

## Profielen van vragers naar AWBZ-GGZ



# Profielen van vragers naar AWBZ-GGZ

Cretien van Campen



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, augustus 2009

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2009

SCP-special 37

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagsjabloon: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

ISBN 978-90-377-0444-0

NUR 740

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.repro-recht.nl](http://www.repro-recht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 vx Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

E-mail: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website.

# Inhoud

Voorwoord	7
1 Stijgende vraag naar GGZ	9
2 Spreiding van de vraag over AWBZ, Zvw en Wmo	11
3 Bestanden, variabelen en meetinstrumenten	13
4 Trends in indicaties AWBZ-GGZ 2003-2007	17
5 Profielen van AWBZ-GGZ-geïndiceerden	20
5.1 Demografische profielen	20
5.2 Profielen van zelfredzaamheid	23
6 Samenvatting en conclusie	28
Noten	30
Bijlagen	
1 Overheveling van AWBZ naar Zvw per 1 januari 2008	31
2 Constructie van zorgfunctiegroepen door het CIZ	32
3 Demografische vergelijking van de twee gebruikte CIZ-bestanden	33
4 Aanvullende analyses RIO/CIZ 2003-2005 bestand	36
5 Registratie van aandoeningen door het CIZ	41
6 Profielen van vragers naar ondersteunende en activerende begeleiding	44
Literatuur	47
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	48



## Voorwoord

De financiering van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland is de laatste jaren ingrijpend gewijzigd. Grote delen van de GGZ zijn van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze veranderingen hebben gevolgen voor de organisatie en het aanbod van de GGZ-sector, maar ook voor de vraag naar GGZ.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft in vervolg op eerdere analyses van de ouderenzorg en de verstandelijke gehandicaptenzorg de vraag naar AWBZ-GGZ geanalyseerd. Met landelijke registratiegegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zijn ontwikkelingen onderzocht in de vraag naar AWBZ-GGZ in de periode 2003-2007. Tevens is aandacht besteed aan de vraag welke hulpvragers na de 'knip' in de AWBZ-GGZ zullen blijven.

Tot slot willen we Aletta Willems en Arne van Huis van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Aafje Knispel en Frank van Hoof van het Trimbos-instituut bedanken voor hun commentaren en suggesties.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur SCP





# 1 *Stijgende vraag naar GGZ*

Naar schatting 160.000 personen hebben in Nederland een ernstige psychische aandoening. In totaal maken 108.000 personen van 18 jaar en ouder langer dan 2 jaar gebruik van langdurige geestelijke gezondheidszorg.<sup>1</sup> Gemiddeld maakt 4,8 op de 1000 personen langdurig gebruik van de GGZ (GGZ Nederland 2008: 52; zie ook Van Hoof et al. 2008; Van 't Land et al. 2008).

Globaal zijn er drie groepen van langdurige GGZ-gebruikers te onderscheiden:

- 1 personen met langdurende complexe stoornissen zoals ernstige psychotische stoornissen (onder andere schizofrenie), vaak in combinatie met comorbiditeit (verslaving, persoonlijkheidsstoornis, zwakbegaafdheid, autisme, somatiek);
- 2 personen met langdurende minder complexe stoornissen, bijvoorbeeld chronisch verlopende angststoornissen of depressie; en
- 3 personen met organisch-psychiatrische stoornissen zoals korsakov (GGZ Nederland 2008: 10).

Doorgaans worden doelgroepen gedefinieerd aan de hand van diagnoses (DSM IV). Om de zorgbehoefte van zorggebruikers te schatten zijn echter niet de aandoeningen maar de daaruit volgende beperkingen in activiteiten en belemmeringen in maatschappelijke participatie de belangrijkste predictoren (vgl. Timmermans en Woittiez 2004). Van de beperkingen en belemmeringen van chronisch psychiatrische patiënten zijn lokale maar geen landelijke gegevens beschikbaar (vgl. Van Wijngaarden et al. 2005; Van 't Land et al. 2008). Dit werkdocument voorziet in deze leemte door de profielen van vragers naar langdurige AWBZ-GGZ te schetsen in termen van beperkingen en belemmeringen naast de reeds bekende informatie over demografische kenmerken en psychische stoornissen. In toekomstige modelleringen en ramingen komen deze zelfredzaamheidsprofielen van pas bij het verklaren en voorspellen van de vraag naar en het gebruik van langdurige GGZ.

De vraag naar en het gebruik van langdurige GGZ (aan chronisch psychiatrische patiënten) zijn het laatste decennium gestegen. Hoewel het aantal personen met een psychische beperking de laatste decennia min of meer gelijk is gebleven (Schoemaker et al. 2006) laat het gebruik van langdurige GGZ een stijgende trend zien (Van Hoof et al. 2008; Van 't Land et al. 2008). Het aantal personen dat langdurig gebruik maakte van GGZ-voorzieningen steeg tussen 1995 en 2004 met 32% (GGZ Nederland 2008: 53). De stijging vond met name plaats in de zorg in beschermde woonvormen (RIBW) (vgl. Knispel en Van Hoof 2008).

Ook in de vraag naar AWBZ-gefinancierde GGZ lijkt een stijgende trend waarneembaar. Een deel daarvan is zichtbaar in de cijfers van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het aantal personen een indicatie voor AWBZ zorg op grond van een psychische aandoening steeg van 40.000 in 2005 naar ruim 90.000 in 2007

(tabel 4.1). (CIZ 2007). Vanaf 2008 zal het aantal CIZ-geïndiceerden naar verwachting afnemen door de 'knip' in de AWBZ-GGZ, ofwel de overheveling van de geneeskundige GGZ van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

## 2 Spreiding van de vraag over AWBZ, Zvw en Wmo

In 2008 is de financiering van de GGZ ingrijpend gewijzigd. Het geneeskundige deel van de GGZ is overgegaan van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) (CvZ 2007; Knispel en Van Hoof 2008). Geneeskundige zorg wordt gekenmerkt door op herstel gerichte zorg. Sinds 1 januari 2008 wordt de extramurale geneeskundige GGZ en de intramurale geneeskundige GGZ tot één jaar geregeld in de Zvw. De AWBZ-zorgaanspraken zijn beperkt tot alle niet-geneeskundige GGZ (intra- en extramuraal) en na het eerste jaar ook de intramurale geneeskundige GGZ (CvZ 2008). Figuur B1.1 in bijlage 1 laat zien welke GGZ-voorzieningen vanaf januari 2008 door de AWBZ en welke door de Zvw financieel worden gedekt.

De wijziging van de aanspraken op de AWBZ heeft als gevolg dat vanaf 2008 een kleinere groep van personen met langdurige psychische aandoeningen in aanmerking komt voor collectief gefinancierde zorg. Voor actuele beleidsinformatie en toekomstige ramingen van de vraag en het gebruik van zorg is het van belang te weten om welke groepen hulpvragers het hier gaat en welke hulp zij vragen.

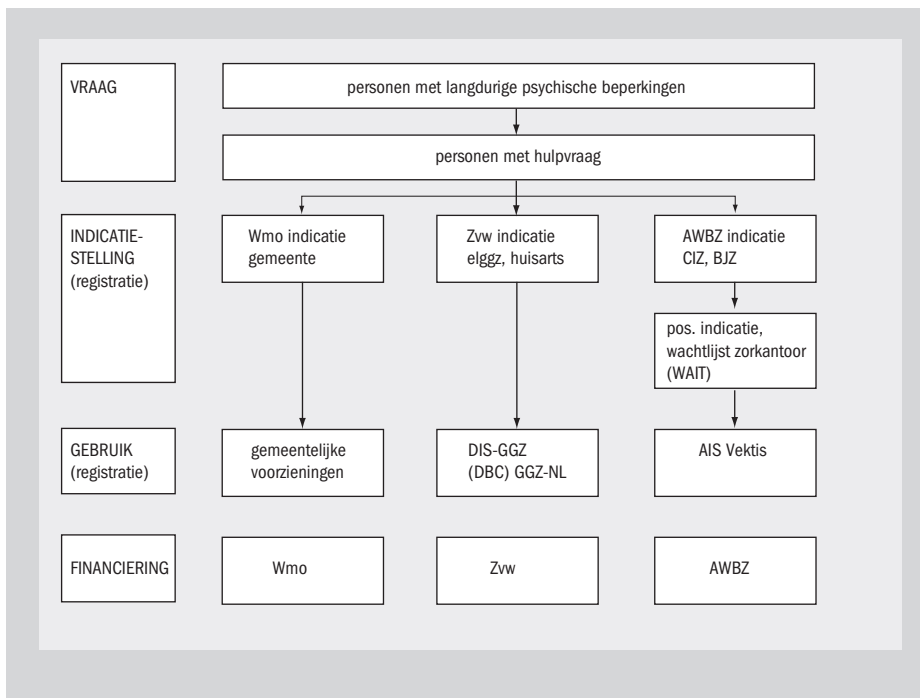
Het stroomdiagram in figuur 2.1 geeft een overzicht van de vraag, indicatiestelling, gebruik en financiering van langdurige GGZ anno 2008. Er zijn naar schatting zo'n 160.000 personen met een ernstige langdurige psychische beperking. Zo'n 52.000 personen hebben wel psychische problemen maar zijn niet geregistreerd bij hulpverleners (denk bv. aan dak- en thuislozen). Zo'n 108.000 personen vragen om hulp bij een instelling of hulpverlener (GGZ NL 2008).

Hulpvragers kunnen zich bij ten minste drie instanties melden: de gemeente, het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) of bij een van de hulpverleners in de eerste lijn (bv. huisarts, eerstelijnspsycholoog). Hier volgen we de AWBZ-route. Het CIZ bepaalt of de persoon in aanmerking komt voor AWBZ-gefinancierde zorg. Het Bureau Jeugdzorg doet dit voor personen jonger dan 18 jaar. Positieve indicaties worden doorgegeven aan het zorgkantoor en worden aldaar geregistreerd in het Wachtlijsten AWBZ Informatie Tabellen (WAIT) bestand. Zodra de hulpvrager GGZ ontvangt wordt dit geregistreerd in het AWBZ Informatie systeem (AIS) bestand dat beheerd wordt door VEKTIS namens de zorgverzekeraars.

In theorie zou de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) alle gegevens per hulpvrager moeten bevatten vanaf de eerste AWBZ-aanvraag tot en met het huidige gebruik van AWBZ-zorg (d.w.z. CIZ = WAIT + AIS). In de praktijk zijn dit nog ongekoppelde deelbestanden op verschillende locaties. Hier gebruiken we alleen de gegevens van het CIZ over aanvragen voor AWBZ-GGZ door personen met een psychiatrische aandoening.<sup>2</sup>

Figuur 2.1

Registraties van vraag, indicatiestelling, gebruik en financiering van langdurige GGZ in 2008



Aanleiding voor dit onderzoek waren twee vragen van het ministerie van vws:

- 1 Zijn de CIZ-registratiegegevens van de AWBZ-GGZ geschikt voor onderzoek naar de vraag naar AWBZ-GGZ?
- 2 Zijn met CIZ-gegevens groepen vragers naar AWBZ-GGZ te onderscheiden?

Met de grootschalige bestanden met registratiegegevens van het CIZ trachten we deze vragen te beantwoorden. Vanaf 1 januari 2005 is het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voorheen werden deze taken uitgevoerd door de Regionale Indicatie Organen (RIO). Het CIZ beoordeelt of een persoon voor AWBZ-zorg in aanmerking komt. Van elke aanvraag legt het CIZ een elektronisch dossier aan.

### 3 Bestanden, variabelen en meetinstrumenten

Voor de analyses zijn twee bestanden met indicatiegegevens gebruikt:

- 1 CIZ 2005-2007 bestand met indicaties en demografische gegevens van de aanvragers (beheerder: CIZ).
- 2 RIO/CIZ 2003-2005 bestand met hetzelfde type gegevens en zelfredzaamheidsgegevens van de aanvragers (beheerder: GINO bv.).

Het CIZ 2005-2007 bevat alle in Nederland afgegeven indicaties. Het RIO/CIZ bevat alle indicaties van een steekproef van 19 RIO's die in de jaren 2000-2005 werkten met de software van GINO bv. De gegevens van deze regio's bieden een goede afspiegeling van het landelijk beeld van indicaties (Wolffensperger et al. 2004).

Het eerste bestand bevat gegevens van het zorgindicatiebesluit (geïndiceerde zorgfuncties, zorgklasse en leveringsvoorwaarden), datum van besluit, leeftijd en geslacht van de aanvrager. Het tweede bestand bevat naast deze gegevens informatie over de huishoudensvorm en de zelfredzaamheidmeting door het RIO/CIZ. Deze gegevens zullen binnenkort ook beschikbaar komen voor recentere jaargangen van CIZ gegevens.<sup>3</sup>

De twee bestanden bevatten registraties van indicaties voor AWBZ-zorg. Om van deze registratiebestanden onderzoeksbestanden te maken zijn de volgende bewerkingen en selecties gemaakt.

- 1 *Van aanvragen naar personen*  
Een persoon kan meer indicaties per jaar ontvangen. Deze opeenvolgende indicaties lijken vaak op elkaar en zijn vaak verlengingen van eerdere indicaties. Om een zo zuiver mogelijk beeld te schetsen selecteren we de eerste aanvraag van een persoon in een jaar. Herindicaties zijn buiten beschouwing gelaten. Hierdoor verkrijgen we een persoonsbestand van nieuwe aanvragers.
- 2 *Alleen positieve besluiten*  
Alles wordt geregistreerd, dus ook afgebroken indicatie-aanvragen en nog niet afgemaakte indicaties. Deze dossiers bevatten onvolledige informatie. Om een goede analyse te kunnen maken zijn alleen afgeronde dossiers geselecteerd, dat wil zeggen er is een indicatiebesluit met een specificatie van de geïndiceerde zorgfuncties.
- 3 *Alleen psychiatrische grondslag*  
Besluiten door het CIZ vinden plaats op vijf grondslagen. Voor het onderzoek naar de AWBZ-GGZ is alleen de grondslag psychiatrie van belang. In het bestand zijn hulpvragers met de grondslag psychiatrie geselecteerd.<sup>4</sup>
- 4 *18 jaar en ouder*  
Indicaties voor personen jonger dan 18 jaar worden afgegeven door Bureau Jeugdzorg. De gegevens van Bureau jeugdzorg zijn niet optimaal opgenomen in de

registraties van het CIZ. Om vertekeningen te voorkomen laten we de 18-minners buiten de analyses.

Dit zijn de belangrijkste toegepaste selecties op de bestanden. Bij de bespreking van de resultaten worden aanvullende selecties en bewerkingen toegelicht die te maken hebben met non-respons op onderdelen en items. Een belangrijke selectie die we hier alvast toelichten is de selectie in de paragraaf over zelfredzaamheid. Hulpvragers ontvangen een indicatie op grond van vastgestelde aandoeningen en beperkingen. Zonder de aanwezigheid van een aandoening of beperking kan geen positief indicatiebesluit genomen worden. Na opschoning van het RIO/CIZ 2003-2005 bestand bleek bij een groot deel van de hulpvragers geen aandoening, beperking of belemmering geregistreerd. In dit bestand van 13.315 personen met een positief AWBZ-GGZ besluit hebben 7274 personen (54,6%) geen registratie van een beperking, 7767 personen (58,3%) geen registratie van aandoening. Voor een deel overlappen deze groepen: 4677 personen (35,1%) hebben geen registratie van een beperking of een aandoening.

De lage registratie van aandoeningen is begrijpelijk omdat indicatieadviseurs geen medici zijn en dus in principe geen diagnose vaststellen. De wel aanwezige informatie in de registratie is afkomstig uit zelfrapportage van de hulpvrager of uit door (huis)artsen verstrekte informatie. De gegevens over de aandoeningen zijn niet gebruikt omdat uit een verkennende analyse al bleek dat de informatie over aandoeningen weinig differentieert tussen hulpvragers. Als er een aandoeningengroep is geregistreerd is dat vrijwel altijd de ICD9-categorie 'psychische en gedragsproblemen'. Bijlage 4 bevat de analyse van deze gegevens in het RIO/CIZ 2003-2005 bestand.

De metingen van beperkingen en belemmeringen bleken wel bruikbare informatie te bevatten voor het maken van zelfredzaamheidsprofielen. In de jaren negentig heeft de Rijksuniversiteit Groningen in samenwerking met de softwareleverancier GINO een set van meetinstrumenten ontwikkeld die door de RIO's en het CIZ worden toegepast bij het vaststellen van de zelfredzaamheid van hulpvragers (Wolffensperger et al. 2004). Een uitleg van de meetinstrumenten van beperkingen in activiteiten en belemmeringen in maatschappelijke participatie wordt gegeven in paragraaf 5.2.

Een belangrijk verschil tussen nu en de periode voor 2008 is natuurlijk de wijziging in de aanspraken voor de AWBZ. We beschikten niet over recente indicatiegegevens van na de knip in de AWBZ. Met de gegevens van voor 2008 kan echter de knip gesimuleerd worden omdat de aanspraken breder waren dan nu het geval is.

De knip in de vraag naar AWBZ-GGZ vanaf 2008 is gesimuleerd door vier groepen hulpvragers te onderscheiden. Op grond van de geïndiceerde zorgfuncties zijn vier uitsluitende categorieën geformeerd binnen de groep van personen met een positieve AWBZ-indicatie op psychiatrische grondslag:

- 1 AWBZ-verblijf: personen met een indicatie voor verblijf.
- 2 AWBZ- begeleiding zonder verblijf: personen met een indicatie voor begeleiding zonder verblijf.

- 3 Zvw: personen die voor 2008 een indicatie van het CIZ voor de AWBZ ontvingen en vanaf januari 2008 onder de Zvw vallen.<sup>5</sup>
- 4 Wmo: personen die voor 2007 een indicatie voor de AWBZ ontvingen en vanaf januari 2007 onder de Wmo vallen.

De groepen 3 en 4 bevatten de AWBZ-GGZ geïndiceerden van voor 2008 die nu onder de Zvw en Wmo vallen. De groepen 1 en 2 vallen ook na 2008 nog onder de AWBZ. Groep 1 en 2 worden onderscheiden omdat de knip in de AWBZ nog niet helemaal uitgekristalliseerd was. Met name over de zorgfunctie ‘begeleiding’ was ten tijde van de analyses van de data nog veel discussie.<sup>6</sup> In de analyse onderscheidden we daarom groep 2, vragers met een indicatie voor (activerende en/of ondersteunende) begeleiding zonder langdurig verblijf (in een instelling) van groep 1, vragers met een indicatie voor verblijf.

Tabel 3.1 laat zien hoe de hulpvragers op grond van de geïndiceerde zorgfuncties in de RIO- en CIZ-registraties en aanwijzingen van het CIZ (2007) zijn ingedeeld in de vier groepen. Indien een persoon een indicatie voor twee of meer zorgfuncties ontving, dan telt de zwaarste zorgfunctie. De lichtste indicatie is voor enkelvoudige huishoudelijke verzorging (gaat naar categorie ‘Wmo’) en de zwaarste is een combinatie van functies waaronder een voor verblijf (gaat naar categorie ‘AWBZ-verblijf’)

Vanaf 2008 wordt een onderscheid gemaakt tussen AWBZ-verblijfszorg korter en langer dan een jaar (CvZ 2008). De gebruikte databestanden lieten niet toe om dit onderscheid te maken. De categorie ‘AWBZ-verblijf’ bevat daarom alle verblijfszorg.

In deze studie worden alleen de groepen 1 en 2 beschreven. De data over de groepen 3 en 4 bleken onvoldoende voor een beschrijving en moeilijk te duiden door Wmo- en Zvw-overgangsregelingen in de indicatiestelling.

Tabel 3.1

Operationalisering van knip in de AWBZ-GGZ in gebruikte databestanden<sup>a</sup>

zorgfuncties in CIZ-registratie	AWBZ-verblijf	AWBZ-begeleiding zonder verblijf	naar Zvw	naar Wmo
huishoudelijke verzorging				x
persoonlijke verzorging	x			
verpleging			x	
activerende begeleiding		x		
activerende begeleiding dag		x		
ondersteunende begeleiding algemeen		x		
ondersteunde begeleiding dagopvang		x		
behandeling algemeen			x	
behandeling met verblijf	x			
verblijf tijdelijk	x			
verblijf langdurig	x			

a bij combinaties gelden de volgende regels:

1 indien ook verblijf altijd bij AWBZ-verblijf;

2 enkelvoudige huishoudelijke verzorging bij Wmo, zo niet dan telt andere functie.

Hulpvragers ontvangen indicaties voor een of meer zorgfuncties. Om herkenbare groepen hulpvragers te onderscheiden heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in het verleden zogenaamde pluspakketten van zorgfuncties geformeerd van de vraag naar AWBZ-zorg (vgl. Van Campen en Woittiez 2003; Van Campen en Van Gameren 2003; Jonker et al. 2005). Het voordeel van deze pluspakketten is dat 1) ze inzicht geven in combinaties van zorgfuncties, 2) een hiërarchie kennen van oplopende zorgzwaarte, en dat 3) de categorieën uitsluitend zijn en daardoor bruikbaar voor modellering.

In navolging van het SCP heeft het CIZ (2007) vijf functiegroepen geformeerd.

- 1 PV/VP-groep: personen met enkel een indicatie voor persoonlijke verzorging en/of verpleging
- 2 OB-groep: personen met een indicatie voor ondersteunende begeleiding en eventueel de bovenstaande indicaties.
- 3 AB-groep: personen met een indicatie voor activerende begeleiding en eventueel de bovenstaande indicaties.
- 4 VBT-groep: personen met een indicatie voor tijdelijk verblijf en eventueel de bovenstaande indicaties.
- 5 VB-groep: personen met een indicatie voor langdurig verblijf en eventueel de bovenstaande indicaties.

Bijlage 2 bevat de regels voor de constructie van de vijf groepen door het CIZ.



## 4 Trends in indicaties AWBZ-GGZ 2003-2007

Het aantal indicaties voor AWBZ-zorg is in de periode 2005-2007 toegenomen en dat geldt ook voor het aantal AWBZ-GGZ indicaties (met een psychiatrische grondslag, PSY in tabel 4.1). Het aantal AWBZ-GGZ-indicaties steeg in deze periode van 40.270 naar 91.879 indicaties. Opvallend is de percentuele toename van het aantal indicaties AWBZ-GGZ binnen het totaal van 6% naar 11%. Het CIZ (2007: 6,15, 30) verklaart de relatief sterke toename van het aantal indicatiebesluiten in de jaren 2005 en 2006 door het wegwerken van de legitimatielijsten. Dit betrof cliënten die zonder geldig indicatiebesluit AWBZ-zorg ontvingen. Het wegwerken van legitimatielijsten had juist op de instroom een sterk effect omdat het hulpvragers betrof die niet eerder een indicatiebesluit van het CIZ hadden ontvangen, terwijl ze al wel zorg gebruikten. Eind 2006 en begin 2007 is met name gewerkt aan het wegwerken van legitimatielijsten in de GGZ-sector.

Tabel 4.1

Absolute aantallen positieve AWBZ-besluiten<sup>a</sup> naar grondslagcombinatie<sup>b</sup> en aandeel psychiatrische grondslag, 2005-2007

	2005	2006	2007
SOM	412.379	479.494	525.393
SOM-PG	31.118	43.025	39.093
SOM-PS	37.801	38.943	19.656
VG	26.719	33.953	39.283
PSY	21.795	34.690	61.612
PG	23.649	20.926	23.908
SOM-PSY	11.690	18.349	18.012
ZG	9.560	17.330	16.183
PS	8.389	10.629	7.740
PSY-VG	6.785	10.391	12.255
SOM-ZG	4.721	8.262	7.993
SOM-VG	4.858	7.502	6.832
LG	3.580	4.151	4.669
overig	59.025	48.188	38.366
<b>totaal</b>	<b>662.069</b>	<b>775.833</b>	<b>820.995</b>
aandeel psychiatrische grondslag			
totaal psy	40.270	63.430	91.879
aandeel psy (%)	6	8	11

a Zonder de functie huishoudelijke verzorging (HV) die m.i.v. 1 januari 2007 overgeheveld is naar de Wmo.

b SOM = somatisch, PG = psychogeriatrisch, PS = psychosociaal, PSY = psychiatrisch, VG = verstandelijke handicap, ZG = zintuiglijke handicap, LG = lichamelijke handicap.

Bron: CIZ (2008)

Vervolgens maken we een overstap naar aantallen indicaties naar aantallen personen. Tabel 4.2 geeft inzicht in de instroom van hulpvragers in de AWBZ-GGZ. Alleen hulpvragers met een eerste indicatie zijn geselecteerd. De instroom wordt uitgesplitst naar zorgfuncties in absolute aantallen waardoor duidelijk wordt welke groepen hulpvragers toenemen en welke groepen afnemen. Let op dat de eenheden dus verschillen van die van tabel 4.1.

Tabel 4.2

Personen met een eerste positieve AWBZ-GGZ indicatie naar zorgfunctie (aantallen)

	RIO/CIZ		CIZ	
	2003-2005 <sup>a</sup>	2005	2006	2007
huishoudelijke verzorging	3.595	2.803	2.675	0
persoonlijke verzorging	1.598	3.165	2.553	1.009
verpleging	2.130	5.185	4.414	1.297
activerende begeleiding algemeen	5.193	6.349	6.834	2.235
activerende begeleiding dag	666	528	666	263
ondersteunende begeleiding algemeen	9.321	14.544	20.173	12.660
ondersteunde begeleiding dagopvang	2.397	4.319	7.462	9.268
behandeling algemeen	266	536	468	152
behandeling met verblijf	533	1.763	2.068	914
verblijf tijdelijk	1.465	668	719	249
verblijf langdurig	2.264	5.262	6.015	2.554
<b>totaal<sup>b</sup></b>	<b>13.315</b>	<b>18.245</b>	<b>25.191</b>	<b>17.994</b>

a Aantallen van de steekproef van 19 RIO's over twee jaar.

b Personen kunnen meer indicaties ontvangen waardoor de som van de indicaties meer is dan het totaal.

Bron: CIZ'05-'07 (SCP-bewerking)

Tabel 4.2 laat bij veel functies een grillig verloop zien, waardoor het moeilijk is om trends te ontdekken. Het grillige verloop van met name de vier functies begeleiding wordt door het CIZ verklaard door het vervangen van de indicatieplicht door de registratieplicht bij indicaties voor AWBZ-GGZ (CIZ 2007: 15), waardoor de noodzaak tot registreren van met name dat deel van de AWBZ-GGZ indicaties die over zouden gaan naar de Zvw minder stringent werd.

Tabel 4.3 geeft een overzicht van vijf CIZ-functiegroepen hulpvragers in de AWBZ-GGZ (zie uitleg van deze classificatie in bijlage 2). Alleen hulpvragers de eerste indicatie van hulpvragers zijn geselecteerd. Tussen de groepen bestaat geen overlap waardoor we een beeld van de verdeling krijgen.

Tabel 4.3

Instroom van CIZ-functiegroepen<sup>a</sup> in de AWBZ-GGZ per jaar (aantallen personen)

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
PV/VP	434	453	117
OB	5.255	10.868	12.445
AB	3.869	4.571	1.695
VBT	513	616	232
VBL	4.087	5.179	2.397
<b>totaal</b>	<b>14.158</b>	<b>21.687</b>	<b>16.886</b>

a Zie toelichting in bijlage 2.

Bron: CIZ'05-'07 (SCP-bewerking)

Hier zien we een toename van de instroom in de groep ondersteunende begeleiding (OB) in de periode 2005-2007 en een daling van de instroom in de andere functiegroepen. Maar ook hier geldt dat de vervanging van de indicatieplicht door een registratieplicht voor een vertekening zorgt.

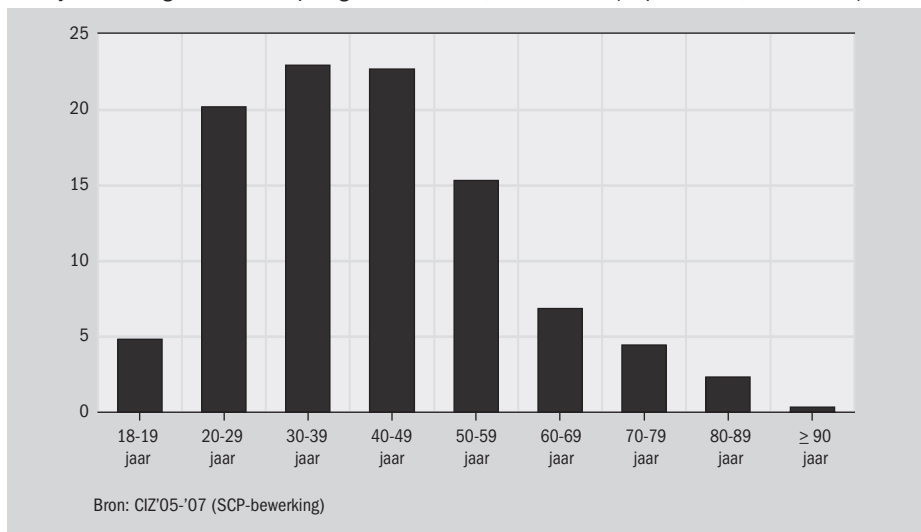
## 5 Profielen van AWBZ-GGZ-geïndiceerden

### 5.1 Demografische profielen

Het CIZ 2005-2007 bestand van personen van 18 jaar en ouder met een positieve indicatie op psychiatrische grondslag is geanalyseerd op de demografische kenmerken leeftijd en geslacht. De gegevens over huishoudensamenstelling zijn afkomstig uit het RIO/CIZ 2003-2005 bestand. In bijlage 3 is een vergelijking gemaakt van de leeftijdsverdeling en m/v verhouding in beide bestanden. Deze blijken weinig van elkaar af te wijken.

Figuur 5.1

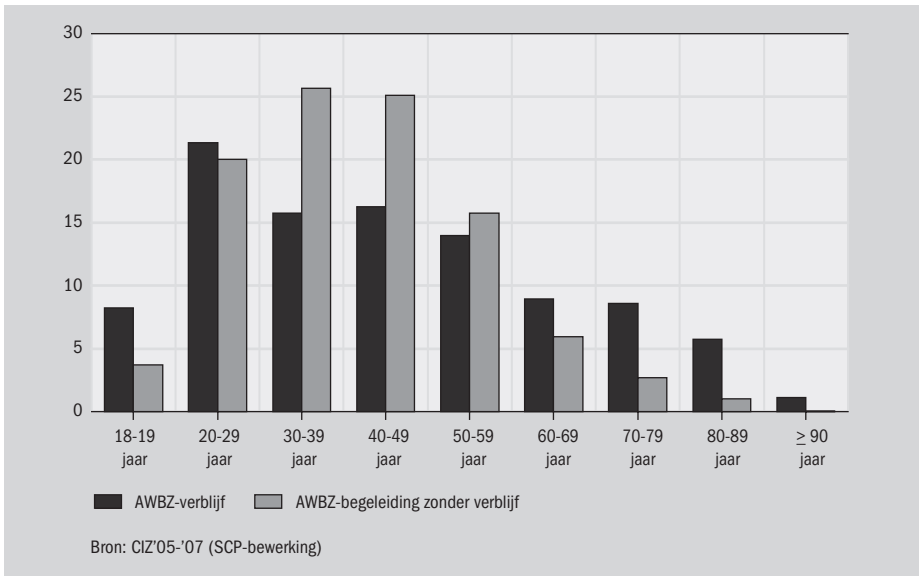
Leeftijdsverdeling instroom hulpvragers AWBZ-GGZ, 2005-2007 (in procenten, n = 52.747)



Figuur 5.1 laat een relatief jonge populatie zien van geïndiceerden voor AWBZ-GGZ. het merendeel van de hulpvragers is jonger dan 50 jaar.

Figuur 5.2

Leeftijdverdeling instroom hulpvragers AWBZ-GGZ naar twee groepen, 2005-2007 (in procenten, n = 52.747)

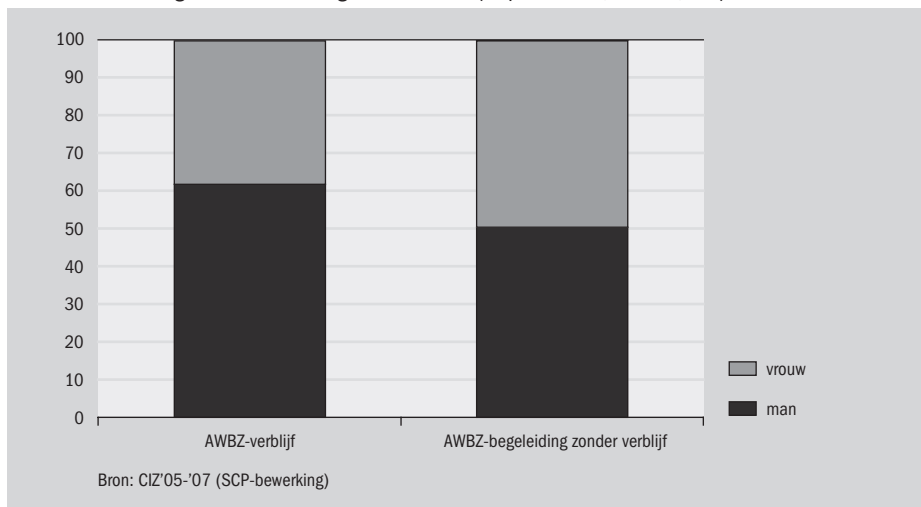


De leeftijdsverdelingen van de twee onderscheiden groepen hulpvragers zijn duidelijk verschillend zoals figuur 5.2 laat zien. De hulpvraag naar AWBZ-verblijf neemt na een piek tussen 18 en 30 jaar geleidelijk af met het toenemen van de leeftijd. De hulpvraag naar AWBZ-begeleiding zonder verblijf neemt met het klimmen der jaren geleidelijk toe tot een piek rond de 40-50 jaar en vlakt daarna snel af.

De verdeling van de aantallen mannen en vrouwen verschilt eveneens tussen de twee groepen zoals figuur 5.3 laat zien.

Figuur 5.3

Geslachtsverdeling van AWBZ-GGZ geïndiceerden (in procenten, n = 52,747)



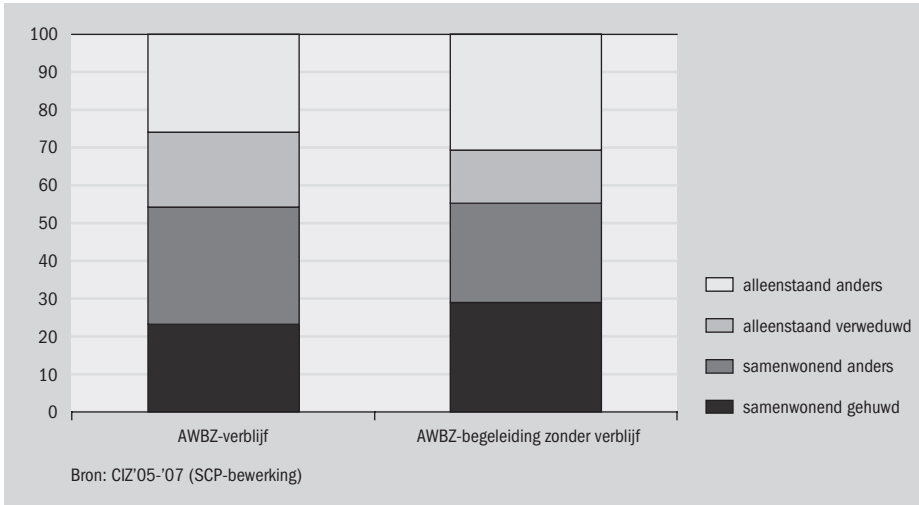
De hulpvragers naar AWBZ-GGZ met verblijf bestaat voor 62% uit mannen en 38% uit vrouwen. De verdeling van mannen en vrouwen in de groep vragers naar begeleiding zonder verblijf is ongeveer gelijk.

Omdat gegevens over de huishoudensvorm in het CIZ 2005-2007 bestand ontbreken, is voor een beschrijving hiervan gebruik gemaakt van het RIO/CIZ 2003-2005 bestand.

De variabele huishoudensvorm is een combinatie van burgerlijke staat en huishoudensamenstelling (vgl. Van Campen en Van Gameren 2003). Op grond van de beschikbare informatie zijn vier categorieën geconstrueerd: samenwonend gehuwd, samenwonend anders, alleenstaand verweduwd, alleenstaand anders. Opgemerkt moet worden dat bij 20% van de personen de huishoudensvorm niet geregistreerd is. Figuur 5.4 geeft de verdelingen over de groepen waarvan de huishoudensvorm geregistreerd is.

Figuur 5.4

Huishoudensvorm van twee groepen hulpvragers AWBZ-GGZ, 2003-2005  
(in procenten, n = 1652)



De groep hulpvragers naar AWBZ-verblijf bestaat voor de helft uit alleenstaanden, waarvan 16% verweerd is. De groep AWBZ-begeleiding zonder verblijf bestaat eveneens voor een groot deel uit alleenstaanden.

## 5.2 Profielen van zelfredzaamheid

Het algemene doel van langdurige GGZ is om de kwaliteit van leven te verbeteren van mensen met ernstige psychische aandoeningen (GGZ Nederland 2008: 18). Om de ervaren kwaliteit van leven te herstellen zullen eerst de beperkingen en belemmeringen in het functioneren vastgesteld moeten worden. De meetinstrumenten die het CIZ hiervoor gebruikt zijn wetenschappelijk gevalideerd (Wolffensperger et al. 2004; Van Gameren et al. 2003). Hulpvragers worden beoordeeld op negen schalen die qua inhoud sterk lijken op multidimensionale meetinstrumenten voor aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (zie tabel 5.1). Binnen de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie van gezondheid als lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren zijn ook hier drie aspecten te onderscheiden: 1) lichamelijk: hdl, adl, bewegen, 2) psychisch: psychisch functioneren, psychisch welbevinden, gedragsproblemen, oriëntatiestoornissen, en 3) sociaal: sociale redzaamheid, maatschappelijke participatie. Deze aspecten komen ook terug in de WHO-definitie van geestelijke gezondheid (WHO 2004): 'Mental health can be conceptualized as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.'

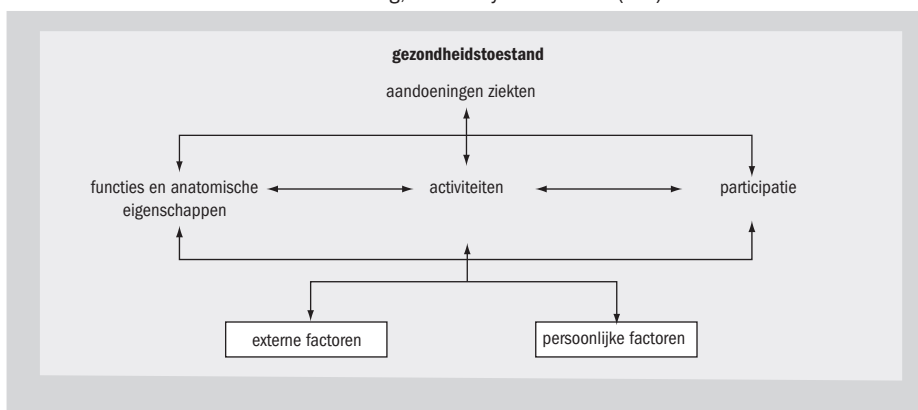
Tabel 5.1  
Schalen van zelfredzaamheid

schaal	aantal items	voorbeelden van items
bependingen in sociale redzaamheid	12	een gesprek voeren; kunnen lezen, schrijven en rekenen; zelf geld beheren; zelf administratiezaken bijhouden
bependingen in bewegen en verplaatsen	14	lichaamspositie handhaven; lichaamspositie veranderen; zich verplaatsen met hulp(middelen); voortbewegen binnenshuis, zonder hulp(middelen); zwaardere voorwerpen tillen
bependingen in persoonlijke verzorging	6	naar toilet gaan en zich reinigen; eten en drinken; in en uit bed gaan; zich wassen
bependingen in huishoudelijk leven	10	dagelijkse organisatie van het huishouden; broodmaaltijd bereiden; huis schoonmaken (stofzuigen, sanitair reinigen); boodschappen doen
bependingen in vermogen tot maatschappelijk participatie	5	zelfstandig met anderen contacten onderhouden; vrijetijdsbesteding buitenshuis; zelfstandig naar algemene voorzieningen gaan
probleemgedrag	7	dwangmatig gedrag; lichamelijk agressief gedrag; verbaal agressief gedrag
tekorten in psychisch welbevinden	5	angstig zijn; ontbreken van belangstelling en betrokkenheid; gemis van persoonlijke relaties
tekorten in psychisch functioneren	3	concentratie; geheugen en denken
oriëntatiestoornissen	4	oriëntatie in persoon, ruimte, tijd en plaats

Bron: Wolffensperger et al. (2004)

Van de items zijn met behulp van Mokkenschaaalanalyses meetschalen geconstrueerd (vgl. Wolffensperger et al. 2004; Van Gameren et al. 2003), waardoor nauwkeurig het niveau van de bependingen in ieder van de negen domeinen vastgesteld kan worden.

Figuur 5.5  
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)





De schalen zijn gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO 2001). De ICF onderscheidt stoornissen, beperkingen in activiteiten en belemmeringen in participatie (figuur 5.5). De achterliggende gedachte is dat lichamelijk en psychische stoornissen kunnen leiden (maar dit niet altijd doen) tot beperkingen in activiteiten die op hun beurt kunnen leiden (maar ook hier niet altijd) tot belemmeringen in de maatschappelijke participatie.

De negen schalen geven informatie over de laatste twee niveaus. Samen bieden ze een profiel van de zelfredzaamheid van hulpvragers in termen van beperkingen in activiteiten en belemmeringen in maatschappelijke participatie. Het profiel biedt aanvullende informatie op de bestaande diagnostische profielen op basis van de DSM IV van mensen met langdurige beperkingen. Het laat namelijk zien wat de gevolgen van psychische stoornissen zijn voor beperkingen in alledaagse activiteiten en belemmeringen in het meedoen aan de samenleving.

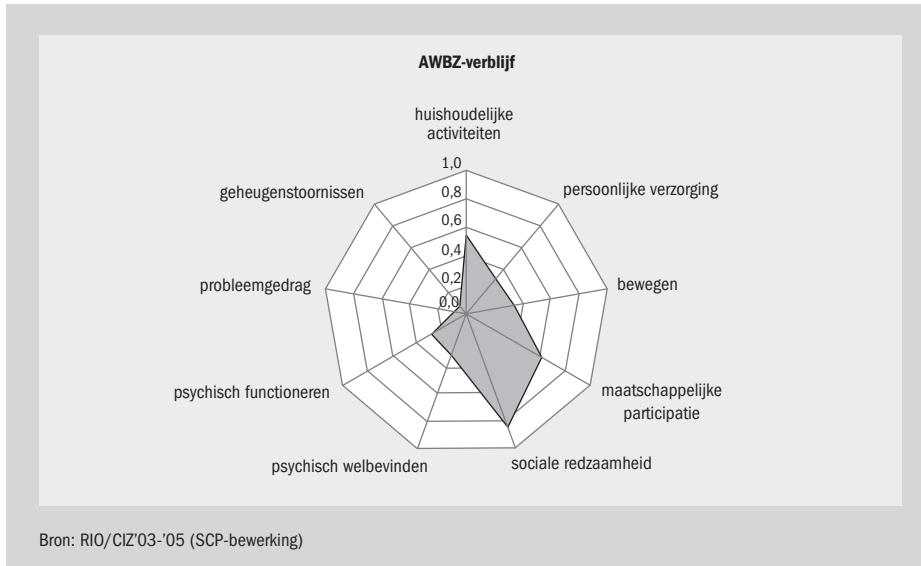
Het CIZ registreert ook aandoeningen van hulpvragers. Uit de analyse hiervan (zie bijlage 5) bleek dat dit onderdeel slecht ingevuld te zijn. Bij slechts 42% van de hulpvragers was een aandoening geregistreerd. Bovendien differentieerde de informatie nauwelijks tussen hulpvragers. Vrijwel alle aandoeningen vielen in de algemene ICD-9 categorie 'psychische en/of gedragsstoornis'.

Ook de registratie van beperkingen en belemmeringen in de bestanden is onvolledige. Bij 55% van de geïndiceerde personen is geen enkele beperking of belemmering geregistreerd. Onderstaande analyses hebben daarom betrekking op een selectie van personen met tenminste een beperking geregistreerd (n = 4551).

Hier beschrijven we profielen van de twee groepen vragers naar AWBZ-GGZ: 1) vragers naar AWBZ-verblijf en 2) vragers naar AWBZ-begeleiding zonder verblijf. De profielen bestaan uit radargrammen van negen assen. De proportie op een as geeft het aandeel hulpvragers weer dat een beperking of belemmering heeft in het betreffende domein van zelfredzaamheid.

Figuur 5.6

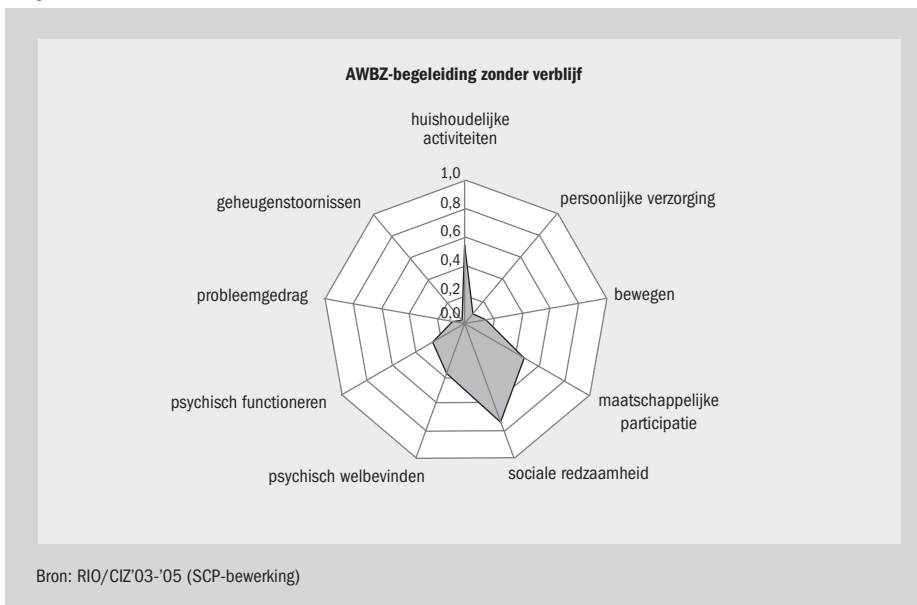
Profiel van zelfredzaamheid van vragers naar AWBZ-GGZ-verblijf (negen schalen, in proporties, n = 1145)



Beperkingen in sociale redzaamheid (84%) en maatschappelijke participatie (61%) komen het meeste bij de groep hulpvragers AWBZ-verblijf, gevolgd door beperkingen in huishoudelijke activiteiten (55%). Opmerkelijk is het vrijwel ontbreken van probleemgedrag bij deze groep. Dit lijkt een tekortkoming in de registratie.

Figuur 5.7

Profiel van zelfredzaamheid van vragers naar AWBZ-GGZ-begeleiding zonder verblijf (negen schalen, in proporties, n = 3406)



Vragers naar begeleiding zonder verblijf hebben vaak beperkingen in sociale redzaamheid (73%), evenals de vragers naar AWBZ met verblijf. Verschil is dat de vragers naar begeleiding minder beperkingen hebben in hun maatschappelijke participatie (48%). Ze ervaren echter vaker problemen in hun psychisch welbevinden (37%), hoewel het aandeel beperkingen in psychisch functioneren ongeveer gelijk is aan die van AWBZ-verblijf vragers (26%). In vergelijking met de AWBZ-verblijf-groep hebben de vragers naar begeleiding zonder verblijf minder vaak beperkingen in hun persoonlijke verzorging en hun bewegingen.

In bijlage 6 zijn de profielen uitgesplitst naar vragers naar ondersteunende en activerende begeleiding zonder verblijf. Meer resultaten van de analyses van het RIO/CIZ 2003-2005 bestand met betrekking tot trends, kenmerken van hulpvragers naar zorgklassen, leveringsvoorwaarden en zorg in natura en pgb zijn te vinden in bijlage 4.

## 6 Samenvatting en conclusie

De vraag naar AWBZ-GGZ via indicaties van het CIZ lijkt in de periode 2005-2007 meer dan verdubbeld van 40.000 naar ruim 90.000 indicaties. Of het ook een werkelijke stijging van de vraag naar AWBZ-GGZ betrof, is moeilijk vast te stellen door administratieve inhaalslagen (de zogenaamde legitimatiebesluiten) en veranderingen in wijze van registreren (registratieplicht) in de jaren 2006 en 2007.

Sinds 2008 is de AWBZ-GGZ afgeslankt. Het geneeskundige deel is overgeheveld naar de Zvw. Eerder in 2007 was dat reeds gebeurd voor de huishoudelijke verzorging naar de Wmo. Daarom zijn in deze studie vier groepen onderscheiden: 1) personen met een indicatie voor AWBZ-verblijf, 2) personen met een indicatie voor begeleiding zonder verblijf, 3) personen die voor 2007 een indicatie voor AWBZ ontvingen en met ingang van 2008 naar de Zvw overgeheveld worden en 4) personen met een indicatie voor enkelvoudige huishoudelijke hulp die vanaf 2007 overgeheveld zijn naar de Wmo.

Van twee groepen die vanaf 2008 nog onder de AWBZ vallen, zijn profielen gemaakt op basis van hun demografische (leeftijd, geslacht, huishoudensvorm) kenmerken en hun (beperkingen en belemmeringen in) zelfredzaamheid. Met name de zelfredzaamheidsgegevens bieden een sterke voorspelling van GGZ-voorzieningen die nodig zijn om de kwaliteit van leven te herstellen, met name door de beperkingen en belemmeringen in zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie weg te nemen of te compenseren.

Om een zuiver beeld van de vraag te bepalen is gekeken naar de instroom in de AWBZ-GGZ. Er is een selectie gemaakt van personen met een eerste positieve indicatie voor de AWBZ op psychiatrische grondslag.

De analyse van de bestanden, te weten het RIO/CIZ 2003-2005 bestand en het CIZ-bestand 2005-2007, levert de volgende profielen van hulpvragers op.

De AWBZ-GGZ-verblijf groep bestaat voornamelijk uit 20-60-jarigen, ongeveer 60% mannen en 40% vrouwen. De helft is alleenstaand, waaronder 15% van de personen verzuimd is. De zelfredzaamheid wordt bepaald door beperkingen in huishoudelijke activiteiten (55% van de personen), persoonlijke verzorging (32%) en bewegen (34%) en belemmeringen in sociale redzaamheid (84%) en maatschappelijke participatie (61%).

De AWBZ-GGZ-begeleiding groep (ondersteunende en/of activerende begeleiding zonder verblijf) is in vergelijking met de vorige groep jonger, het merendeel is jonger dan 50 jaar. De groep bevat ongeveer evenveel mannen als vrouwen. De helft van de groep is alleenstaand, waarvan 11% verzuimd. De zorgbehoefte bestaat voornamelijk uit belemmeringen in sociale redzaamheid (73%), maatschappelijke participatie (48%) en in mindere mate psychisch functioneren (26%) en welbevinden (37%).

Voor toekomstige beschrijvingen (trends, profielen) en ramingen van de vraag naar AWBZ-GGZ zijn de huidige registratiebestanden van het CIZ geschikt. Er zijn

veel ontbrekende waarden op essentiële variabelen en de gegevens over de zelfredzaamheid zijn niet gekoppeld aan de gegevens over indicatiebesluiten. In de nabije toekomst is het volgende nodig. Ten eerste een opwerking van CIZ-data van een demografisch bestand met zorgindicaties naar een bestand inclusief de zelfredzaamheidsmetingen door CIZ, en ten tweede een betere registratie van beperkingen en belemmeringen in de dossier van het CIZ.

Na deze dataverbetering kunnen ontwikkelingen in de vraag naar de AWBZ-GGZ op voet gevolgd worden en kunnen toekomstige ontwikkelingen geraamd worden. Een belangrijk voordeel van de CIZ gegevens in vergelijking met andere registratie in de GGZ is dat de hulpbehoefte wetenschappelijk wordt gemeten. Andere peilingen en registraties van de zorgbehoefte en het zorggebruik in de GGZ zoals Nemesis en DIS bevatten wel metingen van de aandoeningen maar niet van de beperkingen en belemmeringen en deze laatste blijken krachtigere voorspellers van de zorgvraag en het zorggebruik.

## Noten

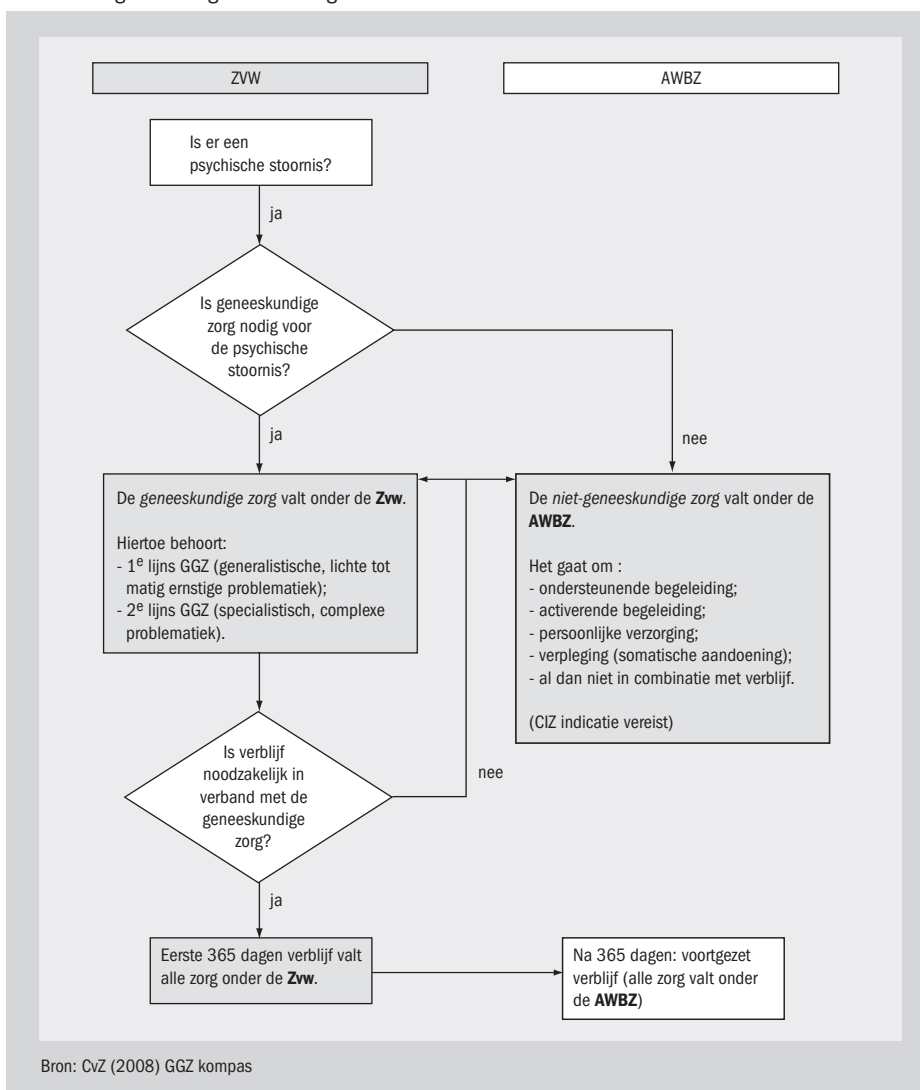
- 1 Het totaal aantal cliënten in de GGZ bedraagt 772.000 (GGZ Nederland 2009).
- 2 De grenzen tussen AWBZ, Zvw en Wmo zijn overigens niet heel scherp en de financieringsbronnen overlappen elkaar soms, waardoor een hulpvorm soms op twee of meer manieren gefinancierd kan worden (Knispel & Van Hoof 2008).
- 3 De gegevens over de zelfredzaamheid worden reeds sinds 2005 verzameld maar er is niet eerder een koppeling gemaakt met het centrale bestand van zorgindicaties.
- 4 Vragers naar algemeen maatschappelijk werk ontvingen een indicatie op psychosociale grondslag. Deze grondslag is sinds dit jaar verdwenen uit de indicatiestelling voor de AWBZ en overgeheveld naar de Wmo (TK 2008/2009). In deze verkenning zijn indicaties op psychosociale grondslag buiten beschouwing gelaten.
- 5 Dit is slechts een deel van de totale groep die van de AWBZ naar de Zvw verhuist. Het grootste deel van deze groep wordt gevormd door personen die voorheen via een verwijzing van de huisarts AWBZ-zorg ontvingen.
- 6 Inmiddels is bekend dat de aanspraken op de functie begeleiding ingeperkt zijn met ingang van 2009 (TK 2008/2009). De gevolgen van de recente pakketmaatregel op groep 2 is na afronding van het onderzoek nagerekend. Naar schatting behoort 25% van de groep 'AWBZ-begeleiding zonder verblijf' niet meer tot de AWBZ vanaf 2009.

## Bijlage 1 Overheveling van AWBZ naar Zvw per 1 januari 2008

Onderstaand schema geeft weer welke hulpvragers met een psychische stoornis aanspraak maken op de AWBZ en welke op de Zvw sinds 1 januari 2008. Zie voor een gedetailleerde uitleg het GGZ-kompas en het AWBZ-kompas, beide uitgegeven door het CvZ ([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)).

Figuur B1

Overheveling van het geneeskundige deel van de AWBZ naar Zvw



## Bijlage 2 Constructie van zorgfunctiegroepen<sup>a</sup> door het CIZ

Functiegroep	Functiegategorie	Omschrijving Indicatiebesluit
1 PV/VP-GROEP	PV-sec	Alleen PV
2	VP-sec	Alleen VP
3	PV+VP	PV en VP
4	BH(+PV/VP)	BH al dan niet in combinatie met PV en/of VP
5 OB-groep	OBA-sec	Alleen OBA
6	OBA+PV/VP/BH	OBA en één of meerdere van de functies PV, VP en BH
7	OBA+OBD(+PV/VP/BH)	OBA en OBD al dan niet in combinatie met PV, VP en/of BH
8	OBD-sec	Alleen OBD
9	OBD+PV/VP/BH	OBD en één of meerdere van de functies PV, VP en BH
10 AB-groep	AB(+PV/VP/BH/OBA/OBD)	AB al dan niet in combinatie met PV, VP, BH en/of OB.
11 VBT-groep	VBT<kl4 (+PV/VP/OBA/OBD/BH)	VBT<kl4 al dan niet in combinatie met PV, VP, BH en/of OB
12 VB/ZZP-groep	VB(+PV/VP/OB/AB/BH)	VBT>kl3 en/of VBL al dan niet in combinatie met PV, VP, OB en AB.
13	ZZP	Verskillende zorgzwaartepakketten

a PV = persoonlijke verzorging, VP = verpleging, BH = behandeling, OB = ondersteunende begeleiding, OBA = ondersteunende begeleiding algemeen, OBD = ondersteunende begeleiding dagopvang, AB = activerende begeleiding, VBT = verblijf tijdelijk, VB = verblijf, ZZP = zorgzwaartepakket, kl = zorgklassen.

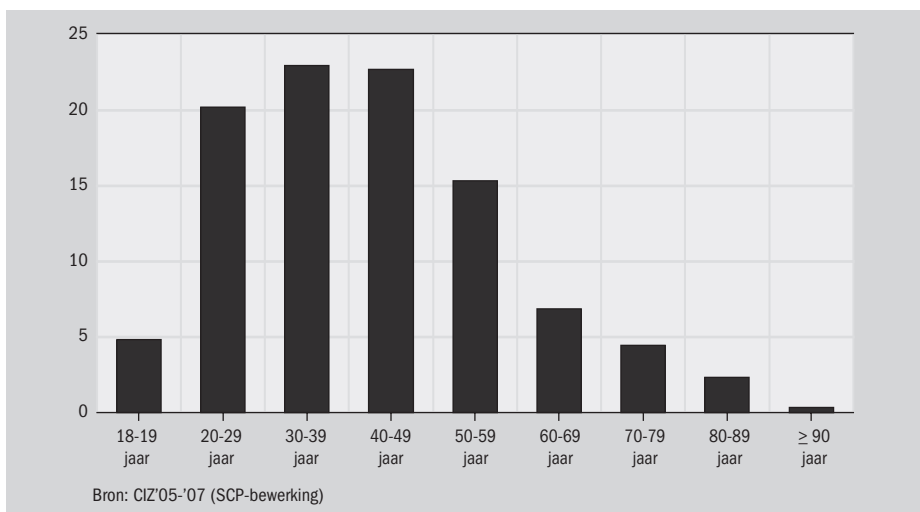
Bron: CIZ (2007)



## Bijlage 3 Demografische vergelijking van de twee gebruikte CIZ-bestanden

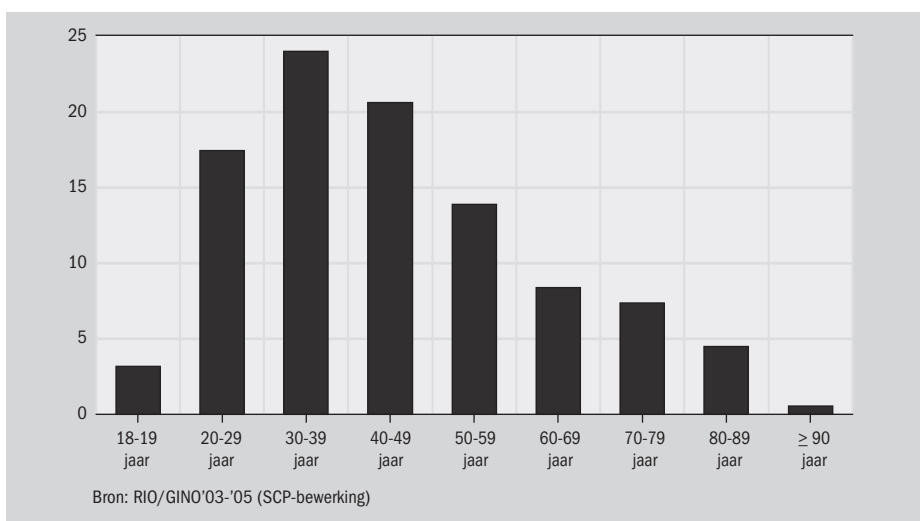
Figuur B3.1a

Leeftijdverdeling instroom hulpvragers AWBZ-GGZ, 2005-2007 (in procenten, n = 52.747)



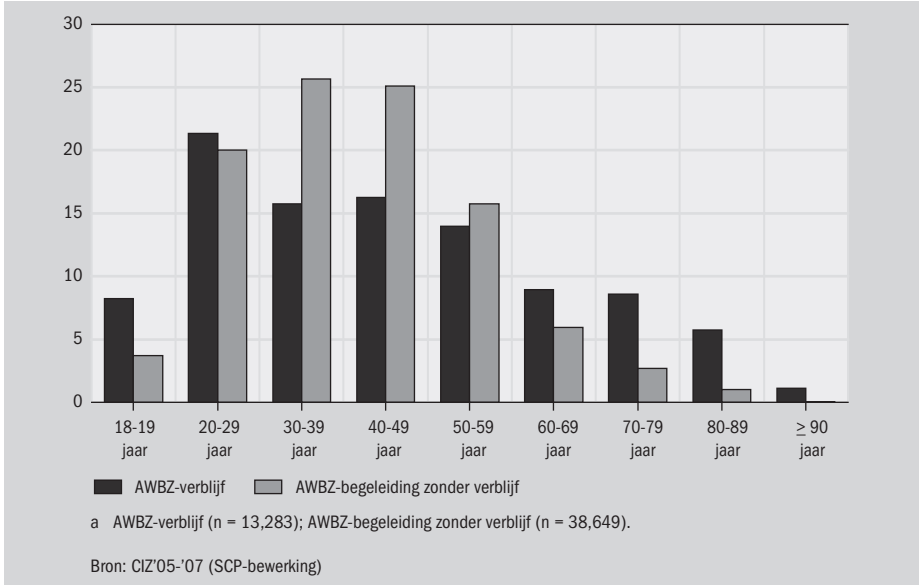
Figuur B3.1b

Leeftijdverdeling instroom hulpvragers AWBZ-GGZ, 2003-2005 (in procenten, n = 13.315)



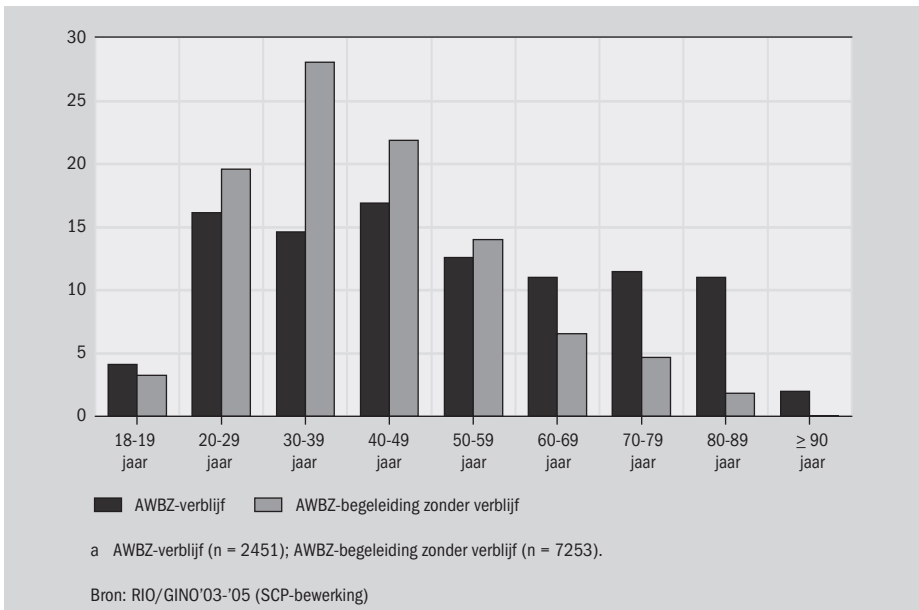
Figuur B3.2a

Leeftijdverdeling naar twee typen hulpvragers AWBZ-GGZ, 2005-2007 (in procenten, n = 52.747)<sup>a</sup>



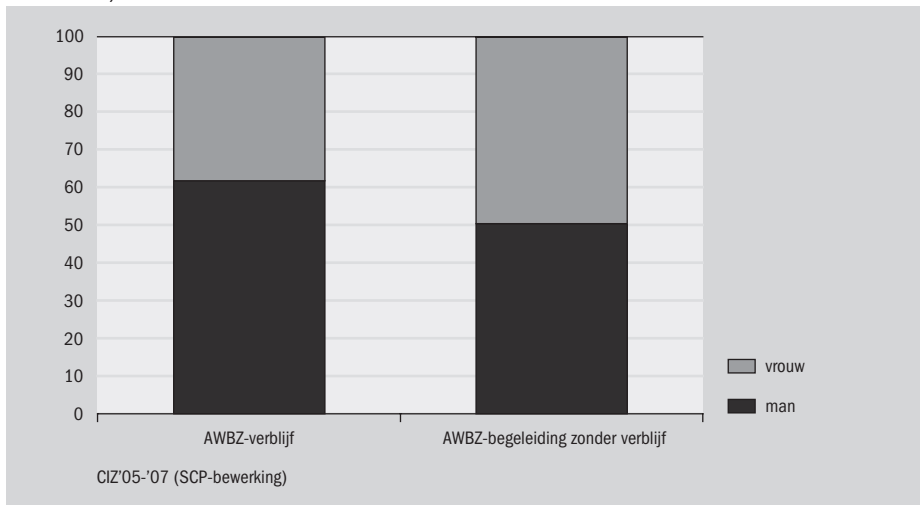
Figuur B3.2b

Leeftijdverdeling naar twee typen hulpvragers AWBZ-GGZ, 2003-2005 (in procenten, n = 13.315)<sup>a</sup>



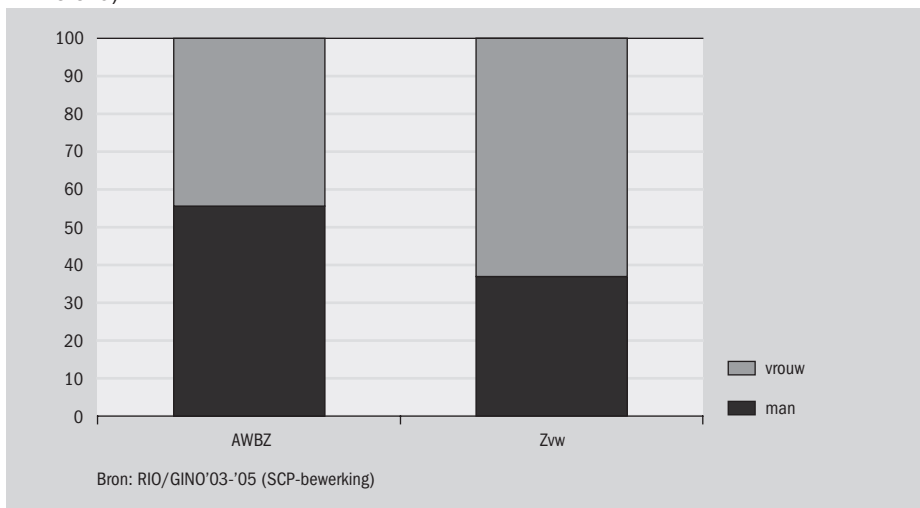
Figuur B3.3a

Verdeling naar sexe van nwaar twee typen hulpvragers AWBZ-GGZ, 2005-2007 (in procenten, n = 52.747)



Figuur B3.3b

Verdeling naar sekse van twee typen hulpvragers AWBZ-GGZ, 2003-2005 (in procenten, n = 13.315)



## Bijlage 4      Aanvullende analyses RIO/CIZ 2003-2005 bestand

Tabel B4.1 geeft een indruk van het aantal momenten dat personen in het onderzochte tijdvak een positief indicatiebesluit op psychiatrische grondslag ontvingen.

Tabel B4.1

Aantal indicatiebesluitmomenten in de periode 1 oktober 2003 tot 1 oktober 2005  
(in procenten)

aantal momenten	
1	65
2	23
3	8
4	4
(n)	13.315

De meerderheid van de geïndiceerden ontvangt een indicatiebesluit in een periode van 2 jaar. Bijna een kwart ontvangt twee besluiten in twee jaar. Een kleine groep ontvangt gemiddeld 2 of meer indicatiebesluiten per jaar.

Tevens is nagegaan hoe groot de overlap is met groepen geïndiceerden met een andere grondslag (tabel B4.2).

Tabel B4.2

Personen met naast een indicatie op psychiatrische grondslag een indicatie op een andere grondslag, 2003-2005 (in procenten)

somatisch	9
psychogeriatrisch	1
lichamelijke handicap	1
verstandelijke handicap	6
zintuiglijke handicap	0
(psychosociaal probleem)	38
(n) (alle indicaties met grondslag psychiatrisch)	13.315

Bron: GINO'03-'05 (SCP-bewerking)

De grootste groep heeft ook een psychosociaal probleem. Dit is geen zelfstandige grondslag maar een aantekening bij een van de bovenstaande grondslagen. De overlap met de andere grondslagen is miniem. Merk op dat met name indicaties met een psychiatrische grondslag en indicaties met een psychogeriatrische grondslag nauwelijks overlap kennen.

### Zorgklassen

Tabel B4.3 geeft de verdeling van de zorgklassen per functie. Voor de meeste functies is de geïndiceerde omvang ingedeeld in genummerde zorgklassen, maar de tijds-eenheid verschilt tussen de functies (zie tabel B4.3). Zorgklasse nul komt alleen bij verpleging voor, en staat daar voor 0-0,9 uur per week.

Tabel B4.3

Specificatie van zorgklassen naar uren, dagdelen of etmalen per week

	huis- houde- lijke ver- zorging	persoon- lijke verzor- ging	ver- ple- ging	active- rende bege- leiding algemeen	active- rende bege- leiding dag	onder- steu- nende be- geleiding algemeen	onder- steu- nende be- geleiding dagopvang	behan- deling alge- meen	behan- deling met verblijf	ver- blijf tijde- lijk	ver- blijf lang- durig
eenheid	uur	uur	uur	uur	dagdeel	uur	dagdeel			et- malen	et- malen
zorgklasse 0			<1								
zorgklasse 1	<1,9	<1,9	<1,9	<1,9	1	<1,9	1			1	
zorgklasse 2	2-3,9	2-3,9	2-3,9	2-3,9	2	2-3,9	2			2	
zorgklasse 3	4-6,9	4-6,9	4-6,9	4-6,9	3	4-6,9	3			3	
zorgklasse 4	7-9,9	7-9,9	7-9,9	7-9,9	4	7-9,9	4			4	4
zorgklasse 5	10-12,9	10-12,9	10-12,9		5	10-12,9	5			5	5
zorgklasse 6	13-15,9	13-15,9	13-15,9		6	13-15,9	6			6	6
zorgklasse 7	16-19,9	16-19,9	16-19,9		7	16-19,9	7			7	7
zorgklasse 8	20-24,9	20-24,9			8	20-24,9	8				
zorgklasse 9					9		9				

Bron: RIO formulier versie december 2002

Tabel B4.4

Verdeling van zorgklassen per functie voor geïndiceerden voor AWBZ-GGZ, 2003-2005  
(in procenten)

	huis- houde- lijke verzor- ging	per- soon- lijke ver- zorging	ver- ple- ging	acti- verende bege- leiding algemeen	acti- verende begelei- ding dag	onder- steu- nende begelei- ding algemeen	onder- steu- nende begelei- ding dag- opvang	behan- deling alge- meen	behan- deling met verblijf	ver- blijf tijde- lijk	ver- blijf lang- durig
zorgklasse 0 (<1 uur)			32,5								
zorgklasse 1	25,1	22,8	33,2	49,3	10,1	21,6	8,4			69,5	
zorgklasse 2	52,1	28,4	25,4	36,4	14,3	36,2	21,5			17,4	
zorgklasse 3	17,0	17,3	5,7	10,7	9,4	20,9	9,3			0,3	
zorgklasse 4	2,7	14,9	2,2	3,6	18,1	10,7	22,1			0,2	0,1
zorgklasse 5	1,3	7,0	0,4		10,4	5,1	9,5			0,4	0,4
zorgklasse 6	1,8	5,8	0,1		13,4	2,8	8,6				0,1
zorgklasse 7		2,1	0,5		1,1	1,3	2,3			12,1	99,4
zorgklasse 8		1,8			5,7	1,5	5,4				
zorgklasse 9					17,4		12,9				
(n)	3594	1587	2107	5163	615	9387	2404	317	560	1452	2301

\* lege cel = niet geregistreerd.

Bron: GINO'03-'05 (SCP-bewerking)

De zorgklassen bieden de mogelijkheid om het volume van de zorg te bepalen. Ongeveer de helft van de geïndiceerden van huishoudelijke verzorging kreeg zorgklasse 2 toegewezen, wat neerkomt op 2 tot 4 uur huishoudelijke zorg per week (tabel B4.4). Ruim de helft van de geïndiceerden voor persoonlijke verzorging kreeg tot 4 uur per week toegewezen. Bij verpleegkundige handelingen is de zorgtijd korter: tweederde heeft recht op minder dan 2 uur. Indicaties voor algemene activerende begeleiding worden bij 8 van de tien personen voor minder dan 4 uur afgegeven. Eenzelfde beeld zien we bij indicaties voor algemene ondersteunende begeleiding. Activerende en ondersteunende dagbegeleiding wordt in dagdelen toegewezen: de toewijzing loopt uiteen van 1 tot 9 dagdelen per week. Indicaties voor verblijf worden in etmalen toegewezen. Indicaties voor tijdelijk verblijf worden bij 7 van de 10 personen voor 1 etmaal toegewezen, maar in 1 op de 10 gevallen ook voor een volledige week van 7 etmalen. Indicaties voor langdurig verblijf worden vrijwel uitsluitend voor 7 etmalen per week afgegeven.

### Leveringsvoorwaarden

Voor een aantal functies, te weten persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding en behandeling met verblijf, worden leveringsvoorwaarden opgenomen in het indicatiebesluit. De leveringsvoorwaarden geven aan hoe de geïndiceerde functies geleverd moeten worden: (A) op afspraak op geplande tijden, (B) volgens afspraak én direct oproepbaar, (C) voortdurend in de nabijheid, of (D) 24 uur per dag direct aanwezig. Bij de leveringsvoorwaarden A en B ligt het initiatief bij de cliënt, want deze is zelf in staat om de regie te voeren. Als de cliënt bijvoorbeeld aangewezen is op hulp bij de toiletgang of als er valrisico bestaat, maar de cliënt zelf nog in staat is om alarm te slaan, dan ligt leveringsvoorwaarde B voor de hand. Wanneer dat in verminderde mate het geval is en dus meer toezicht noodzakelijk is, komen leveringsvoorwaarden C en D in beeld. In situaties waarin het voldoende is om met enige regelmaat na te gaan of zorgverlening nodig is, is leveringsvoorwaarde C de geëigende indicatie, maar wanneer toezicht en ingrijpen feitelijk 24 uur per dag noodzakelijk is om gevaarlijk situaties te voorkomen, moet leveringsvoorwaarde D geïndiceerd worden (Jonker et al. 2005).

Tabel B4.5 laat zien dat een meerderheid van de geïndiceerden voor ‘persoonlijke verzorging’, ‘verpleging’ of ‘ondersteunende begeleiding’ algemeen heeft recht op afspraak geplande zorg. Bij indicaties voor ‘behandeling met verblijf’ is dit vanzelfsprekend vaker met leveringsvoorwaarde D, namelijk met 24 uur per dag direct aanwezig zorg.

Tabel B4.5

Verdeling van leveringsvoorwaarde per functie voor geïndiceerden voor AWBZ-GGZ, 2003-2005 (in procenten)

	<b>persoonlijke verzorging</b>	<b>verpleging</b>	<b>ondersteunende begeleiding algemeen</b>	<b>behandeling met verblijf</b>
A op afspraak gepland	50	67	68	20
B op afspraak + direct afroepbaar	14	15	11	22
C voortdurend in de nabijheid	21	9	12	14
D 24 uur per dag direct aanwezig	12	6	6	31
niet bekend	4	3	4	13
(n)	1587	2107	9387	560

Bron: GINO'03-'05 (SCP-bewerking)

### Persoonsgebonden budget

Het doel van het persoonsgebonden budget (pgb) is om cliënten meer keuzevrijheid te bieden en hen zo veel mogelijk de regie over hun eigen leven laten behouden. Het persoonsgebonden budget (pgb) aan te vragen, biedt hen de mogelijkheid om zelf de

gewenste zorg in te kopen. Ondanks het groeiende belang van de pgb's, wordt het grootste deel van de AWBZ-zorg nog 'in natura' geleverd.

Tabel B4.6 laat zien dat de meeste geïndiceerden kiezen voor zorg in natura. Uitzondering zijn de geïndiceerden voor een tijdelijk verblijf, waarvan een meerderheid kiest voor een pgb. Ongeveer een op de vijf geïndiceerden voor activerende of ondersteunende begeleiding kiezen een pgb.

Tabel B4.6

Verdeling van pgb en zorg in natura per functie voor geïndiceerden voor AWBZ-GGZ, 2003-2005 (in procenten)

	huis- houde- lijke verzor- ging	per- soon- lijke verzor- ging	ver- ple- ging	active- rende be- gelei- ding al- gemeen	active- rende be- gelei- ding al- gemeen	onder- steu- nende be- geleiding algemeen	onder- steu- nende be- geleiding dagopvang	behan- deling alge- meen	behan- deling met verblijf	ver- blijf tijde- lijk	ver- blijf lang- durig
pgb	8	9	3	20	15	24	19	1	0	58	0
zorg in natura	90	89	96	78	83	76	80	99	98	41	98
overig/onbekend	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
(n)	3594	1587	2107	5163	615	9387	2404	317	560	1452	2301

Bron: GINO'03-'05 (SCP-bewerking)



## Bijlage 5 Registratie van aandoeningen door het CIZ

De gegevens met betrekking tot aandoeningen in het RIO/GINO-bestand 2003-2005 zijn gecategoriseerd volgens de ICD-9 systematiek (Van Campen en Van Gameren 2003), hetgeen resulteerde in de volgende tabel:

Tabel B5.1  
Medische diagnoses ICD9

<b>variabele</b>	<b>icd-categorie</b>	<b>omschrijving icd-categorie</b>
kanker	2	nieuwvormingen
nier, gal, lever, schildklier	11, 14	ziekten van spijsverteringsstelsel; ziekten van urogenitaal stelsel
diabetes	4	endocriene ziekten; voedings- en stofwisselingsstoornissen
psychische aandoening	5	psychische en gedragsstoornissen
zenuwstelsel	6	ziekten van zenuwstelsel
hart en vaatstelsel	9	ziekten van hart en vaatstelsel
ademhalingsstelsel	10	ziekten van ademhalingsstelsel
bewegingsapparaat	13	ziekten van botspierstelsel, bindweefsel
gevolgen ongeval	19, 20	letsel en gevolgen van uitwendige oorzaken; uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte
overige aandoeningen	1, 3, 7, 8, 12, 15, 16, 17, 18, 21	infectieziekten en parasitaire aandoeningen; ziekten bloed/immuunsysteem; ziekten van oog en adnexe; ziekten van oor en aanverwanten; ziekten van huid en subcutis; zwangerschap, bevalling en kraambed; perinatale aandoeningen; aangeboren afwijkingen, misvormingen en chromosomale afwijkingen; symptomen, afwijkend klinisch en laboratorium; gezondheidstoestand beïnvloedende factoren

Bron: Van Campen en Van Gameren (2003)

Tabel B5.2

Aandoeningen van personen met een positieve AWBZ-GGZ indicatie naar type functie, a 2003-2005 (in procenten)

	huis- houdelijke verzorging	persoon- lijke verzorging	persoon- lijke verpleging	active- rende begeleiding algemeen	active- rende begeleiding dag	active- rende begeleiding dagopvang	onder- steunende begeleiding algemeen	onder- steunende begeleiding dagopvang	behande- ling met verblijf	behande- ling met verblijf tijdelijk	behande- ling met verblijf langdurig	totaal
nieuwvormingen	1	2	2	0	0	0	0	0	1	2	0	1
spijsvertering, urogenitaal	2	3	3	1	0	1	1	1	1	3	1	1
endocrien, voedings- en stofwisseling	4	7	7	2	1	2	2	4	2	5	1	4
psychische en gedrag	43	43	42	35	31	37	37	34	15	41	31	38
ziekten van zenuwstelsel	2	5	4	1	1	2	2	2	1	6	2	3
hart en vaatstelsel	8	14	11	1	1	0	3	5	6	11	2	4
ademhaling	4	6	5	1	0	0	2	3	3	5	2	3
bewegingsapparaat	9	11	8	3	1	3	3	4	4	7	2	5
ongevalletsel	2	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	2
overig	7	10	9	5	4	4	5	5	3	9	3	6
(n)	3594	1587	2107	5163	615	9387	2404	317	560	1452	2301	13.315

a Een persoon kan meer dan een functie geïndiceerd krijgen.

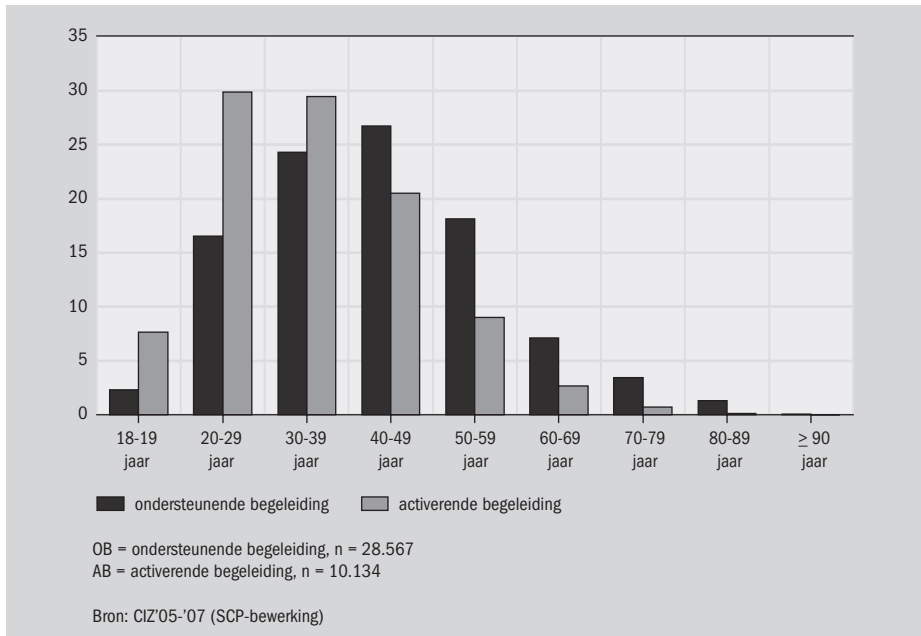
Bron: GINO'03-'05 (SCP-bewerking)

Tabel B5.2 geeft een beeld van de registratie van de aandoeningscategorieën volgens de internationale medische classificatie van de ICD-9. De resultaten laten zien dat informatie over de aandoeningen die door het CIZ geregistreerd zijn weinig toevoegen aan de informatie over de beperkingen. Ten eerste worden weinig stoornissen geregistreerd en ten tweede is er weinig differentiatie tussen functies. Bij 38% van de geïndiceerden is een stoornis geregistreerd die valt in de categorie 'stoornis van psyche en gedrag'. Andere stoornissen zijn zelden geregistreerd. In het onderscheid naar functie zijn geen grote verschillen te zien.

## Bijlage 6 Profielen van vragers naar ondersteunende en activerende begeleiding

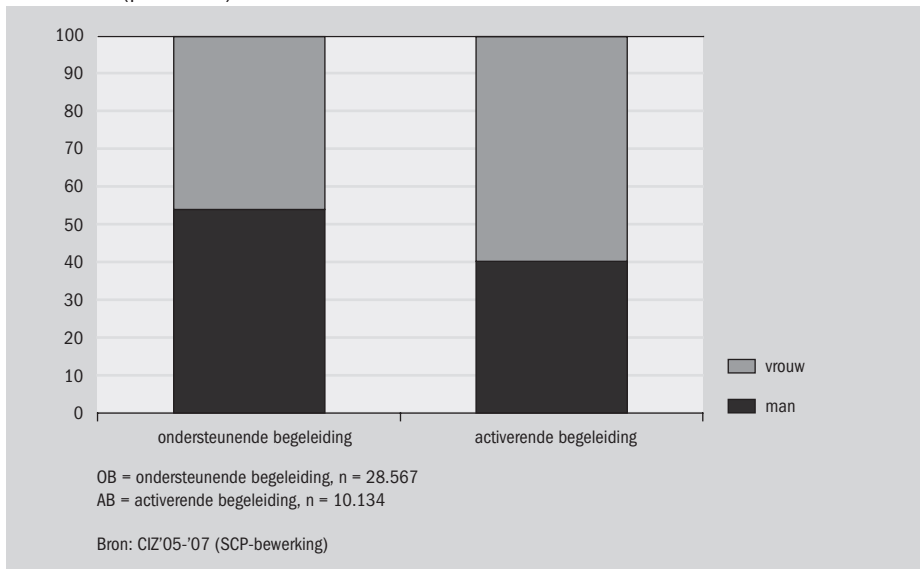
Figuur B6.1

Leeftijdverdeling van vragers naar ondersteunende en activerende begeleiding zonder verblijf, 2005-2007 (in procenten)



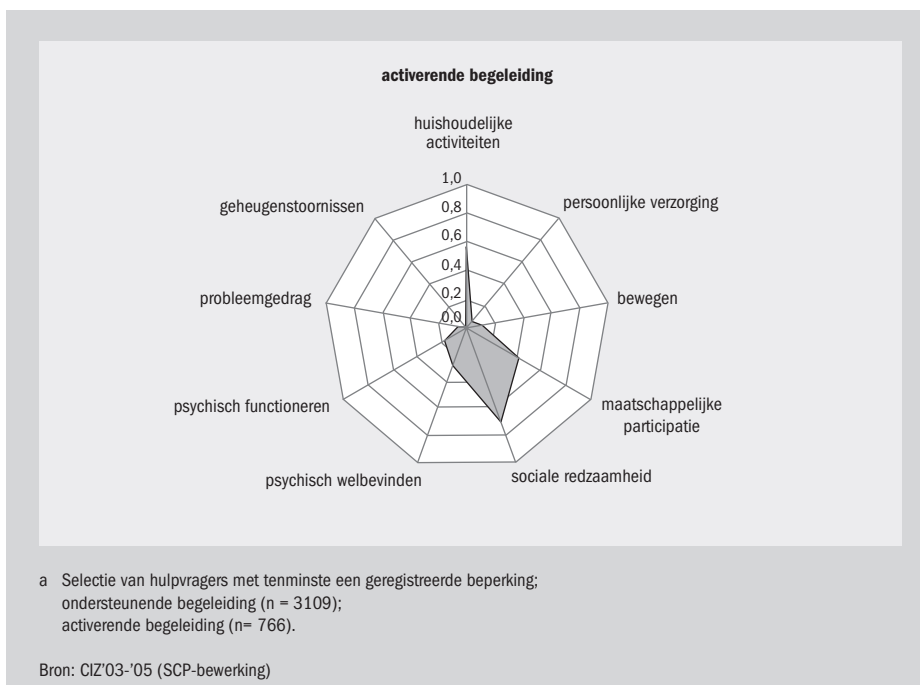
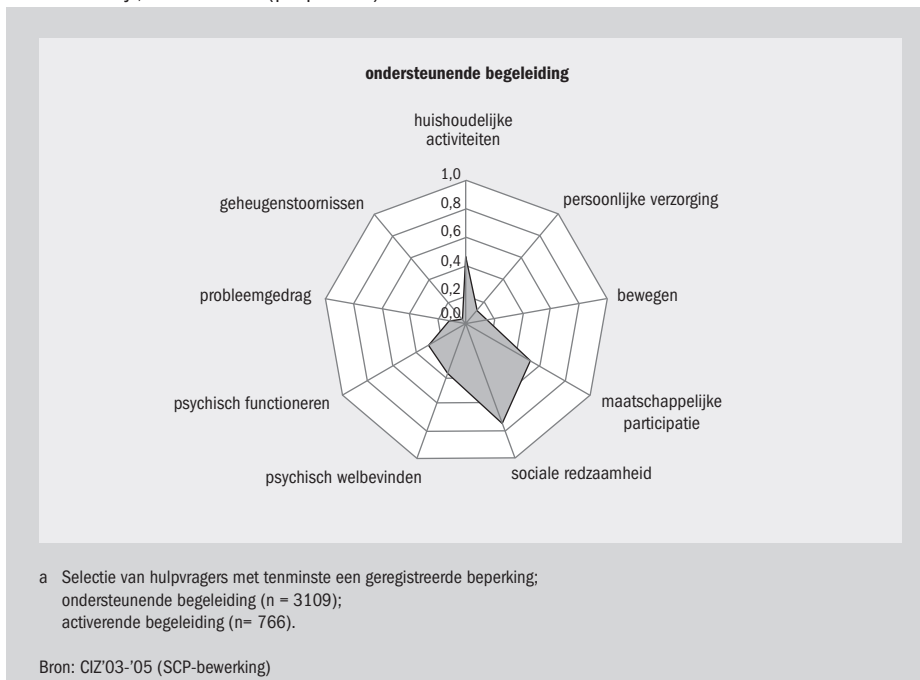
Figuur B6.2

Sekseverdeling van vragers naar ondersteunende en activerende begeleiding zonder verblijf, 2005-2007 (procenten)



Figuur B6.3

Profielen van zelfredzaamheid van vragers naar ondersteunende en activerende begeleiding zonder verblijf, 2003-2005 (proporties)<sup>a</sup>



## Literatuur

- Campen, C. van, en I. Woittiez (2003). Client demands and the allocation of home care in the Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals. In: *Health Policy*, nr. 64, p. 229-241.
- Campen, C. van, en E. van Gameren (2005). Eligibility for Long-term Care in the Netherlands: Development of a Decision Support System. In: *Health and Social Care in the Community*, nr. 13, p. 287-296.
- CIZ, Centraal Indicatieorgaan Zorg (2008). *Trendrapportage Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2007 Driebergen*: CIZ.
- CvZ, College voor zorgverzekeringen (2008). *GGZ-Kompas*. Diemen: CvZ.
- Gameren, E. van, C. van Campen, P. Moorer, P. van Linschoten en J. Iedema (2003). *Schalen van fysieke en psychosociale beperkingen. Het meten van hulpbehoefte bij de indicatiestelling verpleging en verzorging* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- GGZ Nederland (2008). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Hoof, F. van, L. Fotiadis, J. Vjselaar en J. Hasker (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 1: organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Knispel, A. en F. van Hoof (2008). *Ggz en ggz-cliënten in de AWBZ 2008: Vooronderzoek Ramingsmodel AWBZ-ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Land, H. van 't., J. Grolleman, K. Mutsaers en C. Smits (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Schoemaker, C., M.T. Have en P. Verhaak (2006). Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland. In: *MGV*, nr. 62, p. 824-835.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK 2008/2009. 'Uitwerking AWBZ pakketmaatregel'. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, 16 september 2008.
- WHO (2001). *International Classification of Functioning Disability and Health*. Geneve: WHO.
- Wijngaarden, B. van, H.J. Wennink en I. Kok (2005). *De kwaliteit van de langdurige zorg in GGZ Westelijk Noord-Brabant*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wolffensperger, E.W., I. Henselmans, P. Moorer, R.J.A. Smith en F.L.P. van Sonderen (2004). *Naar een stuurbare indicatiestelling AWBZ. Verslag van een onderzoek naar cliëntprofielen als basisinstrument voor beslissingsondersteuning in de indicatiestelling AWBZ*. Groningen: GINO.

# Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

## Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

## SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het SCP. Een complete lijst is te vinden op deze website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

## Sociale en Culturele Rapporten

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6  
Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008. ISBN 978-90-377-0368-9

## SCP-publicaties 2008

- 2008/1 Vrijwillig verzorgd. Over vrijwilligerswerk voor zorgbehoevenden en mantelzorgers buiten de instellingen (2008). Jeroen Devilee. ISBN 978-90-377-0353-5
- 2008/2 Vroeger was het beter. Nieuwjaarsuitgave 2008 (2008). ISBN 978-90-377-0344-3
- 2008/3 Facts and Figures of the Netherlands. Social and Cultural Trends 1995-2006 (2008). Theo Roes (ed.). ISBN 90-377-0211-8
- 2008/4 Nederland deeltijdland. Vrouwen en deeltijdwerk (2008). Wil Portegijs en Saskia Keuzenkamp (red.). ISBN 978-90-377-0346-7
- 2008/5 Het dagelijks leven van allochtone stedelingen (2008). Andries van den Broek en Saskia Keuzenkamp (red.). ISBN 978-90-377-0336-8
- 2008/6 De openbare bibliotheek tien jaar van nu (2008). Frank Huysmans en Carlien Hillebrink. ISBN 978-90-377-0351-1
- 2008/7 De openbare bibliotheek tien jaar van nu. De hoofdlijnen (2008). Frank Huysmans en Carlien Hillebrink. ISBN 978-90-377-0373-3
- 2008/8 The future of the Dutch public library: ten years on (2008). Frank Huysmans en Carlien Hillebrink. ISBN 978-90-377-0380-1
- 2008/9 De virtuele cultuurbezoeker. Publieke belangstelling voor cultuurwebsites (2008). Jos de Haan en Anna Adolfsen. ISBN 978-90-377-0357-3
- 2008/10 Gestruikeld voor de start. De school verlaten zonder startkwalificatie (2008). Lex Herweijer. ISBN 978-90-377-0339-9
- 2008/11 Sociale veiligheid ontsleuteld. Veronderstelde en werkelijke effecten van veiligheidsbeleid (2008). Lonneke van Noije en Karin Wittebrood. ISBN 978-90-377-0349-8
- 2008/12 Grijswaarden. Monitor ouderenbeleid 2008 (2008). Cretien van Campen (red.). ISBN 978-90-377-0376-4
- 2008/13 Overwegend onderweg. De leefsituatie en de mobiliteit van Nederlanders (2008). Lucas Harms. ISBN 978-90-377-0377-1
- 2008/14 De sociale pijler. Ambities en praktijken van het grotestedenbeleid (2008). Jeroen Hoenderkamp. ISBN 978-90-377-0378-8
- 2008/15 De school bestuurd. Schoolbesturen over goed bestuur en de maatschappelijke opdracht van de school (2008). Monique Turkenburg. ISBN 978-90-377-0338-2



- 2008/16 *Weinig over de schreef. Een onderzoek naar onwenselijk gedrag in de breedtesport* (2008). Annet Tiessen-Raaphorst, Jo Lucassen, Remko van den Dool, Janine van Kalmthout. ISBN 978-90-377-0360-3
- 2008/17 *Meedoen en gelukkig zijn. Een verkennend onderzoek naar de participatie van mensen met een verstandelijke beperking of chronisch psychiatrische problemen* (2008). M.H. Kwekkeboom en C.M.C. van Weert. ISBN 978-90-377-0369-6
- 2008/18 *Values on a grey scale. Elderly Policy Monitor 2008* (2008). Crétien van Campen (red.). ISBN 978-90-377-392-4
- 2008/19 *Overgebleven dorpsleven. Sociaal kapitaal op het hedendaagse platteland* (2008). Lotte Vermeij (SCP) en Gerald Mollenhorst (UU). ISBN 978-90-377-0367-2
- 2008/20 *Het platteland van alle Nederlanders. Hoe Nederlanders het platteland zien en gebruiken* (2008). Anja Steenbekkers, Carola Simon, Lotte Vermeij, Willem-Jan Spreeuwens. ISBN 978-90-377-0366-5
- 2008/21 *Portretten van Mantelzorgers* (2008). Sjoerd Kooiker en Alice de Boer. ISBN 978-90-377-0347-4
- 2008/22 *De staat van de publieke dienst. Het oordeel van de burger over de kwaliteit van overheidsdiensten* (2008). Evert Pommer, Hetty van Kempen en Evelien Eggink. ISBN 978-90-377-0370-2
- 2008/23 *Maten voor gemeenten 2008* (2008). Bob Kuhry, Jedid-Jah Jonker, Frans Knol, Ab van der Torre, m.m.v. Bureau Zenc. ISBN 978-90-377-0396-2
- 2008/24 *Verdeelde tijd. Waarom vrouwen in deeltijd werken* (2008). Wil Portegijs, Mariëlle Cloïn, Saskia Keuzenkamp, Ans Merens, Eefje Steenvoorden. ISBN 978-90-377-0397-9
- 2008/25 *Rapportage Sport 2008* (2008). Koen Breedveld, Carlijn Kamphuis, Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978-90-377-0361-0
- 2008/26 *Betrekkelijke betrokkenheid; Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008*. Paul Schnabel, Rob Bijl, Joep de Hart. ISBN 978-90-377-0368-9

### SCP-publicaties 2009

- 2009/1 *Nooit meer dezelfde. Gevolgen van misdrijven voor slachtoffers* (2009). Willemijn Lamet en Karin Wittebrood. ISBN 978-90-377-0402-0
- 2009/2 *Emancipatiemonitor 2008* (2009). Ans Merens en Brigitte Hermans (red.). ISBN 978-90-377-0406-8
- 2009/3 *Goede burens kun je niet kopen. Over de woonconcentratie en woonpositie van niet-westerse allochtonen in Nederland* (2009). Jeanet Kullberg, Miranda Vervoort en Jaco Dagevos. ISBN 978-90-377-0401-3
- 2009/4 *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2009* (2009). John Stevens, Evert Pommer, Hetty van Kempen, Elke Zeijl, Isolde Woittiez, Klarita Sadiraj, Rob Gilsing, Saskia Keuzenkamp. ISBN 978-90-377-0355-9
- 2009/5 *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007* (2009). Alice de Boer, Marjolein Broese van Groenou en Joost Timmermans (red.). ISBN 978-90-377-0408-2
- 2009/6 *At a glance. Summaries of 16 scp research projects in 2008*. ISBN 978-90-377-0413-6
- 2009/7 *Vrijwilligerswerk in meervoud. Civil society en vrijwilligerswerk 5* (2009). Paul Dekker en Joep de Hart. ISBN 978-90-377-0348-1
- 2009/8 *Cultuurbewonderaars en cultuurbeoefenaars. Trends in cultuurparticipatie en media-gebruik* (2009). Andries van den Broek, Jos de Haan en Frank Huysmans. ISBN 978-90-377-0400-6
- 2009/9 *Migrant Education in the Netherlands* (2009). Lex Herweijer. ISBN 978-90-377-0433-4
- 2009/10 *Gelukkig voor de klas?. Leraren voortgezet onderwijs over hun werk*. Ria Vogels. ISBN 978-90-377-0340-5

## SCP-essays

- 1 Voorbeelden en nabebelden (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 De stem des volks (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 De tekentafel neemt de wijk (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 Leven zonder drukte (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978-90-5260-260-8

## Overige publicaties

Ondersteunende voorzieningen (2008). Roelof Schellingerhout. ISBN 978-90-3770354-2

Wel of niet aan het werk (2008). Patricia van Echtelt en Stella Hoff. ISBN 90-377-0364-1

Ontwikkeling van AWBZ-uitgaven 1985-2030 (2008). Evelien Eggink, Evert Pommer en Isolde Woittiez. ISBN 90-377-0365-8

Veranderlijkheid van opvattingen over de EU (2008). Charlotte Wennekers. ISBN 978-90-377-0382-5

Advies over het macrobudget huishoudelijke WMO-hulp voor 2009 (2008). Evert Pommer, Ab van der Torre. ISBN 90-377-0383-2

Informatievoorziening integratie niet-westerse allochtonen. Inventarisatie van de beschikbare bronnen en voorstellen voor verbetering (2008). Jaco Dagevos en Mérove Gijsberts. ISBN 978-90-377-0388-7

De ongrijpbare nonrespondent (2008). Josine Verhagen. ISBN 978-90-377-0359-7.

Europa's bureu. Europees nabuurschapsbeleid en de publieke opinie over de Europese Unie (2008). Paul Dekker, Albert van der Horst, Suzanne Kok, Lonneke van Noije en Charlotte Wennekers. ISBN 978-90-377-0381-8

Minderheden meer gewicht. Over overgewicht bij Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en het belang van integratiefactoren (2008). Jaco Dagevos en Hans Dagevos. ISBN 978-90-377-0394-8

Maatschappelijke organisaties in beeld. Grote ledenorganisaties over actuele ontwikkelingen op het maatschappelijk middenveld (2008). Esther van den Berg en Joep de Hart. ISBN 978-90-377-0391-7

Dubbele nationaliteit en integratie (2008). Jaco Dagevos. ISBN 978-90-377-0398-6

Werk en tevredenheid onder chronisch zieken met een langdurig lichamelijke beperking (2008). Mieke Cardol, Mieke Emmen en Mieke Rijken (Nivel), met medewerking van Cretien van Campen (SCP). ISBN 978-90-377-0409-9

Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2008. Deel 1 (2008). Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978-90-377-0384-9

Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2008. Deel 2 (2008). Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978-90-377-0393-1

Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2008. Deel 3 (2008). Paul Dekker, Tom van der Meer en Eefje Steenvoorden. ISBN 978-90-377-0410-5

Wmo Evaluatie. Eerste tussenrapportage. De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007 (2008). Gijs van Houten, Mathijs Tuynman en Rob Gilsing. ISBN 978-90-377-0390-0

Wmo Evaluatie. Tweede tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking (2009). Anna Maria Marangos, Mieke Cardol en Mirjam de Klerk. ISBN 978-90-377-0399-3

M/v. SCP-nieuwjaarsuitgave 2009 (2009). ISBN 978-90-377-0411-2

Definitief advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2009 (2009). Evert Pommer, Ab van der Torre, Evelien Eggink. ISBN 978-90-377-0415-0

*TBO/eu en TBO/nl. Een vergelijking van twee methoden van tijdbestedingsonderzoek* (2009). Carlijn kamphuis, Remko van den Dool, Andries van den Broek, Ineke Stoop, Patty Adelaar, Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0423-5

*Kunnen alle kinderen meedoen? Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van arme kinderen* (2009). Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978-90-377-0416-7

*Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 1* (2009). Eefje Steenvoorden, Peggy Schijns en Tom van der Meer. ISBN 978-90-377-0417-4

*Werken en weldoen. Kiezen voor betaalde en onbetaalde arbeid* (2009). Ingrid Ooms, Jedid-Jah Jonker, Ab van der Torre. ISBN 978-90-377-0403-7

*Genoeg om van te leven. Focusgroepen in discussie over de minimale kosten van levensonderhoud* (2009). Stella Hoff, Arjan Soede, Cok Vrooman, Corinne van Gaalen, Albert Luten, Sanne Lamers. ISBN 978-90-377-407-5

*Sociale uitsluiting: een meetinstrument* (2009). Gerda-Jehoel-Gijsbers, Wendy Smits, Jeroen Boelhower, Harry Bierings. ISBN 978-90-377-0427-3

*Profielen van vragers naar AWBZ-GGZ* (2009). Cretien van Campen. ISBN 978-90-377-0444-0

