

Ambulantisering



20
12

Tendrapportage GGZ 2012

Deel 1: Organisatie, structuur en financiering

Ambulantisering

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectuitvoering

Frank van Hoof

Aafje Knispel

Nicole van Erp

Karin Overweg

Caroline Place

Maaïke van Vugt

Projectleiding

Frank van Hoof

Met medewerking van

Harry Michon

Hans Kroon

Lex Hulsbosch

Joost Vijselaar

Freeke Perdok

Met dank aan

Egidio Memeo en Margré Jongeling, Ministerie van VWS

Productiebegeleiding

Kathy Oskam

Opmaak en druk

Canon Nederland N.V.

ISBN: 978-90-5253-745-0

Deze uitgave is te bestellen of te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1201**.

© 2012 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks een serie rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. Daarbij vervult de Trendrapportage GGZ een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staat de Trendrapportage GGZ ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
Inleiding	13
1 Ambulantisering - Beleidshistorie en internationale ontwikkelingen	17
1.1 Inleiding	17
1.2 Ambulantisering in het Nederlandse GGZ-beleid 1970 – 2012	17
1.3 Deïstitutionalisering in Europa	23
1.4 Gemeenschappelijke vraagstukken rond implementatie	27
1.5 Aansturing en regie	30
1.6 Samenvatting en conclusies	34
2 Intramurale en ambulante GGZ - Stand van zaken in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen	37
2.1 Inleiding	37
2.2 Aard, omvang en gebruik van de intramurale GGZ	38
2.3 Toekomstscenario's intramurale GGZ	48
2.4 'Doelgroep' ambulantisering	50
2.5 Ontwikkelingen in aard en organisatie van de langdurige ambulante GGZ	54
2.6 Samenvatting en conclusies	61
3 Maatschappelijke participatie en maatschappelijke ondersteuning - Ontwikkelingen in beleid en praktijk	63
3.1 Inleiding	63
3.2 Maatschappelijke participatie – het panel Psychisch Gezien	64
3.3 Individuele maatschappelijke ondersteuning	69
3.4 Intersectorale samenwerking rond maatschappelijke ondersteuning	75
3.5 Beleidsontwikkelingen	80
3.6 Samenvatting en conclusies	86
4 Kosten, opbrengsten en financiering - Economische aspecten van ambulantisering	89
4.1 Inleiding	89
4.2 Ambulantisering – kostenontwikkelingen en -verschuivingen binnen de GGZ	90
4.3 Maatschappelijke opbrengsten van ambulantisering	96
4.4 Financiering	99
4.5 Samenvatting en conclusies	105
Literatuur	109
Afkortingen	127

Samenvatting

De wijziging, in 2008, van het financieringsstelsel voor de GGZ, is in de afgelopen periode wel bestempeld als de meest ingrijpende verandering die de sector in de afgelopen decennia heeft doorgemaakt. De gevolgen van deze transitie zijn voorlopig nog niet uitgekristalliseerd, maar een volgende uitdaging van formaat staat inmiddels voor de deur: een reductie van het aantal bedden met een derde ten opzichte van de intramurale capaciteit in 2008 en een vervanging van deze voorzieningen door ambulante zorg.

Nederland beschikt over een relatief grote intramurale GGZ-capaciteit. Tenminste de helft van de GGZ-uitgaven wordt aan intramurale zorg besteed. Een reductie met een derde zal dan ook grote gevolgen hebben in zorginhoudelijke, organisatorische, (bedrijfs-)economische en maatschappelijke zin. Reden om de voorgenomen bedden-afbouw als leidraad te nemen voor dit eerste deel van de Trendrapportage GGZ 2012.

Voorgeschiedenis en stand van zaken

Het streven naar substitutie van bedden voor ambulante zorg in Nederland is op zich niet nieuw. Al in de laatste decennia van de vorige eeuw werd van overheidswege op extramuralisering ingezet.

Het toenmalige extramuraliseringsstreven was onderdeel van een breder GGZ-beleid dat - in samenhang met de ambulantiseringdoelstelling - gericht was op een betere afstemming en integratie van de verschillende klinische en ambulante GGZ-functies en op een regionale ordening en inbedding van de GGZ. De laatste twee doelstellingen - de functionele integratie en de regionale ordening - lijken in zekere zin te zijn gerealiseerd, in ieder geval GGZ-intern, in de vorm van de regionale, geïntegreerde GGZ-instellingen. De eerste doelstelling - extramuralisering - is niet gehaald. Daarvoor lijkt het - terugblikkend en in vergelijking met andere landen - te zeer te hebben ontbroken aan een dwingend beleid. Alleen in de periode 1996-2002 heeft een tijdelijke afbouw van de intramurale capaciteit plaatsgevonden. Dat was ook de enige periode waarin concrete financiële stimuleringsmaatregelen van kracht waren.

In het eerste decennium van de nieuwe eeuw verdween het streven naar extramuralisering van de beleidsagenda. De voorbereidingen van de nieuwe zorgverzekeringswet (ZVW) en de overheveling van de GGZ naar de ZVW slokten alle beleidsaandacht op. Pas in 2010 keert het thema van extramuralisering weer terug op de landelijke beleidsagenda. In 2012 spreken overheid, aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties voor het eerst gezamenlijk een forse capaciteitsreductie van de intramurale zorg af.

De bestuurlijke context is dan wel ingrijpend gewijzigd. De overheid heeft een stap terug gedaan en de zorgverzekeraar is de belangrijkste partij geworden als het gaat om

de aansturing van de voorgenomen ambulantisering. Ondertussen is de geïntegreerde GGZ qua financiering verkaveld geraakt over verschillende financieringskaders. En de doelstelling van een regionale ordening is vervangen door een marktordering.

Per saldo blijkt gedurende het bijna 10 jaar durende intermezzo in het extramuraliseringsbeleid ook een remuralisering te hebben plaatsgevonden in de Nederlandse GGZ. In het afgelopen decennium is namelijk de klinische zorg nog weer licht gegroeid. Daarnaast heeft de groei van het beschermd wonen een hoge vlucht genomen. Wel lijkt sinds circa 2010 de groei van het beschermd wonen af te remmen, de capaciteit van de langdurige klinische zorg te stabiliseren en die voor kortdurende klinische zorg in 2012 voor het eerst te dalen. Na decennia van vrijwel ononderbroken groei lijkt een nieuw begin van beddenafbouw daarmee zeer recent ingezet.

Ambulante ontwikkelingen

De ambulantisering lijkt dus een voorzichtige (nieuwe) aanvang te hebben genomen. Maar de ambulante zorg hoeft niet vanaf nul te worden opgebouwd. In dit rapport is vooral gekeken naar de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen - de belangrijkste groep potentiële intramurale GGZ-cliënten. Anno 2012 zijn er van de ongeveer 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen naar schatting 200.000 bij de GGZ in zorg. Verreweg het grootste deel daarvan ontvangt ambulante zorg.

De basis voor die zorg is in Nederland veel eerder gelegd in de vorm van de sociaalpsychiatrische hulpverlening van de GGZ. De stimuleringsmaatregelen die ten grondslag lagen aan de tijdelijke intramurale afbouw eind jaren '90 gaven ook een tijdelijke impuls aan de opkomst van een aantal specifieke, gespecialiseerde ambulante zorgvoorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In het verlengde daarvan verspreidden zich de afgelopen tien jaar nieuwe, op onderdelen inmiddels effectief gebleken 'integrale' werkwijzen en organisatorische modellen als FACT en recenter bijvoorbeeld ook Intensive Home Treatment (IHT).

Ondertussen zijn rehabilitatie, herstel en participatie steeds meer de kernbegrippen geworden in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Speciale voorzieningen voor ontmoeting, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie bestaan al langer. De laatste jaren ontwikkelen methodieken als de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en - rond werk - Individuele Plaatsing en Steun (IPS) een steeds steviger evidence base. Ook deze verspreiden zich gestaag over het GGZ-veld. Datzelfde geldt voor cliëntgestuurde voorzieningen rond herstel. Ondertussen wordt binnen bredere samenwerkingsverbanden zoals wijkgerichte projecten en in maatschappelijke steunsystemen gewerkt aan de integratie en participatie van kwetsbare burgers, waaronder mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Onderzoekers wijzen erop dat in het bevorderen van de participatie van mensen met psychische problemen in potentie ook de belangrijkste maatschappelijke en economi-

sche meerwaarde ligt van een omslag naar en investeringen in een meer ambulante en meer maatschappelijk georiënteerde GGZ. Dat betekent tegelijk dat de winst van ambulantisering niet zozeer binnen, maar vooral buiten de GGZ gezocht moet worden.

Aandachtspunten en uitdagingen

De verwachting is dat de afbouw van de intramurale GGZ door zorgverzekeraars actiever ter hand zal worden genomen dan voorheen door de landelijke overheid gebeurde. Dat betekent ook dat de behoefte groeit aan concrete oplossingen voor factoren die voorheen als een belemmering voor afbouw werden ervaren, zoals de kapitaallastenproblematiek en andere frictieproblemen. Tegelijk groeit de behoefte aan een gedeeld beeld over het gewenste toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Gesignaleerd wordt dat met name rond de verdere opbouw en uitbouw van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, nog een aantal belangrijke uitdagingen voor de deur staan.

Zo domineren herstel en rehabilitatie de beleidsvisies, maar leunen opleiding, organisatie en financiering in de praktijk nog steeds sterk op een medisch-psychiatrisch gedachtegoed; dat heeft zijn weerslag op de praktijk en belemmert op onderdelen innovaties. FACT verspreidt zich gestaag, maar beantwoordt nog nergens volledig aan de zelfopgelegde kwaliteitseisen. Inmiddels ontvangen ruim 35.000 mensen FACT, maar dat betekent ook dat ruim 80 % van de mensen met ernstige psychische aandoeningen die in zorg zijn bij de GGZ, nog steeds is aangewezen op 'reguliere' zorg. De capaciteitsontwikkeling van IPS blijft nog aanzienlijk verder achter. In zijn algemeenheid wordt erop gewezen dat de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen - met een aandeel van maximaal 20 % in de totale GGZ-uitgaven - nog steeds onderbedeeld is.

Ondertussen blijft vooral de behoefte aan een socialer en actiever leven onverminderd groot onder mensen met ernstige psychische aandoeningen. Diegenen die het lukt om een bevredigend sociaal en maatschappelijk leven op te bouwen en te onderhouden, ontvangen daarbij doorgaans ondersteuning van familie en soms van GGZ-hulpverleners (andere professionals komen nog nauwelijks in beeld). Veel mensen met ernstige psychische aandoeningen ontberen echter die steun, ondanks de eerdergenoemde goede initiatieven en ontwikkelingen.

Verschillende oorzaken worden daarvoor aangewezen. Specifieke voorzieningen rond maatschappelijke participatie zijn in omvang en bereik vaak nog beperkt. Veel initiatieven hebben vooral het karakter van een collectieve voorziening of een collectief aanbod en zijn nog weinig gericht op individuele ondersteuning bij participatie, in aansluiting op de individuele wensen van betrokkenen. Initiatieven blijven vaak ook beperkt tot de GGZ (waar de aandacht voor participatie ook nog geen gemeengoed is); het blijkt lastig andere partijen te interesseren en mobiliseren. Wijkgerichte en MSS-projecten met meer partijen hebben vaak een tijdelijk, projectmatig karakter en daarmee een hoog ad hoc gehalte. Een vanzelfsprekende regionale initiator of regievoerder voor de ontwikkeling van een steviger regionale infrastructuur ontbreekt.

De bestaande wettelijk kaders bieden hierin ook nog onvoldoende soelaas. De WMO wordt als te vrijblijvend ervaren; niettegenstaande verschillende goede voorbeelden, lijkt de bemoeienis van gemeenten met de participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de afgelopen jaren zelfs afgenomen. Binnen andere wettelijke kaders op het gebied van re-integratie worden mensen met psychische aandoeningen vaak als 'onbemiddelbaar' beschouwd, sluit de ondersteuning niet aan op de individuele ondersteuningsbehoeften van mensen en hebben voorzieningen die wel 'op maat' werken, zoals IPS, grote moeite adequate financiering los te krijgen. Per saldo ontbreekt het met name aan een solide en structurele financieringsbron voor de individuele maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Internationale ervaringen

Ervaringen elders leren dat deze knelpunten niet uniek zijn voor Nederland. Waar goede zorg aan huis zich met een gerichte aansturing nog relatief eenvoudig en eenduidig laat organiseren, lijkt met name de stap naar sociale inclusie en participatie en het tot stand brengen van de daarvoor benodigde maatschappelijke steun ingewikkelder. Stigma en beeldvorming (ook binnen de GGZ) spelen daarbij nog steeds een belangrijke rol. Maar complicerend is ook dat voor meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde ondersteuning de medewerking vereist is van meer partijen, sectoren en financiers. Daarbij zijn doorgaans de verantwoordelijkheden, middelen en aanspraken in het 'sociale domein' veel minder stevig verankerd dan in de gezondheidszorg. Aansturing is doorgaans meer gedecentraliseerd. Voorzieningen zijn daarmee kwetsbaarder en afhankelijker van onzekere financieringsbronnen en van het regionale en lokale politieke tij. Middelen - ook middelen die overgeheveld worden vanuit de gezondheidszorg - vloeien binnen de sociale sector ook gemakkelijker weg naar andere doelgroepen of voorzieningen.

Bijkomend aandachtspunt is dat de opbrengsten van goede, op herstel en participatie gerichte ambulante zorg bij anderen terecht komen dan bij diegenen die erin investeren. Dat vormt een extra belemmering voor die investeringen. Ook als de intenties er wel zijn en het algemene maatschappelijke belang ervan wordt onderkend, kan het voor zorginstellingen en zorgfinanciers immers een drempel zijn om grote financiële risico's te nemen als de potentiële opbrengsten niet terugvloeien naar henzelf maar vooral terecht komen bij gemeenten, uitkeringsinstanties, sociale zaken, justitie, etc..

Suggesties voor een effectieve transitie

Steeds eensluidender pleiten toonaangevende internationale organisaties en onderzoeksgroepen daarom voor landelijke beleidskaders waarin zo expliciet en concreet mogelijk de verantwoordelijkheden van de verschillende overheden en andere relevante instanties rond de zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen worden gedefinieerd, waarin individuele aanspraken van mensen met ernstige psychische aandoeningen op zorg, huisvesting, opleiding en werk worden vastgesteld en waarin structurele en permanente financiering voor (zo nodig

langdurige) individuele ondersteuning op deze terreinen wordt geregeld. Feitelijk wordt, omwille van een kwetsbare doelgroep, maar ook omwille van het brede maatschappelijke belang van de sociale inclusie van deze populatie, gevraagd om meer waarborgen, op verschillende domeinen.

De vraag is, niet alleen in Nederland, in hoeverre het afgeven van landelijke waarborgen strookt met politiek-bestuurlijke ontwikkelingen van decentralisering en privatisering. Voor zover daar een probleem ligt, zou bezien kunnen worden hoe in ieder geval de systeemprikkels in het stelsel zodanig bijgesteld kunnen worden dat het voor decentrale overheden en private partijen veel aantrekkelijker en lonender wordt dan nu om zich in te zetten voor de maatschappelijke participatie en inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Ondertussen bieden onderzoeksbevindingen, beleidsverkenningen en good practices in Nederland voldoende aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een gezamenlijk landelijk transitieplan - inclusief eindplaatje, routekaart en monitor - voor de opzet, organisatie en financiering van de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de toekomst. Belangrijke vragen bij een dergelijk plan zijn dan: Wat kan afgebouwd worden c.q. wat moet in stand blijven binnen het brede en gedifferentieerde aanbod van de huidige intramurale voorzieningen? Voor wie is die overblijvende intramurale zorg straks bestemd en hoe moet die zorg eruit zien? Maar vooral ook: hoe moet het ambulante zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen er straks uitzien? Hoeveel FACT en IPS-capaciteit is nodig? Welke voorzieningen zijn verder nodig rond zorg, huisvesting en werk? Hoe kan de omslag naar een rehabilitatie- en herstelbenadering worden gestimuleerd en gefaciliteerd? Waar streven we naar in termen van sociale inclusie? Wat is daarvoor nodig op het gebied van opleiding, financiering en organisatie van de zorg? Wat is daarvoor nodig op het gebied van de reguliere voorzieningen?

Op veel onderdelen zijn ingrediënten voor een dergelijk plan al voorhanden. En ook wanneer aan een transitieplan geen wettelijke of anderszins formele status verleend kan worden, kan het wel als referentiekader dienen voor de regionale ontwikkelingen en afspraken. De behoefte daaraan lijkt met het decentraliseren van bevoegdheden en het diffuser worden van de regionale ordening niet af, maar juist toe te nemen. Inzet van dat plan zou dan kunnen zijn om, met alle partijen en lerend van de ervaringen elders, de relatieve achterstand in de Nederlandse beddenafbouw om te zetten in een voorsprong in de ontwikkeling van een effectieve infrastructuur voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Inleiding

De wijziging, in 2008, van het financieringsstelsel voor de GGZ, is in de afgelopen periode wel bestempeld als de meest ingrijpende verandering die de sector in de afgelopen decennia heeft doorgemaakt. Over de consequenties ervan is in vorige Trendrapportages uitgebreid gerapporteerd. Inmiddels zijn ook al aanvullende overhevelingen aangekondigd. Het zal vermoedelijk nog een aantal jaren duren voordat de gevolgen van deze stelselwijzigingen zijn uitgekristalliseerd en duidelijk is wat de impact ervan is geweest op de organisatie en het functioneren van de GGZ en op de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de GGZ-cliënten.

Ondertussen staat een volgende uitdaging van formaat voor de deur: een reductie van het aantal bedden met een derde ten opzichte van de intramurale capaciteit in 2008 en een vervanging van deze voorzieningen door ambulante zorg. Nederland beschikt over een relatief grote intramurale GGZ-capaciteit. Tenminste de helft van de GGZ-uitgaven wordt aan intramurale zorg besteed. Een reductie met een derde zal dan ook grote gevolgen hebben, niet alleen in termen van omvang van het voorzieningsaanbod en in zorginhoudelijke en maatschappelijke zin, maar ook voor de bedrijfsvoering van de instellingen. Reden om de voorgenomen beddenafbouw als leidraad te nemen voor dit eerste deel van de Trendrapportage GGZ 2012.

Motieven voor ambulantisering

Twee hoofdmotieven voor de beddenafbouw zijn te onderscheiden. In de eerste plaats is de overweging dat een verblijf in de kliniek, ook als daar goede zorg wordt geboden, de kwaliteit van leven, de behandeling en het herstel van cliënten niet ten goede komt. De kliniek is daarvoor een te kunstmatige omgeving, waar cliënten afgezonderd zijn van familie, eigen woonomgeving en samenleving, en waar ze geconfronteerd worden met dagpatronen, bezigheden en een fysieke en sociale omgeving waar ze zelf niet voor hebben gekozen en nauwelijks zeggenschap over hebben. Ambulante hulp biedt in dit opzicht veel meer mogelijkheden om aan te sluiten bij de fysieke, sociale en maatschappelijke omstandigheden van cliënten en hun daaruit voortkomende praktische, psychiatrische en sociaal-maatschappelijke hulpvragen; ambulante hulp biedt daarmee ook veel betere mogelijkheden om concrete, 'real-life' behandel- en ondersteuningsstappen te zetten. Daar komt bij dat onderzoek in de loop der jaren heeft laten zien dat mensen met ernstige psychische aandoeningen – ook diegenen die langdurig in een intramurale setting verblijven – zelf doorgaans een sterke voorkeur hebben voor zelfstandig wonen en ambulante hulp (Medeiros e.a., 2008; Van Hoof e.a., 2009a; Van Veldhuizen, 2012a).

De actuele belangstelling voor de mogelijkheden tot ambulantisering komt echter niet alleen voort uit zorginhoudelijke motieven maar ook uit financiële overwegingen. Drie recente ontwikkelingen spelen daarbij een rol, namelijk de economische recessie, de

stijgende zorguitgaven en juist ook de invoering van het nieuwe zorgstelsel. In het nieuwe stelsel nemen zorgverzekeraars een belangrijke plaats in. Ook zij hebben geconstateerd dat een groot deel van de GGZ-kosten worden gemaakt voor de intramurale zorg en dat de Nederlandse beddenscapaciteit in internationaal perspectief groot is. De conclusie van de financiers luidt dat daar mogelijk ruimte ligt voor kostenbesparingen. Ondertussen vormen voor de landelijke overheid vooral de stijgende zorguitgaven (en in het bijzonder in de GGZ), in combinatie met een onvoorziene economische recessie, een belangrijke aanleiding voor een heroriëntatie op de intramurale GGZ-capaciteit.

Aan de beddenafbouw en de ambulantisering zal in de komende periode dus vorm gegeven gaan worden vanuit zowel zorginhoudelijke als financieel-economische drijfveren. Die drijfveren kunnen samengaan en kansen bieden, maar ze kunnen ook botsen en risico's met zich meebrengen. Een helder inzicht in de uitgangssituatie en een brede overeenstemming over de doelstellingen en de gewenste eindsituatie van het afbouw- en ambulantiseringproces zijn daarom cruciaal.

Opzet van het rapport

In deze trendrapportage willen we ons vooral concentreren op de uitgangssituatie van de GGZ in het licht van de aanstaande ambulantisering. Dat doen we aan de hand van vier vragen:

1. Wat zijn de Nederlandse ontwikkelingen met betrekking tot ambulantisering tot nu toe geweest en hoe verhouden die zich tot die in de ons omringende landen?
2. Waar staat de Nederlandse GGZ op dit moment, als het gaat om intramurale en ambulante voorzieningen voor mensen met psychische aandoeningen?
3. Waar staat de Nederlandse samenleving op dit moment, als het gaat om de inclusie en maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen?
4. Wat is bekend over kosten en opbrengsten van ambulantisering en van meer maatschappelijk georiënteerde zorg?

Ad 1. Historische en internationale context.

Ambulantisering staat recent weer in het midden van de beleidsaandacht, maar het streven ernaar is niet nieuw. Al in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw was het GGZ-beleid enige tijd nadrukkelijk op extramuralisering gericht. Ook in andere Europese landen is afbouw van bedden en de ontwikkeling van goede ambulante zorg een belangrijk beleidsthema (in sommige landen al enkele decennia). Een aantal van de vraagstukken die nu voorligt, speelde daarmee ook eerder en elders al. Reden om in hoofdstuk 1 een kort overzicht te geven van de Nederlandse beleidsontwikkelingen in historisch en in internationaal perspectief en te bezien wat daarvan te leren valt voor de huidige voornemens.

Ad 2. Stand van zaken intramurale en ambulante zorg

Een geactualiseerd overzicht van de intramurale en ambulante capaciteit en productie en recente trends daarin, vormt een vast onderdeel van de Trendrapportage GGZ. In

hoofdstuk 2 wordt een nieuwe update gepresenteerd, op onderdelen wat meer dan voorheen gespecificeerd naar verschillende categorieën intramurale en ambulante voorzieningen. In aanvulling daarop wordt een overzicht gegeven van hetgeen bekend is over de actuele omvang, het zorggebruik en de zorgbehoeften van de zogeheten EPA groep (mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen). Het ambulantiseringstraject zal immers vooral (zij het niet uitsluitend) betrekking hebben op de zorg en ondersteuning voor deze groep. Ook zorginhoudelijke trends en ontwikkelingen in de wetenschappelijke inzichten over de zorg aan deze groep worden in hoofdstuk 2 op een rij gezet.

Ad 3. Stand van zaken sociale inclusie en maatschappelijke participatie

Ambulantisering is geen doel op zich, maar een middel. Voor sommigen een mogelijk middel voor kostenreductie, maar primair - en als zodanig ook verwoord in bijvoorbeeld het Bestuurlijk Akkoord tussen overheid en veldpartijen in en rond de GGZ - is het een middel om te komen tot een inkluderende en participatie-ondersteunende vorm van de zorg voor mensen met psychische aandoeningen. We willen mensen met aanhoudende psychische aandoeningen niet meer uitsluiten en 'wegstoppen' maar includeren en de gelegenheid bieden in de samenleving te participeren. In hoofdstuk 3 geven we een overzicht van de ontwikkelingen en de stand van zaken in beleid en praktijk van de maatschappelijke ondersteuning en de maatschappelijke participatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. De resultaten van een speciaal voor deze Trendrapportage uitgevoerde raadplegingsronde bij het panel Psychisch Gezien nemen daarbij een belangrijke plaats in.

Ad 4. Kosten en baten

In eerdere Trendrapportages werd al gesignaleerd dat (geestelijke) gezondheidszorg de laatste jaren in de onderzoeksliteratuur niet alleen meer wordt gezien als een kostenpost, maar ook als een investering, met een potentieel positief maatschappelijk en economisch rendement (zie onder andere de recente Volksgezondheid Toekomstverkenningen). Voor de GGZ ligt het potentiële rendement vermoedelijk vooral in de bijdrage aan de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen. Verondersteld wordt dan ook dat in het bevorderen van de participatie van mensen met psychische problemen de belangrijkste maatschappelijke en economische meerwaarde ligt van een omslag naar en investeringen in een meer ambulante en meer maatschappelijk georiënteerde GGZ. In hoofdstuk 4 zal op een rij worden gezet welke onderbouwing aan deze veronderstellingen gegeven kan worden op basis van bestaand onderzoek. Gerelateerde vraagstukken rond kostenverschuivingen binnen de GGZ en rond de financiering van de ondersteuning van mensen ernstige psychische aandoeningen, komen daarbij ook aan de orde.

1 Ambulantisering - Beleidshistorie en internationale ontwikkelingen

1.1 Inleiding

Ambulantisering is sinds enkele jaren weer een kernthema in het Nederlandse GGZ-beleid. Maar het streven naar substitutie van bedden voor ambulante zorg is niet nieuw. Al in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw was het GGZ-beleid enige tijd nadrukkelijk op extramuralisering gericht. Ook in andere Europese landen is afbouw van bedden en de ontwikkeling van ambulante zorg een belangrijk beleidsthema; in sommige landen al enkele decennia. Een aantal van de vraagstukken die nu voorligt, speelde daarmee ook eerder en elders al. In dit hoofdstuk geven we een kort overzicht van de Nederlandse ontwikkelingen in historisch en in internationaal perspectief.¹

In paragraaf 1.2 laten we zien hoe de doelstelling van ambulantisering eerder al op de voorgrond trad in het Nederlandse GGZ-beleid, maar vervolgens ook weer gedurende een periode van de beleidsagenda verdween. In paragraaf 1.3 vergelijken we de Nederlandse ontwikkelingen met die in de ons omringende landen. Ook gaan we in op de opkomst van de GGZ als beleidsthema op Europees niveau en op de aandacht voor deïstitutionalisering en sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen in het Europese beleid. Enkele belangrijke, gemeenschappelijke knelpunten in de *implementatie* van het deïstitutionaliseringsbeleid in Europa komen aan bod in paragraaf 1.4. In paragraaf 1.5 bespreken we welke suggesties vanuit de internationale (onderzoeks-) literatuur worden gedaan voor de aanpak van die knelpunten. In paragraaf 1.6 zetten we de belangrijkste conclusies van het hoofdstuk op een rij.

1.2 Ambulantisering in het Nederlandse GGZ-beleid van 1970 – 2012

Pleidooien voor het vervangen van intramurale zorg door ambulante hulp zijn sinds het midden van de afgelopen eeuw al gehouden door diverse prominenten binnen en rond de Nederlandse GGZ. Vanaf de jaren '70 / '80 werd extramuralisering ook steeds meer een agendapunt in het landelijke overheidsbeleid. Dat bleef het tot circa 2000, waarna het weer van de beleidsagenda verdween.

Vijselaar e.a. laten in een overzichtsartikel uit 2009 zien dat het beleid in de periode 1970-2000 verschillende fasen doorliep, maar dat er ook sprake was van een duidelijke

1 Daarbij putten we mede uit de bevindingen uit eerdere Trendrapportages.

rode draad (Vijselaar e.a., 2009). Die bestond uit het samengaan van de extramuraliseringsdoelstelling met een streven naar een integratie van het GGZ-aanbod en naar een regionale ordening van de GGZ-voorzieningen. We zetten de hoofdlijnen uit Vijselaars overzicht kort op een rij.

De jaren zeventig

Begin jaren zeventig had de GGZ een versnipperd karakter. De sector was verdeeld in een breed scala aan uiteenlopende werksoorten en organisaties. De situatie werd wel beschreven als 'een lappendeken'. Intramurale en ambulante GGZ waren gescheiden werelden. De *intramurale* GGZ bestond in hoofdzaak uit een veertigtal algemene psychiatrische ziekenhuizen (apz-en), onafhankelijk opererend en zonder duidelijk afgebakende verzorgingsgebieden (Van der Grinten, 1987; Vijselaar, 2007; Vijselaar e.a. 2009). Buiten de officiële GGZ om boden sociale pensions (ex-)psychiatrische patiënten onderdak aan (De Goei & Van der Hoorn, 2006). De *ambulante* geestelijke gezondheidszorg bestond uit uiteenlopende organisaties, elk met eigen werksoorten en doelgroepen en met een ongelijkmatige spreiding over het land (Sociaal Psychiatrische Diensten, Medisch Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen en Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie).

Tot de jaren zeventig had de overheid zich vrijwel afzijdig gehouden van de geestelijke gezondheidszorg, het beleid overlatend aan het 'middenveld'. Vanaf 1970 veranderde dat. De relatieve willekeur en het gebrek aan samenhang in het bestaande aanbod maakten plaats voor de overweging dat de GGZ zodanig georganiseerd diende te worden dat de mensen met psychische aandoeningen zo dicht mogelijk bij de eigen woonplek geholpen zouden kunnen worden (Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1974). Dat zou moeten gebeuren door een regionale ordening van de zorg in wel omschreven regio's en door een echelonnering van de GGZ-voorzieningen van lichte naar intensieve zorg (eerste, tweede en derde lijn) (Vos & Hutschemaekers, 1998). Concreet werd ingezet op de ontwikkeling van Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg's), waarin alle eerder genoemde organisaties en werksoorten in de ambulante GGZ moesten opgaan. Afbouw van psychiatrische ziekenhuizen werd nog niet met die woorden bepleit, wel streefde de overheid naar een betere spreiding van intramurale plaatsen over het land, door inkrimping van bestaande ziekenhuizen en de nieuwbouw van instellingen met maximaal 300 bedden. Ook werd ingezet op psychiatrische tussenvoorzieningen en deeltijdbehandeling.

De jaren '70 waren ook het decennium van de antipsychiatrie en de opkomende cliëntenbeweging, met hun kritiek op het vermeende repressieve, medicaliserende en uitsluitende karakter van de psychiatrie. Een en ander droeg bij aan voorstellen en maatregelen voor veranderingen en verbeteringen binnen de psychiatrische ziekenhuizen, maar was vooral ook de opmaat voor een nadrukkelijker extramuraliseringsbeleid vanuit de landelijke overheid in de daaropvolgende decennia.

De jaren tachtig

Rond 1980 omarmden de psychiatrische tegenbeweging en even later de politiek het nieuwe ideaal van 'deinstitutionalisering': de afbouw van de inrichtingen en de opbouw van kleinschalige en ambulante voorzieningen voor mensen met psychische aandoeningen in de samenleving. De roep om ontmanteling van de klassieke inrichting kwam in Nederland onder andere tot uitdrukking in de zogeheten Moratoriumactie. In 1982 bepleitte een comité, met onder andere de hoogleraren sociale psychiatrie Trimbos en Romme, de bevriezing van de plannen voor de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen, om tijd te krijgen voor het uitwerken van alternatieven voor het APZ. De Tweede Kamer nam in februari 1983 een motie aan om de bouw van nieuwe psychiatrische ziekenhuizen uit te stellen. In kringen van politiek, bestuur en adviesorganen kenterden nu de opvattingen over de geestelijke gezondheidszorg: men streefde expliciet naar deconcentratie en ambulantisering van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Blok, 2004; Van der Poel e.a., 1985).

Dit streven sprak ook uit de nota *Geestelijke Volksgezondheid*, ofwel de *Nieuwe Nota*, uit 1984. Daarin werd niet alleen vastgesteld dat de grootschalige psychiatrische instellingen processen van uitstoting bevorderden, maar ook dat de Riagg's te weinig aandacht besteedden aan de begeleiding van mensen met ernstige psychiatrische problematiek en te weinig bijdroegen aan het verminderen van het aantal opnames in de psychiatrische ziekenhuizen. Intramurale en ambulante zorg stonden teveel met de ruggen naar elkaar, zo luidde het. In de nota pleitte de overheid voor een *integraal systeem* van GGZ-voorzieningen. Daartoe dienden Riagg's meer werk te maken van het voorkomen en bekorten van opnames in psychiatrische ziekenhuizen en op dat front ook meer met de psychiatrische instellingen samen te werken. De intramurale zorg zelf diende te worden gedeconcentreerd naar kleinschaliger opnamevoorzieningen en gesubstitueerd door kleinschalige woonvoorzieningen. Een regionale ordening bleef het uitgangspunt. Naast de Regionale Instellingen voor Ambulante GGZ (de Riagg's) werd nu ook bundeling geëntameerd van een veelvormige verzameling van tussenvoorzieningen en sociale pensions in Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's).

Extramuralisering en voortgaande integratie en regionalisering van de GGZ werden in de jaren '80 zo nog nadrukkelijker de hoofdlijnen van het landelijke GGZ-beleid; een beleid dat, een handvol regionale uitzonderingen daargelaten, echter niet onmiddellijk de beoogde resultaten te zien gaf. De gewenste regionale ordening kreeg met de Riagg's en RIBW's weliswaar vorm, beide typen instellingen hadden - als gedwongen fusieorganisaties - vooralsnog de handen vol aan zichzelf. Regionale samenwerking tussen de verschillende instellingen kwam maar moeizaam van de grond. Maar vooral ook bleken de psychiatrische ziekenhuizen niet erg enthousiast om mee te werken aan het afstoten van bedden capaciteit (Bakker e.a., 2002; Blok & Vijselaar, 1998; Vijselaar, 1999; De Goei & Van der Hoorn, 2006; Blok, 1997; Van der Grinten, 1995).

De jaren negentig

Mede vanwege de teleurstellende resultaten tot dan toe, werden zowel de extramuraliseringsdoelstelling als het streven naar integratie van de GGZ, nieuw leven ingeblazen in de nota *Onder anderen* uit 1993. Nog nadrukkelijker werden de substitutie van verblijfsvoorzieningen door beschermd wonen, de afbouw en deconcentratie van de opnamevoorzieningen en de opbouw van ambulante alternatieven bepleit. De term 'vermaatschappelijking' werd gelanceerd: de GGZ diende meer oog te krijgen voor de behoeften van cliënten aan een zinvol sociaal en maatschappelijk leven; de GGZ diende daartoe ook nadrukkelijker de samenwerking te zoeken met andere maatschappelijke organisaties (Ministerie van WVC, 1993; Wennink, 1998; Kwekkeboom, 2001). Gesproken werd over de ontwikkeling van regionale maatschappelijke steunsystemen. De interne integratie van de GGZ werd ondertussen van nieuwe beleidsimpulsen voorzien in de vorm van pleidooien voor de invoering van instellingsoverstijgende zorgprogramma's en voor de ontwikkeling en uitbouw van Multi Functionele Eenheden (MFE's), waarin intramurale en ambulante voorzieningen samenwerken.

Anders dan voorheen werd vanaf 1993 ook een financieel stimuleringsbeleid gevoerd. Het zorgvernieuwingsfonds werd ingevoerd. Gefinancierd vanuit kortingen op de budgetten van de psychiatrische ziekenhuizen werd vanuit het zorgvernieuwingsfonds de ontwikkeling gesubsidieerd van ambulante zorg voor mensen met psychische aandoeningen en van projecten gericht op zorgcoördinatie en regionale samenwerking.

Terugkijkend lijkt vooral dit financiële stimuleringsbeleid succesvol te zijn geweest. Met name in de periode 1996 – 2002 kwamen op grote schaal voorzieningen rond psychiatrische thuiszorg, casemanagement, begeleid wonen, arbeidsrehabilitatie en cliëntgestuurde initiatieven van de grond. Het is ook de enige periode in de afgelopen halve eeuw geweest waarin de klinische capaciteit gedurende enkele jaren substantieel afnam (zie ook hoofdstuk 2).

Maar ook de regionale integratie van de GGZ nam in de jaren negentig alsnog een vlucht, zij het dat daarbij niet zozeer of niet alleen een zorginhoudelijke integratie optrad, maar met name de bestuurlijke integratie in een stroomversnelling raakte. APZ-en, Riagg's en een deel van de RIBW's gingen samen in geïntegreerde regionale GGZ-instellingen. Een en ander werd ingegeven door de aanhoudende pleidooien voor regionale samenwerking en regionale integratie van de verschillende GGZ-functies (zorgprogramma's, MFE-en). Volgens Vijselaar e.a. speelde echter ook toen al de aankondiging van een meer marktgeoriënteerd, door zorgverzekeraars beheerd zorgstelsel een rol. Regionale integratie van de GGZ diende daarmee ook het strategische doel van een sterke uitgangspositie met het oog op het toekomstige stelsel.

De facto had een relatief consistent GGZ-beleid, gericht op een geïntegreerde, regionaal geordende en geëxtramuraliseerde GGZ, in 2000 geresulteerd in tenminste een bestuurlijke regionale ordening en integratie van de GGZ en in een begin van extramuralisering. De eeuwwisseling bleek echter tegelijk een keerpunt te zijn in het GGZ-beleid van de

overheid. Elk van de drie pijlers van het beleid tot dan toe verdween na 2000 in snel tempo van de landelijke beleidsagenda. Alleen de extramuraliseringsdoelstelling zou tien jaar later weer terugkeren. Op alle andere fronten was de beleidscontext in de tussentijd echter fors veranderd.

Vanaf de eeuwwisseling

Landelijke beleidsontwikkelingen rond de GGZ kwamen in de nieuwe eeuw nadrukkelijker in het teken te staan van het bredere gezondheidszorgbeleid en met name in die van de voorbereiding van het nieuwe zorgstelsel. Het belangrijkste motief voor die stelselherziening was het waarborgen van de 'houdbaarheid' van het gezondheidszorgstelsel. Kostenstijgingen moesten in toom gehouden worden. Marktwerking en concurrentieverhoudingen zouden daarvoor de meest effectieve 'prikkel' bieden, zo werd verondersteld. Met name de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) moest de weg vrijmaken voor de implementatie van deze nieuwe sturingsfilosofie. Risicodragende en concurrerende zorgverzekeraars kregen daarbij een centrale rol toebedeeld als inkopers van zorg bij concurrerende zorgaanbieders.

Besloten werd ook het grootste deel van de GGZ vanuit de AWBZ over te hevelen naar de nieuwe ZVW; een en ander vanuit het streven naar "een meer doelmatige en effectieve zorgverlening" in de sector. De kernelementen van het bredere gezondheidszorgbeleid - doelmatigheid, efficiency, marktprikkel - werden daarmee ook leidend in het GGZ-beleid. Tegelijk trad in dat nieuwe GGZ-beleid op een aantal belangrijke onderdelen een breuk op met de voorgaande decennia. Integratie van GGZ-voorzieningen was geen doel meer. Ook het principe van de regionale ordening werd losgelaten. Meer nog: de regionaal geïntegreerde GGZ werd vanaf nu beschouwd als een belemmering voor het goed functioneren van het nieuwe zorgstelsel. De GGZ-instellingen waren regionale monopolisten geworden die de concurrentie belemmeren, zo luidde het. Ondertussen raakten de GGZ-financiering en het GGZ-beleid zelf gespreid over AWBZ en ZVW (en op enig moment ook een klein deel WMO) en raakte de landelijke departementale eindverantwoordelijkheid voor de GGZ 'verkaveld' over verschillende directies.

De nieuwe koers en de beleidsdruk rond de invoering van het nieuwe zorgstelsel en de overheveling van de GGZ naar de ZVW zorgden er ook voor dat een andere doelstelling uit de voorgaande decennia uit beeld verdween: extramuralisering van de GGZ was geen issue meer. Ook de term vermaatschappelijking verdween uit het GGZ-beleidsvocabulaire. Het zorgvernieuwingfonds werd stopgezet.

De feitelijke overheveling van de GGZ naar de ZVW zelf vond uiteindelijk in 2008 plaats. Daarbij ging het om bijna drie kwart van het totale GGZ-budget op dat moment. Gedreven vanuit zorginhoudelijke motieven - en ondanks de verminderde beleidsbelangstelling - ging in het veld zelf de ontwikkeling van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen door (zie hoofdstuk 2). Maar er deden zich ook drie nieuwe ontwikkelingen voor.

In aansluiting op de verticale, regionale fusies uit de jaren negentig (waarbij ambulante, intramurale en soms ook semimurale instellingen samengingen in regionale geïntegreerde GGZ-instellingen) volgde een golf van horizontale fusies tussen naburige, reeds geïntegreerde instellingen. Met name de marktpositie tegenover de zorgverzekeraars - inmiddels 'onderhandelingspartners' geworden - leek daarbij een steeds belangrijker motief. De tweede ontwikkeling was dat sommige instellingen meer 'marktgedrag' gingen vertonen. Bijvoorbeeld door het ontwikkelen van nieuwe 'merken', het actiever werven van klanten en het aanbieden van voorzieningen buiten het oorspronkelijke werkgebied c.q. in het oorspronkelijke werkgebied van de concurrenten.

De derde - en in dit verband belangrijkste - ontwikkeling was echter dat na de kortstondige daling van de klinische capaciteit in de tweede helft van de jaren '90, de intramurale GGZ sinds 2002 weer begon te groeien. Terwijl de klinische capaciteit (exclusief beschermd wonen) tussen 1993 en 2002 met 14 % was gedaald, steeg die capaciteit tussen 2002 en 2009 weer met 8 %. Daarnaast - en ondanks de vanaf dat moment weer stijgende klinische capaciteit - nam sinds 2002 de groei van het beschermd wonen een grote vlucht: tussen 1993 en 2002 was die capaciteit al met 50 % toegenomen, in de periode van 2002 tot 2009 trad nog eens meer dan een verdubbeling van de BW-capaciteit op. Per saldo was de totale intramurale capaciteit (klinische zorg en beschermd wonen) in 2009 ruim 30 % hoger dan in 2002 en ruim 25 % hoger dan in 1993.

Keerpunt 2010

Pas in 2010 keert het thema van extramuralisering weer terug op de landelijke beleidsagenda. In het *Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Curatieve GGZ* wordt dan vastgesteld dat de Nederlandse GGZ (nog steeds) over een grote intramurale capaciteit beschikt en dat beddenafbouw aangewezen is (IBO GGZ, 2010). De notitie blijkt het startschot voor een aantal nieuwe ontwikkelingen. Zo nemen nog in datzelfde jaar en anticiperend op wat komen gaat, een aantal grote GGZ-instellingen, verenigd in de Raden van Bestuur voor Reductie van Bedden (afgekort tot RvB²), het initiatief om gezamenlijk opnieuw te gaan werken aan de afbouw van intramurale capaciteit (RvB², 2011). Een jaar later, in 2011, stemt ook het bestuur van GGZ Nederland in met deze ambitie (GGZ Nederland, 2011), neemt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maatregelen om de overheveling van middelen naar de ambulante zorg te vereenvoudigen (NZa, 2011) en starten zorgverzekeraars met het formuleren van kwantitatieve afbouwdoelen voor de instellingen. Nog weer een jaar later, in 2012, is de beddenafbouw uitgegroeid tot het kernthema van een *Bestuurlijk Akkoord* tussen overheid, aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties over de toekomst van de GGZ (Ministerie van VWS, 2012). In het Bestuurlijk Akkoord spreken de partijen af om in de periode tot 2020 een reductie van de intramurale capaciteit te realiseren van een derde (ten opzichte van peiljaar 2008).

Een al sinds de jaren '70 bestaand beleidsstreven naar extramuralisering wordt daarmee na een intermezzo van circa tien jaar nieuw leven ingeblazen met een - gegeven

de voorgeschiedenis - onverwacht ambitieuze doelstelling. De beleidscontext en de bestuurlijke context waarin die extramuralisering plaats moet vinden, zijn ondertussen echter radicaal veranderd.

In de eerste plaats zijn niet meer de landelijke overheid of de GGZ zelf, maar de zorgverzekeraars de belangrijkste partij geworden als het gaat om de aansturing van de voorgenomen ambulantisering. De signalen tot nu toe wijzen erop dat zorgverzekeraars hierin dwingender optreden dan de overheid het grootste deel van de periode tot 2000 heeft gedaan.

Een tweede verschil met de situatie van voor de eeuwwisseling is dat naast de zorginhoudelijke motieven voor ambulantisering, nu veel nadrukkelijker ook financiële en economische overwegingen een rol spelen. Voor de landelijke overheid vormden met name de stijgende zorguitgaven, in combinatie met een onvoorziene economische recessie, een belangrijke aanleiding om de mogelijkheden van ambulantisering en beddenafbouw opnieuw te agenderen. Ondertussen geven zorgverzekeraars aan de voorgenomen beddenafbouw te beschouwen als een uitgelezen mogelijkheid om een (forse) uitgavenreductie in de GGZ te realiseren.

Het derde en misschien wel belangrijkste verschil tussen het huidige, nieuwe ambulantiseringbeleid en dat van de periode 1970-2000 is echter dat anno 2013 niet meer is voorzien in de bestuurlijke infrastructuur voor een integrale, regionale aanpak - voorheen beschouwd als cruciale voorwaarde voor de ontwikkeling van een goed, ambulant voorzieningstelsel. In bestuurlijke zin is de GGZ sinds 2000 juist verkaveld geraakt over verschillende financieringskaders en financiers (waaronder verschillende zorgverzekeraars en een groot aantal gemeenten, elk wakend over de eigen werkgebieden, middelen en belangen). Tegelijk is het principe van de regionale ordening losgelaten. Als het gaat om zorg en behandeling is dit principe vervangen door een marktordering van landelijk opererende en met individuele aanbieders onderhandelende zorgverzekeraars. De ordening rond 'begeleiding', welzijn en participatie volgt vooral de gemeentegrenzen.

In het veld zelf lijkt de wens om tot een geïntegreerd, regionaal voorzieningenaanbod te komen door de nieuwe ambulantiseringdoelstelling weer te zijn aangewakkerd. De vraag is hoe en door wie de totstandkoming daarvan in de nieuwe bestuurlijke context geïnitieerd en aangestuurd kan worden.

1.3 Deïstitutionalisering in Europa

Pleidoaien voor deïstitutionalisering zijn er in de afgelopen decennia niet alleen in Nederland geweest. Feitelijk is het sinds de jaren '70 (en soms al langer) de rode draad geweest in de nationale GGZ-beleidsagenda's van de meeste Europese landen. In de meeste landen heeft dat beleid ook een veel sterkere impact gehad op de intramurale

GGZ-voorzieningen dan in Nederland. Met name is, anders dan in Nederland, in veel landen de intramurale capaciteit van de GGZ in de afgelopen decennia fors afgenomen.

Intramurale afbouw

Tabel 1.1 geeft een overzicht van de capaciteitsontwikkelingen in de klinische GGZ in 17 Europese landen in de periode 1980-2009.

Tabel 1.1 Psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen* per 100.000 inwoners in zeventien Europese landen, 1980-2009

Land	Rang 1980	Bedden 1980 (rang)	Bedden 1990	Bedden 2000	Bedden 2005	Bedden 2009	Rang 2009
Finland	1	400	230	103	93	80	8
Ierland	2	395	263	142	96	77	9
Zweden	3	324	170	63	48	48	13
België	4	245	191	179	1
Frankrijk	5	240	180	107	96	91	6
Zwitserland	6	220	170	120	106	101	4
Verenigd Koninkrijk	7	200	130	93	74	61	10
Noorwegen	8	192	89	70	100	86	7
Denemarken	9	183	95	76	65	58	12
Nederland	10	170	178	156	141	139	2
Tsjechië	11	147	140	113	110	103	3
Italië	12	144	83	15	13	11	15
Griekenland	13	140	120	97	87	80	8
Kroatië	14	138	142	104	94	93	5
Oostenrijk	15	130	118	74	74	77	9
Spanje	16	110	71	52	46	41	14
Portugal	17	100	88	68	64	59	11

Bron: World Health Organization (2012a)

* Bedden in psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verslavingszorg en psychiatrische afdelingen van algemene of gespecialiseerde ziekenhuizen. Exclusief langdurige verpleeg- en rehabilitatiebedden.

De tabel laat zien dat tussen 1980 en 2009 in alle zeventien landen bedden zijn afgebouwd, zij het vanuit verschillende uitgangssituaties en in een sterk uiteenlopend tempo. De afbouw is het sterkst geweest in het Verenigd Koninkrijk, de Scandinavische landen en Italië. Finland en Zweden komen uit een situatie met een ook voor 1980 erg hoge beddenscapaciteit. In Italië was die capaciteit in 1980 al relatief laag en is die in de volgende decennia verder afgebouwd.

Nederland behoorde in 1980 tot de landen met een intramurale capaciteit die lager dan het gemiddelde was. Het afbouwtempo in Nederland was de afgelopen decennia echter

het laagst van alle genoemde landen. Dat heeft erin geresulteerd dat Nederland anno 2009 na België over de grootste intramurale capaciteit beschikt.

Bij de cijfers moeten twee kanttekeningen worden geplaatst. De eerste is dat de exacte inclusiecriteria en de beschikbaarheid van gegevens tussen de landen uiteenlopen. Zo wordt bijvoorbeeld in België, anders dan elders, ook een deel van de psychogeriatrische bedden meegeteld. Dat maakt vooral een vergelijking van de absolute cijfers soms lastig, al doet dat niet af aan de conclusie dat, uitgaande van in de tijd gelijkblijvende criteria op nationaal niveau, in sommige landen veel grotere verschuivingen hebben plaatsgevonden dan in andere.

De tweede kanttekening is dat in veel landen, waaronder Nederland, de beddenafbouw gepaard lijkt te zijn gegaan met de opbouw van plaatsen in andere voorzieningen. Daarbij gaat het vooral om kleinschalige, residentiële voorzieningen voor mensen met psychische aandoeningen. Deze voorzieningen vormen een grijs gebied, zowel in functionele zin (gaat het om 'intramurale, klinisch-psychiatrische zorg' of moeten we ze rekenen tot maatschappelijke alternatieven voor klinische zorg, met een focus op wonen?), als in administratieve zin (woonvoorzieningen worden niet overal tot de gezondheidszorg gerekend, vallen veelal onder lagere overheden, zijn daardoor niet altijd in landelijke statistieken zichtbaar en bedienen bovendien vaak bredere doelgroepen). Deze kleinschalige residentiële voorzieningen zijn niet meegenomen in de cijfers in tabel 1.1, ook niet in de cijfers over Nederland.

Priebe e.a. (2008) hebben in hun onderzoek in negen West-Europese landen niet alleen gekeken naar de reguliere klinische bedden, maar ook nadrukkelijk gezocht naar gegevens over deze alternatieve voorzieningen voor 'residential care and supervised and supported housing'. Hun resultaten bevestigen dat de afbouw van klinische voorzieningen in veel landen gepaard is gegaan met de opbouw van plaatsen in deze alternatieve residentiële voorzieningen, maar laten ook zien dat die residentiële opbouw doorgaans in een (aanzienlijk) lager tempo verliep dan de klinische afbouw. Per saldo daalde in de meeste onderzochte landen het aantal bedden nog steeds fors, het meest in Groot-Brittannië en Ierland. Tegelijk laat het onderzoek van Priebe e.a. zien dat Nederland tot de uitzonderingen behoort op de algemene regel. In Nederland werd de klinische afbouw tot 2006 volledig gecompenseerd door de opbouw van het beschermd wonen (Priebe e.a., 2008). Recentere, landelijke gegevens laten zien dat de groei van het beschermd wonen in Nederland sindsdien nog in een forse versnelling is geraakt (zie verder hoofdstuk 2).

Internationale studies naar het deinstitutionalisatiebeleid in Europa in de afgelopen decennia laten ook zien dat de beddenafbouw doorgaans het resultaat is geweest van een tamelijk directief landelijk beleid (zie o.a. Knapp e.a., 2007a; Medeiros e.a., 2007, 2008). Beddenafbouw ontstaat zelden door leegstand. In de meeste landen is de beddenreductie afgedwongen met landelijke wetgeving. Ook daarin ligt een belangrijk onderscheid met de beleidsontwikkelingen in Nederland.

Ambulante opbouw

Minder eenduidig is de rol van de landelijke overheid in de Europese landen tot dusverre geweest als het gaat om de opbouw van de vervangende ambulante infrastructuur.

Met name Groot Brittannië staat bekend om de directieve en prescriptieve wijze waarop vanuit de landelijke overheid de organisatie van de ambulante zorg voor mensen met psychische aandoeningen ter hand is genomen. Voorschriften voor de ontwikkeling en opzet van een landelijk dekkende infrastructuur van ambulante zorg werden in 1998 neergelegd in het National Services Framework. De voorgeschreven voorzieningen bestonden in hoofdlijnen, naast de algemene ambulante GGZ-teams, uit specialistische teams voor 'assertive outreach', crisisinterventie, vroeginterventie bij psychose en rehabilitatie. Een recente studie in het kader van de Trendrapportages laat zien dat deze directieve landelijke aanpak door betrokkenen als doorslaggevende factor wordt beschouwd in de ontwikkeling van een stevige landelijke structuur voor langdurige ambulante zorg. Ook aanvullende innovatieprogramma's op het gebied van 'supported housing' en werk zijn daarbij van grote invloed geweest.

In veel landen lijkt de ontwikkeling van de ambulante zorg echter in mindere mate door de landelijke overheid te zijn aangestuurd, maar voor een veel belangrijker deel aan het veld zelf of aan decentrale overheden te zijn overgelaten. Complicerende factor daarbij is dat, mede om deze reden, het zicht op de ontwikkeling van de omvang en de aard van de ambulante zorg en de maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen in veel Europese landen niet heel erg scherp is. Met name harde en betrouwbare cijfers over ambulante voorzieningen, het gebruik daarvan door mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en de kwaliteit van leven van betrokkenen, ontbreken.

Vooralsnog moeten we het doen met algemenere overzichtsstudies, analyses en inventarisaties van de inhoudelijke en beleidsontwikkelingen. Zo maakte Mental Health Europa in 2007 een Europese inventarisatie van 'positive findings' en 'good practices' met betrekking tot voorzieningen voor ambulante zorg, maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met (langdurige) psychische aandoeningen. Onder die 'good practices' bevond zich in de meeste landen een breed en divers scala aan initiatieven en voorzieningen, variërend van integrale zorgteams, dagbestedingvoorzieningen en voorzieningen voor begeleid werken tot juridische maatregelen en samenwerkingsverbanden tussen ministeries (MHE, 2007a). De WHO publiceerde in 2008 de resultaten van een inventarisatie van het nationale GGZ-beleid in 42 EU-landen. Volgens opgave van contactpersonen had 81 % van de landen beleid of programma's opgesteld om de sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen te bevorderen. In 43 % van de landen bestonden in dat kader bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden tussen de GGZ en de arbeidssector (WHO, 2008).

Een algemene tendens die uit de diverse overzichtsstudies naar voren lijkt te komen is dat aanvankelijk de aandacht vooral uitging naar de ontwikkeling van adequate ambulante zorg c.q. *zorg aan huis*, met als rode draad het streven naar meer outreachende

en meer intensieve en integrale ambulante hulpverleningsvormen. Pas in een volgende fase kwamen in veel landen de bredere thema's van sociale inclusie en participatie meer op de voorgrond te staan. Inmiddels wordt in veel landen voor die bredere, maatschappelijke invalshoek gekozen en zijn sociale inclusie, 'herstel' en empowerment kernbegrippen geworden in het GGZ-beleid. In een aantal landen zijn bijvoorbeeld ook nationale anti-stigma-campagnes gevoerd of van start gegaan.

Ondertussen komen er vanuit de verschillende landen ook signalen dat met betrekking tot de opbouw van de ambulante voorzieningsstructuur voor mensen met psychische aandoeningen nog veel werk te doen is. Ook hier blijft overigens het ontbreken van harde gegevens over de resultaten tot nu toe, een gemis. Dat gemis is des te groter omdat niet alleen succesverhalen de ronde doen. Overzichtsstudies van de laatste jaren concluderen dat de nationale, regionale of lokale initiatieven en programma's tot dusverre in veel landen tot een weliswaar breed uitwaaiend maar soms ook nogal onsamenhangend, verre van compleet en daarmee niet altijd even effectief palet aan praktijken en voorzieningen, hebben geleid. De deinstitutionaliseringbeweging, zo luidt het, dreigt daarnaast te blijven steken in een aantal structurele knelpunten in de organisatie en financiering van meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen. In de volgende paragraaf staan we stil bij deze knelpunten en bij de mogelijke oplossingen die daarvoor worden aangedragen.

1.4 Gemeenschappelijke vraagstukken rond implementatie

Uit verschillende recente Europese onderzoeken blijkt dat het proces van deinstitutionalisering weliswaar breed wordt gedragen en soms al lange tijd bovenaan de landelijke beleidsagenda staat, maar in de praktijk ook op een aantal gemeenschappelijke knelpunten stuit. Daarbij gaat het om belemmeringen bij de opbouw van alternatieve ambulante zorg en zorgprogramma's en met name bij de integratie van die zorg met andere gezondheidszorg- en sociale voorzieningen. Maar in sommige landen blijven ook de belemmeringen bij de afbouw van institutionele zorg hardnekkig.

Zo wijzen Knapp en McDaid (2007b) er in hun overzicht van de financiering van de GGZ in Europa op dat de financieringssystemen in sommige landen nog steeds sterk geënt zijn op institutionele zorg en die onbedoeld promoten. Soms gaat het daarbij expliciet om financiële structuren en prikkels ten gunste van intramurale zorg (of van semimurale alternatieven daarvoor; bijvoorbeeld in Nederland). Maar ook waar (desondanks) al fors geambulanteerd is, nemen de traditionele, grote GGZ-instellingen vaak nog steeds het leeuwendeel van de (uitgaven aan) zorg aan mensen met psychische aandoeningen voor hun rekening (zie ook Vieth, 2009).

Onder andere Amaddeo e.a. (2007) en McDaid en Thornicroft (2005) wijzen erop dat juist vanuit die traditionele instellingen en met name vanuit een deel van de professionals die

daarin werkzaam zijn, de weerstand tegen deinstitutionalisering en tegen de ontwikkeling van ambulante alternatieven soms hardnekkig is. Terwijl cliënten doorgaans het liefst zo zelfstandig mogelijk wonen en leven, heeft een substantieel deel van de medewerkers (en instellingen) vaak een meer of minder uitgesproken voorkeur voor een meer gestructureerde en gecontroleerde (werk)omgeving, aldus Amaddeo e.a. (2007). Volgens McDaid en Thornicroft hebben medewerkers in de GGZ bovendien vaak nog een te eenzijdige medische achtergrond. Zij bepleiten een veel grotere aandacht in de opleidingen voor de sociale en maatschappelijke omstandigheden van mensen met psychische problemen en voor de organisatorische, sociale, praktische en communicatieve vaardigheden die nodig zijn voor het werken in een ambulante setting.

Weerstand tegen deinstitutionalisering komt ook voort, zo signaleren veel auteurs, uit het stigma dat rust op psychiatrische problemen. Uit onderzoek komt steeds duidelijker naar voren dat met name negatieve beeldvorming een belangrijke belemmering is voor (herstel van) de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen en vooral van mensen met relatief ernstige en langdurige problemen (Sayce en Curran, 2007; McDaid, 2005; Thornicroft e.a., 2007; Priebe e.a., 2005; Schanda, 2008; zie ook European Commission, 2008b; van Weeghel, 2011). Sayce en Curran (2007) halen eigen onderzoek aan, waaruit blijkt dat bij die beeldvorming een scherp onderscheid bestaat in de perceptie van enerzijds acceptabele en vanuit externe omstandigheden verklaarbare 'psychological distress' (psychisch ongemak) en anderzijds 'being mental' (een 'psychiatrische stoornis' hebben of een 'psychiatrisch patiënt' zijn). Stigmatisering raakt vooral de laatstgenoemde groep, de 'echte psychiatrische patiënten'. Belangrijk daarbij is dat stigma niet alleen iets is van 'de buitenwereld'. Negatieve beeldvorming binnen en door de psychiatrie zelf, is volgens sommigen een nog hardnekkiger belemmering voor de ontwikkeling van meer op sociale inclusie georiënteerde zorg en voor de maatschappelijke participatie van mensen met ernstiger en langduriger psychische problemen.

Belemmeringen liggen echter niet alleen in negatieve beeldvorming of in professionele of financiële weerstanden tegen verdergaande afbouw van institutionele zorg. De internationale literatuur laat zien dat die belemmeringen vooral ook liggen in complicaties bij het opbouwen van een nieuwe zorginfrastructuur voor mensen met ernstige psychische problemen. Voor maatschappelijke ondersteuning is vanuit de zorgsector veel meer aandacht nodig voor werk, onderwijs, huisvesting, etc., maar ook is vanuit desbetreffende sectoren veel meer aandacht nodig voor mensen met psychische problemen. Anders dan institutionele zorg, moet bredere maatschappelijke ondersteuning vanuit verschillende partijen en vanuit verschillende financieringskaders worden georganiseerd. Coördinatie en afstemming binnen de GGZ en tussen ambulante GGZ-voorzieningen en voorzieningen van andere sectoren (huisvesting, welzijn, wonen, onderwijs) zijn cruciaal. De zorg komt daarmee terecht in een complexe 'multi-services' en 'multi-budget' wereld, aldus McDaid en Thornicroft (2007), en het managen van de organisatorische en intersectorale 'interfaces' wordt de belangrijkste nieuwe uitdaging. Dat

managen gebeurt of lukt nog niet altijd, waardoor volgens deze auteurs in veel landen de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen nog een erg onsamenhangend karakter heeft. Ook de MHE constateert in de eerder genoemde Europese inventarisatie van 'good practices for combatting social inclusion' dat "the involvement of all stakeholders is critical to developing good practice", maar ook dat "stakeholders are fragmented, and not all recognize that they have a real role to play. For example employers, housing and transport authorities do not always see themselves as having a specific role to play or to acknowledge the importance of mental health issues in their sphere of activity" (MHE, 2007b).

Een belemmering in de ontwikkeling van maatschappelijk georiënteerde ambulante ondersteuning is ook gelegen in het risico van het wegvloeien van financiële middelen bij overheveling van verantwoordelijkheden van de gezondheidszorg naar andere domeinen, waaronder de domeinen van sociale zekerheid, maatschappelijke zorg, huisvesting, arbeid en educatie. Met name in de publicaties van het Mental Health Economics European Network wordt op dit risico gewezen. Bij de overheveling van verantwoordelijkheden gaan niet altijd de bijbehorende fondsen mee, zo wordt opgemerkt. En wanneer die fondsen wel meegaan is het, tenzij ze geoormerkt worden, niet zeker of ze weer voor dezelfde doelgroepen worden ingezet. Daarbij gaat de spreiding van verantwoordelijkheden vaak ook gepaard met een gedeeltelijke decentralisatie, onder andere naar lokale overheden (Anderson e.a., 2007; Knapp en McDaid, 2007a; Knapp e.a., 2007a; McDaid e.a., 2007, 2008; Medeiros e.a., 2008). McDaid en Thornicroft wijzen er verder op dat aanspraken in het sociale domein doorgaans veel minder robuust zijn dan binnen de gezondheidszorg, waardoor grote regionale verschillen ontstaan (McDaid en Thornicroft, 2005). Het gevaar van het weglekken van gelden is in het geval van voorzieningen voor mensen met psychische problemen ook nog eens groter, omdat deze groep doorgaans laag op de prioriteitenlijst van de beleidsmakers staat en een minder ontwikkelde lobby heeft dan andere groepen. Ook de risico's van afwenteling nemen toe wanneer (onvoldoende geconcretiseerde) verantwoordelijkheden over meerdere domeinen, overheden, sectoren en financieringskaders verspreid worden. "In some countries the responsibility of community based services lies within the municipalities, while the responsibility of the large mental hospitals or asylums lies with the regional or national government. This creates a financial incentive for municipalities to place mentally ill people in large mental hospitals or asylums", aldus Medeiros e.a. (2008).

In de vergelijkende studie voor de Trendrapportage 2011 concludeerden de respondenten in zowel Engeland, Denemarken als Nederland dat goede zorg aan huis - mits de (politieke) wil aanwezig is – nog betrekkelijk eenvoudig te organiseren is, maar dat de stap naar sociale inclusie en participatie en het tot stand brengen van de daarvoor benodigde maatschappelijke steun, een stuk lastiger is. Belemmeringen die genoemd worden overlappen in belangrijke mate met het bovengenoemde: gezondheidszorgvoorzieningen zijn doorgaans redelijk stevig verankerd, maar bij meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde ondersteuning komen meer partijen, sectoren en financiers

in het spel en worden tegelijk de verantwoordelijkheden, de middelen en aanspraken minder robuust en diffuser. Voorzieningen worden kwetsbaarder en afhankelijker van regionale en lokale politieke ontwikkelingen, zo signaleren ook de deelnemers aan het Trendrapportage-onderzoek (Van Hoof e.a., 2011).

Het breed betrekken van maatschappelijke organisaties en voorzieningen (en daarmee financiers) bij de ontwikkeling van meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuning, is een voorwaarde voor de maatschappelijke participatie en sociale inclusie van mensen met psychische problemen. De conclusie uit de ervaringen tot nu toe is ook dat die verbreding risico's in zich draagt van onsamenhangende en versnipperde zorg, hiaten in de dienstverlening en de financiering daarvan, het weglekken van middelen en de afwenteling van taken en verantwoordelijkheden.

1.5 Aansturing en regie

Om de in de vorige paragraaf genoemde redenen is in de afgelopen jaren door vele partijen gepleit voor forse investeringen in afstemming en coördinatie en voor een leidende rol van de overheid daarin (zie o.a. Knapp e.a., 2007a; 2007c).

Pleidooien voor landelijk beleid

“Long-term co-operation between different bodies throughout society at varied levels of government is necessary,” aldus Medeiros e.a. (2008) in hun overzicht van de Europese GGZ-ontwikkelingen. Direct in het verlengde daarvan wordt aangedrongen op een integraal en intersectoraal nationaal beleid gericht op de sociale inclusie van mensen met psychische problemen. Een dergelijke integrale, nationale aanpak is ten eerste nodig, zo luidt het, om waarborgen te bieden tegen de risico's van het over meer sectoren en financiers verspreid raken van de verantwoordelijkheden in de ondersteuning van mensen met psychische problemen; de risico's van afwenteling, van het weglekken van middelen, van gefragmentariseerde besluitvorming en versnipperde zorg. Ten tweede is een integrale, nationale aanpak nodig omdat goede ondersteuning in een complexe, multi-sectorale setting niet goed denkbaar is zonder stevige regie en coördinatie, ook op beleidsniveau. Niet alleen de gezondheidszorg moet immers tot goede ondersteuning aangezet worden, bijdragen worden ook gevraagd van sectoren als huisvesting, arbeid, onderwijs, justitie en bij voorkeur in goede onderlinge afstemming; die bijdragen komen er niet vanzelf, zo luidt het. Ten derde zal het maatschappelijke belang van sociale inclusie weliswaar erkend worden door de afzonderlijke betrokken partijen, maar niet noodzakelijkerwijs met de deelbelangen van die partijen samenvallen. Het nationale, maatschappelijke, economische belang van goede ondersteuning en sociale inclusie van mensen met psychische problemen vraagt om een boven de afzonderlijke partijen en deelbelangen staande en gezaghebbende pleitbezorger en regievoerder. Bij voorkeur een pleitbezorger en regievoerder op politiek niveau, dat wil zeggen ook boven de deelbelangen van de departementen uitstijgend. “Policies are necessary to define the

values, direction, responsibilities, structure, functioning, and outcomes of services”, aldus de WHO in zijn overzicht van het GGZ-beleid in de Europese landen (WHO, 2008). Mansell e.a. (2007) concluderen in hun overzichtsartikel over deinstitutionalisering en community support in Europa: “Key ingredients for the successful replacement of institutional by community care are a national [...] policy framework and detailed local plans for transferring care out of an institution and into a well-prepared community.” Ze voegen daaraan toe: “Obviously, both should also include economic ingredients: policies without funding commitments and plans without resources are nothing more than delusional optimism or political hot air.” (Zie o.a ook Vieth, 2009; MHE, 2007b; Medeiros e.a., 2008.)

In het vergelijkende Trendrapportage-onderzoek uit 2011 komen de deelnemers in Engeland, Denemarken en Nederland, ondanks de verschillen in de respectievelijke landelijke stelsels, tot vergelijkbare suggesties. Op hoofdlijnen luiden de aanbevelingen van de deelnemers om te komen tot:

- Een landelijke beleidsvisie op sociale inclusie; gebaseerd op de erkenning van de maatschappelijke en economische opbrengsten van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen; e.e.a. interdepartementaal gedragen, vanuit het besef dat investeringen binnen de ene sector tot opbrengsten in een andere kunnen leiden.
- Een landelijk kader dat de verantwoordelijkheden definieert van de verschillende overheden en andere relevante instanties en dat de vraag beantwoordt naar de eindverantwoordelijkheid voor de coördinatie en regie op landelijk, lokaal en individueel niveau.
- Een landelijk stelsel van zo expliciet mogelijk geformuleerde individuele aanspraken van mensen met ernstige psychische aandoeningen; niet alleen aanspraken op zorg en ondersteuning, maar ook op huisvesting en werk.
- Structurele financiering en inclusie stimulerende bekostigingssystemen; vooral voor langdurige, individuele ondersteuning bij wonen, sociale contacten, onderwijs en werk is solide, structurele, geormerkte financiering nodig (mogelijk vanuit gezamenlijke interdepartementale budgetten); daarnaast zijn bekostigingssystemen gewenst die het voor aanbieders interessant maken om in te zetten op adequate ambulante zorg, op herstelgerichte zorg en op lokale samenwerking.
- Geïntegreerde zorg voor de meest kwetsbare cliënten, zo mogelijk vanuit integrale budgetten, over de grenzen van de verschillende sectoren en financieringskaders heen.

De pleidooien voor een (nog) veel nadrukkelijker regie van de landelijke overheid haken ook aan bij de notities die de laatste jaren vanuit het gemeenschappelijke Europese beleidsniveau over het thema verschijnen. De doelstellingen van deinstitutionalisering en sociale inclusie bestaan in de meeste lidstaten als gezegd al langere tijd, maar staan pas sinds enkele jaren op de beleidsagenda van de Europese Unie. Het startsein voor een ‘Europees’ deinstitutionaliseringbeleid werd in 2005 gegeven met het *Ministerial Mental Health Action Plan for Europe*, geïnitieerd door de WHO Europe (WHO 2005a,

2005b). In het *Action plan* werd gepleit voor een brede erkenning van het maatschappelijk belang van sociale inclusie en het tegengaan van stigma en sociale uitsluiting. Maar ook bevatte het plan een nadrukkelijk pleidooi voor een intersectoraal, integraal beleid. In aansluiting op en voortbouwend op het *Action Plan* verscheen een serie beleidsnotities van de Europese Commissie, die in 2008 uitmondde in het *European Pact on Mental Health* (European Commission, 2008). In het Pact worden het belang van sociale inclusie en van integraal beleid nog eens bekrachtigd. Daarnaast wordt benadrukt dat daarvoor ook politieke keuzen nodig zijn en dat ook beleidsmakers en 'stakeholders' uit andere sectoren dan de GGZ betrokken dienen te worden (onderwijs, sociale zaken, justitie, sociale partners, arbeidsorganisaties en welzijnsorganisaties).

Tot bindende afspraken of afdwingbare maatregelen is het in EU-verband vooralsnog overigens niet gekomen. Op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg prevaleert binnen de EU het subsidiariteitsbeginsel. Ondertussen werkt echter ook WHO Europe aan een nieuwe, nog te ratificeren Mental Health Strategy. Daarin lijkt WHO Europe expliciet - en niettegenstaande subsidiariteitsbeginselen in EU-verband - te kiezen voor een insteek op 'fundamental human rights' en op wettelijke aanspraken (entitlements). Daarbij gaat het volgens de WHO niet alleen om rechten en aanspraken op zorg en ondersteuning die aansluiten bij individuele aspiraties en ervaringen van betrokkenen, maar ook een verankering van rechten en aanspraken op het gebied van participatie. Daarbij pleit de WHO ervoor dat "any form of discrimination, prejudice or neglect that hinders the attainment of the full rights of people with mental health problems is tackled". Met name de *UN Convention on the Rights of People with Disabilities* (2008) lijkt een belangrijke inspiratiebron voor WHO Europe te zijn geweest. De *UN convention* - die is geratificeerd door een ruime meerderheid van de Europese lidstaten - "entitles people with disabilities, including those due to mental impairments, to full and effective participation in society, protected from stigma and discrimination" (WHO Europe, 2012b).

Landelijke aansturing in tijden van decentralisering en privatisering

Om vele redenen en vanuit velerlei perspectief wordt aan de landelijke overheid een sturende rol toebedacht bij het bevorderen van de sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen en bij het tot stand brengen van de daarvoor benodigde voorwaarden en voorzieningen. Ondertussen worden echter ook steeds vaker vraagtekens geplaatst bij de (politieke) haalbaarheid en de reikwijdte van een dergelijke landelijke aansturing in het actuele politiek-bestuurlijke klimaat. Illustratief daarvoor zijn de bevindingen van het vergelijkende Trendrapportage-onderzoek uit 2011.

Nederland, Engeland en Denemarken, de drie landen die in het onderzoek werden vergeleken, kennen zeer uiteenlopende GGZ-stelsels. In Engeland wordt de zorg al decennia door middel van de NHS (National Health Services) georganiseerd: een door de landelijke overheid aangestuurd, regionaal geordend stelsel van landelijk voorgescreven ('statutory') voorzieningen, waaronder GGZ-voorzieningen. Denemarken kent juist een decentraal stelsel waarin provincies en lokale overheden een grote zeggenschap

hebben over zorgvoorzieningen, waaronder wederom GGZ-voorzieningen. Typierend voor Nederland is de privatisering van de zorg en de GGZ in de vorm van het delegeren van de allocatie van middelen en de ordening van de zorg naar private zorgverzekeraars die op hun beurt weer private zorgaanbieders inhuren.

Een belangrijke bevinding uit het vergelijkende Trendrapportage-onderzoek was dat er sprake lijkt van een convergentie in de drie landen in de richting van een politiek-bestuurlijke tendens van decentralisering en privatisering. De drie landen lijken in dit opzicht naar elkaar toe te kruipen. Was Denemarken tot dusverre de koploper wat betreft de decentralisering en Nederland wat betreft de privatisering, op dit moment is het met name Engeland dat verregaande plannen in voorbereiding heeft om bevoegdheden over te hevelen van de landelijke naar lokale en regionale (niet per se overheids-) instanties en om meer ruimte te creëren voor concurrentie binnen de zorg. Ondertussen wordt ook in Nederland verder gewerkt aan plannen om, naast doorontwikkeling van het marktstelsel, bevoegdheden verder over te hevelen naar lagere overheden (WMO). De Deense situatie leert weer dat die lagere overheden op hun beurt de benodigde voorzieningen soms zelf beheren maar daar vaak ook private organisaties voor inhuren (zie ook Tøssebro e.a., 2012).

Decentralisering en privatisering spelen uiteraard niet alleen in de drie genoemde landen. Het gaat om een bredere ontwikkeling. Ruimte voor innovatie en voor passende lokale oplossingen zijn de meest genoemde motieven voor deze beweging, naast budget-beheersing en de wens tot het ontwikkelen van doelmatigheidsprikkelers. Keerzijden zijn inmiddels ook breed uitgemeten: zorggaranties zouden afnemen, de continuïteit van de voorziening en het voorzieningenniveau komt onder grotere druk te staan en de zorg wordt afhankelijker van de vigerende private en lokale belangen. Deelnemers aan het vergelijkende Trendrapportage-onderzoek spraken vooral hun bezorgdheid uit over de *combinatie* van enerzijds decentralisering en anderzijds het bevorderen van concurrentie. In de eerste plaats omdat verwacht wordt dat mensen met ernstige psychische aandoeningen niet goed 'in de markt' zullen liggen en in de tweede plaats omdat er door het afstoten en spreiden van bevoegdheden niemand meer aanspreekbaar is als zaken fout gaan. Onderzoeksresultaten van het Mental Health Economics European Network lijken de ongerustheid te voeden: daarin wordt gesignaleerd dat er in veel landen binnen de GGZ inmiddels sterke prikkels bestaan tot het uitbreiden van activiteiten voor lichte, kortdurende zorg, terwijl ondertussen in sommige landen 'underfunding' ontstaat van de zorg voor mensen met chronische psychische problemen (Knapp e.a., 2007a; Knapp en McDaid, 2007b). Ook de deelnemers aan het vergelijkende Trendrapportage-onderzoek signaleren in alle drie de landen een verschuiving van de aandacht en mogelijk ook de middelen naar 'lichtere' problematiek.

Zo krijgen 'het veld' en 'de samenleving' meer ruimte, neemt mede als gevolg daarvan de behoefte aan landelijke aansturing navenant toe, maar wordt het ondertussen wellicht ook moeilijker om die landelijke aansturing nog handen en voeten te geven.

Kernvraag rond de deïstitutionaliseringbeweging lijkt momenteel dan ook: hoe tegemoet te komen aan een behoefte aan landelijke aansturing en regie in tijden van decentralisering en privatisering?

In het Trendrapportage-onderzoek uit 2011 opperen deelnemers bij wijze van voorlopige 'derde weg' dat landelijke overheden, zonder per se het stuur (weer) over te nemen, nadrukkelijker zouden kunnen gaan kijken onder welke (landelijke) voorwaarden private en lokale partijen maximaal gestimuleerd kunnen worden het publieke belang te dienen van een goede maatschappelijke ondersteuning en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ofwel: om te bezien hoe de belangen van de private en lokale partijen meer in overeenstemming gebracht kunnen worden met dit publieke belang.

Bepleit wordt om, gegeven de keuze voor decentralisering en privatisering, prikkels in te voeren die het voor de lagere overheden en voor private partijen aantrekkelijk maken het publieke belang te dienen c.q. die het voor hen lonend maken om hun middelen en menskracht in te zetten voor de maatschappelijke participatie en inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Als de partijen in het veld geacht worden het voortouw te nemen in de ontwikkeling van inkluderende zorg, zo luidt het, dan is de landelijke overheid de aangewezen partij daarvoor om nadrukkelijk de voorwaarden te creëren door aan te sturen op een stelsel waarin:

- Ambulante zorg lonender is dan intramurale zorg;
- Zorg die gericht is op maatschappelijk herstel lonender is dan medicaliserende zorg;
- Continuïteit van zorg lonender is dan gefragmenteerde zorg;
- Samenwerking lonender is dan afscherming van het eigen domein;
- Regie en verantwoordelijkheid nemen lonender is dan deze afschuiven;
- Kwaliteitsverbetering in de zorg voor 'moeilijke' groepen lonender is dan het aanboren van nieuwe afzetmarkten;
- Etc.

Het corrigeren en goed 'richten' van de systeemprykkels maakt de eerder in deze paragraaf genoemde aanbevelingen nog niet overtoellig, maar het zou binnen het huidige politiek-bestuurlijke klimaat volgens betrokkenen wel een haalbaar en zinvol begin kunnen zijn.

1.6 Samenvatting en conclusies

Het streven naar substitutie van bedden voor ambulante zorg is niet nieuw en zeker niet uniek voor Nederland. In dit hoofdstuk zijn de eerdere ontwikkelingen in Nederland en de ervaringen elders besproken.

In de laatste decennia van de vorige eeuw blijkt het toenmalige extramuraliseringsbeleid onderdeel te zijn geweest van een breder GGZ-beleid. Dat beleid was - in samenhang met de ambulantiseringdoelstelling - gericht een optimale afstemming en integratie

van de verschillende klinische en ambulante GGZ-functies en op een regionale ordening en inbedding van de GGZ. De laatste twee doelstellingen - de functionele integratie en de regionale ordening - lijken in zekere mate te zijn gerealiseerd, in ieder geval GGZ-intern, in de vorm van de geïntegreerde GGZ-instellingen. De eerste doelstelling - extramuralisering - is niet gehaald. Alleen in de periode 1996-2002 heeft een tijdelijke afbouw van de intramurale capaciteit plaatsgevonden. Dat was ook de enige periode waarin concrete financiële stimuleringsmaatregelen van kracht waren, met name in de vorm van het Zorgvernieuwingsfonds. Deze maatregelen blijken ook een tijdelijke impuls te hebben gegeven aan de opkomst van een aantal specifieke gespecialiseerde ambulante zorgvoorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Onduidelijk is wat er zou zijn gebeurd als het beleid van het eind van de vorige eeuw, inclusief de stimuleringsmaatregelen van de laatste jaren daarvan, zou zijn voorgezet. Feit is dat na 2002 alle drie de bovengenoemde beleidsdoelstellingen rond de GGZ werden losgelaten. De doelstelling van integratie maakte plaats voor een verkaveling van de GGZ over verschillende financieringskaders. De regionale ordening werd vervangen door een marktordening (instellingen zijn elkaars concurrenten geworden - vooral in de grote steden). En ook de extramuralisering verdween van de beleidsagenda.

De facto vond vanaf 2002 een remuralisering plaats. De ontwikkeling van de ambulante zorg ging ondertussen wel door - al is niet duidelijk in welke mate de (gedeeltelijke) reorganisatie van de vroegere sociaalpsychiatrische zorg in de nieuwe ACT en FACT teams ook gepaard is gegaan met een daadwerkelijke capaciteitsuitbreiding van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

In 2010 keert het thema van extramuralisering uiteindelijk weer terug op de landelijke beleidsagenda. In 2012 spreken overheid, aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties zelfs een forse capaciteitsreductie van de intramurale zorg af. De bestuurlijke context is dan wel ingrijpend gewijzigd. De overheid heeft een stap terug gedaan en de zorgverzekeraar is de belangrijkste partij geworden als het gaat om de aansturing van de voorgenomen ambulantisering. Daarnaast is de voormalige administratief-bestuurlijke regionale ordening is voor een belangrijk deel verdwenen. Een en ander lijkt de behoefte aan (regionale) planning met het oog op de voorgenomen transitie niet te verminderen, maar maakt wel de afstemming daarover ingewikkelder.

Ervaringen elders leren ondertussen dat Nederland qua beddenafbouw zeker nog een inhaalslag te maken heeft. Overzichtsstudies van de laatste jaren leren ook dat de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in veel landen uit een weliswaar breed uitwaaiend maar soms ook nogal onsamenvattend, verre van compleet en daarmee niet altijd even effectief palet aan praktijken en voorzieningen lijkt te bestaan. Daarbij lijkt een directief landelijk beleid te helpen om tot een steviger verankerde infrastructuur voor de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen te komen.

Ervaringen elders laten ook zien dat de ontwikkeling van goede zorg aan huis met een gerichte aansturing uiteindelijk goed te organiseren is, maar dat de stap naar sociale inclusie en participatie en het tot stand brengen van de daarvoor benodigde maatschappelijke steun om meer vraagt. Stigma en beeldvorming (ook binnen de GGZ) spelen daarbij nog steeds een belangrijke rol. Maar complicerend is ook dat bij meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde ondersteuning ook meer partijen, sectoren en financiers in het spel komen. Daarbij zijn doorgaans de verantwoordelijkheden, middelen en aanspraken in het 'sociale domein' ook veel minder stevig verankerd dan in de gezondheidszorg. Aansturing is doorgaans meer gedecentraliseerd. Voorzieningen zijn daarmee kwetsbaarder en afhankelijker van onzekere financieringsbronnen en van regionale en lokale politieke ontwikkelingen. Middelen - ook middelen die overgeheveld worden vanuit de gezondheidszorg - vloeien binnen de sociale sector ook gemakkelijker weg naar andere doelgroepen of voorzieningen.

Steeds eensluidender pleiten toonaangevende internationale organisaties en onderzoekers daarom voor landelijke beleidskaders waarin zo expliciet en concreet mogelijk de verantwoordelijkheden van de verschillende overheden en andere relevante instanties rond de zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen worden gedefinieerd, waarin individuele aanspraken van mensen met ernstige psychische aandoeningen op zorg, huisvesting, opleiding en werk worden vastgesteld en waarin structurele en permanente financiering voor (zo nodig langdurige) ondersteuning op deze terreinen wordt geregeld. Feitelijk wordt, omwille van een kwetsbare doelgroep, maar ook omwille van het brede maatschappelijke belang van de sociale inclusie van deze doelgroep, gevraagd om meer waarborgen, op verschillende domeinen.

Nog onduidelijk, in ieder geval in Nederland, is in hoeverre het afgeven van landelijke waarborgen botst met politiek-bestuurlijke ontwikkelingen van decentralisering en privatisering. Voor zover dat inderdaad het geval blijkt te zijn, zou bezien kunnen worden hoe in ieder geval de systeemprikkels in het stelsel zodanig 'gereset' kunnen worden dat het voor decentrale overheden en private partijen veel aantrekkelijker en lonender wordt dan nu om zich in te zetten voor de maatschappelijke participatie en inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Ondertussen bieden onderzoeksbevindingen, beleidsverkenningen en veelbelovende praktijkontwikkelingen in Nederland (zie de volgende hoofdstukken) voldoende aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een gezamenlijk landelijk transitieplan - inclusief eindplaatje, routekaart en monitor - voor de opzet, organisatie en financiering van de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de toekomst. Inzet van dat plan zou dan kunnen zijn om, met alle partijen en lerend van de ervaringen elders, de relatieve achterstand in de Nederlandse beddenafbouw om te zetten in een voorsprong in de ontwikkeling van een effectieve infrastructuur voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

2 Intramurale en ambulante GGZ - Stand van zaken in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

2.1 Inleiding

Nederland beschikt over een relatief grote intramurale GGZ-capaciteit. In het Bestuurlijk Akkoord over de toekomst van de GGZ is afgesproken om die capaciteit fors te reduceren en zoveel mogelijk te vervangen door ambulante zorg. Met dit voornemen is een eerdere beleidslijn rond de GGZ in Nederland opnieuw opgepakt en sluit dit beleid ook weer nadrukkelijker aan bij de internationale ontwikkelingen (zie het vorige hoofdstuk).

Mede onder aansporing van de zorgverzekeraars lijkt inmiddels op landelijke schaal een start te zijn gemaakt met dit afbouwbeleid. 'Afbouwtargets' maken inmiddels standaard onderdeel uit van de onderhandelingen tussen verzekeraars en GGZ-aanbieders rond de zorginkoop. De gedeeltelijke ontmanteling van de intramurale GGZ is daarmee feitelijk in gang gezet.

Minder duidelijk is voorsnog waar op dit moment exact op aangestuurd wordt. Welke voorzieningen wil men precies afbouwen: de opnamevoorzieningen, de verblijfsvoorzieningen, de kleinschalige woonvoorzieningen of juist de specialistische behandelafdelingen? Hoe wil men deze afbouw realiseren: door middel van de sluiting van voorzieningen, minder opnamen of vooral kortere opnamen? Wie maken gebruik van de af te bouwen voorzieningen en welke alternatieven wil men voor betrokkenen ontwikkelen? Of welke alternatieven zijn er al en hoe wil men die uitbouwen? Wat zijn de doelgroepen en functies van de overblijvende intramurale voorzieningen? En hoe wordt omgegaan met de soms grote regionale verschillen en met het feit dat sommige instellingen al een forse ambulantiseringsslag hebben gemaakt en andere nog aan het begin staan (of over een intramurale capaciteit beschikken die (ver) boven het landelijk gemiddelde ligt)?

Voor een uitputtend antwoord op deze vragen is het nog te vroeg. Wel zullen we in dit hoofdstuk een overzicht geven van de uitgangssituatie c.q. van de actuele stand van zaken in Nederland wat betreft de aard, de omvang en het gebruik van respectievelijk de intramurale en de ambulante GGZ - in het bijzonder de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

In paragraaf 2.2 wordt eerst de stand van zaken besproken rond de intramurale GGZ. We geven een overzicht van de aanbieders, de omvang en de kosten van de intramurale

GGZ en van de verdeling van de capaciteit en het gebruik over verschillende categorieën (functies) van intramurale voorzieningen. In paragraaf 2.3 worden de resultaten op een rij gezet van een aantal eerdere studies naar de 'behoefte aan intramurale GGZ' en naar toekomstscenario's voor de (afbouw van) de intramurale GGZ. De in deze studies gesignaleerde voorwaarden en belemmeringen voor die afbouw komen daarbij ook aan bod. In het vervolg van het hoofdstuk richten we de aandacht op de ambulante zorg, in het bijzonder de langdurige ambulante zorg; de deelsector waarbinnen de substitutie voor de intramurale voorzieningen vooral gestalte zal moeten krijgen. In paragraaf 2.4 wordt op een rij gezet wat bekend is over de (potentiële) gebruikers van de langdurige ambulante zorg en in het bijzonder over de zogeheten EPA-groep: mensen met ernstige psychische aandoeningen. Aan bod komen omvangschattingen van de doelgroep en resultaten van (zorg)behoefteonderzoek. In paragraaf 2.5 staan we uitgebreider stil bij de ontwikkelingen in omvang, aard en gebruik van de langdurige ambulante GGZ zelf. Ook actuele zorginhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen komen aan de orde. In paragraaf 2.6 zetten we de belangrijkste conclusies uit het hoofdstuk op een rij.

2.2 Aard, omvang en gebruik van de intramurale GGZ

Intramurale GGZ-aanbieders

In Nederland bieden circa 150 organisaties intramurale GGZ. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de verschillende typen intramurale GGZ-aanbieders.

Tabel 2.1 ·Aanbieders van intramurale GGZ

	N
<i>Intramurale GGZ-aanbieders, lid van GGZ Nederland</i>	
Geïntegreerde GGZ-instellingen	31
Gespecialiseerde instellingen voor Beschermd Wonen - RIBW's	22
Gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg*	11
Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie*	9
Gespecialiseerde instellingen voor forensisch psychiatrische zorg (TBS-klinieken)	6
Gespecialiseerde instellingen voor intramurale GGZ – zelfstandige APZ-en	2
<i>Overige intramurale GGZ-aanbieders</i>	
PAAZ-en en PUK-en	40
Overig	37

**Betreft alle gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en voor verslavingszorg die lid zijn van GGZ Nederland. Vermoedelijk biedt elk van deze instellingen (ook) intramurale zorg, maar voor de betreffende categorieën aanbieders kan dat uit de geraadpleegde bronnen niet met volledige zekerheid voor elke afzonderlijke instelling worden vastgesteld.*

Bronnen: Veerbeek e.a., 2012. DigiMv.

De 31 grote geïntegreerde GGZ-instellingen vormen de belangrijkste categorie van intramurale GGZ-aanbieders. Rekenen we het beschermd wonen tot de intramurale GGZ, dan nemen de 22 zelfstandige RIBW's ook een belangrijke plaats in. Op kleinere schaal wordt intramurale GGZ daarnaast geboden vanuit elf gespecialiseerde verslavingsklinieken, negen gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, zes TBS-klinieken voor strafrechtelijke forensisch psychiatrische zorg en een tweetal zelfstandig gebleven Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en). Daarnaast wordt intramurale GGZ geboden door in totaal veertig psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK-en).

Schattingen van het aandeel van de afzonderlijke categorieën aanbieders in het totale aanbod aan intramurale GGZ (inclusief beschermd wonen) in Nederland komen uit op circa 60 % voor de geïntegreerde instellingen, circa 25 % voor de RIBW-en, circa 9 % voor de gespecialiseerde aanbieders van kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en forensisch psychiatrische zorg en circa 3 á 4 % voor de PAAZ-en en PUK-en.

Tabel 2.1 bevat ook een categorie 'overig'. Raadpleging van het databestand van de DigiMv - de digitale jaarverslagen maatschappelijke verantwoording van de zorginstellingen - wijst uit dat er naast bovengenoemde instellingen namelijk ook enkele tientallen, doorgaans veel kleinere intramurale GGZ-aanbieders bestaan, die niet verbonden zijn aan GGZ Nederland en ook geen onderdeel zijn van een algemeen of academisch ziekenhuis. Veelal gaat het om kleine, lokale organisaties, maar soms ook om GGZ-afdelingen van grote instellingen waarvan de hoofdactiviteiten in andere deelsectoren liggen. Naar schatting nemen deze kleine 'ongebonden' of 'cross-sectorale' aanbieders samen enkele procenten van het totale intramurale GGZ-aanbod in Nederland voor hun rekening.

Ontwikkelingen in de omvang van de intramurale GGZ

Voor een nauwkeuriger en gedifferentieerder beeld van de stand van zaken en de ontwikkeling van het aantal opname- en verblijfplaatsen in de GGZ, moeten we onderscheid maken tussen de formeel toegelaten capaciteit, de beschikbare plaatsen en de feitelijke productie (de verpleegdagen). Het aantal beschikbare plaatsen is lager dan de toegelaten capaciteit; in 2009 was 85% van de toegelaten capaciteit beschikbaar. De feitelijke productie is weer lager dan bij 100% bezetting van de beschikbare plaatsen behaald zou kunnen worden. De bezettingsgraad bedraagt volgens NZa-gegevens gemiddeld 97% maar fluctueert per jaar en per circuit. Het betrouwbaarst en daarmee geschiktst voor trendanalyses zijn de feitelijke productiecijfers: de verpleegdagen.

Tabel 2.2 en de daarop gebaseerde figuur 2.1 geven een beeld van de trends tussen 1993 en 2009, gebaseerd op de verpleegdagen². De tabel en de figuur onderscheiden klinische bedden en plaatsen voor beschermd wonen.

2 Een complete dataset over de gerealiseerde productie vanaf 2010 is nog niet voorhanden.

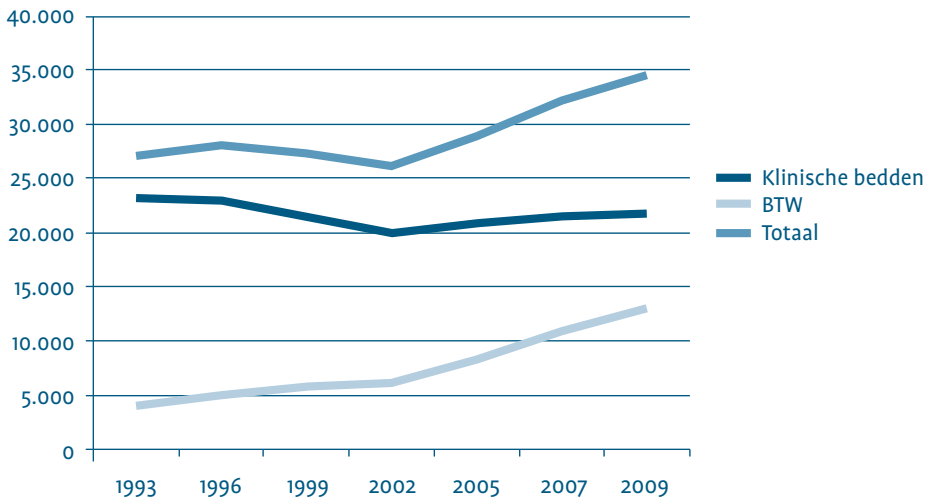
Tabel 2.2 Psychiatrische opname- en verblijfplaatsen in Nederland, 1993-2009*

	Circuit	1993	1996	1999	2002	2005	2007	2009
Klinische bedden		23.200	22.984	21.490	19.991	20.740	21.443	21.596
	Volwassenen en Ouderen	21.340	20.762	18.775	17.325	17.562	17.849	17.786
	Kinderen en Jeugd	868	1.000	1.189	1.170	1.373	1.589	1.772
	Verslavingszorg	992	1.222	1.526	1.496	1.805	2.005	2.038
Beschermd wonen		4.036	5.079	5.827	6.159	8.280	10.827	12.978
Totaal		27.236	28.063	27.317	26.150	29.020	32.270	34.574

* Op basis van jaarlijkse NZa-productiecijfers (verpleegdagen) AWBZ en ZVW, omgerekend naar bedden/plaatsen op basis van 100% bezetting (365 verpleegdagen is 1 bed). Exclusief forensisch psychiatrische zorg. Gegevens over gebudgetteerde instellingen (in 2009 werden naar schatting 200 niet in de NZa-productiecijfers verdisconteerde intramurale GGZ-plaatsen geboden door nieuwe, niet-gebudgetteerde aanbieders). Bron: Van Hoof e.a. (2012).

Figuur 2.1 Psychiatrische opname- en verblijfplaatsen in Nederland, 1993-2009 (op basis van tabel 2.2)

Tabel 2.2 laat zien dat in 2009 de klinische bedden voor volwassenen- en ouderenzorg



51% van het totale aantal psychiatrische opname- en verblijfplaatsen besloegen. Het aandeel van het beschermd wonen bedroeg 38%. De klinische bedden voor verslavingszorg en voor kinderen en jeugd bestreken respectievelijk 6% en 5% van de totale opname- en verblijfs capaciteit.

Tabel 2.2 laat ook zien dat het aantal klinische bedden in de volwassenen- en ouderen-

zorg tussen 1993 en 2002 daalde (met bijna 20%) en vanaf 2002 weer licht steeg. Daar staat tegenover dat de capaciteit van de - veel kleinere - kinder- en jeugdpsychiatrie en verslavingszorg gedurende de periode 1993-2009 verdubbelde. Het totale aantal klinische bedden daalde tussen 1993 en 2002 met 15%, maar steeg tussen 2002 en 2009 weer met 8% (figuur 2.1).

Een grote stijging, zowel procentueel als in absolute cijfers, heeft zich in de afgelopen decennia echter vooral voorgedaan bij het beschermd wonen, zo blijkt uit tabel 2.2 en figuur 2.1: tussen 1993 en 2009 verdrievoudigde de capaciteit. Vooral in de tweede helft van het afgelopen decennium is die groei zeer snel gegaan. Per saldo daalde het totale aantal psychiatrische opname- en verblijfplaatsen (inclusief BW) tussen 1993 en 2002 nog licht, maar van 2002 tot 2009 nam het met bijna een derde toe.

Naast bovengenoemde voorzieningen telde Nederland in 2009 ook 3.475 beschikbare plaatsen voor forensisch-psychiatrische zorg, waarvan 3.152 strafrechtelijke plaatsen (ressortend onder het ministerie van Justitie) en 323 niet-strafrechtelijke plaatsen (ministerie van VWS). Meerjarige trendcijfers over de niet-strafrechtelijke forensisch psychiatrische zorg zijn niet voorhanden. Wel bekend is dat de formele capaciteit voor strafrechtelijke forensisch psychiatrische zorg tussen 1994 en 2008 is verdrievoudigd, dat die formele capaciteit de laatste jaren vrijwel volledig wordt omgezet in feitelijk gerealiseerde plaatsen en dat aantal gerealiseerde plaatsen in 2010 verder is gegroeid (Veerbeek e.a. 2012; DJI, 2012).

Daarmee is de algemene trend in de Nederlandse intramurale GGZ in de afgelopen twee decennia samen te vatten als een verschuiving van capaciteit van reguliere klinische bedden voor volwassenen en ouderen naar specialistische deelsectoren (verslaving, forensisch psychiatrische zorg, kinderen en jeugd) en naar het beschermd wonen. In de eerste fase, tot 2002, hielden afbouw en opbouw elkaar ongeveer in evenwicht. In de tweede fase, vanaf 2002, stagneerde de daling van de reguliere klinische bedden voor volwassenen, versnelde de groei van de andere klinische voorzieningen en in het bijzonder die van het beschermd wonen en groeide daardoor ook de totale capaciteit weer. Met name de positie van het beschermd wonen binnen het GGZ-stelsel is daarmee in de afgelopen decennia verschoven van een beoogd substituuut voor klinische zorg naar een substantiële aanvulling daarop.

Verklaringen voor de gevonden capaciteitsontwikkelingen

Verklaringen voor de capaciteitsontwikkelingen in de Nederlandse intramurale GGZ worden over het algemeen meer gezocht in algemene beleidsontwikkelingen en bijbehorende financiële prikkels en mogelijkheden, dan in epidemiologische trends of in overloop vanuit belendende sectoren (Ravelli, 2006; Wierdsma e.a., 2006; Van Hoof e.a., 2009a; 2009b; IBO, 2010; Van Veldhuizen, 2010, 2012a) (zie ook hoofdstuk 1). Aanwijzingen voor een toenemende psychiatrische morbiditeit als verklaring voor de groei van de intramurale zorg in het afgelopen decennium, zijn er voorsnog immers

niet. En de intramurale capaciteit in de sectoren van de maatschappelijke opvang en de verstandelijk gehandicaptenzorg is in de afgelopen jaren ook gegroeid in plaats van afgenomen³.

In het vorige hoofdstuk is er al op gewezen dat Nederland eigenlijk alleen in de periode 1995-2002 een relatief directief en met financiële prikkels ondersteund ambulantisering-beleid in de GGZ heeft gekend. Daarvóór werd ambulantisering beleden maar niet hard afgedwongen. Na 2002 verdwenen de thema's van deinstitutionalisering en beddenafbouw gedurende bijna een decennium geheel van de beleidsagenda. De facto ontstond sinds 2002 een hernieuwde groeiimte (wellicht mede in reactie op de vermeende negatieve gevolgen van de afbouw van de reguliere klinische bedden voor volwassenen en ouderen in de voorafgaande jaren). Instellingen hebben van die hernieuwde groeiimte gebruik gemaakt, vooral op het gebied van het beschermd wonen.

De beschikbare NZA-gegevens (belangrijkste bron van bovenstaande trendcijfers) bieden nog geen compleet, landelijk zicht op de ontwikkelingen na 2009. Wel zijn er aanwijzingen over de meest recente trends te vinden in het databestand van de DigiMv, de GGZ-marktscans van de NZA, de Trendrapportage van de RIBW Alliantie en de in 2011 gestarte Monitor Intramurale GGZ (DigiMv; NZA, 2012; RIBW Alliantie, 2011; Haggenburg e.a., 2012a). Analyses van de beschikbare gegevens wijzen uit dat het aantal klinische plaatsen in 2010 min of meer stabiel is gebleven en in 2011 voor het eerst sinds lang weer een lichte daling vertoonde. Die daling betreft uitsluitend de kortdurende klinische zorg. De capaciteit van het beschermd wonen bleef zowel in 2010 als in 2011 (fors) groeien. (Exacte cijfers zijn als gezegd nog niet beschikbaar.) Daarmee lijkt de recente revitalisering van het ambulantiseringbeleid zijn eerste effecten te zien te geven, zij het dat de ingezette capaciteitsreductie vooralsnog beperkt blijft tot de kortdurende, ZVW-gefinancierde GGZ.

Kosten

Veranderingen in de financieringskaders van de GGZ maken het lastiger om een compleet en naar deelsectoren uitgesplitst overzicht te krijgen van de trends in de uitgaven aan intramurale GGZ. Wel is op basis van de beschikbare gegevens een redelijke schatting te maken van de recente stand van zaken. Tabel 3 geeft een overzicht op basis van gegevens over 2010.

3 Zo nam het aantal 24-uurs woonvoorzieningen, zorgvoorzieningen en crisisopvangvoorzieningen van de maatschappelijke opvang tussen 2005 en 2009 toe van circa 5000 tot circa 6000 plaatsen (daarbij gaat het om voorzieningen die sinds 2009 onder de WMO vallen; Van Dijk e.a., 2011; Tuyenman e.a., 2011). Het aantal intramurale plaatsen (inclusief de voormalige 'gezinsvervangende tehuizen') in de verstandelijk gehandicaptenzorg steeg tussen 2007 en 2009 nog van circa 63.000 tot circa 68.000 plaatsen (Van der Kwartel, 2011).

Tabel 2.3 Uitgaven GGZ in 2010, per deelsector, in % *

Uitgaven GGZ 2010: 5,4 miljard euro		
Deelsectoren	% van totale GGZ-uitgaven	
Ambulante zorg	38	
Klinische zorg	49	
Kort (ZVW)		38
Lang (AWBZ)		11
Beschermd wonen	13	
Totaal	100	

* AWBZ- en ZVW-gefinancierde zorg

Bron: Van Hoof e.a., 2012.

In 2010 is in Nederland circa 5,4 miljard euro uitgegeven aan de (AWBZ- en ZVW-gefinancierde) GGZ, waarvan naar schatting 62% (ofwel circa 3,3 miljard euro) aan intramurale zorg. Het grootste deel daarvan kwam voor rekening van de kortdurende klinische zorg (ZVW-verblijf). Langdurige klinische zorg (AWBZ-verblijf) en beschermd wonen zijn samen goed voor bijna een kwart van de GGZ-uitgaven.

Binnen de intramurale zorg is vooral de kostenpost voor kortdurende klinische zorg relatief groot. Dat heeft ook te maken met het feit dat deze zorg duurder is dan die in de andere intramurale deelsectoren. Kortdurende klinische zorg omvat iets meer dan een derde van de totale intramurale capaciteit, maar soupeert bijna twee derde van de middelen voor intramurale zorg op.

Gebruik

Schattingen op basis van gegevens van de NZa, GGZ Nederland en de DigiMv komen uit op een totaal aantal intramurale GGZ-gebruikers op jaarbasis in 2009 van circa 90.000 personen (inclusief PAAZ en PUK) (zie o.a. GGZ Nederland, 2010). Trendcijfers op basis van de sectorrapporten van GGZ Nederland duiden er verder op dat het aantal cliënten dat van intramurale GGZ gebruik maakt in het afgelopen decennium gestaag is gegroeid en tussen 2004 en 2009 nog met circa een derde is toegenomen. Met name het aantal onvrijwillige opnamen is fors gegroeid, van ruim 13.000 in 2002 tot bijna 19.000 in 2009; een groei van bijna 50 % in zeven jaar tijd (Veerbeek e.a., 2012).

Het grootste deel van de intramurale plaatsen wordt gebruikt door langverblijvers, maar kortverblijvers vormen verreweg de grootste groep intramurale GGZ-clieënten. Gegevens van GGZ Nederland laten zien dat circa drie kwart van alle cliënten die in 2009 gebruik maakten van de intramurale voorzieningen van de lid-instellingen, maximaal 1 jaar werd opgenomen (GGZ Nederland, 2010)⁴. Recentere gegevens uit de Monitor Intramurale

4 Oudere data van de psychiatrische casusregisters laten zien dat in de groep cliënten die kortdurend worden opgenomen twee ongeveer even grote subgroepen te onderscheiden zijn van cliënten met een eenmalige kortdurende opname en cliënten die in de loop van de jaren meermalen worden opgenomen (Wennink e.a., 2002).

GGZ laten zien dat binnen de categorie van de kortdurende (ZVW-)opnamen ruim 40 % van de cliënten binnen een maand ontslagen wordt. Daartegenover staat dat binnen het langdurig (AWBZ-)verblijf ruim 30 % van de aanwezige cliënten meer dan vier jaar is opgenomen. Eveneens ruim 30 % van het bewonersbestand van de RIBW's, woont tenminste vier jaar in een beschermende woonvorm (Haggenburg e.a., 2012a).

In het algemeen vormen mensen met psychotische stoornissen de grootste groep intramurale GGZ-gebruikers (vooral in de verblijfssector), maar heeft een meerderheid van de cliënten die op enig moment wordt opgenomen te kampen met andere aandoeningen (Van Hoof e.a., 2009a; Haggenburg e.a., 2012a). Dat neemt niet weg dat volgens recente ramingen circa 80 % van de volwassen cliënten in de intramurale GGZ tot de EPA-groep behoort (mensen met ernstige psychische aandoeningen). Ongeveer 15 % behoort volgens deze schattingen tot de groep die wel wordt aangeduid als de 'disease management groep' (langdurige, maar min of meer hanteerbare en gestabiliseerde psychische problematiek) en 5 % tot de groep van de 'common disorders' (veelal relatief kortdurende aandoeningen) (Significant, 2011; zie ook Delespaul, in druk)⁵.

Diversiteit in vorm, functies en gebruikspatronen van de intramurale GGZ

Belangrijke kanttekening bij bovenstaande, geaggregeerde gegevens over capaciteit, kosten en gebruik van de intramurale GGZ is dat ze betrekking hebben op een in administratieve zin weliswaar homogene maar in de praktijk tamelijk gedifferentieerde sector. De intramurale GGZ bestaat de facto uit een reeks van voorzieningen met uiteenlopende functies en kenmerken, die verder reiken dan het onderscheid in zorgcircuits en financieringskaders. De voorzieningen kunnen een woonfunctie vervullen, maar ook een opvang-, time-out-, of een behandelfunctie. Ze zijn gevestigd op grootschalige instellingsterreinen, maar ook in moderne kleine panden in de stad en in individuele woonvoorzieningen. Ze worden geboden door zowel 'reguliere' als specialistische aanbieders. Soms zijn ze gericht op brede doelgroepen, soms op heel specifieke. En binnen deze uiteenlopende functies en kenmerken verschillen de voorzieningen onderling ook nog eens in zorgniveau, zorgintensiteit, beveiligingsniveau, etc.

Uiteenlopende bronnen geven een beeld van deze diversiteit. In tabel 2.4 en tabel 2.5 zetten we een aantal gegevens op een rij.

5 Bij deze ramingen gaat het om het cliëntenbestand op peildatum. Aangezien de twee laatstgenoemde, 'niet-EPA' groepen volgens de ramingen uitsluitend gebruik maken van kortdurende opnamen, zal hun aandeel in het totaal aantal mensen dat op jaarbasis van intramurale zorg gebruik maakt, groter zijn.

Tabel 2.4 Kenmerken klinische GGZ-plaatsen (exclusief BW)

	% van totale klinische capaciteit
Type aanbieder*	
Plaatsen in brede, geïntegreerde instellingen	83 %
Plaatsen bij gespecialiseerde aanbieders voor versl.zorg., forens. GGZ of Jeugd GGZ	12 %
Plaatsen in PAAZen en PUKen	5 %
Kort verblijf – lang verblijf**	
Plaatsen voor kortdurende zorg (ZVW)	57 %
Plaatsen voor langdurige zorg (AWBZ)	43 %
Functie***	
Plaatsen met primair een klinische opnamefunctie (kort en lang)	72 %
Plaatsen met primair een woonfunctie	28 %
Concentratie***	
Plaatsen op locaties met > 200 bedden	53 %
Plaatsen op locaties met < 200 bedden	47 %
Regime***	
Gesloten plaatsen	23 %
Open plaatsen	77 %
Zorgzwaarte langdurig verblijf (AWBZ)***	
AWBZ-verblijfplaatsen voor Zorgzwaarte 1B-2B	3 %
AWBZ-verblijfplaatsen voor Zorgzwaarte 3B-4B	30 %
AWBZ-verblijfplaatsen voor Zorgzwaarte 5B-6B-7B	67 %

* Schatting over 2009 op basis van Van der Aalst e.a. (2010), Veerbeek e.a. (2012) en NZa (2012).

** Veerbeek e.a. (2012), data over 2009.

*** Schatting over 2011 op basis van de Monitor Intramurale GGZ (Haggenburg e.a., 2012a) - gegevens over intramurale zorg van de geïntegreerde GGZ-instellingen, exclusief BW.

Tabel 2.5 Kenmerken Beschermende Woonvormen*

	% van totale BW-capaciteit
Woonvorm-zorgcombinaties BW	
BW-plaatsen in groepswoonvoorzieningen met zorg in huis	22 %
BW-plaatsen in groepswoonvoorzieningen met zorg op afstand	38 %
BW-plaatsen in geclusterde individuele woonvoorzieningen	19 %
BW-plaatsen in zelfstandige individuele woonvoorzieningen	19 %
Overig	2 %
Zorgzwaarte BW	
BW-plaatsen voor Zorgzwaarte 1C-2C	27 %
BW-plaatsen voor Zorgzwaarte 3C-4C	62 %
BW-plaatsen voor Zorgzwaarte 5C-6C	11 %

* *Schatting over 2011 op basis van de Monitor Intramurale GGZ (Haggenburg e.a., 2012a) - gegevens over Beschermende Woonvormen van zelfstandige RIBW's.*

Tabel 2.4 laat zien dat het grootste deel van de klinische zorg binnen geïntegreerde instellingen plaatsvindt, maar circa een zesde ook daarbuiten, bij meer specialistische aanbieders. Het grootste deel van de klinische plaatsen is bestemd voor kortdurende opnamen (tot een jaar), maar bijna de helft wordt voor langdurig verblijf gebruikt en ruim een kwart van de klinische plaatsen vervult feitelijk een woonfunctie. Uit de tabel blijkt verder dat ruim de helft van de plaatsen nog op grote instellingsterreinen (terreinen met > 200 plaatsen) te vinden is en dat bijna een kwart plaatsen op gesloten afdelingen betreft. Binnen het langdurig verblijf (AWBZ) nemen de drie zwaarste zorgzwaartecategorieën bijna tweede derde van de capaciteit voor hun rekening.

Binnen het beschermd wonen (tabel 2.5) springt de diversiteit aan woonvorm-zorgcombinaties in het oog. Het beschermd wonen wordt traditioneel gekenmerkt door groepswoonvoorzieningen, maar inmiddels blijkt bijna 40 % van de capaciteit te bestaan uit plaatsen in individuele woonvoorzieningen. Van die individuele woonvoorzieningen is de helft geclusterd. De andere helft bestaat uit zelfstandige woningen. Tabel 2.5 laat verder zien dat bijna twee derde van de BW-capaciteit van de RIBW's in gebruik is voor mensen met zorgzwaartecategorieën 3C en 4C. Daarvan neemt ZZP 3C het grootste aandeel voor zijn rekening met 44 % van de totale BW-capaciteit.

De tabellen geven slechts een summier, indicatief en nog niet landelijk dekkend beeld van de diversiteit van intramurale GGZ-voorzieningen in Nederland. Een nog beter en preciezer zicht op die diversiteit en op de ontwikkelingen daarin is wel gewenst om tot een gericht en onderbouwd afbouwtraject te komen. Onder andere de Monitor Intramurale GGZ moet daar in de komende jaren nadrukkelijker in gaan voorzien. De

Monitor Intramurale GGZ is in 2010 in het leven geroepen door de RvB² (de Raden van Bestuur voor de Reductie van Bedden) om een begin te maken met het genereren van een vaste en uniforme dataset over de stand van zaken en trends in de aard, omvang en het gebruik van de intramurale GGZ. Tot dusverre bleef de Monitor beperkt tot de lidinstellingen van de RvB² (33 instellingen in totaal, ofwel circa 70 % van de totale landelijke intramurale GGZ-capaciteit). Een groot deel van de gegevens in bovenstaande tabellen is gebaseerd op die RvB²-gegevens. Inmiddels is besloten de Monitor landelijk uit te rollen, zodat vanaf 2012 een compleet en gedifferentieerd beeld van het afbouwtraject gegeven kan worden.

Regionale verschillen

Niet alleen is er een relatief grote diversiteit aan functies, vormen en gebruikspatronen van de intramurale GGZ; instellingen (en daarmee regio's) verschillen ook onderling in hun intramurale voorzieningstructuur en in het gebruik daarvan, zo blijkt uit de eerste twee jaargangen van de Monitor Intramurale GGZ. Die verschillen zijn soms aanzienlijk. Zo leunt de ene instelling veel sterker op zijn intramurale zorg dan de andere: het aandeel van de intramurale zorg in de totale inkomsten van de instellingen van de RvB² loopt uiteen van 37 % tot 77 %. De 'concentratiegraad' – het percentage bedden op locaties met meer dan 200 plaatsen – varieert zelfs van 0% tot 77% en het aandeel van de bedden voor langdurige (AWBZ-)zorg van 36 % tot 69 %. Ook het aandeel 'gesloten bedden' en de zorgzwaarte verschillen sterk per instelling en daarmee per regio. Kijken we naar het zorggebruik, dan zien we dat gemiddeld 42 % van de klinische ZVW-cliënten na maximaal een maand uitstroomt, maar dat dat aandeel in de ene geïntegreerde instelling 59 % is en bij een andere slechts 12 %. En waar van de aanwezige intramurale AWBZ-cliënten op peildatum gemiddeld 29 % meer dan vier jaar in de instelling verblijft, is dat aandeel in de ene instelling slechts een paar procent en in een andere 70 %. Ook de RIBW's laten grote onderlinge verschillen zien: bij de ene instelling neemt bijvoorbeeld het BW 95 % van de opbrengsten voor zijn rekening, bij de andere 65 %. Een aantal instellingen heeft minder dan 10 % individuele woonvoorzieningen, een aantal meer dan 90 %. etc. (Haggenburg e.a., 2012a, 2012b).

De intramurale GGZ kent dus niet alleen een breed, maar ook sterk regionaal gekleurd palet aan voorzieningen. Een betrouwbaar beeld van de verschillen in de regionale omvang van de intramurale capaciteit (plaatsen per inwoner) kan op basis van de op dit moment beschikbare Monitorgegevens nog niet worden gegeven. Indicaties tot dusverre lijken er echter op te wijzen dat ook die verschillen aanzienlijk zijn. (In toekomstige metingen van de Monitor Intramurale GGZ zal dat beeld scherper worden.)

Regionale diversiteit en regionale eigenheid lijken belangrijke factoren om rekening mee te houden bij het afbouwtraject. Hoe verhoudt de regionale infrastructuur van de (intramurale) GGZ zich tot de landelijke streefcijfers? Het antwoord op die vraag bepaalt mede wat per regio nodig is om tot de gewenste, nieuwe infrastructuur voor intramurale GGZ in Nederland te komen.

2.3 Toekomstscenario's intramurale GGZ

De bevindingen in paragraaf 2.2 pleiten voor een gedifferentieerder beeld van de gewenste toekomstige infrastructuur van de intramurale GGZ in Nederland, dan de eendimensionale afbouwnorm van 30 % uit het Bestuurlijk Akkoord. Het pleit ook voor een nadere onderbouwing van die norm: is 30 % een maximum of een tussenstap naar nog verdere afbouw in de periode na 2020?

In het verleden zijn verschillende pogingen gedaan om tot een onderbouwde raming te komen van de *benodigde* intramurale GGZ-capaciteit in Nederland, afgaand op wat bekend is over behoeften en functioneren van cliënten. Al in 1996 becijfert de RVZ dat circa 5.000 á 6.000 (ofwel 40 % á 50 %) van de op dat moment langdurig in de GGZ verblijvende cliënten daadwerkelijk aangewezen zijn op enigerlei vorm van intensieve bescherming of verpleging; de helft daarvan om redenen van zeer ernstige gedragsproblematiek, de andere helft om redenen van een intensieve verplegings- en verzorgingsbehoefte⁶. De andere circa 6.000 á 7.000 verblijfspatiënten van dat moment (50 % á 60 %) zouden, als de juiste ondersteuning wordt geboden, elders kunnen wonen en zou dat volgens het RVZ ook willen (RVZ, 1996). Het RVZ becijferde dat het voor 2005 benodigde aantal plaatsen voor intramurale GGZ daarmee zou kunnen uitkomen op circa 12.000 plaatsen in totaal voor het 'chronisch circuit' (6.000 plaatsen langdurig verblijf en 6.000 plaatsen beschermd wonen) en circa 11.000 plaatsen voor kortdurende opnamen: in totaal circa 23.000 plaatsen (ofwel bijna een kwart minder dan de in 1996 beschikbare capaciteit).

De prognoses c.q. voorstellen van de RVZ zijn zoals bekend niet gerealiseerd. De feitelijke intramurale en semimurale capaciteit groeide juist en bedroeg in 2005 circa 20.000 plaatsen voor wat de RVZ aanduidt als het 'chronische circuit' (intramurale GGZ exclusief kortdurende opnamen) en bijna 30.000 plaatsen in totaal (inclusief de kortdurende intramurale GGZ; zie paragraaf 2.2).

Niettemin kwamen Delespaul en Van Os in 2006 tot nieuwe ramingen, die nog iets lager uitvielen dan de eerdere prognoses van de RVZ (Delespaul en Van Os, 2006; zie ook Delespaul, 2009). Op basis van internationale literatuur, een eigen zorgmonitor in de regio Zuid-Limburg, en de input van panels van managers en hulpverleners raamden Delespaul en Van Os de benodigde intramurale GGZ-capaciteit voor een 'gemiddelde' regio. Geëxtrapoleerd naar landelijk niveau en exclusief forensische zorg en beschermd wonen kwamen de cijfers uit op bijna 3.000 benodigde residentiële plaatsen ('asielplaatsen') voor volwassenen en ouderen (dat is een kwart tot een derde van de feitelijke, landelijke intramurale verblijfs capaciteit in 2005). Verder zouden circa 7.500 plaatsen

6 Borgesius en Brunenberg kwamen in 1999 op basis van hun onderzoek naar de woonwensen en zorgbehoeften van een representatieve populatie van langverblijvers in de GGZ tot vergelijkbare cijfers als de RVZ. Zij stelden vast dat volgens het oordeel van de hulpverleners circa 6.000 cliënten van de dan aanwezige cliënten het beste op het terrein van het ziekenhuis zouden kunnen blijven wonen (Borgesius en Brunenberg, 1999).

nodig zijn voor verschillende typen voorzieningen voor kortdurende opnamen en 1.000 á 1.500 plaatsen voor laagdrempelige crisisopnames. Het totaal aantal intramurale plaatsen zou daarmee uitkomen op 11.000 á 12.000 plaatsen (exclusief forensische en BW-plaatsen) - bijna de helft minder dan de feitelijke capaciteit van dat moment. Delespaul en Van Os gaven nog wel aan dat ramingen voor afzonderlijke regio's tot een factor drie uiteen kunnen lopen, afhankelijk van onder andere verschillen in de sociaaldemografische samenstelling van de regio's (o.a. etniciteit, urbaniciteit). Belangrijk is ook dat Delespaul en Van Os hun ramingen baseerden op de aanname van (en een sterk pleidooi voor) de verdere ontwikkeling en forse uitbreiding van intensieve ambulante ondersteuningsvormen (ACT en FACT) (Delespaul en Van Os, 2006; zie ook Delespaul, 2009).

In 2009 verscheen de *Toekomstverkenning intramurale GGZ*, waarin een expertpanel van onderzoekers, aanbieders, financiers en cliëntenvertegenwoordigers een raming maakte van het mogelijke afbouwtraject tussen peiljaar 2007 en 2020 (Van Hoof e.a., 2009a). Deze kwam tot vergelijkbare cijfers als Delespaul en Van Os. Onder een 'optimaliseringsscenario' zou in 2020 kunnen worden volstaan met in totaal ruim 5.000 plaatsen voor langdurige intramurale GGZ en circa 6.000 plaatsen voor kortdurende intramurale GGZ, ofwel een totaal van ruim 11.000 intramurale plaatsen. Daarnaast kwam het panel uit op een benodigd aantal BW-plaatsen van ruim 8.000. Ten opzichte van de feitelijke capaciteit in 2007 impliceerde een en ander een afbouw van circa 50 % in het langdurige verblijf, circa 20 % van de kortdurende klinische zorg en circa 25% van (de toenmalige capaciteit van) het BW. De totale afbouw zou uitkomen op circa 30 %.

Ook het panel noemde wel een aantal voorwaarden voor dit 'optimaliseringsscenario'. Die voorwaarden betroffen met name de opbouw van een flexibele, integrale, op rehabilitatie en herstel gerichte ambulante zorginfrastructuur en alles wat daarbij komt kijken in termen van landelijk beleid, adequate financiering en bekostiging en regionale samenwerking tussen de GGZ en voorzieningen en instellingen op het gebied van huisvesting, arbeid en onderwijs. Ambulantisering moet niet primair gaan om afbouw van disfunctionele voorzieningen maar om de opbouw van adequate alternatieven, zo luidde het ook toen al⁷.

7 De wooncomponent speelt daarbij ook een rol. Het Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos voeren op dit moment een quick scan uit naar de (extra) behoefte aan woningen als gevolg van het ambulantiseringstraject. Eerste resultaten laten zien dat die extra behoefte op jaarbasis beperkt is in verhouding tot de behoefte aan woningen als gevolg van de reguliere jaarlijkse uitstroom uit het verblijf en het beschermd wonen. Bij een afnemende capaciteit zullen bovendien de reguliere in- en uitstroom en daarmee de behoefte aan woningen voor uitstromende cliënten alleen maar verder afnemen. Wel is momenteel nog de behoefte aan woningen groter dan het aantal woningen dat jaarlijks beschikbaar komt. In die zin blijft een grotere inzet op het vinden van woningen voorlopig nodig. Op termijn en bij een afnemende verblijfs- en BW-capaciteit zal de opgave voor de GGZ en de woningcorporaties echter steeds meer gaan verschuiven van het vinden van een woning naar het behouden van de woning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Van Hoof e.a., in voorbereiding).

In de volgende paragrafen en hoofdstukken gaan we verder in op de ontwikkelingen tot dusver in de opbouw van de ambulante GGZ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland. Voor dit moment constateren we dat bouwstenen voor een verdere operationalisering van de afbouwdoelstelling en het afbouwtraject van de intramurale GGZ in ieder geval aanwezig zijn⁸. Wel lijken in de komende periode nog de nodige vervolgstappen te moeten worden gezet om tot concrete doelen en afspraken op landelijk en regionaal niveau te komen. Van belang bij die vervolgstappen zijn dan niet alleen de concrete (zo goed mogelijk naar aard en functie van de zorg gedifferentieerde) streefcijfers, maar ook de gewenste inhoudelijke ontwikkelingen binnen de intramurale GGZ zelf. Te denken valt bijvoorbeeld aan de actuele plannen van een aantal instellingen rond High Intensive Care in de intramurale GGZ: veel kortdurender maar ook veel intensievere intramurale zorg, die daarmee ook veel meer in dienst staat van het ambulante traject. Organisatie, competenties, gebouwen en financiering zullen in de toekomst ook moeten aansluiten op die vernieuwingen binnen de intramurale GGZ zelf. Ook van belang bij die vervolgstappen is dat praktische zaken als kapitaallastenproblematiek zo concreet mogelijk gekwantificeerd gaan worden, zodat ook op dat vlak duidelijker wordt wat nodig is om de belemmeringen voor een onderbouwd en uitvoerbaar afbouwtraject weg te nemen.

Het algemene streefcijfer van 30 % afbouw blijft, gezien bovenstaande ramingen, overigens een goed te verdedigen vertrekpunt. Of dat ook het eindpunt moet zijn, is wellicht nog een vraag. Een begin 2012 opgestelde werknootitie van het Ministerie van VWS sprak al van een mogelijke beddenafbouw op de langere termijn van 50% (Ministerie van VWS, 2012b). In een overzichtsartikel van de ontwikkelingen in de intramurale GGZ werd onlangs beargumenteerd dat er eigenlijk nauwelijks intramurale zorg- en behandelactiviteiten te bedenken zijn die niet net zo goed (of beter) ambulant of in deeltijd zouden kunnen plaatsvinden; waarmee de auteur aangaf dat wellicht nog veel verder gaande afbouw mogelijk is (Van Veldhuizen, 2012a). Ook de internationale cijfers in hoofdstuk 1 suggereren dat er ook na een afbouw van 30 % nog de nodige ruimte zou kunnen zijn voor een verdere ambulantiseringsslag. Hoe reëel dat is zal in de toekomst blijken, maar zal ook vooral afhangen van de mate waarin het lukt om in de komende periode voor de doelgroep van de intramurale en de langdurige ambulante GGZ een adequate herstel- en participatiebevorderende, maatschappelijk georiënteerde voorzieningstructuur op te zetten.

2.4 'Doelgroep' ambulantisering

Er zijn vele voorwaarden voor een succesvol ambulantiseringstraject. Eén van de belangrijkste daarvan is de beschikbaarheid van eenduidige en betrouwbare informatie over de omvang, leefsituatie en ondersteuningsbehoeften van de 'doelgroep'.

8 Tot die bouwstenen behoren naast bovengenoemde ramingen overigens ook nog een aantal andere, meer specifieke bronnen. Zo toont De Heer-Wunderink in haar recente proefschrift aan dat in ieder geval een derde van de huidige BW-bewoners met de juiste ondersteuning ook ambulant zou kunnen worden geholpen (De Heer-Wunderink, 2012).

Voor wat betreft die doelgroep kan grofweg een onderscheid worden gemaakt in een viertal hoofdcategorieën:

- De bredere groep van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en ondersteuningsbehoeften op het gebied van sociale participatie (wonen, werken, sociale contacten);
- De subgroep van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en actuele ondersteuningsbehoeften die in zorg zijn bij de GGZ;
- De subgroep van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en actuele ondersteuningsbehoeften, die bij tijd en wijle gebruik maken van de intramurale GGZ;
- De subgroep van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en actuele ondersteuningsbehoeften, die op dit moment in intramurale zorg zijn bij de GGZ.

Informatie over omvang, leefsituatie en ondersteuningsbehoeften van elk van deze vier groepen is van belang. Het gaat bij ambulantisering immers niet alleen om het uitplaatsen van de 'zittende' populatie, maar ook om het verbeteren van de leefsituatie en maatschappelijke positie en (daarmee) het voorkomen van (frequenter of langduriger) intramuraal zorggebruik van diegenen die op dit moment geen gebruik van de intramurale GGZ maken. Daarbij gaat het bovendien niet alleen om actuele doelgroepen (prevalentie), maar ook om de instroom daarin in de komende jaren (incidentie): afbouw zal immers niet alleen gerealiseerd worden door voorzieningen te treffen voor de actuele intramurale populatie en de actuele doelgroep in bredere zin, maar ook (en misschien vooral) door te voorkomen dat nieuwe mensen instromen in elk van bovengenoemde doel- en subgroepen.

Tabel 2.6 geeft een indicatie van de actuele omvang van de doelgroep van het ambulantiseringstraject en van de daarin te onderscheiden subgroepen in termen van (intramuraal) GGZ-gebruik.

Tabel 2.6 Actuele omvang 'doelgroep ambulantisering'

Doelgroep	N
Mensen met ernstige psychische aandoeningen en ondersteuningsbehoeften*	280.000
Mensen met ernstige psychische aandoeningen en ondersteuningsbehoeften in zorg bij de GGZ*	215.000
Intramurale GGZ-cliënten op jaarbasis**	90.000
Intramurale GGZ-cliënten op peildatum**	35.000

* Bron: Delespaul (in druk); ramingen over 2012

** Bron: Van Hoof e.a. (2012); data over 2009

De tabel laat zien dat in 2012 circa 280.000 mensen in Nederland te kampen hebben met een ernstige psychische aandoening (EPA) en in verband daarmee behoefte hebben aan ondersteuning. Circa 215.000 daarvan zijn in zorg bij de GGZ (Delespaul, in druk). Ramingen van Significant en van Delespaul laten zien dat een groot deel van de cliënten

die gebruik maken van de intramurale GGZ, behoort tot deze EPA-groep, al zijn er ook intramurale GGZ-cliënten buiten deze groep⁹. De overige cijfers in tabel 2.6 zijn we in paragraaf 2.2 al tegengekomen: circa 90.000 personen maken op jaarbasis gebruik van de intramurale GGZ en circa 35.000 cliënten verblijven op peildatum in de intramurale GGZ, waarvan 22.000 in de langdurige intramurale zorg (AWBZ) of een Beschermende Woonvorm.

Representatieve, landelijke data en informatie over de achtergronden en de leefsituatie van bovengenoemde populaties zijn vooralsnog schaars en fragmentarisch. Indicaties zijn wel voorhanden op basis van diverse bronnen, waaronder met name:

- Een overzicht uit 2009 van de data uit een zestal regionale monitors en onderzoeksbestanden over langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten (Smits e.a., 2009);
- Een onderzoek uit 2010 naar de cliënten van de RIBW's (Caro-Nienhuis e.a., 2010);
- Het panel *Psychisch Gezien*, uit 2012 (Place e.a., 2012).

Tabel 2.7 Enkele kerngegevens van de leefsituatie van de doelgroep ambulantisering

	Smits e.a. (2009)	Caro-Nienhuis e.a. (2010)		Place e.a. (2012)
Onderzoeks-populatie	<i>Langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten in zes regio's</i> N = 5369	<i>Bewoners beschermende woonvormen</i> N = 5830	<i>Cliënten van het begeleid zelfstandig wonen van RIBW's</i> N = 6020	<i>Mensen met ernstige psychische aandoeningen</i> N = 594
Periode	2004-2006	2009	2009	2012
Woning	Woont zelfstandig: 70 % Woont in GGZ-inst: 20 % Anders: 10%	Woont in een BW: 100 %	Woont zelfstandig: 100 %	Woont zelfstandig: 87 % Woont in GGZ inst.: 9 % Anders: 4 %
Partner	Burgerlijke staat gehuwd: 14 %	Burgerlijke staat gehuwd: 3 %	Burgerlijke staat gehuwd: 8 %	Woont met partner: 33 %
Werk	Betaald of onbetaald werk: 17 %	Betaald of on-betaald werk: 26 %	Betaald of onbetaald werk: 32 %	Betaald werk: 16% Onbetaald werk: 50 %

Tabel 2.7 geeft een overzicht van een aantal kerngegevens uit de drie genoemde bronnen, met name over de woonsituatie, de werksituatie en de burgerlijke staat c.q. aanwezigheid van een partner. Gegevens van Caro-Nienhuis hebben betrekking op mensen die in een Beschermende Woonvorm wonen respectievelijk zelfstandig wonen. De overige twee bronnen gaan over de bredere doelgroep van langdurig zorgafhankelijke

⁹ Eerder zagen we dat naar schatting vier op de vijf volwassen cliënten die op peildatum in de intramurale GGZ verblijven, tot de EPA-groep behoort (Significant, 2011; zie ook Delespaul, in druk). Omgekeerd zijn er ook mensen met minder ernstige aandoeningen die ook behoefte hebben aan ondersteuning bij hun sociale participatie. Een indicatie daarvoor is te vinden in de Trendrapportage 2010, die laat zien dat in 2008 naar schatting tenminste 400.000 á 450.000 mensen een uitkering ontvingen en met psychische problemen te kampen hadden van meer of minder ernstige aard (Van Hoof e.a., 2010).

GGZ-cliënten c.q. mensen met ernstige psychische aandoeningen. De tabel laat zien dat een deel van die bredere groep in een GGZ-instelling woont (respectievelijk 20 % en 9 % in de twee onderzoeken) en het grootste deel zelfstandig (dat komt ongeveer overeen met de gegevens in tabel 2.6). De tabel laat verder zien dat slechts een kleine minderheid van alle cliënten - inclusief die van de RIBW's - gehuwd is of met een partner woont. Volgens twee van de drie bronnen heeft eveneens een kleine minderheid enigerlei vorm van betaald of onbetaald werk; de derde bron, het panel *Psychisch gezien*, laat wat dit betreft iets gunstiger cijfers zien, maar toont ook aan dat voor zover de doelgroep werk verricht, dat zelden betaald werk is. Vergelijking van de BW-populatie met de (ambulante) BZW-populatie in het onderzoek van Caro-Nienhuis laat ook zien dat de verschillen niet heel erg groot zijn, zeker niet op het gebied van werk. Ook bij een vergelijking van de intramuraal versus zelfstandig wonende cliënten in het onderzoek van Smits e.a., is het verschil in de werksituatie tussen de beide groepen gering.

In de eerdergenoemde *Toekomstverkenning Intramurale GGZ* uit 2009 werd wat uitgebreider ingegaan op wat op dat moment uit onderzoek in het verleden bekend was, niet alleen over de achtergronden, maar ook over de wensen en zorgbehoeften van langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten en (potentiële) intramurale GGZ-gebruikers (Van Hoof e.a., 2009a). Geconcludeerd werd dat "de enigszins gefragmenteerde onderzoeksgegevens [...] laten zien dat het veelal gaat om personen met een lage opleiding, zonder werk en - vooral in de langdurige, intramurale GGZ - relatief vaak met psychotische klachten. De gegevens laten ook zien dat het overgrote deel het liefst zo zelfstandig mogelijk woont, al dan niet samen met anderen. De behoefte aan zorg staat voor een belangrijk deel los van deze woonwensen. Betreffende cliënten hebben vooral behoefte aan (hulp bij) sociale contacten, relaties, een zinvolle dagbesteding, zingeving en het psychisch welzijn." De auteurs verwijzen ook naar de conclusies uit het eerdergenoemde onderzoek van Smits e.a. (2009). Deze constateren op basis van de resultaten van de behoeftetepeilingen in de regionale monitors dat de zorg die langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten krijgen, vooral gericht is op bescherming en praktische zorg en nog erg weinig op ontplooiing. Relaties, sociale contacten, activiteiten, werk en zingeving zijn precies de domeinen waarop de zorg het antwoord gedeeltelijk nog schuldig moet blijven. Hoewel de verschillen niet groot zijn, lijkt dat binnen de intramurale GGZ nog in iets sterkere mate te gelden dan daarbuiten, aldus Smits e.a. (2009).

Recente gegevens van het panel *Psychisch Gezien* bevestigen nog eens dat veel GGZ-cliënten met ernstige psychische aandoeningen vooral een actiever, socialer en zinvoller leven willen en vooral daarbij ondersteuning zoeken. In het volgende hoofdstuk staan we uitgebreider stil bij de resultaten van die recente panelraadpleging.

Voor nu stellen we vast dat bestaande bronnen een globale indicatie geven van de leefsituatie en de woon- en participatiewensen van wat beschouwd kan worden als de 'doelgroep' van het ambulantiseringbeleid. We constateren echter ook dat voor het nauwgezet volgen en monitoren van de effecten van dat beleid een aanzienlijk scherper,

eenduidiger en completer beeld nodig is van de omvang, leefsituatie en ondersteuningsbehoeften van die doelgroep en de onderscheiden subgroepen - nu en in de komende jaren.

2.5 Ontwikkelingen in aard en organisatie van de langdurige ambulante GGZ

Bijna 1 miljoen mensen in Nederland ontvangen op jaarbasis hulp vanuit de GGZ (Veerbeek e.a., 2012). Verreweg het grootste deel daarvan (bijna 90 %) ontvangt ambulante hulp. Mensen met ernstige psychische aandoeningen vormen een belangrijk deel van die ambulante GGZ-clientèle. Afgaande op de ramingen van Delespaul in de vorige paragraaf, ontvangen op jaarbasis bijna 200.000 personen met ernstige psychische aandoeningen ambulante zorg vanuit de GGZ (Delespaul, in druk)¹⁰. En hoewel Nederland over een relatief grote intramurale capaciteit beschikt en veel mensen met ernstige psychische aandoeningen gebruik maken van de Intramurale GGZ, woont verreweg het grootste deel van de EPA-populatie zelfstandig en is daarmee ook verreweg het grootste deel van de cliënten het merendeel van de tijd voor GGZ-hulp aangewezen op de ambulante voorzieningen.

De totale ambulante GGZ-productie (aantal contacten op jaarbasis) is in de afgelopen decennia continu gegroeid. NZA-gegevens daarover laten een enigszins grillig verloop zien, maar suggereren wel dat die groei in de loop der tijd is versneld: vanaf begin jaren '90 tot 2003 groeide de jaarlijkse ambulante productie met gemiddeld 2 % tot 5 % per jaar, vanaf 2004 versnelde die groei volgens de NZA-data tot 10% á 15 % per jaar en soms nog meer (Veerbeek e.a., 2012). Een belangrijk deel van die groei lijkt te wijten aan een groeiend aantal ambulante cliënten: cijfers van GGZ Nederland laten over de periode 2003-2009 een toename van het aantal cliënten van de lidinstellingen zien van gemiddeld 9 % per jaar (Veerbeek e.a., 2012)¹¹. In hoeverre ook een groei plaatsvindt van het aantal EPA-clieënten of van de intensiteit van de ambulante zorg aan EPA-clieënten, kan uit de beschikbare data niet eenduidig worden afgeleid.

Oudere cijfers van Kroon en Pijl (2008) op basis van de psychiatrische casusregisters laten zien dat in de periode 1995-2004 het aantal langdurige GGZ-gebruikers in ieder geval was gegroeid. Daarbij werd deze groep gedefinieerd als *'mensen die op enig*

10 Alle mensen met EPA die in zorg zijn bij de GGZ, minus de verblijfs- en BW-populatie. De cijfers van Delespaul stroken *grosso modo* ook met de vaststelling van GGZ Nederland dat 26 % van alle cliënten van de lidinstellingen meer dan een jaar in zorg is (Veerbeek e.a., 2012).

11 Volgens de NZA groeit de laatste jaren ook het aantal nieuwe (niet-gebudgetteerde) aanbieders in de GGZ fors. Het aandeel van de niet-gebudgetteerde instellingen in de totale uitgaven aan de GGZ blijft vooralsnog tamelijk bescheiden (minder dan 1 % in 2009) (NZA, 2012), maar de indruk is dat hun aandeel in de (groei van) het aantal GGZ-clieënten aanzienlijk groter is (nieuwe aanbieders zijn veel meer op kortdurende zorg bij relatief lichte problematiek gericht dan op mensen met EPA, zo is de indruk; exacte cijfers over cliëntenaantallen bij de nieuwe aanbieders zijn overigens nog niet voorhanden).

moment in het jaar van onderzoek ten minste twee jaar ononderbroken in zorg zijn bij een GGZ-instelling' (uitgezonderd verslavingszorg, kinder-/jeugdklinieken, forensische zorg en verpleeg- en verzorgingshuizen). Gecorrigeerd voor bevolkingsgroei zou in de genoemde periode het aantal langdurige ambulante GGZ-gebruikers met 36 % zijn gegroeid en het aantal langdurige GGZ-gebruikers dat afwisselend gebruik maakte van ambulante en intramurale voorzieningen met 41 %. Binnen de groep van langdurige ambulante GGZ-gebruikers, was vooral het aantal gebruikers van intensieve ambulante zorg gegroeid (51 %).

Kroon en Pijl analyseerden ook gegevens van het informatiebestand Zorgis van GGZ-Nederland over de periode 2004-2006. In deze periode groeide het aantal langdurige zorggebruikers volgens de Zorgis-gegevens nog eens met 17 %. De stijging van het aantal langdurige zorggebruikers bleef dus na 2004 doorzetten, zo concludeerden Kroon en Pijl.

Overigens geven de data van Kroon en Pijl geen uitsluitel over de exacte achtergronden van deze groei. Worden, bijvoorbeeld vanwege toenmalige investeringen in een betere zorgtoeleiding, meer mensen met ernstige psychische aandoeningen bereikt? Of verandert niet zozeer dat bereik maar worden, door investeringen in continuïteit van zorg, zorgtrajecten bij mensen met ernstige psychische aandoeningen minder vaak onderbroken? Waarschijnlijk gaat het om een combinatie van beide. Waarschijnlijk weerspiegelen de bevindingen van Kroon en Pijl tenminste voor een deel ook het zogeheten Zorgvernieuingsbeleid van de tweede helft van de jaren '90; een actief, financieel stimuleringsbeleid, gericht op de ontwikkeling van ambulante alternatieven voor de intramurale GGZ (zie hoofdstuk 1).

Het ontbreken van exactere kwantitatieve gegevens over het bereik (en de intensiteit) van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (en over de ontwikkelingen daarin) blijft niettemin een gemis, zeker als het gaat over de laatste jaren. Niet duidelijk is daardoor in welke mate de groei van de ambulante GGZ aan deze populatie ten goede is gekomen danwel aan de zorg voor andere populaties. Globale schattingen van de GGZ-uitgaven geven wel aan dat het aandeel van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de totale uitgaven nog altijd relatief beperkt is. In paragraaf 2.2 zagen we al dat het aandeel van de totale ambulante zorg in de GGZ-uitgaven circa 38 % bedraagt. Als we ervan uitgaan dat circa de helft daarvan bestemd is voor de zorg voor de veel grotere groep van niet-EPA-cliënten (een conservatieve raming), dan betekent dit dat maximaal 20 % van alle GGZ-uitgaven naar de ambulante zorg voor de EPA-groep gaat.

Geopperd wordt dan ook dat de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (nog steeds) onderbedeeld is (zie o.a. Delespaul, 2009, 2011). Dat neemt niet weg dat er zich in de afgelopen periode een aantal belangrijke zorginhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen hebben voorgedaan in de ambulante zorg voor deze populatie. We zetten kort de hoofdlijnen op een rij.

Zorginhoudelijke ontwikkelingen in de langdurige ambulante GGZ

De kern van de ambulante GGZ aan mensen met ernstige psychische aandoeningen vormen van oudsher en ook nu nog de sociaalpsychiatrische voorzieningen van de GGZ. Binnen die sociale psychiatrie heeft in de afgelopen twee decennia met name de rehabilitatiebenadering een steeds belangrijker plaats ingenomen. Kenmerkend voor deze benadering en bijbehorende methodieken is dat ervaringen, initiatieven en wensen van cliënten zelf expliciet het vertrekpunt vormen van het ondersteuningstraject. De nadruk ligt op ontwikkelmogelijkheden, niet alleen op het gebied van de psychische en lichamelijke gezondheid, maar ook op het gebied van activiteiten en (sociale en maatschappelijke) participatie. Daarbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande (sociale) hulpbronnen in de omgeving en wordt geprobeerd de individuele sociale steunsystemen van cliënten te ondersteunen, te versterken en uit te bouwen (Van Weeghel en Dröes, 1999; Droes, 2005; Michon en Van Weeghel, 2008).

Recent is, in het verlengde van de rehabilitatiebenadering, de zogeheten herstelbenadering steeds meer in de belangstelling komen te staan. Waar bij rehabilitatie wensen en mogelijkheden van cliënten centraal staan maar het hulpverleningsperspectief daarop nog steeds prevaleert, tracht de herstelbenadering nog nadrukkelijker het perspectief van mensen met psychische aandoeningen zelf als leidraad te nemen. Persoonlijke ervaringen, betekenisgeving, persoonlijke ontwikkeling en de betrokkenheid van hulpverleners daarbij, vormen de leidraad voor het hulpverleningsproces. Mensen met psychische aandoeningen zelf krijgen in de herstelbenadering dan ook een nog bepalender rol: cliënten wisselen individuele ervaringen uit, ontwikkelen op basis daarvan gedeelde ervaringskennis en dragen deze over aan andere cliënten en aan hulp- en dienstverleners als basis voor de vormgeving en organisatie van de zorg. Ook in de herstelbenadering gaat het daarbij niet alleen om de psychische gezondheid, maar ook om herstel van (sociale en maatschappelijke) rollen, de persoonlijke identiteit en het dagelijks functioneren (Dröes e.a., 2012; Hendriksen-Favier e.a. 2012; Boevink, 2009; zie ook Shepherd e.a., 2008, 2009).

Het gedachtegoed van de rehabilitatie- en de herstelbenadering biedt een goede inhoudelijke basis voor de ambulantisering van de GGZ. Het verbreedt de aandacht van de vraag wat een adequate behandeling is voor een psychische stoornis (of wat te doen met 'uitbehandelde patiënten') naar de vraag wat nodig is om medeburgers met (aanhoudende) psychische aandoeningen in de gelegenheid te stellen te blijven participeren in de samenleving.

Het gedachtegoed van de rehabilitatie- en de herstelbenadering heeft zich inmiddels ook breed verspreid in de Nederlandse GGZ, onder andere in lokale voorzieningen, specifieke rehabilitatie-opleidingen en -projecten en bijvoorbeeld ook in het landelijke samenwerkingsproject Herstel en Burgerschap, onder coördinatie van GGZ Nederland (zie ook GGZ Nederland, 2009). In welke mate de bijbehorende principes en werkwijzen ook daadwerkelijk geïmplementeerd zijn in de dagelijkse praktijk van de GGZ en de dagelijkse ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, is

voorsnog echter minder duidelijk. Verschillende signalen duiden erop dat hier nog de nodige winst te boeken is: het perspectief van hulpverleners beperkt zich in de dagelijkse praktijk van de GGZ soms nog steeds teveel tot alleen de psychische aandoening van de cliënten en is nog te weinig georiënteerd op (de relatie met) de sociale en maatschappelijke omstandigheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt. Verschillende oorzaken worden daarvoor aangewezen, waaronder de traditionele dominantie van het medisch-psychiatrisch gedachtegoed in de GGZ (het grootste deel van de GGZ-medewerkers heeft nog steeds een medische en/of verpleegkundige achtergrond) en het achterblijven van de opleidingen in deze. Maar belangrijk is ook dat psychiatrische ziektebeelden nog steeds de kern vormen van de organisatie en financiering van de GGZ. Dat geldt feitelijk voor de volle breedte ervan, van aanspraken en bekostiging (DBC's) tot en met de daaruit voortvloeiende verantwoordings- en registratieverplichtingen en de organisatie van het zorgaanbod in programma's voor verschillende (in termen van psychiatrische ziektebeelden gedefinieerde) doelgroepen (zie ook hoofdstuk 4).

Gepleit wordt dan ook voor meer aandacht voor rehabilitatie en herstel in de opleidings- en bijscholingsprogramma's, voor het ondersteunen van de ontwikkeling en het gebruik van ervaringskennis en voor operationalisering van een zorginhoudelijk beleid gericht op psychisch en maatschappelijk herstel. Maar ook wordt vastgesteld, mede op basis van ervaringen in het buitenland, dat de invoering van rehabilitatie- en herstelgerichte zorg vraagt om een reeks van aanpassingen in de organisatie, procedures, financiering en bekostiging van de zorg (zie ook Farkas e.a., 2005; Shepherd e.a., 2009).

Organisatorische ontwikkelingen in de langdurige ambulante GGZ

Van oudsher vormt als gezegd de sociaalpsychiatrische hulpverlening de kern van de ambulante GGZ aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Eerder zagen we dat die ambulante zorg in de tweede helft van de jaren '90 een tijdelijke beleidsimpuls kreeg in de vorm van het zogeheten Zorgvernieuwingsfonds. Dat lijkt te hebben geleid tot een (tijdelijke) uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het leidde in ieder geval tot een diversificatie van dat aanbod. De toen veelal nog niet geïntegreerde instellingen ontwikkelden elk hun eigen, specifieke ambulante zorgvormen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder casemanagement (Riagg's), begeleid wonen (RIBW's) en kortdurende danwel langdurende psychiatrische thuiszorg (de APZ-en). Voor een deel bestaan deze verschillende ambulante zorgvormen ook nu nog. Ondertussen zijn er ook nieuwe bijgekomen waaronder recent het Intensive Home Treatment (met name binnen het kortdurende circuit) en het zogeheten Volledig Pakket Thuis (formeel intramuraal ABWZ, maar aan huis geleverd). Belangrijk in de ontwikkeling van de organisatie van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland is in de afgelopen tien jaar echter met name de opkomst geweest van ACT en FACT.

In de jaren '80 en '90 werd al, tegen de achtergrond van het toenmalige streven naar extramuralisering en vermaatschappelijking (zie hoofdstuk 1), de vraag gesteld wat

nodig is om de samenhang in de ondersteuning van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen te behouden en te bevorderen. Extramuralisering en vermaatschappelijking zouden immers als consequentie hebben dat de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen niet meer vanuit één plek, instelling of sector wordt geboden, maar dat meer partijen betrokken raken bij de ondersteuning rond wonen, dagbesteding, psychisch welzijn, sociale contacten, lichamelijke gezondheid en werk. Zorgcoördinatie werd in toenemende mate van belang geacht voor een goede organisatie en samenhang van de zorg. Concreet ontstond steeds meer belangstelling voor het eerdergenoemde casemanagement concept, waarbij een daartoe aangewezen hulpverlener de coördinatie van de zorg voor een cliënt op zich neemt. Verschillende casemanagement modellen raakten in omloop, waaronder het makelaarsmodel, waarbij de casemanager coördineert maar zelf geen uitvoerende zorgtaak vervult, en het clinical casemanagement, waarbij de casemanager tevens zorgverlener is. Zowel internationaal als in Nederland werd onderzoek gedaan naar de verschillende modellen. Voor mensen met ernstige psychische aandoeningen kwamen de varianten waarbij coördinatie en zorg bij één hulpverlener of binnen één team worden geïntegreerd, als het meest effectief uit de bus (Kroon, 1996; Marshall & Gray, 1998; Kroon en Henselmans, 2000). Ook bleek uit onderzoek dat integrale ondersteuning vanuit één (multidisciplinair) team veelal effectiever is dan gecoördineerde ondersteuning vanuit verschillende organisatorische verbanden (Provan, 1997; Morrissey, 1999).

Voortbouwend op de ervaringen in de jaren '90, ontstonden in Nederland in het eerste decennium van deze eeuw hulpverleningsvormen waarbij verschillende functies en ondersteuningsvormen binnen één team worden geïntegreerd en waarbij deze teams de eindverantwoordelijkheid nemen voor het volledige spectrum van de zorg en ondersteuning die de cliënt nodig heeft en voor de continuïteit in die ondersteuning (zo nodig in intensieve samenwerking met andere hulp- en dienstverleners). In het bijzonder de zogeheten ACT-teams (Assertive Community Treatment) en de FACT-teams (Flexibel ACT) kwamen tot ontwikkeling. Bij deze hulpvormen is zorgcoördinatie geen aparte functie, maar integraal onderdeel van de taken van een team dat op een breed front zelf hulp biedt en daarnaast waar nodig aanvullende hulp en ondersteuning door anderen organiseert. Kenmerkend voor de ACT- en FACT-teams is verder de zo nodig (zeer) intensieve begeleiding, de continuïteit van die begeleiding, de teamverantwoordelijkheid, een transmurale werkwijze (bij opnamen blijft de behandelverantwoordelijkheid bij het ACT- of FACT-team liggen) en zorg in de wijk en bij de cliënt thuis. Daarbij is ACT vooral bestemd voor cliënten die om een permanent hoge zorgintensiteit vragen, terwijl FACT meer gericht is op cliënten die periodiek intensieve zorg nodig hebben, maar in stabiele perioden ook met minder intensieve zorg toekunnen (Van Veldhuizen, 2007a, 2007b; Van Veldhuizen e.a., 2008; Kroon en Mulder, 2009).

Inmiddels is er ook veel onderzoek gedaan naar met name ACT teams. Uitkomsten zijn positief. De teams dragen bij aan een afname van opnamedagen, een lagere uitval uit

de zorg, een beter sociaal functioneren, een hogere arbeidsparticipatie en een grotere satisfactie onder cliënten (o.a. Bond e.a., 2001; Essock e.a., 2006; Kroon en Mulder, 2009; Dieterich e.a., 2010; Van Vugt e.a., 2011a, 2011b) (zie ook hoofdstuk 4).

Mede gevoed door deze onderzoeksbevindingen is het aantal ACT- en FACT-teams in Nederland in de afgelopen jaren gestaag gegroeid tot circa 200¹² teams anno 2012. Samen bedienen deze teams naar schatting 35.000 cliënten. Ondertussen is het FACT model methodisch verder doorontwikkeld, is een FACT-certificeringsinstituut in het leven geroepen (CCAF) en wordt FACT ook door de zorgverzekeraars aanbevolen. De RVZ bepleit een doorgroei van FACT in de komende jaren naar 400 teams (RVZ, 2012).

FACT is daarmee een kernbegrip geworden in de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en ook in de huidige ambulantiseringssystemen. Dat neemt niet weg dat er vanuit het veld en de literatuur ook een aantal kanttekeningen bij de FACT-ontwikkeling worden geplaatst. In de eerste plaats is het succes vooralsnog relatief in die zin dat de grote meerderheid van de mensen met ernstige psychische aandoeningen nog steeds geen hulp in de vorm van FACT ontvangt. Ook is het goed te beseffen dat de FACT-teams geen aanvulling zijn op de al bestaande capaciteit aan sociaalpsychiatrische hulpverlening, maar vooral een andere organisatorische invulling impliceren van die capaciteit. Van belang in dat verband is dat FACT, mede uit kostenoverwegingen, niet overal even modelgetrouw wordt ingevoerd en dat bijvoorbeeld de contactfrequentie vaak lager is dan volgens een modelgetrouwe implementatie zou moeten. Geconstateerd wordt ook dat in de FACT-teams nog steeds de medische en verpleegkundige beroepsgroepen domineren en bijvoorbeeld de beschikbaarheid van arbeidsdeskundigheid en ervaringsdeskundigheid nog achterblijven. Geopperd wordt ook dat de samenwerking met ketenpartners soms nog achterblijft, juist vanwege interne integratie van functies binnen FACT (Kroon, 2013).

Overigens laat een vergelijking tussen 2005 en 2012 wel progressie op deze en andere onderdelen zien: het aantal ervaringsdeskundige en arbeidsdeskundige medewerkers is nog laag, maar groeit wel; op individueel niveau zijn er wel degelijk signalen dat de samenwerking binnen steunsystemen gestaag toeneemt; en ook wordt gesignaleerd dat de systematische aandacht voor rehabilitatie- en herstelgericht werken in de FACT-teams groeit (Kroon, 2013).

FACT is zo beschouwd dus nog volop in ontwikkeling, in kwantitatieve en kwalitatieve zin. Zeker is dat de verdere FACT-ontwikkeling en de ambulantiseringbeweging in de komende jaren nauw met elkaar verweven zullen zijn. Wat niet wegneemt dat zich naast FACT ook een aantal andere relevante ontwikkelingen voordoen in de organisatie van de intensieve ambulante zorg. Initiatieven om voorzieningen voor Intensive Home Treatment in het leven te roepen, vormen daar een voorbeeld van. Daarbij gaat het om voorzieningen

12 Gegevens van www.ccaf.nl.

naar voorbeeld van de Engelse Crisis Resolution Home Teams; voorzieningen die de organisatieprincipes met het FACT-model delen, maar vooral gericht zijn op het opvangen van crisissituaties en het voorkomen van opnamen door tijdelijke hoogintensieve zorg thuis (overigens niet alleen voor de EPA-groep). Onderzoek laat zien dat deze Crisis Resolution Teams doorgaans ook daadwerkelijk effectief zijn in het verminderen van het aantal opnamedagen, met name als de teams de integrale verantwoordelijkheid op zich nemen van zowel de psychische problemen als de sociale problemen van de cliënt (Thorncroft en Tansella, 2004; Johnson e.a., 2005; Jacobs en Barrenho, 2011).

Een andere evidence based ambulante voorziening in opkomst is IPS, ofwel Individuele Plaatsing en Steun. IPS is een methodiek voor arbeidsintegratie, specifiek ontwikkeld voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. De methodiek wordt onder andere gekenmerkt door een snelle plaatsing in een betaalde baan, ondersteuning in het werk zelf en begeleiding zo lang als nodig is. Specifiek is verder met name de integratie van werkbegeleiding met ondersteuning op andere terreinen. In de praktijk worden IPS-medewerkers vaak toegevoegd aan multidisciplinaire GGZ-teams c.q. de ACT of FACT-teams. Ook naar IPS is inmiddels het nodige onderzoek gedaan, eveneens met positieve resultaten (Crowther e.a., 2001; Lehman e.a., 2002; Michon e.a., 2011; Van Busschbach e.a., 2011). Overigens blijft de implementatie van IPS nog (ver) achter bij die van de ACT- en FACT-teams zelf (verderop komen we nog over de oorzaken daarvan te spreken).

Toekomstbeeld ambulante zorg

Wat voor de intramurale voorzieningen geldt, geldt ook voor de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen: het zou in het kader van het ambulantiseringstraject nuttig zijn om een zo concreet mogelijk toekomstbeeld, inclusief streefcijfers te genereren over de omvang, aard en organisatie van het gewenste ondersteuningsstelsel en de daarvoor benodigde ambulante voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Bouwstenen zijn daarvoor aanwezig, zo blijkt uit het voorgaande. Tegelijk zal bij dat toekomstbeeld niet alleen rekening gehouden moeten worden met ontwikkelingen en mogelijkheden binnen de GGZ, maar ook met die daarbuiten.

In het volgende hoofdstuk nemen we die ontwikkelingen buiten de GGZ uitgebreider onder de loep, met name waar het gaat om de maatschappelijke participatie en de bredere maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voor nu signaleren we dat GGZ-instellingen al langer actief de samenwerking zoeken met andere maatschappelijke sectoren en instanties - al dan niet in het kader van maatschappelijke steunsystemen - en dat onder invloed van het ambulantiseringbeleid waarschijnlijk nog nadrukkelijker gaan doen. Maar omgekeerd zijn er ook initiatieven waarbij al dan niet commerciële organisaties op het gebied van de algemene thuiszorg of gemeentelijke wijkteams voor sociale dienstverlening zich in de primaire ambulante zorg voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen begeven. Vooralsnog gaat het om initiatieven op bescheiden schaal. Wanneer ze doorzetten, zouden ze echter

ook het landschap van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen drastisch kunnen veranderen.

Een en ander roept de vraag op of de toekomstige ambulante voorzieningenstructuur voor mensen met ernstige psychische aandoeningen vooral het resultaat zal zijn van gecoördineerde, planmatige en doelgerichte transitie of van een decentrale samenwerking van lokale initiatieven en ontwikkelingen binnen en buiten de GGZ. Die vraag is nu nog niet goed te beantwoorden. Zeker is wel dat ook ontwikkelingen in het 'sociale domein' (hoofdstuk 3) en ontwikkelingen rond financiering, bekostiging en de verdeling van kosten en opbrengsten (hoofdstuk 4) daar een cruciale rol bij zullen spelen.

2.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is op hoofdlijnen en op grond van de beschikbare gegevens een beeld gegeven van de actuele stand van zaken rond de aard en omvang van de intramurale en ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland.

Gebleken is dat intramurale voorzieningen en het beschermd wonen op dit moment samen nog het grootste deel van de GGZ-uitgaven voor hun rekening nemen. Gebleken is ook dat in het afgelopen decennium de klinische zorg feitelijk nog licht en het beschermd wonen zeer sterk is gegroeid. Wel lijkt sinds circa 2010 de groei van het beschermd wonen af te remmen, de capaciteit van de langdurige klinische zorg te stabiliseren en die voor kortdurende klinische zorg in 2012 voor het eerst te dalen. Een begin van beddenafbouw lijkt daarmee zeer recent ingezet.

Het hoofdstuk heeft ook laten zien dat de intramurale GGZ feitelijk bestaat uit een breed en divers palet aan voorzieningen, variërend van gespecialiseerde klinieken tot opvang- of time-outvoorzieningen, van afdelingen op grootschalige instellingsterreinen tot individuele woonvoorzieningen in de stad, etc. Aard en omvang van de intramurale voorzieningenstructuur blijken ook sterk regionaal gekleurd. Zo ook het intramurale zorggebruik. Dat zijn factoren om rekening mee te houden bij de beddenafbouw.

Wat betreft de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland is al eerder een basis gelegd in de vorm van de sociaalpsychiatrische hulpverlening van de GGZ. Van de ongeveer 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn er op dit moment naar schatting 200.000 bij de GGZ in zorg. De laatste jaren verspreiden nieuwe, op onderdelen inmiddels effectief gebleken 'integrale' werkwijzen en organisatorische modellen als FACT, maar bijvoorbeeld ook Intensive Home Treatment (IHT) en – rond werk – Individuele Plaatsing en Steun (IPS) zich gestaag. Rehabilitatie en herstel zijn steeds meer de kernbegrippen in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Cijfers laten tegelijk zien dat er op het vlak van de ambulante zorg ook nog het nodige te ontwikkelen is. Herstel en rehabilitatie domineren de beleidsvisies, maar opleiding, organisatie en financiering leunen in de praktijk nog steeds sterk op het medisch-psychiatrisch gedachtegoed; dat heeft zijn weerslag op de praktijk. FACT verspreidt zich gestaag, maar beantwoordt nog nergens volledig aan de zelfopgelegde kwaliteitseisen. Inmiddels ontvangen ruim 35.000 mensen FACT, maar dat betekent ook dat ruim 80 % van de mensen met ernstige psychische aandoeningen die in zorg zijn bij de GGZ, nog steeds is aangewezen op 'reguliere' zorg. De capaciteitsontwikkeling van IPS blijft nog aanzienlijk verder achter. In zijn algemeenheid wordt erop gewezen dat de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen - met een aandeel van maximaal 20 % in de totale GGZ-uitgaven - nog steeds onderbedeeld is. Ook dit zijn factoren om rekening mee te houden bij het ambulantiseringstraject.

De bevindingen in dit hoofdstuk pleiten er voor om in de komende periode nadrukkelijker, binnen de verantwoordelijkheden van het zorgstelsel, de doelstellingen ofwel de 'eindtermen' van ambulantiseringstraject te gaan operationaliseren, zowel met betrekking de intramurale afbouw als de ambulante opbouw. Wat kan afgebouwd worden c.q. wat moet in stand blijven van de opnamevoorzieningen, de verblijfsvoorzieningen, de kleinschalige woonvoorzieningen of juist de specialistische behandelafdelingen? Voor wie is die overblijvende intramurale zorg straks bestemd en hoe moet die zorg eruit zien? Maar vooral ook: hoe moet het ambulante zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen er straks uitzien? Hoeveel FACT en IPS-capaciteit is nodig? Welke voorzieningen zijn verder nodig rond zorg, huisvesting en werk? Hoe kan de omslag naar een rehabilitatie- en herstelbenadering worden gestimuleerd en gefaciliteerd? Wat is daarvoor nodig op het gebied van opleiding, financiering en organisatie van de zorg?

Een belangrijke bevinding in dit hoofdstuk over Nederlandse situatie is echter ook dat er nog een flink aantal leemten zijn in de beschikbare informatie over (de ontwikkelingen in) de ondersteuning aan en de leefsituatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voor een zo ingrijpende transitie als het aanstaande ambulantiseringstraject is dat onwenselijk. De dit jaar gestarte Landelijke Monitor Intramurale GGZ kan die leemten voor een deel opvullen, althans voor wat betreft de afbouwkant van de transitie. Het verdient aanbeveling om daarnaast de opbouw van de ambulante zorg en vooral de ontwikkeling van de leefsituatie en kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de komende periode veel scherper te gaan volgen en in beeld te brengen dan met de nu beschikbare gegevens mogelijk is. Een en ander pleit voor een brede monitor ambulantisering.

3 Maatschappelijke participatie en maatschappelijke ondersteuning - Ontwikkelingen in beleid en praktijk

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn de ontwikkelingen rond de intramurale en ambulante geestelijke gezondheidszorg voor mensen met ernstige of aanhoudende psychische problemen besproken. Daarbij werd al kort gesignaleerd dat veel mensen met ernstige psychische aandoeningen die in zorg zijn bij de GGZ, geholpen zouden willen worden bij het (weer) opbouwen en onderhouden van hun sociale en maatschappelijke leven. In dit hoofdstuk staan we uitgebreider stil bij de belemmeringen en voorwaarden voor de maatschappelijke participatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.

We vatten daarbij de term 'participatie' breed op. Betaald werk is één vorm van 'maatschappelijke participatie' - wellicht ook de belangrijkste in termen van de bijdrage ervan aan de zelfstandigheid, (inkomens)onafhankelijkheid, de sociale status en de eigenwaarde en het zelfbeeld van de betrokkene. Maar het gaat in dit hoofdstuk ook om deelname aan al dan niet georganiseerde recreatieve, educatieve of andere activiteiten en om contacten met familie en vrienden. Het gaat kortom om de informele en formele netwerken in brede zin en om het binnen die netwerken ondernemen van activiteiten met anderen.

De resultaten van een speciaal voor deze Trendrapportage uitgevoerde raadpleging van het panel *Psychisch Gezien* lopen als een rode draad door dit hoofdstuk. In het vorige hoofdstuk kwam het panel *Psychisch Gezien* al kort ter sprake. Het panel bestaat uit ruim 800 personen met langdurige psychische aandoeningen, die periodiek bevraagd en geraadpleegd worden over hun leefsituatie en actuele thema's (zie ook www.psychischgezien.nl).

In paragraaf 3.2 gaan we uitgebreider in op het perspectief van de panelleden op hun eigen maatschappelijke participatie, hun wensen op dat vlak en de belemmeringen die ze ervaren bij het realiseren van die wensen. (Ook enkele bevindingen uit andere bronnen worden kort besproken.) In paragraaf 3.3 bespreken we wat bekend is over de *individuele ondersteuning* van mensen met psychische aandoeningen bij hun maatschappelijke participatie. Praktijkontwikkelingen, onderzoek naar effectieve ondersteuningsvormen en de implementatie van die ondersteuningsvormen komen aan bod. Maar ook komt opnieuw het panel *Psychisch Gezien* aan het woord, dit keer over de vraag welke steun zij momenteel ontvangen bij hun maatschappelijke participatie,

hoe zij die steun ervaren en wat daar eventueel nog beter aan kan. In paragraaf 3.4 bekijken we op een aggregatieniveau hoger welke initiatieven de afgelopen periode zijn genomen om tot een effectieve samenwerking tussen relevante instellingen en sectoren te komen in de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen. Daarbij gaat het om samenwerkingsinitiatieven op wijkniveau, maar bijvoorbeeld ook om initiatieven om te komen tot bredere, regionale maatschappelijke steunsystemen. In de slotparagraaf (3.5) gaan we in op de bredere beleidscontext en met name op de ontwikkelingen op die beleidsterreinen die direct raken aan de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen en aan de ondersteuning die hen daarbij ter beschikking staat. In paragraaf 3.6 vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

3.2 Maatschappelijke participatie - het panel *Psychisch Gezien*

In het eerste kwartaal van 2012 hebben bijna 600 mensen met aanhoudende psychische problemen deelgenomen aan een peiling van het panel *Psychisch Gezien* over maatschappelijke participatie. De gemiddelde leeftijd van de panelleden is 48 jaar (de jongste is 19 en de oudste 88 jaar). Bijna twee derde is vrouw (63 %).

Het overgrote deel van de panelleden (96 %) heeft ten tijde van aanmelding bij het panel al langer dan twee jaar te kampen met psychische problemen. Veel genoemd worden angsten (43 %), depressies (38 %), psychosen 22 (%) en manische depressiviteit (20%), maar ook andere klachten en problemen.

Tabel 3.1 Woonsituatie panel *Psychisch Gezien* bij aanmelding (N = 594)

	%
Zelfstandig	87
Beschermd wonen	7
Verblijfsafdeling GGZ	2
Anders	4

Tabel 3.1 laat zien dat bij aanmelding bijna één op de tien panelleden in een GGZ-instelling woont; het overgrote deel woont zelfstandig. Wel is ten tijde van de peiling ruim drie kwart (76 %) van de panelleden cliënt bij een GGZ-instelling; het overgrote deel daarvan ontvangt ambulante zorg (circa twee derde van alle panelleden; bij ongeveer een kwart van alle panelleden gaat het om ambulante zorg in de vorm van ACT of FACT)¹³

13 De gegevens over de woonsituatie en het GGZ-gebruik van het panel *Psychisch Gezien* komen hiermee in hoofdlijnen overeen met de resultaten van eerdere inventarisaties onder mensen met ernstige psychische aandoeningen (zie hoofdstuk 2).

Tabel 3.2 geeft een overzicht van de gezinssituaties van de panelleden. Bijna de helft van de panelleden blijkt alleenstaand. Ruim een derde (37 %) woont met partner en/of kinderen. De overigen bij ouders of andere familieleden of anderszins.

Tabel 3.2 Gezinssituatie panel *Psychisch Gezien* (N = 594)

	%
Alleenstaand	49
Met partner	20
Met partner en kinderen	12
Met kinderen, zonder partner	5
Met ouders en/of andere familie	3
Anders	11

Participatie

Tabel 3.3 geeft een overzicht van het aantal panelleden dat betaald of onbetaald werk verricht en van de omvang van de eventuele baan.

Tabel 3.3 Betaald en onbetaald werk panel *Psychisch Gezien* (N = 584)

	Betaald werk (N=582)	Onbetaald werk (N=583)
	%	%
Totaal	19	50
3 dagen of meer	8	2
1 tot 3 dagen	8	14
Maximaal 1 dag	3	33

De tabel laat zien dat circa één op de vijf panelleden betaald werk verricht. Een voltijd baan is daarbij een uitzondering. Een meerderheid van de panelleden met een betaalde baan werkt minder dan drie dagen per week. In totaal heeft circa 8 % van alle panelleden die hebben deelgenomen aan de peiling een baan van ten minste 3 dagen per week. De tabel laat ook zien dat een veel grotere groep - de helft van alle panelleden - vrijwilligerswerk verricht ('werk dat in georganiseerd verband onbetaald wordt uitgevoerd'). De meeste panelleden die vrijwilligerswerk verrichten, doen dat voor een cliëntenorganisatie of een GGZ-instelling. Tabel 3.3 laat ook zien dat het vrijwilligerswerk bij het overgrote deel van de betrokken panelleden beperkt blijft tot maximaal 1 dag in de week.

Vergelijken we de participatiegraad van de panelleden met die van de mensen met andere chronische ziekten of handicaps en met die van de algemene bevolking, dan ontstaat het volgende beeld:

Tabel 3.4 Mensen met betaald werk en onbetaald werk naar populatie

	Betaald werk meer dan 12 uur (15-65-jarigen)	Onbetaald werk (CBS, PPG > 18 jaar NPCG > 14 jaar)
	%	%
Algemene bevolking*	67	22
Chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten**	38	19
Mensen met aanhoudende psychische aandoeningen***	16	51

* CBS (2011, 2012), gegevens over betaald werk over 2011, gegevens over vrijwilligerswerk over 2009.

** Nationaal Panel Chronische Ziekten en Gehandicapten (NPCG). Het NPCG bestaat uit ongeveer 3500 zelfstandig wonende mensen van 15 jaar en ouder met een medisch gediagnosticeerde chronische ziekte en/of lichamelijke beperking. Gegevens over 2010 (Meulenkamp e.a., 2011).

*** Panel Psychisch Gezien. Gegevens over 2012.

De gegevens in tabel 3.4 laten zien dat, als het gaat om betaald werk, mensen met aanhoudende psychische problemen niet alleen een veel lagere participatiegraad hebben dan de algemene bevolking, maar ook veel minder in het arbeidsproces participeren dan mensen met (andere) chronische ziekten of lichamelijke beperkingen. Bij het vrijwilligerswerk is het beeld overigens juist omgekeerd. Relatief veel mensen met psychische aandoeningen verrichten vrijwilligerswerk, niet alleen in vergelijking tot de algemene bevolking, maar zeker ook in vergelijking tot mensen met (andere) lichte tot ernstige chronische ziekten of lichamelijke beperkingen. Daarbij merken we nogmaals op dat vrijwilligerswerk doorgaans veel minder uren en dagen bestrijkt dan een betaalde baan.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat mensen met psychische aandoeningen er met name wat betreft betaald werk (erg) slecht voor staan, ook in vergelijking met andere kwetsbare groepen. Dat betekent overigens niet dat men geen andere activiteiten onderneemt. We zagen al dat bijna de helft van de panelleden op bescheiden schaal vrijwilligerswerk verricht. Tabel 3.5 laat zien dat een deel van het panel (ook) andere bezigheden buitenshuis verricht, voor een deel in georganiseerd verband. Sporten staat daarbij bovenaan (een kwart sport wekelijks in clubverband, bijna de helft ongeorganiseerd). Verder bezoekt één op de vijf minstens één keer per week het dagactiviteiten-centrum en neemt één op de acht minstens wekelijks deel aan de activiteiten van een of andere vereniging. De tabel laat overigens ook de andere kant zien van het sociale leven van tenminste een deel van het panel: zo gaat bijna de helft van de panelleden zelden of nooit uit en gaat één op de vijf panelleden zelden of nooit 'samen met iemand iets doen'.

Tabel 3.5 Activiteiten buitenshuis (exclusief werk) panel *Psychisch Gezien* (N = 564 – 572)

	Vaak (minstens 1x pw)	Soms	Zelden of nooit
	%	%	%
Georganiseerd (top 3)			
Sporten (in clubverband)	25	7	68
Bezoek dagactiviteitencentrum	20	6	74
Deelname vereniging	12	9	79
Opleiding / cursus	11	17	72
Ongeorganiseerd (top 3)			
Sporten (niet in clubverband)	48	19	33
'Samen met iemand iets doen'	36	46	18
Uitgaan naar café / restaurant	8	48	44

Een vergelijkbaar beeld komt naar voren wanneer panelleden gevraagd wordt naar hun contacten met vrienden en familie. Ruim de helft (55 %) van de panelleden heeft tenminste wekelijks op enigerlei wijze (dus niet alleen face-to-face) contact met vrienden en circa 42 % met familie. Ook heeft ruim een derde (37 %) van de panelleden kinderen, waar de meesten ook minstens wekelijks contact mee hebben. Daar tegenover staat dat een kwart (25 %) geen familie heeft of daar zelden of nooit contact mee heeft en dat één op de zes (15 %) aangeeft geen vrienden of goede kennissen te hebben of, voor zover men die wel heeft, daar zelden of nooit contact mee te hebben.

Als gevraagd wordt of men zich wel eens eenzaam voelt antwoordt bijna een kwart (24 %) van de panelleden dat dat meestal of vrijwel altijd het geval is. Bijna twee derde is soms eenzaam¹⁴. Gevraagd, ten slotte, naar een rapportcijfer voor de manier waarop men deelneemt aan de samenleving, komen panelleden gemiddeld uit op een 6,1. Ruim twee derde (70 %) geeft de eigen sociale en maatschappelijke participatie een (doorgaans krappe) voldoende, bijna een derde (30 %) komt uit op een onvoldoende.

Participatiewensen en -belemmeringen

Eerder signaleerden we al dat veel mensen met ernstige psychische aandoeningen graag een sociaal en actiever leven zouden willen leiden. Voor het panel *Psychisch Gezien* is dat niet anders. Een ruime meerderheid (64%) van de panelleden zou graag meer contact willen hebben met andere mensen, vooral met vrienden of goede kennissen. Ook een ruime meerderheid (65%) zou meer of andere activiteiten willen doen. De resultaten laten

14 Uit een eerdere panelraadpleging, waarbij informatie over dit onderwerp op een iets andere wijze werd uitgevraagd, bleek al dat bij een derde (33 %) van de mensen met aanhoudende psychische problemen sprake was van 'sterke' eenzaamheid (bij ruim drie kwart - 77 % - was sprake van tenminste 'matige' eenzaamheid); een score die aanzienlijk boven het landelijke gemiddelde bleek te liggen, maar ook aanzienlijk boven die van andere kwetsbare groepen (Overweg en Michon, 2011).

verder zien dat bijna twee derde (61 %) van diegenen die geen vrijwilligerswerk doen (en waarvan de wensen bekend zijn) dat graag wel zou willen. Kijken we naar de mensen die geen onbetaald werk, maar ook geen betaald werk verrichten, dan ligt het percentage dat graag actief wil worden in het vrijwilligerswerk vermoedelijk aanzienlijk hoger. De resultaten laten verder zien dat van diegenen die geen betaald werk verrichten, ruim een derde (37 %) wel een betaalde baan zou willen. Een kwart van de mensen die zouden willen gaan werken (betaald of onbetaald), is hiernaar ook actief op zoek.

Verreweg de meeste panelleden zouden dus een socialer en actiever leven willen leiden. En een grote groep zou, als zij nog niet werken, dat wel willen gaan doen. Daarbij mikt men primair op vrijwilligerswerk, maar er is ook een aanzienlijk deel dat graag (weer) betaald zou willen gaan werken. Niet duidelijk is overigens of diegenen die aangeven geen betaald werk te ambiëren (ongeveer de helft van alle panelleden), die wens ook feitelijk niet hebben of deze in de loop van de tijd uit het hoofd hebben gezet omdat deze naar hun ervaring omgeven is met teveel belemmeringen en moeilijkheden.

Andere panelresultaten ondersteunen die laatste veronderstelling. Zo blijkt circa 80 % tot 90 % van de panelleden die meer sociale contacten zouden willen hebben, meer activiteiten willen ondernemen, vrijwilligerswerk willen doen of een betaalde baan ambiëren, aan te geven daarbij tegen verschillende belemmeringen aan te lopen. Het meest worden belemmeringen ervaren bij het vinden van betaald werk (93 %).

Op de vraag welke belemmeringen mensen ervaren, staan drie (samenhangende) factoren bovenaan: de eigen psychische problemen, angst (bijvoorbeeld 'hoe anderen over mij denken') en 'de verwachting dat anderen niet goed met mij omgaan' (afhankelijk van het specifieke domein – vrije tijd, werk, etc. – ligt het percentage panelleden dat deze specifieke belemmeringen noemt respectievelijk rond de 65 %, 45 % en 25 %). Daarmee lijken de vrees om niet optimaal te zullen kunnen functioneren en de vrees voor de reacties daarop, door betrokkenen zelf als de belangrijkste barrières te worden gezien voor hun sociale en maatschappelijke participatie. Anders gezegd: men trekt zich terug - naar het zich laat aanzien mede naar aanleiding van eerdere ervaringen en mede uit vrees (opnieuw) gekwetst te worden en nieuwe negatieve ervaringen op te doen. Dat neemt overigens niet weg dat ook praktische overwegingen een rol spelen. Vooral als het gaat om belemmeringen bij het onderhouden van meer sociale contacten of bij het ondernemen van meer sociale activiteiten, speelt het gebrek aan financiële middelen (circa 40 %) en soms ook 'moeite met reizen' (circa 25 %) een belangrijke rol. Als het gaat om werk wordt soms het risico dat men het in een betaalde baan niet redt, afgewogen tegen het verlies van een uitkering. Opmerkelijk is verder vooral dat panelleden niet snel geneigd lijken de schuld bij een ander of bij de omgeving te leggen: slechts een klein deel (zo'n 10 %) van diegenen die belemmeringen voor hun sociale en maatschappelijke participatie zeggen te ervaren, wijt dat aan een gebrek aan hulp vanuit de omgeving. (Op de vraag of meer en adequatere hulp niettemin soelaas zou kunnen bieden, komen we verderop terug.)

Andere onderzoeken bevestigen het beeld dat uit de panelraadpleging naar voren komt. In een rapportage uit 2004 over de 'vermaatschappelijking' van de GGZ werd al uit een inventarisatie van internationaal onderzoek geconcludeerd dat angst voor de reacties van anderen en (negatieve) beeldvorming in veel landen (ook westerse landen) een belangrijke belemmering vormen voor de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Recent voerde in Nederland het Landelijk Platform GGZ een onderzoek uit naar de participatie van GGZ-cliënten. Ook daarin wijst een deel van de cliënten vooral op de eigen beperkingen zoals angst om zich onder mensen te begeven of problemen om sociale contacten te leggen. Maar ook wijzen ze op vooroordelen bij andere mensen en op financiële drempels voor deelname aan sociale, culturele of sportieve activiteiten (Vos de Wael, 2012). Ook uit een onderzoek van Vilans en Kwadraad komt naar voren dat mensen met ernstige psychische aandoeningen dikwijls moeite hebben met het aangaan van sociale contacten. Maar ook in dat onderzoek wordt geconstateerd dat een relatief groot deel van de populatie een laag inkomen heeft en dat ook dat beperkingen met zich meebrengt voor de participatiemogelijkheden (Vilans en Kwadraad, 2009).

3.3 Individuele maatschappelijke ondersteuning

Een grote meerderheid van de mensen met ernstige psychische aandoeningen zou een socialer en actiever leven willen leiden. Een deel zou zo mogelijk een betaalde baan willen. Maar verschillende belemmeringen houden hen tegen.

Welke hulp en ondersteuning krijgen betrokkenen om hun wensen en ambities toch waar te maken?

In het vorige hoofdstuk zagen we dat circa drie kwart van de mensen met ernstige psychische aandoeningen hulp krijgt vanuit de GGZ (ongeveer hetzelfde percentage als bij het panel). Niet duidelijk is in welke mate daarbij ook systematisch wordt gewerkt aan het realiseren van de wensen en mogelijkheden van cliënten op het gebied van hun sociale en maatschappelijke participatie. Eerdere onderzoeken naar (onvervulde) ondersteuningsbehoeften van langdurige GGZ-cliënten gaven daarover geen onverdeeld positief beeld. Inmiddels zijn de rehabilitatie- en herstelvisie, met hun aandacht voor maatschappelijke participatie, gemeengoed geworden in de beleidsdocumenten van de GGZ-instellingen. Maar we zagen in het vorige hoofdstuk ook dat de GGZ in de praktijk nog steeds sterk op zijn medische, verpleegkundige en zorgende achtergrond leunt, zelfs binnen de ACT- en FACT-teams (waar bijvoorbeeld de aanwezigheid van arbeidskundigen vooralsnog achterblijft)¹⁵

15 Onderzoek laat ook zien dat ACT tot dusverre vooral bijdraagt aan continuïteit en een stabiele leefsituatie; als het gaat om participatie lijkt het vooralsnog meer een voorwaardenscheppende interventie te zijn dan een interventie die direct die maatschappelijke integratie bevordert (Sytema e.a., 2007).

Een en ander neemt niet weg dat er op lokaal niveau diverse goede initiatieven worden gesignaleerd op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Al in een overzichtsstudie in 2004 werd geconstateerd dat in de voorafgaande jaren (mede dankzij het eerder genoemde Zorgvernieuwingsfonds) een relatief gedifferentieerd aanbod tot stand was gekomen van meer of minder beschermde en begeleide mogelijkheden voor ontmoeting, dagbesteding, onderwijs en werk voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Van Hoof e.a., 2004). Daarbij ging het onder andere om circa honderd dagactiviteitencentra, circa honderd arbeidsrehabilitatieprojecten en enkele tientallen projecten voor begeleid leren. In termen van cliëntenaantallen namen de dagactiviteitencentra een centrale plaats in; geschat werd dat op weekbasis ruim 15.000 mensen gebruik maakten van deze centra. Aantallen deelnemers aan de arbeidsrehabilitatieprojecten en projecten voor begeleid leren werden geschat op enkele duizenden. Wel werd gesignaleerd dat met name de dagactiviteitencentra gekenmerkt worden door een collectief aanbod en dat de *individuele* ondersteuning van de deelnemers bij hun maatschappelijke participatie nog relatief onderontwikkeld is.

Recentere inventarisaties van de omvang, de aard en het gebruik van deze voorzieningen zijn niet voorhanden. Wel zijn in de afgelopen jaren gerichte, landelijke verbeterprogramma's uitgevoerd, waaronder met name de *Verbetertrajecten Sociale Participatie* van het ZonMW-programma *Zorg voor Beter*. Onderdeel van het programma was de verbetering van juist de *individuele* maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Uit een evaluatie van het programma bleek een derde van de deelnemende cliënten gedurende het verbetertraject zijn sociale netwerk te hebben uitgebreid en eveneens een derde voelde zich na het verbetertraject minder eenzaam dan daarvoor (Hendriksen-Favier & Michon, 2009).

In de afgelopen jaren is uit wetenschappelijk onderzoek ook meer bekend geworden over effectieve manieren om mensen bij hun sociale en maatschappelijke participatie te helpen (Michon & Van Weeghel, 2008). Zo blijkt de op diverse plaatsen in Nederland gehanteerde methodiek van de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) cliënten goed te helpen bij het realiseren van hun individuele wensen op het gebied van wonen, maar ook op het gebied van sociale contacten, dagbesteding, leren en werken. Aangetoond is dat IRB de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen bevordert (Swildens e.a., 2007). In het vorige hoofdstuk kwam ook al de arbeidsrehabilitatiemethodiek IPS (Individuele Plaatsing en Steun) ter sprake. Kenmerkend voor IPS is dat het (anders dan veel gangbare ondersteuningsvormen binnen en buiten de GGZ) ondersteuning biedt op individuele maat (uitgaande van individuele wensen), betrokkenen zo snel mogelijk plaatst in een baan, continuïteit van begeleiding biedt (niet alleen bij het verkrijgen, maar ook bij het behouden van een baan), expliciete aandacht besteedt aan de fysieke en sociale werkomgeving (werkgevers, collega's) en geïntegreerd wordt met ondersteuning op andere terreinen. Uit zowel buitenlands als Nederlands onderzoek blijkt dat IPS effectiever is dan andere ondersteuningsvormen in

termen van het verkrijgen en behouden van werk door mensen met ernstige psychische aandoeningen (Michon e.a., 2011).

Op een iets andere wijze lijken overigens ook zelfhulpprogramma's bij te dragen aan de sociale en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, met name die programma's die door mensen met psychische aandoeningen zelf worden geleid. Waar veel mensen met psychische aandoeningen een zekere angst en gelatenheid over zich lijken te hebben gekregen met betrekking tot hun (beperkte) sociale en maatschappelijke leven, lijken verschillende zelfhulpprogramma's effectief in het herstellen van de hoop en de ambities van betrokkenen. Zo blijkt uit een studie van Castelein e.a. (2006) dat regelmatige deelnemers aan zelfhulpprogramma's voor mensen met ernstige psychische aandoeningen er onder andere op vooruit gaan in termen van de sociale steun die zij ervaren maar ook in hun 'empowerment' (vrij vertaald: 'een gevoel van eigenmachtig zijn') en kwaliteit van leven. In veel zelfhulpprojecten heeft het eerder besproken herstelconcept ook een belangrijke plaats gekregen. Enkele goed uitgewerkte en onderzochte initiatieven zijn het Programma *Herstellen doe je zelf* en het *HEE-programma*. Herstellen doe je zelf is vooral een cursus- en uitwisselingsprogramma (altijd onder leiding van een ervaringsdeskundige) dat blijkens onderzoek een positief effect heeft op de hoop, wederom de 'empowerment' en de 'self-efficacy' (vrij vertaald: 'het geloof in eigen kunnen') van de deelnemers (Van Gestel-Timmermans e.a., 2012). Het *HEE-programma* is omvattender en bestaat uit verschillende activiteiten, waaronder zelfhulpgroepen, trainingen, cursussen, themabijeenkomsten, deskundigheidsbevordering voor hulpverleners en advisering en coaching aan hulpverleningsorganisaties. Aangetoonde effecten van het HEE-programma op de deelnemers zijn dat zij minder negatieve symptomen ervaren, minder depressief zijn, gemotiveerder zijn en weer meer toekomstgericht zijn (Boevink, 2009) (zie ook Boertien en Van Rooijen, 2010).

Er zijn dus verschillende goede initiatieven als het gaat om de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voor een belangrijk deel is ook bekend wat werkt. Maar worden mensen met ernstige psychische aandoeningen ook allemaal geholpen zoals zou kunnen of zou moeten? Daar bestaat geen scherp zicht op, maar gegeven de eerdere bevindingen in deze Trendrapportage en gegeven de resultaten van de panelraadpleging, is er reden voor twijfel. We keren even terug naar het panel.

Maatschappelijke ondersteuning – panel Psychisch Gezien

Aan het panel *Psychisch Gezien* is niet alleen gevraagd naar de sociale en maatschappelijke participatie van de panelleden en hun wensen op dat vlak, maar ook naar de steun die zij daarbij krijgen. Twee derde (65 %) van de panelleden geeft aan professionele hulp te krijgen op het gebied van sociale contacten, activiteiten buitenshuis en/of het vinden en behouden van onbetaald of betaald werk. Opmerkelijk is dat het vrijwel altijd hulp van een GGZ-hulpverlener betreft (bij 78 % van diegenen die hulp krijgen en bij circa de helft van alle panelleden). Andere hulpverleners komen nauwelijks in

beeld als het gaat om hulp bij participatie (het meest worden nog genoemd een thuiszorgmedewerker, de begeleider van het dagactiviteitencentrum en de maatschappelijk werker – steeds grofweg 10 %).

Professionele ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen bij hun sociale en maatschappelijke participatie, komt dus vooral van de GGZ. Waaruit die ondersteuning precies bestaat is niet verder uitgevraagd, maar de intensiteit van de GGZ-ondersteuning loopt in ieder geval sterk uiteen. Ruim één op de vijf (21%) GGZ-cliënten onder de panelleden heeft minstens 1 keer per week een GGZ-contact. Bij de meeste GGZ-cliënten in het panel is de contactfrequentie één keer in de twee weken (29 %) of één keer in de maand (28%). Eén op de acht (12 %) ziet zijn of haar hulpverlener ongeveer eens per kwartaal.

Draagt de GGZ-steun ook bij aan de mogelijkheden om mee te doen aan de samenleving? 'Redelijk veel' of 'zeer veel', antwoordt bijna de helft van de betrokkenen (47 %). 'Enigszins', of 'nauwelijks' antwoordt de andere helft (53 %). Kijken we naar het voltallige panel, dan betekent dit dat circa een kwart van alle panelleden naar eigen zeggen goed door de GGZ wordt geholpen bij zijn of haar sociale en maatschappelijke participatie. Daar staat tegenover dat drie kwart hetzij geen GGZ-hulp op dit vlak krijgt, hetzij matig effectieve hulp. Van deze tweede groep ontvangen de meesten ook geen andere professionele hulp bij hun sociale en maatschappelijke participatie.

In de praktijk blijkt een en ander erop neer te komen dat veel panelleden voor de benodigde ondersteuning sterk leunen op hun informele netwerk - voor zover aanwezig. Ruim de helft van de panelleden (57%) wordt naar eigen zeggen bij hun sociale en maatschappelijke activiteiten ondersteund door familie, vrienden en kennissen. Vooral de ondersteuning van familie wordt als behulpzaam beschouwd. Overigens participeert één op de vijf panelleden ook in een zelfhulpprogramma. Ruim de helft van de betrokkenen vindt dat hen dat 'redelijk veel' tot 'zeer veel' helpt bij hun sociale en maatschappelijke participatie.

Werk

Over het algemeen is een kleine meerderheid van de panelleden die hulp krijgt bij hun maatschappelijke participatie - professioneel of informeel - tevreden over die hulp (variërend van 57 % tot 59 % op de domeinen 'sociale contacten', 'vrijtijdsbesteding' en 'vrijwilligerswerk'). Opmerkelijk is echter dat die tevredenheid beduidend lager is als het gaat om ondersteuning bij (het vinden of behouden van) betaald werk: voor slechts een derde (35 %) van de betreffende respondenten functioneert die hulp naar tevredenheid. Eveneens ruim een derde (35 %) is ronduit ontevreden (de rest is 'neutraal'). Van de panelleden die betaald werk verrichten, blijkt ook maar een relatief klein deel professionele arbeidsondersteuning te ontvangen (12 % tot 14 % van de betaalde werkende panelleden, ofwel 2 % à 3 % van alle panelleden). De meeste ondersteuning ontvangt men van leidinggevenden en collega's.

De bevindingen over betaald werk sluiten aan bij die uit andere onderzoeken. Met name uit het eerdergenoemde onderzoek van het Landelijk Platform GGZ blijkt dat de meeste GGZ-cliënten vinden dat er voldoende mogelijkheden zijn voor dagbesteding, maar onvoldoende alternatieve betaalde werkplekken (participatiebanen, sociale werkvoorziening) en onvoldoende mogelijkheden voor doorstroming naar regulier betaald werk (Vos de Wael, 2012).

Behoeften en belemmeringen rond maatschappelijke ondersteuning

Een deel van de mensen met psychische aandoeningen ontvangt goede ondersteuning bij hun sociale en maatschappelijke participatie, in hoofdzaak vanuit de GGZ, zo zagen we. Maar voor velen blijft er ook het nodige te wensen over. Bijna de helft (43%) van alle deelnemers aan het panel *Psychisch Gezien* geeft expliciet aan meer of andere ondersteuning of voorzieningen nodig te hebben om (naar tevredenheid) deel te nemen aan de samenleving.

Aan de betrokkenen is gevraagd naar de redenen voor het ontbreken van de gewenste ondersteuning. Het meest genoemd wordt dat de ondersteuning niet beschikbaar is (37 %) of dat men niet weet hoe de ondersteuning te krijgen (40 %). Een deel van de panelleden ziet op tegen het regelen van de ondersteuning (30 %) of durft er niet om te vragen (23 %). Andere belemmeringen die door de panelleden worden genoemd zijn financiële barrières (19 %; met name eigen bijdragen) of het feit dat men eenvoudigweg niet voor de ondersteuning in aanmerking komt of meent te komen (14 %).

Overigens geeft ruim een derde (37 %) van de panelleden ook aan überhaupt niet te weten waar men terecht kan met vragen over de ondersteuning die ze kunnen krijgen bij het opdoen van sociale contacten, activiteiten buitenshuis en (vrijwilligers)werk. Daar staat eveneens ruim een derde (36 %) tegenover die aangeeft wel eens contact gezocht te hebben met een instantie of organisatie om te informeren naar mogelijkheden voor hulp en ondersteuning (variërend van cliëntenorganisaties en het GGZ informatiepunt tot WMO-loket, Stichting MEE, GGZ-instellingen, UWV en re-integratiebureaus). Minder dan de helft van de betrokkenen (45 %) geeft aan tevreden te zijn over de manier waarop ze door de betreffende organisatie(s) geïnformeerd zijn over de verschillende opties voor ondersteuning.

De conclusie dringt zich op dat er nog veel te winnen is op het gebied van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De relatie tussen ontvangen steun en maatschappelijke participatie

Deelnemers aan het panel *Psychisch Gezien* waarden hun deelname aan de samenleving gemiddeld met een 6,1, zo zagen we hierboven. De bijdrage van de ontvangen steun (van professionals en familie en vrienden tezamen) aan die participatie wordt gemiddeld met een 6,5 gewaardeerd. Daarbij bestaat er een sterke correlatie tussen

die (waardering voor de) ontvangen steun en de (waardering voor de eigen) maatschappelijke participatie. Zowel de ontvangen steun, als het activiteitsniveau van de panelleden hangen op hun beurt echter ook weer samen met het ambitieniveau van de betrokkenen. Deelnemers die meer steun ontvangen en die tevredener zijn over die steun, zijn actiever maar hebben ook meer wensen voor de toekomst. Deelnemers die minder steun ontvangen, minder tevreden zijn over die steun en meer ondersteuningsbehoeften hebben, zijn minder actief, maar lijken hun ambities en hoop soms ook al voor een deel te hebben opgegeven. Het lijkt er, kortom, op dat een deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen zich, ondanks de moeilijkheden en belemmeringen en met gerichte steun van anderen, in sociale en maatschappelijke zin weet te redden, maar dat een ander deel niet alleen die steun ontbeert maar ook de moed min of meer dreigt op te geven.

Conclusies

Er zijn verschillende goede initiatieven als het gaat om de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, zo constateerden we eerder in deze paragraaf. En voor een belangrijk deel is ook bekend wat werkt. Maar we concluderen ook dat lang niet alle mensen met ernstige psychische aandoeningen geholpen lijken te worden zoals zou kunnen of zou moeten.

Een mogelijke oorzaak daarvan ligt in het nogal hoge ad hoc gehalte van die goede initiatieven en in het ontbreken van een systematische implementatie van adequate maatschappelijke ondersteuning en van effectieve werkwijzen daarin. Een aantal beleidsmatige en praktische factoren lijkt daar mede debet aan. Een complicerende beleidsmatige factor is verder dat de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen zich op het grensvlak bevindt van verschillende domeinen, maatschappelijke sectoren, wettelijke kaders en bijbehorende financieringskaders. Dat maakt de verantwoordelijkheden minder doorzichtig en vraagstukken rond organisatie, regelgeving en toegankelijkheid complex (zie ook hoofdstuk 1 en paragraaf 3.5). Praktisch komt een en ander er op neer dat bij het ontbreken van initiatieven door anderen, het uiteindelijk toch vaak de GGZ is die de nodige voorzieningen voor de betrokkenen in het leven tracht te roepen. Complicerend dááaraan is dat de inhoudelijke en financiële kaders van de GGZ c.q. de psychiatrie maken dat de sector in de kern beschouwd en aangestuurd wordt als een gezondheidszorgsector, veel meer dan als een re-integratiesector of participatiesector. Dat belemmert weer een ongehinderde inzet van de GGZ in de ontwikkeling van een volwaardige en effectieve infrastructuur voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Een systematischer opbouw van de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen is dan ook niet goed denkbaar zonder intensievere bijdragen van andere sectoren en zonder gericht beleid. Op dat vlak doen zich echter ook een aantal belangrijke initiatieven en ontwikkelingen voor. In het vervolg van dit hoofdstuk staan we kort stil bij deze ontwikkelingen in de intersectorale samenwerking

en in het overheidsbeleid rond de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen.

3.4 Intersectorale samenwerking rond maatschappelijke ondersteuning

Over de noodzaak van samenwerking tussen instellingen op lokaal en regionaal niveau in de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen, werd al in de jaren '80 en begin jaren '90 gesproken. In die periode raakte ook het concept van 'community support systems' ofwel maatschappelijke steunsystemen in zwang (Carling, 1995; Provan, 1997; Van Weeghel e.a., 1997; Morrissey, 1999; Van Weeghel en Dröes, 1999; Van Weeghel en Kroon, 2000). Onder een maatschappelijk steunsysteem werd verstaan: een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, waarvan mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf deel uitmaken en dat hen op verschillende manieren ondersteunt om in de samenleving te participeren (Van Weeghel en Dröes, 1999).

In de praktijk werden in de loop van de jaren '90 op bescheiden schaal op verschillende plaatsen in het land pogingen gestart om in samenwerking tussen verschillende partijen tot dergelijke maatschappelijke steunsystemen te komen. Dat gebeurde vaak naar aanleiding van concrete knelpunten. Veelal was bestrijding van overlastproblematiek de primaire insteek. Woningbouwverenigingen, GGD-en en sociale diensten vormden de belangrijkste samenwerkingspartners. Maar soms werden ook pogingen ondernomen om tot betere en structurele samenwerking te komen rond dagbesteding en maatschappelijke participatie (Van Weeghel en Van Hoof, 2001; Van Hoof e.a., 2004). Inventarisaties van lokale initiatieven leerden ondertussen dat samenwerking op bestuurlijk niveau (vanwege de diverse belangen) vaak moeilijker tot stand kwam dan de samenwerking tussen uitvoerende hulpverleners onderling, maar dat succesvolle bestuurlijke samenwerking en gezamenlijk lokaal beleid wel bijdroegen aan betere voorwaarden voor samenwerking op de werkvloer (Van Hoof e.a., 2004).

Een recentere inventarisatie van Movisie en het Trimbos-instituut geeft een overzicht van de op dit moment operationele, regionale maatschappelijke steunsystemen (Van Leur e.a., 2010). Veertig regionale samenwerkingsinitiatieven werden opgespoord. Tien daarvan voldoen volledig aan de bovenstaande definitie van een maatschappelijk steunsysteem (in termen van organisatiegraad, betrokkenheid van cliënten en oriëntatie op participatie). De maatschappelijke steunsystemen richten zich veelal op samenwerking op het operationele niveau. Ze hebben betrekking op de zorg en toeleiding naar de zorg (casuïstiekoverleg) maar ook op dagbesteding (vriendendiensten, inlooptmogelijkheden in buurthuizen, gezamenlijke activiteiten) en voorbereiding op en toeleiding naar werk (vrijwilligerswerk, werkplaatsen, leer-werkbedrijven). Soms vindt er op een geaggregeerder niveau ook overleg

plaats over het toegankelijker maken van (algemene) voorzieningen voor de doelgroep (structurele keten- en beleidsoverleggen).

Het 'maatschappelijke steunsysteem' is overigens een belangrijk, maar niet het enige veelgebruikte concept in het streven naar lokale en regionale samenwerking in de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen en andere 'kwetsbare groepen'. Het *wijkgericht werken* is een andere. De wijkgerichte aanpak bestrijkt doorgaans niet alleen de GGZ, maar ook andere sectoren, zoals de gehandicaptenzorg, ouderenzorg, algemene gezondheidszorg en maatschappelijke opvang. Gemeenten spelen vaak een belangrijke rol. Drie categorieën voorzieningen staan veelal centraal in de verschillende projecten voor wijkgericht werken: voorzieningen voor onderlinge contacten tussen leden van specifieke doelgroepen van kwetsbare burgers (dagactiviteitencentra, buurtkamers), voorzieningen die de sociale integratie van kwetsbare burgers in de wijk beogen te bevorderen (veelal in het verband van activiteiten in buurtcentra en sociaal culturele centra) en voorzieningen voor 'omgekeerde integratie' (voorzieningen voor en door mensen met een handicap, maar die ook ontstaan voor mensen zonder handicap) (Van der Zwet, 2009).

Veel van de maatschappelijke steunsystemen en de wijkgerichte projecten lijken geconcentreerd te zijn op operationele samenwerking rond zorg en zorgtoeleiding, op integratie van mensen met psychische aandoeningen in de buurt en op deelname van betrokkenen aan hetzij categorale, hetzij non-categorale activiteiten in de sfeer van dagbesteding en vrijetijdsbesteding. Samenwerking rond de ontwikkeling van geïntegreerde en langduriger trajecten voor individuele ondersteuning en bij maatschappelijke participatie en met name samenwerking rond werk lijkt veel minder op de voorgrond te staan. Eerder zagen we dat bijvoorbeeld de implementatie van IPS ver achterblijft. Grensschermtelingen over de verantwoordelijkheden rond financiering zijn daar mede debet aan.

Toch zijn er ook op het terrein van werk diverse initiatieven. Een voorbeeld is het samenwerkingsproject in Noord-Kennemerland, waar het UWV, de zorgverzekeraar, de werkvoorziening en de regionale GGZ-instelling samenwerken om IPS mogelijk te maken. Elk van de partijen neemt een deel van de financiering op zich. Ook zijn er afspraken gemaakt over personele inzet: IPS'ers zijn formeel in dienst bij de werkvoorziening, maar hebben hun vaste werkplek binnen een wijkteam c.q. ACT- of FACT-team. Een ander voorbeeld is het convenant dat GGZ Nederland in 2012 afsloot met het UWV. Het convenant bevat ondermeer afspraken over kennisoverdracht en het verspreiden van best practices.

Bovenstaande ontwikkelingen en voorbeelden laten zien dat er veel in beweging is als het gaat om samenwerking rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, zowel op operationeel als bestuurlijk en beleidsniveau. Tegelijk is het beeld enigszins caleidoscopisch. Een goed zicht op de spreiding, het bereik en de resultaten

van deze uiteenlopende initiatieven en projecten ontbreekt. De indruk is dat de aard, omvang en doelstelling van de samenwerkingsverbanden en betrokkenheid van de verschillende instanties daarbij, per regio en per stad sterk uiteen lopen. Uit verschillende inventarisaties ontstaat bovendien de indruk dat er nog een aantal belangrijke, deels ook structurele knelpunten zijn in de lokale en regionale samenwerking rond de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. We zetten de belangrijkste knelpunten op een rij.

Knelpunten rond de lokale en regionale samenwerking

Samenwerking tussen verschillende organisaties is nodig om zaken tot stand te brengen maar het is doorgaans ook een confrontatie tussen uiteenlopende organisatieculturen en -structuren, elk met hun eigen visie, regelgeving, wetgeving, financieringskaders en werkgebieden. Onder andere uit vier recente pilots rond de wijkgerichte aanpak blijkt dat dat voor de nodige complicaties kan zorgen, zeker als de benodigde regelruimte voor de uitvoerende medewerkers en de financiële ruimte vanuit de deelnemende organisaties, om in die samenwerking te investeren, achterblijven. Samenwerkingsinitiatieven blijken dan mede dankzij een enthousiaste inzet van de direct betrokkenen in de projectfase tot zinvolle resultaten te leiden, maar vervolgens lukt het niet goed ze in te voegen in de bestaande organisatiestructuren en procedures van de deelnemende organisaties. Hoe meer organisaties bij een initiatief betrokken zijn, hoe meer deze belemmeringen op de voorgrond treden en hoe moeilijker het blijkt te zijn om tot structurele afspraken te komen over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden (Habracken e.a., 2011). Het gevolg is dat in de praktijk veel samenwerkingsprojecten een vluchtig en vrijblijvend karakter krijgen. Dat lijkt ook te gelden voor veel van de door Movisie en het Trimbos-instituut beschreven MSS-initiatieven. De meeste daarvan kennen een tijdelijke, projectmatige opzet. Niet duidelijk is in welke mate gezorgd wordt voor verankering van bereikte resultaten.

Een ander knelpunt is dat niet altijd bij alle partijen de volle overtuiging aanwezig is dat mensen met ernstige psychische aandoeningen in staat zijn te participeren in de samenleving. Studies van het SCP uit 1999 en 2001 lieten al zien dat met name in de arbeidssector, maar ook bij gemeenten veel scepsis bestaat over de maatschappelijke participatie (en zelfs over het zelfstandig wonen) van mensen met ernstige psychische aandoeningen (Kwekkeboom, 1999, 2001). Deze negatieve beeldvorming is hardnekkig; ook binnen de GGZ zelf. Overigens proberen sommige instellingen hier wel iets aan te doen, intern bijvoorbeeld ook door het inzetten van zogeheten 'kwartiermakers'; medewerkers die actief bij reguliere voorzieningen trachten de voorwaarden te scheppen die maken dat mensen met een beperking zich er welkom en veilig voelen. Een onderzoek naar acht van deze kwartiermakersprojecten laat zien dat deze redelijk succesvol zijn in het vergroten van de toegankelijkheid van reguliere voorzieningen en activiteiten (Scholtens, 2007). Onderzoek laat echter ook zien dat de meest effectieve manieren om negatieve beeldvorming bij te stellen, vooral bestaan uit (informele) ontmoetingen van betrokkenen met mensen met psychische aandoeningen zelf (Van Weeghel, 2011).

Vanuit die overweging zijn er in de afgelopen jaren verspreid over Nederland ook diverse kleinere projecten opgezet. Er wordt voor gepleit om regionale cliëntenorganisaties ook veel nadrukkelijker te faciliteren om hier een rol in te spelen (De Graaf, 2010). Ook is de afgelopen jaren, mede op basis van internationaal onderzoek, gepleit voor een brede, gedifferentieerde landelijke campagne om de beeldvorming bij te stellen en de betrokkenheid van andere organisaties bij de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen te vergroten. De intentie om tot een dergelijke landelijke campagne te komen, is inmiddels ook opgenomen in het Bestuurlijk Akkoord over de toekomst van de GGZ.

Bovenstaande knelpunten leiden ertoe dat de initiatieven tot en investeringen in de lokale en regionale samenwerking in de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen tot dusverre nog steeds vooral vanuit de GGZ komen. Zo zijn bij veel van de door Movisie en het Trimbos-instituut beschreven MSS-initiatieven diverse organisaties en instellingen in beeld maar zijn meestal GGZ-instellingen, soms in samenwerking met gemeenten, de kartrekkers. Vrijwel altijd is daarbij ook de coördinatie neergelegd bij de GGZ-instelling. De overige organisaties zijn op casusniveau of middels bilateraal overleg betrokken bij het MSS-project.

Tegelijk zijn investeringen in samenwerking met anderen ook voor GGZ-instellingen niet altijd rendabel. Zo zijn gemeenten voor veel instellingen tot dit moment slechts een marginale inkomstenbron; vooral als men te maken heeft met veel (kleine) gemeenten is investeren in lokale samenwerking niet altijd lucratief. Een voortrekkersrol van de GGZ is vanuit het oogpunt van financiële belangen daarom niet altijd vanzelfsprekend. En waar instellingen ervoor kiezen die investeringen niet te plegen, zijn ze daar ook op formele gronden ook niet goed voor verantwoordelijk te houden.

Een van de belangrijkste knelpunten lijkt dan ook te zijn dat het op lokaal en regionaal niveau ontbreekt aan een vanzelfsprekende initiatiefnemer, regievoerder, 'probleemeigenaar' of eindverantwoordelijke voor het samen met anderen tot stand brengen van een goede infrastructuur voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook voor de zorgverzekeraars lijkt dit geen vanzelfsprekende rol. Zorgverzekeraars oriënteren zich weliswaar steeds meer ook op goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (en op FACT) maar voelen zich uiteindelijk vooral verantwoordelijk voor de inkoop van afzonderlijke, vanuit verzekeraar oogpunt kosteneffectieve zorgproducten binnen het kader van de ZVW in plaats van voor de totstandkoming van een bredere lokale en regionale infrastructuur rond de maatschappelijke ondersteuning en de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische problemen. Ook de lokale overheden lijken in de praktijk nog geen vanzelfsprekende initiatiefnemer en probleemeigenaar te zijn. In de volgende paragraaf gaan we nog iets uitgebreider in op de rol van gemeenten. Voor dit moment vermelden we dat diverse recente onderzoeken erop wijzen dat veel gemeenten qua kennis en middelen nog onvoldoende geëquipeerd zijn voor, maar ook niet altijd geïnteresseerd

zijn in een eventuele kartrekker- en regierol in de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen (Hasker, 2008; Van Dam e.a., 2009; Vilans en Kwadraad, 2009; De Klerk e.a., 2010; De Graaf 2010).

Kernprobleem lijkt daarmee te zijn dat, zelfs als partijen het algemene belang van een goed maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor mensen met psychische problemen erkennen, dat algemene belang niet altijd samenvalt met de eigen deelbelangen (zie ook hoofdstuk 1). De bredere maatschappelijke opbrengsten van investeringen in de maatschappelijke ondersteuning van deze populatie, vloeien ook niet altijd of niet in gelijke mate terug naar de investerende instellingen. Ondertussen heeft geen van de partijen de expliciete verantwoordelijkheid, maar ook niet het mandaat om de potentiële samenwerkingspartners ertoe te bewegen boven die deelbelangen uit te stijgen.

Een en ander maakt de totstandkoming van regionale samenwerking rond maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen - of zelfs van initiatieven daartoe - bewerkelijk maar vooral ook erg vrijblijvend. Ontwikkelingen worden vooral afhankelijk van lokale omstandigheden en de aanwezigheid en inzet en belangstelling van potentiële lokale initiatiefnemers en hun persoonlijke netwerk.

Maatregelen

Pasklare oplossingen voor bovenstaande knelpunten lijken niet voorhanden. Wel zijn in het recente verleden verschillende suggesties gedaan.

Geopperd is bijvoorbeeld om te bezien of samenwerking in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen lucratiever gemaakt kan worden, door een bonus te zetten op ketensamenwerking en op concrete samenwerkingsprojecten en 'good practices'. Geopperd is ook om op deze manier inkoopcombinaties te stimuleren voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen of bijvoorbeeld voor een concrete interventie als IPS.

Suggesties worden ook gedaan om de mogelijkheden te verkennen van structurelere oplossingen, bijvoorbeeld in de vorm van een geformaliseerde regio-indeling, waarbinnen welomschreven verantwoordelijkheden aan partijen worden toebedeeld rond het organiseren van de zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voorgesteld is om de verplichting om te komen tot gezamenlijke afspraken en tot een gezamenlijke regionale beleidsvisie, onderdeel te maken van een dergelijke geformaliseerde regio-indeling en geformaliseerde regionale samenwerking (Lemmens e.a., 2010). Geopperd wordt ook dat elke regio zou moeten beschikken over een regievoerder met mandaat. Dat mandaat zou bijvoorbeeld verleend kunnen worden in de vorm van een aanwijzingsbevoegdheid. Krachtiger is volgens sommigen een mandaat dat gekoppeld is aan een voor deze doelgroep (c.q. een aantal te onderscheiden subgroepen) bestemd regionaal budget, samengesteld uit de verschillende, voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, relevante financieringskaders (zie ook

paragraaf 3.5). De verdere regionale invulling en organisatie van het ondersteuningsaanbod kan vervolgens aan de regio's zelf overgelaten worden, maar zou ook gekoppeld kunnen worden aan landelijke normen met betrekking tot de minimale beschikbaarheid van een aantal essentiële, uit het sectoroverstijgende regiobudget te financieren voorzieningen (bijvoorbeeld ACT, FACT, IPS).

De vraag dient zich aan in hoeverre deze suggesties passen binnen de landelijke beleidsontwikkelingen; en welke initiatieven in bredere zin vanuit het overheidsbeleid genomen worden op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. In de volgende paragraaf gaan we, ter afsluiting van dit hoofdstuk, op deze vragen in.

3.5 Beleidsontwikkelingen

Er is geen wettelijk kader, beleidskader of financieringskader dat specifiek gericht is op de maatschappelijke ondersteuning van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Voorzieningen op het gebied van de sociale en maatschappelijke participatie van deze populatie maken onderdeel uit van de beleidskaders en financieringstromen rond voorzieningen voor bredere doelgroepen of voor de algemene bevolking.

Dat is niet altijd zo geweest. Lange tijd maakte ondersteuning bij maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen onderdeel uit van de AWBZ-aanspraken. De in paragraaf 3.4 gesignaleerde opkomst, vanaf de jaren '90, van arbeidsrehabilitatieprojecten en projecten voor begeleid leren voor mensen met psychische aandoeningen, was mede mogelijk door gerichte financierings- en stimuleringsmaatregelen vanuit de AWBZ.

Inmiddels is de betekenis van de AWBZ als beleids- en financieringskader voor de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen flink in betekenis afgenomen. Het grootste deel van de GGZ is als 'curatieve gezondheidszorg' in 2008 overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. De ondersteuning bij participatie is in stappen geheel uit het ABWZ-pakket verwijderd, onder doorverwijzing naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), waarbinnen in het vervolg de bredere maatschappelijke ondersteuning van kwetsbare burgers gestalte moet krijgen.

WMO

De WMO trad in 2007 in werking en neemt sindsdien een belangrijke plaats in de beleidsontwikkelingen rond de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen in. In de wet wordt aan gemeenten de verantwoordelijkheid toebedeeld voor een aantal maatschappelijke taken; voor een belangrijk deel overigens taken die ook eerder al onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vielen in het kader van de (bij invoering van de WMO afgeschafte)

Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Een aantal nieuwe taken kwam daarbij als gevolg van het afschaffen van een aantal AWBZ-zorgfuncties, waarvan de budgetten werden overgeheveld naar de WMO. De samenvoeging van deze voormalige financieringskaders in de WMO ging gepaard met een herformulering van de bijbehorende gemeentelijke taken in termen van negen 'prestatievelden'. Tot die prestatievelden behoort een breed scala aan verantwoordelijkheden rond leefbaarheid in buurten, vrijwilligerswerk, jeugd, verslavingszorg, maatschappelijke opvang en OGGZ; maar een WMO-taak van de gemeente is ook het bevorderen van en verlenen van voorzieningen voor het zelfstandig functioneren en de deelname aan het maatschappelijk verkeer van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem.

Hoe gemeenten deze prestatievelden precies invullen en welke voorzieningen zij daarvoor treffen, wordt binnen de WMO niet nader gespecificeerd. Dat is aan de gemeenten zelf. Ook de verdeling van beschikbare middelen over de verschillende prestatievelden, voorzieningen daarbinnen en de doelgroepen waarvoor deze bestemd zijn, mogen gemeenten zelf bepalen (de middelen zijn niet geoormerkt, uitgezonderd enkele 'doeluitkeringen'). Daarbij geldt dat de WMO ten principale een collectieve voorziening is. De WMO kent, anders de ZVW of de AWBZ, geen individuele aanspraken.

Inmiddels is het nodige evaluatieonderzoek naar de WMO verricht. Zo bleek uit een eerste inventarisatie in 2008 dat veel gemeenten de invoering van de WMO vooral praktisch hebben opgepakt, de voorzieningen die zij al financierden doorgaans hebben gecontinueerd en zich daarnaast vooral hebben georiënteerd op de nieuwe taken op het gebied van de huishoudelijke zorg. Van een intensivering van aandacht van gemeenten voor de maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen en van mensen met psychische aandoeningen leek niet onmiddellijk sprake (Hasker, 2008).

Ook in een volgende studie in 2009 werd vastgesteld dat de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de WMO nog niet goed van de grond kwam. Meer nog: in reactie op het afschaffen van de AWBZ-functie ambulante begeleiding (bij zelfstandig functioneren en maatschappelijke participatie), meende de helft van de ondervraagde gemeenten dat betrokkenen geen beroep kunnen doen op de WMO (Van Dam e.a., 2009).

Nog een jaar later, in 2010, concludeert het SCP na een grondige inventarisatie: "Mensen met langdurige psychische problemen zijn [bij gemeenten] slecht in beeld." En: "Gemeenten doen weinig voor mensen met een beperking die moeilijk sociaal contact leggen" (De Klerk e.a., 2010). Het SCP constateert zelfs dat de beleidsaandacht van de gemeenten voor verhoudingsgewijs kleinere doelgroepen zoals mensen met verstandelijke beperkingen of met ernstige psychische aandoeningen, sinds de invoering van de WMO niet is toe- maar afgenomen. Het aantal gemeenten dat in hun beleidsplannen expliciet rekening hield met deze doelgroepen, is sinds de invoering van de WMO gedaald van 55 % tot 31 %. Het SCP-onderzoek laat ook zien dat mensen met

een verstandelijke beperking of een ernstige psychische aandoening (en hun vertegenwoordigers) de informatie over de WMO moeilijk kunnen vinden, de informatie moeilijk te begrijpen vinden en moeite hebben om goede ondersteuning te verwerven. Betrokkenen wijten dat onder andere aan het feit dat hun handicap vaak niet zichtbaar is en aan een gebrek aan kennis bij de WMO-medewerkers (De Klerk e.a., 2010; zie ook Vilans en Kwadraad, 2009). De recentere peiling van het panel *Psychisch Gezien*, in 2012, bevestigt dit laatste beeld: slechts een fractie van de panelleden ontvangt bij zijn of haar sociale en maatschappelijke participatie hulp van een welzijnswerker of een (andere) medewerker van of namens de gemeente. Daarbij draagt deze steun volgens betrokkenen ook nog eens het minste van alle steunbronnen bij aan die sociale en maatschappelijke participatie (Place e.a., 2012).

In het algemeen blijkt dat gemeenten de financiering van GGZ-voorzieningen waarvoor de AWBZ-financiering is gestopt, ook niet standaard overnemen in de WMO. Gemeenten die dat wel doen, doen dat altijd maar voor een deel, vanuit de overweging dat ook andere gemeenten moeten meebetalen voor de (regionale) voorziening. Per saldo krimpen de betreffende voorzieningen (terwijl benodigde investeringen in het genereren van de benodigde middelen toenemen), zo wordt gesignaleerd. Een vergelijkbare situatie doet zich voor rond de regionale cliëntenorganisaties (RCO's). Deze RCO's doen vaak niet alleen aan regionale belangenbehartiging, maar beheren veelal ook cliëntgestuurde, laagdrempelige inloopvoorzieningen en bieden soms ook uitgebreidere ondersteuning op het gebied van participatie. Ook deze cliëntenorganisaties en cliëntgestuurde voorzieningen zijn sinds enkele jaren grotendeels aangewezen op de onzekere, maar bovendien sterk versnipperde financiering vanuit gemeenten. (Dat zijn bovendien de financiers waarop ze geacht worden in het kader van de WMO kritisch toezicht te houden.) Ook veel van deze regionale cliëntenorganisaties hebben de afgelopen jaren hun activiteiten om financiële redenen moeten inkrimpen (De Graaf, 2010).

Uiteraard zijn er ook goede voorbeelden te vinden: gemeenten die door middel van een projectsubsidie bijdragen aan en participeren in lokale maatschappelijke steunsystemen voor mensen met psychische aandoeningen. En gemeenten die wel een substantieel deel van de financiering van cliëntgestuurde voorzieningen op zich nemen of GGZ-voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning overeind helpen houden. Maar de algemene tendens lijkt niet heel erg gunstig en de hooggespannen verwachtingen van de WMO als hét vehikel voor de maatschappelijke participatie van mensen psychische aandoeningen, lijken vooralsnog niet realistisch. Daarvoor zijn de regionale verschillen te groot en zijn de ervaringen tot nu toe van mensen met psychische aandoeningen te ongunstig. Daarvoor herinneren veel van de WMO initiatieven wellicht ook teveel aan het eerder door diverse SCP-onderzoeken geschetste beeld van de gemeentelijke voorzieningen in het kader van de toenmalige Welzijnswet: een relatief breed scala aan lokale projecten op uiteenlopende terreinen, vaak gerund door welzijnsorganisaties of andere, kleine lokale stichtingen, sterk leunend op vrijwilligers en (tijdelijke) projectsubsidies, maar daarmee ook sterk afhankelijk van actuele lokale

politieke omstandigheden en zonder goede mogelijkheden voor een gedegen kennisopbouw en methodiekontwikkeling (Gilsing e.a., 1999; Kwekkeboom e.a., 2002).

De WMO lijkt in zijn huidige vorm vooral nog (veel) te vrijblijvend om daadwerkelijk die ondersteuning te faciliteren en af te dwingen die mensen met ernstige psychische aandoeningen nodig hebben voor hun sociale en maatschappelijke participatie. Er zijn op dit moment ook geen redenen om aan te nemen dat een verdere overheveling van AWBZ-functies daar iets aan zal veranderen.

Overig participatiebeleid

Voor de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt doorgaans verwezen naar de WMO. Maar er zijn ook nog andere relevante 'participatiewetten'. Van belang in dit verband zijn met name de Wet Werk en Bijstand (WWB), de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) en de Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten (Wajong). De WWB is sinds 2003 van kracht en regelt voor mensen die geen andere inkomstenbron hebben, financiële bijstand maar waar mogelijk ook ondersteuning bij arbeidsre-integratie. De WSW heeft als doel het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen in het arbeidsfunctioneren. De Sociale Werkvoorziening biedt daartoe beschut werk aan, helpt mensen om betaald regulier werk te vinden en ondersteunt zo mogelijk ook in dat werk (Michon, 2012). De in 2010 vernieuwde wet Wajong is onder andere bedoeld om mensen die op jonge leeftijd een chronische ziekte of handicap hebben gekregen de mogelijkheid te bieden van arbeidsondersteuning en ondersteuning tijdens een opleiding.

Gemeenten vervullen ook bij de uitvoering van elk van deze drie wetten een centrale rol. Daarbij worden ondersteuningstrajecten en bijbehorende voorzieningen veelal ingekocht bij anderen (onder andere re-integratiebedrijven), maar soms ook door gemeentelijke instellingen zelf uitgevoerd. De geboden ondersteuning is divers en bestaat onder andere uit cursussen en vaardigheidstrainingen, ondersteuning bij het vinden van een baan, beschutte werkplekken en werkervaringsplaatsen. Met name de ondersteuning in het kader van de WWB is overigens niet altijd direct gericht op betaald werk; bredere 'sociale activering' kan soms ook het doel zijn, waarbij bijstandsgerechtigden gestimuleerd worden te participeren in bestaande, onbetaalde lokale activiteiten. In toenemende mate lijkt die 'activering' of het participeren in werkervaringsplaatsen inmiddels ook een verplichtend karakter te krijgen.

De vraag is in welke mate mensen met ernstige psychische aandoeningen ook door deze re-integratie voorzieningen bereikt worden en in hoeverre zij daar profijt van hebben. Harde cijfers zijn daarover niet beschikbaar. De hiervoor gepresenteerde resultaten van het panel Psychisch Gezien stemmen in ieder geval niet heel erg hoopvol. Dat geldt ook voor enkele andere onderzoeksresultaten. Daarbij lijken er drie redenen aan te wijzen waarom mensen met psychische aandoeningen onvoldoende van de re-integratietrajecten in het kader van deze algemene sociale wetgeving profiteren. De eerste is dat

ze niet goed bereikt worden. Mensen met ernstige psychische aandoeningen worden veelal tot de 'onbemiddelbaren', zonder 'benutbare mogelijkheden' gerekend. Moeilijk bemiddelbaren ontvangen doorgaans ook minder hulp (Michon en Van Weeghel, 2003; Veerman e.a., 2008; RWI, 2009; Van Hoof e.a., 2010). Een tweede reden is dat reguliere ondersteuningstrajecten doorgaans niet zijn afgestemd op de specifieke ondersteuningsbehoeften van mensen met psychische aandoeningen. Ze ontberen doorgaans een aantal van de (uit wetenschappelijk onderzoek gebleken) succesfactoren voor de maatschappelijke ondersteuning en arbeidsre-integratie van mensen met psychische aandoeningen. Eerder noemden we die factoren al kort: ondersteuning die uitgaat van de individuele wensen van betrokkenen in plaats van standaardtrajecten; snelle plaatsing in plaats van langdurige en stapsgewijze voorbereidings- of trainingsprojecten (die vaak even zovele drempels naar een volgende fase vormen); continuïteit en ondersteuning bij het werk zelf, zo lang als nodig is; aandacht voor de werkomgeving; en waar mogelijk een ondersteuningstraject dat niet geïsoleerd is van de hulp op andere terreinen, maar geïntegreerd daarmee wordt aangeboden. Weinig reguliere re-integratietrajecten komen tegemoet aan deze vereisten. Een derde reden waarom mensen met ernstige psychische aandoeningen veelal buiten de boot vallen binnen de reguliere re-integratiekaders is dat de met name vanuit een aantal GGZ-instellingen aangeboden IPS-trajecten - waarin wel wordt geprobeerd volgens de 'state of the art' te werken - grote moeite hebben om hun activiteiten gefinancierd te krijgen. IPS wordt nog nauwelijks standaard ingekocht in het kader van reguliere re-integratiewetgeving en re-integratietrajecten (overigens ook omdat regelgeving niet altijd aansluit op hetgeen in het kader van IPS nodig is).

Toekomstplannen

Een aantal gemeenten opteert inmiddels voor een *integraal participatiebeleid*, waarbij met name het beleid rond de maatschappelijke participatie van de (deels overlappende) doelgroepen van de WWB en WMO zoveel mogelijk op elkaar wordt afgestemd (Westerhof en Nanninga, 2011). In concreto bestaan projecten dan bijvoorbeeld uit dienstverlening in WMO-verband door bijstandgerechtigden (Stavenuiter en Van der Klein, 2010). Of deze initiatieven soelaas bieden als het gaat om de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, is gegeven het voorgaande een gerechtvaardigde vraag. Overigens wordt ook geconstateerd dat de afdeling sociale zaken (WWB) en de afdeling welzijn (WMO) in veel gemeenten vooralsnog gescheiden werelden blijven (Westerhof en Nanninga, 2011).

Belangrijker zijn waarschijnlijk de *landelijke* beleidsplannen rond de WWB, de WSW en de Wajong zelf en rond de integratie van deze wetten in een brede '*Participatiewet*'¹⁶. Gemeenten worden verantwoordelijk voor de uitvoering van deze *Participatiewet* en krijgen de beschikking over één budget voor re-integratie, waarin de verschillende geldstromen samenkomen. Naast het samengaan van deze drie wetten zijn met name drie aspecten van belang aan de hervormingsplannen: de versoering van een aantal

16 De invoering van de Participatiewet stond aanvankelijk gepland voor 2014, maar is recent uitgesteld tot 2015.

voorzieningen, het opvoeren van de 'prikkel's tot participatie en het invoeren van een quotumregeling voor het aannemen van werknemers met beperkingen. De versoberingen doen zich onder andere voor in de Sociale Werkvoorziening, waar een groot deel van de capaciteit voor beschutte werkplaatsen zal verdwijnen (Michon, 2012). Met name op het gebied van de WWB en de Wajong gaan uitkeringen nadrukkelijker gekoppeld worden aan verplichtingen rond het zoeken en accepteren van een baan. Daar staat tegenover dat werkgevers geacht worden zich meer dan voorheen te gaan inzetten voor het aannemen van mensen met beperkingen. Lukt dat niet dan wordt overwogen een quotumregeling in te voeren, die inhoudt dat in de toekomst het personeelsbestand van grotere werkgevers voor tenminste 5 % uit mensen met beperkingen moet bestaan.

Onder andere vanuit belangenorganisaties van mensen met een handicap is al gesignaleerd dat de versoberingen en de invoering van financiële 'participatieprikkel's vooral voor de meest kwetsbare en minst kansrijk geachte mensen het risico inhouden van een achteruitgang, primair in financiële zin, maar uiteindelijk ook in termen van participatiemogelijkheden. Dat geldt ook voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een quotumregeling zou daar wellicht tegenwicht tegen kunnen bieden. Belangrijke voorwaarde daarvoor lijkt dan wel dat mensen met ernstige psychische aandoeningen een gegarandeerd aandeel in dat quotum krijgen en dat bewezen effectieve methoden worden ingezet om mensen met psychische beperkingen naar passend werk te begeleiden en hen vervolgens in dat werk te ondersteunen (Van Weeghel, 2013).

Financiering voor individuele maatschappelijke ondersteuning

Uit de internationale bevindingen in hoofdstuk 1 en uit de regionale ontwikkelingen zoals beschreven in paragraaf 3.4 bleek al dat bij deinstitutionalisering en bij de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, meer partijen, sectoren, wettelijke kaders en financieringskaders in beeld komen. Dat vraagt om het expliciet beleggen van de regio. Het vraagt ook om maatregelen die voorkomen dat middelen wegvloeien en mensen met psychische aandoeningen juist nog verder uit beeld raken, zeker bij overheveling van die middelen naar andere sectoren en bij decentralisering van bevoegdheden naar lagere overheden of private partijen. Hier blijken ook in Nederland nog stappen in te zetten.

Essentieel lijkt echter vooral de beschikbaarheid en toegankelijkheid van, zo nodig langdurige, *individuele* ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen bij hun individuele wensen en pogingen om een bevredigend sociaal en maatschappelijk leven op te bouwen en in stand te houden, inclusief een eventuele opleiding of een betaalde baan. Aan die ondersteuning lijkt het momenteel nog te schorten. Het ontbreken van een eenduidige en structurele *financieringsbron* voor individuele maatschappelijke ondersteuning lijkt daar mede debet aan.

Een optie zou zijn om te verkennen in hoeverre de toekomstige Participatiewet hier een rol in kan vervullen. Een reservering van een deel van de beschikbare budgetten (of

herinvestering van bijvoorbeeld de ingeboekte WSW-bezuinigingen) voor de individuele ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, zou bijvoorbeeld gekoppeld kunnen worden aan specifieke (op het evidence based IPS-model gebaseerde) kwaliteitseisen aan die voorzieningen die een beroep doen op dit budget. Zo wordt de kans op positieve resultaten en daarmee ook het economische rendement van een dergelijke reservering gemaximaliseerd.

Individuele, maatschappelijke ondersteuning is echter niet alleen nodig rond werk, maar ook op andere terreinen - het onderhouden van sociale contacten in het algemeen, participatie in recreatieve activiteiten, onderwijs. Wellicht kan de Participatiewet ook van betekenis zijn voor dit bredere domein van maatschappelijke participatie en maatschappelijke ondersteuning. Een optie is ook om de mogelijkheden te verkennen van geïntegreerde budgetten, samengesteld uit bijvoorbeeld deelbudgetten vanuit de Participatiewet (of diens voorlopers) en de WMO, maar mogelijk ook delen van de AWBZ en de ZVW. Budgetten kunnen dan niet alleen ingezet worden voor bijvoorbeeld IPS-trajecten maar ook voor bredere, individuele maatschappelijke ondersteuningstrajecten. Mogelijk zou ook de geïntegreerde zorg vanuit FACT en ACT in de toekomst vanuit dergelijke samengestelde budgetten gefinancierd kunnen worden; toevoeging van participatiefinanciering - en bijbehorende eisen aan de voorzieningen - zou op die manier ook de doorontwikkeling kunnen stimuleren van de nu nog vrijwel uitsluitend vanuit de gezondheidszorg gefinancierde FACT- en ACT-teams, naar nadrukkelijker op participatie georiënteerde ondersteuningsvormen.

In de vorige paragraaf werd de suggestie genoemd van een regionaal samenwerkingsverband, in oplopende mate van interne samenhang en verbondenheid voorzien van een regionaal plan, een regionale regievoerder, een regionale mandaathouder en een geïntegreerd regionaal budget voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Bovenstaande suggesties sluiten hier deels bij aan. Maar het oormerken van budgetten en eventueel ook het integreren van budgetten vanuit verschillende financieringskaders, lijkt primair te vragen om landelijke kaders, die maken dat de samenwerking in de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen geen vrijblijvende regionale liefhebberij meer is, maar een algemeen maatschappelijk belang waar alle betrokken partijen zich aan verbonden weten.

3.6 Samenvatting en conclusies

Ambulantisering is geen doel op zich. Het is een middel dat er aan moet bijdragen dat mensen met ernstige psychische aandoeningen meer dan voorheen in de gelegenheid worden gesteld een sociaal en maatschappelijk leven te leiden dat naar hun eigen ervaring zin geeft aan hun leven en voldoening schenkt.

De behoefte aan een socialer en actiever leven is groot onder mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een klein deel heeft een betaalde baan en een groter aantal

doet eens per week vrijwilligerswerk. Daar staat tegenover dat het merendeel het grootste deel van de week thuis doorbrengt, bijna de helft nooit of zelden uitgaat en een kwart zich het grootste deel van de tijd of zelfs permanent eenzaam voelt. Diegenen die het lukt om een bevredigend sociaal en maatschappelijk leven op te bouwen en te onderhouden, ontvangen daarbij doorgaans ondersteuning van familie en soms van GGZ-hulpverleners (andere professionals komen nauwelijks in beeld). Veel mensen met ernstige psychische aandoeningen ontberen echter die steun. Sommigen lijken er überhaupt niet meer op te durven rekenen en stellen hun ambities navenant bij.

Toch is het niet zo dat er geen goede initiatieven zijn op het gebied van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen bij hun maatschappelijke participatie. Al langere tijd bestaan er speciale voorzieningen voor ontmoeting, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie. Methodieken als de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en Individuele Plaatsing en Steun (IPS) ontwikkelen een evidence base en verspreiden zich. Participatie wordt ook steeds nadrukkelijker tot het 'reguliere' aandachtsgebied gerekend van de zorg aan mensen met psychische aandoeningen. Ondertussen wordt binnen wijkgerichte projecten en in maatschappelijke steunsystemen gewerkt aan de integratie en participatie van kwetsbare burgers, waaronder mensen met ernstige psychische aandoeningen. Wetgeving rond WMO, sociale activering en arbeidshandicaps zou in principe ook de mogelijkheden moeten bieden van ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen bij hun re-integratie en participatie.

Waarom lijkt de ondersteuning voor een grote groep dan toch tekort te schieten? Verschillende oorzaken zijn in dit hoofdstuk de revue gepasseerd. Eén ervan is dat er inderdaad goede initiatieven zijn, maar dat die in omvang en bereik vaak nog (zeer) beperkt zijn. Veel initiatieven hebben ook het karakter van een collectieve voorziening of een collectief aanbod en zijn nog weinig gericht op individuele ondersteuning, aansluitend op de individuele wensen en behoeften van mensen. Collectieve dagbestedingsmogelijkheden zijn bijvoorbeeld in relatief ruime mate voorhanden, zo luidt het, maar goede individuele ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van regulier werk is zeer schaars. Initiatieven blijven vaak ook beperkt tot de GGZ, het blijkt lastig andere partijen te interesseren en mobiliseren. Wijkgerichte en MSS-projecten met meer partijen hebben vaak een tijdelijk, projectmatig karakter en daarmee een hoog ad hoc gehalte. Een vanzelfsprekende regionale initiator of regievoerder voor de ontwikkeling van een steviger regionale infrastructuur ontbreekt. De bestaande wettelijk kaders bieden hierin ook onvoldoende soelaas. De WMO is daarvoor te vrijblijvend; niettegenstaande verschillende goede voorbeelden, lijkt de bemoeienis van gemeenten met de participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelfs af te nemen. Binnen andere wettelijke kaders op het gebied van re-integratie worden mensen met psychische aandoeningen vaak als 'onbemiddelbaar' beschouwd, sluit de ondersteuning niet aan op de individuele ondersteuningsbehoeften van mensen en hebben voorzieningen die wel 'op maat' werken, zoals IPS, grote moeite adequate financiering los te krijgen. Per saldo ontbreekt het met name aan een solide en structurele financieringsbron voor

de *individuele* maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Het realiseren van een dergelijke structurele financiering voor individuele maatschappelijke ondersteuning, staat dan ook bovenaan de lijst van mogelijke stappen om de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen beter te faciliteren. Bij wijze van tussenstappen op de weg daar naartoe (of als alternatief daarvoor) worden twee categorieën maatregelen geopperd. De eerste bestaat uit een reservering van een deel van het budget van de aanstaande Participatiewet (of diens voorlopers) voor de individuele ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen. Dat deelbudget zou gekoppeld kunnen worden aan een quotumregeling en aan een set van kwaliteitseisen aan de vanuit dat budget te financieren voorzieningen om mensen weer aan het werk te helpen en te houden. Wellicht kan dat budget ook uitgebreid worden om bredere individuele ondersteuning bij maatschappelijke participatie mogelijk te maken (bijvoorbeeld rond educatie). De tweede categorie maatregelen is gericht op het bevorderen en verstevigen van de regionale samenwerking op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die samenwerking zou minder vrijblijvend gemaakt kunnen worden door middel van een bonusstelsel voor goede en effectieve samenwerking, maar bijvoorbeeld ook door invoering van een gemandateerde en zo mogelijk ook budgethoudende regionale regievoerder. Geopperd wordt om te bezien of daartoe geïntegreerde budgetten vanuit de Participatiewet (of diens voorlopers), de WMO, de AWBZ en de ZVW samengesteld kunnen worden. Dat zou een stimulans kunnen zijn om te komen tot een samenhangend regionaal ondersteuningsaanbod over de volle breedte van zorg, welzijn en participatie.

4 Kosten, opbrengsten en financiering - Economische aspecten van ambulantisering

4.1 Inleiding

Een belangrijk motief voor de ambulantisering van de GGZ is dat goede ambulante zorg veel beter dan intramurale zorg kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met psychische aandoeningen. Maar er schuilen ook economische drijfveren achter de huidige ambulantiseringsovereenkomsten: stijgende zorgkosten en economische tegenwind nopen tot het beteugelen van de uitgaven aan de GGZ. Inkrimping van de intramurale GGZ kan daar mogelijk een bijdrage aan leveren, zo is één van de overwegingen.

Mogelijk zullen die economische drijfveren in de komende periode een krachtiger motor achter het ambulantiseringstraject gaan vormen, dan de zorginhoudelijke motieven dat tot dusverre zijn geweest. De opdracht van kostenbeheersing is in het huidige zorgstelsel expliciet belegd bij de zorgverzekeraars. Vooral vanuit de zorgverzekeraars lijkt momenteel stevig te worden ingezet op beddenafbouw. Dat vergroot de kans dat die beddenafbouw in de komende jaren daadwerkelijk plaats gaat vinden. Het roept ook de vraag op welke ruimte geboden gaat worden voor de ontwikkeling en uitbouw van goede ambulante alternatieven.

In dit hoofdstuk staan we uitgebreider stil bij deze economische aspecten van de voorgenomen ambulantisering van de GGZ.

In paragraaf 4.2 kijken we eerst naar de mogelijke kostenontwikkelingen en kostenverschuivingen *binnen de GGZ* als gevolg van het ambulantiseringstraject. We zetten daartoe verkennenderwijs de geaggregeerde kosten van intramurale zorg en ambulante zorg naast elkaar. We maken een aantal tentatieve ramingen van de directe besparingen op intramurale zorg die een reductie van 33 % van de capaciteit met zich mee zou kunnen brengen. We zetten dat af tegen een aantal ramingen van de geaggregeerde kosten van reguliere ambulante zorg en intensieve ambulante zorg. Daarbij kijken we ook naar nationale en internationale onderzoeksliteratuur over de relatie tussen de beschikbaarheid van reguliere en intensieve ambulante zorgvormen enerzijds en het beddengebruik anderzijds.

Zorg is echter niet alleen een kostenpost. Steeds nadrukkelijker wordt erop gewezen dat zorg ook een maatschappelijke activiteit is met een potentieel maatschappelijk en

economisch rendement (zie Byford and Raftery, 1998; Drummond e.a., 2005; Roberts e.a., 2005; Medeiros e.a., 2007; Johnson, 2009; zie ook Van der Lucht en Polder, 2010; Post e.a., 2010). Voor veel gezondheidszorgsectoren, maar zeker ook voor de GGZ, ligt dat potentiële rendement voor een belangrijk deel in de bijdrage aan de maatschappelijke participatie van cliënten. Dat betekent dat ook voor het maatschappelijke en economische rendement van ambulantisering niet alleen de kosteneffecten binnen de GGZ relevant zijn, maar bijvoorbeeld ook de bijdrage ervan aan het bevorderen van de participatiemogelijkheden van mensen met psychische problemen - een bijdrage die weer mede zal afhangen van de investeringen in goede en effectieve ambulante zorg. In paragraaf 4.3 zetten we op een rij wat uit de onderzoeksliteratuur bekend is over dit bredere maatschappelijke rendement van GGZ-voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en onder welke voorwaarden, tegen de achtergrond van het ambulantiseringstraject, dat rendement kan worden gemaximaliseerd.

Tot welke veranderingen in de aard, omvang en capaciteit van de intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen het ambulantiseringstraject uiteindelijk precies zal leiden, is nog niet te voorspellen. Zeker is wel dat de verschuivingen in het voorzieningenstelsel ook zullen leiden tot verschuivingen in de verdeling van kosten en opbrengsten van de zorg voor mensen met psychische aandoeningen over verschillende partijen en sectoren binnen en buiten de GGZ. Dat heeft ook uiteindelijk ook consequenties voor de financiering van die zorg. De afgelopen jaren is er van verschillende kanten op gewezen dat het huidige financierings- en bekostigingsstelsel een aantal belemmeringen bevat voor de ontwikkeling van een doeltreffend ambulant ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die belemmeringen hangen mede samen met de te verwachten verschuivingen in kosten en baten bij de ambulantisering en vermaatschappelijking van de GGZ. In paragraaf 4.4 zetten we die belemmeringen en de mogelijke oplossingen die daarvoor worden aangedragen, kort op een rij.

In paragraaf 4.5 vatten we belangrijkste bevindingen van het hoofdstuk samen.

4.2 Ambulantisering – kostenontwikkelingen en -verschuivingen binnen de GGZ

Een grondige doorrekening van de kostenconsequenties voor de GGZ van de voorgenomen beddenafbouw en van de gewenste ambulante opbouw, vraagt om concrete en gespecificeerde streefcijfers van het ambulantiseringstraject en om een gedetailleerd kostenonderzoek. Daarvoor ontbreken op dit moment nog de benodigde gegevens. Om toch een globale indruk te krijgen van de mogelijke geaggregeerde kostenontwikkelingen en -verschuivingen als gevolg van het ambulantiseringstraject, worden in deze paragraaf op basis van uiteenlopende bronnen en aannames een aantal tentatieve ramingen gemaakt. Daarbij gaat het nadrukkelijk om een eerste verkenning, die bij voorkeur op termijn door een grondiger kostenonderzoek wordt gevolgd.

Tabel 4.1 zet een aantal ramingen op een rij over de GGZ-kosten van intramurale zorg, reguliere ambulante zorg en intensieve ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij zijn kosten van de GGZ volledig toegerekend naar de ambulante en intramurale productie, ofwel naar ambulante contacten en verpleeg- en verblijfdagen. De schattingen zijn gebaseerd op landelijke cijfers over de GGZ-productie en uitgaven aan verpleegdagen en ambulante contacten, tariefgegevens, data uit landelijk onderzoek en enkele lokale inventarisaties.

Tabel 4.1 Tentatieve schattingen kosten intramurale GGZ, reguliere ambulante GGZ en intensieve ambulante GGZ (in euro)

	Schatting €	Range €
Intramuraal		
Uitgaven per bed per jaar	100.000	45.000 – 170.000
Uitgaven per bed per dag	275	125 - 400
Reguliere ambulante zorg EPA		
Uitgaven per contact	125	100-140
Aantal ambulante contacten per cliënt per jaar	20	10-30
Uitgaven reguliere ambulante zorg per cliënt per jaar	2.500	1.500 – 3.500
Intensieve ambulante zorg / (F)ACT		
Uitgaven per contact	125	100-140
Aantal ambulante contacten per cliënt per jaar	60	50-70
Uitgaven intensieve ambulante zorg per cliënt per jaar	7.500	6.000 – 9.000

We lichten de gegevens in de tabel kort toe.

Kosten intramurale GGZ

In 2010 werden naar schatting 13 miljoen verpleegdagen en dagen beschermd wonen 'geproduceerd' door de GGZ. Dat is bij een 100 % bezettingsgraad een equivalent van circa 35.500 plaatsen. Totale uitgaven aan de intramurale GGZ bedroegen 3,3 miljard euro (zie hoofdstuk 2). Dat komt neer op een gemiddeld bedrag per bed van bijna 100.000 euro per jaar ofwel ongeveer 275 euro per dag.

Dat bedrag van 275 euro per verblijfdag is iets hoger dan het gemiddelde DBC-tarief; een waarschijnlijke verklaring voor het verschil is dat in de DBC-tarieven de behandelcomponent niet is meegenomen. Belangrijke kanttekening is wel dat tarieven van de intramurale GGZ sterk uiteen kunnen lopen, afhankelijk van het type bed (DBC Onderhoud, 2012a, 2012b; Significant, 2012; Bureau HHM, 2010). Zo zijn in het algemeen AWBZ-bedden aanzienlijk goedkoper dan ZVW-bedden. Binnen de AWBZ zijn plaatsen voor beschermd wonen weer goedkoper dan 'reguliere' verblijfplaatsen en is het tarief verder afhankelijk van de zorgwaarde. Ook binnen de categorie van de over het

algemeen veel duurdere ZVW-bedden lopen tarieven uiteen voor verschillende typen verblijf ('deelprestaties') met verschillende verzorgingsgraad. In de praktijk betekent dit dat uitgaven per bed kunnen variëren van grofweg 45.000 tot 170.000 euro per bed per jaar. Dit betekent ook dat de intramurale kosten die uitgespaard worden met een beddenreductie van 33 %, sterk afhankelijk zijn van de vraag welke bedden worden afgebouwd (zie verder).

Kosten reguliere ambulante zorg

Ambulante GGZ wordt voor verreweg het grootste deel vanuit de ZVW geboden (ook de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen). De cijfers in tabel 4.1 zijn daarom met name op ZVW-gegevens gebaseerd.

In 2010 werden naar schatting 17 miljoen ambulante ZVW-contacten 'geproduceerd' door de GGZ. Totale ZVW-uitgaven aan de ambulante GGZ bedroegen circa 1,8 miljard euro. Dat komt neer op circa 100 euro per contact. Dat bedrag komt ongeveer overeen met het gemiddelde uurtarief van ambulante DBC's. Feitelijk door de instelling gemaakte uren/kosten per contact zullen in de praktijk echter hoger uitvallen naarmate het aandeel outreachende contacten hoger is. We schatten de uitgaven per EPA-contact daarom op 125 euro per contact.

In een vergelijkend onderzoek van reguliere en intensieve ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen komen Systema e.a. tot een gemiddelde zorgintensiteit in de reguliere ambulante GGZ van circa 1,6 contact per maand. Dat zijn circa 20 contacten per jaar (Sytema e.a., 2007). Dat komt ongeveer overeen met de gegevens uit het panel *Psychisch Gezien*, waar de meerderheid van panelleden die in zorg zijn bij de GGZ aangeeft dat men eens per twee weken tot eens per maand contact heeft met een GGZ-hulpverlener. Bij een bedrag van gemiddeld 125 euro per contact komt dit neer op circa 2.500 euro per cliënt per jaar¹⁷. Met hierbij de kanttekening dat ook de intensiteit van de reguliere ambulante zorg - en dus bijbehorende kosten - waarschijnlijk aanzienlijke fluctuaties door de tijd heen maar ook tussen cliënten te zien geeft.

Kosten intensieve ambulante hulp

De kosten per contact voor intensieve ambulante hulp zijn in tabel 4.1 gelijk gehouden aan die van de reguliere ambulante hulp voor mensen met ernstige psychische aandoeningen¹⁸. De contactfrequentie is in de intensieve ambulante zorg vanzelfsprekend aanzienlijk hoger. Sytema e.a. komen in hun onderzoek uit op een gemiddelde van 60 contacten per jaar (Sytema e.a., 2007). Drukker e.a. noemen in hun onderzoek naar

17 Het SEO komt, mede op basis van het kostenhandboek voor het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, 2010) op een iets hoger bedrag uit voor een jaartraject 'thuisbegeleiding' voor psychiatrische patiënten, namelijk 3000 euro per cliënt per jaar (Kok, 2012).

18 Wanneer ook het aandeel outreachende contacten in de intensieve zorg hoger is dan in de reguliere zorg, zullen de kosten per contact nog iets hoger zijn. Voor deze verkenning gaan we vooralsnog uit van gelijke kosten per contact in de reguliere ambulante zorg en de intensieve ambulante zorg.

ACT en FACT eveneens een gemiddelde contactfrequentie van circa 60 contacten per jaar (Drukker e.a., 2012)¹⁹. We houden daarom voor de schatting in tabel 1.4 ook dit gemiddelde aan.

Bij een bedrag van gemiddeld 125 euro per contact komt deze zorgintensiteit neer op een gemiddelde van 7.500 euro per cliënt per jaar. Dat komt ongeveer overeen met de berekeningen van het SEO over kosten van intensieve ambulante zorg voor psychiatrische patiënten (7.300 euro per cliënt per jaar bij 60 contacten per jaar; Kok, 2012)²⁰. Het strookt ook met ramingen van Overdijk e.a. (2013) van de totale kosten van een FACT-team van circa 1,3 miljoen euro bij een caseload van ruim 170 cliënten²¹.

Ook hier geldt weer dat de feitelijke contactfrequentie en kosten per cliënt zullen variëren. De contactfrequentie zal met name ook per cliënt fluctueren met diens ondersteuningsbehoefte: in crisistijden kan de intensiteit heel hoog zijn (tot een aantal contacten per dag) en kan het aantal contacten snel oplopen, terwijl die intensiteit weer daalt zodra de situatie dat mogelijk maakt.

Intramurale besparingen en ambulante investeringen

Wat levert een reductie van 33 % van de bedden aan intramurale besparingen? En welke ruimte biedt dat voor investeringen in de ambulante zorg? Beantwoording van deze vraag impliceert op dit moment nog een stapeling van aannames. We maken deze verkennende analyse hier niettemin af, bij wijze van opmaat voor een mogelijke grondiger berekening van de kosteneffecten van (en potentiële investeringsruimte binnen) het ambulantiseringstraject.

Een afbouw van 33 % betekent een reductie van circa 10.000 bedden (peiljaar 2008). Volgens bovenstaande berekeningen vertegenwoordigen deze bedden een totaalbedrag van circa 1 miljard euro. Echter: kosten per bed verschillen aanzienlijk, zo zagen we. En de beddenafbouw zal vermoedelijk voor een veel groter deel bij de lichtere (en goedkopere) intramurale zorg plaatsvinden dan in de zware en dure zorg. We ramen de kostenbesparingen binnen de intramurale zorg daarom eerder op 700 miljoen euro op jaarbasis.

Van verschillende kanten is er in de afgelopen periode op gewezen dat tenminste een deel van die vrijkomende middelen geherinvesteerd zouden moeten worden in een forse kwaliteitsverbetering van de (resterende) intramurale zorg zelf. Gesproken wordt wel van een derde van die middelen; volgens onze ramingen komt dat neer op circa

19 Ter vergelijking: Overdijk e.a. gaan bij hun kostenberekening van FACT uit van 75 DBC-uren per cliënt per jaar (bij een caseload van ruim 170 cliënten; Overdijk e.a., 2013).

20 Een maatschappelijke business case van FACT in Noord-Holland Noord kwam enige tijd geleden op een iets lager bedrag uit: circa 6.250 euro per cliënt per jaar (mogelijk uitgaande van een lagere contactfrequentie of iets lagere kosten per contact) (Coerver e.a., 2009; Regionale Werkgroep Transitie, 2010).

21 Ook hier komt de maatschappelijke business case in Noord-Holland Noord op een iets lager bedrag uit van ruim 1 miljoen euro per FACT-team (Coerver e.a., 2009; Regionale Werkgroep Transitie, 2010).

250 miljoen euro. Van de overblijvende 450 miljoen euro zouden dan de geëxtramuraliseerde verblijfscliënten geholpen kunnen worden en de kwaliteit (en het bereik) van de bestaande ambulante hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen kunnen worden verbeterd - mits de middelen daar inderdaad voor worden aangewend.

Wat betreft de verblijfscliënten komt een reductie van 10.000 bedden neer op een afname van circa 7.000 personen in verblijfs- en woonvoorzieningen op jaarbasis (uitgaande van een aandeel van de verblijfsplaatsen en woonvoorzieningen in de totale intramurale capaciteit van circa twee derde en uitgaande van een evenredige reductie over verblijfsplaatsen, woonvoorzieningen en opnameplaatsen). Dat betekent ook een min of meer gegarandeerde toename van 7.000 extra ambulante cliënten. FACT-kosten voor deze 'nieuwe' ambulante cliënten zouden volgens bovenstaande ramingen uitkomen op ruim 50 miljoen euro²².

Blijft over circa 400 miljoen euro. Dat is het equivalent van circa 300 FACT-teams, ofwel FACT voor ruim 50.000 cliënten. Wanneer dat bedrag wordt geïnvesteerd in de bestaande ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zou daarmee dus een opschaling van reguliere ambulante zorg naar FACT kunnen plaats vinden voor circa 75.000 cliënten. Gevoegd bij de circa 35.000 cliënten die al FACT ontvangen (zie hoofdstuk 2) betekent dit dat een 'budgettair neutraal' ambulantiseringstraject FACT mogelijk zou moeten maken voor ruim 100.000 cliënten. Dat is bij benadering de FACT-capaciteit die de RVZ recent bepleit heeft (RVZ, 2012). Het is een FACT-capaciteit waarmee ongeveer de helft van de mensen met ernstige psychische aandoeningen bediend kan worden die momenteel in zorg zijn bij de GGZ (en ruim een derde van alle mensen met ernstige psychische aandoeningen).

Als gezegd is een groot voorbehoud bij bovenstaande berekeningen op zijn plaats. Enerzijds vanwege de onvermijdelijke simplificaties, de verschillende nog te verifiëren aannames en de foutenmarges in de ramingen. Anderzijds omdat veel, mogelijk ook cruciale factoren in deze analyse buiten beschouwing zijn gebleven. Te denken valt aan de transitiekosten van het ambulantiseringstraject (kapitaallasten, ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen, opleiding); de constatering eerder in dit rapport dat ook FACT in zijn huidige vorm nog onvoldoende bijdraagt aan de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen en dat specifiek op dat vlak mogelijk extra investeringen of aanvullende voorzieningen nodig zijn; de voortdurende groei van de kortdurende ambulante GGZ, die mogelijk een groot deel van de uitgespaarde intramurale middelen zal opsouperen.

Met dit voorbehoud in het achterhoofd lijkt niettemin de conclusie te verdedigen dat het goed is om de beddenafbouw niet bij voorbaat in te boeken als een bezuinigings-

22 Uiteraard zal een deel van deze cliënten ook weer af en toe worden opgenomen; kosten daarvan nemen we in deze berekening niet mee, omdat die opnamen binnen de bestaande (en straks met 33 % gereduceerde) capaciteit zullen moeten plaatsvinden.

operatie voor de GGZ en zeker niet voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Ambulante zorgintensiteit en intramuraal zorggebruik

Uiteindelijk zullen kostenontwikkelingen binnen een ambulantisierende GGZ vooral afhankelijk zijn van de verhouding tussen de toename van de omvang en intensiteit van ambulante zorg en de afname van de omvang en intensiteit van de intramurale zorg. Een legitieme aanname lijkt daarbij dat er ook op het niveau van individuele zorgtrajecten een relatie bestaat tussen ambulante zorgintensiteit en intramuraal zorggebruik, ofwel dat intensievere ambulante zorg leidt tot minder opnames. Onderzoekresultaten zijn daar echter nog niet heel erg eensluidend over, in ieder geval niet over de omvang van het effect.

Mulder en Kroon laten in hun overzicht van ACT-onderzoek zien dat uit de eerste generatie onderzoeken, hoofdzakelijk uitgevoerd in de VS, naar voren komt dat ACT tot minder opnames leidt dan 'standaardzorg' en dat dat effect groter is, naarmate het ACT-model getrouwer gevolgd wordt en naarmate cliënten voorheen meer dagen per jaar werden opgenomen (Mulder en Kroon, 2009; Latimer, 1999). Latere, Engelse studies naar ACT tonen ook effecten op het intramurale zorggebruik, maar minder groot dan de eerste studies. Volgens Mulder en Kroon is dat mogelijk het gevolg van een lagere modelgetrouwheid bij de onderzochte ACT-teams of van een hogere kwaliteit van de standaardzorg waarmee ACT vergeleken wordt. Recentere studies laten volgens Mulder en Kroon ook wisselende resultaten zien; idem een review van onderzoeken naar een ander model voor intensieve ambulante zorg, het Intensief Casemanagement (ICM)²³.

Ook in Nederland is inmiddels onderzoek gedaan naar de opnamereducerende effecten van met name ACT. Sytema e.a. constateren in hun RCT dat cliënten die standaardzorg ontvangen gemiddeld 52 dagen per jaar worden opgenomen tegen gemiddeld 41 dagen bij mensen die ACT ontvangen; een relatief klein en bovendien niet significant verschil (Sytema e.a., 2007). Drukker e.a. hebben op basis van data van psychiatrische casusregisters berekend dat cliënten die standaardzorg krijgen in de betreffende regio's gemiddeld 59 dagen per jaar worden opgenomen en cliënten van FACT-teams gemiddeld 40 dagen per jaar (Drukker e.a., 2012; zie ook Dekker e.a., 2002; Van Vugt, 2011a, 2011b; Drukker e.a., 2011).

Voor zover onderzoek een effect laat zien van aard en intensiteit van de ambulante zorg op het intramurale zorggebruik, is dat effect dus nog relatief beperkt, zeker in recentere studies. Twee mogelijke verklaringen daarvoor zijn al genoemd: een suboptimale (niet modelgetrouwe) invoering van de intensieve ambulante zorgvormen en een relatief hoge kwaliteit van de standaardzorg. Een derde verklaring kan zijn dat intramurale zorg, zolang

23 ICM is door de jaren heen ontstaan uit een convergentie tussen het ACT model en het oudere Casemanagementmodel. ICM benadrukt het belang van een kleine caseload en hoge intensiteit van zorg maar kent verder geen nadere inhoudelijke specificatie.

die beschikbaar en toegankelijk is, gemakkelijk gebruikt blijft worden, ook als ambulante oplossingen meer binnen bereik zijn komen te liggen (zie ook Van Vugt e.a., 2011).

In dit opzicht zorgen de huidige beleidsvoornemens in de Nederlandse GGZ voor een nieuwe situatie. Doelen zijn immers niet geformuleerd in termen van een intensivering van de ambulante zorg, in afwachting van de effecten daarvan op het intramurale zorggebruik. Doelen zijn geformuleerd in termen van een reductie van intramurale capaciteit, in afwachting van mogelijke nadere afspraken over de ambulante zorg. Wellicht is deze volgorde ook noodzakelijk om die beddenafbouw daadwerkelijk te realiseren. Het pleit er tegelijk voor om te voorkomen dat het ambulantiseringstraject alsnog primair als een bezuinigingsoperatie wordt ingezet. Het pleit er voor ook te komen tot concrete afspraken over uitbreiding, intensivering en kwaliteitsverbetering van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (zie ook hoofdstuk 2).

4.3 Maatschappelijke opbrengsten van ambulantisering

Nadere afspraken over 'ambulante opbouw' zijn niet alleen relevant voor de ontwikkeling van de kosten en opbrengsten binnen de GGZ, maar ook – en wellicht in nog veel sterkere mate – voor het bredere maatschappelijke rendement van het ambulantiseringstraject en van de toekomstige zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

In de afgelopen periode hebben verschillende studies laten zien dat de economische impact van psychische aandoeningen voor een veel groter deel samenhangt met maatschappelijke uitval dan met de directe zorgkosten (WHO, 2005c; Hu, 2006; Knapp en McDaid, 2007b; Curran e.a., 2007). Omgekeerd heeft de potentiële economische meerwaarde van zorg minder te maken met directe zorgkosten dan met de bijdrage van die zorg aan de maatschappelijke participatie van cliënten. Arbeidsparticipatie is daarbij de belangrijkste factor, maar ook maatschappelijke kosten en opbrengsten op andere terreinen zijn van belang (veiligheid, informele zorg; zie ook de recente *Volksgezondheid Toekomstverkenningen*: o.a. Van der Lucht en Polder, 2010; Post e.a., 2010; zie ook KPMG Plexus en BKB, 2012a, 2012b).

Doorrekeningen van de exacte maatschappelijke meerwaarde van ambulante zorg ten opzichte van intramurale zorg zijn overigens nog niet voorhanden. Wel laten verschillende studies zien dat een ambulante GGZ-stelsel over het geheel genomen niet per se veel minder kosten met zich meebrengt, maar wel tot betere uitkomsten leidt. Daardoor is de verhouding tussen kosten en opbrengsten bij ambulante zorg beter dan bij intramurale zorg (Knapp en Beecham, 1990; Burns e.a., 2001; Thornicroft en Tansella, 2003; McDaid en Thornicroft, 2005; Medeiros e.a., 2007; Knapp e.a., 2011; Mansell e.a., 2011).

Roberts e.a. (2005) komen op basis van een review van economische evaluaties van intramurale en ambulante GGZ tot vergelijkbare conclusies. De auteurs wijzen met

name op een al wat oudere maar goed uitgevoerde studie van Weisbrod (1983), waarin verschillende domeinen van kosten en opbrengsten werden meegenomen in de analyse. Zo werd niet alleen naar de directe GGZ kosten gekeken maar ook naar kosten binnen andere zorgsectoren, kosten op het terrein van justitie, onderhoudskosten en kosten die gemaakt werden door familie en omgeving. Voor de opbrengsten werd naast de verbetering van psychische klachten geanalyseerd wat de opbrengsten waren op het terrein van somatische gezondheid en arbeidsproductiviteit. In deze studie bleek vooral dit laatste, de toename van arbeidsproductiviteit, een belangrijke opbrengst te zijn, waardoor ambulante zorg als beduidend kosten-effectiever uit de bus kwam. Roberts e.a. concluderen op basis van deze en andere studies dat de verhouding tussen opbrengsten en kosten beter is bij ambulante zorg dan bij intramurale zorg.

Ook Knapp e.a. (2011) onderschrijven deze conclusie in hun recente review van studies naar ambulantisering in Europa en naar de economische consequenties daarvan. Knapp e.a. baseren zich vooral op onderzoek in Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Italië. Vooral in de laatstgenoemde twee landen heeft een relatief voortvarend ambulantiseringproces plaatsgevonden. De auteurs gebruiken voor hun review verschillende typen studies om zo veel mogelijk inzicht te krijgen in de economische consequenties van ambulantisering. Daarbij gaat het onder andere om studies met een cross-sectionele opzet, waarin verblijfspsychiatrie met ambulante zorg (of ook wel met kleinschalige beschermende woonvormen) wordt vergeleken; longitudinale studies, waarin cliënten worden gevolgd die vanuit de verblijfspsychiatrie naar een 'leven in de samenleving' gaan; en studies waarin verschillende voorzieningen worden vergeleken. De auteurs komen op basis van de resultaten van hun review tot de conclusie dat de kennis over de 'economie van ambulantisering' nog bescheiden is en per land verschilt maar dat een rode draad in de onderzoeksbevindingen is dat een geambulante GGZ niet per se goedkoper is - en dus beter niet wordt ingeboekt als een bezuinigingsoperatie - maar wel tot betere resultaten en maatschappelijke opbrengsten leidt.

Meeropbrengsten bij intensievere ambulante zorg

Knapp e.a. keken niet alleen naar studies waarin intramurale met ambulante zorg (en met beschermende woonvormen) wordt vergeleken. Ze keken ook naar vergelijkende studies over de opbrengsten van verschillende ambulante zorgvormen onderling. Daarbij constateerden de auteurs dat niet alleen ambulante zorg meer opbrengsten genereert dan intramurale zorg, maar ook dat die opbrengsten over het algemeen toenemen naarmate meer in die ambulante zorg wordt geïnvesteerd (Knapp e.a., 2011).

Andere onderzoeken bevestigen het beeld dat niet alle ambulante zorg even rendabel is en dat investeringen in goede en intensieve zorg zich uitbetalen in grotere maatschappelijke opbrengsten. Zo laten Mulder en Kroon in hun overzicht zien dat ACT er in vergelijking met standaard ambulante zorg beter in slaagt mensen in zorg te houden. Ook zijn er (voorzichtige) aanwijzingen dat ACT tot een grotere arbeidsparticipatie leidt. Des te getrouwer het ACT model wordt gevolgd, des te groter deze effecten zouden

zijn. Met name die hogere arbeidsparticipatie is uiteraard van belang. Maar juist het gegeven dat cliënten die ACT krijgen beter in zorg blijven, is door de jaren heen een tamelijk robuuste bevinding gebleken, die op zichzelf ook belangrijke implicaties kan hebben voor de maatschappelijke opbrengsten van ACT (betere contacten met burens en omgeving, minder belasting voor familie en mantelzorgers, minder terugval, etc.) (Mulder en Kroon, 2009).

Nederlandse onderzoeksresultaten naar de effecten van ACT laten als gezegd een iets wisselender beeld zien, maar ook hier lijkt de constatering dat ACT leidt tot minder drop-outs één van de steviger conclusies. Naar de effecten van het specifiek Nederlandse FACT zijn nog geen RCT's uitgevoerd, maar de resultaten van andere typen onderzoek lijken hoopvol en liggen in lijn met bovenstaande resultaten. Onder andere in de maatschappelijke business case FACT van Noord-Holland Noord wordt op basis van verschillende signalen geconcludeerd dat FACT samengaat met aanzienlijke maatschappelijke opbrengsten als gevolg van een lagere drop-out en een hogere arbeidsparticipatie (Coerver e.a., 2009; Regionale Werkgroep Transitie, 2010). Overigens laat ook het eerder genoemde onderzoek van het SEO naar kosten en baten van thuisbegeleiding voor mensen met psychische aandoeningen zien dat intensieve begeleiding weliswaar duurder is maar in maatschappelijke zin meer oplevert (Kok, 2012).

Wat het optimum is wat betreft de ambulante zorgintensiteit en waar deze voor verschillende cliëntengroepen ligt, blijft vooralsnog een vraag, maar de algemene tendens zoals die voortkomt uit het onderzoek tot dusverre lijkt de veronderstelling te onderschrijven dat ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen meer rendeert naarmate men meer tijd in cliënten kan investeren.

Belangrijk in dit verband is uiteraard ook de ondersteuning die mensen specifiek bij hun maatschappelijke participatie en in het bijzonder bij hun arbeidsparticipatie wordt geboden. De beschikbaarheid van c.q. integratie van de arbeidsrehabilitatiemethodiek IPS (Individuele Plaatsing en Steun) binnen het ambulante aanbod is daarbij een relevante factor. Zowel internationaal als Nederlands onderzoek laat zien dat met IPS een beduidend groter percentage mensen regulier werk vindt, vergeleken met reguliere arbeidsbegeleiding (Michon e.a., 2011). Van Weeghel becijfert dat bij voldoende investeringen in ambulante zorg en IPS, op dit moment circa 36.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen aan een betaalde baan geholpen zouden kunnen worden (Van Weeghel, 2013). Exacte berekeningen van de maatschappelijke winst die dit oplevert zijn er nog niet, maar voorstelbaar is dat die zeer aanzienlijk zal zijn, alleen al in termen van het uitsparen van uitkeringen.

Goedkoop is duurkoop, lijkt de belangrijkste conclusie als het gaat om ambulantisering. In de internationale onderzoeksliteratuur wordt er dan ook van vele kanten voor gewaarschuwd dat het inboeken van ambulantisering als een bezuiniging per saldo juist tot maatschappelijke en economische schade kan leiden. Niet in het verminderen

van zorgkosten, maar in het investeren in en bevorderen van participatie ligt potentieel het grootste rendement van ambulantisering (Reinharz e.a., 2000; Eikelman, 2000; Thornicroft & Tansella, 2003; Mansell e.a., 2007; Madianos, 2011; Stancliffe e.a., 2011; Knapp e.a., 2011). Dat betekent dat de winst van ambulantisering niet alleen gezocht moet worden bij het 'uitplaatsen' van verblijfscliënten of BW-bewoners maar ook bij het optimaliseren van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen die al (grotendeels) op ambulante zorg zijn aangewezen of die nog helemaal geen steun ontvangen. Het betekent ook dat de winst van ambulantisering niet zozeer binnen de GGZ, maar vooral daarbuiten gezocht moet worden.

4.4 Financiering

De winst van goede, intensieve, op herstel en participatie gerichte ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt door anderen geboekt dan door diegenen die erin investeren. Dat is direct ook één van de belangrijkste barrières voor die investeringen en voor een ambulantiseringproces waarin het streven naar sociale inclusie de overhand heeft boven het streven naar kostenbesparingen binnen de zorg. Ook als de intenties er wel zijn en het algemene maatschappelijke belang ervan wordt onderkend, kan het voor zorginstellingen en zorgfinanciers een drempel zijn om grote financiële risico's te nemen als de potentiële opbrengsten niet terugvloeien naar henzelf maar vooral terecht komen bij gemeenten, uitkeringsinstanties, sociale zaken, justitie, etc. Zo werd bijvoorbeeld in de maatschappelijke business case in Noord-Holland Noord vastgesteld dat bij FACT maatschappelijke baten voor onder andere gemeenten samengaan met een exploitatietekort voor de zorgorganisatie (Coerver e.a., 2009; Regionale Werkgroep Transitie, 2010).

In hoofdstuk 1 kwamen we al verschillende internationale studies tegen waarin wordt gesignaleerd dat deinstitutionalisering en het streven naar sociale inclusie maken dat de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen terecht komt in een ingewikkelder 'multi-sector' en 'multi-budget' wereld (McDaid e.a., 2007). Dat vergroot de risico's van het afwentelen van verantwoordelijkheden. Waar op lokaal niveau toch pogingen worden ondernomen om de schotten tussen die sectoren (en mogelijk ook die budgetten) te slechten, worden die pogingen gecompliceerd door mismatches tussen regelgeving, financieringsvoorwaarden, geografische ordening en bestuurlijke context van de respectievelijke sectoren (zie ook hoofdstuk 3). Daarbij zijn regelgeving en financiering vanuit de zorg veelal tamelijk rigide, terwijl die vanuit de gemeentelijke welzijnstaken doorgaans weer te vrijblijvend zijn. Zo sluit bijvoorbeeld de op een categorisering van psychische stoornissen gebaseerde bekostigingssystematiek van de ZVW (DBC's) niet erg goed aan bij de doorgaans grote verwevenheid van psychische en sociale problemen in geval van chronische aandoeningen en bij de fluctuaties in de aard en omvang van die problemen en daaruit voortvloeiende ondersteuningsbehoeften. De WMO, die geen aanspraken of geormerkte budgetten kent, biedt juist weer heel

weinig garanties en blijft in hoofdzaak beperkt tot algemene collectieve voorzieningen (zie ook hoofdstuk 3).

Schrijvers spreekt in dit verband van 'beleidsarme' prikkels. Met name de prikkels in de gezondheidszorg leiden in hoofdzaak tot een onderhandeling tussen aanbieders en verzekeraars over volume en prijzen. Daarbij worden aanbieders door de systeemprikkels aangezet tot maximaal produceren tegen maximale prijzen terwijl verzekeraars ertoe worden aangezet die neiging van de aanbieders juist zo goed mogelijk in toom te houden. Inhoudelijke beleidsdoelstellingen blijven in dit stelsel ondergeschikt aan de algemene spelregels van het stelsel als zodanig. De systeemprikkels in het stelsel zijn soms zelfs contraproductief voor het behalen van inhoudelijke beleidsdoelstellingen (Schrijvers, 2013).

Bovenstaande factoren zorgen vooral voor een wankel basis als het gaat om de ontwikkeling van een goede infrastructuur voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen bij hun sociale en maatschappelijke participatie (sociale contacten, onderwijs, werk). Een eenduidige financieringsbron voor individuele, zo nodig continue en intensieve ondersteuning op maat bij *maatschappelijke participatie*, ontbreekt, zo zagen we in het vorige hoofdstuk. Mede daardoor en door de bovengenoemde factoren dreigt die begeleiding tussen de wal van de zorgfinanciering en het schip van de gemeentelijke sociale, welzijns- en re-integratievoorzieningen te vallen.

Per saldo hangt de totstandkoming van een stevig aanbod van individuele ondersteuning bij maatschappelijke participatie en re-integratie vooral af van de bereidheidwilligheid van lokale en regionale GGZ-instellingen, verzekeraars, UWV-en en gemeenten om zich hiervoor gezamenlijk in te zetten en daarin samen te werken. Eerder zagen we al dat daar op sommige plaatsen pogingen toe worden ondernomen. Geconstateerd werd echter ook dat een vanzelfsprekende initiatiefnemer en regionale regievoerder vooralsnog ontbreekt. Een structurele trend naar het onderbrengen van de private belangen van alle betrokkenen in een gedeeld algemeen belang van sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, is nog niet in zicht.

Oplossingsrichtingen

In de afgelopen periode, en vooral sinds enkele jaren geleden ambulantisering een steeds belangrijker plaats begon in te nemen in het landelijke GGZ-beleid, zijn van verschillende kanten mogelijkheden verkend en suggesties gedaan voor het oplossen van bovenstaande knelpunten in de financiering van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen (Janssen, 2010, 2011; Lemmens e.a., 2010; Dekker en Ceresa, 2011; Van Hoof en Van Vugt, 2011; Ministerie van VWS, 2012a; Schrijvers, 2013). Die suggesties zijn onder te verdelen in drie typen voorstellen: voorstellen voor het nadrukkelijker *faciliteren* van de ontwikkeling van meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuning; voorstellen voor gerichte, financiële *stimuleringsmaatregelen*; en voorstellen voor meer permanente, *structurele* oplossingen voor de financiering en bekostiging van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Faciliteren

Bij faciliterende maatregelen wordt aan verschillende opties gedacht, waaronder het vereenvoudigen van het overhevelen van budgetten tussen verschillende financieringskaders, het creëren van meer regelruimte voor regionale experimenten, financiering voor transitiekosten en zo mogelijk de ontwikkeling van een landelijk referentiekader voor de gewenste toekomstige regionale organisatie van de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen. We lichten een en ander kort toe.

In het verleden zijn al enkele maatregelen genomen om de substitutie op regionaal niveau van voorzieningen uit het ene financieringskader door voorzieningen uit een ander financieringskader te vergemakkelijken. In 2011 al nam de NZA een aantal maatregelen om de vervanging van intramurale AWBZ-voorzieningen door ambulante ZVW-voorzieningen te faciliteren door het mogelijk te maken budgetten over te hevelen (NZA, 2011). Verdergaande maatregelen om een aantal schotten tussen de financieringskaders te slechten zijn op komst in de vorm van een integrale overheveling van delen van de AWBZ naar de ZVW respectievelijk de WMO.

Vanuit het veld zelf wordt meer in het algemeen gepleit voor meer regelruimte en meer experimenteeruimte, zowel op uitvoerend niveau als in de besteding van middelen door (samenwerkende) instellingen en financiers. Geopperd wordt ook om te bezien of een productstructuur voor de GGZ ontwikkeld kan worden die uitgaat van bredere ondersteuningsbehoeften van mensen met psychische aandoeningen en rekening houdt met omgevingsfactoren. In het verlengde daarvan wordt gepleit voor de ontwikkeling van bredere 'zorgpaden' voor verschillende categorieën cliënten, met daarin ook aandacht voor sociale en maatschappelijke factoren en voor continuïteit van zorg.

Ambulantisering brengt transitiekosten met zich mee. Die kosten hebben te maken met inkomstenverlies - bijvoorbeeld als gevolg van kapitaallasten op bestaande gebouwen - en met benodigde investeringen - bijvoorbeeld in opleidingen, maar ook in de ontwikkeling van de noodzakelijke regionale samenwerking en infrastructuur en voor de opbouw van regionale maatschappelijke steunsystemen. Voorstellen worden gedaan voor de realisering van regelgeving of fondsen om die transitiekosten te dekken. Ook wordt wel geopperd om tot structurele financiering te komen van een aantal noodzakelijke niet-cliëntgebonden activiteiten in een meer maatschappelijk georiënteerd, ambulant ondersteuningssysteem: 'kwartier maken', kennismaking, uitwisseling, kennisoverdracht, dienstverlening (de 'smeerolie' van het systeem).

Bepleit wordt ten slotte om te bezien of een landelijk kader ontwikkeld kan worden voor de ontwikkeling van een adequate regionale voorzieningsstructuur voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (welke voorzieningen zijn nodig met welke capaciteit), inclusief voorstellen voor de toedeling van verantwoordelijkheden (waaronder die van de regiefunctie) en voor een financieringsstructuur voor het regionale voorzieningenstelsel; een en ander niet als blauwdruk maar als referentiekader voor regionale

samenwerking in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Stimuleren

Bovenstaande facilitaire maatregelen kunnen die regionale initiatiefnemers helpen die al actief werken aan de totstandkoming van een maatschappelijk georiënteerd regionaal ondersteuningsaanbod van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die ontwikkeling kan in aanvulling daarop ook nadrukkelijker gestimuleerd worden door middel van verschillende financiële prikkels. Dan gaat het om wat Schrijvers 'beleidsvolle' prikkels noemt, die de opbouw van een regionale infrastructuur voor goede, op herstel en participatie gerichte, ondersteuning niet alleen mogelijk maken, maar ook aantrekkelijker maken voor de verschillende partijen. Concreet valt te denken aan bonusregelingen, stimuleringsfondsen (eventueel gevoed vanuit verschillende financieringskaders), of het aantrekkelijker maken van specifieke activiteiten door ze als zodanig op te nemen in het bestaande vergoedingstelsel dan wel ze van gunstiger tarieven te voorzien.

Stimuleringsmaatregelen kunnen ingrijpen op de directe zorgverlening, maar ook op het voorzieningenniveau in een regio en op de regionale samenwerking. Binnen de zorg zelf kunnen financiële prikkels bijdragen aan de implementatie van meer herstel- en participatiegerichte zorg en de daarvoor benodigde voorwaarden (opleidingen; inbreng van ervaringsdeskundigheid). Stimuleringsmaatregelen kunnen ook ontwikkeld worden voor een voortvarende intramurale afbouw en ambulante opbouw (ambulantisering belonen in plaats van koppelen aan bezuinigingen). Gedacht kan ook worden aan het stimuleren van de implementatie van specifieke voorzieningen waarvan het nut, de effectiviteit en het belang breed onderkend worden, maar de financiering niet goed belegd is (IPS).

Op een inter-institutioneel niveau kan een gericht bonusstelsel de samenwerking tussen aanbieders in zorg, welzijn en integratie stimuleren, maar bijvoorbeeld ook die tussen de financiers van de betreffende voorzieningen (vooral zorgverzekeraars en gemeenten). Ontwikkelingsprojecten rond maatschappelijke steunsystemen zouden vanuit een stimuleringsfonds bevorderd kunnen worden, waarbij toekenningvoorwaarden geformuleerd kunnen worden in termen van 'smart' geformuleerde doelstellingen (met name rond participatie), met de betrokkenheid van relevante regionale partijen op het gebied van wonen, werk, onderwijs en welzijn, de (financiering van de) inbreng van regionale cliëntenorganisaties en een duidelijke regievoering (netwerkcoördinator) met mandaat van de deelnemende partijen.

In het verlengde van deze voorstellen worden ook suggesties gedaan voor een set van stimuleringsmaatregelen, die het voor relevante lokale en regionale partijen aantrekkelijk maken om te komen tot een breed, gezamenlijk regionaal beleids- en implementatieplan - inclusief financieringsparagraaf over de verdeling van kosten en opbrengsten - voor de ontwikkeling van een regionale infrastructuur voor de ondersteuning en participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Structurele maatregelen

Sommigen gaan nog een stap verder en bepleiten meer permanente, structurele oplossingen voor de knelpunten rond de financiering van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Rode draad in de betreffende voorstellen is om te komen tot een aparte sectoroverstijgende financierings- en bekostigingssystematiek voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat is een tamelijk ingrijpende operatie. Niettemin lijken deze ideeën aan draagvlak te winnen, in die mate dat inmiddels ook in het Bestuurlijk Akkoord over de toekomst van de GGZ het voornemen is uitgesproken om de mogelijkheden te verkennen van een apart bekostigingsregime voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Kerngedachte is het integreren van de financiering en bekostiging van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen vanuit de ZVW, de AWBZ en de WMO, zo mogelijk ook aangevuld met financiering vanuit de middelen voor re-integratie (de aanstaande Participatiewet) (zie o.a. Janssen, 2010, 2011; Lemmens e.a., 2010; Dekker en Ceresa, 2011; CVZ, 2011; Van Hoof en Van Vugt, 2011; Schrijvers, 2013). Overzichtsstudies van beleidsontwikkelingen rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen in Europa laten zien dat elders ook al geëxperimenteerd wordt met dergelijke "joint budgetting arrangements". Voorbeelden worden genoemd waarbij sectoroverstijgende budgetten worden samengesteld over de volle breedte van gezondheidszorg, welzijn, sociale zekerheid en arbeidsintegratie (zie o.a. Medeiros e.a., 2008). Geïntegreerde bekostiging sluit ook voor een belangrijk deel aan bij de analyses van het CVZ over de problemen rond bekostiging van 'integrale' vormen van dienstverlening aan mensen met chronische aandoeningen of handicaps (CVZ, 2011).

Geïntegreerde financiering en bekostiging kan op verschillende niveaus worden gerealiseerd: op het niveau van individuele ondersteuningstrajecten, op het niveau van specifieke zorgvoorzieningen en op regionaal niveau.

Bij geïntegreerde bekostiging van individuele ondersteuningstrajecten zou een sectoroverstijgend budget per cliënt gekoppeld kunnen worden aan een geformaliseerde en sectoroverstijgende coördinatorfunctie. Wie de geformaliseerde coördinatorrol vervult - en daarmee budgethouder wordt - zou primair afhankelijk gesteld kunnen worden van de omstandigheden en van de actuele hulpverleningsconstellatie rondom de cliënt. Het lijkt in ieder geval aangewezen om alleen die instellingen, teams en hulpverleners in aanmerking te laten komen, die zelf een actieve en prominente rol spelen in de dagelijkse ondersteuning van de cliënt. Voor ACT- en FACT-cliënten zijn betreffende teams het meest aangewezen, voor andere cliënten zou dat een samenwerkingsverband van (eerstelijns) hulp- en dienstverleners in een wijkcentrum kunnen zijn, een nauw bij de cliënt betrokken professionele hulpverlener in de tweede of de eerste lijn of wellicht ook de cliënt zelf of een naaste. Met het toegewezen budget kunnen dan de eigen activiteiten van de betreffende voorzieningen en hulpverleners, maar ook de eventueel bij anderen in te kopen activiteiten bekostigd worden. Voor de hoogte van het budget

zou een onderscheid gemaakt kunnen worden in een aantal subgroepen. Verder kan het budgethouder- c.q. coördinatorschap verbonden worden aan een aantal taken en kwaliteitseisen, bijvoorbeeld rond het opstellen van een (integraal) ondersteuningsplan; waarborgen dat wensen en behoeften van cliënten daarin centraal staan; afstemming binnen en buiten het eigen team c.q. de eigen instelling (met het informele sociale netwerk van de cliënt en met professionals) over de te ondernemen activiteiten en ieders rol daarin; zorgen dat zo nodig ook voorzieningen op het terrein van huisvesting, onderwijs, veiligheid en werk en inkomen worden ingeschakeld; zorgen dat de uitvoering van het plan coherent en volgens afspraak verloopt; periodiek met de cliënt evalueren en bijstellen van het plan, etc.

Meer aandacht is er recent voor een *regionale* variant van de geïntegreerde financiering en bekostiging van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Gesproken wordt ook wel van 'populatiegebonden bekostiging'. Het Ministerie van VWS speculeerde in een werknootie in 2012 meer specifiek over een 'condition adjusted capitation fee' - een regionaal budget voor de ondersteuning aan mensen met een specifieke aandoening, waarbij de hoogte van dat budget afhankelijk is van het aantal mensen in de regio met die aandoening.

Voor wat betreft de bestuurlijke organisatie rond een dergelijk regiobudget c.q. populatiegebonden budget worden verschillende opties genoemd. Schrijvers stelt een aanpak voor waarbij in een bestuursakkoord afspraken worden gemaakt over de gezamenlijke zorginkoop - bij voorkeur voor meer jaren - door de betreffende financiers (met name zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten). Financiers beoordelen daarbij gezamenlijk de meerjarenplannen van de aanbieders (Schrijvers, 2013; zie ook Dekker en Ceresa, 2011). Andere voorstellen gaan een stap verder en geven het instellen van een gemandateerde, regionale budgethouder c.q. regievoerder in overweging (bijvoorbeeld op het schaalniveau van de centrumgemeenten) (zie ook hoofdstuk 3). De gemandateerde regievoering zou hetzij bij één van de betrokken partijen gelegd kunnen worden, hetzij bij een kleine, onafhankelijke instantie. De regievoerder is dan beheerder van een voor de doelgroep (c.q. een aantal te onderscheiden subgroepen) bestemd regionaal budget, samengesteld uit de verschillende, voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen relevante financieringskaders (WMO, AWBZ, ZVW, re-integratiegelden). Deze regievoerder neemt het initiatief om samen met de relevante partijen tot een samenhangend regionaal ondersteuningsaanbod te komen aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij kan de regionale invulling en organisatie van dit ondersteuningsaanbod geheel aan de regio's zelf overgelaten worden, maar zou ook gedacht kunnen worden aan een koppeling met een aantal landelijke normen of afspraken rond bijvoorbeeld de minimale beschikbaarheid van een aantal essentiële, uit het sectoroverstijgende regiobudget te financieren voorzieningen (FACT, IPS).

Een geïntegreerde financiering en bekostiging van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen is alleen mogelijk onder een aantal voorwaarden.

Een van die voorwaarden is een explicitering van de kenmerken van de doelgroep die voor deze ondersteuning in aanmerking komt (instroomcriteria). Van belang zijn ook een betrouwbare inschatting van de regionale omvang van de doelgroep, een calculatie van de gemiddelde totale kosten per cliënt van de ondersteuning die gewenst en nodig is, over de volle breedte van de betreffende sectoren, een calculatie van het aandeel van de verschillende financieringskaders in die ondersteuning, etc. Overigens worden op verschillende plaatsen ook al initiatieven genomen om tot onderbouwde en beredeneerde omvangschattingen en kostprijscalculaties te komen.

Pleitbezorgers van bovenstaande, geïntegreerde financierings- en bekostigingsmodellen leggen vooralsnog verschillende accenten in de uitwerking van die modellen. Een grote consensus lijkt er echter te bestaan over het idee dat niet zorgproductie maar zorguitkomsten een belangrijker plaats zouden moeten krijgen in die bekostiging; en niet alleen uitkomsten op individueel niveau maar ook op populatieniveau. Geïntegreerde bekostigingsmodellen en met name populatiegebonden bekostiging bieden die mogelijkheden ook, zo luidt het. Geopperd wordt om daartoe de beschikbare budgetten niet alleen afhankelijk te stellen van de omvang van de te bedienen populatie, maar tenminste voor een deel ook van de resultaten die worden geboekt. Daarbij gaat het niet alleen om resultaten in termen van het psychische welzijn en de psychische gezondheid van betrokkenen, maar ook om een eigen en veilig dak boven het hoofd voor alle leden van de doelgroep, waarborgen dat basale, fysieke levensbehoeften worden vervuld, toegang voor alle leden van de doelgroep tot de hulpverlening en tot algemene gezondheidszorg- en welzijnszorginstellingen, ruime aanwezigheid van mogelijkheden tot leren en werken, de beschikbaarheid van ondersteuning daarbij, etc. In brede zin gaat het om resultaten waar niet alleen de GGZ voor nodig is, maar waar ook investeringen en activiteiten van anderen voor nodig zijn.

In hoofdstuk 1 werd al uit de ervaringen elders geconcludeerd dat deïstitutionalisering om maatregelen vraagt die de belangen van afzonderlijke partijen meer in overeenstemming brengen met het algemene maatschappelijke belang van de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat is de facto ook de kern van de voorstellen voor een geïntegreerde financierings- en bekostigingssystematiek: andere partijen worden nadrukkelijker mede verantwoordelijk - ook financieel - voor de ondersteuning waar zij, als die ondersteuning goed wordt georganiseerd, zelf de vruchten van plukken.

4.5 Samenvatting en conclusies

Economische overwegingen vormen een belangrijke drijfveer achter de huidige ambulantiseringdoelstellingen. Maar de samenleving snijdt zich mogelijk fors in de vingers als de beddenreductie vooral als een kostenbesparingsoperatie in de zorg wordt ingezet, zo blijkt uit de internationale onderzoeksliteratuur (een en ander nog afgezien

van de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen). De economische parameters van het ambulantiseringstraject zijn belangrijk, maar een breed maatschappelijk perspectief op kosten en opbrengsten is essentieel.

Veel betrouwbare data en onderzoeksbevindingen over de 'economie van ambulantisering' blijken echter nog niet voorhanden. Zelfs de directe consequenties voor de uitgaven aan intramurale zorg zijn nog niet goed te voorspellen. Die hangen immers mede af van de vraag welke intramurale voorzieningen precies worden afgebouwd (vooral de dure opnameplaatsen of de goedkopere verblijfplaatsen). Wel is te voorspellen dat overblijvende intramurale zorg gemiddeld per bed duurder zal zijn - de overblijvende intramurale zorggebruikers zullen gemiddeld immers een intensievere zorgbehoefte hebben.

Ook valt met een redelijke mate van zekerheid te voorspellen dat de ontwikkeling van ambulante alternatieven, anders dan in sommige eerdere onderzoeken, gepaard zal gaan met een forse reductie van aantal en/of duur van de opnamen. Dat is een gevolg van de prioritering in de gemaakte afspraken. De keuze is niet gemaakt om intensieve ambulante hulp op te bouwen en te bezien tot welke reductie in intramuraal zorggebruik dat leidt. De afspraak is gemaakt om de opnamecapaciteit te reduceren en te bezien welke alternatieven daarvoor ontwikkeld moeten worden. Mogelijk is dat ook de enige effectieve manier om tot opnamereductie te komen. Die tweede stap - de inventarisatie van de benodigde ambulante opbouw en het maken van nadere afspraken dáárover - moet dan niet vergeten worden.

Met name bij die inventarisatie van het gewenste of benodigde toekomstige ambulante voorzieningenstelsel is een analyse van kosten en opbrengen vanuit een breed maatschappelijk perspectief van belang. Wat is er voor nodig om die zorg zo op te tuigen dat die maximaal bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten én in maatschappelijk opzicht maximaal rendeert? Ook rond die vraag ontbreekt het nog aan goede onderzoeksgegevens. Internationale verkenningen en overzichtstudies suggereren wel dat investeren in goede en intensieve ambulante zorg (versus reguliere of laagintensieve zorg) zich terug verdient in grotere maatschappelijke opbrengsten, onder andere door een grotere maatschappelijke participatie. Dat betekent tegelijk dat de winst van ambulantisering niet zozeer binnen, maar vooral buiten de GGZ gezocht moet worden. Het betekent ook dat de opbrengsten van goede, op herstel en participatie gerichte ambulante zorg naar anderen vloeien dan diegenen die er in investeren. Dat vormt meteen de belangrijkste belemmering voor die investeringen.

Twee suggesties vloeien uit de bevindingen in dit hoofdstuk voort. De eerste is dat een grondiger doorrekening vanuit een breed maatschappelijk perspectief gewenst is van de verschillende ambulantiseringsscenario's die voorliggen. Te denken valt aan a. een scenario waarbij vooral wordt ingezet op beddenafbouw sec; b. een scenario waarbij wordt ingezet op (her)investeringen in de opbouw van goede, intensieve, herstelgerichte zorg voor de huidige intramurale zorggebruikers c.q. voor een zo groot mogelijk

deel van alle mensen met ernstige psychische aandoeningen; en c. als b. met flankerend beleid, onder ander op het gebied van participatie.

De tweede suggestie is om nader te verkennen, eveneens vanuit een breed maatschappelijk perspectief, hoe een zo effectief mogelijk financieringskader voor de zorg en maatschappelijke ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen eruit zou kunnen zien. In dit hoofdstuk zijn verschillenden mogelijkheden de revue gepasseerd om de totstandkoming van een goede ambulante infrastructuur langs de weg van de financiering en bekostiging te faciliteren, stimuleren en structureel te ondersteunen. Belangrijkste toetssteen is ook daarbij - naast praktische haalbaarheid - in welke mate de maatregelen eraan bijdragen om de deelbelangen van afzonderlijke partijen in overeenstemming te brengen met het algemene maatschappelijke belang van de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Literatuur

- Aalst, H. van der, Keuning, F., Maas Calon, M., Mimpen, L. (2010). *Gesloten huisvesting in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Utrecht: TNO – Centrum Zorg en Bouw.
- Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., Tansella, M. (2007). Reforms in community care: the balance between hospital and community based mental health care. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, (pp. 235-249). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Anderson, R., Wynne, R., McDaid, D. (2007). Housing and employment. In: Knapp, M. McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft G. (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, (pp. 280-307). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Bakker, C.T., Goei, L. de, & Maurits, H. (2002). *Een bron van zorg en goede werken: geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord*. Amsterdam: sun.
- Blok, G. (1997). Een enkele reis op z'n retour: Santpoort en het Amsterdamse model. In Vijselaar, J. (red.), *Gesticht in de duinen: de geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (pp. 238-267). Hilversum: Verloren.
- Blok, G., & Vijselaar, J. (1998). *Terug naar Endegeest: patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997*. Nijmegen: sun.
- Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein: 'antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Boertien, D., Rooijen, S. van (2010). Ervaringskennis in de GGZ: een noodzaak. In: Rooijen, S. van, Weeghel J. van (red.). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(r)ift*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. e.a. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(3): 142-157.
- Borgesius, E., en Brunenberg, W. (1999). *Behoeftte aan asiel?: woon- en zorgbehoefte van 'achterblijvers' in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bureau HHM: *Zorgzwaartepakketten sector GGZ: versie 2011*. Enschede, Bureau HHM, 2010.
- Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., Wright C. (2001), Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment* 5: 1-137.
- Burns, T., Catty, J., Dash, M. et al (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal* 335: 336-342.
- Busschbach, J.T. van, Michon, H. van, Vugt, M. van, Stant, A.D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland; verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Basisrapport SCION-I en II; Bevindingen na 30 maanden follow-up*. Groningen/Utrecht: RGOc & Trimbos-instituut.
- Byford, S., Raftery, J. (1998). Perspectives in economic evaluation. *British Medical Journal* 316: 1529-1530.
- Carling, P.J. (1995). *Return to the community: building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York/London: Guilford Press.
- Caro-Nienhuis, A.D., De Heer-Wunderink, C., Sytema, S., Wiersma, D. (2010). *Ontwikkelingen in de RIBW. Tweede prevalentiemeting in het kader van het Utopia-onderzoek*. Groningen: RGOc / RIBW Alliantie.
- Castelein, S., Bruggeman, R., Busschbach, J. e.a. (2006). *Begeleide lotgenotengroepen voor mensen met een psychose. Een gecontroleerde effectiviteitsstudie*. Groningen: RGOc/UMCG.
- Coerver, M., Adrichem, N., Putten, M. van, Boer, K., Eijk, W. van, Plug, N. (2009). *Duurzaam beter: Transitieprogramma in de landelijke zorg, maatschappelijke Business Case (mBC)*. Heiloo: GGZ NHN.
- College voor Zorgverzekeringen (2011). *Casemanagement*. Diemen: CVZ.

- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P. (2001). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane review)*. In: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford: Update Software.
- Curran, C., Knapp, M., McDaid, D., Tomasson, K., The MHEEN Group (2007). Mental health and employment: an overview of patterns and policies across Western Europe. *Journal of Mental Health*, 16(2): 195-209.
- Dam, N. J., Brummelhuis, K. H., Dijk, van-Jonkman, A., Oomen, I., Schutte, S. J. M. (2009). *Effect AWBZ maatregelen op de WMO. Eindrapport*. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting organisatiesadviseurs BV.
- DBC Onderhoud (2012). *Toelichting productstructuur DBC GGZ RG12: Versie 2011*. Utrecht: DBC Onderhoud.
- DBC Onderhoud (2012): *Spelregels DBC-registratie GGZ RG12: Versie 2011*. Utrecht: DBC Onderhoud.
- De Heer - Wunderink, C. (2012). *Successful community living: a 'UTOPIA'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care. Proefschrift*. Groningen: RGOc.
- Dekker, O., en Ceresa, B. (2011). *Transitie naar structurele financiering van FACT*. Lezing tijdens het congres 'Van bed naar beter in de buurt', Goirle, 2 maart 2011.
- Dekker, J., Wijdenes, W., Koning, Y.A., Gardien, R., Hermandes-Willenborg, L., Nusselder, H. (2002). Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Mental Health Journal* 38:425-434.
- Delespaul, P., en Os, J. van (2006). (F)ACT-planning met een schone lei voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. In: Mulder, C.L. en Kroon, H. (red.). *Assertive Community Treatment* (pp. 19-39). Amsterdam: Boom.
- Delespaul, P.A.E.G. (2009). Planning van wijkgerichte integrale zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen op basis van (F)ACT. In: Kroon, H. en Mulder, N. (red.). *Assertive Community Treatment. Bemoezorg voor patiënten met complexe problemen* (pp 103-126). Amsterdam: Boom.
- Delespaul, P.A.E.G. (2011). Naar een toekomstbestendige basispsychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 66: 627-630.

- Delespaul, P.A.E.G. (in druk). Consensus over de aard en omvang van de populatie van mensen met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA). *Tijdschrift voor psychiatrie*.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2011). *Forensische zorg in getal. 2006 – 2010*. Den Haag: DJI, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B. Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2.
- DigiMv Zorginstellingen (n.d.). <https://www.jaarverslagenzorg.nl/>
- Dijk, S. van, Knispel, A., Nuijen, J. (2011). *GGZ in tabellen 2010*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Droës, J. (2005). Rehabilitatie; het verbindende principe in het nieuwe zorgstelsel. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(10): 1008-1017.
- Dröes J., Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam, SWP.
- Drukker, M, Os, J. v., Sytema, S., Driessen, G., Visser, E., Delespaul, Ph. (2011). Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20: 273-278.
- Drukker, M., Visser., E., Kortrijk, H., Laan, W., Smeets, H., Os, J. van (2012). Zorggebruik van patienten in ACT of FACT - Cijfers uit vier Psychiatrische Casus Registers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 67: 319-327.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes: Third edition*. New York, Oxford University Press.
- Eikelmann, B. (2000). Limits of deinstitutionalization? Perspective of the specialty clinic. *Psychiatrische Praxis* 27: S53-S58.
- Essock, S.M., Mueser, K.T., Drake, R.E., e.a. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services* 59: 158-196.

- European Commission (2008a). *European pact for mental health and well-being*. Brussels: European Commission.
- European Commission (2008b). *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Brussels: European Commission.
- European Parliament (2009). *European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health*. Brussels: European Parliament.
- Eurostat (2012). *European statistics database*. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Fakhoury, W, Priebe, S. (2007). Moving out of the asylum Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry* 6: 313-316.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal* 41 (2): 141 – 158.
- Gestel-Timmermans, H., van, Brouwers, E. P.M., Assen, M.A.L.M., van, Nieuwenhuizen, C., van (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services* 63, 1: 54-60.
- GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2011). *'Zorg werkt': uitwerking beddenreductie*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Gilsing, R., Pennen, T. van der, Turkenburg, M. & Veldheer, V. (1999). *Onderzoek naar lokaal sociaal beleid*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Goei, L., de, & Hoorn, M., van der (2006). *'Te gek voor hier, te goed voor daar': geschiedenis van de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU) 1978-2004*. Utrecht: Matrijs.
- Graaf, R., de (2010). *Opkomen voor regionale GGz-belangen. Analyse ten behoeve van (de organisatie en financiering van) GGz-belangenbehartiging op decentraal niveau*. Utrecht: Voice / LPGGZ.

- Grinten, T. van der (1987). *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek*. Baarn: Ambo.
- Grinten, T. van der (1995). Een bijzondere plek van de GGZ in de algemene gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 7/8: 707-720.
- Habraken, J.M., Brouwers, E.P.M., Bongers, I.M.B. (2011). *Kwetsbare mensen doen mee in buurten en wijken. Onderzoeksresultaten van een ontwikkel- en onderzoeksproject. Periode 2009-2010*. Tilburg: Universiteit van Tilburg: Tranzo.
- Haggenburg, M., Vugt, M. van, Hoof, F. van (2012a). *Monitor Intramurale GGZ. Resultaten tweede meting – 2011. Publieksrapportage*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Haggenburg, M., Vugt, M. van, Hoof, F. van (2012b). *Monitor Intramurale GGZ. Resultaten tweede meting – 2011. Interne rapportage RvB²*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hakkaart-van Roijen, L., Tan, S., Bouwmans, C.A.M. (2010). *Handleiding voor kostenonderzoek: Methoden en standaardkostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Geactualiseerde versie 2010*. Rotterdam: Instituut voor Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hasker, J. (2008). Quick scan eerste ervaringen WMO. In: Hoof, F. van, Fotiadis, L., Vijselaar, J., Hasker, J. *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hendriksen-Favier, A., Michon, H. (2009). Verbetertraject Sociale Participatie: concrete stappen in één jaar. *Tijdschrift voor Rehabilitatie* 3: 45-55.
- Hendriksen-Favier, A., Nijens, K. en Rooijen, S. van (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Hoof, F. van, Weeghel, J. van, Kroon, H. (2000). Community care: Exploring the priorities of clients, mental health professionals and community providers. *International Journal of Social Psychiatry* 46, 208-219.
- Hoof, F. van, Geelen, K., Rooijen, S. van, Weeghel, J. van (2004). *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Wijngaarden, B. van, Kok, I. (2009a). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Hoof, F., van, Knipsel, A., Vijsselaar, J. (2009b). *Tendrapportage GGZ 2009. Nieuwe financieringskaders voor de GGZ. Themarapportage*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. van, Knipsel, A., Meije, D., Wijngaarden, B., van, Vijsselaar, J. (2010). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. van, Knipsel, A., Schneider, J., Beeley, C., Aagaard, J., Putten, M. van, Keet, R., Snuverink S. (2011a). *Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een vergelijking van nationaal beleid en zorgstelsels in Nederland, Engeland en Denemarken*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. van, Vugt, M. van (2011b). *Samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. van, Vugt, M. van, Knipsel, A., Kroon, H. (2012). Bedden tellen. Afbouw van de intramurale GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 67 (6): 298-309.
- Hoof, F. van, Weeghel, J. van, Kroon, H., A. Knipsel, A. (in voorbereiding). *De behoefte aan woningen voor geëxtramuraliseerde GGZ-cliënten. Een quick scan naar de consequenties van ambulantisering*. Utrecht: Trimbos-instituut, Kenniscentrum Phrenos.
- Hu, T.W. (2006). Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9 (1): 3-13.
- Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) (2010). *Curatieve GGZ*. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- Jacobs, R., Barrenho, E. (2011). Impact of crisis resolution teams and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *British Journal of Psychiatry* 199 (1): 71-76.
- Janssen, R. (2010). *De zorgketen georganiseerd en gefinancierd*. Lezing op de conferentie 'Treatment of medically unexplained symptoms: integrated mental health care revisited'. Tilburg, 19 november 2010.
- Janssen, R. (2011). *De bekostiging van de GGZ: van 1.0 naar 4.0*. Lezing op de 'Invitational conference over DBC's', georganiseerd door het Nederlands Instituut van Psychologen, Utrecht, 28 januari 2011.

- Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hout, J. e.a. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by crisis resolution teams: the North Islington crisis study. *British Medical Journal* 331:599.
- Johnsson, B. (2009). Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. *European Journal of Health Economics* 10 (4): 357-359.
- Klerk, M. de, Gilsing, R., Timmermans, J. (2010). *Op weg met de WMO. Evaluatie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Knapp, M., Beecham, J. (1990) The cost-effectiveness of community care for former long-stay psychiatric hospital patients. *Adv Health Econ Health Serv Res* 11: 201-227.
- Knapp, M., McDaid, D., Amaddeo, F., Constantopoulos, C., Oliveira, M.D., Salvador-Carulla, L., Zechmeister, I., The MHEEN Group (2007a). Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health* 16 (2): 167-180.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (eds.) (2007b). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (2007c). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care* (pp 1-14). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Knapp, M., McDaid, D. (2007a). The Mental Health Economics European Network. *Journal of Mental Health*, 16 (2): 157-165.
- Knapp, M., McDaid, D. (2007b). Financing and funding mental health care services In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care* (pp 60-99). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., Smith, M. (2011). The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health & Social Care in the Community* 19: 113-125.

- Knispel, A., Haggenburg, M., Hoof, F. van (2013). *Landelijke nulmeting intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kok, L. (2012). *Kosten en baten. Thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- KPMG Plexus en BKB (2012a). *Waardecreatie: Publieksrapportage*. Breukelen, Amsterdam: KPMG Plexus, BKB.
- KPMG Plexus en BKB (2012b). *Waardecreatie: Rapportage werken aan de zorg*. Breukelen, Amsterdam: KPMG Plexus, BKB.
- Kroon, H. (1996). *Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Kroon, H. en Henselmans, H. (2000). Varianten van casemanagement en hun resultaten. In: Pieters, G. en Gaag, M. van der (red.). *Rehabilitatie-strategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kroon, H. & Pijl, B. (2008). *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ. Trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kroon, H. en Mulder, N. (2009). *Assertive Community Treatment*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Kroon, H. (2013). *Ambulantisering. Stand van zaken anno 2012*. Presentatie op de Kennisdag GGZ, 7 februari 2013, Amsterdam.
- Kwartel, A.J.J. van der, (2011). *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2010*. Utrecht: Kiwa Prismant.
- Kwekkeboom, M. (1999). *Naar draagkracht. Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk: een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, R., Roes, T. & Veldheer, V. (2002). *De werkelijkheid van de Welzijnswet*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal Of Psychiatry Revue Canadienne De Psychiatrie* 44: 443-454.
- Lehman, A.F., Goldberg, L.B., Dixon, L.B., e.a. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 59: 165-172.
- Lemmens, K., Hoey, L., van, Lenssen, M. (2010). *Ketenbekostiging voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychisch aandoeningen. Een inventarisatie naar knelpunten en 'best practices'*. Den Haag: Plexus.
- Leur, J. van, Erp, N. van, Bergen, A.M. van, Rooijen, S. van (2010). *Inventarisatie Maatschappelijke steunsystemen in Nederland*. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut.
- Lucht, F. van der, en Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Madianos, M. (2011) Deinstitutionalization. In: Stone, J.H., Blouin, M. (eds): *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/33/>.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and Community Living - Outcomes and Costs: a Report of a European Study. Report To European Commission*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- Marshall, M., & Gray, A. (1998). *Case management for people with severe mental disorders*. The Cochrane Library.
- McDaid, D. (2005). *Mental Health I: key issues in the development of policy and practice across Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D., Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D., Oliveira, M.D., Jurczak, K., Knapp, M., The MHEEN Group (2007). Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between the health and non-health sectors. *Journal of Mental Health* 16 (2): 181-194.

- McDaid, D. (2008a). *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M. (2007). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: The MHEEN Network.
- Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M. and the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.
- Mental Health Europe (2007a). *Good Practices for Combating Social Exclusion of People with Mental Health Problems*. Brussels: Mental Health Europe.
- Mental Health Europe (2007b). *From Exclusion to Inclusion – The Way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe, An analysis based on national reports from MHE members in 27 EU Member States*. Brussels: Mental Health Europe.
- Meulenkamp, T., Hoek, L. van der, & Cardol, M. (2011). *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen. Rapportage participatiemonitor 2011*. Utrecht: NIVEL.
- Michon, H., en Weegel, J. van (2003). Effectieve arbeidsrehabilitatie. In: Schene, A., Boer, F., Heeren, T., Henselmans, H. e.a. *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2003-2004*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Michon, H., Weeghel, J., van (2008). *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 - 2007*. Utrecht, Den Haag: Trimbos-instituut, Kenniscentrum Rehabilitatie, ZonMw.
- Michon, H., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van, Stant, A.D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Deelrapport 1: Bevindingen na 18 maanden follow-up*. Groningen, Utrecht: RGOc, Trimbos-instituut.
- Michon, H. (2012). *Op zoek naar nieuwe krachten. Ondersteuning bij arbeidsparticipatie*. Eindhoven: Fontys Hogescholen.
- Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1974). *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

- Ministerie van VWS (2012a). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2012b). *Beleidsthema's in het hier en nu voor een doelmatige curatieve geestelijke gezondheidszorg in de toekomst. Concept*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van WVC (1984). *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Ministerie van WVC (1993). *Onder anderen: geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Morrissey, J.P. (1999). Integrating service delivery systems for persons with severe mental illness. In: Horwitz, A.V. & Scheid, T.L. (eds). *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories and systems* (pp 449-466). Cambridge University Press: New York.
- Muijen, M. (2008). *Mental Health Services in Europe: An Overview. Psychiatric services* 59 (5): 479-482.
- Mulder, N. en Kroon, H. (2006). *Assertive Community Treatment*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Knip GGZ versoepeld. Overheveling AWBZ-ZVW*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2012*. Utrecht: NZa.
- Overdijk, M., Mierlo, F. van (2013). *Bekostiging van intensieve ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Presentatie op de Kennisdag GGZ, 7 februari 2013, Amsterdam.
- Overweg, K., Michon, H. (2011). *Factsheet panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I. & Sytma, S. (2005). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Achtergrondstudie Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Place, C., Hulsbosch, L., Michon, H. (2012). *Factsheet panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Poel, E. van der, Romme, M., Trimbos, K., & Wilk, H. van der (1985). *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie: verslag van de actie Moratorium Nieuwbouw apz'en*. Amsterdam: Initiatiefgroep Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen.
- Post, N.A.M., Zwakhals, S.L.N., Polder, J.J. (2010). *Maatschappelijke baten. Deelrapport VTV 2010. Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 330: 123-126.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R. e.a. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric services* 59 (5): 570-573.
- Provan, K.G (1997). Services integration for vulnerable populations: Lessons from community mental health. *Family & Community health* 19: 19-30.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1996). *Thuis in de GGZ*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). *Stoornis en delict*. Den Haag: RVZ.
- Raad voor Werk en Inkomen (2009). *Re-integratiemarktanalyse*. Den Haag: RWI.
- Raden van Bestuur voor Reductie van Bedden - RvB² (2011). *Visiedocument*. Interne notitie RvB².
- Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* 6, March, 1-11.
- Regionale Werkgroep Transitie (2010). *Commitment verzilveren*. Heiloo: Regionale Werkgroep Transitie; Maatschappelijke organisatie in de regio Noord-Holland-Noord.
- Reinharz, D., Lesage, A.D., Contandriopoulos, A.P. (2000). Cost-effectiveness analysis of psychiatric deinstitutionalization. *Canadian Journal Of Psychiatry Revue Canadienne De Psychiatrie* 45: 533-538.
- RIBW Alliantie (2011). *Tendrapportage RIBW Alliantie 2011*. Amsterdam: RIBW Alliantie.

- Roberts, E., Cumming, J., Nelson, K. (2005). A Review of Economic Evaluations of Community Mental Health Care. *Medical Care Research and Review* 62: 503-543.
- Sayce, L., Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care* (pp 34-59). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Schanda, H. (2008). Re-institutionalisation of the severely mentally ill – who or what is to blame? *European Psychiatry* 23 (2): 15.
- Scholtens, G. (2007). *Acht keer kwartiermaken. Een verkennend onderzoek naar de methodische aspecten van kwartiermaken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schrijvers, G. (2013). *Welke eisen stelt ambulantisering aan de financieringskaders voor de GGZ?* Presentatie op de Kennisdag GGZ, 7 februari 2013, Amsterdam.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury centre for mental health.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2009). *Implementing recovery. A methodology for organizational change*. London: Sainsbury centre for mental health.
- Significant (2012). *Ambulantisering in de GGZ. Concept*. Barneveld: Significant.
- Smits, C., Kroon, H., Hoof, F. van et al. (2009). *Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors. Publicatie Monitor Langdurige Zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stancliffe, R.J., Lakin, C.K., Shea, J.R., Prouty, R.W., Coucouvanis, K. (2004). The Economics of Deinstitutionalization. In: Stancliffe RJ, Lakin CK, (eds). *Cost and outcomes of community services for people with intellectual disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stavenuiter, M., Klein, M.. van der (2010). *Op het kruispunt van twee wetten. Gemeentelijke samenhang van WMO en WWB*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.

- Swildens, W., Busschbach, J.T., v., Michon, H., Kroon, H. (2007). Individuele rehabilitatiebenadering (IRB) bij ernstige psychiatrische stoornissen: effect op rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven. In: Schene, A.H. e.a. (red.). *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008* (pp 335-352). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W. et al (2007) Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.*, 116: 105-112.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 1: 84-90.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2003). *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen: WHO.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 185: 283-290.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry* 190: 192-193.
- Tøssebro, J., Bonfils, I.S., Teittinen, A., Tideman, M., Traustadóttir, R., Vesala, H.T. (2012). Normalization fifty years beyond. Current trends in Nordic countries. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 9 (20): 134-146.
- Tuynman, M. en Planije, M. (2011). *Monitor Maatschappelijke Opvang Jaarbericht 2010. Vraag- en aanbodgegevens van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang in 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veerbeek, M., Knispel, A., Nuijen, J. (2012). *GGZ in tabellen 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veerman, T., Veldhuis, V., Aarts, M., Egmond, J. (2008). *Een markt in beweging: Ontwikkelingen aan de aanbodzijde van de re-integratiemarkt*. Leiden: Bureau Astri.
- Veldhuizen, J.R., van (2007a). FACT: a Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal* 43 (4): 421-433.

- Veldhuizen, J.R., van (2007b). Bindende Zorg met de Functie ACT. In: C.J. Slooff, F. Withaar en M. van der Gaag (red). *Intensieve behandeling en begeleiding van mensen met een psychose*, (pp 43-68). Den Haag: Schizofreniestichting.
- Veldhuizen, J.R., van, Bähler, M., Polhuis, D., Os, van, J. (red) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Veldhuizen, J.R., van, Bähler, M. (2009). Het FACT model: ontwikkelingen en ervaringen. In: H. Kroon en N. Mulder (red): *Assertive Community Treatment* (pp 325 - 351). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Veldhuizen, J.R., van (2010). *RvB² : Reductie van bedden in de GGZ. Oorzaken stagnatie beddenafbouw*. Interne notitie RvB².
- Veldhuizen, J.R., van (2012). Minder bedden en betere zorg? Dat kan! *Tijdschrift voor Rehabilitatie* (1): 6-20.
- Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. *Euro Observer* 11 (3): 1-3.
- Vijselaar, J. (1999). Rationeel behandelen, respectvol bejegenen. In Bakker, C.T. Blok, G. & Vijselaar, J. (red.), *Delta: negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (pp. 167-180). Utrecht: Matrijs.
- Vijselaar, J. (2007). Een regio en zijn geestelijke gezondheidszorg 1900-2000. In Vijselaar, J., Goei, L., de Vos, J., Blok, G. & Graaf, L., de (red.). *Van streek: 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (pp 14-41). Utrecht: Matrijs.
- Vijselaar, J., Hoof, F., van, Kok, I. (2009). Van lappendeken naar regionale integratie. Trends in organisatie en beleid in de GGZ, 1970-2000. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 64 (4): 223-238.
- Vilans en Kwadraad (2009). *Verslag groeps gesprekken over de ervaringen met de Wmo van mensen met verstandelijke beperkingen en mensen met een (chronisch) psychiatrische aandoening*. Utrecht: Vilans/Kwadraad.
- Vos, P., & Hutschemaekers, G.J.M. (1998). De randen van de geestelijke gezondheidszorg: overheid en geestelijke gezondheidszorg in permanente dialoog over de grenzen van de zorg. In T. Van der Grinten (red.). *Handboek structuur en financiering gezondheidszorg* (pp 1-40). Maarssen: Elsevier, De Tijdstroom.
- Vos Wael, N. de (2012). *Eindrapport (O)ggz-spiegel*. Utrecht: LPGGz.

- Vugt, M.D. van, Kroon, H., Delespaul, P.A.E.G., e.a. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcomes and Model Fidelity. *Can J Psychiatry* 56 (3): 154-160.
- Vugt, M., v., Kroon, H., Delespaul, Ph.A.E.G., Dreef, F.G., Nugter, A., Roosenschoon, B., Weeghel, J., v, Zoeteman, J.B., Mulder, C.L. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and model fidelity. *La Revue canadienne de psychiatrie* 56: 154-160.
- Weeghel, J. van, Hoof, F. van, Kroon, H. (1997). *Thuis in de samenleving. Een verkenning van prioriteiten in het maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische problemen*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Weeghel, J., van, & Droës, J. (1999). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 54 (2): 150-165.
- Weeghel, J. van, Kroon, H. (2000). Maatschappelijke steunsystemen. In: G. Pieters en M. van der Gaag (red). *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke cliënten*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weeghel, J. van, Hoof, F. van (2001). *Zorg aan huis-projecten in de GGZ en hun externe samenwerkingsrelaties. Een onderzoek naar de afstemming en samenwerking tussen zorg aan huis-medewerkers en andere hulp- en dienstverleners*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Weeghel, J., van (2011). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede antistigma-strategieën? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 60: 378-394.
- Weeghel, J., van (2013). *Mensen met ernstige psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Weisbrod, B.A. (1983). A Guide to Benefit-Cost Analysis, as seen through a Controlled Experiment in Treating the Mentally Ill. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 7: 808-845.
- Wennink, H.J. (1998). *De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg: een bezinning op 25 jaar rumoer in de (sociale) psychiatrie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

- Wennink, H.J., Kwartel, A.J.J., van der Pijl, Y.J., Stevens, J.A.M., Arnold, E.J.E. (2002). *Denkt aler gij doende zijt. Toekomstscenario's GGZ: Modernisering van de AWBZ en de consequenties voor kosten en gebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Westerhof, E., Nanninga, M. (2011). *Divisa-monitor 2011 deel 2. Over win-winsituaties in gemeentelijk participatiebeleid*. Utrecht: Divosa.
- WHO (2005a). *European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health declaration for Europe: facing the challengers, building solutions*. Helsinki: World Health Organization.
- WHO (2005b). *European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health action plan for Europe*. Helsinki: World Health Organization.
- WHO (2005c). *The economics of mental health in Europe*. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- WHO (2008). *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2012a). *WHO European Health for all database*. <http://www.euro.who.int/hfadb>.
- WHO (2012b). *The European Mental Health Action Plan. Draft*. Copenhagen: World Health Organization.
- Wierdsma, A., Pijl, B., Driessen, G., Sytema, S. (2006). Extramuralisering van de GGZ: landelijk beleid of regiovisie? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 61 (5): 427-434.
- Zwet, R. van de (2009). *Voorzieningen dichtbij. Verkenning*. Utrecht: Movisie.

Afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Beschermd Wonen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCAF	Centrum Certificering ACT en FACT
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstige Psychische Aandoening
FACT	Flexibel Assertive Community Treatment
GGD	Gemeentelijke GezondheidsDienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HEE	Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid
ICM	Intensief Casemanagement
IHT	Intensive Home Treatment
IPS	Individuele Plaatsing en Steun
IRB	Individuele Rehabilitatie Benadering
MHE	Mental Health Europe
MHEEN	Mental Health European Economics Network
MFE	Multi Functionele Eenheid
MSS	Maatschappelijk SteunSysteem
NPCG	Nationaal Panel Chronische Zieken en Gehandicapten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PUK	Psychiatrische UniversiteitsKliniek
RCT	Randomised Clinical Trial
Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
UWV	Uitvoeringsinstituut WerknemersVerzekeringen
Wajong	Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten
WHO	World Health Organization
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
WWB	Wet Werk en Bijstand
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket



De GGZ staat de komende jaren voor een uitdaging van formaat: partijen hebben afgesproken om een derde van de intramurale GGZ-plaatsen af te bouwen en om te zetten in ambulante zorg. In dit rapport worden de voor deze ambulantiseringdoelstelling relevante ontwikkelingen in praktijk en beleid beschreven.

Centraal staan de ontwikkelingen in de aard, omvang en organisatie van de (intramurale en ambulante) zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De actuele situatie in Nederland wordt belicht vanuit historisch en internationaal perspectief. Kerngedachte is dat ambulantisering geen doel op zich is, maar een middel tot 'sociale inclusie' van mensen met psychische aandoeningen. Daarom wordt in het rapport ook uitgebreid stil gestaan bij de ontwikkelingen op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en participatie. Ook vraagstukken rond de 'economie van ambulantisering' – kosten, opbrengsten, financiering – worden vanuit een breed maatschappelijk perspectief belicht.

Een conclusie van het rapport is dat een breed gedragen transitieplan kan helpen om de ambities voor de komende jaren waar te maken en de bijbehorende uitdagingen het hoofd te bieden. Het rapport laat zien dat ingrediënten voor zo'n plan al volop aanwezig zijn.

Dit rapport is uitgebracht in het kader van de Trendrapportage GGZ. Publicaties in het kader van de Trendrapportage GGZ verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

ISBN: 978-90-5253-745-0