29
3.3 Beschouwing	30

4	Resultaten: beoordeling gemeentelijke gezondheidsnota's	31
4.1	Driekwart van gemeenten in bezit van tweede nota	31
4.2	Gemeenten zorgvuldiger bij het opstellen van nota's	31
4.3	Nota's beter bij grotere gemeenten	33
4.4	Aandacht voor speerpunten aanwezig	33
4.5	Deel van taken uit de Wet publieke gezondheid in de nota's uitgewerkt	37
4.6	Beleid veelal niet consistent	37
4.7	Burgers vaker betrokken bij opstellen van nota	37
4.8	Afstemming met andere beleidsterreinen aanwezig	38
4.9	Meer aandacht voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen in gemeenten met achterstandswijken	38
5	Resultaten: bijdrage lokaal beleid aan preventiedoelen	39
5.1	Weinig bekend over effect van interventies	39
5.2	Doelstellingen van VWS onhaalbaar met alleen bewezen effectieve interventies	42
6	Resultaten: ondersteuning van GGD'en aan gemeenten	45
6.1	GGD'en inzicht in lokale gegevens over overgewicht, roken, alcohol en depressie	45
6.2	Gegevens niet altijd op uniforme wijze verzameld	46
6.3	Niet alle doelgroepen bereikt met aangeboden interventies	47
6.4	De aanbevolen combinatie van interventies niet altijd aanwezig	47
6.5	Wisselend beeld van aanbod interventies bij GGD'en	48
6.6	Interventieaanbod verschillend per GGD-regio	48
6.7	Effectiviteit niet vastgesteld voor helft van meest uitgevoerde interventies	49
6.8	GGD'en te weinig bekend met bereik interventies	52
6.9	Verband tussen omvang gezondheidsproblemen en aantal interventies niet zichtbaar	52
7	Referentiekader voor aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen	57

Deel 2	Verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen	59
1	Inleiding	61
2	Overkoepelende conclusies	63
2.1	Algemene voorwaarden verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen zijn benoemd	63
2.2	Samenwerking, probleemgeoriënteerd en ketengericht toezicht mogelijk door andere aanpak	64
3	Gezinnen met geringe sociale redzaamheid	67
3.1	Inleiding	67
3.2	Conclusies	69
3.3	Aanbevelingen en vervolgacties van betrokken inspecties	70
3.4	Resultaten van 17 regionale bijeenkomsten	71
3.5	Beschouwing	78
4	Stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problemen	79
4.1	Inleiding	79
4.2	Conclusies	81
4.3	Aanbevelingen en vervolgacties van de inspectie	84
4.4	Resultaten: realisatie randvoorwaarden in vijf regio's	85
4.5	Beschouwing	91
	Policy summary	93
	Bronnen	100
	Bijlagen	102
1	Preventie: onderzoeksopzet en toetsingskader	102
2	Methode en toetsingskader	103
3	Concept richtlijn redelijke inspanning inzicht lokaal preventie aanbod	106
4	Erkenning van interventies	109
5	Referentiekader voor aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen	110
6	Werkwijze project gezinnen met geringe sociale redzaamheid	112
7	Werkwijze project stelselmatige delictplegers	113
8	Afkortingenlijst	114

Voorwoord

Deze *Staat van de Gezondheidszorg 2010* (SGZ 2010) is geheel gewijd aan de publieke gezondheidszorg. Het document richt zich op twee onderdelen:

- 1 De effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid, gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl.
- 2 De zorg voor kwetsbare groepen.

Bij dit laatste onderdeel gaat het in het bijzonder om:

- a De zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid.
- b De zorg voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problemen.

IGZ en publieke gezondheid

Sinds de inwerkingtreding van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (nu de Wet publieke gezondheid) begin jaren negentig van de vorige eeuw heeft de inspectie herhaaldelijk aandacht besteed aan de werking van deze wet. In 1997 constateerde de inspectie dat de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten bij GGD'en te gering was. Dit heeft mede geleid tot de verplichting voor gemeenten om eens per vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Toezicht op de kwaliteit van de publieke gezondheidszorg heeft belangrijk bijgedragen aan goed uitgewerkte professionele standaarden op het gebied van de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Mede op basis van de SGZ 2005, die eveneens gewijd was aan de publieke gezondheidszorg, is het Centrum Gezond Leven bij het RIVM opgericht en is de vierjarige Preventiecyclus verankerd.

Deze en andere kwaliteitsimpulsen hebben bijgedragen aan een steeds effectievere publieke gezondheidszorg in ons land, in het bijzonder op het gebied van de gezondheidbescherming.

Effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid

Deze SGZ laat zien dat verdere verbetering nodig en mogelijk is wanneer het gaat om de effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid gericht op vier speerpunten uit de nationale Preventienota van 2006: overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Gemeenten blijken niet vanzelfsprekend de speerpunten uit de Preventienota over te nemen in het gemeentelijk gezondheidsbeleid en verbinden zelden concrete doelstellingen aan beleid dat gericht is op deze speerpunten. Ook is niet duidelijk welke bijdrage gemeentelijk gezondheidsbeleid kan en zou moeten leveren aan het bereiken van de nationale doelstellingen. De inspectie pleit daarom voor een betere afstemming tussen het ministerie van VWS en gemeenten bij de voorbereiding van de volgende Preventienota. Vermeden moet worden dat de Preventienota de suggestie wekt dat lokaal gezondheidsbeleid de volksgezondheidsproblemen kan oplossen, terwijl de mogelijkheden voor gemeenten beperkt zijn.

De inspectie heeft geconstateerd dat de kwaliteit van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid nauwelijks verbeterd is ten opzichte van vier jaar geleden. Na de aanstaande wijziging van de Wet publieke gezondheid worden meer eisen gesteld aan de inhoud van de nota's die naar de inspectie verwacht zullen leiden tot kwaliteitsverbetering. De inspectie adviseert dat

gemeenten zelf een benchmark gaan gebruiken om de kwaliteit onderling te vergelijken. De Stuurgroep Maatschappelijke Verantwoording Publieke Gezondheidszorg van het programma Zichtbare Zorg heeft hiervoor een visiedocument vastgesteld. In opdracht van het ministerie van VWS zijn handleidingen voor de ondersteuning van lokaal gezondheidsbeleid ontwikkeld voor vier van de vijf speerpunten uit de Preventienota. Deze handleidingen bevatten zogenaamde leeflijnen met interventies die op lokaal niveau kunnen worden uitgevoerd. Uit onderzoek van het RIVM blijkt echter dat op een enkele uitzondering na, weinig bekend is over het effect van deze interventies. De inspectie adviseert dat onder leiding van het Centrum Gezond Leven de handleidingen verbeterd worden en er onder regie van ZonMw onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van de meest gebruikte interventies. De inspectie heeft vastgesteld dat GGD'en er goed in slagen inzicht te geven in de gezondheidssituatie van de bevolking ter ondersteuning van het gemeentelijke gezondheidsbeleid. De GGD'en hebben echter onvoldoende zicht op aantal, aard en bereik van interventies gericht op de speerpunten uit de Preventienota. GGD Nederland heeft op verzoek van de inspectie nu een concept richtlijn opgesteld om dit te verbeteren. Ook adviseert de inspectie meer gebruik te maken van regionale VTV's (Volksgezondheid Toekomstverkenningen).

Geringe sociale redzaamheid

Personen met geringe sociale redzaamheid die buiten zorginstellingen verblijven, verdienen bijzondere aandacht. Deze kwetsbare groepen kunnen zichzelf vaak niet goed redden en hebben problemen op meer terreinen dan gezondheid. De zorg voor deze personen is gecompliceerd omdat er sprake is van een in de tijd naar aard en intensiteit wisselende maar continue zorgbehoefte die op verschillende leefgebieden betrekking heeft. Daarom kan deze zorg niet meer door één afzonderlijke (zorg)instelling geboden worden. Dit stelt bijzondere eisen aan de organisatie van de zorg waarbij de problematiek van deze kwetsbare personen centraal moet staan en niet de beperkte mogelijkheden van afzonderlijke instellingen. De betrokken organisaties moeten zich realiseren dat goede kwaliteit van zorg vooral afhangt van de bereidheid tot en effectiviteit van de samenwerking tussen de instellingen onderling en met de lokale overheid. Regelgeving en verschillen in financiering vormen vaak een belemmering en prikkels ontbreken om tot goede samenwerking te komen. De inspectie heeft in twee projecten onderzocht of en op welke wijze toezicht een bijdrage kan leveren om de zorg te verbeteren.

Kwetsbare gezinnen

Het eerste project heeft betrekking op gezinnen met geringe sociale redzaamheid. De inspectie voert dit project uit samen met de Inspectie jeugdzorg en de Inspectie van het Onderwijs. Het project is ontstaan vanwege de vaak ontoereikende zorg voor kinderen met een licht verstandelijke handicap en bijkomende gedragsstoornissen. Vaak blijkt dat ook de ouders van deze kinderen moeite hebben zich maatschappelijk staande te houden en niet goed in staat zijn adequate hulp voor de kinderen te organiseren. Deze groep kinderen is daarmee dubbel kwetsbaar waardoor goede zorg voor deze gezinnen van groot belang is om de kinderen maatschappelijk een zo goed mogelijke kans te bieden.

De inspecties hebben samen met gemeenten en betrokken instellingen drie randvoorwaarden voor verantwoorde zorg geformuleerd en in regionale bijeenkomsten getoetst in hoeverre de zorg aan deze gezinnen aan deze randvoorwaarden voldoet. Dit blijkt (nog) nergens het geval te zijn. De inspecties zullen met toezicht verdere implementatie bevorderen. Zij zullen waar nodig en mogelijk een samenwerkingsplicht aan de onder toezicht staande instellingen opleggen en de kwaliteit van de samenwerking toetsen. Deze (verplichte) samenwerking heeft zowel betrekking op onderlinge samenwerking als op de samenwerking met de gemeentelijke overheid. Hiermee ondersteunen de inspecties de inspanningen van gemeenten in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek

Het tweede project heeft betrekking op stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek. Ook bij deze groep is behoefte aan continue zorg die doorloopt ongeacht de setting waarin de persoon verblijft. In dit project werkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg samen met de Inspectie voor de Sanctietoepassing. Verantwoorde zorg aan deze groep vereist effectieve samenwerking tussen penitentiaire inrichtingen, gemeenten en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. De inspecties hebben acht randvoorwaarden geformuleerd voor deze zorg die op breed draagvlak in het veld kunnen rekenen. Uit onderzoek in vijf regio's blijkt dat al veel inspanningen gepleegd worden om deze randvoorwaarden te realiseren, vooral in het verband van de veiligheidshuizen. Ook binnen penitentiaire inrichtingen is meer aandacht voor het belang van doorlopende zorg. De inspectie zal verdere implementatie stimuleren en zich daarbij vooral richten op een betere aansluiting van de organisaties voor geestelijke gezondheidszorg bij de inspanningen van gemeenten en penitentiaire inrichtingen.

Deze SGZ 2010 heeft betrekking op twee prioriteiten uit het Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, namelijk 'preventie effectiever maken' en 'bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen'.

Ik hoop van harte dat deze SGZ 2010 er toe zal bijdragen dat preventie effectiever wordt en dat de zorg voor de onderzochte kwetsbare groepen verbetert.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Leeswijzer

De Staat van de Gezondheidszorg 2010 begint met een beleidssamenvatting.

Het hoofdrapport bestaat uit twee delen:

Deel 1: De preventiecyclus onder de loep. Hoe effectief is lokaal gezondheidsbeleid?

Hierin wordt de bijdrage beoordeeld die het lokale gezondheidsbeleid levert en kan leveren aan de nationale preventiecyclus van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Deel 2: Verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen

Hierin worden algemene voorwaarden geformuleerd voor verantwoorde zorg aan kwetsbare groepen, die specifiek zijn uitgewerkt voor de zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid en aan stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problemen.

Beleidsamenvatting

1 Doel: verbeteren lokaal gezondheidsbeleid en zorg voor kwetsbare groepen

Deze Staat van de Gezondheidszorg richt zich op twee beleidsprioriteiten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarbij de publieke gezondheidszorg de focus is. Samen met andere inspecties, overheden en veldpartijen wil de inspectie bevorderen dat preventie van volksgezondheidsproblemen op lokaal niveau effectiever wordt en dat de zorg voor kwetsbare groepen verbetert. Hiertoe heeft de inspectie het afgelopen jaar onderzoeken uitgevoerd en laten uitvoeren en heeft in samenwerking met betrokken overheden en organisaties kaders ontwikkeld die verantwoorde zorg helpen bevorderen.

Deel 1: Effectief lokaal gezondheidsbeleid

De effectiviteit van het lokale gezondheidsbeleid is onderzocht voor vier nationale prioriteiten: vermindering van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Net als in 2005 heeft de inspectie de kwaliteit van de lokale gezondheidsnota's beoordeeld en de bijdragen van GGD'en aan het lokale beleid geëvalueerd. Voor deze Staat van de Gezondheidszorg is ook onderzocht in welke mate gezondheidsbevorderende maatregelen op lokaal niveau kunnen bijdragen aan de nationale preventiedoelstellingen.

Deel 2: Verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen

De zorg voor groepen met geringe sociale redzaamheid die buiten instellingen verblijven, is mede een lokale verantwoordelijkheid. Omdat bij de zorg voor deze groepen vaak veel hulpverleners van allerlei organisaties betrokken zijn, is het lastig om te bepalen wanneer de zorg op een voldoende verantwoorde wijze geboden wordt. De inspectie heeft daarom samen met betrokken organisaties en andere inspecties voor twee van deze groepen randvoorwaarden ontwikkeld waaraan de zorg moet voldoen. Voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid met naast een zorgvraag ook andere problemen (schulden, huisvesting, onderwijs) en voor mensen met een psychische of psychiatrische aandoening die regelmatig met justitie in aanraking komen (stelselmatige delictplegers).

Als toezichthouder presenteert de inspectie in deze Staat van de Gezondheidszorg een nieuwe aanpak, waarbij niet de zorgaanbieder of zorgverlener centraal staat, maar de cliënt en diens problemen. De hoofdvraag was of alle betrokken instellingen en organisaties gezamenlijk in staat zijn verantwoorde zorg te bieden.

Effectief lokaal gezondheidsbeleid

Veel ontwikkelingen in afgelopen vijf jaar

In 2005 heeft de inspectie een Staat van de Gezondheidszorg uitgebracht over de publieke gezondheidszorg^[1]. De conclusie was toen dat deze weliswaar verbeterd was, maar dat Nederland nog onvoldoende was voorbereid op dreigende volksgezondheidsproblemen. Gemeenten waren niet goed in staat de problemen gericht aan te pakken. In de tussentijdse jaren is er veel gebeurd. Het ministerie van VWS heeft in de Preventienota^[2] het bevorderen van gezonde leefstijl als hoofdthema benoemd en heeft prioriteiten geformuleerd in de vorm van zogenaamde speerpunten. Nationale en lokale maatregelen moeten gezamenlijk zorgen voor minder overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes.

Het is niet bij het benoemen van speerpunten gebleven. Om een professionele aanpak te bevorderen en versnippering tegen te gaan zijn handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid ontwikkeld voor vier van de vijf speerpunten (behalve voor diabetes). Het Centrum voor Gezond Leven (CGL) is opgericht om kennisuitwisseling te bevorderen en bruikbare interventies te erkennen. GGD'en zijn verder geprofessionaliseerd en ondersteunen gemeenten bij het opstellen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Daarnaast zijn er diverse andere programma's geweest om de kwaliteit te bevorderen, zoals 'Beter Voorkomen' van ZonMw en 'Login' van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

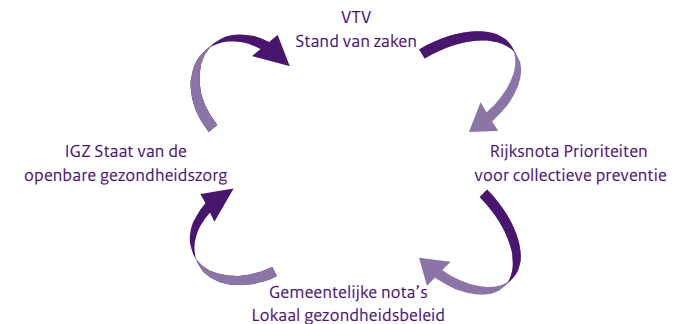
De vraag is of deze ontwikkelingen geleid hebben tot lokaal beleid dat een substantiële bijdrage levert aan de nationale doelstellingen. Daartoe heeft de inspectie zich gericht op de vier preventiespeerpunten: overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie.

Belangrijkste conclusie: goede aangrijpingspunten voor verbetering van de preventiecyclus

De belangrijkste conclusie is dat de preventiecyclus (zie figuur 1) op dit moment onvoldoende effect sorteert. De onderzoeksresultaten geven goed zicht op waar verbetering nodig en mogelijk is.

Figuur 1

Preventiecyclus



Veel ruimte voor verbetering lokaal gezondheidsbeleid

Driekwart van de gemeenten voldoet aan de wettelijke verplichting om elke vier jaar een actuele nota gezondheidsbeleid vast te stellen.

De kwaliteit van de lokale nota's gezondheidsbeleid is nagenoeg gelijk gebleven. Hoewel gemeenten wel vaker de nationale preventiedoelen noemen, hebben zij moeite met de vertaling hiervan naar concrete doelen en maatregelen, en is de uitvoering van specifiek hierop gerichte interventies bij een meerderheid niet geborgd.

Een verbetering ten opzichte van 2005 is dat GGD'en aan gemeenten betere informatie kunnen aanleveren over de gezondheidstoestand per speerpunt. Het inzicht in het aanbod en bereik van interventies wisselt, maar is over het algemeen onvolledig.

Weinig bekend over effecten van interventies

In de preventiecyclus neemt onderzoek naar en erkenning van interventies een belangrijke plaats in. Doel is te bevorderen dat lokaal interventies ingezet worden die daadwerkelijk bijdragen aan minder overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Gemeenten maken onvoldoende gebruik van deze bewezen effectieve interventies. Een belangrijke oorzaak hiervoor is dat het onderzoek naar en erkenning van effectieve interventies maar langzaam op gang komt. Van de 220 interventies die in de handleidingen per speerpunt voor het lokaal gezondheidsbeleid worden beschreven zijn er 21 erkend en zijn er 8 waarvan daadwerkelijk bewezen is dat ze in Nederland leiden tot gezond gedrag. De meest gebruikte interventies zijn veelal niet op effectiviteit onderzocht.

Maximale inzet van gezondheidsbevorderende maatregelen levert kleine bijdrage aan preventiespeerpunten

In opdracht van de inspectie heeft het RIVM onderzocht wat theoretisch het effect zou zijn als alle bewezen effectieve interventies zouden worden ingezet met maximaal bereik. De conclusie is dat met het geringe aantal bewezen effectieve interventies de bijdrage van het

lokale gezondheidsbeleid beperkt zal zijn bij het bereiken van de nationale preventie-doelen. Van de overige interventies is het effect niet bekend. Er is evenmin een helder beeld welke bijdrage het ministerie verwacht van gemeenten.

Welke verbeteringen in de preventiecyclus zijn nodig?

Samengevat zijn de volgende verbeteringen nodig om een effectieve preventiecyclus te creëren.

Speerpunten en doelen gezamenlijk bepalen

Verbetering van de preventiecyclus begint bij realistische doelstellingen. De inspectie vindt het wenselijk dat het ministerie van VWS samen met gemeenten de doelen concretiseert en bepaalt welke bijdrage van het lokale beleid verwacht mag worden. Dan is ook duidelijker waar gemeenten met hun lokale gezondheidsbeleid aan gehouden zijn.

Verbeteren handleidingen, en erkenning van interventies versnellen

De handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid gericht op de preventiespeerpunten moeten sterk verbeterd worden. Uitgangspunt moeten de erkende en bij voorkeur bewezen effectieve interventies zijn, met een inschatting van het te verwachten effect. Daarnaast is ook aandacht voor een optimale combinatie van interventies van belang voor effectief beleid.

Het Centrum Gezond Leven moet samen met de Erkenningscommissie Interventies veel meer vaart maken met het erkennen van interventies.

Meer onderzoek naar effectiviteit interventies

Het aantal interventies waarvan bekend is dat ze daadwerkelijk leiden tot gezond gedrag is te gering. Meer onderzoek is nodig.

ZonMw kan hierbij een rol spelen door onderzoek naar de meest gebruikte interventies voorrang te geven in haar vierde programma Preventie 2010-2014.

Verbeteren kwaliteit lokale gezondheidsnota's

Gemeenten moeten met hulp van GGD'en zorgen voor SMART^[a] geformuleerde doelen voor de preventiespeerpunten op lokaal niveau, een verantwoorde selectie van effectieve interventies en een gedegen uitvoerings- en evaluatieplan. De verbeterde handleiding moet dit ondersteunen.

3 Verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen

Vernieuwende benadering toezicht nodig voor kwetsbare groepen

Als toezichthouder volgt de inspectie een vernieuwende aanpak bij de zorg voor kwetsbare groepen door cliënten en hun problemen als uitgangspunt te nemen. Het gaat daarbij in

[a] SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

het bijzonder om personen met geringe sociale redzaamheid die buiten instellingen verblijven. Traditioneel is het toezicht gericht op de kwaliteit van zorginstellingen en zorgverleners. Deze aanbodgerichte benadering volstaat niet altijd om te kunnen beoordelen of de zorg verantwoord is. Dat geldt bij uitstek voor kwetsbare groepen die zichzelf niet goed kunnen redden en problemen hebben op meer terreinen dan gezondheid. Een keur aan hulpverleners en organisaties is bij deze mensen betrokken, zonder dat duidelijk is wanneer er sprake is van verantwoorde zorg.

Omdat de inspectie geen van de betrokken partijen kon aanspreken op het ontwikkelen van cliëntgeoriënteerde en sectoroverstijgende veldnormen, heeft zij hiertoe zelf het initiatief genomen. Met andere toezichthouders, gemeenten en partijen uit onder meer zorg, jeugd-zorg, justitie en onderwijs zijn voorwaarden voor verantwoorde zorg benoemd voor twee kwetsbare groepen. Gezinnen met geringe sociale redzaamheid en stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problemen.

Voor het lokale gezondheidsbeleid is met dezelfde werkwijze een referentiekader ontwikkeld om beleid beter af te stemmen op wijken of gebieden met een lage sociaal-economische status, waar gezondheidsproblemen gemiddeld het grootst zijn.

Algemene voorwaarden voor verantwoorde zorg

De inspectie constateert dat er in de zorg voor kwetsbare groepen een belangrijk knelpunt is: de hulp die geboden wordt, is te kortdurend, gefragmenteerd en te eenzijdig. Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met experts zijn drie algemene voorwaarden benoemd waaraan verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen moet voldoen:

- Er moet in een zo vroeg mogelijk stadium actief zorg en ondersteuning geboden worden.
- Zorg en ondersteuning zijn langdurig nodig, maar wisselend in aard en intensiteit.
- Verantwoorde zorg is alleen mogelijk als alle betrokken instellingen samenwerken.

Voor gezinnen met geringe redzaamheid en stelselmatige delictplegers zijn deze voorwaarden specifiek ingevuld met behulp van andere inspecties en deskundigen uit het veld. De betrokken inspecties stimuleren het gebruik van deze voorwaarden door overheden en veldpartijen als referentiekader te gebruiken bij het ontwikkelen van beleid en de organisatie van de zorg. Voor de inspectie vormen deze randvoorwaarden de basis voor een toezichtskader.

Verbeteringen voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid

Goede zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid is van groot belang vanwege de dubbele kwetsbaarheid van de kinderen in deze gezinnen: de ouders hebben vaak problemen en de kinderen zelf hebben extra aandacht nodig, bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke handicap met bijkomende gedragsstoornissen.

Samengevat zijn de volgende verbeteringen nodig om verantwoorde zorg te kunnen bieden aan deze gezinnen.

Samenwerking en afstemming van de zorg: één gezin, één plan

Verantwoorde zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid is alleen mogelijk als alle relevante instellingen betrokken zijn en als deze instellingen effectief met elkaar samenwerken en de zorg goed op elkaar afstemmen. De netwerken zijn nu nog vaak niet compleet; onderwijs en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maken hier niet standaard deel van uit. De inspectie vindt het belangrijk dat instellingen werken op basis van het principe ‘één gezin, één plan’. Er moet een integraal zorgplan zijn dat samen met het gezin wordt opgesteld. Eén persoon moet fungeren als aanspreekpunt voor het gezin, maar ook voor de verschillende hulpverleners. Deze persoon is verantwoordelijk voor de uitvoering van het integrale zorgplan. Ook dit vraagt om afstemming tussen instanties en – om snel de gewenste zorg te kunnen leveren – bijvoorbeeld om mandatering van indicatiestelling voor specialistische zorg of onderwijs.

Randvoorwaarden als uitgangspunt voor beleid

De inspectie vindt dat de rijksoverheid en lokale overheden de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid als uitgangspunt moeten gebruiken bij het opstellen van nieuw beleid en bij het aanpassen van bestaand beleid. De inspecties zullen hierbij in het bijzonder de lokale overheden ondersteunen door de instellingen waar zij toezicht op houden, een samenwerkingsplicht op te leggen en te toetsen op de effectiviteit van de samenwerking.

Verbeteringen voor stelselmatige delictplegers met psychische problemen

Voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problemen zijn randvoorwaarden ontwikkeld, waarvoor een breed draagvlak bestaat bij de betrokken partijen.

Nationale afspraken over continue zorg

Voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek is het essentieel dat ze continue zorg krijgen: zorg die doorgaat of iemand vast zit of niet. Dit is belangrijk voor cliënten zelf, maar het heeft ook een maatschappelijk belang. Als zorg en ondersteuning abrupt stoppen zodra hun straf erop zit, is er een grote kans dat cliënten terugvallen in hun oude gedrag en wederom in aanraking komen met politie en justitie. Daarom vindt de inspectie het wenselijk dat de ministeries van Justitie en VWS, GGZ Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten afspraken maken over continue zorg vóór, tijdens en na detentie.

Richtlijnen voor informatie-uitwisseling tussen netwerkpartners

Er zijn veel verschillende instanties die hulp en ondersteuning bieden aan stelselmatige delictplegers, zowel in de zorg- als in de strafsector. Om effectieve, continue zorg te kunnen bieden moeten penitentiaire instellingen en hulp- en zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars werk: welke ondersteuning heeft de cliënt tot nu toe gehad en hoe gaat het nu (verder)? Daartoe moeten de ministeries van Justitie en VWS het initiatief nemen om met de relevante beroepsorganisaties richtlijnen op te stellen over het uitwisselen van informatie over cliënten. Implementatie is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Deel 1

De preventiecyclus onder de loep. Hoe effectief is het lokaal gezondheidsbeleid?

‘Maak de preventie effectiever’ is een van de vier prioriteiten in het meerjarenbeleid van de inspectie.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voorziet in de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV)^[3] van 2006 dat volksgezondheidsproblemen in Nederland toenemen, onder meer als gevolg van demografische ontwikkelingen zoals de vergrijzing. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen nemen toe, evenals gezondheidsproblemen (zowel lichamelijk als psychosociaal) onder jongeren. Dat is een van de redenen waarom de inspectie de effectiviteit van preventie wil bevorderen en dat tot een van de vier prioriteiten in haar meerjarenbeleid heeft gemaakt^[4].

Kwaliteit van lokaal gezondheidsbeleid was in 2005 onvoldoende

In de Staat van de Gezondheidszorg van 2005 constateerde de inspectie dat hoewel de publieke gezondheidszorg was verbeterd, Nederland nog niet voldoende was voorbereid op dreigende volksgezondheidsproblemen. De grootste bedreigingen waren volgens de VTV met name roken, alcohol, slechte voeding en weinig bewegen en het feit dat depressie steeds vaker voorkomt. Met betrekking tot deze gezondheidsproblemen bleken bovendien hardnekkige verschillen naar sociaaleconomische status te bestaan. Daarnaast was volgens de inspectie de kwaliteit van het lokale gezondheidsbeleid onvoldoende.

De preventiecyclus: de verbinding tussen nationaal en lokaal beleid

Gemeenten zijn op basis van de Wet publieke gezondheid^[5] verantwoordelijk voor de uitvoering van taken op het gebied van collectieve preventie. Naast het wettelijke kader hebben gemeenten bij het opstellen van hun gezondheidsbeleid ook te maken met beleidskaders vanuit het ministerie van VWS. Zo stelt het ministerie van VWS elke vier jaar de nationale prioriteiten voor collectieve preventie vast in de Preventienota. Mede op basis hiervan stellen gemeenten ook elke vier jaar hun beleid ten aanzien van de volksgezondheid vast in een nota gezondheidsbeleid (zie figuur 1). Gemeenten moesten dit voor het eerst doen in 2003-2004 en voor de tweede keer in 2007-2008.

Bij de vertaling van nationaal naar lokaal gezondheidsbeleid hebben de GGD'en een belangrijke ondersteunende rol. GGD'en stellen in de meeste regio's beleidsadviezen op met prioriteiten voor het lokale en/of regionale beleid. Dit gebeurt op basis van inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking, waarbij zij ook rekening houden met de nationale aanbevelingen. De bedoeling is dat lokaal gezondheidsbeleid op deze manier een belangrijke bijdrage levert aan de aanpak van gezondheidsproblemen.

Inspanningen verricht om publieke gezondheidszorg te verbeteren

De laatste jaren hebben de rijksoverheid en gemeenten zich ingespannen om de publieke gezondheidszorg te verbeteren. Zo heeft de regering opnieuw de ambitie uitgesproken de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te willen verminderen^[6]. Ook is in 2007 het Centrum gezond leven (CGL) opgericht naar aanleiding van aanbevelingen uit de Staat van

de Gezondheidszorg 2005 en zijn gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) verder geprofessionaliseerd.

Het ministerie van VWS heeft een Preventienota^[7] gepubliceerd waarin ze bevordering van gezond gedrag als hoofdthema benoemd. Ze heeft daarbij doelstellingen voor 2010 geformuleerd voor de aanpak van vijf speerpunten. Voor vier hiervan hebben de gezondheidsbevorderende instituten^[b] handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid met leeflijnen^[8,9,10,11] ontwikkeld. Het gaat om overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Elke leeflijn bevat een overzicht van interventies die gericht zijn op het terugdringen van deze gezondheidsproblemen. De handleidingen zijn bedoeld om gemeenten te ondersteunen bij hun lokale gezondheidsbeleid.

Bepalen of gemeentelijk beleid effectief bijdraagt aan bevorderen gezond gedrag

In deze Staat van de Gezondheidszorg onderzoekt de inspectie hoe effectief lokaal gezondheidsbeleid is en welke bijdrage deze schakel in de preventiecyclus levert om de volksgezondheid te bevorderen. De inspectie richt zich daarbij in het bijzonder op de kwaliteit van de beschikbare interventies, de kwaliteit van de gemeentelijke beleidsvorming (met bijzondere aandacht voor het beleid gericht op gebieden met een gezondheidsachterstand) en de ondersteuning van het gemeentelijk gezondheidsbeleid door de GGD'en. De vier speerpunten overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie staan daarbij centraal^[c].

1.2 Onderzoeksvraag, methode en toetsingskader

Onderzoeksvraag

De hoofdvraag die de inspectie beantwoordt met dit onderzoek luidt:

Is de verwachting gerechtvaardigd dat gemeentelijk gezondheidsbeleid een substantiële bijdrage levert aan het terugdringen van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie?

Methode en toetsingskader

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden heeft de inspectie gegevens opgevraagd bij GGD'en om te bepalen hoe zij gemeenten ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van gezondheidsbeleid. De inspectie heeft deze gegevens samen met vertegenwoordigers van de GGD'en en lokale bestuurders nader geanalyseerd. Ook heeft de inspectie samen met gemeenten een referentiekader ontwikkeld dat steun biedt bij het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid gericht op gebieden met gezondheidsachterstanden. Onderzoeksbureau SBGO heeft onderzoek verricht naar de gemeentelijke nota's gezondheidbeleid. Het RIVM

heeft onderzocht hoe effectief de interventies zijn die lokaal worden toegepast om roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en depressie te verminderen.

De inspectie heeft wetgeving, veldnormen en wetenschappelijke publicaties gebruikt als beoordelingscriteria.

In bijlage 1 is een onderzoeksverantwoording opgenomen. Hierin is de hoofdvraag opgesplitst in een aantal deelvragen en worden de verschillende onderzoeken en toetsingskaders nader toegelicht.

[b] Gezondheidsbevorderende instituten: Stivoro, Voedingcentrum, Trimbos Instituut, Voedsel en Warenautoriteit.

[c] Het speerpunt diabetes blijft buiten beschouwing in dit rapport. Voor diabetes ontbreekt een handleiding met een leeflijn, waardoor onvoldoende duidelijk is hoe gemeentelijk gezondheidsbeleid een bijdrage kan leveren aan de behandeling van deze ziekte.

Effectiviteit gemeentelijk
gezondheidsbeleid van
groot belang voor een
gezonde bevolking.

2 Conclusies

2.1 Verbetering mogelijk van gemeentelijk gezondheidsbeleid gericht op bevorderen gezond gedrag

De inspectie concludeert op basis van de verschillende onderzoeken dat de preventiecyclus nog niet goed werkt. Het huidige gemeentelijke gezondheidsbeleid dat specifiek gericht is op de gezondheidsbevorderende aanpak van de speerpunten overgewicht, roken, schadelijk alcoholmisbruik en depressie levert naar verwachting geen substantiële bijdrage aan de vermindering van deze volksgezondheidsproblemen.

De onderzoeksresultaten zijn desondanks hoopgevend, omdat duidelijk wordt welke aangrijpingspunten er zijn om de preventiecyclus effectiever te maken. Dit wordt in het volgende hoofdstuk aangegeven.

2.2 Meerderheid gemeenten had geldige nota, kwaliteit nota's nagenoeg onveranderd

Uit onderzoek voor de Staat van de Gezondheidszorg 2005 bleek dat 72 van de 467 gemeenten in mei 2005 nog geen nota gezondheidsbeleid hadden vastgesteld. De inspectie heeft haar toezicht vervolgd en in 2007 geconstateerd dat uiteindelijk vier gemeenten niet in het bezit waren van een geldige nota. Medio 2009 was driekwart van de gemeenten in bezit van een tweede geldige nota.

In tegenstelling tot wat de inspectie verwachtte was de kwaliteit van de tweede nota niet verbeterd ten opzichte van de eerste generatie nota's.

Gemeenten vermeldden in hun nota wel vaker de speerpunten uit de nationale Preventie-nota. Hiervan werden overgewicht en depressie (97 procent) het vaakst genoemd. De uitvoering van het beleid gericht op de speerpunten was echter in de meerderheid van gemeenten niet geborgd in specifieke uitvoeringsplannen. De inspectie concludeert dan ook dat de aandacht voor implementatie niet verbeterd was. De beleidsconsistentie was zelfs iets verslechterd. Concrete (SMART-geformuleerde) doelstellingen ontbraken vaak nog. Daarbij hadden gemeenten vooral moeite met het vertalen van doelstellingen naar concrete maatregelen.

2.3 Meer bekendheid over effect van gemeentelijk gezondheidsbeleid op gebied van gezondheidbevordering nodig

De gemeenten kunnen bij het opstellen van hun gezondheidsbeleid gebruik maken van de handleidingen 'lokaal gezondheidsbeleid' voor overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Deze handleidingen bevatten elk een overzicht met interventies die ingezet kunnen worden, de zogenaamde leeflijnen. In deze leeflijnen staan momenteel slechts weinig interventies waarvan de kwaliteit erkend is. De Erkenningscommissie Interventies en CGL erkennen op het kwaliteitsniveau van 'goed beschreven' tot 'bewezen effectief' (op bijvoorbeeld kennisvermeerdering of gedragsverandering) (zie bijlage 4). Het Centrum VTV van het RIVM heeft onderzocht welke interventies bewezen leiden tot daadwerkelijk gezonder gedrag.

Van de 220 interventies die in de handleidingen staan vermeld, zijn door het Erkenningscommissie Interventies en het CGL 21 interventies erkend. Daarnaast zijn er volgens het Centrum VTV slechts 8 interventies waarvan is aangetoond dat zij in Nederland daadwerkelijk leiden tot minder roken, overgewicht, schadelijk alcohol gebruik dan wel depressie. Van de overige interventies is dit niet aangetoond.

Ook van iets meer dan de helft van de interventies die in Nederland het meest worden uitgevoerd, is het effect niet bekend. Van alle vier de speerpunten heeft de inspectie een top 5 van meest uitgevoerde interventies opgesteld. In totaal zijn 11 van deze 24 interventies^[d] erkend door CGL en slechts 1 is bewezen effectief volgens de criteria van het Centrum VTV.

Wanneer het geringe aantal daadwerkelijk bewezen effectieve interventies zo worden ingezet dat zij het maximum aantal mensen dat zij kunnen bereiken ook daadwerkelijk bereiken, dragen ze slechts in geringe mate bij aan het terugdringen van de vier onderzochte gezondheidsproblemen.

2.4 GGD'en hadden goed zicht op gezondheidsproblemen en wisselend inzicht in het aanbod van interventies

In de Wet publieke gezondheid staat aangegeven dat gemeenten inzicht moeten hebben in de gezondheidssituatie van de bevolking (artikel 2a). Daarnaast is inzicht in het soort aanbod en bereik van interventies op lokaal niveau nodig om goed gemeentelijk beleid te voeren. Op basis van dit inzicht kunnen gemeenten hun lokale gezondheidsnota of uitvoeringsplannen opstellen, evalueren en bijstellen. De inspectie constateert dat de GGD'en

[d] De top 5 voor de leeflijn depressie omvat 9 interventies (5 interventies worden evenveel toegepast) waardoor het totaal op 24 uitkomt.

redelijk goed in staat waren om de omvang van de vier speerpunten bij volwassenen in kaart te brengen. Informatie over de gezondheidstoestand van de jeugd bleek lastiger te verzamelen. GGD'en verzamelden nog niet alle gegevens op een nationaal uniforme wijze.

Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat GGD'en in wisselende mate inzicht konden bieden in het aanbod en bereik van interventies. De meerderheid van de GGD'en had geen compleet overzicht van de interventies. De GGD'en wisten van de helft van het totaal aantal aangeboden interventies hoeveel mensen hiermee bereikt werden.

2.5 Referentiekader ontwikkeld voor lokaal beleid gericht op gebieden met gezondheidsachterstand

In de gezondheidsnota's noemen veel gemeenten de bestrijding van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en afstemming tussen preventie en de curatieve gezondheidszorg. Probleem is dat hier verder weinig invulling aan gegeven wordt.

De inspectie heeft in het kader van deze Staat van de Gezondheidszorg in de loop van 2009 samen met een aantal gemeenten een referentiekader ontwikkeld voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het referentiekader beschrijft tien aandachtspunten die gemeenten in acht moeten nemen bij het ontwikkelen van specifiek beleid voor gebieden met een gezondheidsachterstand.

De werking van de Preventiecyclus kan sterk verbeteren.

3 Noodzakelijke verbeteringen

Om te zorgen dat de preventiecyclus het gewenste effect sorteert – doeltreffend aanpakken van volksgezondheidsproblemen – zijn acties nodig van alle betrokken overheden en organisaties tezamen. In vogelvlucht: het ministerie van VWS staat aan de basis met het vaststellen van realistische doelen, in overleg met gemeenten. Gemeenten moeten de kwaliteit van hun gezondheidsbeleid verbeteren. Input hiervoor komt van GGD'en en van de nog te herziene handleiding 'gezonde gemeente'^[e] die zo veel mogelijk uitgaat van erkende en bij voorkeur ook bewezen effectieve interventies voor de preventiespeerpunten. De inspectie beoordeelt over vier jaar opnieuw of de effectiviteit van de preventiecyclus dan is verbeterd.

3.1 Aanbevelingen voor overheden en betrokken organisaties

Aanbevelingen voor het ministerie van VWS en gemeenten

De inspectie vindt het wenselijk dat het ministerie van VWS en gemeenten in overleg de speerpunten en doelen van de volgende Preventienota bepalen. De ambities van het ministerie zullen op die manier beter aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van gemeenten.

De inspectie adviseert het ministerie van VWS om de doelstellingen in de preventienota SMART^[f] te formuleren. Waar mogelijk moet in overleg met gemeenten duidelijk aangegeven worden welke bijdragen op lokaal en nationaal niveau geleverd moeten worden om de doelstellingen te realiseren. Hierdoor krijgen gemeenten en andere lokale partijen inzicht in de bijdrage die zij moeten leveren en kunnen ze hun inspanningen daarop afstemmen.

Aanbevelingen voor de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en gemeenten

Gemeenten zonder geldige nota gezondheidsbeleid moeten deze alsnog vaststellen in 2010.

De kwaliteit van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid moet verbeteren. Artikel 13 van het wijzigingsvoorstel van de Wet publieke gezondheid^[12,13,14] stelt nadere eisen aan de nota's. Ze moeten aansluiten op de nationaal benoemde speerpunten en moeten de voorgenomen activiteiten en beoogde resultaten expliciet benoemen. Doelstellingen, activiteiten en resultaten moeten tevens logisch op elkaar aansluiten.

De inspectie raadt gemeenten aan op basis van de in de nota geformuleerde doelstellingen gericht advies te vragen aan de GGD'en. Zo kunnen ze een combinatie van activiteiten bepalen die het waarschijnlijk maken dat de doelstellingen ook daadwerkelijk gehaald

[e] In 2010 worden de vier handleidingen verbeterd en gebundeld in de handleiding 'gezonde gemeente'.

[f] SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

worden. Hierbij dient het interventieoverzicht van de handleiding ‘gezonde gemeente’ richtinggevend te zijn.

Als de nationale ondersteuning verbetert, moeten gemeenten samen met lokale partijen beter in staat zijn een programmatische aanpak te kiezen met interventies waarvan de kwaliteit bekend is. Dat wil zeggen dat de interventies tenminste erkend en bij voorkeur bewezen effectief zijn.

De inspectie nodigt de VNG uit een benchmark op te stellen die het mogelijk maakt de kwaliteit van het gemeentelijk gezondheidsbeleid te volgen. Als basis voor een dergelijke benchmark kan het document dienen dat is vastgesteld door de Stuurgroep Maatschappelijk Verantwoordings Publieke Gezondheid van Zichtbare Zorg^[15].

De inspectie adviseert gemeenten het referentiekader te gebruiken dat de inspectie en gemeenten samen hebben opgesteld voor lokaal gezondheidsbeleid gericht op gebieden met een gezondheidsachterstand. Gedrag dat in belangrijke mate ongezondheid bepaalt – zoals roken, ongezond eten en te weinig lichaamsbeweging – komt immers meer voor bij groepen met een lage sociaaleconomische status en draagt daarmee in belangrijke mate bij aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Aanbevelingen aan GGD'en

De inspectie vindt dat de GGD'en op uniforme wijze inzicht moeten bieden in de gezondheidstoestand van de bevolking. Dat maakt nationale vergelijking beter mogelijk en verbetert de kwaliteit van de data. GGD'en moeten zich hiervoor conformeren aan nationale afspraken.

Als het gaat om de aanpak van de speerpunten uit de Preventienota, moeten de GGD'en inzicht bieden in het aanbod en bereik van interventies op lokaal niveau. De inspectie en GGD Nederland hebben in overleg met experts in een concept richtlijn vastgelegd welke redelijke inspanningen van de GGD'en hiertoe verwacht mogen worden (zie bijlage 3). Dit maakt toetsing door de inspectie mogelijk.

GGD'en, maar ook andere instellingen die zelfontwikkelde interventies willen blijven gebruiken, moeten de effectiviteit van deze interventies (laten) evalueren en ze ter erkenning aanbieden aan de Erkeningscommissie Interventies.

De inspectie adviseert de GGD'en de advisering aan gemeenten verder te professionaliseren door, naast het inzicht bieden in de gezondheidstoestand en in het aanbod van interventies, ook advies te geven over programmatisch werken, of de gewenste doelgroepen worden bereikt, of het bereik van de interventies voldoende is en wat nog moet worden aangepast of gedaan om de doelstellingen te realiseren. Dit zou kunnen door meer gebruik te maken van regionale VTV's, omdat deze bijdragen aan een betere advisering aan gemeenten^[16].

Aanbevelingen aan CGL, de Erkeningscommissie Interventies en gezondheidsbevorderende instituten

De inspectie vraagt het CGL om het proces van erkenning te versnellen. Daarbij moet voorrang worden gegeven aan de interventies die in Nederland veel gebruikt worden. In het bijzonder is snelle erkenning gewenst van de 5 interventies die volgens het RIVM bewezen effectief zijn, maar nog niet zijn erkend.

Ook moet het CGL partijen meer stimuleren om interventies te laten erkennen. Dat kan bijvoorbeeld door partijen nog actiever uit te nodigen om het erkenningstraject in te gaan.

Om de GGD'en te ondersteunen in het inzichtelijk maken van het aanbod en bereik van interventies, is het noodzakelijk dat het CGL in 2010 een registratiesysteem ontwikkelt dat gekoppeld is aan de I-databank. Het CGL heeft dit inmiddels toegezegd.

Aanbevelingen aan ZonMw

ZonMw heeft met haar vierde programma Preventie 2010-2014 een stimulerende rol in het verbeteren van lokaal gezondheidsbeleid en in het bijzonder het onderzoeken van interventies op effectiviteit. Het programma heeft als prioriteit onder andere het bevorderen van een gezonde leefstijl en het bevorderen van een gezonde leefomgeving. De inspectie vindt dat onderzoek naar veel uitgevoerde interventies voorrang moet krijgen op andere (nieuw ontwikkelde) interventies.

Als er te weinig desbetreffende onderzoeksvoorstellen binnenkomen, moet ZonMw organisaties actief benaderen om deze aanvragen alsnog in te dienen.

3.2 Wat gaat de inspectie doen?

Hieronder volgt een overzicht van de acties die de inspectie zal ondernemen om de effectiviteit van lokaal beleid te bevorderen.

Toezicht op gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid

De inspectie ziet erop toe dat gemeenten die geen geldige nota gezondheidsbeleid hebben, deze alsnog vaststellen in 2010. Zij zal de desbetreffende gemeenten hierop aanspreken.

Monitoren van preventiecyclus

Aan het eind van de volgende preventiecyclus zal de inspectie opnieuw onderzoeken in hoeverre de werking van de preventiecyclus verbeterd is. De inspectie zal daartoe, in aanvulling op de bovengenoemde activiteit, vóór 2014 in ieder geval het volgende ondernemen:

- Nagaan in hoeverre de kwaliteit van de gemeentelijke nota's verbetert en of deze nota's voldoen aan de vereisten in het (gewijzigde) artikel 13 van de Wet publieke gezondheid. De inspectie zal hiertoe bij voorkeur gebruik maken van de gegevens uit de benchmark voor de kwaliteit van het gemeentelijk gezondheidsbeleid, die de inspectie heeft aanbevolen.

- Nagaan of gemeenten een combinatie van verschillende interventies inzetten bij de aanpak van de speerpunten uit de volgende Preventienota en onderzoeken in hoeverre de interventies overeenkomen met het interventieoverzicht uit de verbeterde handleiding ‘gezonde gemeente’. Wanneer GGD’en en andere zorginstellingen interventies aanbieden die niet erkend zijn, zal de inspectie hen hierop aanspreken.
- De inspectie zal haar toezicht op de GGD’en verder richten op de volgende twee onderdelen:
 - Het uniform verzamelen van gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking op basis van de indicatoren van de inspectie en in aansluiting op nationale afspraken.
 - Het ondersteunen van gemeenten door inzicht te geven in het aanbod en bereik van interventies die gericht zijn op het verminderen van roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en depressie conform de hiervoor geformuleerde richtlijn.

Gebruik van referentiekader in kaart brengen

De inspectie volgt in hoeverre gemeenten het referentiekader gebruiken voor de ontwikkeling en toetsing van gezondheidsbeleid voor gebieden met een sociaaleconomische achterstand.

3.3 Beschouwing

Als onderdeel van de preventiecyclus heeft de inspectie kritisch gekeken naar de effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid dat gericht is op het bevorderen van een gezonde leefstijl. De afgelopen jaren is een kwaliteitsslag gemaakt, maar verbeteringen zijn nodig en mogelijk. De inspectie wil met toezicht bijdragen aan het realiseren van deze verbeteringen.

De inspectie stelt dat het niet te verwachten is dat met lokaal gezondheidsbeleid specifiek gericht op gezondheidsbevordering de nationaal geformuleerde doelstelling gehaald kunnen worden. Ook is nog veel onbekend over de effectiviteit van de interventies uit de leeflijnen. Dat wil niet zeggen dat ze daarmee helemaal geen bijdrage leveren aan de doelstellingen.

Voor een inzet van een afgewogen mix van interventies met goede intensiteit en adequaat bereik die meerjarig worden ingezet lijkt wel degelijk effect te verwachten. Ook andere onderdelen van het lokale beleid leveren een bijdrage, zoals integraal beleid en de verbinding van preventie en curatie.

Lokaal beleid vormt maar een onderdeel van beleid gericht op gezondheidsbevordering. Maatregelen die de nationale overheid neemt zoals accijnsverhogingen en wet- en regelgeving leveren ook een bijdrage. Het ministerie van VWS heeft hier in haar visie op gezondheid en preventie in 2007^[17,18] ook een impuls aan gegeven door in te zetten op de volgende 4 beleidslijnen: koesteren en innoveren, samenhangend en integraal gezondheidsbeleid, verbinden van preventie en zorg en bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen.

4 Resultaten: beoordeling gemeentelijke gezondheidsnota’s

De inspectie heeft onderzocht of gemeenten voldeden aan de wettelijke verplichting om een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Ook heeft de inspectie beoordeeld wat de kwaliteit van deze nota’s was en of de tweede generatie nota’s verbeterd waren ten opzichte van de eerste generatie nota’s. Hieronder volgen de resultaten van het onderzoek. Het desbetreffende rapport van het onderzoeksbureau SGBO is te vinden op www.igz.nl

4.1 Driekwart van gemeenten in bezit van tweede nota

Uit een inventarisatie van GGD Nederland, gepubliceerd in de Nationale Atlas Volksgezondheid, bleek dat 297 gemeenten een tweede nota hadden vastgesteld (peildatum 1 juli 2009)^[19].

Gemeenten waren vaak te laat met vaststellen van nota

Gemeenten moeten de nota uiterlijk in het jaar na het verschijnen van de nationale Preventienota vaststellen. In vergelijking met de eerste nota had ongeveer een gelijk deel van de gemeenten de tweede nota op tijd vastgesteld, maar de meeste (60 procent) waren hiermee nog altijd te laat.

4.2 Gemeenten zorgvuldiger bij het opstellen van nota’s

Kwaliteit nota’s was nagenoeg gelijk gebleven

De nota’s zijn beoordeeld op een aantal belangrijke kwaliteitsaspecten (zie tabel 1). De tweede generatie nota’s uit 2007-2008 scoorden in vergelijking met de eerste generatie nota’s alleen beter op het aspect ‘nationale prioriteiten in de nota’. Voor de andere kwaliteitscriteria gold dat de nota’s uit 2007-2008 iets slechter of gelijk scoorden.

Tabel 1

Verskil in kwaliteit van tweede generatie nota's (2007-2008) in vergelijking met eerste generatie nota's (2003-2004)

	Beter	Gelijk	Slechter
1 Nationale prioriteiten in nota	•		
2 Aandacht voor implementatie van nota		•	
3 Aanwezigheid nota gezondheidsbeleid			•
4 Tijdigheid		•	
5 Wettelijke vereisten			•
6 Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid (beleidsconsistentie)			•
7 Draagvlak voor ontwikkeld beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling			•

Gemeenten gingen zorgvuldiger te werk bij het opstellen van de nota's

De meeste criteria die betrekking hebben op de zorgvuldigheid waarmee de nota tot stand komt, waren verbeterd (zie tabel 2). Slechter werd gescoord op het aantal partijen dat betrokken wordt, maar burgers waren juist meer betrokken.

In gemeenten met een nota had de gemeenteraad deze in een derde van de gevallen vastgesteld. In 20 procent van de gemeenten had de gemeenteraad ook de opdracht gegeven om de nota op te stellen. Dit was gelijk aan de situatie in 2004.

De gemeenten gaven meestal zelf leiding aan het opstellen van de nota (75,8 procent). Hiervoor was gemiddeld 0,5 fte beleidscapaciteit beschikbaar.

Een overgrote meerderheid van gemeenten had advies ontvangen van de GGD bij het opstellen van de nota (86,9 procent). Dit is een verbetering vergeleken met 2004.

Tabel 2

Vergelijking proces van totstandkoming van de nota's in 2007-2008 met 2004-2005

	Beter	Gelijk	Slechter
Aantal betrokken partijen			•
Tijdigheid van de nota, het vaststellen van de nota door het college van B&W of gemeenteraad		•	
Burgers waren door gemeente betrokken bij het opstellen van de nota	•		
GGD had advies uitgebracht over de gezondheidsnota	•		
Gemeente had nota gezondheidsbeleid (tussentijds) geëvalueerd	•		
Bij bestuurlijke beslissingen werd rekening gehouden met gezondheidsaspecten	•		
Het verstrekken van de bestuursopdracht door de gemeenteraad		•	
Financiële dekking voor alle in het plan van aanpak genoemde activiteiten	•		
Gemeenten hadden een activiteitenplan of plan van aanpak met concrete maatregelen		•	

4.3 Nota's beter bij grotere gemeenten

De gemeenten met een hoger inwoneraantal hadden nota's van een betere kwaliteit. Vooral de aandacht voor implementatie was in grotere gemeenten beter. Daarnaast scoorden ze beter op de kwaliteitscriteria 'wettelijke vereisten', 'beleidsconsistentie' en 'draagvlak voor beleid'. Ook was in de nota's van deze gemeenten meer aandacht voor het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

4.4 Aandacht voor speerpunten aanwezig

Plan van aanpak voor speerpunten was vaak niet aanwezig

De meeste gemeenten (81,2 procent) noemden in hun nota alle vijf de nationale speerpunten: overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes. Diabetes werd het minst vaak (81,2 procent) genoemd en overgewicht en depressie het meest (97,1 procent). Voor de preventie van schadelijk alcoholgebruik en overgewicht benoemden gemeenten de meest concrete maatregelen in hun nota (37 procent). Als de nota volgens de gemeente een plan van aanpak bevatte, gaven de gemeenten aan dat de speerpunten hier

Interventie Jump-in

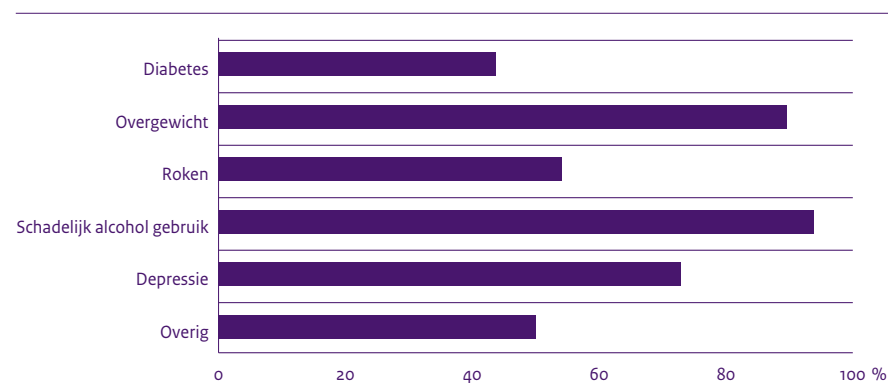


Overgewicht is één van de vijf speerpunten uit de nationale preventienota. Om overgewicht bij kinderen tegen te gaan, ontwikkelden de Amsterdamse Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling en de GGD Amsterdam de interventie Jump-in. Jump-in heeft als doelstelling dat kinderen tussen de 4 en 12 jaar meer gaan bewegen. Het is een integraal programma met interventie-onderdelen gericht op de omgeving, de kinderen en de ouders.

meestal in waren opgenomen (zie figuur 2). Een plan van aanpak of uitvoeringsprogramma ontbrak echter in de meeste nota's. In meer dan tweederde van de nota's (71,0 procent) was geen of matige aandacht voor implementatie van het beleid (zie figuur 3). Bovendien waren beleidsdoelen in meer dan de helft (55,1 procent) van de nota's niet SMART geformuleerd en daarmee onvoldoende meetbaar.

Figuur 2

Welke thema's kwamen aan bod in één of meerdere activiteitenplannen/ plannen van aanpak? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=48) (bron vragenlijst SGBO)



Figuur 3

Aandacht voor implementatie (n=69) (bron beoordeling nota SGBO)



Deel van activiteiten uitgevoerd

Voor de meeste gemeenten gold dat de in de nota benoemde activiteiten in uitvoering waren. Er waren echter ook gemeenten (37,5 procent) die nog met de voorbereiding van de activiteiten bezig waren of nog helemaal niet gestart waren. De belangrijkste redenen hiervoor waren een later geplande uitvoeringsdatum (55,3 procent) en het ontbreken van voldoende ambtelijke capaciteit (48,9 procent). Eén derde van de gemeenten had geen budget beschikbaar voor de uitvoering (32,7 procent) en de helft van alle gemeenten gaf aan geen financiële dekking te hebben voor alle geplande activiteiten. De financiële dekking was wel al verbeterd ten opzichte van 2004.

Uit de evaluatie van de vorige nota die door gemeenten zelf is uitgevoerd bleek dat in slechts 31,5 procent van de gemeenten alle activiteiten konden worden uitgevoerd. Bij ongeveer een derde van de gemeenten waren er niet genoeg middelen beschikbaar of was er niet genoeg ambtelijke capaciteit.

4.5 Deel van taken uit de Wet publieke gezondheid in de nota's uitgewerkt

Weinig gemeenten adresseerden in hun nota alle taken die de Wet publieke gezondheid aan gemeenten opdraagt (4,3 procent). De beschrijving van de gezondheidssituatie, de gezondheidsbedreigingen voor de jeugd en de gezondheidsbevordering waren de taken die gemeenten het meest in de nota's beschreven (meer dan 80 procent). Het vragen van advies aan de GGD over besluiten op andere beleidsterreinen werd in 30,4 procent van de nota's benoemd. Uit de antwoorden van de gemeenten bleek echter dat zij dit in de praktijk wel vaker doen: 61,3 procent gaf aan advies te vragen en 37,1 procent deed dit soms.

4.6 Beleid veelal niet consistent

Meer dan tweederde van de nota's (68,1 procent) scoorde matig en 14,5 procent scoorde slecht op het kwaliteitscriterium 'beleidsconsistentie'. Slechts 17,4 procent van de nota's scoorde goed. De gemeenten hadden vooral moeite met het vertalen van de gesignaleerde gezondheidsproblemen naar concrete maatregelen, 42 procent scoorde hier slecht op. Gemeenten hadden wel vrijwel allemaal inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking.

4.7 Burgers vaker betrokken bij opstellen van nota

Het aantal gemeenten dat zeven of meer partijen heeft betrokken bij het opstellen van de nota was afgenomen vergeleken met 2004. Meer gemeenten hebben burgers bij het proces betrokken.

Gemeenten betrokken vrijwel allemaal de dienst welzijn/WMO en de GGD bij het opstellen van de nota (93,7 procent). Diensten als ruimtelijke ordening en verkeer waren veel minder vaak betrokken (respectievelijk 38,1 procent en 22,2 procent).

Betrokkenheid was er vooral bij het bepalen van de gezondheidsproblemen en minder bij het formuleren van het beleid.

4.8 Afstemming met andere beleidsterreinen aanwezig

Volksgezondheid werd vaak expliciet genoemd in collegeprogramma

In tweederde van de nota's gezondheidsbeleid kwam de afstemming met andere beleidsterreinen aan de orde. Bijna één op de vijf gemeenten had de nota geïntegreerd met de nota Wet maatschappelijke ondersteuning.

Het thema volksgezondheid kwam in 69 procent van de gemeenten terug in het collegeprogramma.

Afstemming tussen preventie en curatieve gezondheidszorg was niet concreet uitgewerkt

De meeste nota's scoorden slecht op de afstemming tussen preventie en de curatieve gezondheidszorg^[g]. De afstemming werd in bijna de helft van de nota's weliswaar benoemd, maar werd slechts in een beperkt aantal gevallen uitgewerkt in een concrete visie of doelstellingen.

4.9 Meer aandacht voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen in gemeenten met achterstandswijken

De nota's zijn beoordeeld op enkele criteria voor beleid dat gericht is op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen^[h]. De meeste nota's benoemden de gezondheidsachterstanden wel (65,2 procent), maar het terugdringen van de verschillen werd maar in 31,9 procent van de nota's expliciet genoemd als doelstelling. Het ontbrak ook vrijwel in alle gemeenten aan inzicht in de gezondheidstoestand op het niveau van wijk of dorp (91,2 procent). De nota's van gemeenten met achterstandswijken scoorden op dit onderdeel beter dan gemeenten zonder achterstandswijken.

[g] 'Afstemming tussen preventie en de curatieve gezondheidszorg' was een nieuw kwaliteitscriterium. Hierdoor was een vergelijking met de situatie in 2005 niet mogelijk.

[h] 'Aandacht voor sociaal economische gezondheidsverschillen' was een nieuw kwaliteitscriterium. Hierdoor was een vergelijking met de situatie in 2005 niet mogelijk.

5 Resultaten: bijdrage lokaal beleid aan preventiedoelen

De inspectie heeft onderzocht hoe effectief lokaal beleid kan zijn dat zich specifiek richt op vier speerpunten uit de Preventienota waar handleidingen voor zijn ontwikkeld: vermindering van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Daarbij heeft de inspectie zich gericht op bevordering van gezond gedrag. In elke handleiding staat een overzicht met interventies die de desbetreffende gezondheidsbevorderende instituten aanbevelen. Deze overzichten worden 'leeflijnen' genoemd. In totaal staan in de handleidingen 220 interventies: voor het thema overgewicht 105 interventies, voor roken 34, voor alcohol 41 en voor depressie 40. Vermelding in de 'leeflijnen' betekent niet dat de effectiviteit van de interventies bekend is.

Het desbetreffende rapport van het Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen (cVTV) waar een deel van de resultaten op is gebaseerd, is gepubliceerd op www.igz.nl

5.1 Weinig bekend over effect van interventies

De inspectie is op twee manieren nagegaan wat de kwaliteit van de interventies uit de handleidingen is. Daarvoor heeft ze allereerst geïnventariseerd welke interventies door de onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies en het CGL zijn erkend. De Erkenningscommissie geeft drie niveaus van erkenning af: theoretisch goed onderbouwd (1), waarschijnlijk effectief (2) en bewezen effectief (3). Het merendeel van interventies die tot nu toe erkend zijn, zijn theoretisch goed onderbouwd. Tot slot is er nog een startniveau. Interventies worden beoordeeld door professionals uit de praktijk en deskundigen uit de gezondheidsbevorderende instituten en krijgen het oordeel Goed beschreven (o) van het CGL (zie bijlage 2 voor meer informatie).

Ten tweede heeft de inspectie door het cVTV van het RIVM laten onderzoeken van welke interventies bewezen is dat ze daadwerkelijk tot gezond gedrag leiden.

Er is een opvallend verschil in hoe het cVTV de effectiviteit heeft beoordeeld in vergelijking met de Erkenningscommissie en het CGL. Het cVTV heeft interventies geselecteerd op de daadwerkelijke doelbereiking zoals vermeld in de Preventienota, terwijl het CGL en de commissie ook interventies erkennen wanneer de interventie goed is beschreven of het doel van de interventie bereikt wordt, ook wanneer dit doel geen betrekking heeft op de feitelijke gedragsverandering. Het doel kan dan bijvoorbeeld kennis over roken of de intentie om meer fruit te eten zijn. Wanneer deugdelijk onderzoek laat zien dat het interventiedoel gehaald wordt, erkent de Erkenningscommissie de interventie als 'bewezen effectief'. Het cVTV doet dit niet omdat niet altijd duidelijk is of de interventie dan ook daadwerkelijk leidt tot de gewenste gedragsverandering.

10 procent van interventies uit handleidingen erkend

In december 2009 hadden de Erkenningscommissie Interventies en het CGL 53 interventies erkend vanaf het niveau 'goed beschreven' tot en met 'bewezen effectief'^[20]. Daarvan stonden 21 interventies in de lijst van interventies van de handleidingen: 4 interventies voor roken, 11 voor overgewicht, 2 voor alcohol gebruik en 4 voor depressie (zie tabel 3). Dus slechts 10 procent van alle interventies uit de handleidingen was erkend.

4 procent van interventies uit handleidingen bewezen effectief voor gedragsverandering

Op wetenschappelijke gronden heeft het cVTV vastgesteld dat van slechts 8 van de 220 interventies (4 procent) uit de handleidingen bewezen is dat ze ook daadwerkelijk leiden tot gezond gedrag. Het gaat om 5 interventies voor roken, 1 voor overgewicht, 1 voor alcohol-gebruik, en 1 voor depressie.

Van de 8 effectieve interventies zijn er 3 erkend (zie tabel 3).

Tabel 3

Erkende en/of bewezen effectieve interventies uit de handleidingen per 31 december 2009

Speerpunt	Naam interventie ^[i]	Erkenning door commissie	Erkenningsniveau	Volgens cVTV bewijs voor effectief op preventiedoel	Zowel positief oordeel door Commissie als cVTV
Roken	Gezonde School en Genotmiddelen	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	Roken? Niet waar de kleine bij is	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	Actie Tegengif	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	Ik (r)ook niet	ja	Theoretisch goed onderbouwd	ja	•
	H-mis	geen	Niet beoordeeld	ja	
	V-mis	geen	Niet beoordeeld	ja	
	Advies op maat	geen	Niet beoordeeld	ja	
	Smoke Alert	geen	Niet beoordeeld	ja	
Overgewicht	Goede voeding hoeft niet veel te kosten	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	JUMP-in	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	Overbruggingsplan overgewicht	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	Real fit	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	Communities in Beweging	ja	Theoretisch goed onderbouwd onder voorbehoud	geen	
	Galm	ja	Theoretisch goed onderbouwd onder voorbehoud	geen	
	Lekker Fit (R'dam)	ja	Theoretisch goed onderbouwd onder voorbehoud	ja	•
	Lekker Fit (NHS)	ja	Goed beschreven	geen	
	Schoolgruiten	ja	Goed beschreven	geen	
	Gezonde Schoolkantine	ja	Goed beschreven	geen	
	Weet wat je eet	ja	Goed beschreven	geen	
	Beweegkriebels	ja	Goed beschreven	geen	

[i] Informatie over de interventies is te vinden in de I-database van het CGL: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/zoeken/>

Speerpunt	Naam interventie ^{III}	Erkenning door commissie	Erkenningsniveau	Volgens cVTV bewijs voor effectief op preventiedoel	Zowel positief oordeel door Commissie als cVTV
Schadelijk	Minder drinken.nl	ja	Waarschijnlijk effectief	geen	
alcohol gebruik	Gezonde School en Genotmiddelen	ja	Theoretisch goed onderbouwd	ja	•
Depressie	In de put, uit de put (groepscurcus)	ja	Bewezen effectief	geen	
	Kleur je leven	ja	Bewezen effectief	geen	
	Grip op je dip online	ja	Theoretisch goed onderbouwd	geen	
	Zelfhulpcurcus met minimale begeleiding 'In de put, uit de put'	nee	Niet beoordeeld	ja	
	Moeder-baby-interventie (moeder/ ouders met psychische problemen met kinderen tot één jaar	ja	Waarschijnlijk effectief	geen	
Totaal aantal interventies		21		8	3

5.2 Doelstellingen van VWS onhaalbaar met alleen bewezen effectieve interventies

In de Preventienota heeft het ministerie van VWS doelstellingen voor 2010 geformuleerd. Per speerpunt heeft het RIVM in opdracht van de inspectie modelberekeningen gemaakt, waarbij is geschat wat het effect van de bewezen effectieve interventies is op de doelstellingen bij het huidige en maximale bereik.

Eén bewezen effectieve interventie niet voldoende voor het verminderen van overgewicht

Het ministerie van VWS heeft in de Preventienota als doel gesteld dat het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen ten opzichte van 2005 (was toen 13 procent). Het percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen ten opzichte van 2005 (was toen 40 procent). In de begroting van 2007 zijn de volgende streefpercentages genoemd voor 2010: 55 procent van de mannen, 65 procent van de vrouwen en 87 procent van de kinderen heeft een gezond gewicht.

Van een interventie is in Nederlands onderzoek met voldoende bewijskracht aangetoond dat deze bijdraagt aan gewichtsreductie namelijk 'Lekker Fit'.

Met een theoretisch maximaal aanbod van deze bewezen effectieve interventie 'Lekker Fit' (dat wil zeggen als de gehele doelgroep wordt bereikt) zou in plaats van een groei van

18,5 procent bij niets doen, het percentage kinderen met overgewicht kunnen groeien met 4,5 procent. Een maximale inzet zou er dus voor kunnen zorgen dat het percentage overgewicht bij kinderen minder stijgt dan verwacht, maar dit is onvoldoende om het percentage kinderen met overgewicht te laten dalen.

Interventies onvoldoende effectief om doelstelling terugdringen aantal rokers te bereiken

Het ministerie van VWS wil dat het percentage rokers van 15 jaar en ouder in 2010 is gedaald tot 20 procent. Het ministerie had geen doelstelling specifiek voor de jeugd geformuleerd.

Van drie interventies is in Nederlands onderzoek met voldoende bewijskracht aangetoond dat zij effect hebben op het rookgedrag.

Bij de toepassing van de Minimale Interventie Strategie (MIS) is de meeste winst te behalen. Ervan uitgaande dat 16 procent van de huisartsen de MIS toepassen, zullen 21.448 meer mensen stoppen met roken in vergelijking met de situatie, waar geen enkele interventie werd gedaan. Dan zou ruim 26 procent meer rokers stoppen. Als alle huisartsen de MIS zouden toepassen, zou het gaan om 112.601 extra stoppers (naast de 21.448 mensen die uit zichzelf stoppen). Dit is een aanzienlijk aantal, maar is lang niet voldoende om de doelstelling te halen.

Bij maximale inzet van alle drie bewezen effectieve interventies voor volwassenen zou dit theoretisch resulteren in een daling van de rookprevalentie van 1,4 procentpunten.

Geringe bijdrage van bewezen interventies voor verminderen schadelijk alcoholgebruik

Het ministerie van VWS heeft de volgende doelstellingen opgenomen om schadelijk alcoholgebruik te verminderen: het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugdringen naar het niveau van 1992 (70 procent) en het verminderen van het aantal volwassen probleemdrinkers van 10,3 procent in 2004 naar 7,5 procent in 2010.

Van een interventie is met Nederlands onderzoek aangetoond dat zij leidt tot minder alcoholgebruik, namelijk de interventie 'Gezonde school en Genotmiddelen'.

Met maximale inspanning, wanneer alle middelbare scholieren de interventie 'Gezonde school en Genotmiddelen' zouden volgen, zou het percentage jongeren dat aangeeft ooit alcohol te hebben gebruikt theoretisch kunnen dalen met 2 procent. De beleidsdoelstelling om terug te gaan naar het niveau van 1992 zou daarmee niet gehaald worden.

Winst mogelijk bij behalen doelstelling depressie

De doelstelling voor depressie is dat meer mensen bereikt worden met preventie dan de circa 4.000 in 2006. Er is nog winst te behalen door de bewezen effectieve zelfhulpcurcus 'In de put, uit de put' aan veel volwassenen met depressieve klachten aan te bieden.

Meer zicht nodig op interventies.

6 Resultaten: ondersteuning van GGD'en aan gemeenten

De inspectie heeft onderzocht of de GGD'en voldoende inzicht hadden in de gezondheidstoestand van de bevolking en of zij het aanbod en bereik van interventies op lokaal niveau kenden.

Tevens heeft de inspectie de kwaliteit van het aanbod beoordeeld.

De resultaten zijn terug te vinden in het verantwoordingsdocument dat te gepubliceerd is op www.igz.nl

6.1 GGD'en inzicht in lokale gegevens over overgewicht, roken, alcohol en depressie

In artikel 2a van de Wet publieke gezondheid staat dat burgemeester en wethouders zorgen voor het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Het is de taak van de GGD'en om, bij voorkeur op nationaal gelijkvormige wijze, gegevens over de gezondheidssituatie te verzamelen en te analyseren. Dit doen ze eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De inspectie heeft door het opvragen van indicatoren onderzocht of de GGD'en in staat waren de omvang van de vier volksgezondheidsproblemen in kaart te brengen (zie tabel 4). De indicatoren staan in het rapport 'Indicatoren basisset 2007 Openbare Gezondheidszorg'^[21]. Voor elk van de vier gezondheidsproblemen heeft de inspectie meerdere indicatoren gedefinieerd om een beeld te krijgen van de omvang bij zowel jongeren als volwassenen. Gemiddeld leverden de GGD'en 80 procent van de gegevens aan over de indicatoren met betrekking tot de vier speerpunten. De GGD'en konden de gegevens over volwassenen beter aanleveren dan de gegevens over kinderen.

Tabel 4

Overzicht aanlevering indicatoren door GGD'en per preventiespeerpunt

Speerpunt	Indicator	GGD'en dat indicator heeft aangeleverd (%)	Gemiddelde prevalentie in 2007 (%)	Min – max (%)
Overgewicht	3-jarige kinderen met overgewicht	77	6	0-13
	10-jarige kinderen met overgewicht	91	17	4-31
	volwassen (19-65 jaar) met overgewicht	88	37	24-55
	volwassen (19-65 jaar) met ernstig overgewicht	85	11	7-25
Roken	jeugdigen (13-14 jarigen) dat iedere dag rookt	88	5	1-15
	volwassen rokers (19-65 jaar) in de totale indexpopulatie	91	29	23-32
Alcohol	jeugdigen (12-19 jarigen) dat in de afgelopen 4 weken 1 keer of vaker alcohol heeft gebruikt	85	50	10-78
	jeugdige binge drinkers (in de leeftijdsgroep 12-19 jaar)	71	33	4-64
	volwassen excessieve drinkers (19-65 jaar)	74	12	2-23
Depressie	volwassenen (19-65 jaar) met een hoog risico op angst stoornis of depressie	47	12	4-39
	volwassenen (19-65 jaar) met hoge eenzaamheidsscore	71	11	2-41
	ouderen (65+) met een hoge eenzaamheidsscore	91	12	3-42

6.2 Gegevens niet altijd op uniforme wijze verzameld

De gegevens waren niet altijd op een nationaal uniforme wijze verzameld. Dat maakte het lastig om uitspraken op nationaal niveau te doen. De GGD'en registreerden de indicatoren 'overgewicht bij 10 jarigen', 'overgewicht bij volwassen', 'ernstig overgewicht bij volwassen' en 'eenzaamheid bij ouderen' het beste.

6.3 Niet alle doelgroepen bereikt met aangeboden interventies

Uit het onderzoek bleek dat voor bepaalde leeftijdsgroepen voor één of meer speerpunten helemaal geen interventies werden aangeboden in bepaalde GGD regio's. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de GGD'en in kwestie geen volledig zicht hadden op het aanbod van interventies. In sommige gevallen had de gemeente er bewust ervoor gekozen een leeftijdsgroep uit te sluiten, bijvoorbeeld als het lokale beleid bij het terugdringen van overgewicht zich alleen richtte op de jeugd. Regelmatig bleek echter pas uit de inventarisatie dat bepaalde leeftijdsgroepen helemaal geen of nauwelijks interventies kregen aangeboden, terwijl dat geen bewust beleid was.

6.4 De aanbevolen combinatie van interventies niet altijd aanwezig

In drie van de vier handleidingen^[1] is aangegeven wat een gewenste combinatie van interventies is om een optimaal effect te bewerkstelligen. De inspectie heeft onderzocht of de mix van activiteiten ook daadwerkelijk werd aangeboden.

Bij het bestrijden van overgewicht lag de nadruk vooral op lesprogramma's en campagnes

Zo staat in de handleiding van overgewicht de zogenaamde LOCCOO combinatie, geadviseerd door het Voedingscentrum. Dat is een basispakket dat bestaat uit Lesprogramma's, Omgevingsinterventies, Cursussen, Campagnes, Ondersteunend beleid/ materiaal en Onderzoek/signalering. Uit de inventarisatie bleek dat gemeenten deze aanbeveling volgden, maar dat de nadruk lag op de lesprogramma's en de campagnes.

Interventies roken niet altijd gericht op alle doelstellingen van Stivoro

Stivoro heeft voor de handleiding roken een basispakket samengesteld van interventies met drie doelstellingen: voorkomen dat de jeugd gaat roken, bevorderen van het stoppen met roken, en voorkomen van het meerroken. Bij een derde (11 van de 33) van de GGD-regio's ontbraken één of meer pijlers uit dit basispakket. Een aantal GGD'en en lokale bestuurders gaf in de gesprekken aan dat ze zich vooral richtten op het voorkomen van roken en niet op het helpen bij het stoppen met roken.

De helft van GGD'en zette in op alle pijlers tegen alcoholmisbruik

Voor een goede combinatie van instrumenten biedt de handleiding alcohol een overzicht van interventies voor de volgende vijf pijlers: publiek draagvlak, regelgeving, handhaving, vroegsignalering of een combinatie van deze pijlers. Bij slechts de helft de GGD-regio's waren 4 of 5 pijlers ingezet.

[1] Met uitzondering van de handleiding depressie.

6.5 Wisselend beeld van aanbod interventies bij GGD'en

Voor elk van de vier speerpunten staan in de handleidingen voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid interventies vermeld ter voorkoming of vermindering van het gezondheidsprobleem. Deze interventie-overzichten omvatten in totaal 220 interventies.

De GGD'en gaven zelf aan over het algemeen een redelijk beeld te hebben van de aangeboden interventies. Uit het onderzoek bleek echter dat de GGD'en vooral de interventies kennen die ze zelf aanbieden. Het was voor hen lastiger om het aanbod van de GGZ, thuiszorg, verslavingszorg en scholen in kaart te brengen. In de handleidingen staan ook interventies die de eerste lijn en andere partijen zoals sportverenigingen uitvoeren, maar daar hadden de GGD'en nauwelijks zicht op. De GGD'en waren daarbij afhankelijk van de bereidheid van andere instellingen om de noodzakelijke gegevens te leveren. Het verschilde sterk per regio of de desbetreffende instellingen goed registreerden, of deze instellingen ook bereid waren de gegevens te leveren aan de GGD en of de GGD zelf zich had ingespannen om de gegevens te verkrijgen.

6.6 Interventieaanbod verschillend per GGD-regio

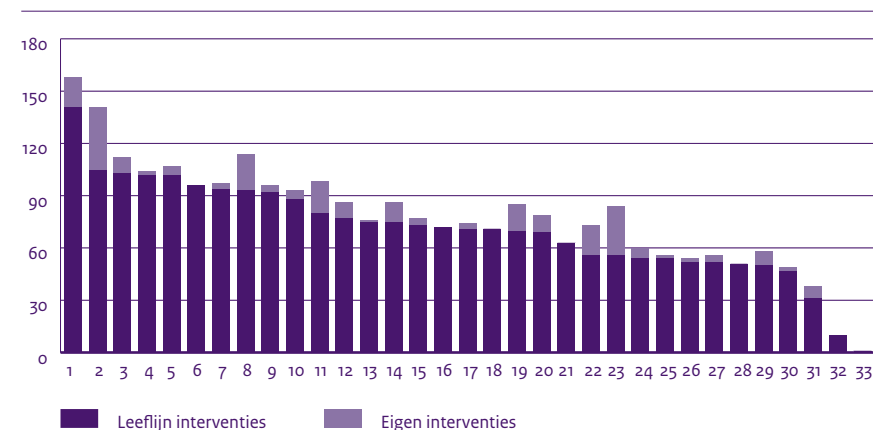
Uit figuur 4 blijkt dat er grote verschillen waren tussen het aantal interventies per regio. Twee GGD'en gaven aan dat in hun regio meer dan 140 interventies werden aangeboden voor alle vier de speerpunten, terwijl 2 andere GGD'en aangaven dat het er in totaal minder dan 20 waren.

Volgens het CGL boden GGD-regio's gemiddeld 70 interventies aan^[22]. Het betrof vooral interventies op het gebied van overgewicht (met gemiddeld 35 interventies uit de desbetreffende handleiding en 2 eigen interventies) en in mindere mate depressie (met gemiddeld 15 interventies uit de handleiding en 3 eigen interventies), roken (met gemiddeld 11 interventies uit de handleiding en 1 eigen interventie) en alcohol (met gemiddeld 10 interventies uit de handleiding en 2 eigen interventies).

GGD'en konden in de vragenlijst van de inspectie aangeven of zij zelf (of anderen) interventies hadden ontwikkeld om roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik of depressie te verminderen. Het was opvallend dat de GGD'en nauwelijks 'eigen' interventies hadden opgegeven.

Figuur 4

Interventieaanbod in 2007 van de 4 speerpunten uit de inspectievragenlijst per GGD-regio



6.7 Effectiviteit niet vastgesteld voor helft van meest uitgevoerde interventies

In de tabellen 5, 6, 7 en 8 staat voor de vier speerpunten vermeld welke interventies volgens de GGD'en het meest werden aangeboden^[k]. In de rechter kolommen staat of de interventie erkend is door de Erkenningscommissie Interventies en of volgens het Centrum VTV de interventie bewezen effectief was op het niveau van het behalen van de preventiedoelen.

In totaal was van 46 procent van de top 5 van aangeboden interventies iets bekend over effectiviteit. 11 van 24 veel aangeboden interventies waren erkend: 4 voor roken, 3 voor depressie, 3 voor overgewicht en 1 voor alcohol. Daarvan is er 1 bewezen effectief voor wat betreft daadwerkelijke gedragsverandering. Het betreft de interventie 'Gezonde School en Genotmiddelen' voor alcoholgebruik. Van de overige 54 procent van de interventies is dus niet zeker of deze effectief zijn.

[k] Bij deze top 5 gaat het in totaal om 24 interventies, omdat de top 5 van depressie 9 interventies omvat, terwijl de top 5 van de andere 3 speerpunten wel uit 5 interventies bestaan.

Tabel 5

Overzicht van meest aangeboden interventies in Nederland (overgewicht)

Interventie	Aantal GGD-regio's (%)	Erkennings Niveau ^[1]	Bewezen effectiviteit op overgewicht
1 Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg (kinderen van 1 t/m 4 jaar) (is onderdeel van Overbruggingsplan)	94	1	Geen
2 BOS-impuls (kinderen van 4 t/m 12 jaar) (is geen interventie, is een subsidiemaatregel, die niet te erkennen is)	91	Geen	Geen
3 Schoolgruiten (kinderen van 4 t/m 12 jaar)	85	0	Geen
4 Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg (kinderen van 4 t/m 12 jaar) (is onderdeel van Overbruggingsplan)	81	1	Geen
5 Smaaklessen (kinderen van 4 t/m 12 jaar)	81	Geen	Geen

Tabel 6

Overzicht van meest aangeboden interventies in Nederland (roken)

Interventie	Aantal GGD-regio's (%)	Erkennings Niveau	Bewezen effectiviteit op rookgedrag
1 Gezonde School en Genotmiddelen (11-12 jarigen)	91	1	Geen
2 Gezonde School en Genotmiddelen (12-15 jarigen met accent op jongeren uit achterstandsgroepen)	88	1	Geen
3 Actie Tegengif (12-15 jarigen met accent op jongeren uit achterstandsgroepen)	88	1	Geen
4 Groepstraining: Pakje kans–samen stoppen met roken (volwassenen)	76	Geen	Geen
5 Voorlichtingsprogramma: Roken? Niet waar de kleine bij is	70	1	Geen

[1] Niveau van erkenning door praktijk en Erkenningscommissie
 0 = Goed beschreven: beoordeling door professionals uit praktijk
 1 = Theoretisch goed onderbouwd
 2 = Waarschijnlijk effectief
 3 = Bewezen effectief

Tabel 7

Overzicht van meest aangeboden interventies in Nederland (alcohol)

Interventie	Aantal GGD-regio's (%)	Erkennings Niveau	Bewezen effectiviteit op alcoholgebruik
1 Gezonde School en Genotmiddelen (basis en voortgezet onderwijs)	91	1	Ja
2 Campagne 'Voorkom alcoholshade bij uw opgroeiende kind' (ouders en opvoeders van jongeren onder de 16 jaar)	75	Geen	Geen
3 Instructie Verantwoord Alcohol schenken (barvrijwilligers e.d. voor leeftijdsgroep <16 jaar)	69	Geen	Geen
4 Instructie Verantwoord Alcohol schenken (barvrijwilligers e.d. voor leeftijdsgroep 16-25 jaar)	56	Geen	Geen
5 Methode 'peer education' (jongeren bij uitgaansgelegenheden e.d. tussen 16-25 jaar)	53	Geen	Geen

Tabel 8

Overzicht van meest aangeboden interventies in Nederland (depressie)

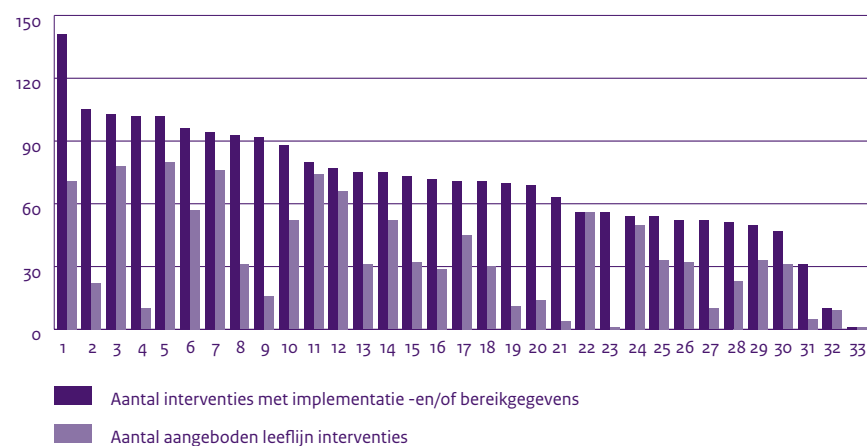
Interventie	Aantal GGD-regio's (%)	Erkennings Niveau	Bewezen effectiviteit op incidentie van depressie
1 Doe-praatgroep KOPP (kinderen 8-12 jaar van wie één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben)	91	Geen	Geen
2 Groeps cursus 'In de put, uit de put' (volwassenen tot 55 jaar met (beginnende) klachten van depressieve aard)	75	3	Geen
3 Groeps cursus KOPP-groep: kinderen van ouders met psychische problemen' (jongeren 12-15 jaar van wie één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben)	69	Geen	Geen
4 Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie (familieleden van mensen met schizofrenie)	56	Geen	Geen
5 – Groeps cursus 'In de put, uit de put' (ouderen vanaf 55 jaar met depressieve klachten)	53	3	Geen
– Psycho-educatie voor familieleden van mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek (directbetrokkenen (mantelzorgers) van mensen met de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis')	53	Geen	Geen
– Psycho-educatie voor familieleden van mensen met depressie (naast-betrokkenen van mensen met een depressie)	53	Geen	Geen
– Groeps cursus 'Grip op je dip: Zelf je somberheid overwinnen' (jongeren 16-25 jaar met depressieve klachten)	53	Geen*	Geen
– Moeder–baby–interventie (moeders/ouders met psychische problemen met kinderen tot één jaar)	53	2	Geen

* online cursus is wel erkend

6.8 GGD'en te weinig bekend met bereik interventies

Figuur 5 toont grote verschillen in de mate waarin GGD'en beschikten over gegevens over het bereik en/of de implementatie van de in de eigen regio aangeboden interventies. Bij bereik gaat het bijvoorbeeld om het aantal of percentage van de doelgroep (zoals leerlingen) of relevante instellingen (zoals scholen). Volgens het CGL waren de gegevens over het bereik gemiddeld bekend voor ongeveer de helft van de aangeboden interventies (52 procent). Het meest was bekend over het bereik van interventies op het gebied van roken (63 procent van de aangeboden interventies) en overgewicht (54 procent). Minder zicht was op het bereik van de interventies op het gebied van depressie (46 procent) en alcohol (38 procent).

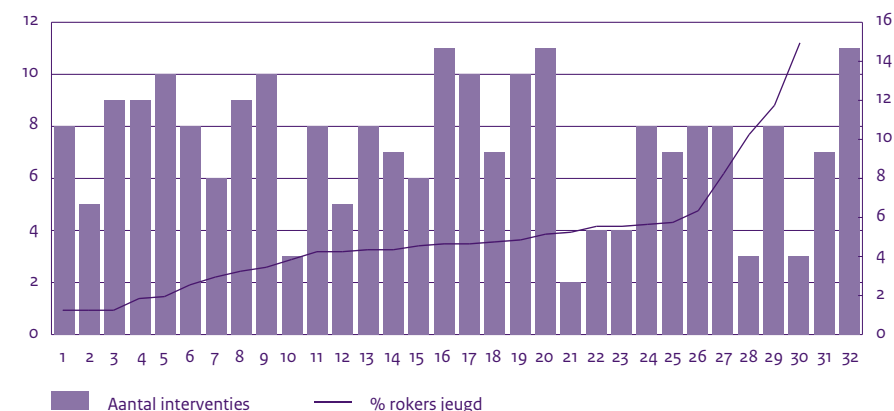
Figuur 5
Beschikbaarheid van bereikgegevens van interventies voor overgewicht, depressie, roken en alcohol gezamenlijk per GGD-regio



6.9 Verband tussen omvang gezondheidsproblemen en aantal interventies niet zichtbaar

Bij een weloverwogen aanpak van de vier speerpunten verwacht de inspectie een verband te zien tussen de prevalentie van het desbetreffende probleem en het aantal interventies dat in de regio wordt aangeboden. In figuur 6 staat ter illustratie de relatie tussen het aantal aangeboden interventies en de omvang van het rookgedrag bij jongeren aangegeven. Uit onderstaand figuur blijkt geen logisch patroon. Er werden namelijk niet meer interventies aangeboden daar waar het gezondheidsprobleem het grootst is of juist het kleinst was (geworden). Voor de andere vier gezondheidsproblemen gold hetzelfde.

Figuur 6
Relatie aantal aangeboden interventies en omvang van rookgedrag bij de jeugd^[22]



Toelichting op figuur 6:
1 GGD niet meegenomen, bij 2 GGD'en was het rokerspercentage onbekend.

Interventie Roken? Niet waar de kleine bij is



Roken is één van de vijf speerpunten uit de nationale preventienota. STIVORO ontwikkelde de interventie Roken? Niet waar de kleine bij is om het rookvrij opgroeien te bevorderen. Via dit programma adviseren kraamverzorgenden en JGZ-artsen en -verpleegkundigen ouders van jonge kinderen (0-4 jaar) in één of meerdere gesprekken om te voorkomen dat hun kinderen meeroken.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland nemen eerder toe dan af.

7 Referentiekader voor aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen

De inspectie heeft samen met het veld een referentiekader ontwikkeld dat houvast geeft voor het opstellen van effectief lokaal beleid om gezondheidsverschillen in achterstandswijken te verminderen. De inspectie heeft dit gedaan, omdat sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland eerder toe- dan afnemen en effectief lokaal gezondheidsbeleid een bijdrage moet leveren om deze trend te keren. Het kader bestaat uit tien aandachtspunten, onderverdeeld in vier subcategorieën. In bijlage 5 is een uitgebreid schema van het referentiekader opgenomen, met een toelichting op elk aandachtspunt.

Samengevat gaat het om de volgende tien aandachtspunten:

Lokaal gezondheidsbeleid

- 1 Het terugdringen van gezondheidsverschillen is een expliciete doelstelling/ambitie in de lokale nota gezondheidsbeleid. Daarbij moet specifiek aangegeven worden om welke (etnische) groepen of gebieden (wijk, regio) het gaat.
- 2 In de lokale nota is cijfermatig onderbouwd welke (etnische) groepen of gebieden meer ongezond gedrag vertonen voor wat betreft overgewicht, roken en schadelijk alcoholgebruik, of met een hogere prevalentie van diabetes en depressie (de vijf speerpunten uit de Preventienota).
- 3 De gemeente heeft concrete meetbare doelstellingen vastgesteld voor het verminderen van gezondheidsachterstand. Dit geldt in elk geval voor de speerpunten uit de Preventienota.

Pakket van maatregelen

- 4 De gemeente geeft de GGD of een andere instelling binnen of buiten de gemeente opdracht een aanpak op te stellen die aannemelijk maakt dat de gestelde doelen worden gehaald.
- 5 De gemeente betreft de doelgroepen (relevante wijkorganisaties, vertegenwoordigers van bijzondere groepen) actief:
 - door bij de beleidsvoorbereiding met hen te spreken over de doelen en de aanpak;
 - door het uitvoeringsprogramma met hen te bespreken zodra dit is vastgesteld door de gemeente.
- 6 Er zijn schriftelijk vastgelegde bestuurlijke samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld een convenant) met instellingen uit andere maatschappelijke sectoren die een bijdrage moeten leveren aan het behalen van doelstellingen. Dit betreft in ieder geval het onderwijs en de eerstelijnszorg. In deze afspraken staat welke bijdrage de ondertekenaars leveren aan het behalen van de gestelde doelen.

- 7 In de lokale nota staat dat er collegebreed aandacht is voor gezondheidsverschillen. Ook beschrijft de nota welke bijdragen worden geleverd aan het terugdringen van gezondheidsverschillen door in ieder geval de gemeentelijke afdelingen sport, onderwijs, welzijn, ruimtelijke ordening en sociale zaken.

Financiering

- 8 De gemeente is op de hoogte van tijdelijke nationale subsidies of ondersteuning (zoals BOS-impuls, NASB, convenant overgewicht) en spant zich in om hieraan gericht deel te kunnen nemen.
- 9 Er is binnen de gemeente structureel budget vrijgemaakt om de gestelde doelen en bijbehorende uitvoering te kunnen realiseren.

Zicht op effect activiteiten

- 10 De gemeente evalueert tussentijds op inzichtelijke wijze het gezondheidsbeleid, zowel op proces als inhoud. Hierdoor kan de wethouder tijdig bijsturen. Ook is er minimaal voorzien in een eindevaluatie die als input dient voor de volgende nota gezondheidsbeleid.

Deel 2

Verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen

De kwaliteit van de zorg aan kwetsbare groepen hangt sterk af van de kwaliteit van de samenwerking tussen de betrokken instanties.

1 Inleiding

Aandacht voor kwetsbare groepen is een prioriteit voor de inspectie

Eén van de vier prioriteiten uit het Meerjarenbeleidsplan^[23] van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is zorg voor kwetsbare groepen. De inspectie vindt bijzondere aandacht voor deze groepen belangrijk, omdat ze veelal niet goed voor hun eigen belangen op kunnen komen. Hierdoor zijn ze minder goed dan anderen in staat om zelf goede zorg te regelen.

Geringe sociale redzaamheid maakt kwetsbaar

Voorbeelden van zorg voor kwetsbare groepen zijn zorg voor gehandicapten en zorg voor patiënten die opgenomen zijn in psychiatrische instellingen. Ook betreft het zorg voor personen die niet in een instelling verblijven, maar kwetsbaar zijn vanwege hun geringe sociale redzaamheid. Zij hebben moeite om zich sociaal staande te houden. Dat kan verschillende oorzaken hebben, zoals een lichte verstandelijke handicap, een persoonlijkheidsstoornis of een verslaving. Vaak gaat het om een combinatie van problemen. Niet alleen hebben verminderd sociaal redzamen het zelf lastig, ze bezorgen de maatschappij soms ook veel overlast en komen hierdoor in aanraking met justitie of kampen met schulden en huisuitzetting. Extra reden tot bezorgdheid vormen situaties waarbij kinderen in het spel zijn. Kinderen wier ouders gering sociaal redzaam zijn, zijn vaak extra kwetsbaar. Dit geldt in het bijzonder wanneer niet alleen hun ouders, maar ook zijzelf met meervoudige problematiek kampen, bijvoorbeeld vanwege een lichte verstandelijke handicap of gedragsproblemen.

Zorg en ondersteuning bieden aan kwetsbare groepen niet eenvoudig

Het bieden van zorg en ondersteuning aan deze kwetsbare groepen is om meerdere redenen moeilijk:

- Het gaat vaak om complexe problemen op meerdere gebieden, zoals zorg, onderwijs, huisvesting, financiën en justitie.
- Er zijn meestal meerdere hulpverleners en instanties bij betrokken, die ieder vanuit hun eigen doelstellingen en kaders opereren.
- Vanwege de geringe sociale redzaamheid zijn de problemen chronisch of keren deze regelmatig terug gedurende de levensloop van een persoon of een gezin.
- Personen uit de doelgroep onttrekken zich nogal eens aan zorg en ondersteuning door de aard van hun problematiek of het daaruit voortvloeiend gedrag, bijvoorbeeld verslaving. Door hun gedrag zijn deze personen vaak onaantrekkelijk voor hulpverleners, waardoor ook bij hen een vorm van vermijding ontstaat.

Doel onderzoek en doelgroepen

Met deze Staat van de Gezondheidszorg wil de inspectie de kwaliteit van zorg voor deze kwetsbare groepen verbeteren. Eerst formuleert de inspectie algemene voorwaarden voor verantwoorde zorg. Vervolgens rapporteert de inspectie over twee projecten die zich richten op de zorg en ondersteuning aan twee groepen:

- **gezinnen met geringe sociale redzaamheid**
Dit project is uitgevoerd door drie inspecties: de Inspectie jeugdzorg, de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- **stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek**
Dit is een project van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) draagt bij aan dit project middels participatie in de projectgroep van de IGZ.

Projecten lopen door

In deze Staat van de Gezondheidszorg staan de eerste bevindingen uit deze projecten. Beide projecten lopen door, want de zorg voor deze kwetsbare groepen blijft een belangrijke prioriteit voor de inspectie. Het project 'Gezinnen met geringe sociale redzaamheid' is eind 2009 formeel ondergebracht bij het Integraal Toezicht Jeugdzaken. Hier werken Inspectie jeugdzorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie Werk en Inkomen en Inspectie Openbare Orde en Veiligheid samen rondom bepaalde thema's. In het project 'Stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek' houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg de leidende rol, maar blijft hierin nauw samenwerken met de Inspectie voor de Sanctietoepassing.

2 Overkoepelende conclusies

2.1 Algemene voorwaarden verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen zijn benoemd

Vanwege hun kwetsbare karakter spant de inspectie zich in om verantwoorde zorg te bevorderen voor personen met geringe sociale redzaamheid die buiten instellingen verblijven. Om effectief toezicht te houden is het echter noodzakelijk eerst vast te stellen waar verantwoorde zorg voor deze groepen in ieder geval aan moet voldoen. Vanwege het meevoudige karakter van de problematiek en het grote aantal partners dat bij deze zorg betrokken is, kan niet eenvoudig vastgesteld worden wie verantwoordelijk is voor het opstellen van professionele richtlijnen of een zorgstandaard. Normen komen daardoor niet vanzelfsprekend tot stand. Daarom heeft de inspectie op basis van literatuur en bijeenkomsten met deskundigen drie algemene voorwaarden benoemd.

1 Er moet in een zo vroeg mogelijk stadium actief zorg en ondersteuning geboden worden

Bij groepen met geringe sociale redzaamheid, die zonder adequate hulp voortdurend in problemen komen, is het van belang om dit in een zo vroeg mogelijk stadium vast te stellen, zodat de zorg snel op gang gebracht kan worden. Dit geldt in het bijzonder wanneer er kinderen bij betrokken zijn. Deze groepen vragen vaak niet om hulp. Daarom moet signalering zo vroeg mogelijk plaatsvinden en moeten hulpverleners deze cliënten actief opzoeken. Dit wordt ook wel 'outreachinge hulp' of 'bemoezorg' genoemd.

2 Zorg en ondersteuning zijn langdurig nodig, maar wisselend in aard en intensiteit

Vanwege de geringe sociale redzaamheid van deze groepen zijn langdurige zorg en ondersteuning nodig. Het continue karakter van de zorg moet geborgd worden en de zorg moet ook doorlopend gegeven kunnen worden, ongeacht de setting waarin de persoon verblijft. De aard en intensiteit van de zorgbehoefte zal gedurende de levensloop echter wisselen. Wanneer er een behoefte is aan specifieke hulpverlening kan de benodigde zorg niet te lang uitblijven vanwege de vaak geringe draagkracht van betrokkenen. Dit stelt bijzondere eisen aan bijvoorbeeld de indicatiestelling.

3 Verantwoorde zorg is alleen mogelijk als alle betrokken instellingen samenwerken

Geen enkele instelling of instantie is afzonderlijk in staat om adequate zorg te bieden vanwege het complexe en meevoudige karakter van de problematiek. Dit betekent dat de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in hoge mate afhangt van de kwaliteit van de samenwerking tussen de betrokken instanties. Deze organisaties moeten afspraken maken over hun samenwerking, informatie-uitwisseling en het werken met zorgplannen. Deze zorgplannen moeten leidend zijn voor alle zorg- en hulpverlening, ongeacht de sector waaruit deze hulp afkomstig is of de setting waarbinnen deze plaatsvindt.

Deze voorwaarden gelden algemeen voor de zorg voor kwetsbare groepen die buiten instellingen verblijven. Afhankelijk van de doelgroep en de context waarin deze zorg plaatsvindt, kunnen deze voorwaarden per doelgroep specifiek worden ingevuld.

2.2 Samenwerking, probleemgeoriënteerd en ketengericht toezicht mogelijk door andere aanpak

Samenwerking tussen inspecties nodig voor goed toezicht

Niet alleen zorginstellingen die onder toezicht staan van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn betrokken bij de zorg en ondersteuning van kwetsbare groepen. Het gaat ook om instellingen die onder toezicht staan van andere inspecties of om maatschappelijke ondersteuning door gemeenten. Dit betekent dat voor effectief toezicht de Inspectie voor de Gezondheidszorg met andere inspecties moet samenwerken en haar werkzaamheden in afstemming met lokale overheden moet verrichten.

Probleemgeoriënteerd toezicht kan zinvolle bijdrage leveren

Omdat niet één enkele zorginstelling of hulpverlener afzonderlijk in staat is adequate zorg te bieden, kan niet het handelen van die ene instelling of die ene hulpverlener centraal staan in het inspectietoezicht. In plaats daarvan moet het toezicht zich richten op de problematiek zelf, de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte en de vraag of alle instellingen en hulpverleners gezamenlijk en in samenhang verantwoorde zorg bieden. Daarbij ligt het accent op het regisserend vermogen van de instanties en op de kwaliteit van de samenwerking.

Inspecties kunnen gemeenten ondersteunen

Bij de zorg en ondersteuning vervullen gemeenten vaak een dubbelrol. De gemeente is zelf verantwoordelijk voor de totstandkoming van de nodige ondersteuning en het creëren van een vangnet voor groepen die buiten de boot vallen. Daarnaast is de gemeente vaak de logische partij om de regie te voeren. Dat betekent dat de gemeente initiërend en faciliterend op moet treden en adequate samenwerking tussen alle betrokken partijen moet bevorderen. De verschillende inspecties kunnen gemeenten effectief ondersteunen door de betrokken instellingen die onder toezicht staan een samenwerkingsplicht op te leggen. Zonder samenwerking is het immers niet mogelijk om verantwoorde zorg te bieden aan deze kwetsbare groepen.

Andere aanpak van toezicht

Uit het voorgaande blijkt dat het toezicht op de zorg voor groepen met geringe sociale redzaamheid voor de samenwerkende inspecties een uitdaging is. Het vraagt om een andere aanpak. Behulpzaam hierbij is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan voortbouwen op en aansluiten bij de ervaringen die zijn opgedaan bij het Integraal Toezicht Jeugdzaken, het samenwerkingsverband tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie van

het onderwijs, de Inspectie jeugdzorg, de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de Inspectie Werk en Inkomen.

Het gezamenlijke toezicht heeft de volgende kenmerken:

- Meerdere inspecties werken samen.
- Het gaat om probleemgeoriënteerd toezicht.
- Het regisserend vermogen en de kwaliteit van samenwerking van betrokken instanties vormen een belangrijke focus van het toezicht.
- Goede afstemming met lokale overheden is noodzakelijk.

Het is noodzakelijk dat er voor het gezin één integraal zorgplan en één aanspreekpunt komt.

3 Gezinnen met geringe sociale redzaamheid

3.1 Inleiding

3.1.1 Situatieschets

Geringe sociale redzaamheid maakt kwetsbaar

Gezinnen met geringe sociale redzaamheid zijn kwetsbaar. Het gaat om gezinnen met een combinatie van problemen, bijvoorbeeld op het gebied van zorg, onderwijs, huisvesting, financiën en justitie. Deze kunnen in wisselende intensiteit en op wisselende momenten optreden. Dit brengt risico's met zich mee voor de ontwikkeling van de kinderen die opgroeien in deze gezinnen, zeker als ze extra kwetsbaar zijn vanwege een licht verstandelijke handicap al dan niet in combinatie met gedragsproblemen.

Zorg is beperkt, gefragmenteerd en eenzijdig

Deze gezinnen krijgen vaak niet de zorg die ze nodig hebben. De zorg is in het algemeen maar voor een beperkte periode beschikbaar, waarna het gezin geacht wordt zelfstandig verder te gaan. Daarnaast is de zorg vaak gefragmenteerd. Door de meervoudige problematiek van deze gezinnen zijn er in de praktijk vaak veel verschillende hulpverleners gelijktijdig of kort na elkaar bij een gezin betrokken. Het kan gaan om uiteenlopende hulpverleners en instanties: van onderwijsinstellingen, woningbouwverenigingen en sociale dienst tot gehandicaptenzorg, verslavingszorg en nutsbedrijven. Zij hebben vaak geen goede onderlinge afspraken en stemmen hulp niet met elkaar af. Ook is de zorg vaak eenzijdig en sluit onvoldoende aan bij het meervoudige karakter van de problemen. Er is bijvoorbeeld alleen extra begeleiding van het kind op school, maar geen opvoedingsondersteuning thuis of hulp voor de ouders bij schulden en dreigende huisuitzetting.

Signalering en hulp door veel verschillende instanties

Er zijn verschillende manieren waarop gezinnen met geringe sociale redzaamheid in beeld komen bij instanties en hulpverleners. Zo kunnen ze opvallen bij gemeenten en woningcorporaties vanwege overlast of schulden. Ook kunnen verloskundigen, kraamverzorgenden en consultatiebureaus problemen signaleren als zij in contact komen met het gezin. De scholen van de kinderen merken dat de kinderen niet goed meekomen en dat er vaak ook iets mis is thuis. Bureau's Jeugdzorg, orthopedagogische hulpverlening en de jeugd GGZ raken betrokken als er grotere problemen zijn met de kinderen. Al deze instanties bieden oplossingen binnen het eigen kader en vanuit hun eigen discipline en deskundigheid, maar vaak zonder goede afstemming en overleg.

Samenwerking in de zorg voor kinderen en gezinnen verbeteren

Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin is opgericht om de samenhang en de samenwerking in de zorg voor kinderen en gezinnen te verbeteren. Vanuit het vierjarig beleidsprogramma 'Alle kansen voor alle kinderen' werkt het programmaministerie aan drie thema's:

- Versterking en beter benutten van de kracht van het gezin;
- Een omslag naar preventie: problemen eerder opsporen en sneller aanpakken;
- De vrijblijvendheid voorbij: iedereen moet zijn verantwoordelijkheid nemen wanneer een kind of gezin in de problemen dreigt te raken.

Deze thema's zijn erop gericht dat ieder kind, ongeacht culturele achtergrond of handicap, kansen moet krijgen om zich goed te ontwikkelen. Er is een groot aantal projecten en vernieuwingen gestart, gericht op deze doelstelling. Gemeenten zetten Centra voor Jeugd en Gezin op, waarin meerdere organisaties samenwerken en er voor 'één gezin, één plan' moet zijn. De Verwijsindex voor Risicjongeren wordt ingevoerd, zodat hulpverleners weten wie bij het gezin betrokken is. De jeugdzorg werkt onder andere aan het terugdringen van de wachttijden en het onderwijs aan een passend onderwijsaanbod voor alle leerlingen om voortijdig schoolverlaten te voorkomen.

3.1.2 Doelstelling: door toezicht stimuleren van verantwoorde zorg

In de afgelopen jaren is brede consensus bereikt over het feit dat de zorg voor ouders en kinderen in Nederland beter kan en beter moet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie jeugdzorg en de Inspectie van het Onderwijs willen met dit onderzoek naar verantwoorde zorg bij kwetsbare groepen bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg voor de zeer kwetsbare groep kinderen uit gezinnen met geringe sociale redzaamheid.

De onderzoeksvragen van dit project zijn:

- Aan welke randvoorwaarden moet verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid voldoen?
- In hoeverre zijn deze randvoorwaarden al gerealiseerd?
- Welke bijdrage kan het toezicht leveren aan het bevorderen van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg?

3.1.3 Werkwijze

Om bovengenoemde hoofdvragen te beantwoorden hebben de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie jeugdzorg en de Inspectie van het Onderwijs literatuuronderzoek verricht, praktijkbezoeken gebracht, een expertmeeting gehouden en 17 regionale bijeenkomsten georganiseerd. Tijdens deze regionale bijeenkomsten, waarvoor in totaal 25 middelgrote gemeenten waren uitgenodigd, zijn de randvoorwaarden gepresenteerd en besproken met in de betreffende regio relevante en bij de inspecties bekende ketenpartners op het gebied van gezondheidszorg, jeugdzorg, speciaal onderwijs en wonen. Bijlage 6 bevat de onderzoeksverantwoording.

3.2 Conclusies

3.2.1 Consensus over randvoorwaarden verantwoorde zorg

Uit de expertmeeting en de regionale bijeenkomsten met het veld concluderen de inspecties dat er brede consensus bestaat over drie randvoorwaarden waar verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid aan moet voldoen.

a Er moet in een zo vroeg mogelijk stadium actief zorg en ondersteuning geboden worden

De signalering van de noodzaak tot zorg en ondersteuning moet zo vroeg mogelijk plaats vinden, zo mogelijk al voor de geboorte van een kind. Hulpverleners die in deze fase betrokken zijn bij een gezin met geringe sociale redzaamheid, zoals verloskundigen, kraamverzorgenden of medewerkers van het consultatiebureau, spelen hierin een belangrijke rol. In een latere fase vervullen ook scholen een belangrijke signalerende rol. Als gezinnen niet zelf om hulp vragen, moeten hulpverleners hen actief gaan opzoeken. Dit wordt ook wel 'outreaching werken' of 'bemoeizorg' genoemd.

b Zorg en ondersteuning zijn langdurig nodig, maar wisselend in aard en intensiteit

Gezinnen met geringe sociale redzaamheid hebben langdurige zorg en ondersteuning nodig. Continue (lichtere) zorg kan doorstroming of verschuiving naar zwaardere zorgtypen voorkomen^[24].

De behoefte aan ondersteuning van een gezin zal in de tijd variëren. Afhankelijk van de groei en ontwikkeling van een kind en de problematiek van het gezin kunnen andere vragen naar zorg en ondersteuning ontstaan, van hulp bij financiële problemen tot hulp bij het opvoeden.

Zorg en ondersteuning moeten daarom gedurende de hele levensloop van het kind in wisselende intensiteit en op verschillende leefgebieden ingezet kunnen worden. Dat vraagt om goede toegankelijkheid én een snelle toewijzing van zorg, bijvoorbeeld door mandatering van indicatiestelling.

c Verantwoorde zorg is alleen mogelijk als alle betrokken instellingen samenwerken

Er kan alleen sprake zijn van verantwoorde zorg als alle betrokken instellingen en instanties samenwerken in een effectief netwerk rondom het gezin. Effectief betekent dat het netwerk een gemeenschappelijke visie, doel en samenwerkingsafspraken heeft. En dat hulpverleners van elkaar weten wat ze doen in een gezin. De ondersteuningsbehoefte van het gezin – die in de loop van de tijd kan wisselen – staat centraal. De mate waarin aan deze ondersteuningsbehoefte tegemoet gekomen wordt, bepaalt de effectiviteit van het netwerk.

Om continue beschikbaarheid van de benodigde zorg te kunnen garanderen is het noodzakelijk dat er één integraal zorgplan voor het gezin komt en één aanspreekpunt. Om beide mogelijk te maken moeten ketenpartners bereid zijn over hun eigen grenzen te kijken en afspraken te maken over het mandateren van verantwoordelijkheden.

3.2.2 Randvoorwaarden nergens volledig gerealiseerd

In geen van de bezochte regio's waren alle hierboven genoemde randvoorwaarden voor verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid volledig gerealiseerd. Wel hebben de deelnemers aan de regionale bijeenkomsten veel goede of veelbelovende initiatieven en projecten genoemd, die gericht zijn op één van de gestelde randvoorwaarden of waarbij voor een beperkte groep gezinnen een andere aanpak wordt gevolgd, in de richting van de genoemde randvoorwaarden.

3.2.3 Inspecties willen het verbeteren van de randvoorwaarden stimuleren

De regionale bijeenkomsten hebben eraan bijgedragen dat er meer aandacht gekomen is voor de zorg en ondersteuning aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid. Partijen uit het veld hebben aangegeven dat deze bijeenkomsten hen stimuleerden om de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg voor deze doelgroep te verbeteren. Daarnaast hebben de bijeenkomsten bijgedragen aan het verstevigen en het uitbouwen van het bestaande netwerk in de regio's. De onafhankelijke positie van de inspecties en het feit dat de bemoeienis van de inspecties niet vrijblijvend is, dragen bij aan het realiseren van verantwoorde zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid.

3.3 Aanbevelingen en vervolgacties van betrokken inspecties

3.3.1 Aanbevelingen en maatregelen

Aanbevelingen voor het programmaministerie voor Jeugd en Gezin

De inspecties vinden dat het programmaministerie voor Jeugd en Gezin ervoor moet zorgen dat nieuw beleid in overeenstemming is met de voorwaarden voor verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid en dat bestaand beleid hierop wordt aangepast.

Aanbevelingen voor gemeenten en provincies

De inspecties adviseren gemeenten en provincies om vanuit hun specifieke verantwoordelijkheid te realiseren dat de zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

Bij het beoordelen van nieuwe initiatieven en projecten adviseren de inspecties aan gemeenten en provincies om deze voorwaarden als toetsingskader te gebruiken.

Maatregelen voor instellingen

Verantwoorde zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid is alleen mogelijk als de betrokken instellingen met elkaar samenwerken. Instellingen moeten dan ook met alle relevante partners op bestuurlijk, management en uitvoerend niveau afspraken maken over de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep.

De inspecties adviseren instellingen om voldoende aandacht te besteden aan de competenties die medewerkers moeten hebben om zorg vanuit een netwerk te bieden en werkwijzen en richtlijnen hierop aan te passen. Daarnaast vinden de inspectie dat instellingen in deze gezinnen moeten werken op basis van het principe: één gezin, één plan.

3.3.2 Wat gaan de inspecties doen?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie jeugdzorg en de Inspectie van het Onderwijs gaan door met het stimuleren van de partners om de randvoorwaarden voor zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid te realiseren.

Het voornemen is om vanaf 2012 onder verantwoordelijkheid van Integraal Toezicht Jeugdzaken bij instellingen te toetsen op de invulling van de randvoorwaarden voor deze zorg. Daarbij zal het regisserend vermogen en de effectiviteit van de samenwerking met betrekking tot de ondersteuning van deze gezinnen centraal staan in het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

3.4 Resultaten van 17 regionale bijeenkomsten

In dit hoofdstuk volgt een beknopt overzicht van hoe de bezochte 25 regio's invulling geven aan de randvoorwaarden. Er worden ook enkele goede voorbeelden beschreven die vooral tijdens de regionale bijeenkomsten zijn genoemd.

Dit overzicht heeft een beperking: de inspecties hebben in 25 regio's onderzoek gedaan. De bevindingen zijn daarom niet representatief voor heel Nederland. Ook buiten de bezochte regio's zijn er goede voorbeelden.

3.4.1 Onvoldoende vroegsignalering door gebrekkige samenwerking ketenpartners

Verloskundigen en kraamzorg geen vaste gesprekspartner in regionale netwerken

Ongeveer 95 procent van alle aanstaande ouders komt in aanraking met de verloskundige en de kraamzorg. Deze zorgverleners kunnen in een vroeg stadium signaleren of er sprake is van een gezin met geringe sociale redzaamheid. Zij kunnen indien nodig passende hulp inschakelen of het consultatiebureau informeren. Hoewel zij vaak de eerste professionele hulpverleners zijn die signaleren, was opvallend in de regionale bijeenkomsten dat zij vaak geen vaste gesprekspartner waren in regionale overleggen op het gebied van jeugd en gezin.

Dit sluit aan bij de conclusie van de inspectie^[25] dat de kraamzorgsector meer aandacht moet besteden aan vroegsignalering. Het indicatieprotocol kraamzorg geeft ruimte om problemen en signalen vanuit de kraamzorg over te dragen naar de jeugdgezondheidszorg, maar dit wordt nog niet altijd gedaan. Een deel van de kraamzorgaanbieders had afspraken gemaakt over samenwerking met de jeugdgezondheidszorg. Samenwerking gebeurde echter nog niet structureel in iedere regio.

De consultatiebureaus zien nagenoeg alle kinderen van 0-4 jaar op een aantal vastgestelde momenten en zijn over het algemeen actief betrokken in de regionale netwerken op het gebied van jeugd en gezin. Ook het merendeel van de kinderen in de leeftijd van 4-19 jaar wordt periodiek door de jeugdgezondheidszorg gezien. De jeugdgezondheidszorg heeft in toenemende mate instrumenten tot haar beschikking om vroegtijdig signalen van psychosociale problemen of kindermishandeling vast te stellen. Op basis van deze contacten werd al veel en vroeg vastgesteld, maar de inspectie heeft in een eerder rapport aangegeven dat verdere verbetering nodig is^[26].

Vroegsignalering met behulp van verloskundigen en kraamzorg

De gemeente Leiden gaat in het kader van 'één gezin, één plan' de verloskundigen en de kraamzorg aansluiten op een netwerk van hulpverleners, zodat vroegsignalering van geringe sociale redzaamheid beter mogelijk wordt. De gemeente is een pilot gestart met bij haar bekende gezinnen en hulpverleners die vaak betrokken zijn bij deze gezinnen. De hulpverleners hebben geïnvesteerd in goede en snelle samenwerking, waarop de gemeente Leiden voortbouwt.

Signaleren tijdens zwangerschap

De gemeente Breda doet mee aan Samen Starten: een samenwerkingsverband tussen gemeenten, thuiszorg, maatschappelijk werk, GGD en bureaus jeugdzorg in Breda, Maastricht en Rheden. Het doel van Samen Starten is het voorkomen van psychische problemen, antisociaal gedrag en criminaliteit bij kinderen. In de gemeente Breda nemen verloskundigen in dit kader een wetenschappelijk gefundeerde vragenlijst, af bij vrouwen die 16 weken zwanger zijn. Wanneer hieruit blijkt dat er al tijdens de zwangerschap ondersteuning nodig is, neemt de jeugdverpleegkundige contact op met de aanstaande moeder, bekijkt welke zorg en ondersteuning nodig is en regelt deze. Ook medewerkers van scholen, kinderdagverblijven en peuterspeelzalen in Breda zijn voorgelicht over het belang van vroegsignalering en welke hulp er mogelijk is.

Onderwijsinstellingen niet altijd betrokken bij overleggen rond jeugd en gezin

In de regionale overleggen rond jeugd en gezin bleken de regionale expertisecentra voor speciaal onderwijs en de onderwijsinstellingen niet altijd vertegenwoordigd te zijn. Zij hebben in de dagelijkse praktijk regelmatig te maken met gezinnen met geringe sociale redzaamheid, maar zoeken hiervoor nog onvoldoende samenwerking met andere partners. Het gevolg hiervan is dat scholen zelf taken op zich nemen, die beter vanuit een netwerk met andere partners op het gebied van jeugdzorg of maatschappelijk werk aangepakt kunnen worden. Onbekendheid met elkaar speelt hierin een rol. Gunstig is wel de huidige ontwikkeling van de Zorg- en AdviesTeams (ZAT's) op scholen.

Niet alle kennis over gezinnen benut

Wanneer partners bij elkaar komen in regionale netwerken, blijkt vaak dat er meer en eerder kennis over (aankomende) problematiek aanwezig is, dan wordt benut. In enkele regio's speelden woningbouwverenigingen een zeer nuttige rol bij de signalering van probleemsituaties en leverden ze een actieve bijdrage aan het in contact komen van deze gezinnen met de zorg. Ook andere – wellicht minder voor de hand liggende – partners, zoals een peuterspeelzaal, de politie of het energiebedrijf speelden in sommige regio's een rol bij het vroegtijdig signaleren van gezinnen met geringe sociale redzaamheid.

Energiebedrijf meldt dreigende afsluiting bij Meldpunt Bijzondere Zorg

Incassomedewerkers van energiebedrijven treffen soms schrijnende situaties aan bij hun klanten. Naast problemen met het betalen van de energierekening lijken sommigen onvoldoende voor zichzelf en hun gezinsleden te kunnen zorgen. Sinds 2005 heeft Nuon verschillende convenanten afgesloten met GGD'en om afsluiting van energie door de netbeheerder bij deze klanten te voorkomen. In Nijmegen meldt Nuon een dreigende afsluiting bij het Meldpunt Bijzondere Zorg. Cliënten die bereid zijn hulp te accepteren, worden niet afgesloten van energie^[27].

Zorgmijdende gezinnen actief opzoeken

Niet alle gezinnen met geringe sociale redzaamheid vragen zelf om zorg en ondersteuning of accepteren deze vanzelfsprekend. Sommige mijden juist de hulpverlening. Dan is het noodzakelijk om deze gezinnen actief op te zoeken, met hen in gesprek te gaan en te kijken welke zorg en ondersteuning geboden kan worden. In de regionale bijeenkomsten kwamen de inspecties diverse voorbeelden tegen van outreachende hulp.

Meldpunt Bijzondere Zorg

In Nijmegen kan elke hulp- of dienstverlener die zich ernstig zorgen maakt over een gezin dit melden bij het Meldpunt Bijzondere Zorg. Medewerkers van het meldpunt zoeken actief contact met het gezin en inventariseren welke problemen er zijn op de verschillende leefgebieden. Dit wordt besproken in het Zorgoverleg Bijzondere Zorg, waarin onder andere de GGZ, de verslavingszorg, de Maatschappelijke Opvang, maatschappelijk werk en MEE participeren. Het Meldpunt Bijzondere Zorg houdt de regie en laat deze pas los als er één partner is die voor het gezin fungeert als regisseur voor de zorg^[28].

3.4.2 Zorg en ondersteuning niet langdurig beschikbaar

Continue en goed toegankelijke zorg moeilijk te realiseren

Het leveren van continue zorg in gezinnen met geringe sociale redzaamheid bleek in de praktijk moeilijk. De inspecties hebben hiervan – buiten een enkele pilot – nauwelijks voorbeelden gezien in de bezochte regio's. Indicaties voor meer gespecialiseerde zorg zijn vaak maar een beperkte periode geldig. Daarna moet opnieuw een indicatie worden aangevraagd. Het beperken van de afspraken op ondersteunende en activerende begeleiding vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) betekende voor sommige gezinnen dat zij hun vaste thuisbegeleider verloren. Thuisbegeleiding is praktische en laagdrempelige hulp aan gezinnen met meervoudige problemen, die de grip op het dagelijks leven kwijt zijn en zich niet zonder hulp kunnen handhaven in de maatschappij. Het doel van de begeleiding is structuur aanbrengen in het dagelijks leven, waardoor problemen verminderen en erger voorkomen wordt.

Deze gezinnen kunnen nu voor ondersteuning een beroep doen op gemeenten, maar weten daarvoor vaak onvoldoende de weg en de gemeentelijke middelen hiervoor zijn beperkt.

Thuisbegeleiding

Een aantal gemeenten (bijvoorbeeld Gemeente Haarlemmermeer) biedt actief thuisbegeleiding aan om de inzet van duurdere AWBZ-zorg of Jeugdzorg te voorkomen. Succesfactor van het lokaal analyseteam in Haarlemmermeer is de mogelijkheid van dit team om Thuisbegeleiding (gefinancierd door de gemeente) te indiceren, zodat een goed gezinsplan opgesteld kan worden.

Het volgende voorbeeld illustreert dat het binnen de huidige wet- en regelgeving mogelijk is om voor deze gezinnen goed toegankelijke zorg te realiseren die snel wordt toegewezen.

In één regio was het aanbod van de zorg hiertoe aangepast en speciaal op de doelgroep ingericht. Dit gebeurde instellingsoverstijgend.

Wijkcoaches

In het project 'wijkcoaches' in Enschede blijven wijkcoaches continue in contact met gezinnen met geringe sociale redzaamheid. De coaches schakelen verdere expertise in wanneer dit nodig is, maar zijn ook in staat het merendeel van de eerstelijnszorg zelf te verlenen. Hierdoor kan zorg snel worden ingezet en wordt het aantal hulpverleners in een gezin teruggebracht. De wijkcoaches komen van de verschillende ketenpartners en krijgen voor dit werk een intensieve opleiding. Om deze vorm van continue zorgverlening te realiseren, hebben de ketenpartners goede afspraken gemaakt over de mandatering van verantwoordelijkheden.

Integrale indicatiestelling niet de norm

Goede toegankelijkheid vraagt tevens om snelle en integrale indicatiestelling^[m] voor zorg, jeugdzorg en speciaal onderwijs.

Voor het project 'Integraal toezicht regionale expertisecentra 2007-2008'^[29] heeft de Inspectie van het Onderwijs gesprekken gevoerd met alle regionale expertisecentra voor speciaal onderwijs. Hieruit bleek dat het nationale project 'Integraal indiceren'^[30] wel bekend was, maar in de praktijk van het speciaal onderwijs nog nauwelijks van de grond kwam.

Ook uit het evaluatie-rapport^[31] van het nationale project 'Integraal indiceren voor jeugdzorg, speciaal onderwijs en AWBZ-zorg' blijkt dat het integraal indiceren in veel regio's nog in de kinderschoenen staat of in een beperkt gebied is ingevoerd.

Mandatering van indicatiestelling voor gezondheidszorg en jeugdzorg kwam wel in verschillende regio's voor, zo bleek tijdens de regionale bijeenkomsten.

Snel indiceren

In de provincie Drenthe is het mogelijk om 'spoedindicaties' te stellen voor gezinnen, waardoor de hulpverlener die het gezin goed kent direct de benodigde hulp in kan schakelen. Vanwege het vertrouwen in deze hulpverlener is het mogelijk pas na inschakeling van de hulp 'de papieren' in orde te maken. Dit heeft tevens een positieve invloed gehad op de wachtlijsten voor jeugdzorg in Drenthe: de wachtlijsten zijn daar in 2009 verdwenen. Jongeren en gezinnen krijgen nu direct de noodzakelijke hulp.

[m] Meer gespecialiseerde vormen van zorg (jeugdzorg, onderwijs) vergen in Nederland veelal eerst een indicatie voordat de zorg geleverd kan worden.

Zorg niet snel beschikbaar wegens wachtlijsten

Als hulp noodzakelijk is, moet deze snel beschikbaar zijn. Vanwege de beperkte draagkracht van gezinnen met geringe sociale redzaamheid, is lang wachten op medische zorg, jeugd-zorg of speciaal onderwijs ongewenst. In de praktijk bleken wachtlijsten echter veel voor te komen. In het speciaal onderwijs waren hiervoor een aantal oorzaken:

- De toenemende verzwaren van de (gedrags)problematiek van leerlingen.
- Onvoldoende zicht op de toestroom van nieuwe leerlingen gedurende het schooljaar.
- Toenemende druk op de plaatsingscapaciteit.

Vroegtijdige interventie en het benutten van de kracht van het gezin zijn langetermijn-oplossingen ^[32,33,34,35], maar er zijn ook voor de korte termijn interventies nodig om de wachtlijsten te verkorten. Ook hiervan zijn tijdens de regionale bijeenkomsten diverse voorbeelden genoemd.

Zorgcontinuüm garanderen door betere afstemming en efficiency

In Flevoland werken een aantal instellingen in de geïndiceerde jeugdhulpverlening, de zorg, maatschappelijke dienstverlening en onderwijs samen in de pilot “Over en Weer”. Doel van de samenwerking is het realiseren van een zorgcontinuüm voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid. Door de in- en uitstroom van de verschillende instellingen beter op elkaar af te stemmen en ook beter af te stemmen met onderwijsinstellingen, zal de efficiency in de zorg naar verwachting toenemen. Zo kan de behandel- en verblijfsduur verkort worden en is er in het lokale jeugdveld voldoende capaciteit voor continue zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid.

3.4.3 Samenwerking van alle betrokken instellingen is noodzaak

Regionale samenwerking tussen instellingen die in de praktijk betrokken zijn bij gezinnen met geringe sociale redzaamheid komt op gang^[36]. De inspecties constateerden het volgende tijdens de regiobijeenkomsten:

- In de meeste regio's pakten gemeenten hun regierol op het gebied van jeugd en gezin actief op. De Centra voor Jeugd en Gezin waren voor gemeenten een goed handvat om de regie op zich te nemen. De wijze van invulling, effectiviteit en aandachtsgebieden van de Centra voor Jeugd en Gezin verschilden wel sterk.
- Enkele provincies vervulden op het terrein van jeugd en gezin een sterk bindende en stimulerende rol en werkten daarbij nauw samen met gemeenten.
- De gehandicaptenzorg was in de meeste regio's nauwelijks zichtbaar betrokken bij projecten die zijn gericht op verbetering van de zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid. Deze sector leek onvoldoende aangesloten op de initiatieven van de gemeenten. Dit gold ook voor veel onderwijsinstellingen.

- De betrokkenheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bij het verbeteren van de zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid wisselde sterk. In een aantal regio's vervulde de GGZ een voortrekkersrol. Daar tegenover stonden regio's waar de inzet van de GGZ sterk achterbleef.

Samenwerking tussen jeugd- en volwassenenpsychiatrie

In het lokaal analyse team te Haarlemmermeer bestaat een goede samenwerking tussen de jeugd- en volwassenenpsychiatrie. Zij erkennen de samenhang van de problemen tussen ouders en kind(eren). Dit bevordert de totstandkoming van ‘één gezin, één plan’.

Enkele gemeenten waren actief bezig om het aantal hulpverleners dat betrokken is bij gezinnen met geringe sociale redzaamheid te beperken tot een klein team met één vast aanspreekpunt voor het gezin.

Wrap around care

Het model van ‘wrap around care’ geeft in het buitenland goede resultaten voor het schakelen naar de juiste zorg op het juiste moment. Wrap around care houdt in dat een coördinerende hulpverlener samen met de cliënt nagaat wat het gewenste einddoel is en welke personen en instellingen er nodig zijn om dit doel te bereiken. Samen vormen zij een team dat als het ware ‘om het gezin heen gaat staan’ en gezamenlijk werkt aan het verbeteren van de situatie van het gezin. Hiermee kunnen deze gezinnen efficiënter en op meerdere gebieden tegelijk geholpen worden. De provincie Utrecht en de gemeenten Utrecht en Amersfoort doen een pilot met ‘wrap around care’.

Eén hulpverlener per kind of gezin werd in de regionale bijeenkomsten over het algemeen gezien als een utopie. Meervoudige problemen kunnen, afhankelijk van de aard ervan, alleen worden opgelost door de inzet van meerdere gespecialiseerde medewerkers van verschillende instanties (bijvoorbeeld zorg, woningbouwvereniging, politie, justitie en maatschappelijke dienstverlening). Dit aantal moet echter zoveel mogelijk worden beperkt. Eén persoon moet fungeren als aanspreekpunt voor het gezin, maar ook voor de verschillende hulpverleners. Deze persoon is verantwoordelijk voor het ‘gezinsplan’, dat samen met het gezin wordt opgesteld. Om tot ‘één gezin, één plan’ te komen is afstemming tussen instanties noodzakelijk, evenals mandatering van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Sluitende afspraken over dienstverlening en follow-up zijn onmisbaar.

Wijkteams en gezinscoaches

In Nijmegen werken sinds kort enkele wijkteams die zich richten op gezinnen met problemen op het gebied van opvoeden, schulden, verslaving of overlast. De aanleiding om in te grijpen is vaak overlast, maar in veel gevallen blijkt het gezin ook zorg nodig te hebben. De wijkteams stellen voor deze gezinnen een plan van aanpak op, waarbij er zowel aandacht is voor hulpverlening, als voor 'drang en dwang'^[37].

3.5 Beschouwing

De inspecties zijn aangenaam verrast door het grote aantal initiatieven dat in iedere regio wordt genomen om zorg en ondersteuning aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid te verbeteren. Er is aandacht voor opvoedingsproblemen, kindermishandeling, overlast, recidive, armoede en andere problemen. Tegelijkertijd vormt de veelheid aan initiatieven in een aantal gevallen ook een risico voor de effectiviteit ervan. Vanuit verschillende kanten worden projecten opgezet, vaak min of meer voor dezelfde doelgroep. Deze projecten vragen veel van zowel management als uitvoerende medewerkers van de betrokken partners.

De inspecties gaan in dit project terug naar de basis van de zorg: wat is nodig om tot verantwoorde zorg voor gezinnen met geringe sociale redzaamheid te komen? Deze voorwaarden zijn behulpzaam om nieuwe initiatieven te beoordelen.

Er is nu en in de afgelopen jaren veel aandacht geweest voor mogelijke structuurwijzigingen in de jeugdzorg. Wijzigingen in de structuur alleen bieden volgens de inspecties geen oplossing voor de diverse problemen. Effectieve samenwerking en netwerkvorming blijven van belang. Het benutten van de juiste expertise op het juiste moment en het waar mogelijk samenvoegen van expertise zijn aspecten die – los van structuur of financiering – het succes van de hulpverlening zullen blijven bepalen.

4 Stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problemen

4.1 Inleiding

4.1.1 Situatieschets

Werelden van straf en zorg liggen ver uit elkaar

Uit diverse onderzoeken blijkt dat een aanzienlijk deel van de gedetineerden in Nederland kampt met psychische, psychiatrische en/of verslavingsproblemen, soms in combinatie met een beperking van de verstandelijke vermogens. Zij ontvangen echter niet altijd de zorg en behandeling die nodig is^[38]. Daarbij komt dat 71 procent van de ex-gedetineerden binnen zes jaar recidiveert^[39] en daardoor vaak meerdere keren gedetineerd raakt. Goed omgaan met deze mensen is een moeilijke opgave. Ze maken deel uit van twee werelden die zich in de praktijk moeizaam tot elkaar verhouden: die van 'straf' en 'zorg'.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie voor de Sanctietoepassing hebben deze kwetsbare doelgroep omschreven als *stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek*. De inspecties hebben bewust afgezien van een scherpere afbakening in bijvoorbeeld ernst en aantal van de delicten. Deze ruime definitie geeft aan dat het gaat om alle volwassen delictplegers die regelmatig in aanraking komen met justitie en die psychische of psychiatrische problemen hebben. Deze doelgroep is met name te vinden onder veelplegers^[n], maar ook onder 'gewone' gedetineerden en onder cliënten in de (openbare) geestelijke gezondheidszorg.

Geen continuïteit van zorg

Diverse onderzoeken laten zien dat van continue zorg vóór, tijdens en na detentie voor deze doelgroep nog geen sprake is en dat er grote knelpunten zijn in het begeleiden van (ex-)gedetineerden bij hun terugkeer naar de maatschappij^[40]. Zo is er geen tijdige overdracht van activiteiten en begeleiding van gevangenis naar reclassering, is de verdeling van verantwoordelijkheden tussen justitie en lokale overheden onduidelijk, ontbreken zorg, inkomen, woonruimte of zelfs een identiteitskaart voor ex-gedetineerden en is er onvoldoende capaciteit van maatschappelijke opvang^[41]. Mede hierdoor zijn de recidivecijfers hoog. Dit leidt tot veel overlast in de samenleving en verstopping van de justitiële ketens. De maatschappelijke kosten hiervan zijn hoog.

[n] Veelplegers zijn personen van 18 jaar en ouder tegen wie meer dan tien keer proces-verbaal is opgemaakt, waarvan tenminste één keer in het peiljaar (Bron: Factsheet ministerie van Justitie, aanpak veelplegers (2006)).

Verbeteringen zijn in gang gezet

Het ministerie van Justitie is enkele jaren geleden gestart met een meer persoonsgerichte benadering vóór en tijdens detentie en het verbeteren van de nazorg. Omdat gemeenten een cruciale rol spelen in de nazorg, hebben de staatssecretaris van Justitie en de voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten een convenant⁽⁴²⁾ ondertekend. Hierin staan taken en verantwoordelijkheden die beide partijen hebben afgesproken voor het regelen van nazorg voor ex-gedetineerden op vijf aandachtsgebieden: huisvesting, inkomen, schulden, zorg en in het bezit zijn van een identiteitsbewijs.

In veel (grotere) gemeenten zijn – meestal vanuit het Openbaar Ministerie – veiligheidshuizen opgezet. Veiligheidshuizen zijn netwerkorganisaties waarbij ketenpartners op het terrein van justitie, gemeente, zorg en huisvesting fysiek met elkaar in dezelfde ruimte werken en gezamenlijke overleggen houden over (ex-)gedetineerden. De meeste veiligheidshuizen houden zich bezig met een beperkt aantal doelgroepen, zoals veelplegers, plegers van huiselijk geweld en jongeren. In enkele gemeenten is de doelgroep inmiddels uitgebreid naar alle ex-gedetineerden en omvat het werkgebied van het veiligheidshuis meerdere gemeenten. Het kabinet streeft naar landelijke dekking van veiligheidshuizen in Nederland. De verantwoordelijkheid hiervoor komt bij gemeenten te liggen.

4.1.2 Onderzoeksvragen

Alle betrokken partijen (GGZ, Justitie en gemeente) zijn het eens dat er voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek continuïteit van zorg moet zijn. Dit is van groot belang voor de betrokkene zelf. Bovendien kan op deze wijze recidive worden voorkomen en de overlast in de maatschappij afnemen. In de praktijk zijn er al veel initiatieven tot verbetering van de zorg voor deze doelgroep, maar een integrale aanpak op alle aandachtsgebieden en met alle relevante partijen komt nog onvoldoende tot stand. De inspecties willen dit stimuleren.

De onderzoeksvragen van dit project zijn:

- Aan welke randvoorwaarden moet verantwoorde ketenzorg vóór, tijdens en na detentie voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek voldoen?
- In hoeverre zijn deze randvoorwaarden al gerealiseerd in een aantal regio's?
- Welke bijdrage kan het toezicht leveren aan het bevorderen van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg aan stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek?

4.1.3 Werkwijze

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie voor de Sanctietoepassing hebben in het kader van dit project een expertmeeting georganiseerd met vertegenwoordigers van gemeenten, justitie en de GGZ. Ook hebben de inspecties in vijf regio's gesprekken gevoerd met een penitentiaire inrichting, één of meerdere organisaties voor geestelijke gezondheidszorg, de gemeente en – voor zover aanwezig – het veiligheidshuis. Vervolgens zijn

regionale bijeenkomsten georganiseerd. In bijlage 7 staat een uitgebreidere beschrijving van de werkwijze.

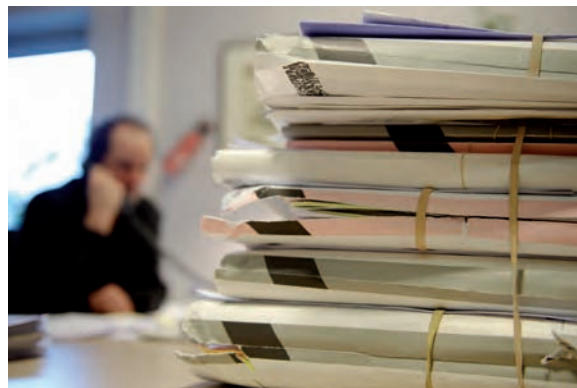
4.2 Conclusies

4.2.1 Acht randvoorwaarden voor verantwoorde ketenzorg benoemd

De inspecties hebben in de expertmeeting met vertegenwoordigers van gemeenten, justitie en de GGZ en tijdens de bezoeken in de vijf regio's een breed draagvlak gevonden voor acht randvoorwaarden voor verantwoorde ketenzorg aan stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek:

- 1 *Gezamenlijk doel (doelconvergentie)*: netwerkpartners hebben overeenstemming over het gezamenlijke doel van het netwerk om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan stelselmatige delictplegers met ernstige psychische of psychiatrische klachten.
- 2 *Eensluidende probleemanalyse*: netwerkpartners hebben een gedeelde analyse van het probleem, die heeft geleid tot een eensluidende opvatting over de werkwijze om de zorg voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische klachten te verbeteren.
- 3 *Netwerkregie*: netwerkpartners hebben afspraken over de sturing en afstemming van het netwerk om de zorg voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische klachten te kunnen verbeteren.
- 4 *Informatiecoördinatie*: de gegevens die nodig zijn om het gezamenlijke doel te bereiken worden verzameld, vastgelegd en uitgewisseld tussen de betrokken netwerkpartners.
- 5 *Bereik van het netwerk*: de netwerkpartners weten op welke doelgroep de zorg zich moet richten en ze hebben zicht op degene die zij wel en niet bereiken met het gezamenlijke of afzonderlijk aanbod.
- 6 *Zorginhoud*: de activiteiten van de netwerkpartners zijn gericht op het leveren van verantwoorde zorg aan delictplegers met ernstige psychische of psychiatrische problemen, afgestemd op de behoeften van deze doelgroep. De afzonderlijke activiteiten van de netwerkpartners worden daartoe op elkaar afgestemd.
- 7 *Continuïteit in de zorg*: de activiteiten van de netwerkpartners in de zorg vinden ononderbroken plaats; er is sprake van continue zorg.
- 8 *Systematische evaluatie en verbetering*: netwerkpartners evalueren periodiek en systematisch hun aanpak en stellen deze zo nodig bij om de realisatie van de netwerkdoelen te verbeteren.

Verantwoorde zorg aan stelselmatige delictplegers



Verantwoorde zorg aan stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek vereist effectieve samenwerking tussen penitentiaire inrichtingen, gemeenten en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. In veel gemeenten werken alle relevante partners met elkaar samen in zogenaamde Veiligheidshuizen. Vijf aandachtsgebieden zijn van belang in de nazorg voor ex-gedetineerden: huisvesting, inkomen, schulden, zorg en in het bezit zijn van een identiteitsbewijs.

Deze acht randvoorwaarden hebben de inspecties uitgewerkt in een concepttoetsingskader. Netwerkpartners uit de vijf bezochte regio's vinden dit een goed en bruikbaar hulpmiddel om regionaal te toetsen welke randvoorwaarden reeds gerealiseerd zijn en welke niet. Dit leidt tot een verbeteragenda voor de toekomst.

Diverse partners hebben de inspecties gevraagd om het concept-toetsingskader naadloos aan te laten sluiten bij de afspraken die in juli 2009 zijn gemaakt tussen Justitie en de VNG over nazorg voor ex-gedetineerden. Dit om te voorkomen dat het veld met meerdere modellen moet gaan werken. De inspecties hebben dit toegezegd.

4.2.2 Randvoorwaarden nergens volledig aanwezig

In geen van de vijf regio's waren alle acht randvoorwaarden volledig aanwezig. Er waren wel duidelijke verschillen tussen regio's, in de mate waarin zij erin slaagden om deze voorwaarden te realiseren.

Met name de aansluiting van de GGZ in de keten was in geen van de bezochte regio's goed geregeld. GGZ-voorzieningen waren op dat moment onvoldoende betrokken bij het maken van regionale afspraken over zorg voor deze doelgroep.

4.2.3 Randvoorwaarden op nationaal niveau vaststellen

Om in iedere regio verantwoorde ketenzorg voor alle stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek te kunnen bieden, is het van belang om ook op nationaal niveau met alle relevante partners de randvoorwaarden vast te stellen. Diverse geïnterviewden verwachten dat de inspecties hierin een stimulerende rol zullen vervullen.

Daarnaast hebben de inspecties vanuit hun onafhankelijke positie een toegevoegde waarde door regionale netwerkpartners te faciliteren en te stimuleren om de randvoorwaarden daadwerkelijk te realiseren. De vijf regionale bijeenkomsten die de inspecties hebben georganiseerd, hebben hun vruchten afgeworpen. Ze hebben geleid tot afspraken tussen ketenpartners over (hernieuwd) overleg om te komen tot verbeteringen.

4.3 Aanbevelingen en vervolgacties van de inspectie

Aanbevelingen voor ministerie van Justitie, ministerie van VWS, GGZ-Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

De inspectie adviseert het ministerie van Justitie, het ministerie van VWS, GGZ Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten om afspraken te maken over continue zorg vóór, tijdens en na detentie, in vervolg op het convenant tussen justitie en gemeenten over nazorg aan ex-gedetineerden.

De inspectie adviseert dat het ministerie van Justitie, het ministerie van VWS en GGZ Nederland het initiatief nemen om met de relevante beroepsorganisaties richtlijnen voor

het veld op te stellen over het uitwisselen van informatie tussen netwerkpartners die betrokken zijn bij de zorg vóór, tijdens en na detentie. Daarbij moet veel aandacht worden besteed aan de implementatie hiervan in het veld.

Aanbeveling voor gemeenten, GGZ-instellingen en penitentiaire inrichtingen

De inspectie adviseert gemeenten, GGZ-instellingen en penitentiaire inrichtingen om regionaal afspraken te maken met alle relevante partners om de randvoorwaarden voor verantwoorde ketenzorg in de regio te implementeren.

Wat gaat de inspectie doen?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat, in samenwerking met de Inspectie voor de Sanctietoepassing, door met het faciliteren en stimuleren van regio's om te komen tot verantwoorde ketenzorg voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek.

De inspectie neemt het initiatief om concrete afspraken te maken met het ministerie van Justitie, het ministerie van VWS, GGZ-Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten over wanneer de voorwaarden voor verantwoorde ketenzorg voor deze doelgroep geïmplementeerd moeten zijn. Vanaf dat moment houdt de inspectie bij de instellingen die onder haar toezicht staan hier toezicht op en handhaaft zo nodig.

4.4 Resultaten: realisatie randvoorwaarden in vijf regio's

Deze paragraaf gaat specifiek in op de vraag: *in hoeverre zijn de acht voorwaarden voor verantwoorde zorg in de praktijk van vijf regio's gerealiseerd?* Voor elk van de acht voorwaarden afzonderlijk wordt aangegeven wat ten tijde van het onderzoek de afstand in het veld was ten opzichte van het model met voorwaarden voor verantwoorde zorg.

De resultaten zijn beperkt tot de vijf regio's waar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie voor de Sanctietoepassing dit onderzoek hebben uitgevoerd. De inspecties verwachten dat de resultaten herkenbaar en leerzaam zijn voor alle betrokkenen bij de zorg voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek.

4.4.1 Een gezamenlijk doel (doelconvergentie)

Wat was er wel?

In alle vijf bezochte regio's zijn samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners aangetroffen. Veel afspraken waren gemaakt in het kader van de opzet van veiligheidshuizen. Deze stonden in de steigers of functioneerden al enige tijd.

De afspraken hadden meestal betrekking op specifieke groepen, zoals veelplegers. In sommige regio's was dit al uitgebreid met de nazorg voor alle ex-gedetineerden.

Wat was er niet?

Niet voor alle gedetineerden met psychische en psychiatrische problemen waren er samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners. De GGZ was bovendien niet systematisch betrokken bij de afspraken tussen ketenpartners. Vaak nam de GGZ op uitvoerend niveau wel deel aan een samenwerkingsverband, bijvoorbeeld via een casusoverleg, maar niet op bestuurlijk niveau.

Ketenpartners hadden niet altijd dezelfde visie op verantwoorde zorg voor deze doelgroep en geen gezamenlijke doelstelling. Terugdringen van recidive en overlast stonden vaker centraal bij het Openbaar Ministerie en de gemeente, terwijl de GGZ en de forensische zorg meer gericht waren op het realiseren van de juiste behandeling voor de delictpleger. Binnen de penitentiaire inrichtingen was de mate waarin de psychische problematiek van de gedetineerde een probleem vormt voor de beheersbaarheid binnen de inrichting vaak leidend voor het inschakelen van zorg of behandeling.

4.4.2 Eensluitende probleemanalyse

Wat was er wel?

Netwerkpartners die met elkaar samenwerken in een veiligheidshuis hadden over het algemeen een gezamenlijke analyse van het probleem gemaakt. De gekozen doelgroepen waren omschreven en de problematiek van deze groep was (beperkt) in kaart gebracht.

Wat was er niet?

In geen van de vijf regio's waren alle relevante netwerkpartners (minimaal de gemeente, de penitentiaire inrichting en de GGZ) gezamenlijk tot een eensluitende probleemanalyse gekomen en op basis hiervan tot een werkwijze. Altijd ontbraken er partners. In enkele regio's was er bovendien weinig aandacht besteed aan het maken van een probleemanalyse.

4.4.3 Netwerkregie

Wat was er wel?

De veiligheidshuizen speelden een belangrijke rol bij de netwerkregie. Daar voerde het justitieel casusoverleg de regie over specifieke doelgroepen zoals veelplegers die wonen in de gemeente(n) van het veiligheidshuis. De GGZ en de penitentiaire inrichting hadden over het algemeen een breder werkgebied en namen daarom deel aan justitiële casusoverleggen in verschillende veiligheidshuizen. Vanuit de veiligheidshuizen faciliteerden en regisseerden procesmanagers de samenwerking tussen partijen.

Op cliëntniveau hield de penitentiaire inrichting tijdens detentie de regie. Na detentie lag de regie op cliëntniveau soms bij de gemeente, soms bij de reclassering of bij de GGZ.

Wat was er niet?

In geen van de vijf bezochte regio's was systeemregie voor de volledige doelgroep en voor alle netwerkpartners aanwezig. In enkele gemeenten fungeerde de lokale drie- of vierhoek (burgemeester, hoofdcommissaris van politie, hoofdofficier van Justitie en soms ook de

wethouder zorg) als 'opschalingsoverleg', als partners niet tot een oplossing konden komen. Hier was de GGZ over het algemeen niet bij betrokken, maar deze werd zo nodig wel benaderd. In andere gemeenten hadden bestuurders van netwerkpartners afgesproken dat zij samen tot een oplossing komen, als dit in de reguliere overleggen niet lukt. Regie op cliëntniveau vond vaak alleen voor een beperkte doelgroep plaats.

4.4.4 Informatiecoördinatie

Wat was er wel?

Voor specifieke groepen waren er in de vijf regio's afspraken gemaakt over informatie-uitwisseling. Van veelplegers was meestal een individueel ketendossier beschikbaar dat door netwerkpartners kan worden ingezien en aangevuld. Penitentiaire inrichtingen en gemeenten wisselden informatie uit via het Digitaal Platform Aansluiting Nazorg (DPAN). Tot nu toe betrof dit informatie vanuit de penitentiaire inrichting naar gemeenten. Recent gebeurde dit in enkele gemeenten ook andersom, als iemand gedetineerd raakte. Veiligheidshuizen maakten soms gebruik van een gezamenlijk informatiesysteem, bijvoorbeeld Via-desk.

Cursussen gegevensuitwisseling

In één regio heeft het veiligheidshuis met de betrokken partners een convenant over gegevensuitwisseling afgesloten. Omdat er desondanks veel onduidelijkheid en onzekerheid is bij zorgverleners over welke informatie zij in welke situaties mogen of moeten delen, geeft het veiligheidshuis cursussen aan uitvoerende medewerkers over het uitwisselen van informatie.

Wat was er niet?

In geen van de vijf regio's was er een organisatie-overstijgend informatiesysteem waar alle netwerkpartners toegang toe hadden. Informatie-uitwisseling tussen de penitentiaire inrichting en de GGZ verliep moeizaam en was erg afhankelijk van persoonlijke contacten. Voor de penitentiaire inrichting was het moeilijk of zeer tijdrovend om de behandelaar van de gedetineerde te traceren. Bij de GGZ was vaak niet bekend dat de cliënt gedetineerd was, noch wanneer deze vrijkwam. Er werd zeer verschillend omgegaan met privacybescherming. De consequenties van het uitwisselen van gegevens voor de vertrouwensrelatie met de cliënt, werden wisselend beoordeeld. Er leek niet optimaal gebruik te worden gemaakt van de ruimte die wet- en regelgeving biedt op het gebied van uitwisseling van medische informatie. De penitentiaire inrichting kon hierdoor onvoldoende gebruik maken van informatie van de behandelaar, waardoor een behandeling of het instellen op medicatie opnieuw moest starten.

De informatie-uitwisseling tussen de penitentiaire inrichting en de gemeente over noodzakelijke zorg na detentie was niet optimaal. De medewerker maatschappelijke dienstverlening uit de penitentiaire inrichting heeft de taak om de gemeente van herkomst informatie te geven over huisvesting, inkomen, schulden, zorg en in het bezit zijn van een identiteitsbewijs. Omdat de medewerker maatschappelijke dienstverlening geen medische achtergrond heeft, beschikte deze meestal niet over voldoende informatie over de zorg. Deze informatie was wel beschikbaar binnen het psychomedisch overleg in de penitentiaire inrichting. De taakverdeling tussen de medewerker maatschappelijke dienstverlening en het psychomedisch overleg was vaak onduidelijk. De overdracht naar vervolgzorg verliep meestal via het psychomedisch overleg.

Cliëntvolgsysteem

In één regio worden de namen van nieuwe gedetineerden in de penitentiaire inrichting dagelijks gecheckt met het cliëntvolgsysteem van twee grote organisaties voor geestelijke gezondheidszorg in de regio. De penitentiaire inrichting en de GGZ-organisaties hebben hierover afspraken gemaakt. Een sociaal psychiatrische verpleegkundige (SPV-er) van één van deze GGZ-organisaties fungeert als vooruitgeschoven post en voert de controle uit. Zodra er een match is, vraagt de SPV-er – na toestemming van de gedetineerde – informatie op bij de behandelaar in de GGZ.

4.4.5 Bereik van netwerk

Wat was er wel?

In de penitentiaire inrichtingen die bezocht werden in de vijf regio's werden nieuwe gedetineerden zowel door de medewerkers maatschappelijke dienstverlening als door de medische dienst gezien. Als hieruit bleek dat er vóór detentie een zorgcontact was met de GGZ, dan zocht de verpleegkundige of de psycholoog contact met de behandelaar. Bij psychische of psychiatrische problematiek werd de psycholoog van de penitentiaire inrichting ingeschakeld, zodat deze zo nodig extra zorg kon regelen.

Wat was er niet?

In geen van de vijf regio's werden alle delictplegers in de penitentiaire inrichting besproken in het psychomedisch overleg. Kort verblijvenden, zorgmijders, allochtonen die geen Nederlands spreken, maar ook anderen werden niet altijd bereikt. Het ontbrak aan een goede integrale screening voor het opsporen van GGZ-problematiek in de penitentiaire inrichting. Screening vond plaats door de Medische Dienst, door de medewerker maatschappelijke dienst en – bij langer verblijvenden in het kader van het programma Terugdringen Recidive – door de reclassering. Deze screenings vonden echter onafhankelijk van elkaar plaats.

Gedetineerden die als gevolg van hun problematiek overlast veroorzaakten in de penitentiaire inrichting werden wel naar de psycholoog verwezen, maar gedetineerden die 'niet opvielen' werden niet bereikt.

Omdat steeds duidelijker wordt dat een deel van de doelgroep niet alleen psychische of psychiatrische problematiek heeft, maar ook licht verstandelijk gehandicapt is, werd de gehandicaptenzorg als netwerkpartner gemist. Er was onvoldoende kennis over GGZ-problematiek bij licht verstandelijk gehandicapten.

Niet voor *alle* personen die tot de doelgroep behoren was in de vijf regio's een optimaal zorgaanbod of voldoende capaciteit beschikbaar. Dit gold met name voor mensen met een dubbele diagnose: zwervers met psychische problemen of licht verstandelijk gehandicapten met gedrags- en/of verslavingsproblemen.

4.4.6 Zorginhoud

Wat was er wel?

Gedetineerden werden door verschillende disciplines gescreend op de vijf aandachtsgebieden (huisvesting, inkomen, schulden, zorg en in het bezit zijn van een identiteitsbewijs). Voor specifieke doelgroepen die vaak in bijzondere zorgafdelingen van penitentiaire inrichtingen verblijven, werd er zorg op maat geboden.

In de penitentiaire inrichtingen in de vijf regio's vond multidisciplinair overleg plaats, waar aan meestal ook een psycholoog of psychiater deelnam. Gedetineerden bij wie psychische of psychiatrische problemen werden vermoed, werden aangemeld bij de psycholoog of psychiater. Bij overplaatsing vanuit de penitentiaire inrichtingen naar de GGZ vond een uitgebreide overdracht van zorg plaats.

Wat was er niet?

Er was geen zorgplan op maat voor *elke* stelselmatige delictpleger met psychische of psychiatrische problematiek in de vijf regio's. Op reguliere afdelingen binnen penitentiaire inrichtingen waren de mogelijkheden voor zorg op maat zeer beperkt. Diverse regio's kampten met problemen rond het huisvesten van ex-gedetineerden. Er waren onvoldoende huizen beschikbaar en er was meer behoefte aan beschutte woonvormen en aan plaatsen waar mensen die veel overlast veroorzaken kunnen wonen. Het lukte niet om alle gedetineerden voor wie dit nodig was na hun detentie een schuldsaneringsplan te bieden.

Zakgeld meegeven om recidive te voorkomen

Bij het verlaten van de penitentiaire inrichting moet de ex-gedetineerde beschikken over geld om – in ieder geval de eerste dagen – te voorzien in zijn levensonderhoud. Een uitkering kan echter pas op de dag van vrijlating aangevraagd worden. Sommige penitentiaire inrichtingen geven ex-gedetineerden daarom zakgeld mee voor de eerste periode, hoewel dit formeel niet tot hun taak behoort. De kosten verrekenen zij achteraf met de gemeente.

Faciliteren aanvragen identiteitsbewijs

Gedetineerden zonder vaste woon- en verblijfplaats kunnen geen identiteitsbewijs aanvragen. Een identiteitsbewijs is echter noodzakelijk om huisvesting te regelen, voor inschrijving in de gemeentelijke basisadministratie en het aanvragen van een uitkering. Een penitentiaire inrichting en een gemeente hebben afgesproken dat deze gedetineerden ingeschreven worden in de gemeente waar de penitentiaire inrichting is gevestigd. De gemeente komt naar de penitentiaire inrichting toe, zodat gedetineerden een identiteitsbewijs kunnen aanvragen.

4.4.7 Continuïteit in de zorg

Wat was er wel?

Assertive Community Treatment-teams (ook wel ACT-teams genoemd) leverden in diverse regio's een belangrijke bijdrage aan de continuïteit van zorg. Zij bereikten zeer moeilijke doelgroepen, kwamen soms in de penitentiaire inrichting wanneer iemand gedetineerd raakte en pakten de draad weer op na detentie.

Wat was er niet?

In de vijf regio's was geen sprake van continue zorg vóór, tijdens en na detentie. Er was geen transmuraal behandelplan. Ook was er geen actueel cliëntvolgsysteem dat door alle betrokken netwerkpartners ingezien of gebruikt kan worden.

Eén hoofdbehandelaar zodat regie geborgd is

In één regio hebben de ketenpartners afgesproken om te gaan werken met één hoofdbehandelaar voor OGGZ-cliënten. De hoofdbehandelaar heeft de regie over de behandeling, ongeacht waar de cliënt verblijft. Elke cliënt krijgt een behandelplan, dat door een volgende behandelaar wordt voortgezet. Hiermee moet de continuïteit in de zorg worden verbeterd. Eén van de netwerkpartners voert hierover de regie, houdt de cliënten in beeld en volgt of de afspraken worden nagekomen.

4.4.8 Systematische evaluatie en verbetering

Wat was er wel?

Er vonden evaluaties plaats in de vijf regio's, op het niveau van overleggen (bijvoorbeeld psychomedisch overleg), op het niveau van trajecten en op het niveau van veiligheidshuizen.

Wat was er niet?

Er was geen systematische periodieke evaluatie met betrokkenheid van alle netwerkpartners in de vijf regio's. Er was bij geen enkele partner een goed en objectief beeld van de bereikte resultaten in relatie tot de geleverde inspanningen.

4.5 Beschouwing

Verantwoorde ketenzorg voor delictplegers met psychische of psychiatrische problemen staat duidelijk op de politieke agenda en op de agenda van de ketenpartners. Er vinden tal van activiteiten plaats op het gebied van terugdringen van recidive, het verbeteren van nazorg, de realisatie van veiligheidshuizen en de vernieuwing van forensische zorg.

Tijdens de bezoeken aan de regio's hebben de betrokken partijen ook een aantal factoren in wet- en regelgeving en financiering genoemd die de gewenste continuïteit van zorg belemmeren. Hoewel het opsporen van deze factoren geen doel was van dit project, willen de inspecties deze factoren wel benoemen en voorleggen aan de verantwoordelijke departementen, met name het ministerie van Justitie en het ministerie van VWS.

De belangrijkste belemmeringen liggen op het vlak van:

- verschillende financieringsstelsels (AWBZ/Zorgverzekeringswet en Justitie);
- indicatiestellingen sluiten niet op elkaar aan (NIFP- en CIZ-indicaties);
- informatie uitwisseling (tussen strafrechtketen en zorg);
- onverwachte vrijlating op basis van een gerechtelijke uitspraak (geen tijd meer om nazorg te regelen).

In de bezoeken werd echter ook duidelijk dat – ondanks deze belemmerende factoren in wet- en regelgeving en financiering – de gewenste continue zorg in de ene regio beter tot stand komt dan in de andere regio. Er zijn duidelijke verschillen in de wijze waarop partijen omgaan met deze belemmeringen. Terwijl voor de ene regio belemmeringen in wet- en regelgeving en financiering onwrikbare struikelblokken zijn, maken andere regio's pragmatische afspraken over hoe kan worden omgegaan met deze belemmeringen.

Opheffen van financieringsschotten tussen verschillende typen zorg

De financieringsschotten tussen de zorg die vanuit de AWBZ/Zorgverzekeringswet en die door Justitie wordt betaald, leiden in veel regio's tot een strikte scheiding tussen 'justitie' en 'zorg'. In enkele regio's lukt het echter om deze grenzen te overschrijden. AWBZ-zorg wordt dan bijvoorbeeld al in de penitentiaire inrichting gestart. Of de behandelaar uit de GGZ komt ook in de penitentiaire inrichting als zijn cliënt gedetineerd raakt, zodat de continuïteit van zorg beter is gewaarborgd.

Improving local health policies.

Policy summary

1 **Objective: to improve local health care policy and care services for vulnerable groups**

This State of Health Care report focuses on two of the Health Care Inspectorate's priorities with regard to public health policy. With the assistance of other inspectorates, public sector authorities and the health care sector, the Inspectorate wishes to ensure that the prevention of public health problems is made more effective at the local level, and that care for particularly vulnerable groups is improved. The Inspectorate has therefore conducted or commissioned a number of studies during the past year and, in association with the relevant (local) authorities and organizations, has developed frameworks to promote the provision of good quality care.

Part 1: Effective local health policy

The effectiveness of local health policy was investigated with reference to four national priorities: reduction of overweight and obesity, smoking, alcohol abuse and depression. As in 2005, the Inspectorate assessed the quality of local health policy documents and evaluated the contribution made by local health departments ('GGDs') to local policy. With the current report in mind, the degree to which local measures contribute to the national prevention aims was also assessed.

Part 2: Good quality health care services for vulnerable groups

Health and welfare services for those groups who lack the skills to be socially independent but are not in fulltime residential care is (partly) a local responsibility. Because care for these groups frequently relies on staff from various organizations, it is difficult to identify the exact moments at which it is provided, and whether that care may be adjudged 'of good quality'.

The Inspectorate, in association with the professional organizations and other inspectorates, has therefore developed criteria for the care to be provided to two specific groups: socially disadvantaged families with both health care requirements and other problems (e.g. debt, education, housing), and frequent criminal offenders suffering from psychiatric or psychological disorders.

As supervisory and regulatory body, the Inspectorate is now presenting a new approach by means of this State of Health Care report. That approach is 'demand-led'. The focus is no longer on the care provider but on the client and his or her problems. The key issue is whether all relevant organizations, working together, are able to provide good quality care.

Effective local health policy

Numerous developments in the past five years

In 2005, the Health Care Inspectorate published a report on public health care and prevention policy^[1]. It concluded that, while some improvement could be noted, the Netherlands was not yet fully prepared to address potential public health problems. Notably, local authorities lacked a targeted and systematic approach. There have been a number of developments since the 2005 report.

In a policy document on prevention^[2], the Ministry of Health has designated the promotion of a healthy lifestyle as a priority, and has formulated a number of policy spearheads. Measures at both national and local level have been implemented to counter overweight, smoking, alcohol abuse, depression and diabetes.

The Ministry has gone further than merely announcing spearheads. To encourage a professional approach and reduce fragmentation, handbooks for local health policy have been produced in respect of four of the five spearheads (the exception being diabetes). The *Centrum voor Gezond Leven* (Centre for Healthy Living; CGL) has been established to further the exchange of knowledge and accredit effective, workable interventions. Local health departments (GGDs) have been professionalized and now provide greater support to their respective local authorities in devising and implementing health policy. Various programmes have been introduced to enhance quality. They include *Beter Voorkomen* ('Better Prevention'), run by the Netherlands Organization for Health Research and Development (ZonMw), and *Login*, an initiative of the Association of Netherlands Municipalities (VNG).

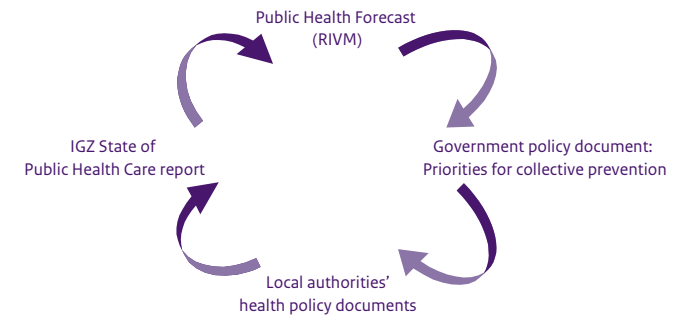
The question now is whether such developments have resulted in local policy which does indeed make a substantial contribution towards the attainment of the national objectives. Accordingly, the Inspectorate has focused on the four spearheads of overweight, smoking, alcohol abuse and depression.

Main conclusion: good starting points for the improvement of the prevention cycle have been established.

The Inspectorate's main conclusion is that the prevention cycle (see Figure 1) is having insufficient effect as yet. However, the research results provide a good indication of those areas in which improvement is both necessary and possible.

Figure 1

Prevention cycle



Considerable room for improvement in local health policy

Local authorities are required to update their health policy documents at least once every four years. Currently, approximately 75% actually do so.

The quality of local health policy documents has remained constant. Although these documents now cite the national prevention objectives more often, they fail to translate those objectives into concrete measures, and in the majority of cases the implementation of specific interventions is not secured.

One noticeable improvement (compared to the situation in 2005) is that GGDs are now able to provide better information to their local authorities about the current status of each policy spearhead. Knowledge of the existence and outreach of interventions varies, but may still be deemed inadequate overall.

Little is known about effectiveness

Systematic research into the effectiveness of interventions, and their subsequent accreditation, are important features of the prevention cycle. The aim is to promote the use of local interventions which make a tangible contribution to a reduction in overweight, smoking, alcohol abuse and depression. Local authorities are not making adequate use of the interventions which have been proven to be effective. One significant reason for this omission is that the process of establishing effectiveness and accrediting the interventions is too lengthy. Of the 220 interventions listed in the handbooks for local health policy, only 21 have been accredited and only eight have actually been proven to lead to healthier behaviour in the Netherlands. The most common interventions have generally not been subject to any formal effectiveness studies.

Even widespread implementation of effective measures makes only a small contribution to the prevention objectives

The Inspectorate asked the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) to determine the theoretical effect if all effective interventions were to be implemented

with maximum outreach. The RIVM concludes that, given the low number of interventions which are known to be effective, the contribution of local health policy to the national prevention objectives would remain limited. The effectiveness of other interventions in use has yet to be established. Moreover, it is unclear precisely what contribution the Ministry of Health expects local authorities to make.

How must the prevention cycle be improved?

In brief, the following improvements are required to establish a fully effective prevention cycle:

Spearheads and objectives to be determined in tandem

The process of improving the prevention cycle will begin with the establishment of realistic objectives. The Inspectorate considers it desirable for the Ministry of Health to join local authorities in doing so, and for the Ministry to state the contribution it expects local policy to make. This will also serve to define the aspects which local authorities are required to address in their health policies.

Improved handbooks and earlier accreditation of effective interventions

The handbooks for local health policy are in need of significant improvement. The starting point should be those interventions which have been accredited (preferably on the basis of proven effectiveness), with a prognosis of the likely effects. Attention must also be devoted to the optimum combination of various interventions.

The Centre for Healthy Living and the Erkenningscommissie Interventies (Committee for the Accreditation of Interventions) should be encouraged to reduce the time taken to accredit interventions.

More research into effectiveness

Only a small number of interventions are actually known to result in the adoption of a healthier lifestyle. Further research is therefore required.

The Netherlands Organization for Health Research and Development (ZonMw) can play a role in this by prioritizing such research within its Fourth Prevention Programme, 2010-2014.

Better quality of local health policy documents

Local authorities, with the assistance of their respective GGDs, should use the SMART^[a] system to formulate clear objectives. They must then make an adequate selection of effective interventions and pursue a concise implementation and evaluation plan. This process will be assisted by the improved handbooks.

[a] SMART: Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Timely

3 Good quality care for vulnerable groups

A new regulatory approach

As regulatory authority, the Inspectorate is to adopt a new approach with regard to the health care services provided to vulnerable groups. In future, the focus will be on the clients themselves and their problems. The main target group is that of socially disadvantaged persons who are less able to fend for themselves but are not in fulltime residential care. In the past, regulatory activities have focused on the quality of the health care providers (individual practitioners and organizations). This 'supply-led' approach is not always able to determine whether the services provided are indeed of good quality. This is particularly true with regard to the more vulnerable groups with problems extending beyond the sphere of health care itself. Various organizations and staff are involved in providing health and welfare services to these groups, whereupon it is difficult to determine whether those services may indeed be deemed of good quality in every instance.

Because the Inspectorate is unable to compel any of the organizations concerned to develop a set of client-oriented, transsectoral field norms, the Inspectorate itself has taken the initiative in doing so. The Inspectorate, together with other regulatory bodies, local authorities and representatives of the health, (youth) welfare, justice and education sectors defined the criteria for good quality care to be provided to two specific groups: socially disadvantaged families, and frequent criminal offenders suffering from psychiatric or psychological disorders.

The same methodology has been applied to develop a reference framework to ensure that local health policy is better matched to the requirements of disadvantaged neighbourhoods, in which there is often an above-average incidence of health problems.

General criteria for good quality care

The Inspectorate notes that there is a significant obstacle to the provision of good quality care to the vulnerable groups: the help currently provided addresses each problem in isolation rather than all problems in combination. Assistance is too short-term in nature, too fragmented and too limited in scope.

Based on a study of the available literature and a number of expert interviews, the Inspectorate has identified three general criteria which care services for the vulnerable groups must meet in order to be able to deliver good quality care:

- Care and assistance must be offered at the earliest possible stage.
- Care and assistance must be provided on a long-term basis, but varying in nature and intensity according to the requirements of the moment.
- There must be effective cooperation between all the various health and welfare organizations involved.

In the case of the two target groups considered in this report, these criteria have been further developed with the help of other inspectorates and experts from the field. All inspectorates endorse the application of these criteria by government bodies and field

parties. They should form a frame of reference when developing policy and structuring health care provisions. The Health Care Inspectorate regards these criteria as the basis for its future regulatory and supervisory activities.

Improvements in care for socially disadvantaged families

Good health and welfare provisions for socially disadvantaged families is of great importance given the additional vulnerability of the children within such families. Parents frequently have multiple problems, while their children often require extra attention, for example due to a cognitive disability and the resultant behavioural problems. In brief, the following improvements are required to ensure that good quality care can be provided to these families:

Cooperation and coordination between care organizations: one family, one plan

It will only be possible to offer good quality care to socially disadvantaged families if all the relevant organizations are involved, and if these organizations cooperate effectively to ensure 'seamless' service provision. At present, the networks are often incomplete in that they do not include the education sector and mental health departments.

The Inspectorate considers it important that all organizations adopt the principle of 'one family, one plan'. There must be an integrated care plan which has been compiled in consultation with the family itself. There should be one person who acts as the main point of contact for the family and for all the various care providers. This person will bear overall responsibility for the implementation of the integrated care plan. Here too, coordination between the various organization is essential and – in order to provide the required care as quickly as possible – calls for a mandate to determine any requirement for specialist care or education.

Criteria as basis of policy

The Inspectorate believes that both central government and local authorities should adopt the criteria for good quality care as their starting point when formulating new policy or updating existing policy.

The various inspectorates will offer support to the local authorities, by requiring those organizations which fall under their regulatory responsibility to cooperate with the local authorities, and by regularly evaluating the effectiveness of that cooperation.

Improvements in care for frequent criminal offenders with psychiatric problems

Criteria have also been developed with regard to good quality care for persons who suffer from a psychiatric or psychological disorder and who regularly find themselves on the wrong side of the law as a result. Once again, these criteria enjoy the broad support of all relevant organizations.

National agreements about the continuity of care

It is essential that the care provided to this group is continuous, regardless of whether the person concerned is in detention or is living in the community. This is important not only to the clients themselves, but represents a clear societal interest. If care and support are abruptly withdrawn on release from a custodial sentence, there is a far greater likelihood of recidivism and further dealings with the judicial system. Accordingly, the Inspectorate considers it highly desirable for the Ministry of Justice, the Ministry of Health, GGZ Nederland (the federation of mental health departments in the Netherlands) and the Association of Netherlands Municipalities to make firm agreements with regard to the continuity of care: before, during and after any period of detention.

Guidelines for the exchange of information between network partners

There are many organizations which provide help and support to frequent offenders, both in the health care and judicial sectors. To ensure that care services are effective and continuous, penal institutions and the health and welfare organizations must be aware of each other's work: what support has the client received thus far, and what further support is now being provided or is to be provided in future? Accordingly, the Ministry of Justice, the Ministry of Health and the relevant professional organizations should join forces in devising guidelines for the exchange of information about clients. Specific attention must be devoted to the implementation of those guidelines.

Bronnen

- [1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hoe houden we het volk gezond? Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg; 2005.
- [2] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Den Haag: Ministerie van VWS; 2006.
- [3] De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM Van, Polder JJ. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006.
- [4] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor een gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; november 2007.
- [5] Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid). Staatsblad 2008, nr. 460 (2008).
- [6] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Naar een weerbare samenleving, beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16 december 2008.
- [7] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Den Haag: Ministerie van VWS; 2006.
- [8] Stivoro. Richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Stivoro; 2006.
- [9] Voedsel en Waren Autoriteit. Handleiding lokaal alcoholbeleid. Een integrale benadering. Den Haag: Voedsel en Waren Autoriteit; 2007.
- [10] Voedingscentrum. Handleiding Preventie van overgewicht in de nota lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Voedingscentrum; 2007.
- [11] Trimbos Instituut. Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos Instituut; 2007.
- [12] Wijziging van de Wet publieke gezondheid onder meer in verband met de Wet veiligheidsregio's. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 195, nr. 2.
- [13] Wijziging van de Wet publieke gezondheid onder meer in verband met de Wet veiligheidsregio's. Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 195, nr. 3.
- [14] Wijziging van de Wet publieke gezondheid onder meer in verband met de Wet veiligheidsregio's. Advies Raad van State en nader rapport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 195, nr. 4.
- [15] Zichtbare Zorg Publieke Gezondheid. Verantwoording Gemeentelijk gezondheidsbeleid. Visiedocument als opgesteld door de Projectgroep en vastgesteld door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Publieke Gezondheid. Den Haag: Zichtbare Zorg Publieke Gezondheid, oktober 2008.
- [16] Jeeninga W, Van Bon-Martens MJH, Boverhof MWE, Van Eck ECM, Hogendoorn SM, Klingenberg H, et al. Evaluatie ontwikkeling regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 Hart voor Brabant en West-Brabant. Tilburg: Tranzo, Universiteit van Tilburg, 2008.
- [17] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, september 2007.
- [18] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota "Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie". Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, september 2007.
- [19] http://www.rivm.nl/vtv/object_map/02639n21939.html (geraadpleegd november 2009)
- [20] www.cgl.nl
- [21] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2007.
- [22] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Leefstijlinterventies in GGD-regio's: inventarisatie via GGD'en. Bijlage bij RIVM-rapport 255001001 'Leefstijlinterventies in Nederland'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009.
- [23] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor een gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; november 2007.
- [24] Hermanns, J. De toekomst van de jeugdgezondheidszorg. Studiedag 'De toekomst van de (preventieve) gezondheidszorg'; 19 september 2007; Rotterdam.
- [25] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kraamzorg in ontwikkeling Weinig risico's in de kraamzorg, veel risico's in de keten. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2009.
- [26] Inspectie voor de Gezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, april 2009.
- [27] Nuon. Dienstverlening. www.nuon.com/nl/mvo/nuon-als-energiebedrijf/dienstverlening.jsp (geraadpleegd november 2009).
- [28] GGD Regio Nijmegen. OGGZ / Meldpunt Bijzondere zorg. www.ggd-nijmegen.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=69&hoofd=4&pagetitle=OGGZ/_Meldpunt_Bijzondere_Zorg (geraadpleegd november 2009).
- [29] Inspectie van het Onderwijs. Integraal toezicht regionale expertisecentra. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs; mei 2009.
- [30] <http://www.integraalindiceren.info/> (geraadpleegd november 2009)
- [31] Partners in Jeugdbeleid. Slotrapportage Implementeren kader integraal indiceren (september 2007 – februari 2009). Partners in Jeugdbeleid; maart 2009.
- [32] MOgroep. Naar integrale indicatiestelling. Utrecht: MOgroep; november 2009.
- [33] Rouvoet A. Aanzien jeugdzorg zal ingrijpend veranderen. Toespraak aan de Vrije Universiteit; 2009 Sep 30; Amsterdam.
- [34] Diephuis K. Organiseer de jeugdzorg slimmer. Zorg en Welzijn 2009 november 4; 15(11): 14-15.
- [35] Hermanns J. Het opvoeden verleerd. Oratie Kohnstammeerstoel Vereniging tot Bevordering van de Studie der Pedagogiek Universiteit van Amsterdam. 2009 jun 09; Amsterdam.
- [36] Regelruimte en lef is maatschappelijke winst. Wijgergangs. H. & Tönjes, H. (2009). In: Jeugdbeleid. Jaargang 3, nummer 4, pag 191-199.
- [37] GGD Nijmegen. Keten Contact. Nieuwsbrief van de Afdeling Meldpunt Bijzondere Zorg 2009 Sep; 1(1). www.ggd-nijmegen.nl/pool/1/documents/Keten%20Contact%20september%202009.pdf
- [38] Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Straf en Zorg: een paar apart. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling; 2007.
- [39] Wartna DSJ, Blom M, Tollenaar N. De WODC-Recidivemonitor. Den Haag: WODC; 2005.
- [40] Inspectie voor de Sanctietoepassing. Aansluiting nazorg in het gevangeniswezen, themaonderzoek. Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing; 2009.
- [41] Programma Terugdringen Recidive Directie Sanctie- en Preventiebeleid. Verbeterplan uitvoering nazorg. Den Haag: ministerie van Justitie; 2004.
- [42] Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Samenwerkingsmodel Nazorg volwassen (ex-)gedetineerde burgers gemeenten – Justitie. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten; 2009.
- [43] SGBO. Onderzoek gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. Den Haag: SGBO; 2005.
- [44] SGBO. Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheidsbeleid. Onderzoekresultaten 2009. Den Haag: SGBO; 2010.
- [45] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Stand van zaken tweede nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 1 juli 2009. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2009. http://www.rivm.nl/vtv/object_map/02639n21939.html (geraadpleegd d.d.16-11-2009).
- [46] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Effecten van preventieve interventies over lokaal gezondheidsbeleid. Een overzicht o.b.v. leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010/ter perse'.
- [47] <http://www.loketgezondleven.nl/kwaliteit-van-interventies/beoordeelde-interventies/>
- [48] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Achtergrondinformatie over GT OGGZ. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2010. (www.igz.nl)
- [49] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Leefstijlinterventies in GGD-regio's: inventarisatie via GGD'en. Bijlage bij RIVM-rapport 255001001 'Leefstijlinterventies in Nederland'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009.
- [50] GGD Nederland, Actiz, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2005. www.monitorgezondheid.nl (diverse malen geraadpleegd).

Bijlage 1

Preventie: onderzoeksopzet en toetsingskader

Hoofdvraag

De hoofdvraag die de inspectie wil beantwoorden met dit onderzoek luidt als volgt:

- Is de verwachting gerechtvaardigd dat gemeentelijk gezondheidsbeleid een substantiële bijdrage levert aan het terugdringen van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie?

Deelvragen

De inspectie heeft de hoofdvraag opgesplitst in de volgende deelvragen:

- 1 In hoeverre voldoen gemeenten aan hun wettelijke verplichting om een nota gezondheidsbeleid op te stellen en is de kwaliteit van de huidige nota's verbeterd ten opzichte van de eerdere nota's?
- 2 In hoeverre zijn er voor deze vier gezondheidsproblemen bewezen effectieve en erkende interventies beschikbaar op lokaal niveau? Wanneer bewezen effectieve interventies overall maximaal worden uitgevoerd, welk effect is dan te verwachten op de preventiedoelen?
- 3 In hoeverre ondersteunen de GGD'en gemeenten bij de beleidsvorming gericht op het verminderen van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie?
 - Beschikt de GGD over epidemiologische gegevens van voldoende kwaliteit om gemeenten inzicht te geven in de prevalentie van deze gezondheidsproblemen?
 - Weet de GGD welke interventies er in de eigen regio uitgevoerd worden om deze gezondheidsproblemen aan te pakken en wat het bereik van deze interventies is?
- 4 Hoe kunnen gemeenten effectief beleid voeren om sociaaleconomische gezondheidsverschillen in achterstandsgebieden aan te pakken?

Bijlage 2

Methode en toetsingskader

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden heeft de inspectie een aantal onderzoeken uitgevoerd of laten uitvoeren. Deze onderzoeken staan hieronder beschreven, evenals de beoordelingscriteria die erbij gehanteerd werden.

Onderzoek naar gemeentelijke nota's

Onderzoeksbureau SBGO heeft, net als in 2004, een onderzoek uitgevoerd naar de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. In totaal hebben 82 gemeenten deelgenomen. Om een verbetering van de nota's te kunnen vaststellen, heeft de steekproef grote overlap met de steekproef uit het vorige onderzoek^[43]. De resultaten zijn gebaseerd op de nota's (en uitvoeringsplannen) van de gemeenten en de antwoorden op de vragenlijst die gemeenten hebben ingevuld. Een uitgebreide beschrijving van dit onderzoek^[44] is als apart rapport te vinden op de website van de inspectie.

De inspectie heeft via het Nationaal Atlas Volksgezondheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)^[45] gecontroleerd of alle gemeenten in het bezit zijn van een tweede geldige nota.

SGBO heeft de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid beoordeeld aan de hand van normen die zijn ontleend aan de bepalingen uit de Wet publieke gezondheid en algemene noties van goede beleidsvorming. De vragenlijst en normen uit het onderzoek van 2005 heeft SGBO in overleg met de inspectie bijgesteld vanwege wijzigingen in de wetgeving en voortschrijdend inzicht.

Onderzoek naar effectiviteit van interventies

De inspectie heeft het RIVM opdracht gegeven uit te zoeken welke van de interventies uit de handleidingen van de gezondheidsbevorderende instituten [7-10] bewezen effectief zijn en wat het theoretisch haalbaar effect is wanneer deze interventies maximaal zouden worden ingezet. Het RIVM heeft eerst literatuuronderzoek verricht om te bepalen welke van de 220 interventies uit de vier handleidingen voor overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie bewezen effectief zijn. Met de resultaten van dit literatuuronderzoek heeft het RIVM met behulp van modellen en scenario's de theoretisch haalbare effecten berekend.

Het huidige aanbod en bereik heeft het RIVM bepaald op basis van informatie over het interventieaanbod per GGD-regio die de inspectie heeft verzameld in 2008. Het onderzoek is als apart rapport te vinden op de website van de inspectie^[46]. Een overzicht van erkende interventies heeft de inspectie verkregen van het CGL. Zie ook de CGL website^[47].

Het RIVM heeft haar oordeel over de effectiviteit van de interventies gebaseerd op wetenschappelijke publicaties. Daarbij heeft het gekeken naar resultaten van experimenteel onderzoek naar effecten op einddoel van de handleiding/leeflijn/het speerpunt: bij roken

en alcohol is dat gedragsverandering, bij overgewicht is dat verandering van een persoonsgebonden factor, bij depressie is dit verandering van de incidentie van een ziekte.

Onderzoek naar GGD'en

De inspectie heeft in 2008 gegevens verzameld bij alle GGD'en. De GGD'en hebben indicatoren aangeleverd die betrekking hebben op de prevalentie van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie om inzicht te krijgen in de omvang van de gezondheidsproblemen. Daarnaast hebben ze een overzicht aangeleverd van het aanbod en bereik van interventies in de eigen regio, zoals die in de handleidingen voor de vier onderzochte speerpunten staan beschreven. In de zomer van 2008 heeft de inspectie op basis van die gegevens voor elke GGD-regio een rapport gemaakt met de resultaten van die regio. In de periode oktober 2008-januari 2009 heeft de inspectie gesproken met alle GGD'en (zowel met de directeur als met een van de gemeentelijke bestuurders uit de desbetreffende regio) om de gegevens nader te analyseren, waarbij het rapport als basis heeft gediend. Een uitgebreide beschrijving van dit onderzoek is als apart rapport^[49] te vinden op de website van de inspectie.

Vanwege de taak van het CGL om het aanbod en de vraag naar interventies in kaart te brengen heeft de inspectie de gegevens over het aanbod en bereik (met toestemming van de GGD'en) ook aan het CGL gegeven ter analyse. De resultaten van het RIVM-rapport^[49] komen ook terug in dit rapport.

De inspectie heeft haar definities van de indicatoren voor de prevalentie van de vier onderzochte volksgezondheidsproblemen, waar van toepassing, gebaseerd op de definities zoals vastgesteld in het kader van het project Lokale en Nationale Monitor Gezondheid^[50].

De inspectie heeft de GGD'en getoetst op het (tijdig) aanleveren van de gevraagde indicatoren.

De inspectie heeft de interventies voor de vier onderzochte speerpunten op drie aspecten beoordeeld:

- De mate van bekendheid van de GGD'en met de interventies die in de eigen regio worden uitgevoerd.
- De mate waarin deze interventies overeenkomen met de interventies die genoemd worden in de handleidingen, inclusief gewenste combinaties en doelgroepen.
- De mate waarin de GGD'en bekend zijn met het bereik van de uitgevoerde interventies.

Ontwikkeling referentiekader gemeentelijk gezondheidsbeleid gericht op gebieden met een gezondheidsachterstand

Om tot een referentiekader voor effectief gemeentelijk gezondheidsbeleid gericht op gebieden met een gezondheidsachterstand te komen, heeft de inspectie eerst zelf in overleg met deskundigen op dit gebied een conceptkader ontwikkeld. Daarna heeft zij dit concept besproken met 20 wethouders van gemeenten met achterstandswijken in de periode van maart tot en met juni 2009. Op basis van deze gesprekken heeft de inspectie het kader bijgesteld en tijdens een expertmeeting in oktober 2009 voorgelegd aan gemeentebestuurders, relevante koepelorganisaties, deskundigen, huisartsen uit achterstandswijken en ziektekostenverzekeraars. Op 20 januari 2010 heeft de inspectie een invitationale conference georganiseerd waarin het definitieve kader is gepresenteerd aan de deelnemers aan de gesprekken uit de 20 bezochte gemeenten. Deze bijeenkomst was het startpunt van overdracht van het referentiekader aan de gemeenten. Het uiteindelijk resultaat is een referentiekader dat draagvlak heeft bij gemeenten en op deze wijze de gemeenten ondersteunt en stimuleert hun inspanningen in het bijzonder te richten op gebieden met gezondheidsachterstanden.

Bijlage 3

Concept richtlijn redelijke inspanning inzicht lokaal preventie aanbod

Inleiding

De inspectie is van mening dat inzicht in het soort aanbod en bereik van de interventies op lokaal niveau een voorwaarde is om goed gemeentelijk beleid te voeren. Op basis van dit overzicht kunnen gemeenten hun lokale gezondheidsnota of uitvoeringsplannen opstellen dan wel bijstellen of evalueren. Inzicht verschaffen in deze interventies vinden GGD Nederland en de inspectie een taak van de GGD. Door zowel inzicht te geven over de toestand van de volksgezondheid, als inzicht te verschaffen in welke interventies worden uitgevoerd om deze lokale gezondheidsproblemen op te lossen, inclusief een bijpassend advies over eventuele lacunes, kan de GGD haar adviesfunctie professionaliseren. In dit advies kan de GGD aangeven of er programmatisch wordt gewerkt, de gewenste doelgroepen worden bereikt, het bereik van de interventies voldoende is om de gestelde doelstellingen te realiseren en wat nog moet worden aangepast of gedaan om de doelstellingen te realiseren.

De inspectie en GGD Nederland hebben in samenwerking met inhoudsdeskundigen in 2009 een concept richtlijn ontwikkeld voor een redelijke inspanning om dit inzicht te bieden.

Bij de formulering van de concept richtlijn gaan de inspectie en GGD Nederland uit van een trapsgewijze invoering van de richtlijn. Uitgangspunt is dat tijdens de komende preventiecyclus (2010-2014) de GGD veel meer inzicht heeft dan daarvoor en dat de GGD in de daaropvolgende preventiecyclus (2014-2018) een volledig beeld heeft van het preventieve aanbod op lokaal niveau.

Redelijke inspanning

Onder redelijke inspanning wordt verstaan:

- 1 De GGD dient minimaal één keer per vier jaar het interventieaanbod inzichtelijk te hebben gemaakt voor de GGD-regio voor de onderwerpen overgewicht, roken, alcohol en depressie en eventueel andere speerpunten uit de toekomstige preventienota's van 2010 en 2014. Het meest geschikte tijdstip is voorafgaande aan het opstellen van de lokale nota en/of uitvoeringsplannen. Daarnaast dient de GGD samen met de gemeenten afspraken te maken over hoe vaak zij de bereikgegevens monitort voor de evaluatie van de uitvoeringsplannen en/of nota.
- 2 Het gaat om inzicht in interventies die in de handleidingen lokaal beleid voor overgewicht, roken, alcohol en depressie staan beschreven, de zogenaamde leeflijn-interventies. Dit zijn interventies die zowel de GGD zelf als andere instanties kunnen uitvoeren. Het gaat om inzicht in de aangeboden interventies, de uitgevoerde interventies en het bereik van de uitgevoerde interventies. Het betreft alleen het bereik van de interventies en niet het feitelijke rendement.
- 3 De GGD gebruikt de leeflijnen als basis en kan naar eigen inzicht ook andere interventies toevoegen.

- 4 In 2012 heeft elke GGD volledig inzicht over de leeflijninterventies:
 - die de GGD zelf aanbiedt;
 - van de Thuiszorg, GGZ, Verslavingszorg en GBI's;
 - van partijen die subsidie ontvangen van het rijk.
- 5 Indien een preventieoverleg aanwezig is en/of afspraken tussen gemeenten en subsidieverstrekker zijn gemaakt over het aanleveren van bereikgegevens, heeft de GGD in 2012 volledig inzicht over de leeflijninterventies:
 - van alle partners van een zogenaamd preventieplatform of preventieoverleg en/of
 - van partijen die subsidie ontvangen van gemeenten.
- 6 In 2012 dienen de GGD'en voortgang te hebben geboekt in het registreren van de leeflijninterventies die overige instanties uitvoeren in 2011 of het jaar daarvoor (ten opzichte van de inventarisatie over 2007). Het gaat daarbij om interventies die worden uitgevoerd:
 - op scholen die door een andere instelling dan de GGD, Thuiszorg, GGZ, Verslavingszorg of GBI worden uitgevoerd;
 - door sportservice en welzijn;
 - door partijen genoemd in het uitvoeringsprogramma van de lokale nota's;
 - als interventies van de eerste lijn (zeker wat betreft de huisartsen, diëtisten, verloskundigen, fysiotherapeuten). Een mogelijkheid is om de Regionale overlegstructuur van huisartsen daarbij te betrekken.Andere partijen die hier buiten vallen en wel in de leeflijn staan kunnen buiten beschouwing worden gelaten.
- 7 In 2012 kent de GGD naast het aanbod ook het volledige bereik van de doelgroep van alle eigen GGD leeflijninterventies en het bereik van de helft van de leeflijn-interventies die andere organisaties uitvoeren.
- 8 Het gaat in 2012 om het meest recente overzicht. Het hoeft niet per se over 2011 te gaan, want het kan ook over 2010 gaan. GGD'en hoeven namelijk niet elk jaar zo'n overzicht te maken en hebben mogelijk over 2010 al een overzicht gemaakt als input voor de gezondheidsnota's.
- 9 Bij de preventiecyclus die in 2014 van start gaat, dient het inzicht zowel qua aanbod als bereik volledig te zijn. Dit betekent dat de GGD'en voorafgaande aan de nieuwe lokale gezondheidsnota (van 2015) of uitvoeringsplannen dit overzicht aan de gemeente moeten hebben aangeboden.

Randvoorwaarden

Invoering van de richtlijn zal voor de GGD'en de nodige consequenties hebben. Inzicht in interventies die de GGD zelf aanbiedt moet zonder al te veel problemen te leveren zijn. Alleen zal bij het uitvoeren van deze interventies, waar dat nog niet gebeurt, expliciet aandacht moeten worden besteed aan het verzamelen van bereikcijfers. Gegevens van thuiszorg, GGZ, verslavingszorg en GBI's kunnen alleen worden geleverd wanneer daar met deze instellingen afspraken over zijn gemaakt. Wanneer sprake is van een subsidierelatie kan een en ander als eis opgenomen worden in de subsidiebeschikking. In dit traject speelt het instrument dat het CGL ontwikkelt een belangrijke rol. Bij interventies die door andere instellingen worden uitgevoerd is dit instrument zelfs essentieel.

Hieronder staat een aantal randvoorwaarden en te nemen stappen waardoor de GGD'en beter in staat zijn om inzicht te krijgen in het regionale aanbod:

- 1 Het CGL ondersteunt de GGD'en door een registratie-instrument te ontwikkelen om deze gegevens te verzamelen. Het gaat daarbij om een uniform, duurzaam systeem van monitoring van de implementatie van interventies. De basis is de I-database. Volgens het CGL is dit instrument eind 2010 ontwikkeld en in 2011 getest. Tevens zal het CGL per (type) interventie aangeven hoe het bereik het beste gemeten kan worden.
- 2 De GGD'en maken gebruik van het registratie-instrument dat het CGL ontwikkelt.
- 3 De I-database en het te ontwikkelen registratie-instrument van het CGL kan behulpzaam zijn, maar indien dit laatste niet tijdig beschikbaar of werkbaar is, dienen de GGD'en desalniettemin de gegevens in 2012 aan te leveren. De inspectie en GGD'en treden in dit geval in overleg om samen tot een oplossing te komen.
- 4 De GBI's leveren daar waar mogelijk informatie aan over interventies die ze zelf uitvoeren of waarvan ze het bereik weten, bijvoorbeeld door eigen onderzoek naar het bereik van interventies. Zowel Stivoro, het Trimbos-instituut als het Voedingscentrum hebben aangegeven daartoe bereid te zijn. Verdere afstemming vindt plaats via het CGL.
- 5 VWS eist van instellingen die subsidie ontvangen gegevens over het bereik aan te leveren en maakt afspraken met het CGL hoe deze aangeleverd kunnen worden aan de GGD'en. Het CGL neemt daarbij het initiatief. De inspectie zal VWS hierover informeren.
- 6 Gemeenten maken afspraken met instellingen die subsidie ontvangen om gegevens over het bereik aan te leveren (al dan niet via I-database). De GGD neemt daarvoor contact op met de gemeenten.
- 7 GGD Nederland en de inspectie informeren de GGD'en over de vastgestelde richtlijn.
- 8 De inspectie en GGD Nederland melden aan de VNG (ten behoeve van informatie aan de gemeenten) dat het inzicht verschaffen in interventies op regionaal niveau een minimale kwaliteitseis aan de GGD is (net zoals het inzicht hebben in de volksgezondheidstoestand).
- 9 De inspectie en GGD Nederland sturen aan relevante koepels van instellingen die onder toezicht staan van de IGZ (zoals Actiz, GGZ Nederland, etc.) een brief waarin staat aangegeven dat de GGD bezig is om het lokale inzicht te verschaffen en verzoekt organisaties om hun gegevens aan te leveren (via I-database dan wel rechtstreeks aan de GGD'en, afhankelijk van het registratie-instrument van het CGL).

Activiteiten van de inspectie

De inspectie zal tijdig aan GGD Nederland en de GGD'en aangeven hoe zij haar toezicht zal vormgeven. Zij ontwikkelt momenteel een indicator om deze gestelde richtlijn in het Gefaseerd Toezicht te verankeren. Ze zal in 2012 opnieuw vragen naar het meest recente overzicht (over 2010 of 2011). De inspectie zal dan ook navragen op welke wijze de GGD de gegevens aan de gemeenten presenteert. Voorafgaand aan het verschijnen van de Preventienota van 2014 zal ze (als onderdeel van de preventiecyclus) over de resultaten publiceren. Na 2014 zal ze nagaan of de GGD'en in staat zijn een volledig overzicht in aanbod en bereik van leeflijninterventies te verkrijgen (conform punt 9 van de richtlijn).

Bijlage 4

Erkenning van interventies

Sinds 2007 valt de onafhankelijke Erkenningcommissie Interventies onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van het Nederlands Jeugdinstituut, het CGL en Jeugdgezondheid van het RIVM. Deze erkenningcommissie beoordeelt of de interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria.

De Erkenningcommissie geeft drie niveaus van erkenningen af:

- 1 theoretisch goed onderbouwd (voorheen: in theorie effectief)
De interventie is naar het oordeel van de Erkenningcommissie voldoende beschreven en onderbouwd. Ze beoordeelt dit aan de hand van de (theoretische) onderbouwing, degelijkheid van de methodiek en de uitvoering in de praktijk. Voor deze erkenning zijn geen resultaten uit effectonderzoek vereist.
De erkenning 'theoretisch goed onderbouwd' wordt in bepaalde gevallen onder voorbehoud gegeven. Dan krijgt de indiener van de interventie een half jaar de gelegenheid extra informatie aan te leveren.
- 2 waarschijnlijk effectief
Effectiviteit is naar het oordeel van de commissie sterk aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een matige bewijskracht nodig.
- 3 bewezen effectief
Effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningcommissie enigszins aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een matige bewijskracht nodig.

Het merendeel van interventies die tot nu toe erkend zijn, zijn theoretisch goed onderbouwd.

Tot slot is er nog een startniveau. Interventies worden beoordeeld door professionals uit de praktijk en thema-instituten en krijgen het oordeel

- o Goed beschreven
Het gaat om interventies die goed beschreven zijn, overdraagbaar zijn (door middel van bijvoorbeeld een handleiding) en waarnaar een procesevaluatie is gedaan. De interventies op deze lijst zijn niet per se van een theoretische onderbouwing voorzien of getoetst op hun effect.

In 2007 en 2008 werden interventies alleen nog erkend op het niveau 'theoretisch goed onderbouwd'. Vanaf april 2009 wordt ook erkend als 'waarschijnlijk effectief', 'bewezen effectief' en 'goed beschreven'. In de toekomst zal ook het erkenningniveau 'kosten-effectief' gaan gelden. Deze erkenning duidt op een hoge doelmatigheid.

Bijlage 5

Referentiekader voor aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Referentiepunten	Toelichting
Het lokale gezondheidsbeleid	
1	<p>Het terugdringen van gezondheidsverschillen is een expliciete doelstelling/ambitie in de lokale nota gezondheidsbeleid. Daarbij dienen de nota en/of uitvoeringsplannen te specificeren om welke (etnische) groepen/gebieden (zoals bijvoorbeeld wijken) het gaat.</p> <p>De gemeente geeft in de nota aan waar ze zich mee bezig gaat houden. Niet alleen de wijk maar ook het probleem kan het vertrekpunt zijn. De gemeente moet expliciet maken om wie het gaat en dit vastleggen. Tenminste in uitvoeringsplannen moet wel staan wat de doelgroep is en hoe deze bereikt wordt: wat gaat de gemeente waar doen. De inzet kan per preventiespeerpunt verschillend zijn.</p>
2	<p>In de lokale nota is onderbouwd welke (etnische) groepen of gebieden gezondheidsachterstanden hebben op tenminste de speerpunten van preventiebeleid, gebaseerd op de staat van de volksgezondheid.</p> <p>De keuze voor de wijken en/of (etnische) groepen en gezondheidsachterstanden waarop wordt ingezet is beargumenteerd. De aandachtspunten en groepen worden expliciet benoemd. Gegevens uit de monitor van de GGD of andere gezondheidsgegevens op wijk-, groep- of gebiedsniveau laten zien waarom en welke gezondheidsachterstanden zich juist daar voordoen. Gezien de nationale beleidsfocus moeten de speerpunten het minimale aandachtspunt zijn.</p>
3	<p>De gemeente heeft concrete meetbare doelstellingen vastgesteld voor het verminderen van gezondheidsachterstand op tenminste het gebied van de speerpunten.</p> <p>De gemeente stelt concrete doelen op wijk/gebied of groepsniveau. Dit is nodig om te kunnen toetsen of er een verandering in gang gezet wordt. Streefcijfers zijn soms niet mogelijk: trendbreuk of procesuitkomsten zijn dan een goed alternatief.</p>
Het pakket van maatregelen	
4	<p>De gemeente geeft de GGD of een andere instelling binnen of buiten de gemeente opdracht een pakket (aanpak) samen te stellen dat aannemelijk maakt dat de gestelde doelen worden gehaald.</p> <p>De gemeente hoeft het pakket niet zelf te bedenken. De inhoud van de aanpak wordt door professionals samengesteld, die aangeven wat de beste aanpak is om de doelstellingen te halen.</p>
5	<p>De gemeente betreft de doelgroepen (relevante wijkorganisaties, vertegenwoordigers van bijzondere groepen) actief:</p> <ul style="list-style-type: none"> – door bij de beleidsvoorbereiding met hen te spreken over de doelen van de aanpak en de aanpak zelf; – door het uitvoeringsprogramma met hen te bespreken zodra dit is vastgesteld door de gemeente. <p>Om tot gezamenlijk gedragen doelen te komen, legt de wethouder bij het vaststellen van zijn doelen deze aan de sleutelfiguren van de bijzondere groepen voor. Hetzelfde geldt in een later stadium voor het door de GGD (of andere uitvoerder) samengesteld actiepakket. Dit wordt door de wethouder met diezelfde vertegenwoordigers besproken om het draagvlak daarvoor te vergroten.</p>
6	<p>Er zijn schriftelijk vastgelegde bestuurlijke samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld een convenant, met in elk geval onderwijs, sport, welzijn, ruimtelijke ordening, zorgverzekeraar en de eerstelijnszorg, waarin staat welke bijdrage de ondertekenaars leveren aan het behalen van de gestelde doelen.</p> <p>De gemeente moet de partijen op hun verantwoordelijkheid kunnen aanspreken. De vorm van de afspraken is ondergeschikt aan de inhoud. De bestuurlijke partners, nodig om het gestelde doel te halen, zijn altijd medeondertekenaar van de bestuurlijke samenwerkingsafpraak.</p>

7	<p>In de lokale nota is benoemd dat er collegebreed aandacht is voor gezondheidsverschillen. Ook is in de nota genoemd welke bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsverschillen worden geleverd, door in ieder geval de gemeentelijke afdelingen sport, onderwijs, welzijn, ruimtelijke ordening en sociale zaken.</p> <p>De wethouder heeft draagvlak gecreëerd binnen het college voor de vermindering van gezondheidsverschillen in achterstandswijken. Uitgangspunt is dat het terugdringen van gezondheidsverschillen alleen haalbaar is in samenwerking met andere sectoren binnen de gemeente. Het gaat daarbij om een integrale aanpak van de preventie speerpunten.</p>
Financiering	
8	<p>De gemeente is op de hoogte van tijdelijke nationale subsidies of ondersteuning (zoals BOS-impuls, NASB, convenant overgewicht) en spant zich in om hieraan gericht deel te kunnen nemen.</p> <p>De gemeente maakt gebruik van de extra mogelijkheden die nationaal worden geboden om gezondheidsachterstanden te bestrijden indien dit binnen de doelen past. De gemeenten moet in elk geval op de hoogte zijn van welke initiatieven er zijn.</p>
9	<p>Er is binnen de gemeente structureel budget vrijgemaakt dat passend is om de gestelde doelen en bijbehorende uitvoering te kunnen realiseren.</p> <p>Als er een set van activiteiten is vastgesteld moet per activiteit voldoende budget zijn om het pakket/deze set te kunnen uitvoeren, zodat de doelen ook gehaald kunnen worden.</p>
Zicht op activiteiten	
10	<p>De gemeente evalueert op inzichtelijke wijze het gezondheidsbeleid tussentijds zowel op proces als inhoud zodat tijdige bijsturing door de wethouder mogelijk is. Er is minimaal voorzien in een eindevaluatie die als input dient voor de volgende nota gezondheidsbeleid.</p> <p>Door het proces te monitoren kan de wethouder, indien noodzakelijk, tijdig bijsturen. Het effect van de aanpak is misschien niet altijd al na een jaar zichtbaar, omdat het langdurige ontwikkelingen zijn die van vele factoren afhankelijk zijn. Desalniettemin moet er wel gemonitord worden om, zodra er wel een opvallende verandering gaande is (slecht of goed), indien nodig aanpassingen te doen in de aanpak. De wijze en frequentie van evaluatie kan dan dus verschillen, maar dit moet wel onderbouwd zijn.</p>

Bijlage 6

Werkwijze project gezinnen met geringe sociale redzaamheid

Literatuuronderzoek en praktijkbezoeken

De Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie jeugdzorg en de Inspectie van het Onderwijs hebben allereerst in de literatuur gezocht naar voorwaarden voor verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid. Vervolgens hebben de inspecties praktijkbezoeken gebracht, waarbij zij gezocht hebben naar goede voorbeelden van de in de literatuur benoemde randvoorwaarden.

De gevonden randvoorwaarden zijn tijdens een expertmeeting in november 2008 voorgelegd aan het veld, waarna ze zijn aangescherpt.

Regionale bijeenkomsten met gemeenten

Hierna zijn de randvoorwaarden gepresenteerd en besproken in 17 regionale bijeenkomsten, waarvoor in totaal 25 middelgrote gemeenten waren uitgenodigd. Dit zijn: Alkmaar, Almere, Amersfoort, Apeldoorn, Arnhem, Assen, Breda, Den Bosch, Dordrecht, Ede, Eindhoven, Groningen, Haarlem, Haarlemmermeer, Heerlen, Hoorn, Leeuwarden, Leiden, Maastricht, Middelburg, Nijmegen, Roermond, Tilburg, Venlo en Zwolle.

Voor de bijeenkomsten, die in de eerste helft van 2009 plaatsvonden, waren in de betreffende regio relevante en bij de inspecties bekende ketenpartners op het gebied van gezondheidszorg, jeugdzorg, speciaal onderwijs en wonen uitgenodigd. In enkele regio's zijn twee middelgrote gemeenten samen uitgenodigd voor één regionale bijeenkomst, omdat deze gemeenten dicht bij elkaar liggen. De vier grote steden werden niet uitgenodigd, omdat daar al veel verbetertrajecten in de zorg voor ouders en kinderen lopen.

Tijdens de regionale bijeenkomsten hebben de inspecties aan de aanwezige vertegenwoordigers gevraagd of de gepresenteerde randvoorwaarden gedeeld werden en in hoeverre deze randvoorwaarden al gerealiseerd zijn in de betreffende regio. Tevens hebben de inspecties gevraagd welke partner als contactpersoon zou willen fungeren voor vervolgacties, gericht op het realiseren van de genoemde randvoorwaarden. Aan iedere regio is een vaste contactinspecteur gekoppeld.

De inspecties hebben met alle contactpersonen van de 25 regio's een vervolgtraject op maat afgesproken, waarbij er regelmatig contact is tussen de inspecties en de contactpersoon van de regio.

Extra aandacht voor regio's met veelbelovende ontwikkelingen

Vijf regio's krijgen extra aandacht. De inspecties volgen deze vijf regio's intensief, omdat er veelbelovende initiatieven zijn gestart of andere ontwikkelingen gaande zijn die de realisatie van de gestelde randvoorwaarden dichterbij zouden kunnen brengen. Met hun betrokkenheid laten de inspecties zien dat zij met de hun ten dienste staande middelen deze regio's positief willen ondersteunen.

Bijlage 7

Werkwijze project stelselmatige delictplegers

Op 2 maart 2009 organiseerden de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie voor de Sanctietoepassing een expertmeeting met vertegenwoordigers van gemeenten, justitie en de GGZ. Het doel van deze bijeenkomst was consensus te bereiken over de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om te komen tot verantwoorde ketenzorg voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek.

De inspecties hebben deze voorwaarden verwerkt in een concept toetsingskader. Daarbij is het toetsingskader van Integraal Toezicht Jeugdzaken als voorbeeld gebruikt. Dit toetsingskader is gericht op ketentoezicht, wat het ook toepasbaar maakt voor toezicht op de zorgketen voor, tijdens en na detentie.

In de maanden juli tot en met november van 2009 hebben de inspecties aan de hand van dit concept toetsingskader gesprekken gevoerd in vijf regio's (Assen, Zwolle, Amsterdam, Breda en Roermond) met een penitentiaire inrichting, één of meerdere organisaties voor geestelijke gezondheidszorg, de gemeente, en voor zover aanwezig, het veiligheidshuis. In alle gesprekken is het werkgebied van de betreffende gesprekspartner als uitgangspunt genomen. Dat betekent dat het begrip 'regio' voor iedere netwerkspeler een andere betekenis heeft.

Het doel van deze gesprekken was tweeledig:

- in de praktijk testen of de genoemde randvoorwaarden een goed en volledig beeld geven van de ketenzorg voor de doelgroep in de betreffende regio;
- nagaan in hoeverre deze voorwaarden in de praktijk van de betreffende regio's zijn gerealiseerd.

In deze gesprekken hebben de inspecties duidelijk aangegeven dat zij hiermee (nog) geen 'klassiek toezichtbezoek' brengen, maar dat het doel is om het veld met deze bezoeken te stimuleren en faciliteren om te komen tot verantwoorde ketenzorg.

Na de individuele gesprekken zijn alle geïnterviewden uitgenodigd voor een gezamenlijke regionale bijeenkomst, waar de inspecties hun beeld van de betreffende regio hebben gepresenteerd. Deze bijeenkomsten vonden plaats in november en december 2009. Aan de hand van de genoemde randvoorwaarden hebben de inspecties aangegeven welke voorwaarden wel en welke niet (voldoende) zijn aangetroffen in de betreffende regio. Indien de deelnemers dit beeld herkenden, is gezamenlijk gekeken naar mogelijkheden om deze voorwaarden alsnog te realiseren, waarbij werd gestreefd naar concrete afspraken tussen de partners.

Met de gesprekspartners uit iedere regio is een follow-up afspraak gemaakt om na verloop van tijd opnieuw te kijken naar de voortgang van deze afspraken.

Bijlage 8

Afkortingenlijst

ACT	Assertive Community Treatment
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
B&W	Burgemeester & Wethouders
BOS-impuls	Buurt, Onderwijs, Sport project
CIZ-indicatie	Centrum Indicatiestelling Zorg
CGL	Centrum voor Gezond Leven
cVTV	Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenning
DPAN	Digitaal Platform Aansluiting Nazorg
GBI	Gezondheidsbevorderend instituut
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
I-database	Interventiedatabase
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
KOPP	Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen
LOCCOO	Lesprogramma's, Omgevingsinterventies, Cursussen, Campagnes, Ondersteunend beleid/materiaal en Onderzoek/signalering
MIS	Minimale Interventie Strategie
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NHS	Nederlandse Hart Stichting
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
SPV-er	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZAT	Zorg- en AdviesTeams
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie