

TRENDRAPPORTAGE GGZ 2008

DEEL 1 ORGANISATIE, STRUCTUUR EN FINANCIERING

Basisanalyse

TRENDRAPPORTAGE GGZ 2008

DEEL 1

ORGANISATIE, STRUCTUUR
EN FINANCIERING

Basisanalyse

F. van Hoof
L. Fotiadis
J. Vijselaar
J. Hasker

COLOFON

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Drs. Frank van Hoof

Projectuitvoering

Drs. Frank van Hoof

Drs. Leonie Fotiadis

Prof. dr. Joost Vijselaar

Mr. Judith Hasker*

Met medewerking van

Dr. Hedda van 't Land

Drs. Iris Hilderink

Drs. Ineke Kok

Drs. Aafje Knispel

Drs. Toine Ketelaars

Angita Peterse

Met dank aan

Mr. Mady Samuels, Ministerie van VWS

Drs. Frans van de Pol, Altrecht

Dr. Cretien van Campen, Sociaal en Cultureel Planbureau

Productiebegeleiding

Linda Groeneveld

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Coverfoto

Marcus Hannerstig, Malmö, Skane, Zweden

* Kenniscentrum Rehabilitatie

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer AFo84o. U krijgt een factuur voor betaling.

ISBN: 978-90-5253-622-4

© 2008, 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 toestemming van het Trimbos-instituut.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	5
INLEIDING	13
1 GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID	17
1.1 Perspectieven op geestelijke gezondheid	17
1.2 Cijfers over welbevinden, klachten en stoornissen	18
1.3 Internationale vergelijkingen van geestelijke gezondheid	21
1.4 Trends in het niveau van geestelijke gezondheid	26
1.5 Sociaaldemografische en sociaaleconomische factoren	28
1.6 Geestelijke ongezondheid en maatschappelijke uitval	32
1.7 Kosten van geestelijke ongezondheid	36
1.8 Balans: geestelijke gezondheid als maatschappelijk vraagstuk	38
2 GGZ-AANBIEDERS EN –VOORZIENINGEN	45
2.1 Inleiding	45
2.2 De aanbieders	48
2.2.1 Instellingen en vrijgevestigde hulpverleners	48
2.2.2 Arbeidskrachten	54
2.3 De voorzieningen	56
2.3.1 Ambulante voorzieningen	57
2.3.2 Opname- en verblijfsvoorzieningen	63
2.3.4 Overige voorzieningen	75
2.4 De kosten en de baten	77
2.4.1 Uitgaven aan ggz	78
2.4.2 Opbrengsten van ggz	83
2.5 Balans: schaalvergroting, ambulante aanwas en deconcentratie	84
3 FINANCIERING VAN DE GGZ: DE WETTELIJKE KADERS ANNO 2008	97
3.1 De ggz in het nieuwe zorgstelsel	97
3.2 Financieringsbronnen van de ggz anno 2008	98
3.3 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	101
3.4 De Zorgverzekeringswet	108
3.5 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning	113
3.6 Balans: de ggz op een keerpunt	117

4	NIEUWE STRUCTUREN: HERVERKAVELING VAN DE GGZ	123
4.1	Het einde van een sector: segmentering en samenwerking	123
4.2	Ontwikkeling van zorgnetwerken rond de ggz	126
4.3	Langdurige ggz op het drielandenpunt van Awbz, Zvw en Wmo	130
4.4	Lokale regie	136
4.5	Spreiding van verantwoordelijkheid	141
4.6	Balans: behoefte aan nieuwe kaders	143
5	NIEUWE VERHOUDINGEN: MARKTWERKING IN DE GGZ	149
5.1	Drie actoren	149
5.2	Voorwaarden voor marktwerking in de ggz	150
5.3	Marktgedrag van zorgconsumenten	154
5.4	Marktgedrag van zorgverzekeraars	158
5.5	Marktgedrag van zorgaanbieders	162
5.6	Balans: de rol van de marktmeester	167
6	PERSPECTIEF	175
6.1	Een vergelijking met veel onbekenden	175
6.2	Toekomstscenario's	177
6.3	Europese context	181
6.4	Balans: zelfsturing met beleid	190
BIJLAGEN		
I	ACHTERGRONDSTUDIE: GGZ-BELEID EN –ORGANISATIE 1970-2000	197
II	QUICKSCAN EERSTE ERVARINGEN MET DE WMO	231

SAMENVATTING

Voorliggend rapport maakt onderdeel uit van de eerste serie van een reeks van trendrapportages die het Trimbos-instituut in de komende jaren in opdracht van het Ministerie van VWS over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) gaat opstellen. Het rapport bevat een basisanalyse van de organisatie, de structuur en de financiering van de ggz. Centrale thema's zijn de aanbieders- en voorzieningenstructuur van de ggz aan de vooravond van de 'overheveling' naar de zorgverzekeringswet, de nieuwe financieringskaders anno 2008 en de consequenties van deze nieuwe kaders voor de organisatie en structuur van de ggz. Bij wijze van aftrap van de rapportagereeks wordt tevens een overzicht gegeven van de huidige kennis over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking.

Geestelijke volksgezondheid

Gegevens over de geestelijke volksgezondheid in Nederland worden in hoofdstuk 1 belicht vanuit internationaal, historisch, sociaaldemografisch en sociaaleconomisch perspectief.

De beschikbare gegevens laten zien dat de Nederlandse bevolking volgens verschillende onderzoeken tot de 'gelukkigste' in Europa en in de wereld behoort en dat Nederlanders internationaal gezien relatief weinig 'psychological distress' (psychische klachten) melden. Niettemin worden in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek in Nederland relatief veel mensen met psychische stoornissen aangetroffen. Prevalentiecijfers variëren van 15 tot 25 %. Bij dat laatste cijfer gaat het voor een belangrijk deel (circa een derde) om verslavingsproblematiek (met name alcoholverslaving), dat in deze onderzoeken ook als een psychische stoornis wordt gezien. Verder gaat het vooral om stemmings- en angststoornissen, waarbij de ernst van die stoornissen sterk kan variëren.

Onderzoeksgegevens suggereren dat de geestelijke gezondheid(sbeleving) in de afgelopen decennia in Nederland niet is verslechterd of verbeterd. Gegevens uit andere westerse landen bevestigen het beeld van een min of meer ongewijzigde geestelijke gezondheidstoestand van de bevolking. Wel blijkt uit het Nederlandse en buitenlandse onderzoek dat geestelijke gezondheid sterk gerelateerd is aan een aantal sociaaldemografische en sociaaleconomische factoren. Vrouwen hebben vaker met geestelijke gezondheidsproblemen te kampen dan mannen; alleen verslavingsproblematiek komt juist vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Verder komen geestelijke gezondheidsproblemen meer voor bij mensen in een sociale achterstandssituatie - lage opleiding, laag inkomen en met name het ontbreken van een betaalde baan wegens

werkloosheid of arbeidsongeschiktheid. Onderzoeksgegevens suggereren ook dat sociale achterstand en geestelijke gezondheidsproblemen elkaar in stand houden en soms versterken. Wanneer de combinatie van sociale en psychische problemen langer aanhoudt, kan stigmatisering een rol gaan spelen; een fenomeen dat door mensen met langdurige psychische en sociale problemen (en hun naasten) wel beschouwd wordt als de meest hardnekkige barrière voor herintrede in het maatschappelijk verkeer c.q. in het arbeidsproces.

Met name in verband met deze maatschappelijke aspecten worden de kosten van geestelijke gezondheidsproblemen tamelijk hoog ingeschat. In alle ramingen overtreffen de indirecte, 'maatschappelijke' kosten verre de directe zorgkosten. Conservatieve ramingen van de kosten van geestelijke gezondheidsproblemen als aandeel van het Bruto Binnenlandse Product komen gemiddeld voor Europa uit op 3 á 4 %.

Schaalvergroting, ambulante aanwas en gedeconcentreerde residentiële groei in de ggz
In hoofdstuk 2 wordt een beeld geschetst van de ontwikkelingen in de aanbiederstructuur en de voorzieningenstructuur in de professionele, collectief gefinancierde, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt onder andere gebruik gemaakt van een achtergrondstudie naar de beleids- en organisatieontwikkelingen in de ggz in de afgelopen decennia. De achtergrondstudie onderscheidt drie hoofdlijnen in die ontwikkelingen. De eerste is de ontwikkeling van de ggz van een bonte lappendeken aan voorzieningen aan het eind van de jaren zestig tot een relatief homogene, overzichtelijke, regionaal geordende sector rond de eeuwwisseling. De tweede hoofdlijn is de schaalvergroting, ten gevolge van fusies, in de aanbiederstructuur. En een derde hoofdlijn is het streven naar deinstitutionalisering, extramuralisering en vermaatschappelijking van de ggz.

Het hoofdstuk bevat een kwantitatieve momentopname van de aanbieders en voorzieningen in de ggz in het tijdvak 2005-2007 (de vooravond van een aantal ingrijpende wijzigingen in de financieringskaders van de ggz). Die momentopname laat zien dat in 2006 de ggz in Nederland wordt gedomineerd door circa 40 regionaal geordende en grotendeels regionaal georiënteerde, 'geïntegreerde' instellingen die ieder nagenoeg het complete pallet aan ggz-voorzieningen bieden. Gezamenlijk zijn deze instellingen op dat moment verantwoordelijk voor circa drie kwart van de totale ggz-uitgaven. Het overige kwart komt voor rekening van circa 30 doorgaans kleinere zelfstandige, in specifieke doelgroepen gespecialiseerde instellingen, circa 40 Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, circa 20 zelfstandige Ribw's, enkele zelfstandig gebleven Riagg's en Algemeen psychiatrische ziekenhuizen en bijna 3000 zelfstandig gevestigde psychiaters, psychotherapeuten en (eerstelijns)psychologen.

Gezamenlijk bieden deze ggz-aanbieders een breed pallet aan voorzieningen. Daarvan neemt in termen van aantallen gebruikers de kortdurende, ambulante hulp verreweg de belangrijkste plaats in. In termen van personeelscapaciteit en uitgaven ligt het accent echter op de opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen. Meer dan de helft van de ggz-uitgaven wordt aan deze voorzieningen besteed. De helft van de arbeidskrachten in de ggz heeft een medische of verpleegkundige achtergrond.

Trendcijfers in hoofdstuk 2 laten verder zien dat de ambulante ggz al lange tijd groeit en dat die groei sinds de eerste jaren van het huidige decennium is versneld. Verder laten trendcijfers zien dat de omvang van de klinische en residentiële voorzieningen in zijn totaliteit (inclusief beschermende woonvormen) in de tweede helft van de jaren '90 in Nederland licht is gedaald en daarna weer is toegenomen. Per saldo verblijven er in 2006 meer mensen in een ggz-instelling dan begin jaren negentig; gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei is het aantal gelijk gebleven. Wel is sprake geweest van een gedeeltelijke specialisatie (naar specifieke doelgroepen) en van een deconcentratie van klinische en residentiële voorzieningen, dat laatste onder andere in de vorm van een sterke groei van de beschermende woonvormen.

Nieuwe financieringskaders

In de afgelopen twee á drie decennia is de ggz vrijwel volledig gefinancierd geweest vanuit één financieringskader: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz). Zeer recent is daar verandering in gekomen. In hoofdstuk 3 worden de financieringskaders van de ggz anno 2008 beschreven. Dat zijn:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw), in hoofdzaak voor ggz-voorzieningen waarin de behandelcomponent op de voorgrond staat
- de Awbz, in hoofdlijnen voor voorzieningen op het gebied van langdurig verblijf, wonen, woonondersteuning
- de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), voor voorzieningen op het gebied van de openbare ggz en maatschappelijke ondersteuning

Van deze drie bronnen neemt de Zvw in 2008 het grootste deel van ggz-financiering voor zijn rekening: bijna drie kwart. De Awbz beslaat nog slechts circa een kwart van de uitgaven. Het aandeel van de Wmo is het kleinst, vermoedelijk maximaal 2 %.

In hoofdstuk 3 worden de motieven benoemd die in de aanloop naar overheveling zijn aangevoerd voor de herpositionering van de ggz in het zorgstelsel. Tot die motieven behoren de overweging dat de ggz vooral curatieve zorg is en om die reden meer in de Zvw dan in de Awbz thuis hoort; dat de overheveling de ggz meer kansen biedt mee te profiteren van de vernieuwingen in het zorgstelsel (meer keuzevrijheid voor cliënten, in het bijzonder in het kader van de Zvw); en dat de 'opdeling' de verkokering van de ggz doorbreekt en een stimulans biedt voor de aansluiting van de ggz bij andere sectoren.

Gesignaleerd wordt dat de nieuwe financieringskaders in een aantal opzichten een keerpunt voor de ggz inluiden. De ggz wordt voortaan niet meer als één, omvattende, afgebakende sector vanuit één kader gefinancierd maar vanuit meerdere bronnen, elk met hun eigen achtergrond, regelgeving en dynamiek. En niet meer de relatief 'robuuste', zekerheid biedende Awbz bepaalt de structuren en verhoudingen in de ggz, maar de veel meer op marktwerking en concurrentie ingerichte Zvw.

In het vervolg van het rapport wordt verkend wat tot dusverre merkbaar is van de nieuwe financieringskaders. Met name wordt op een rij gezet welke nieuwe ontwikkelingen wordenesignaleerd als gevolg van respectievelijk de 'herverkaveling' van de ggz van een homogene, zelfstandige sector tot een over verschillende sectoren verspreid werkveld (hoofdstuk 4) en van de introductie van het voor de ggz zo goed als nieuwe fenomeen van de marktwerking (hoofdstuk 5).

Herverkaveling van de ggz

In hoofdstuk 4 worden twee aspecten van de herverkaveling van de ggz onderscheiden. Enerzijds het aspect van de segmentering ofwel de 'knip in de ggz' en de ontwikkeling naar een gedifferentieerde, minder homogene en minder 'intern geïntegreerde' ggz. Anderzijds het aspect van de inbedding van de ggz in andere sectoren en zorgnetwerken, zoals voorzien in de Beleidsvisie Ggz van het Ministerie van VWS.

Gesignaleerd wordt dat het thema van intersectorale samenwerking binnen bredere zorgnetwerken rond de ggz op zich niet nieuw is, dat samenwerking tussen de ggz en andere sectoren blijkens onderzoek voor een deel al goed loopt, maar dat er ook een aantal, steeds terugkerende en aan de netwerkbenadering inherente knelpunten zijn, zoals fragmentatie, niet op elkaar aansluitende regelgeving, bureaucratie en uiteenlopende belangen. Gewezen wordt op de opkomst van nieuwe methoden, zoals 'integrale zorgteams' als oplossing voor het probleem van een gefragmentariseerde en gesegmenteerde zorg.

Vervolgens worden de eerste signalen over de consequenties van de herverkaveling van de ggz belicht vanuit het perspectief van de langdurige ggz en het perspectief van de lokale inbedding onder regie van gemeenten (Wmo-doelstelling).

Wat betreft de langdurige ggz wordt van veel kanten gewezen op een aantal risico's van de herverkaveling voor de samenhang en de continuïteit van de zorg en ondersteuning voor de grotendeels zelfstandig wonende groep mensen met langdurige psychische en sociale problemen; cliënten die vaak een meervoudige ondersteuningsbehoefte hebben. Zowel vanuit aanbiederszijde, als vanuit cliëntenorganisaties en de wetenschap wordt aandacht gevraagd voor het risico van de herverkaveling voor de integrale werkwijze en de op maatschappelijke participatie gerichte rehabilitatiebenadering

die de afgelopen periode voor deze cliënten tot ontwikkeling zijn gekomen. Gevreesd wordt dat deze methoden en voorzieningen onder druk komen te staan en de betreffende cliënten tussen de wal en het schip zullen vallen.

Wat betreft de lokale inbedding is er inmiddels ruim een jaar ervaring met de Wmo, die onder regie van gemeenten moet leiden tot een samenhangend maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor kwetsbare groepen, waaronder ook expliciet mensen met chronische psychische problemen. Die eerste ervaringen leren dat een deel van de ggz-instellingen zich door de nieuwe wet aangespoord voelt tot intensievere samenwerking met gemeenten. De eerste ervaringen leren ook dat de beleidsvrijheid die de Wmo biedt, tot aanzienlijke lokale verschillen leidt. Bij veel gemeenten zijn mensen met chronische psychische problemen nog niet goed in beeld of bestaat een onjuist, soms stigmatiserend beeld van deze groep. Verder blijkt dat 'overgeheveld' voorzieningen maar ten dele worden gefinancierd en dat veel ggz-instellingen de Wmo beschouwen als een relatief marginaal, onzeker en versnipperd en daarmee minder aantrekkelijk werkveld dan de Awbz en met name de Zvw.

Een algemene conclusie van hoofdstuk 4 luidt dat met de hervorkaveling van de ggz verantwoordelijkheden worden gespreid, maar dat er nog geen waarborgen zijn dat die ook door de betrokkenen worden opgepakt en tot een samenhangend zorg- en ondersteuningsaanbod leiden. Een conclusie luidt ook dat een hervorkaveling die vooral een overheveling van de ggz naar de Zvw behelst, wellicht eerder tot een meer medisch georiënteerde dan tot een meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde ggz leidt.

Marktwerking

Tegelijk met de hervorkaveling van de ggz zijn de marktwerking en het concurrentieprincipe in de ggz geïntroduceerd. In hoofdstuk 5 wordt besproken in welke mate de voorwaarden voor marktwerking in de ggz aanwezig zijn, welke marktprikkels zorgconsumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders inmiddels ondervinden en hoe zij hierop tot dusverre anticiperen en reageren.

De bevindingen laten zien dat de huidige structuur van de ggz, met de grote, regionale ggz-instellingen, de marktwerking deels nog in de weg staat, maar ook dat die structuur onder invloed van de nieuwe regelgeving (lagere toetredingsdrempels, geen contracteerplicht meer) waarschijnlijk snel zal veranderen. Daarbij lijken de voorwaarden voor marktwerking met name aanwezig te zijn in de enkelvoudige zorg en in mindere mate in de ggz voor personen met meervoudige zorgvragen.

De bevindingen rond het nieuwe zorgstelsel laten zien dat zorgconsumenten in hun hoedanigheid van inkopers op de verzekeringsmarkt tot dusverre vooral kiezen voor

zekerheid en een lage premie en minder op de kwaliteit en de inhoud van de door verzekeraars ingekochte zorg. Zorgverzekeraars zelf concurreren vooral op het binnenhalen van zo groot mogelijke marktaandeelen (onder andere via collectieve verzekeringen) en op het bieden van aantrekkelijk premies; selectief contracteren van (goede en efficiënt werkende) aanbieders vindt nog weinig plaats. Zorginstellingen en ggz-instellingen, ten slotte, hebben in de afgelopen periode vooral ingezet op meer aandacht voor de interne bedrijfsvoering, op bestuurlijke samenwerkingverbanden (fusies) met het oog op versteviging van de marktpositie en op het actiever zeker stellen en uitbreiden van marktaandeel en het verkennen van nieuwe afzetmogelijkheden.

De bevindingen in hoofdstuk 5 leiden tot de conclusie dat met name de kortdurende zorg zich lijkt te lenen voor concurrentie en voor expansie. De eerste signalen wijzen erop dat de kortdurende ggz zich kan gaan ontwikkelen tot een dynamische groei-markt, met grote, landelijke concerns, maar ook een breed scala kleine aanbieders, grotere verschillen tussen aanbieders onderling en een brede waaier aan, veelal specialistische, ambulante of kortdurende klinische zorgproducten. Dat betekent onder andere dat de keuzemogelijkheden in de kortdurende zorg zullen toenemen. Het zeer actief zoeken naar en aanboren van nieuwe afzetmarkten kan er ook toe leiden – ook als de kosten per product omlaag gaan – dat de totale uitgaven aan de ggz sneller gaan stijgen dan tot dusverre.

Een tweede conclusie is dat de langdurige ggz minder lijkt te profiteren van de marktwerking, maar er mogelijk wel enkele nadelen van ondervindt. Daarbij gaat het niet alleen om de Awbz-gefinancierde zorg voor de relatieve kleine groep cliënten die langdurig in een ggz-voorziening verblijft, maar ook om de nagenoeg volledig Zwv-gefinancierde, langdurige geestelijke gezondheidszorg voor de veel grotere groep cliënten die zelfstandig woont. Gesignaleerd wordt dat mensen met chronische psychische problemen voor verzekeraars mogelijk onaantrekkelijke klanten zijn (hoge zorgconsumptie), ondanks het risicovereveningssysteem dat risicoselectie door verzekeraars moet tegenaan. Dat zou investeringen in de kwaliteit van de langdurige ggz voor verzekeraars oninteressant kunnen maken. Andere risico's zijn een toenemende doelmatigheidsdruk (kostenreductie) in de langdurige zorg ten behoeve van kwaliteits- en prijsconcurrentie in de kortdurende zorg, 'afoming' van de markt, waardoor de langdurige ggz bedrijfseconomisch minder aantrekkelijk wordt en het risico van het afkalven van samenwerkingsverbanden (en de benodigde integrale zorg) ten gevolge van toenemende concurrentieverhoudingen. Geconcludeerd wordt dat deze signalen, samen met de eerdergenoemde risico's van de herverkaveling, aanleiding geven om in de komende periode extra alert te zijn op de kwaliteit van de langdurige ggz.

Aan het slot van het hoofdstuk worden enkele bronnen vanuit het veld en vanuit de wetenschap aangehaald, die ervoor pleiten om de efficiency van het nieuwe zorgstelsel

en de nieuwe positie van de ggz daarin in de toekomst niet alleen te toetsen op het prijspeil van de verschillende producten maar ook op de mate waarin het stelsel erin voorziet dat de beschikbare voorzieningen terecht komen bij de mensen die ze nodig hebben en de mate waarin mensen die zorg nodig hebben de beschikbare voorzieningen krijgen.

Perspectief

In hoofdstuk 6 wordt vastgesteld dat de toekomst van de ggz een vergelijking met veel onbekenden is. Niet alleen vanwege de onzekere en onvoorspelbare ontwikkeling van de vraag naar ggz, maar ook vanwege de nieuwe (markt)verhoudingen in het veld zelf en vanwege het landelijke zorg- en ggz-beleid. Vele beleidsopties met betrekking tot de ggz en de gezondheidszorg in bredere zin staan op dit moment open. Ook voor de partijen in het veld zelf zijn de (strategische) beleidsopties toegenomen. Instellingen hebben meer mogelijkheden, maar kampen in de nieuwe, concurrerende omgeving tegelijk met meer onzekerheden.

Op basis van eerdere toekomstverkenningen wordt een viertal mogelijke toekomst-scenario's naast elkaar gezet. De scenario's zijn opgebouwd uit twee dimensies: een dimensie waarbij aan de ene kant intensief wordt samengewerkt en aan de andere kant intensief wordt geconcentreerd; en een dimensie met aan de ene kant een sterk medisch georiënteerde ggz en aan de andere kant een 'contextueel', sociaal en maatschappelijk georiënteerde ggz. Op basis van deze dimensies kunnen vier scenario's worden onderscheiden: A. Concurrentie in een medische ggz. B. Samenwerking in een medische ggz. C. Concurrentie in een contextuele ggz. D. Samenwerking in een contextuele ggz. Uitspraken over de waarschijnlijkheid van elk van deze scenario's worden niet gedaan. Gesignaleerd wordt wel dat de verschillende segmenten van de ggz zich in de toekomst wellicht onafhankelijker van elkaar zullen gaan ontwikkelen en dat mogelijk alle vier de scenario's realiteit worden, elk voor een ander werkveld van de ggz.

Tot slot worden in hoofdstuk 6 de ontwikkelingen in de Nederlandse ggz in de bredere Europese context geplaatst. Verschillende elementen van de ontwikkelingen in Nederland (herverkaveling, marktprikkels) vinden we in andere Europese landen terug, zij het dat in Nederland de introductie van marktprikkels in de ggz relatief ver lijkt te zijn doorgevoerd, terwijl in veel andere landen een herverkaveling van verantwoordelijkheden over meerdere sectoren nadrukkelijker aan de orde is. Ook wordt een groeiend gevoel van urgentie op het Europese beleidsniveau gesignaleerd, enerzijds voortkomend uit de consequenties van deze herverkaveling (diffusie van verantwoordelijkheden, risico van het weglekken van gelden) en anderzijds vanuit een groeiend besef van het maatschappelijke en economische belang van geestelijke gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen. Dat gevoel van urgentie komt

uiting in het verschijnen van de eerste Europese beleidsplannen op het gebied van de ggz. De plannen zetten vooral in op een gecoördineerd, integraal (intersectoraal) beleid op het gebied van geestelijk gezondheid en daarbinnen op het bevorderen van de sociale inclusie van mensen met psychische problemen.

INLEIDING

‘De geestelijke gezondheidszorg op een keerpunt’

Onder bovenstaande titel verscheen in 2005 een rapport over de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg (ggz).¹ Op dat moment stond de ggz aan de vooravond van een ingrijpende verandering in zijn financieringsstructuur. De ggz zou, na een lange periode van relatieve stabiliteit in de financieringssystematiek, niet meer volledig vanuit één wettelijk kader, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz), gefinancierd worden, maar opgesplitst worden over drie verschillende zorgfinancieringswetten. Naast de Awbz zouden dat zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (de Wmo). En van deze drie zou niet meer de relatief ‘robuuste’ Awbz, maar de veel meer op marktwerking ingerichte Zvw de belangrijkste financieringsgrondslag voor de ggz worden. De verwachting luidde dat deze overheveling omvattende en zeer ingrijpende veranderingen met zich mee zou brengen voor de organisatie en structuur van de ggz, kortom een keerpunt zou vormen in de ontwikkeling van de ggz.

Inmiddels is het 2008. De overheveling heeft plaatsgevonden en de opsplitsing van de ggz over drie financieringskaders is een feit. Dat is een bijzonder moment voor het verschijnen van een eerste trendrapportage over de ggz. Een moment immers waarop de ggz zich niet langer onderscheidt als een homogene en nauw af te bakenen *sector*; maar ook een moment waarop de geestelijke gezondheidszorg als maatschappelijk *werkveld* meer in beweging is dan ooit tevoren.

Doelstelling van de Trendrapportages ggz

Voorliggend rapport maakt onderdeel uit van een drietal eerste rapporten in een reeks van trendrapportages die het Trimbos-instituut in de komende jaren in opdracht van het Ministerie van VWS over de ggz gaat opstellen. De rapportages moeten primair zicht bieden op de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages vervullen een drieledige functie: signaleren, analyseren en evalueren. Dat betekent onder andere dat de actuele stand van zaken en recente ontwikkelingen en trends aan bod komen, maar ook de achtergronden van de gesignaleerde ontwikkelingen en de beleidscontext waarbinnen deze zich afspelen. Het betekent tevens dat de rapportages niet alleen ten dienste staan van de rijksoverheid zelf, maar ook relevante informatie bevatten voor andere spelers in het veld van de ggz, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De volgende drie hoofdthema's staan in de trendrapportages centraal:

- Organisatie, structuur en financiering van de ggz
- Toegang tot en gebruik van de ggz
- Kwaliteit en effectiviteit van de ggz

Jaarlijks zal over elk van deze hoofdthema's een deelrapport verschijnen, met om het jaar een brede overzichtsrapportage en een verdiepend rapport rond een specifiek subthema. Voorliggend rapport is de eerste overzichtsrapportage over het hoofdthema *Organisatie, structuur en financiering van de ggz*.

Het rapport bevat een basisanalyse voor het volgen van de ontwikkelingen in de komende jaren. Het accent ligt op de stand van zaken aan de vooravond van de veranderingen in de financieringskaders van de ggz. Maar ook wordt ingegaan op de ontwikkelingen die tot die stand van zaken hebben geleid, op de recente wijzigingen in die financieringskaders zelf en op de eerste signalen over de consequenties van die nieuwe financieringswijze voor de organisatie en structuur van de ggz. De financieringssysteem van de ggz en de wijzigingen daarin, lopen daarmee als een rode draad door dit deelrapport.

Opbouw van het rapport

Bij wijze van aanhef van deze reeks van trendrapportages en bij wijze opstap naar de beschrijving van de ontwikkelingen in de ggz zelf, wordt in **hoofdstuk 1** een overzicht gegeven van onderzoeksgegevens over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking. De bevindingen worden kort in een internationaal, historisch en sociaaleconomisch perspectief geplaatst.

In **hoofdstuk 2** komt het 'institutionele' en 'professionele' antwoord op de geestelijke gezondheidsproblemen van de Nederlandse bevolking aan bod en wordt de aanbieder- en voorzieningstructuur in de ggz geschetst: wie biedt ggz, wat biedt men en tegen welke kosten? Het in hoofdstuk 2 geschetste beeld is per definitie een momentopname en beschrijft met name de situatie aan de vooravond van overheveling. De meeste gegevens hebben betrekking op het tijdvak 2005-2007. Maar besproken worden ook, voor zover mogelijk, de kwantitatieve trends die zich in de afgelopen circa 15 jaar hebben voorgedaan in de aanbieder- en voorzieningstructuur in de ggz.

Hoofdstuk 3 is het draaipunt van deze rapportage. In dat hoofdstuk worden de nieuwe financieringskaders van de ggz anno 2008 op een rij gezet en toegelicht. De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de oude situatie worden kort besproken, de motieven voor die wijzigingen worden benoemd en een overzicht wordt gegeven van de kenmerken van de drie belangrijkste financieringsbronnen: de Awbz, de Zvw en de Wmo.

In de **hoofdstukken 4 en 5** wordt verkend wat tot nu toe zichtbaar is van de implicaties van die nieuwe financieringskaders voor de ggz. Daarbij concentreren we ons op de twee belangrijkste aspecten van die overheveling: respectievelijk de ‘herverkaveling’ van de ggz en de introductie van de marktwerking in de ggz.

Met de ‘herverkaveling van de ggz’² wordt bedoeld op enerzijds de (financiële) ‘opdeling van de ggz’ en de segmentering die daardoor binnen de ggz ontstaat en anderzijds de aansluiting van de ggz bij andere maatschappelijke sectoren en de inbedding in verschillende andere structuren.³ In **hoofdstuk 4** worden deze herverkaveling van de ggz en de eerste signalen over de implicaties ervan besproken. Aandacht wordt besteed aan de langdurige ggz, die zich voor een belangrijk deel gaat afspelen op het drielandpunt van Awbz, Zvw en Wmo. Ook wordt kort op een rij gezet wat tot dusverre uit onderzoek bekend is over het functioneren van de reeds bestaande, bredere samenwerkings- en zorgnetwerken rond de ggz. Tot slot wordt geïnventariseerd wat de eerste ervaringen zijn met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, waarin voor gemeenten een belangrijke regierol is weggelegd bij de realisering van bredere, samenhangende ondersteunings- en zorgnetwerken, onder andere voor mensen met psychische problemen.

Naast de herverkaveling is het belangrijkste aspect van de stelselwijziging de introductie van het voor de ggz zo goed als nieuwe fenomeen van de marktwerking. Het invoeren van meer marktprikkels vormt een kernelement van het nieuwe zorgstelsel. In **hoofdstuk 5** wordt op een rij gezet wat volgens recent onderzoek op dit moment de bevorderende en belemmerende factoren zijn voor marktwerking in de ggz. Vervolgens wordt besproken welke signalen van marktwerking en marktgedrag in de ggz inmiddels zichtbaar zijn en wat de betekenis daarvan is voor de organisatie, inhoud, kosten en kwaliteit van de ggz.

In **hoofdstuk 6**, het slothoofdstuk van deze eerste deelrapportage, worden de perspectieven voor de verdere toekomst op een rij gezet. Dat gebeurt op twee manieren. Een viertal scenario’s wordt gepresenteerd voor de verdere ontwikkelingen in de organisatie en structuur van de ggz. Vervolgens worden de Nederlandse ontwikkelingen in perspectief geplaatst van de Europese beleidsontwikkelingen rond de ggz.

Bronnen

Voor deze deelrapportage is gebruik gemaakt van een breed scala aan informatiebronnen. Daartoe behoren onder andere: Nederlandse en internationale overzichtsartikelen en –rapportages over geestelijke gezondheid en achtergronden van geestelijke ongezondheid; registratiegegevens over aanbieders en voorzieningen in de ggz van onder andere brancheorganisaties, toezichthoudende instanties en Nederlandse en internationale onderzoeksinstituten; beleidsrapportages van het Ministerie van VWS

en andere overheidsinstanties over de financiering van de ggz; voortgangrapportages, beleidsevaluaties, scenariostudies en brancheliteratuur over de consequenties van de nieuwe financieringskaders voor de ggz; en internationale literatuur over de ontwikkelingen in het ggz-beleid en de financiering en organisatie van de ggz op Europees niveau.

Daarnaast zijn ten behoeve van de trendrapportage twee achtergrondstudies uitgevoerd, die als bijlagen in dit rapport zijn opgenomen.

De eerste achtergrondstudie gaat over de beleids- en organisatieontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg in de periode 1970 – 2000. Veel aspecten van de huidige organisatie van de ggz zijn niet goed te begrijpen zonder inzicht in de voorgeschiedenis. Ook voor het kunnen duiden van de actuele impact van financieringstechnische veranderingen op de organisatie en structuur van de ggz, is enig zicht op de ontwikkelingen in de voorgaande jaren wenselijk. De achtergrondstudie in bijlage I geeft een overzicht van die beleids- en organisatieontwikkelingen in de ggz in de afgelopen decennia. Waar mogelijk belicht het ook de resultaten van dat beleid. De achtergrondstudie staat met name ten dienste van de analyses in de hoofdstukken 2 en 4.

De tweede achtergrondstudie (bijlage II) gaat over de eerste ervaringen met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De Wmo is al een jaar langer dan de Zvw van toepassing op de ggz. Er is wat meer zicht op de eerste ontwikkelingen in de dagelijkse praktijk. In een kwalitatieve quick-scan onder instellingen, aangevuld met gegevens uit andere informatiebronnen, worden de eerste ervaringen op een rij gezet met de Wmo en met de betekenis ervan voor de ondersteuning van mensen met psychische problemen. De belangrijkste bevindingen van deze achtergrondstudie komen aan bod in **hoofdstuk 4** (paragraaf 4.4).

REFERENTIES BIJ DE INLEIDING

1. Kösters, T.P. (2005). *GGZ op een keerpunt: sectorstudie geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: ING Medinet.
2. Van de Pol, F. (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(11): 1095-1107.
3. Ministerie van VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: Ministerie van VWS.

1 GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

1.1 PERSPECTIEVEN OP GEESTELIJKE GEZONDHEID

Geestelijke gezondheid is een breed begrip, dat op uiteenlopende manieren wordt omschreven en gedefinieerd. In het World Health Report 2001 zet de WHO een aantal van die omschrijvingen op een rij. Aan bod komt het perspectief van het psychiatrisch vakgebied, waarbinnen geestelijke gezondheid vooral wordt gezien als 'de afwezigheid van psychische aandoeningen'. Anderen associëren geestelijke gezondheid met bredere, 'positive health' concepten als geestelijk welbevinden en 'geluk'. Sommigen leggen relaties met begrippen als zelfontplooiing, zelfbeschikking en autonomie. Vanuit weer een ander perspectief wordt een sociale dimensie aan het begrip geestelijke gezondheid toegekend en plaats ingeruimd voor concepten als betekenisgeving, zingeving en gevoelens van verbondenheid en erkenning.^{1,2}

Deze uiteenlopende perspectieven op geestelijke gezondheid hangen samen met de achtergronden van degenen die ze hanteren. Dat kunnen culturele achtergronden zijn. Deels gaan het ook om de invalshoeken van uiteenlopende disciplines en maatschappelijke actoren (medici, sociale wetenschappers, zorgaanbieders, cliënten- en cliëntenorganisaties, werkgevers). De verschillende visies vinden ook hun weerslag in verschillende benaderingen in de hulpverlening aan mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Zo krijgt geestelijke gezondheid een andere connotatie in de zogeheten rehabilitatiebenadering of in de herstelbenadering dan in de meer medisch georiënteerde psychiatrie.

In dit hoofdstuk worden de diverse invalshoeken en perspectieven op geestelijke gezondheid niet uitgebreid besproken. Ook wordt geen van de perspectieven uitverkozen of uitgesloten. Gesignaleerd wordt alleen dat ze naast elkaar bestaan en dat ze verschillende accenten leggen als het gaat om dimensies als gezondheid (aandacht voor capaciteiten, vermogens) versus ziekte (aandacht voor beperkingen, aandoeningen); het individu (concepten als 'geestelijk welbevinden', 'psychische aandoeningen') versus diens relatie met de omgeving (concepten als 'identiteit', 'erkenning', 'verbondenheid'); het generalistische karakter van het begrip 'gezondheid' versus het normatieve karakter ervan; en een unidimensionele definitie versus een multidimensionele definitie van 'geestelijke gezondheid'.

Onderzoek naar geestelijke gezondheid

De leidraad voor dit hoofdstuk vormt niet een discussie over het begrip geestelijke gezondheid, maar het beschikbare empirische materiaal over mogelijke indicatoren van de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking.

Daarbij merken we direct op dat veel van dat empirische materiaal is verzameld vanuit het psychiatrische perspectief op geestelijke gezondheid (het aantal mensen met een psychische aandoening). Maar onderzoeksgegevens zijn ook voorhanden over het algemene geestelijke welbevinden van de bevolking en over de mate waarin mensen in bredere zin last hebben van psychische klachten ofwel 'psychological distress'. Die bevindingen worden in dit hoofdstuk op een rij gezet en waar mogelijk in een internationaal, historisch, sociaaldemografisch en sociaaleconomisch perspectief geplaatst.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 1.2 worden cijfers gepresenteerd over het geestelijk welbevinden, het voorkomen van psychische klachten en tellingen van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking. In paragraaf 1.3 en 1.4 worden deze gegevens respectievelijk vergeleken met internationale cijfers en tegen de achtergrond geplaatst van hetgeen tot dusverre bekend is over trends in het gemeten niveau van geestelijke gezondheid. In paragraaf 1.5 wordt stil gestaan bij de verschillen in geestelijke gezondheid tussen verschillende sociaaldemografische en sociaaleconomische bevolkingscategorieën. In het verlengde daarvan wordt in paragraaf 1.6 de relatie tussen geestelijke (on)gezondheid en maatschappelijke uitval tegen het licht gehouden. Ramingen van de maatschappelijke kosten van geestelijke ongezondheid komen in paragraaf 1.7 aan bod. In paragraaf 1.8 wordt een balans opgemaakt.

1.2 CIJFERS OVER WELBEVINDEN, KLACHTEN EN STOORNISSEN

Tabel 1.1 geeft een overzicht van de belangrijkste recente onderzoeksbevindingen over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking. De cijfers hebben betrekking op indicatoren voor algemene gevoelens van welbevinden, op het percentage van de bevolking dat melding maakt van psychische klachten en op het percentage van de bevolking dat voldoet aan een aantal binnen het vakgebied van de psychiatrie opgestelde criteria voor psychische stoornissen.

De tabel laat zien dat een ruime meerderheid van de Nederlandse bevolking in goede geestelijke gezondheid verkeert. Vijf op de zes mensen voelt zich gelukkig, driekwart voelt zich energiek en eveneens driekwart 'vol leven'. Tegelijk geven drie van de vier mensen aan zich in de afgelopen vier weken meestal of altijd 'kalm en vredig' te hebben gevoeld.

Afhankelijk van de gehanteerde maatstaven en meetinstrumenten (en de daarbij behorende richtlijnen voor het vaststellen van een problematische geestelijke gezondheid) komt op jaarbasis echter ook één op de acht tot één op de vier mensen met problemen op het gebied van hun geestelijke gezondheid. CBS-gegevens over aantallen mensen met frequente en/of ernstige psychische klachten komen uit op percentages van rond de 15. In termen van psychische stoornissen is volgens de gegevens van het Nemesis-onderzoek – een landelijk bevolkingsonderzoek uit 1996-1999 – zelfs bij bijna een kwart (23 %) van de bevolking sprake van een psychische stoornis. Daarbij zij aangetekend dat in het Nemesis-onderzoek middelenmisbruik en – afhankelijkheid met 9 % een belangrijk aandeel in de prevalentiecijfers inneemt. Daarbij gaat het hoofdzakelijk om alcoholmisbruik en –afhankelijkheid (8 % van de bevolking). Het ESEMeD-onderzoek uit 2002-2003 komt echter weer tot een beduidend lagere prevalentie van psychische stoornissen in Nederland, namelijk 15 %. Daarbij gaat het vooral om ‘mild disorders’ – 9 % - en in mindere mate om ‘moderate disorders’ en ‘serious disorders’ - respectievelijk 4 % en 2 %.³ Met name middelenstoornissen, maar ook angst- en stemmingstoornissen komen volgens het ESEMeD-onderzoek minder vaak voor dan volgens het Nemesis-onderzoek. Ten slotte blijkt zowel uit de CBS-gegevens als uit het Nemesis-onderzoek als het ESEMeD-onderzoek, dat in zijn algemeenheid angststoornissen en klachten over rusteloosheid, angst en nervositeit wat vaker voorkomen dan stemmingsstoornissen en klachten over somberheid en neerslachtigheid.

De cijfers in tabel 1.1 zijn op te vatten als indicaties van de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking. Maar ze zijn, als gezegd, ook een weerspiegeling van de gehanteerde maatstaven en meetinstrumenten. Die maatstaven en meetinstrumenten verschillen onderling. Dat maakt het bijvoorbeeld mogelijk dat het aantal mensen dat in de Eurobarometer aangeeft ongelukkig te zijn, kleiner is dan het aantal mensen dat blijkens het Nemesis-onderzoek aan een psychische stoornis leidt. Die verschillen maken het ook mogelijk dat de gegevens over psychische stoornissen niet volledig congruent met elkaar zijn. Zo wordt in de beide aangehaalde psychiatrisch-epidemiologische onderzoeken gebruik gemaakt van respectievelijk een oudere en een vernieuwde versie van hetzelfde instrument: de Composite International Diagnostic Interview (CIDI) van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). De discrepantie tussen de met deze twee versies verkregen onderzoeksresultaten wordt ook in andere landen gevonden.³ Mogelijk spelen in dit voorbeeld overigens ook nog andere inhoudelijke en methodologische factoren een rol.

TABEL 1.1 GEESTELIJK WELBEVINDEN, PSYCHISCHE KLACHTEN EN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN NEDERLAND

<i>Geestelijk welbevinden</i>	%
Percentage van de bevolking dat zich de afgelopen vier weken meestal of steeds...	
- gelukkig voelde	83
- kalm en vredig voelde	76
- vol leven voelde	76
- vol energie voelde	72
(Bron: Eurobarometer; gegevens over 2005/2006) ⁴	
<i>Psychische klachten</i>	%
Percentage van de bevolking dat de afgelopen 12 maanden vaak of erg vaak tenminste één van de volgende vijf gevoelens heeft gehad: eenzaam en verlaten, rusteloos, verveeld, teneergeslagen en in de put, van streek	13
(Bron: CBS gezondheidsenquêtes; gegevens over 2000 op basis van Affect-Balance Scale) ⁵	
Percentage van de bevolking dat in de afgelopen 12 maanden een periode heeft gehad waarin men erg angstig, bezorgd of somber en depressief was	17
- waarvan met name angstig of bezorgd	14
- waarvan met name somber en depressief	11
(Bron: CBS; gegevens over 2005) ^{6,7}	
<i>Psychische stoornissen</i>	%
Percentage van de bevolking dat lijdt aan een psychische stoornis volgens het Nemesis-onderzoek (12-maands prevalentie)	23
- waarvan een angststoornis	12
- waarvan een stemmingsstoornis	8
- waarvan een middenstoornis	9
(Bron: Nemesis; gegevens over 1996-1999 op basis van CIDI-versie DSM-III) ⁸	
Percentage van de bevolking dat lijdt aan een psychische stoornis volgens het ESEMeD-onderzoek (12-maands prevalentie)	15
- waarvan een angststoornis	9
- waarvan een stemmingsstoornis	7
- waarvan een middenstoornis	3
(Bron: ESEMeD; gegevens uit 2002-2003 op basis van de CIDI-versie DSM-IV) ³	

Mede om bovenstaande redenen hebben wetenschappers er in de afgelopen jaren voor gepleit om bij de *interpretatie* van onderzoeksgegevens over geestelijke gezondheid het accent minder te leggen op de absolute prevalentiecijfers (en de altijd enigszins arbitraire dichotomisering van geestelijke gezondheid die daaraan ten grondslag ligt), maar om die cijfers in een breder perspectief te plaatsten.^{9;10} Hoe verhouden bijvoorbeeld de Nederlandse cijfers zich tot die in andere landen (voor zover met identieke instrumenten verzameld)? Hoe verhouden de actuele cijfers zich tot die van tien of twintig jaar terug (id.)? En welke relaties worden gevonden tussen de gegevens over geestelijke gezondheid en demografische, sociale, etnische en economische factoren? Over deze vragen gaan de volgende paragrafen.

1.3 INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID

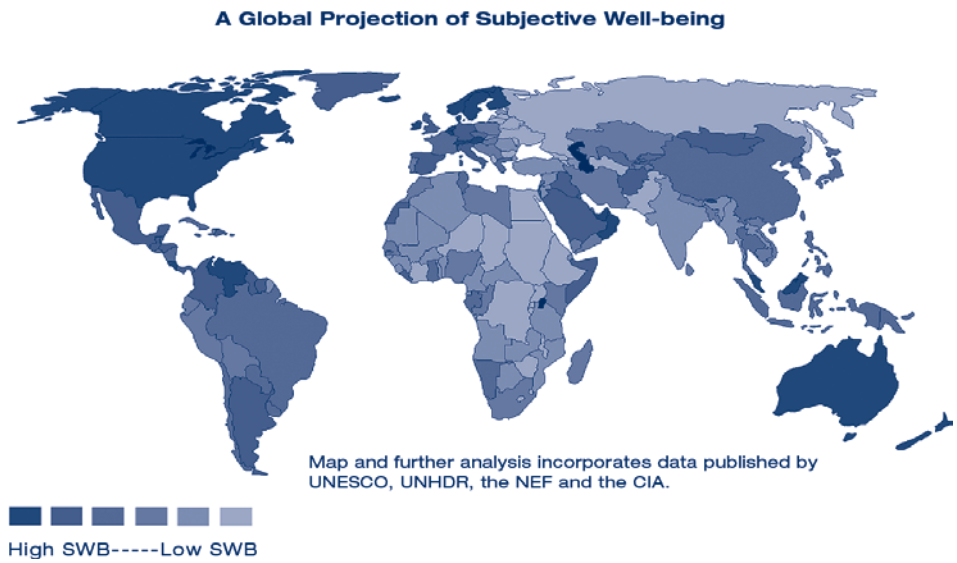
De afgelopen jaren heeft een forse groei plaatsgevonden van onderzoek naar de verdeling en determinanten van ‘subjective well-being’, ofwel subjectief welbevinden. In een recent overzichtsartikel presenteert White de resultaten van een mondiale meta-analyse.¹¹ Figuur 1.1 geeft de belangrijkste bevindingen weer.

De wereldkaart in figuur 1.1 laat zien dat het gemiddelde landelijke niveau van subjectief welbevinden het hoogst is in de westerse landen en het laagst in delen van Afrika, Oost-Europa, Rusland en Afghanistan. Nederland behoort tot de landen met het hoogste gemiddelde niveau van subjectief welbevinden. Figuur 1.1 suggereert ook een sterk negatief verband tussen welbevinden en armoede. Het achterliggende onderzoek bevestigt dat en laat zien dat daarnaast een goede gezondheid, toegang tot gezondheidszorg en toegang tot educatie sterk samenhangen met het gemiddelde niveau van subjectief welbevinden van de bevolking.¹¹

Recent heeft de Europese Commissie, in de zogeheten Eurobarometer, een eigen peiling uitgevoerd naar het geestelijk welbevinden van de bevolking van de afzonderlijke lidstaten.⁴ Enkele gegevens uit de Eurobarometer werden al opgenomen in tabel 1.1. Tabel 1.2 geeft een overzicht van het percentage van de bevolking van de EU-lidstaten dat positief antwoord op een viertal vragen over het eigen geestelijk welbevinden. Per vraag staan in de tabel de vijf hoogst scorende en de vijf laagst scorende landen vermeld.

De tabel laat zien dat de Nederlandse bevolking samen met de Finse het vaakst positief oordeelt over het eigen geestelijk welbevinden. Nederlanders voelen zich van alle Europeanen in de EU-lidstaten het gelukkigst en het energiekst. En na Finnen en Denen voelen ze zich het vredigst en het meest ‘vol van leven’. Laag op de vragen over het eigen geestelijk welbevinden scoort vooral de bevolking van de Baltische staten en die van een aantal Zuid-Europese landen.

FIGUUR 1.1 WERELDKAART VAN SUBJECTIEF WELBEVINDEN^{11;12}



TABEL 1.2 GEESTELIJK WELBEVINDEN: NEDERLAND VERGELEKEN MET ANDERE EU-LIDSTATEN (WEERGAVE VAN DE VIJF HOOGST EN DE VIJF LAAGST SCORENDE VAN 25 LANDEN)⁴

<i>“Voelde u zich in de afgelopen vier weken meestal of altijd...”</i>						<i>“Had u in de afgelopen weken meestal of altijd veel energie?”</i>	
	<i>...gelukkig</i>		<i>...kalm en vredig</i>		<i>...vol van leven</i>		
	<i>% 'ja'</i>		<i>% 'ja'</i>		<i>% 'ja'</i>		<i>% 'ja'</i>
Nederland	83	Finland	83	Finland	90	Nederland	72
Ierland	82	Denemarken	80	Denemarken	77	Finland	70
België	80	Nederland	76	Nederland	76	Cyprus	68
Finland	78	Zweden	75	Luxemburg	74	Denemarken	67
Luxemburg	75	Slowakije	72	België	72	Frankrijk	66
...		
...		
Portugal	56	Cyprus	61	Griekenland	56	Malta	49
Litouwen	52	Griekenland	58	Malta	56	Letland	47
Estland	48	Slovenië	52	Italië	50	Portugal	46
Italië	48	Portugal	50	Estland	34	Estland	45
Letland	42	Italië	46	Hongarije	30	Duitsland	37
Totaal EU	65	Totaal EU	63	Totaal EU	64	Totaal EU	55

Psychische klachten en psychische stoornissen in Europa

In de vorige paragraaf werden, naast het welbevinden, nog twee indicatoren voor de geestelijke gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking besproken: psychische klachten en psychische stoornissen. In een overzichtsstudie van de Europese commissie over *The state of mental health in de European Union* worden de gegevens over klachten en stoornissen in een aantal Europese landen met elkaar vergeleken.¹⁰ Resultaten zijn weergegeven in tabel 1.3.

Tabel 1.3 laat zien dat het beeld van Nederland als een land met een hoog geestelijk welbevinden wordt bevestigd door de gegevens over het gemiddelde aantal psychische klachten. Ook op dat gebied komt de Nederlands bevolking uit de bus als het ‘geestelijk gezondst’. De Italiaanse bevolking meldt relatief de meeste psychische klachten. Ook dat komt overeen met de gegevens over het geestelijke welbevinden in de Eurobarometer, waarin Italië laag scoort.

TABEL 1.3 PSYCHISCHE KLACHTEN EN PSYCHISCHE STOORNISSEN: NEDERLAND VERGELEKEN MET EEN AANTAL ANDERE EUROPESE LANDEN¹⁰

	Psychische klachten		Psychische stoornissen
	Percentage met een score van 52 of lager op de MHI-5 [*]	Gemiddelde score op de SF-12 ^{**}	Relatief risico op een psychische stoornis in afgelopen 12 maanden ^{***}
	hogere score is meer klachten	lagere score is meer klachten	Italië als referentie (= 1.0)
Nederland	11	4.6	1.7
Spanje	18	3.7	1.2
België	19	4.5	1.6
Duitsland (oost/west)	20/23	4.5	1.3
Frankrijk	26	2.7	2.2
Italië	30	3.1	1.0

^{*} Mental Health Inventory – 5 item versie

^{**} Short Form Health Survey – 12 item versie

^{***} ESEMeD-gegevens, gecorrigeerd voor sekse, leeftijd, woonsituatie en verstedelijking

De gegevens in de meest rechtse kolom van tabel 1.3, over psychische stoornissen, geven echter een heel ander beeld te zien. De kans dat bij iemand een psychische stoornis wordt vastgesteld is juist in Nederland relatief hoog. De auteurs van het EC-rapport signaleren dat Nederland en in iets mindere mate ook België “have low levels of psychological distress and high levels of psychiatric disorders along with high levels of positive mental health.” In Italië is de situatie juist omgekeerd. Italië kent “low levels of diagnosis of psychiatric disorders, but relatively high levels of psychological distress” terwijl het “level of positive mental health” laag is. Kortom: Nederlanders zijn relatief (het) gelukkig(st) en hebben relatief weinig psychische klachten, maar lopen een relatief grote kans in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek geïdentificeerd te worden als drager van een psychische stoornis. Italianen zijn relatief ongelukkig, melden veel psychische klachten maar lopen een relatief kleine kans in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek als drager van een psychische stoornis te worden geïdentificeerd.

Kijken we nog kort naar de andere landen in tabel 1.3 dan blijkt dat de Spaanse bevolking zowel naar maatstaven van psychische klachten als in termen van psychische stoornissen relatief gezond is. De Franse bevolking meldt juist relatief veel psychische klachten en kampt met de meeste psychische stoornissen.

Prevalentiecijfers wereldwijd

De auteurs van het EC-rapport pleiten voor voorzichtigheid bij het interpreteren van bovenstaande resultaten. Ze beperken zich tot de opmerking dat de bevindingen “may reflect answer styles rather than mental health status”. Daarmee geven ze aan dat referentiekaders, verwachtingspatronen en culturele factoren een belangrijke rol lijken te spelen bij de beleving van geestelijke gezondheid en bij de wijze waarop uiting wordt gegeven aan gevoelens van psychisch onwelbevinden. Internationaal vergelijkend onderzoek naar die factoren ontbreekt echter.

TABEL 1.4 PREVALENTIECIJFERS OVER PSYCHISCHE STOORNISSEN IN VEERTIEN LANDEN WERELDWIJD³

	<i>% psychische stoornissen in de volwassen bevolking (12 maands prevalentie)</i>
Verenigde Staten	26,4
Oekraïne	20,5
Frankrijk	18,4
Colombia	17,8
Libanon	16,9
Nederland	14,9
Mexico	12,2
België	12,0
Spanje	9,2
Duitsland	9,1
China-Peking	9,1
Japan	8,8
Italië	8,2
Nigeria	4,7
China-Shanghai	4,3

Die constatering wordt nog eens bevestigd door tabel 1.4 waarin prevalentiecijfers van psychische stoornissen in veertien landen uit vier continenten naast elkaar worden gezet. De cijfers zijn afkomstig van de WHO World Mental Health Surveys. In elk land is hetzelfde meetinstrument gebruikt (de CIDI, versie DSM-IV). De tabel laat zien dat er op mondiaal niveau grote verschillen zijn in prevalentiecijfers van psychische stoornissen. Wereldwijd blijkt de Verenigde Staten het land waar met afstand de meeste psychische stoornissen worden gemeten. Dit in contrast tot een land als Nigeria, waar het gevonden prevalentiecijfer bijna zes keer zo laag is. Nederland bevindt zich mondiaal tussen de middenmoot en subtop (waarbij zij opgemerkt

dat het in tabel 1.4 om de prevalentiecijfers uit het ESEMeD-onderzoek gaat, die circa eenderde lager uitvallen dan de prevalentiecijfers van het Nemesis-onderzoek; zie paragraaf 1.2).

Tabel 1.4 laat ook zien dat de mondiale verdeling van de prevalentiecijfers van psychische stoornissen een ander patroon vertoont dan de verdeling van 'subjective well-being', zoals afgebeeld in figuur 1.1. Daarin behoort juist de Verenigde Staten tot de landen met het hoogste niveau van subjective well-being en Nigeria tot de landen met een relatief laag niveau van subjective well-being. Verder valt op dat er ook tussen de westerse landen onderling en de niet-westerse landen onderling grote verschillen bestaan in de gevonden prevalenties. Er is geen sprake van een duidelijke rijk-arm, oost-west of noord-zuid verdeling. Individuele kenmerken van de 14 landen (en twee steden) lijken bepalender. Overigens zijn de verhoudingen tussen de prevalentiecijfers voor de verschillende hoofdcategorieën van psychische stoornissen in de DSM-IV in de meeste landen wel min of meer identiek. Angststoornissen worden doorgaans wat vaker gemeten dan stemmingstoornissen en deze beide weer beduidend meer dan stoornissen in verband met middelengebruik.³

Samenvattend suggereren internationale vergelijkingen dat de beschikbare cijfers over psychische stoornissen niet alleen een weergave zijn van de objectieve geestelijke gezondheid van de bevolking - zo die is vast te stellen - maar ook van andere factoren die van invloed zijn op de beleving, duiding en uiting van de eigen geestelijke gezondheid. Daarbij onderscheidt Nederland zich in internationaal perspectief als een land waar relatief veel mensen zich gelukkig zeggen te voelen, relatief weinig mensen psychische klachten ('psychological distress') melden, maar toch relatief veel mensen volgens psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek met psychische stoornissen te kampen hebben.

1.4 TRENDS IN HET NIVEAU VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Bekend is dat de fysieke gezondheid van de Nederlandse bevolking (en die van de bevolking in de westerse wereld in het algemeen) in de afgelopen eeuw zeer sterk is verbeterd. Maar wat is bekend over de ontwikkeling die de *geestelijke* gezondheid van de bevolking heeft doorgemaakt?

Een populair beeld is dat van een trend van een afnemende geestelijke gezondheid als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen. Dat beeld wordt onder andere ingegeven door signalen van een toenemende werkdruk, toenemende normatieve onzekerheid, het wegvallen van oude sociale verbanden en steunstructuren (buurt, familie, kerkgemeenschap), een snel groeiende informatie-overload en mondiale dreigingen (klimaat). Ook het sterk gestegen gebruik van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in de

laatste decennia (zie hoofdstuk 2 en deel II van dit rapport) draagt bij aan het beeld van een verslechterende geestelijke gezondheidstoestand van de bevolking.

Zorgen om actuele maatschappelijke ontwikkelingen en de invloed daarvan op de geestelijke gezondheid zijn echter niet nieuw. Ook in vroeger tijden werd de ‘moderne samenleving’ vaak beschouwd als een gevaar voor de geestelijke gezondheid.⁵ Niet zelden konden en kunnen naast de doemscenario’s ook ontwikkelingen geïdentificeerd worden, die de geestelijke volksgezondheid juist ten goede komen. Denk wat de recente geschiedenis betreft aan de sterk toegenomen welvaart en de verbeterde fysieke gezondheid (belangrijke determinanten van ‘subjectieve well-being’, volgens recente meta-analyses¹¹), de sterk verbeterde leef- en arbeidsomstandigheden, het oplossen van knellende religieus-maatschappelijke verbanden en verplichtingen en de toegenomen ruimte voor persoonlijke ontplooiing.

Trendcijfers

Om aan speculaties een eind te maken, zijn trendcijfers nodig. Bij voorkeur zijn dat cijfers die met een zelfde instrument en volgens een zelfde methodiek op opeenvolgende momenten in de tijd verzameld zijn. Epidemiologisch of bevolkingsonderzoek naar indicatoren voor geestelijke gezondheid is echter pas in de laatste decennia tot ontwikkeling aan het komen, vaak met gebruikmaking van uiteenlopende en zich door de tijd ontwikkelende (dus veranderende) meetinstrumenten. Betrouwbare trendcijfers zijn daarom zeer schaars en waren tot voor enkele jaren geleden zo goed als afwezig.

Niettemin hebben Schoemaker e.a., mede dankzij de cumulatie van het beschikbare cijfermateriaal in de afgelopen jaren, kans gezien om recentelijk tot wat betrouwbaarder en steviger onderbouwde uitspraken te komen over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking in de afgelopen circa 30 jaar.⁵ Daarbij hebben zij onder andere gebruik gemaakt van landelijke cijfers van het CBS, het SCP en het Nivel (de Nationale Studie van verrichtingen in de Huisartsenpraktijk). De trendanalyse concentreerde zich op het voorkomen van angst- en stemmingklachten en -stoornissen onder de volwassen bevolking.

Schoemaker e.a. concluderen dat de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking in de periode 1975 – 2006 ongeveer gelijk is gebleven. Deze conclusie verwoorden ze met betrekking tot klachten over depressie iets stelliger dan met betrekking tot angstklachten en -stoornissen, waar de verschillende cijfers een iets gemêleerder beeld laten zien. Maar in zijn algemeenheid zijn er volgens de auteurs geen aanwijzingen voor een verslechterende geestelijke gezondheid.

De conclusie van een gelijkblijvend niveau van geestelijke gezondheid in de afgelopen decennia wordt ondersteund, zo signaleren Schoemaker e.a., door Amerikaans epidemiologisch onderzoek, waaruit blijkt dat in de Verenigde Staten de prevalentie van psychische problematiek niet is toegenomen tussen 1990-2003.¹³ Een bevestiging van de bevindingen wordt ook gevonden in enkele langlopende cohortstudies in het buitenland. Uit cohortstudies in Zweden (over de periode 1947-1997), in Canada (1970-1992) en in de Verenigde Staten (1981-2004) blijkt “dat de incidentie van angst en depressie de afgelopen decennia ongeveer gelijk is gebleven”.⁵

Gelijkblijvende geestelijke gezondheid in veranderende context

Voorzichtig geformuleerd zijn er vooralsnog geen aanwijzingen dat de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking in de afgelopen decennia is verslechterd of verbeterd. Dat wil nog niet zeggen dat de omgang met geestelijke (on)gezondheid hetzelfde is gebleven. Cijfers over ggz-gebruik wijzen op veranderende patronen daarin (zie deel II). Ook de sociale of maatschappelijke consequenties van geestelijke gezondheidsproblemen kunnen, bij een op zichzelf gelijkblijvend gezondheidsniveau, veranderen.

In de volgende twee paragrafen wordt op een rij gezet wat op dit moment bekend is over de relatie tussen geestelijke gezondheid en een aantal sociale en maatschappelijke factoren.

1.5 SOCIAALDEMOGRAFISCHE EN SOCIAALECONOMISCHE FACTOREN

Uit zowel Nederlands als buitenlands onderzoek is de afgelopen jaren duidelijk geworden dat geestelijke gezondheid ongelijk is verdeeld over verschillende bevolkingsgroepen. Er bestaat een relatie tussen enerzijds het gemeten niveau van geestelijke (on)gezondheid en anderzijds sociaaldemografische en sociaaleconomische factoren. Hieronder worden de belangrijkste onderzoeksbevindingen besproken.^{4;6;8;10;14;15}

Sociaaldemografische factoren

In alle onderzoeken naar geestelijke gezondheid komen vrouwen als beduidend minder ‘geestelijk gezond’ naar voren dan mannen. Vrouwen rapporteren gemiddeld een lager geestelijk welbevinden dan mannen; ook melden vrouwen beduidend meer psychische klachten.^{4;6} Volgens het Nemesis-onderzoek lopen vrouwen naar verhouding bijna twee keer zoveel kans als mannen op een stemmingsstoornis of angststoornis. De ESEMeD-studie komt voor Europa tot vergelijkbare cijfers. Alleen als het gaat om een stoornis in verband met middelengebruik rapporteren beide laatstgenoemde studies een beduidend hogere prevalentie bij mannen.

Verschillen tussen mannen en vrouwen worden ook gevonden in het HBSC-onderzoek naar gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Jongeren blijven doorgaans buiten beschouwing in bredere bevolkingsonderzoeken naar geestelijke gezondheid. Het HBSC-onderzoek is juist gericht op de schoolgaande jeugd. Die wordt onder andere gevraagd naar psychische problemen, in het bijzonder emotionele en gedragsproblemen. De resultaten laten zien dat meisjes meer emotionele problemen melden en jongens meer gedragsproblemen. De resultaten laten ook zien dat de verschillen in aantallen jongens en meisjes met psychische problemen aanvankelijk – in de lagere schooltijd – nog niet zo groot zijn, maar dat naarmate de jongeren ouder worden de psychische problemen bij meisjes fors toenemen, terwijl ze bij jongens afnemen. Op 16-jarige leeftijd melden meisjes bijna twee keer zoveel problemen als op 12-jarige leeftijd. Bij de jongens zijn de problemen juist met een derde afgenomen. Op 16-jarige leeftijd melden meisjes meer dan twee keer zoveel psychische problemen als jongens (waarbij meer dan vijf keer zoveel emotionele problemen).

Onderzoekresultaten over de samenhang tussen leeftijd en geestelijke gezondheid vanaf de volwassen leeftijd, zijn minder eenduidig. Uit de Eurobarometer komt naar voren dat het geestelijk welbevinden van jongvolwassenen groter is dan dat van ouderen. De Nemesis- en ESEMeD-studies rapporteren echter juist bij jongeren meer stoornissen dan bij ouderen (Nemesis vooral stoornissen in verband met middelengebruik). Volgens het CBS meldt juist weer de middencategorie (25-45 jaar) de meeste psychische klachten.¹⁶

Duidelijker patronen zijn weer wel te herkennen als het gaat om de gezinssituatie en de woonomgeving. In vergelijking met anderen hebben alleenstaanden (vooral alleenstaande ouders) volgens het Nemesis-onderzoek en het ESEMeD-onderzoek met een relatief slechte psychische gezondheid te kampen. Uit beide studies blijkt ook dat bij mensen die in verstedelijkte gebieden wonen meer psychische stoornissen worden vastgesteld. De CBS-gegevens over psychische klachten bevestigen dit beeld¹⁶ evenals de overzichtsstudie van de EC over geestelijke gezondheid in Europa. Wel constateren de auteurs van het EC-rapport dat de tegenstellingen tussen stad en platteland wat minder scherp worden, wanneer rekening gehouden wordt met andere factoren (bevolkingssamenstelling).

Veel is de afgelopen jaren gewezen op het gebrek aan gegevens over de geestelijke gezondheid van allochtonen of immigranten. In deel II van deze trendrapportage wordt wat uitgebreider stil gestaan bij de verhouding van allochtonen tot de ggz en met name over het zorggebruik van allochtonen. Daarin wordt ook een aantal Nederlandse bronnen aangehaald die tenminste enige indicatie geven van de psychische gezondheid van allochtonen. Die bronnen spreken elkaar deels tegen. Maar waar ze overeenkomen suggereren ze dat er tussen de verschillende bevolkings-

groepen aanzienlijke verschillen bestaan. Het patroon dat zich lijkt af te tekenen is dat, vergeleken met het Nederlandse gemiddelde, mensen met een Turkse achtergrond relatief veel psychische problemen melden (vooral depressie), mensen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond relatief weinig, terwijl mensen met een Marokkaanse achtergrond ongeveer op het landelijke gemiddelde zitten. Wel zijn er aanwijzingen dat schizofrenie juist wat vaker wordt vastgesteld bij mensen met een Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond (zie deel II van deze trendrapportage).

In het HBSC-onderzoek onder de schoolgaande jeugd is ook naar etnische achtergrond gekeken. Daarbij werden in zijn algemeenheid geen verschillen tussen allochtonen en autochtonen gevonden in de mate waarin zij met psychische problemen te kampen hebben, wel in de aard ervan: allochtone jeugdigen melden meer gedragsproblemen en problemen met leeftijdgenoten, autochtone meer met hyperactiviteit.

In het EC-rapport over *The State of Mental Health in the European Union*, wordt eveneens op het gebrek aan betrouwbare gegevens over de geestelijke gezondheid van allochtonen gewezen. Wel wordt het ESEMeD-onderzoek aangehaald waaruit blijkt dat in Nederland geborenen minder psychische klachten melden dan niet in Nederland geborenen. Die verschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn in Nederland groter dan in België, maar bijvoorbeeld weer beduidend lager dan in Duitsland en Frankrijk. Verder geeft het rapport een overzicht van kleinere, lokale onderzoeken, waaruit onder andere blijkt dat bij immigranten relatief hoge prevalenties van schizofrenie worden gevonden (in Nederland, zo wordt ook dit rapport vastgesteld, vooral bij mensen uit Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen en dan met name bij de tweede generatie). Verder wordt onderzoek aangehaald waaruit blijkt dat vluchtelingen relatief (zeer) veel met psychische problemen te kampen hebben.

Resumerend: geestelijke gezondheid is ongelijk verdeeld over mannen en vrouwen. Of preciezer geformuleerd: er zijn grote verschillen tussen mannen en vrouwen in antwoordpatronen op de gangbare meetinstrumenten voor geestelijke gezondheid. Ook worden meer geestelijke gezondheidsproblemen gesignaleerd bij alleenstaanden (vooral alleenstaande ouders) en bij stedelingen. Minder duidelijk zijn vooralsnog de relaties met leeftijd en etniciteit.

Sociaaleconomische factoren

In nog iets sterkere mate dan met sociaal sociaaldemografische factoren worden in onderzoek relaties gevonden van geestelijke gezondheid met sociaaleconomische factoren, in het bijzonder met opleidingsniveau, inkomensniveau en arbeidsstatus.

Zo worden in het Nemesis-onderzoek bij lager opgeleiden twee tot drie keer zoveel psychische aandoeningen gevonden als bij hoger opgeleiden. In de Eurobarometer melden mensen met een kortere opleiding een lager niveau van welbevinden. ESEMeD-cijfers en CBS-gegevens laten wat minder eenduidige patronen zien, maar de resultaten van het HBSC-onderzoek onder de schoolgaande jeugd in Nederland zijn weer zeer uitgesproken. VMBO-b leerlingen melden bijna drie keer zoveel psychische problemen als VWO-leerlingen. Met name gedragsproblemen of problemen met leeftijdgenoten komen veel vaker voor, maar ook emotionele problemen en somatische klachten als hoofdpijn en buikpijn.

Ook inkomensniveau hangt samen met geestelijke gezondheid. Het Nemesis-onderzoek vindt hogere prevalentiecijfers van psychische aandoeningen bij mensen met een laag of gemiddeld inkomen. Ook de overzichtstudie van de EU over de geestelijke gezondheid van de bevolking van de EU-lidstaten, laat zien dat mensen met een laag inkomen vaker met geestelijke gezondheidsproblemen te kampen hebben.

Een belangrijke factor is verder vooral de arbeidsstatus. In het Nemesis-onderzoek worden bij werklozen en mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering twee tot drie keer zoveel psychische aandoeningen gevonden als bij anderen. Ook bij huisvrouwen en huismannen worden relatief veel psychische aandoeningen gesignaleerd. In de Eurobarometer melden eveneens werklozen, huismannen en huisvrouwen een lager geestelijk welbevinden. En ook de ESEMeD-gegevens laten een duidelijk patroon zien: bij werklozen worden twee keer zoveel psychische aandoeningen vastgesteld als bij anderen.

Recente CBS-gegevens over arbeidsgehandicapten³ in Nederland, suggereren eveneens een relatie tussen geestelijke gezondheid en de arbeidssituatie.¹⁷ Volgens die gegevens telt Nederland anno 2006 circa 1,7 miljoen arbeidsgehandicapten (laagopgeleiden zijn ook in deze groep oververtegenwoordigd). Die 1,7 miljoen vormen 16 % van de bevolking van 15 tot 65 jaar. Daarvan heeft 25 % (ofwel 400.000 mensen) psychische klachten. Dat is in de CBS-metingen anderhalf á twee keer zoveel als onder de algemene bevolking (in een Europese overzichtstudie van Sayze en Curran worden vergelijkbare cijfers gevonden over arbeidsgehandicapten met psychische problemen).¹⁸ Uit de CBS-gegevens blijkt ook dat het totaal aantal arbeidsgehandicapten in de afgelopen jaren niet is gewijzigd, maar dat het aandeel arbeidsgehandicapten met psychische klachten wel is gestegen. Dat kan erop duiden dat er toch sprake is van een toename van psychische klachten onder de bevolking; het kan ook duiden op een toenemende

^a *Arbeidsgehandicapten* zijn in het CBS-onderzoek personen met een langdurige ziekte, aandoening of handicap, die aangeven hierdoor belemmerd te worden in het uitvoeren of verkrijgen van werk.¹⁷

impact (bij een op zichzelf gelijkblijvende prevalentie) van psychische klachten op de arbeidssituatie of andersom.

Gewezen zij ook op een onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau waarin een sterke relatie wordt gevonden tussen sociale uitsluiting en geestelijke gezondheid.¹⁹ Sociale uitsluiting wordt in dit onderzoek uiteen gelegd in vier dimensies: onvoldoende sociale participatie, onvoldoende normatieve integratie (naleven van centrale normen en waarden), materiële deprivatie en onvoldoende toegang tot sociale rechten. Bovenaan de lijst van risicogroepen voor sociale uitsluiting behoren volgens het SCP-onderzoek alleenstaande ouders en mensen met psychische problemen. Uit het onderzoek blijkt dat mensen met psychische problemen veel minder sociale contacten hebben dan anderen. Ook hebben ze beduidend minder toegang tot adequate maatschappelijke dienstverlening en zorg en hebben ze vaker financiële problemen.

Gewezen zij ten slotte op een meta-analyse in het EC- overzichtsrappport over de geestelijk gezondheid van de Europeanen, waarin wordt vastgesteld dat “mental disorders are significantly more frequent in socially disadvantaged populations”.¹⁰

1.6 GEESTELIJKE ONGEZONDHEID EN MAATSCHAPPELIJKE UITVAL

Geestelijke gezondheidsproblemen gaan relatief vaak samen met sociaal-economische achterstanden en zelfs met sociale uitsluiting, zo bleek hierboven. In deze paragraaf staan we kort stil bij deze relatie en bij de factoren die daarin een rol lijken te spelen. Eén van de vragen die zich daarbij aandienen, is hoe de oorzaak-gevolg relaties liggen: dragen psychische problemen bij tot sociale achterstand of draagt de sociale achterstandssituatie bij tot psychische problemen? Het meest waarschijnlijke antwoord is: beide.

‘Uitburgeringsprocessen’

Dat psychische problemen, wanneer ze ernstig genoeg zijn of lang genoeg aanhouden, diep kunnen ingrijpen in iemands sociale en maatschappelijke leven, is uit tal van onderzoeken duidelijk geworden en bleek ook onlangs nog uit de enquêteresultaten van de Eurobarometer. Op basis van die resultaten concluderen de auteurs dat “mental health problems, when present, appears to have enormous negative effects on working life and social relations”.⁴ De WHO heeft schattingen gemaakt, in termen van de ‘disability burden’, van de verhouding van de impact op de kwaliteit van leven van geestelijke gezondheidsproblemen tot die van andere gezondheidsproblemen. In een overzicht van de WHO-bevindingen wordt geconcludeerd dat “mental health problems account for approximately 20% of the total burden of ill health in Europe”. En: “This estimate of burden is just the tip of the iceberg; what makes mental health almost unique is the broad impact it can have on all aspects of life, including physical health, family relationships, social networks and employment status”.^{20;21}

Psychische problemen kunnen een grote impact hebben op iemands sociale en maatschappelijke leven en zo bijdragen aan het ontstaan van een sociale achterstand. Maar ook het omgekeerde is het geval: ongunstige sociale omstandigheden kunnen bijdragen aan het ontstaan, manifest worden of verergeren van psychische problemen. Zo valt met het verlies van een betaalde baan (wegens werkloosheid of arbeidsongeschiktheid), niet alleen een bron van inkomsten weg, maar ook van sociale contacten, sociale status, erkenning, zingeving, zelfvertrouwen, zelfwaardering, etc.²² In *Een kwestie van uitburgering* geeft Wolf een uitgebreide beschrijving, op basis van onderzoek, van de wijze waarop sociale of maatschappelijke tegenslag of achterstelling cumulatieve processen in gang kan zetten die leiden tot een afnemend handelingsvermogen, het verdwijnen van bindingen met anderen en de aantasting van zelfbeeld en identiteit.^{18;19;23-25}

Hiermee is niet gezegd dat sociaaleconomische factoren de enige factoren zijn die kunnen bijdragen aan het ontstaan van psychische problemen. Onder andere uit het Nemesisis-onderzoek komt naar voren dat een geschiedenis van mishandeling of verwaarlozing of een psychiatrische voorgeschiedenis van één van de ouders voorspellende factoren zijn voor psychische aandoeningen.²⁶ Duidelijk is wel dat sociaaleconomische factoren een initiërende, versterkende of bestendigende rol kunnen spelen.

Werk

Het lijkt bij de relatie tussen geestelijke gezondheid en sociale omstandigheden om een continue wisselwerking te gaan, die zowel een negatieve als een positieve richting kan aannemen. De cijfers in paragraaf 1.5 suggereren dat het al dan niet hebben van werk, een belangrijke spil is in deze wisselwerking. De belangrijke sociale en psychologische betekenis van werk is hierboven al genoemd. Onderzoek laat zien dat, wanneer mensen eenmaal uit het arbeidsproces zijn gevallen, herstel van psychische klachten problematischer wordt. Ook voor het omgekeerde proces bestaan aanwijzingen: met het verkrijgen en behouden van werk komen belangrijke hulpbronnen voor de betrokkene beschikbaar die de mogelijkheden tot herstel weer doen toenemen.²²

Werk is voor mensen met (ernstige) psychische problemen echter niet altijd gemakkelijk te krijgen of te behouden. Uit het eerder aangehaalde CBS-onderzoek blijkt dat arbeidsgehandicapten met psychische klachten vaker dan andere arbeidsgehandicapten aangeven te willen werken, maar zichzelf juist minder kans geven op daadwerkelijke herintrede. “Psychische klachten zijn ... een sterk belemmerende factor voor deelname aan de arbeidsmarkt”, aldus het CBS.¹⁷ Overzichtsstudies naar de arbeidssituatie van de circa 80.000 á 100.000 mensen met de meest ernstige psychische problemen (voor zover in beeld bij de ggz), laten zien dat ook van deze groep een meerderheid zou willen werken maar dat niet meer dan 5 á 10 % een betaalde baan heeft.²⁷ De cijfers suggereren dat naarmate de psychische problemen ernstiger zijn, de

wens om te werken niet per se minder wordt, maar de kans op een baan wel navenant afneemt.

De wisselwerking tussen geestelijke gezondheid en sociale omstandigheden maakt ook dat de maatschappelijke impact van geestelijke ongezondheid (bij een op zichzelf gelijkblijvend niveau daarvan) door de tijd heen kan variëren. Wolf identificeert een aantal maatschappelijke ontwikkelingen die er mogelijk toe bijdragen dat mensen met psychische problemen (zonder dat per se de geestelijke gezondheid van de bevolking als geheel toe- of afneemt) gemakkelijker aan ‘uitburgeringsprocessen’ ten prooi vallen. Tot die ontwikkelingen behoren het wegvallen van ‘gebaande paden’, het steeds ingewikkelder, bureaucratischer en veeleisender worden van de samenleving, maar juist ook het steeds dwingender ideaal van de autonome burger, de steeds dominantere functie van betaald werk en de verschuiving van sociale bindingen en sociale cohesie van ‘familie’ en ‘wijk’ naar de arbeidsplaats.²³ Zo bezien is het denkbaar dat de Nederlandse bevolking geestelijk steeds zonder wordt, maar ook steeds gemakkelijker in de problemen komt wanneer men toch psychische klachten krijgt, zeker wanneer men daarbij buiten het arbeidsproces komt te staan.

Stigmatisering

De afgelopen jaren heeft ook het nodige onderzoek plaatsgevonden naar de beeldvorming over mensen met psychische problemen. Uit dat 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. Mensen met psychische problemen die zonder werk zitten, zien stigma als belangrijkste barrière voor maatschappelijke participatie.^{18;28;29}

Illustratief voor de beeldvorming over mensen met psychische problemen in brede zin, zijn de cijfers in Tabel 1.5, afkomstig uit het Eurobarometer-onderzoek. De tabel laat zien dat meer dan de helft van de Nederlandse bevolking mensen met psychische of emotionele gezondheidsproblemen onvoorspelbaar vindt en dat een kwart meent dat ze een gevaar vormen voor anderen. De tabel laat ook zien dat de beeldvorming in andere Europese landen nog iets negatiever is (waarbij overigens niet duidelijk is of men elders dezelfde associatie heeft met de omschrijving ‘psychische of emotionele gezondheidsproblemen’). Een overzichtsstudie van het Trimbos-instituut naar de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen laat zien dat met name de arbeidssector afwijzend staat (meer dan andere sectoren) tegenover de participatie van mensen met langduriger psychische problemen in de samenleving.²⁷ Een recent Europees overzicht van Sayce en Curran wijst uit dat minder dan vier van tien werkgevers bereid zegt te zijn iemand met psychische problemen in dienst te nemen.^{18;29}

TABEL 1.5 MENINGEN VAN DE EUROPESE EN NEDERLANDSE BEVOLKING OVER MENSEN MET PSYCHISCHE OF EMOTIONELE GEZONDHEIDSPROBLEMEN⁴

“Mensen met psychische of emotionele problemen...”	Europese bevolking	Nederlandse bevolking
	%	%
“...zijn onvoorspelbaar”	63	59
“...zijn een gevaar voor anderen”	37	25
“...zullen nooit herstellen”	21	13
“...hebben hun problemen aan zichzelf te wijten”	14	6

Laatstgenoemde auteurs halen ook eigen onderzoek aan, waaruit blijkt dat bovenstaand beeld nog enigszins geflatteerd is en dat er een scherp onderscheid bestaat in de perceptie van enerzijds acceptabele en vanuit externe omstandigheden verklaarbare ‘psychological distress’ (psychische nood) en anderzijds ‘being mental’ (een ‘psychiatrische stoornis’ hebben of een ‘psychiatrisch patient’ zijn). Voor verklaarbare en invoelbare ‘psychological distress’ lijkt de acceptatie en tolerantie wel aanwezig. Voor ‘echte psychiatrische patiënten’ veel minder. Vooral op laatstgenoemde categorie lijken bovenstaande stereotypingen betrekking te hebben.^b

“Stigmatization ... also contributes to the low priority of mental health in policy making,” zo wordt opgemerkt in een achtergrondstudie bij de enkele jaren geleden opgestelde European Ministerial Declaration on Mental Health.³⁰ Inmiddels zijn er ook aanwijzingen voor een kentering. Die zijn onder andere te vinden in die Declaration zelf en het bijbehorende actieprogramma. Daarin worden ‘sociale inclusie’ en destigmatisering tot topprioriteit van het Europese geestelijke gezondheidsbeleid verklaard.² Ook in het Green Paper over de *Mental health policy* van de Europese Commissie komt het vraagstuk van sociale uitsluiting en geestelijke gezondheid expliciet aan de orde.³¹ In een overzicht van de Europese ontwikkelingen van de afgelopen 7 á 8 jaar concluderen Wait en Harding dat “recent European policies have made a significant step in moving mental health from the strict confines of the specialist psychiatric domain,

^b Ingegeven door deze bevindingen plaatsen Sayce en Curran kanttekeningen bij de ‘simple, educative message’ dat een psychische ziekte een ziekte is als elke andere. Die boodschap houdt enerzijds in de beeldvorming het scherpe maar kunstmatige onderscheid tussen verklaarbare distress en ‘being mental’ in stand en veronachtzaamt anderzijds de brede impact, ten gevolge van uitsluitingsprocessen en stigmatisering, van ernstiger en langduriger psychische problemen op iemands sociale en maatschappelijke leven.¹⁸ Ook andere onderzoekers wijzen erop dat de problemen van mensen met ernstige of langduriger psychische klachten zich juist tengevolge van stigmatisering sterk onderscheiden van problemen van mensen met andere (gezondheids)klachten.^{32:42}

to recognising it as a wider societal issue with broad implications for cross-sectoral care, family life, the workplace and the community”.³² (In het slothoofdstuk van dit rapport wordt wat uitgebreider bij deze Europese beleidsontwikkelingen stil gestaan). Het groeiende inzicht in de maatschappelijke kosten van geestelijke ongezondheid, speelt daarbij ongetwijfeld een rol.

1.7 KOSTEN VAN GEESTELIJKE ONGEZONDHEID

Bij kostenramingen van gezondheidsproblemen, wordt doorgaans een onderscheid gemaakt in directe kosten en indirecte kosten. De directe kosten zijn de gezondheidszorgkosten, de indirecte kosten zijn alle overige kosten, zoals kosten ten gevolge van productiviteitsverlies, uitkeringen en aangepaste huisvesting.

Directe kosten

De belangrijkste directe kostenpost van geestelijke gezondheidsproblemen wordt gevormd door de uitgaven aan gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. In Nederland bedroegen deze uitgaven anno 2007 ruim 4 miljard euro (zie hoofdstuk 2). Dat is 6,1 % van alle zorgkosten in Nederland, 0,8 % van het Bruto Binnenlands Product^c en circa € 250 per inwoner.^{6;7;33;43} Volgens gegevens van de WHO loopt Nederland daarmee min of meer in de pas met de rest van Europa.³⁴

Uitgaven aan ggz zijn echter niet de enige directe kosten ten gevolge van geestelijke ongezondheid. Andere zorgkosten zijn bijvoorbeeld die in verband met huisartsbezoek. Over deze overige zorgkosten zijn geen gegevens bekend. Wel is bekend dat mensen met psychische problemen relatief vaak ook lichamelijke gezondheidsproblemen hebben en naar verwachting op die grond een relatief groot beroep op gezondheidszorg doen. Soms worden ook de kosten van medicijngebruik tot de directe kosten gerekend. Exacte gegevens zijn ook daarover niet bekend, maar volgens een inventarisatie van Sobocki e.a. (2006) bedraagt het aandeel van medicatiekosten in de totale directe kosten van depressie in Nederland circa 15 %.³⁵ Extrapolerend naar de totale directe kosten van geestelijke ongezondheid, betekent dat dat deze op minimaal 1 % van het Bruto Binnenlands Product zouden uitkomen.

^c Het Bruto Binnenlands Product (BBP) is een indicator voor de omvang van een economie en wordt gedefinieerd als (de waarde van) de totale productie van goederen en diensten binnen een land.

Verhouding directe – indirecte kosten

Smit e.a. hebben recent op basis van de Nemesis-gegevens een schatting gemaakt van de verhouding tussen directe en indirecte kosten van een aantal 'common mental disorders' in Nederland.³⁶ Bij de directe kosten werden niet meegeteld de kosten van medicatie maar wel de kosten van vervoer (directe niet-medische kosten). Indirecte kosten werden berekend op basis van gegevens over productiviteitsverlies (met name 'werkdagen ziek thuis'). De berekeningen resulteerden in een gemiddelde kostenpost van € 3200 per volwassen Nederlander met een psychische aandoening. Verreweg het grootste deel daarvan - 85 % - betreft indirecte kosten, ofwel kosten ten gevolge van verlies van arbeidsproductiviteit. Daarbij zij aangetekend dat de zorgkosten van mensen die vanwege psychische problemen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, niet in de berekeningen van Smit e.a. zijn meegenomen (deze populatie maakt geen onderdeel uit van het Nemesis-bestand). Maar ook wanneer daarmee rekening gehouden wordt, suggereren de resultaten dat de indirecte kosten van geestelijke gezondheidsproblemen de directe zorgkosten verre overtreffen.

Buitenlands onderzoek komt tot vergelijkbare bevindingen. In een overzicht van Europese studies naar het aandeel van de kosten van productiviteitsverlies in de totale kosten van psychische stoornissen, vinden Curran e.a. percentages van tussen de 65 en 70 %.³⁷ In het eerder aangehaalde onderzoek van Sobocki e.a. over de kosten van depressie, komen de auteurs voor Europa tot een verhouding van indirecte tot directe kosten (exclusief medicatie) van 70 % tot 30 % (en voor Nederland tot een verhouding van 71 % tot 29 %).³⁵ In een andere recente, internationale review van nationale kostenramingen van psychische aandoeningen komen de meeste studies uit op percentages van indirecte kosten in de totale kosten van rond de 75 %.^{20;38;39}

Economische impact

Het algemene beeld is dat maatschappelijke uitval, en daarbinnen (tijdelijke danwel permanente) uitval uit het arbeidsproces, de belangrijkste kostenpost is van psychische aandoeningen (en een veel grotere dan die van de directe zorgkosten). Veel auteurs merken op dat de schattingen van de indirecte kosten vermoedelijk nog aan de conservatieve kant zijn. Doorgaans worden bijvoorbeeld kosten die verband houden met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen of informele zorg buiten beschouwing gelaten.

Steeds nadrukkelijker wordt er ook op gewezen dat psychische ongezondheid, vanwege deze relatie met maatschappelijke uitval, een aanzienlijke economische impact heeft. In een overzicht van *The economics of mental health care in Europe*, wordt onderzoek aangehaald waarin het aandeel van de kosten van psychische aandoeningen in het totale Bruto Binnenlandse Product wordt geschat op 3 à 4 % (cijfers die in lijn liggen met bovenstaande bevindingen). Ook daarbij wordt opgemerkt dat het vermoedelijk om een lage schatting gaat.^{20;40}

In het Green Paper van de Europese Commissie over geestelijke gezondheid in Europa worden deze percentages over de economische impact van geestelijke gezondheidsproblemen ook aangehaald. Ze vormen één van de belangrijkste argumenten van de EC om te pleiten voor meer aandacht voor geestelijke gezondheid en in het bijzonder voor de sociale en maatschappelijke aspecten ervan.⁴¹ Oplossingen voor de negatieve economische impact van geestelijke gezondheidsproblemen worden overigens niet als vanzelfsprekend in investeringen in de ggz gezocht. Daarvoor is het eerst nodig te bezien wat de ggz bijdraagt aan het herstel en de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen.³⁸

1.8 BALANS: GEESTELIJKE GEZONDHEID ALS MAATSCHAPPELIJK VRAAGSTUK

Geestelijke gezondheid is een breed begrip, dat op verschillende manieren wordt gedefinieerd en in de onderzoekspraktijk ook op verschillende manieren wordt gemeten. Mede om die redenen lopen cijfers over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking uiteen.

Informatiever dan de absolute cijfers – die vooral afhankelijk zijn van de gehanteerde instrumenten en cut-off points – zijn internationale of historische vergelijkingen van onderzoeksresultaten met identieke instrumenten en vergelijkingen van de (op dezelfde wijze gemeten) geestelijke gezondheidstoestand van verschillende sociaal-demografische en sociaaleconomische bevolkingscategorieën. In dit hoofdstuk is een aantal onderzoeksbevindingen daarover op een rij gezet. (Voor een volgende rapportage zal, met name voor wat betreft de trends, de zojuist gestarte tweede Nemesis-studie veel nieuwe informatie kunnen genereren.)

Internationale, historische en sociaaleconomische patronen

Uit die onderzoeksbevindingen blijkt dat de Nederlandse bevolking tot de ‘gelukkigste’ in Europa en in de wereld behoort. Het geestelijk welbevinden staat in Nederland vanuit internationaal perspectief gezien op een relatief zeer hoog niveau. Ook melden respondenten in Nederland relatief weinig ‘psychological distress’ (psychische klachten).

Niettemin worden in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek in Nederland relatief veel mensen met psychische stoornissen aangetroffen. Volgens de eerste Nemesis-studie gaat het op jaarbasis om circa 23 % van de volwassen bevolking, waarbij angst (12%), depressie (8%) en middelenafhankelijkheid (9%) de meest gevonden stoornissen zijn. Het internationale ESEMeD-onderzoek hanteert een iets ander instrument en komt tot een prevalentie van psychische stoornissen op jaarbasis van 15 % van de bevolking, waarvan een ruime meerderheid aan een ‘lichte stoornis’ zou lijden en een

kleine groep - 2 % van de bevolking - aan een 'ernstige stoornis' (verhoudingen die met het door ESEMeD gehanteerde instrumentarium ook in andere landen worden gevonden).

Een goede verklaring voor deze combinatie van relatief hoog subjectief welbevinden en een relatief hoge prevalentie van psychische stoornissen in Nederland (Italianen scoren precies andersom), is niet gemakkelijk te geven. De bevindingen maken wel aannemelijk dat culturele of andere factoren van invloed zijn op de beleving, duiding en uiting van de eigen geestelijke gezondheid.

In dit hoofdstuk is ook gebleken dat de geestelijke gezondheid(sbeleving) in de afgelopen decennia in Nederland niet lijkt te zijn verslechterd of verbeterd. Gegevens uit andere westerse landen bevestigen het beeld van een min of meer ongewijzigde geestelijke gezondheidstoestand van de bevolking.

Wel blijkt uit het Nederlandse en buitenlandse onderzoek dat geestelijke gezondheid sterk gerelateerd is aan een aantal sociaaldemografische en sociaaleconomische factoren. Vrouwen en mensen in een sociale achterstandssituatie - lage opleiding, laag inkomen en met name het ontbreken van een betaalde baan wegens werkloosheid of arbeidsongeschiktheid – hebben vaker met geestelijke gezondheidsproblemen te kampen dan anderen (een bevinding die onafhankelijk is van de gehanteerde meetmethode; bij mannen wordt overigens wel vaker dan bij vrouwen afhankelijkheid van middelen aangetroffen).

Onderzoeksgegevens suggereren dat sociale achterstand en geestelijke gezondheidsproblemen elkaar kunnen versterken (zoals er ook aanwijzingen zijn voor omgekeerde, iteratieve, sociaal-mentale herstelprocessen). Onderzoek laat ook zien dat wanneer in dit neergaande proces een bepaald punt wordt gepasseerd en het label 'psychiatrisch patiënt' van toepassing wordt geacht, de betrokkenen ook te maken krijgen met stigmatisering; een fenomeen dat door 'psychiatrische patiënten' en hun naasten wel beschouwd wordt als de meest hardnekkige barrière voor herintrede in het maatschappelijk verkeer c.q. in het arbeidsproces.

Met name vanwege deze maatschappelijke aspecten worden de kosten van geestelijke gezondheidsproblemen tamelijk hoog ingeschat. In alle ramingen overtreffen de indirecte, 'maatschappelijke' kosten verre de directe zorgkosten. Conservatieve Europese ramingen van de kosten van geestelijke gezondheidsproblemen als aandeel van het Binnenlandse Product komen uit op 3 á 4 %.

Impact op beleid

Het beschikbaar komen van cijfers over de maatschappelijke en economische aspecten van geestelijke ongezondheid, heeft er inmiddels mede toe bijgedragen dat geestelijke gezondheid nadrukkelijker op de Europese beleidsagenda is komen te staan. Daarbij neemt in de tot dusverre verschenen notities het tegengaan van sociale uitsluiting en stigmatisering een prominente plaats in. In hoofdstuk 6 wordt uitgebreider stil gestaan bij de daartoe in de Europese beleidscontext aangedragen strategieën.

REFERENTIES BIJ HOOFDSTUK 1

1. World Health Organization (2001). *The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.
2. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Mental health action plan for Europe*. Helsinki: WHO.
3. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., Angermeyer, M.C., Bernert, S., De Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E.G., Fayyad, J.A., Karam, A.N., Mneimneh, Z.N., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., De Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, J.M., Vilagut, G., Bromet, E.J., Gluzman, S., Webb, C., Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Anthony, J.C., Von Korff, M.R., Wang, P.S., Brugha, T.S., Aguilar-Gaxiola, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Zaslavsky, A.M., Ustun, T.B., Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21): 2581-2590.
4. European Commission (2006). *Mental well-being: eurobarometer*. European Commission: Brussel.
5. Schoemaker, C., Ten Have, M., Verhaak, P. (2007). Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62(10): 824-835.
6. Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). *Gezondheid en zorg in cijfers 2006*. Voorburg/Heerlen: CBS.
7. Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl. <http://statline.cbs.nl>.
8. Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
9. Jorm, A.F. (2006). National surveys of mental disorders: are they researching scientific facts or constructing useful myths? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10): 830-834.
10. European Commission (2004). *The state of mental health in the European Union*. Brussel: European Commission.
11. White, A. (2007). A global projection of subjective well-being: a challenge to positive psychology? *Psychtalk*, 56(1): 17-20.
12. Marks, N., Abdallah, S., Simms, A., Thompson, S. (2006). *The Happy Planet Index: an index of human well-being and environmental impact*. London: New Economics Foundation.

13. Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B., Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24): 2515-2523.
14. Van Dorsselaer, S., Zeijl, E., Van de Eckhout, S., Ter Bogt, T., Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005: gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
15. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., De Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martinez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W.A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Supplement 420): 21-27.
16. Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl. <http://statline.cbs.nl>.
17. Lautenbach, H., Cuijpers, M., Kösters, L. (2007). *Arbeidsgehandicapten 2006: arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
18. Sayce, L., Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 34-59. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
19. Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag: SCP.
20. World Health Organization (2005). *The economics of mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
21. Knapp, M., McDaid, D., Amaddeo, F., Constantopoulos, C., Oliveira, M.D., Salvador-Carulla, L., Zechmeister, I., The MHEEN Group (2007). Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health*, 16(2): 167-180.
22. Van Weeghel, J. (1995). *Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Utrecht: SWP.
23. Wolf, J. (2002). *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: SWP.
24. Jehoel-Gijsbers, G. (2003). *Sociale uitsluiting: een conceptuele en empirische verkenning*. Den Haag: SCP.
25. Knapp, M., McDaid, D. (2007). The Mental Health Economics European Network. *Journal of Mental Health*, 16(2): 157-165.

26. Bijl, R.V., Van Zessen, G., Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek: II: prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(50): 2453-2460.
27. Van Hoof, F., Geelen, K., Van Rooijen, S., Boevink, W., Kroon, H. (2004). *Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps: monitorrapportage vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
28. Plooy, A., Van Weeghel, J. (2007). Stigmatisering en discriminatie van mensen met psychische aandoeningen: een update. In: A.H. Schene (red.). *Jaarboek van psychiatrie en psychotherapie 2007-2008*, p. 323-334. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
29. Kilian, R., Becker, T. (2007). Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(2): 211-222.
30. 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.
31. European Commission (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussel: European Commission.
32. Wait, S., Harding, E. (2006). *Moving to social integration of people with severe mental illness: from policy to practice*. London: International Longevity Centre-UK.
33. Vektis (2006). *Zorgmonitor 2006: financiering van de zorg in 2005*. Zeist: Vektis.
34. McDaid, D., Knapp, M., Curran, C. (2005). *Funding mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
35. Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2): 87-98.
36. Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., De Graaf, R., Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(4): 193-200.
37. 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.
38. 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.
39. Luppá, M., Heinrich, S., Angermeyer, M.C., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98(1-2): 29-43.

40. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (2007). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 1-14. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
41. European Commission (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussel: European Commission.
42. 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.
43. Hilderink, I., Van 't Land, H. (2008). *GGZ in getallen 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.

2 GGZ-AANBIEDERS EN –VOORZIENINGEN

2.1 INLEIDING

Hulp bij psychische problemen is niet aan gespecialiseerde professionals voorbehouden. Doorgaans proberen mensen hun psychische problemen in eerste instantie zelf op te lossen, zonder professionele hulp en al dan niet met steun of advies van vrienden, familie, kennissen, ouders, partners, collegae of andere 'informele zorgverleners'. Voor een aanzienlijk deel van de betrokkenen lijkt deze aanpak te voldoen: er zijn voorzichtige aanwijzingen dat bij ruim twee derde van diegenen die op een bepaald tijdstip voldoen aan de 'officiële' (DSM-)criteria voor een stemmingsstoornis, angst of middelenmisbruik en die hun psychische problemen zelf of met hun omgeving proberen op te lossen, de problemen na een jaar over zijn.¹

Er is ook groep die op enig moment bij professionele hulpverleners aanklopt^a. Dat kunnen hulpverleners in het commerciële circuit zijn, maar ook hulpverleners en instellingen uit de 'officiële' (collectief gefinancierde) gezondheidszorg. Zo maakt ruim een kwart (27 %) van de mensen die volgens het Nemesis-onderzoek psychische problemen hebben, melding van die problemen bij de huisarts of een andere hulpverlener in de eerstelijns gezondheidszorg zoals maatschappelijk werker of bedrijfsarts (peiljaren 1996 – 1999). Voor een deel van hen lijkt dát afdoende en wordt men door de huisarts of een andere eerstelijns hulpverlener goed genoeg geholpen.

Een groep van circa 16 % van de mensen met psychische problemen klopt volgens het Nemesis-onderzoek uiteindelijk aan bij een tot de officiële (collectief gefinancierde) gezondheidszorg behorende hulpverlener of hulpverleningsinstelling, die gespecialiseerd is in het bieden van hulp bij psychische problemen.² In dit rapport concentreren we ons op deze collectief gefinancierde, professionele, in hulp bij psychische problemen gespecialiseerde hulpverleners en hulpverleningsinstellingen, kort gezegd de professionele geestelijke gezondheidszorg. Dat doen we in het besef dat hulp bij psychische problemen niet alleen daar, maar ook op vele andere plekken geboden wordt.

^a Zie voor een uitgebreide analyse van het zorggebruik van mensen met psychische problemen deel II van de Trendrapportage GGZ 2008.

De collectief gefinancierde, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Deze collectief gefinancierde, professionele, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bestaat uit een breed en gevarieerd palet aan aanbieders en voorzieningen. Men kan voor ggz aankloppen bij een individuele, zelfstandig gevestigde hulpverlener of bij een grote, regionaal of provinciaal opererende instelling. En men kan in de ggz terecht voor een adviesgesprek, maar men kan ook 'in de ggz wonen'. Het palet aan ggz-aanbieders en voorzieningen is ook steeds in beweging, mede onder invloed van beleidsontwikkelingen en veranderende financieringskaders.

Voorliggend hoofdstuk bevat een overzicht van de aanbieders- en voorzieningenstructuur in de ggz, zoals die zich manifesteerde aan de vooravond van de invoering van de nieuwe financieringssystematiek voor de ggz (zie hoofdstuk 3 voor de recente ontwikkelingen in de financiering van de ggz). Dat is grofweg het tijdvak 2005-2007. Het accent ligt op een kwantitatieve beschrijving van de situatie op dat moment, maar waar mogelijk worden ook kwantitatieve trends over de voorafgaande jaren in beeld gebracht.^b

In een achtergrondstudie bij deze deelrapportage wordt dieper ingegaan op de beleidscontext van de ontwikkelingen in de afgelopen decennia en met name op de invloed van die beleidsontwikkelingen op de aanbiedersstructuur in de ggz. Deze achtergrondstudie onderstreept ook nog eens dat het in dit hoofdstuk geschetste beeld een momentopname is, maar maakt ook duidelijk waarom de ggz er in het eerste decennium van deze eeuw uitziet zoals hier beschreven. Op verschillende plaatsen in dit hoofdstuk en ook verderop in dit rapport zullen we op deze achtergrondstudie terugrijpen. Drie hoofdlijnen uit de achtergrondstudie en in de ontwikkelingen van de afgelopen decennia, willen we hier ter introductie van de in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens alvast noemen.

Regionalisering, schaalvergroting en (het streven naar) vermaatschappelijking

De eerste is de ontwikkeling van de ggz van een bonte lappendeken aan voorzieningen aan het eind van de jaren zestig tot een relatief homogene, overzichtelijke, regionaal geordende sector rond de eeuwwisseling. Het streven van de rijksoverheid om te komen tot een regionaal geordend en binnen de regio's dekkend en zo geïntegreerd mogelijk ggz-aanbod, is een belangrijke motor achter deze ontwikkeling geweest en heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de huidige organisatie en structuur van de ggz.

De tweede hoofdlijn in de ontwikkelingen van de afgelopen decennia is de schaalvergroting in de aanbiedersstructuur. Mede als gevolg van het hierboven genoemde overheidsbeleid (maar niet in alle opzichten als doelstelling daarvan) zijn regionale

^b In de komende jaren zullen de gegevens steeds worden geactualiseerd.

ggz-aanbieders steeds meer gaan samenwerken en uiteindelijk fuseren tot grote, brede instellingen, die vaak het volledige pallet aan ggz-voorzieningen bieden.

Een derde hoofdlijn is het (internationale) streven naar vermaatschappelijking van de ggz, ofwel het streven om de zorg voor mensen met (langdurige) psychische problemen zo in te richten dat zij zo min mogelijk geïsoleerd raken en zoveel mogelijk in de gelegenheid blijven om een sociaal en maatschappelijk leven te leiden. Onder andere deconcentratie van voorzieningen en extramuralisering van de zorg (de ontwikkeling van een intensief, sociaal en maatschappelijk georiënteerde hulpaanbod als alternatief voor verblijf binnen instellingen) werden als middelen daartoe beschouwd.

Tot zover een korte introductie op de in dit hoofdstuk gepresenteerde (trend)cijfers. Elementen van de genoemde (beleids)ontwikkelingen zullen in de loop van het hoofdstuk terugkeren.

Opzet van het hoofdstuk

De presentatie begint, in paragraaf 2.2, met een overzicht van de aanbiedersstructuur van de ggz anno 2006. Feiten en cijfers worden op een rij gezet over de verschillende categorieën ggz-aanbieders, waaronder zowel instellingen als vrijgevestigde ggz-hulpverleners. Ook worden de achtergronden gepresenteerd van de arbeidskrachten die werkzaam zijn in de ggz. Paragraaf 2.3 beschrijft de voorzieningen die deze ggz-instellingen en -hulpverleners bieden ('ambulante' hulp, opnamevoorzieningen, woonvoorzieningen etc.) en de kwantitatieve ontwikkelingen die zich daarin in de afgelopen jaren hebben voorgedaan, waar mogelijk belicht vanuit een internationaal perspectief. In paragraaf 2.4 komen de uitgaven aan en (voor zover daarover iets bekend is) de opbrengsten van de professionele, gespecialiseerde ggz aan de orde. In de slotparagraaf worden de belangrijkste bevindingen op een rij gezet. Ook wordt daarin nog eens stil gestaan bij de gesignaleerde trends in de aanbieders- en voorzieningenstructuur van de ggz in het licht van de in de achtergrondstudie beschreven beleidsontwikkelingen van de afgelopen periode.

2.2 DE AANBIEDERS

2.2.1 INSTELLINGEN EN ZELFSTANDIG GEVESTIGDEN

In 2006 kan men voor professionele geestelijke gezondheidszorg in Nederland terecht bij verschillende typen van gespecialiseerde ggz-aanbieders. De volgende drie hoofd-categorieën zijn te onderscheiden:

- a. Ggz-instellingen
- b. Zelfstandig gevestigde ggz-hulpverleners
- c. Gespecialiseerde ggz-afdelingen van brede zorginstellingen

Ggz-instellingen

Tot de ggz-instellingen rekenen we die zorginstellingen die zich nagenoeg volledig toeleggen op het bieden van enigerlei vorm van geestelijke gezondheidszorg. Ggz-instellingen kunnen onderscheiden worden in brede ofwel geïntegreerde ggz-instellingen en gespecialiseerde ggz-instellingen.

De brede ggz-instellingen zijn instellingen waarin min of meer het volledige scala aan ggz-voorzieningen wordt geboden. Dat wil zeggen ambulante hulp, opname-voorzieningen, verblijfs-/woonvoorzieningen, maar ook (doorgaans kleinschaliger) voorzieningen op het gebied van dagbesteding, arbeid, preventie en dienstverlening (zie paragraaf 2.3).

Naast deze brede ggz -instellingen zijn verschillende gespecialiseerde ggz-instellingen actief. De volgende categorieën van gespecialiseerde ggz-instellingen richten zich op een specifieke categorie voorzieningen:

- Zelfstandige Algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Apz-en): hoofdzakelijk opname- en verblijfsvoorzieningen
- Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg's): hoofdzakelijk ambulante voorzieningen
- Regionale instellingen voor beschermd wonen (Ribw-en); hoofdzakelijk kleinschalige woonvoorzieningen (beschermd wonen) en ambulante begeleiding aan mensen met langdurige psychische problemen

Daarnaast is er een categorie van gespecialiseerde ggz-instellingen te onderscheiden, die zich richten op specifieke categorieën cliënten (categorale instellingen). Dat zijn:

- Gespecialiseerde jeugdpsychiatrische klinieken
- Gespecialiseerde aanbieders van verslavingszorg
- Gespecialiseerde aanbieders van forensisch-psychiatrische zorg

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal ggz-instellingen in 2006, volgens het ledenbestand van brancheorganisatie GGZ Nederland.

Brede, geïntegreerde ggz-instelling	41
Algemeen Psychiatrische Ziekenhuis (zelfstandig)	3
Riagg (zelfstandig)	7
Ribw (zelfstandig)	20
Gespecialiseerde kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek (zelfstandig)	10
Gespecialiseerde instelling voor verslavingszorg (zelfstandig)	13
Gespecialiseerde instelling voor forensische zorg (zelfstandig)*	6
Totaal	100

* Forensisch-psychiatrische zorg werd in 2006 vanuit drie soorten instellingen geboden: a. vier 'niet-justitiële' zorginstellingen met een forensisch-psychiatrische afdeling of kliniek, b. vijf zelfstandige, particuliere 'justitiële' forensisch-psychiatrische inrichtingen en c. vier zelfstandige 'justitiële' rijksinrichtingen voor TBS. Tot de zes in de tabel genoemde zelfstandige, in forensisch-psychiatrische zorg gespecialiseerde lid-instellingen van GGZ Nederland, behoren volgens opgave van de branche-organisatie alle vijf de particuliere klinieken ad b en één van de vier rijksinrichtingen ad c.

Bron: GGZ Nederland, 2007

De tabel laat zien dat er volgens de gegevens van GGZ Nederland in 2006 honderd ggz-instellingen zijn, waarvan twee op de vijf een brede ggz-instelling is. Qua omvang nemen deze brede ggz-instellingen een veel groter aandeel van de ggz voor hun rekening. Volgens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) besteden de brede ggz-instellingen in 2005 circa twee derde van het totale ggz-budget.³

Verreweg de meeste ggz-instellingen zijn van oorsprong regionaal georiënteerd (uitgezonderd de zeer gespecialiseerde afdelingen en de drie laatstgenoemde, categorale voorzieningen, die van oudsher een breder, soms landelijk bereik hebben). Voor de meeste instellingen geldt die overwegend regionale insteek nog steeds, al oriënteert een aantal zich steeds meer op een boven- danwel multi-regionale aanpak (zie hoofdstuk 5). Verder zij vermeld dat vrijwel elke ggz-instelling zijn voorzieningen aanbiedt vanuit een aantal verschillende locaties in (en soms dus ook buiten) de regio. Sommige grote ggz-instellingen beschikken over 30 of 40 locaties.

Als gezegd: de situatie zoals die in dit hoofdstuk wordt beschreven, is een moment-opname. Tabel 2.1 zou er vijftien jaar geleden dan ook heel anders hebben uitgezien. In de inleiding werd al gewezen op de opkomst van de brede ggz-instellingen, die het resultaat is geweest van een fusiegolf van voormalige Riagg's, Apz-en en RIBW-en. Laatstgenoemde instellingen bepaalden in de jaren '80 en begin jaren '90 nog het beeld in de ggz. Telde de ggz begin jaren negentig nog circa 200 instellingen^c, in 1998 waren dat er nog 160 en in 2006 was het aantal instellingen gedaald tot 100. In deze periode – begin jaren '90 tot 2006 - nam het aantal zelfstandige Riagg's af van 61 tot 7, het aantal zelfstandige Apz-en van 52 tot 3 en het aantal zelfstandige Ribw-en van 47 tot 20.^{4,6} De fusiebeweging heeft in sommige regio's geleid tot een sterke concentratie van het zorgaanbod. Zo werd de geestelijke gezondheidszorg in provincies als Zeeland, Groningen, Friesland en Drenthe in de afgelopen jaren voor het grootste deel verzorgd door één instelling.

De huidige aanbiederstructuur in de ggz is dus het resultaat van een proces van schaalvergroting in de afgelopen jaren. In de achtergrondstudie in bijlage I wordt onder andere ingegaan op de achtergronden van deze fusiebeweging in de ggz. Voor dit moment zij vermeld dat verschillende factoren een rol lijken te hebben gespeeld, waaronder aanvankelijk de inzet van het overheidsbeleid op intensieve regionale afstemming in de ggz en in een latere fase de aankondiging van een ingrijpende stelselwijziging. Verderop in dit rapport wordt verkend welke aanwijzingen er momenteel zijn voor de richting van het verdere verloop van dit proces. Is het hoogtepunt bereikt of zet de fusiebeweging en de schaalvergroting verder door (zie hoofdstuk 5)?

Zelfstandig gevestigde ggz-hulpverleners

Gespecialiseerde, professionele geestelijke gezondheidszorg wordt geboden door instellingen, maar ook door zelfstandig gevestigde hulpverleners. Tot de gespecialiseerde ggz-aanbieders worden met name de zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten gerekend. De zelfstandig gevestigde (eerstelijns-)psychologen werden tot voor kort niet tot de ggz gerekend, omdat ze niet werden gefinancierd uit de publieke, specifiek aan de ggz toegewezen middelen, maar uit aanvullende verzekeringen of uit eigen middelen van de betreffende cliënten. Recent is dit onderscheid in financiering voor een belangrijk deel weggevallen (zie hoofdstuk 4) en daarmee het formele onderscheid tussen enerzijds gespecialiseerde ggz door vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en anderzijds professionele ggz door andere gespecialiseerde vrijgevestigde beroepsbeoefenaren (psychologen, maar bijvoorbeeld ook sociaal psychiatrische verpleegkundigen).

^c Exclusief medische kindertehuizen en medische kleuterdagverblijven, die destijds nog wel maar inmiddels niet meer tot de ggz gerekend worden.

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de aantallen van deze drie belangrijkste categorieën van vrijgevestigde GGZ-hulpverleners. In totaal zijn er in 2006 circa 2900 vrijgevestigde ggz-hulpverleners, waarvan psychotherapeuten en psychologen de grootste groepen vormen. Alle drie de groepen zelfstandig gevestigden zijn (in lijn met de algehele capaciteitsstijging in de gezondheidszorg) in de afgelopen tien jaar in omvang toegenomen. De psychotherapeuten het meest met een groei van gemiddeld 9 % per jaar sinds 1996, gevolgd door de zelfstandig gevestigde psychologen, met een gemiddelde groei van 7 % per jaar sinds 1998. Het aantal psychiaters steeg minder snel: gemiddeld iets minder dan 4 % per jaar sinds 1996.^{4,6-8}

TABEL 2.2 AANTAL ZELFSTANDIG GEVESTIGDE GGZ-HULPVERLENERS - 2006^{6,8}

Psychotherapeuten*	1069
Psychiaters	640
Psychologen	1195

* Betreft leden van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten. Het werkelijke aantal is vermoedelijk iets hoger.

De beschikbaarheid van vrijgevestigde ggz-hulpverleners is overigens zeer ongelijk over het land verdeeld, ook als rekening wordt gehouden met bevolkingsdichtheid. Tabel 2.3 geeft de cijfers voor de psychotherapeuten en de psychiaters. De cijfers laten zien dat het beschikbare aanbod per 100.000 inwoners in Noord-Holland en Utrecht ruim twee keer zo groot is als gemiddeld in Nederland. Zeeland en Friesland lijken de minst aantrekkelijke vestigingsplaatsen; in deze beide provincies blijft het aanbod ver bij het gemiddelde achter.

TABEL 2.3 AANTAL VRIJGEVESTIGDE PSYCHIATERS EN PSYCHOTHERAPEUTEN PER 100.000 INWONERS (2006)⁶

	<i>Psychiaters</i>	<i>Psychotherapeuten</i>	<i>Psychiaters + psychotherapeuten</i>
Noord-Holland	8,5	13,2	21,7
Utrecht	5,7	13,8	19,5
Gelderland	3,9	6,9	10,8
Drenthe	4,3	5,2	9,5
Groningen	4,5	4,2	8,7
Zuid-Holland	2,8	4,8	7,6
Limburg	2,3	4,5	6,8
Noord-Brabant	2,1	3,8	5,9
Overijssel	2,6	3,3	5,9
Friesland	2,3	2,3	4,6
Zeeland	2,1	1,6	3,7
Flevoland*	0	2,1	2,1
Nederland	3,4	5,5	8,9

* *Het ontbreken van psychiaters in Flevoland is vermoedelijk een administratieve oneffenheid in de gegevens.*

Als gezegd ligt het accent in dit hoofdstuk op de gespecialiseerde ggz. Daarnaast wordt ook wel gesproken van een eerstelijns ggz, waartoe - naast de vrijgevestigde ('eerstelijns')psychologen - met name de huisartsen en de algemeen maatschappelijk werkers worden gerekend. De eerstelijns ggz is, anders dan de gespecialiseerde ggz, in minder mate te beschouwen als een afzonderlijke, georganiseerde sector en meer als een 'werkveld' van een aantal beroepsgroepen. Dit 'werkveld' speelt wel een belangrijke rol in de cliëntenstromen in de ggz. In deel II van deze trendrapportage komt de eerstelijns ggz daarom uitgebreider aan bod. Voor dit moment zij vermeld dat Nederland in 2006, naast de eerstelijns psychologen, 8495 praktiserende huisartsen telt, die gemiddeld in 6 % van hun patiëntencontacten met psychische en sociale problemen te maken krijgen. In 2005 zijn er verder 2493 fte aan uitvoerende algemeen maatschappelijk werkers, die gemiddeld 56 % van hun cliëntgebonden tijd besteden aan psychische en sociale problemen.⁸

Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen

Ggz-voorzieningen worden niet alleen geboden in ggz-instellingen en door zelfstandig gevestigde ggz-hulpverleners, maar ook vanuit ggz-afdelingen van algemene zorgin-

stellingen. Met name gaat het dan om de Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en). Deze afdelingen bieden hoofdzakelijk kortdurende ambulante en opnamevoorzieningen. Het aantal PAAZ-en is de afgelopen periode tamelijk stabiel gebleven. Anno 2007 zijn er 42 PAAZ-en, dat is iets minder dan een decennium eerder.

De PAAZ-en vormen een relatief eigenstandige deelsector in de ggz. In de afgelopen 15 jaar is er op enig moment vanuit de rijksoverheid op aangedrongen de kortdurende opnamevoorzieningen van de PAAZ-en en die van de andere ggz-instellingen in de regio samen te brengen in Regionale Centra voor Ggz (Rcg; zie ook bijlage I). Dat beleid is echter niet succesvol geweest. Aanvankelijk zijn tien PAAZ-en inderdaad in die Rcg's gaan participeren, maar op enig moment stagneerde de Rcg-ontwikkeling en de deelname van de PAAZ-en daarin weer (dat laatste volgens de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie vooral vanwege visie- en cultuurverschillen en een voorkeur van PAAZ-psychiaters voor het werken in maatschapsverband).^{9,10} (Zie ook bijlage I).

De PAAZ-en laten ook zien dat de grens tussen aanbieders die nog wel en aanbieders die niet meer tot de ggz behoren, niet scherp te trekken is (dat geldt ook voor de voorzieningen). De psychiatrische ziekenhuisafdelingen worden in de officiële productie- en financiële statistieken (onder andere van de Nederlandse Zorgautoriteit en het Ministerie van VWS) wél tot de ggz gerekend, maar psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen niet. Geen van beide zijn aangesloten bij de brancheorganisatie GGZ Nederland. Wel aangesloten bij GGZ Nederland zijn de (particuliere) gespecialiseerde instellingen voor forensisch-psychiatrische zorg. In bestuurlijke zin behoren deze instellingen echter niet (meer) tot de ggz c.q. tot het beleidsterrein van het Ministerie van VWS, maar tot dat van het Ministerie van Justitie. Ook de medische kindertehuizen en medische kleuterdagverblijven werden vroeger wel, maar inmiddels niet meer tot de ggz gerekend (en hebben we ook niet meer in bovenstaande overzichten meege-nomen). Bij de zelfstandig gevestigde psychologen is weer het omgekeerde het geval, zagen we hierboven: vroeger werden ze niet tot de ggz gerekend, inmiddels wel.

Een scherpe afbakening tussen de ggz-aanbieders en niet-ggz-aanbieders is dus niet goed te maken en op voorhand ook niet zinvol. Waar men de grens legt, is afhankelijk van het perspectief van waaruit men dat doet (bestuurlijk, financieel, organisatorisch, zorginhoudelijk). Verder moet rekening worden gehouden met voortdurende veranderingen in de bestuurlijke, organisatorische en financiële structuur door de tijd heen. Ook de registratiebestanden waar de gegevens in dit hoofdstuk uit afkomstig zijn, verschillen onderling soms in de afbakening van de ggz (zie daarvoor de noten bij de tabellen).

2.2.2 ARBEIDSKRACHTEN

De zorgsector telt in 2005 meer dan een half miljoen fte's (full-time equivalenten) aan arbeidsplaatsen. Tabel 2.4 laat zien dat de meeste daarvan te vinden zijn in de ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen (samen goed voor bijna twee derde van de arbeidsplaatsen in de zorg). Na deze sectoren komen, in termen van het aantal arbeidsplaatsen, de gehandicaptensector en de thuiszorg. De geestelijke gezondheidszorg is de kleinste deelsector, met iets minder dan 53.000 fte aan arbeidsplaatsen in 2005 (en in totaal 70.500 werknemers). Het aandeel van de ggz in het aantal arbeidsplaatsen in de zorgsector bedraagt in 2005 bijna 10 %.

	<i>n</i>	%
Ziekenhuizen	175.000	33,0
Gehandicaptenzorg	85.668	16,2
Verpleeg- en verzorgingshuizen	147.784	27,9
Thuiszorg	68.842	13,0
Ggz*	52.649	9,9
Totaal	529.943	100

* Exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigden

Het aantal arbeidsplaatsen in de zorg groeit. Tussen 2001 en 2005 bedroeg die groei gemiddeld 3,7 % per jaar. De groei in de geestelijke gezondheidszorg lag in diezelfde periode boven die van de zorgsector als geheel: 4,9 % (zie ook paragraaf 2.3). Een vergelijkbaar groeipercentage is te zien in de gehandicaptenzorg en de thuiszorg; de sectoren die - samen met de ggz – de ambulante zorg voor hun rekening nemen.¹¹

Brede (gefuseerde) ggz-instellingen nemen in de ggz een steeds belangrijker plaats in, zo zagen we hierboven. Dat is ook te zien aan de personeelscijfers. Anno 2005 bedroeg meer dan drie kwart (75,9 %) van de arbeidsplaatsen in de ggz, arbeidsplaatsen in brede ggz-instellingen. Zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen, Ribw-en en Riagg-en namen respectievelijk 8,6 %, 5,9 % en 2,1 % voor hun rekening.^{d,6}

Tabel 2.5 toont hoe de arbeidsplaatsen binnen de ggz zijn verdeeld over verschillende functiecategorieën. De tabel laat zien dat de helft van de arbeidsplaatsen in

^d Gegevens exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigden.

de ggz wordt bezet door verplegend^e en medisch personeel. Een kwart bestaat uit (psychosociaal of overig) behandelend en begeleidend personeel. De ondersteunende functies (algemeen, administratief en hotelpersoneel) nemen eveneens een kwart van de arbeidsplaatsen voor hun rekening.

TABEL 2.5 AANTAL FTE'S IN DE GGZ, PER FUNCTIECATEGORIE – 2006^{*6}

	<i>n</i>	%
Verplegend personeel	21.554	38,6
Medisch personeel	6.568	11,8
Psychosociaal behandelend en begeleidend personeel	9.244	16,6
Overig behandelend personeel	4.371	7,8
Hotelpersoneel**	3.794	6,8
Algemeen en administratief personeel	10.307	18,5
Totaal	55.838	100

* Exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigden

** Bijvoorbeeld keukenpersoneel, schoonmaakpersoneel

Kijken we naar de ontwikkelingen in de personeelsopbouw in de laatste paar jaar, dan zien we daarin een paar lichte verschuivingen optreden. Tussen 2001 en 2006 is het aantal fte aan wat het 'hotelpersoneel' wordt genoemd (keukenpersoneel, schoonmaakpersoneel), met 1,0 % per jaar gedaald. Het aantal fte aan arbeidsplaatsen voor verplegend personeel, medisch personeel en psychosociaal behandelend en begeleidend personeel is in diezelfde periode gestegen met respectievelijk 3,7%, 4,5 % en 5,3 % per jaar. Het meest steeg echter in deze periode het aantal fte aan algemene en administratieve functies: 10,4 % per jaar.⁶ De precieze oorzaak van deze sterke stijging bij de algemene en administratieve functies, is niet duidelijk; de schaalvergroting in de ggz is een mogelijke factor (zwaardere staf- en managementvereisten), maar denkbaar is ook dat regelgeving en toegenomen verantwoordingsverplichtingen een rol spelen.

De gegevens van GGZ Nederland, waarop bovenstaande cijfers zijn gebaseerd, hebben betrekking op functies in de ggz, niet op beroepsgroepen. Een exact overzicht van

^e Hoofdzakelijk psychiatrisch verpleegkundig (exacte cijfers daarover zijn niet voorhanden) en naar schatting voor 5 á 10 % sociaal psychiatrisch verpleegkundig.

alle beroepsgroepen in de ggz en hun aantallen, is (nog) niet voorhanden. Wel is van enkele voor de ggz belangrijke beroepsgroepen het aantal geregistreerde beroepsbeoefenaren bekend. Tabel 2.6 geeft daarvan een overzicht. Bij deze cijfers tekenen we aan dat niet al deze beroepsbeoefenaren in ggz-instellingen werkzaam zijn. Een aantal is zelfstandig gevestigd (zie hierboven). Met name gezondheidszorgpsychologen zijn ook op grote schaal in andere sectoren werkzaam. Opgemerkt zij verder dat de drie beroepsgroepen overlappen. Psychotherapeuten zijn soms ook psychiater en meestal ook psycholoog.

TABEL 2.6 OMVANG VAN EEN AANTAL BEROEPSGROEPEN – 2005^{12;13}

Psychiaters	2487
Psychotherapeuten	6137
Gezondheidszorgpsychologen (waarvan klinisch psychologen)	11023 (2093)

Tot slot een vergelijking met enkele Europese gegevens over beroepsgroepen in de ggz: Cijfers van Eurostat (het statistisch bureau van de Europese Commissie) laten zien dat het aantal psychiaters in Nederland, gecorrigeerd voor de bevolkingsomvang van de verschillende landen, ongeveer rond het gemiddelde van de EU ligt (Frankrijk, Zwitserland en IJsland zijn de landen met de meeste psychiaters per 100.000 inwoners).¹⁴ De WHO Mental Health Atlas, bevat ook gegevens over aantallen psychiatrisch verpleegkundigen per 100.000 inwoners in verschillende landen. Die cijfers suggereren dat Nederland relatief veel psychiatrische verpleegkundigen telt: 99 per 100.000 inwoners. De mediaan voor de Europese landen ligt volgens de WHO op 28 psychiatrisch verpleegkundigen per 100.000 inwoners.¹⁵ Qua personeelsopbouw lijkt de Nederlandse GGZ dus, ook internationaal gezien, een nogal verpleegkundige ggz.

2.3 DE VOORZIENINGEN

Men kan in de geestelijke gezondheidszorg terecht voor een consultatief gesprek, maar men kan ook ‘in de ggz wonen’, zo gaven we hiervoor aan. Waarmee gezegd wil zijn dat de ggz een breed scala aan voorzieningen biedt. Globaal zijn de volgende hoofdcategoryën van ggz-voorzieningen te onderscheiden:

- ambulante hulp
- opnamevoorzieningen
- woonvoorzieningen
- voorzieningen rond dagbesteding en arbeid
- voorzieningen op het gebied van preventie en algemene ‘dienstverlening’.

In deze paragraaf beschrijven we kort de aard en omvang van deze voorzieningen en de (kwantitatieve) ontwikkelingen die zich daarin hebben voorgedaan. We bespreken hieronder eerst het ambulante hulpaanbod. In paragraaf 2.3.2 gaan we in op de opnamevoorzieningen en de woonvoorzieningen. In paragraaf 2.3.3 komen de overige (in vergelijking met de voorgaande categorieën veel kleinschaliger) voorzieningen aan bod.

2.3.1 AMBULANTE VOORZIENINGEN

In termen van het aantal cliënten dat er gebruik van maakt, is de zogeheten ‘ambulante’ hulp verreweg het belangrijkste type ggz-hulp. Volgens gegevens van brancheorganisatie GGZ Nederland ontving 88 % van alle mensen die in 2006 bij één van de lidinstellingen stonden ingeschreven, in dat jaar uitsluitend ambulante hulp. Van de overige cliënten ontving een deel eveneens ambulante hulp, maar naast één of meer andere hulpvormen^f (zie deel II van deze Trendrapportage).

Bij ambulante hulp gaat het om periodieke contacten tussen een cliënt en een professionele hulpverlener, op afspraak en doorgaans ten kantore van de hulpverlener of hulpverleningsinstelling. Soms vinden contacten plaats bij de cliënt thuis (met name bij mensen met ernstige en sterk op dagelijks functioneren ingrijpende psychische problemen). De functie van de contacten kan variëren van een verkenning van de aard en oorzaak van de problemen, advies over of begeleiding bij de aanpak van of de omgang met die problemen, ondersteuning bij het gebruik van medicatie, tot psychotherapeutische hulp. Naarmate de gesprekken een meer therapeutisch karakter hebben, worden doorgaans ook specifieke therapeutische methodieken gebruikt. Vaak gaat het om combinaties van functies en methodieken. Tot de ambulante hulp kan ook de ambulante crisishulpverlening gerekend worden: ‘psychische noodhulp’, die ook buitenkantooruren beschikbaar is en die met name wordt ingezet wanneer ook de sociale situatie om spoedig ingrijpen vraagt.

Nadruk op kortdurende, extensieve hulp

De frequentie van de ambulante contacten en de duur van de ambulante hulp kunnen (sterk) variëren: van enkele contacten tot jarenlange gespreksessies en van een kort, maandelijks contact tot enkele gesprekken per week. Maar in verreweg de meeste gevallen gaat het om relatief kortdurende, ‘extensieve’ hulp. Dat blijkt onder andere uit analyses van Wennink e.a.¹⁶ met de gegevens van de Psychiatrische Casus Registers uit de regio’s Drenthe en Rijnmond.^g Op basis van gegevens over duur, intensiteit en aard van de ontvangen zorg gedurende een aantal jaren, kwamen Wennink e.a. tot een

^f Gegeven exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigde hulpverleners.

^g Een casusregister is een registratiesysteem waarmee de gang van cliënten door het hele zorgsysteem gedurende langere tijd gevolgd kan worden.

indeling van de clientèle van de ggz in een aantal categorieën van zorggebruikers, te onderscheiden in termen van het genoten zorgaanbod.

Tabel 2.7 geeft een overzicht van deze zogeheten ‘gebruiksgroepen’ en van de relatieve omvang van elk van de groepen. De tabel laat zien dat de ambulante kleinverbruikers verreweg de grootste groep GGZ-cliënten vormen. Het gaat om meer dan twee derde van de cliënten (die gezamenlijk 55 % van alle ambulante contacten ‘consumeren’). Op grote afstand op de tweede plaats komt een groep cliënten die eveneens vrijwel uitsluitend ambulante contacten heeft maar in het verleden ook eens kortdurend is opgenomen. Bij de groep die daarna komt – de ‘draaideurcliënten’ genoemd – is het patroon hetzelfde, maar hebben wat regelmatigere psychiatrische opnamen plaatsgevonden. De groep cliënten die uitsluitend, maar wel intensieve ambulante hulp ontvangt is erg klein.¹⁶

Illustratief zijn ook de bevindingen van Pijl e.a., die op basis van de Psychiatrische Casus Registers (PCR's) van de regio's Drenthe, Rijnmond en Maastricht een onderscheid maken tussen extensieve en intensieve ambulante hulp. Bij de intensieve hulp gaat het om ambulante voorzieningen die in de jaren '90 expliciet in het leven zijn geroepen voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen (onder andere psychiatrische thuiszorg). Bij de extensieve hulp gaat het om de overige ambulante voorzieningen. De analyses laten zien dat in het peiljaar (1998) 7 % van alle ambulante cliënten gebruik maakt van intensieve hulp en 93 % van extensieve hulp.¹⁷

De gegevens van Wennink e.a. en Pijl e.a. zijn inmiddels enigszins gedateerd. Maar ook recentere cijfers van GGZ Nederland laten zien dat het bij ambulante hulp doorgaans om relatief kortdurende hulp gaat (zie voor een uitgebreid overzicht deel II van deze Trendrapportage). Van de cliënten die in 2005 uitsluitend ambulante zorg ontvingen, bedroeg de periode tussen het eerste en het afsluitende contact bij bijna de helft van de cliënten minder dan drie maanden. En bij circa twee derde van de cliënten blijft het aantal contacten beperkt tot tien of minder. Drie kwart (76 %) van de cliënten is binnen een jaar weer uit zorg.^{h:18}

^h Gegeven exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigde hulpverleners.

TABEL 2.7 GEBRUIKSGROEPEN IN DE GGZ-VOLWASSENENZORG (OP BASIS VAN MEERJARIGE GEBRUIKSPATRONEN)*¹⁹

<i>Gebruiksgroep</i>	<i>Typerend voorbeeld</i>	<i>Omvang (% van totaal)</i>
Ambulante kleinverbruikers	cliënt is dit jaar ingeschreven, had 3 ambulante contacten en is niet opgenomen (geweest) in kliniek of dagkliniek.	70
Cliënten met een incidentele periode van intensieve zorg	cliënt is de afgelopen 4 jaar één keer kortdurend opgenomen geweest en heeft daarnaast regelmatig ambulante contacten	12
Draaideurcliënten	cliënt is de afgelopen 7 jaar minstens 4 keer opgenomen, daarnaast veel ambulante contacten	9
Gedwongen opgenomen cliënten	cliënt is de afgelopen 7 jaar minstens 4 keer klinisch opgenomen geweest, waarvan drie keer onvrijwillig	3
Verblijfscliënten**	cliënt woont sedert jaren in een kliniek of een beschermende woonvorm	3
Ambulante grootverbruikers	cliënt is sinds 4 jaar in zorg, heeft tientallen ambulante contacten per jaar en maakt geen gebruik van kliniek	1
Recent opgenomen cliënten zonder GGZ-verleden	cliënt is in het afgelopen jaar opgenomen in kliniek of dagkliniek, heeft nooit eerder gebruik gemaakt van GGZ	1

* *Leeftijdscategorie 20 – 65 jaar; peiljaar 1998*

** *De onderzoekers onderscheiden ook nog een achtste groep – nieuwe Ribw-bewoners. Het gaat om een zeer kleine groep – 0,2 % - die we hier tot de verblijfscliënten rekenen.*

'Ambulante groeipatronen'

De ambulante ggz groeit. Tabel 2.8 laat zien dat het aantal ambulante contacten in de periode 1993 – 2005 fors is gestegen, zij het volgens een onregelmatig patroon. Tussen 1993 en 2001 bedroeg de groei gemiddeld 8 % per jaar. In de periode daarna steeg de groei naar gemiddeld 14 % per jaar.

De tabel laat ook een onderscheid zien in de ontwikkeling van de productiecijfers voor de reguliere ambulante contacten en die voor de gespecialiseerde, doorgaans intensievere ambulante ggz voor mensen met ernstiger psychische handicaps. Die gespecialiseerde zorg heeft in de loop van de jaren '90 een impuls gekregen onder invloed van de zogeheten 'zorg op maat' regeling (zorgvernieuwingsfonds). Deze regeling bood de mogelijkheid om middelen die eigenlijk bestemd zijn voor klinische voorzieningen in te zetten voor ambulante zorgvormen voor mensen met ernstiger psychische handicaps ('substitutie'). Na 2000 werd deze regeling weer afgebouwd, maar werd de betreffende gespecialiseerde productie omgezet in met name de productieparameters 'thuiszorg' en 'gespecialiseerde begeleiding'.

	1993	2001	2005
Reguliere contacten**	3.551	4.539	7.424
Zorg op maat / thuiszorg/ gespecialiseerde begeleiding***		1.287	1.648
Totaal	3.551	5.826	9.072

* *Cijfers wijken vanwege verschillende in- en exclusiecriteria enigszins af van gegevens uit GGZ in tabellen.⁶*

** *Riagg, Apz en PAAZ (PAAZ sinds 2001 opgenomen in NZa-statistieken; gegevens over 1993 inclusief schatting van PAAZ-contacten op basis van groeicijfers overige reguliere contacten).*

*** *Productieparameters thuiszorg, gespecialiseerde begeleiding en schatting van aantal contacten op basis van zorg op maat budgetten.*

Tabel 2.8 laat zien dat in de periode 1993-2001 het aandeel van de (als zodanig geregistreerde) gespecialiseerde ambulante ggz voor mensen met ernstiger psychische handicaps in de totale ambulante productie gegroeid is naar 28 %. In de periode daarna neemt dit aandeel weer iets af, tot 22 % in 2005. De tabel laat verder zien dat in de periode 1993-2001 de groei van de reguliere ambulante ggz relatief bescheiden is met gemiddeld 3,5 % per jaar. Vanaf 2001 neemt juist het groeipercentage van deze reguliere ambulante ggz fors toe, naar gemiddeld 16 % per jaar. Recentere gegevens suggereren dat deze groei ook na 2005 heeft doorgezet.⁶

Bij deze cijfers moet aangetekend worden dat enkele administratieve factoren het beeld mogelijk enigszins vertekenen. Zo heeft in de jaren '90 mogelijk een gedeeltelijk omzetting plaatsgevonden van reeds bestaande, maar tot dan toe als reguliere contacten (en deels ook als verpleegdagen) geregistreerde intensievere begeleidingsvormen voor mensen met ernstiger psychische handicaps, naar de zorg op maat gelden. Omgekeerd heeft de omzetting van de zorg op maat productie vanaf 2001 mogelijk voor

een deel ook plaatsgevonden naar de productieparameters van de reguliere contacten. Een andere mogelijke administratieve vertekening is gelegen in een verschuiving van deeltijd contacten naar ambulante contacten. Anticiperend op de veranderingen in de financiering van de ggz, waarbij niet langer wordt voorzien in deeltijdbehandeling (zie paragraaf 2.3.3 en hoofdstuk 3), hebben instellingen deeltijdbehandelingen mogelijk omgezet in reguliere ambulante parameters. Deze factoren kunnen een deel van de verklaring vormen van de snellere groei van de reguliere contacten na 2001. Een verklaring is echter ook gelegen in een daadwerkelijk versnelde groei van de reguliere ambulante ggz na 2001, onder andere mogelijk gemaakt door het vrijkomen van extra wachtlijstmiddelen en het loslaten van budgetplafonds.

Concluderend kunnen we zeggen dat in de groei van de ambulante ggz sinds 1993 twee fasen zijn te onderscheiden. In de eerste fase, tot 2001, is het vooral de gespecialiseerde ambulante ggz voor mensen met ernstiger psychische handicaps die groeit, terwijl de groei van de reguliere ambulante ggz beperkt blijft. Na 2001 is een versneling van de groei van de totale ambulante ggz-productie te zien, die, afgezien van enkele administratieve vertekeningen, vooral lijkt toe te schrijven een versnelde groei van de reguliere ambulante ggz-productie.

Andere cijfers bevestigen dit beeld. De ontwikkelingen in de ambulante ggz in de jaren '90 zijn goed in beeld gebracht door Pijl e.a., op basis van de gegevens van de Psychiatrische Casus Registers van de regio's Drenthe, Rijnmond en Maastricht. Pijl e.a. laten zien dat in de periode 1990 -1998 zowel de intensieve ambulante hulpvormen voor mensen ernstiger psychische handicaps als de reguliere, extensieve ambulante hulp groeide, maar de intensieve ambulante hulp het meest. Het aantal dagen intensieve ambulante hulp per 1000 inwoners steeg in de betreffende regio's in deze periode van 132 naar 390 en het aantal cliënten per 1000 inwoners dat van deze hulp gebruik maakte van 0.82 naar 2.20. Dat betekent dat zowel het aantal mensen dat intensieve ambulante hulp kreeg fors toenam, als de intensiteit van die hulp per cliënt. In dezelfde periode steeg het aantal extensieve ambulante contacten per 1000 inwoners van 224 naar 327; het aantal cliënten per 1000 inwoners dat deze hulp ontving nam in acht jaar tijd toe van 25.11 naar 31.07. De extensieve ambulante hulp groeide dus ook, maar beduidend minder dan de intensieve hulp.¹⁷

Tussen 1990 en 1998 groeide in de PCR regio's de intensieve ambulante hulp dus sneller dan de extensieve ambulante hulp. In deel II van deze Trendrapportage worden ook gegevens vanuit de PCR regio's over de periode na 2000 gepresenteerd. Die laten zien dat de intensiteit van de ambulante hulp in de eerste jaren van het huidige decennium nog licht is toegenomen. Gegevens van GGZ Nederland bevestigen dat beeld: de intensiteit van de ambulante hulp nam tussen 2003 en 2005 met 12 % toe. De gegevens van GGZ Nederland laten echter ook zien dat in deze periode een veel forsere stijging

heeft plaatsgevonden van het aantal cliënten dat jaarlijks staat ingeschreven bij een ggz-instelling. Dat aantal steeg in vijf jaar tijd met 44 % van 535.000 in 2001 naar 772.000 in 2006. Het jaarlijkse aantal aanmeldingen bij de ggz steeg in deze periode met ongeveer een zelfde percentage tot 363.000 aanmeldingen in 2006.^{ij;6;18;20}

De toename van het aantal aanmeldingen bij de ggz is op zich overigens geen nieuws. Volgens de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid steeg het jaarlijkse aantal aanmeldingen voor ambulante hulp in de periode tussen 1980 en 1997 van 13,7 naar 30,5 per 1000 Nederlanders (groei van 123 % in 17 jaar).²¹ De cijfers van GGZ Nederland duiden wel op een versnelling van deze trend in de afgelopen jaren.^k

Tezamen leiden bovenstaande bevindingen tot de constatering dat de gestage groei van het ambulante ggz-aanbod in de jaren '90 voor een relatief groot deel is toe te schrijven aan de ontwikkeling van intensieve ambulante hulpvormen voor mensen met ernstiger psychische handicaps en voor relatief beperkt deel aan een groeiende clientèle. De versnelde ambulante groei vanaf 2001 lijkt in mindere mate aan een intensivering van de ambulante zorg toegeschreven te kunnen worden, maar vooral aan een versnelde groei van de clientèle. Vooral de kortdurende, extensieve ambulante hulp lijkt sinds het begin van dit decennium in versneld tempo te groeien.

Culturele achtergronden?

Bovenstaande gegevens suggereren dat steeds meer Nederlanders, met name de laatste jaren, vooral voor relatief kortdurende hulp naar de ggz stappen. Recent onderzoek van de Europese Commissie naar 'mental well-being' in Europa, liet al zien dat Nederlanders, volgens eigen opgave, relatief onbevangen staan tegenover het praten over de eigen psychische en emotionele problemen met vrienden of familie, maar ook met professionals. In Nederland lijkt ook, in vergelijking met andere EU-landen, de drempel om bij de professionele ggz aan te kloppen, door de inwoners als relatief laag ervaren te worden. Zo blijkt dat Nederland bij de Europese top vijf behoort als het gaat om de neiging van de inwoners om professionele hulp te zoeken in geval van psychische of emotionele problemen. Nederlanders die professionele hulp zoeken,

ⁱ De gegevens van GGZ Nederland bevatten dubbeltellingen: cliënten die twee keer geregistreerd worden omdat ze van meer voorzieningen gebruik maken of twee keer in een jaar zijn ingeschreven (heraanmeldingen). GGZ Nederland schat het aantal dubbeltellingen op circa 11%. Ervan uitgaande dat het aantal dubbeltellingen door de jaren heen min of meer stabiel is, verklaren ze niet de stijging van het aantal ingeschrevenen en het aantal aanmeldingen.

^j Gegevens exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigde hulpverleners.

^k Een vergelijking van de recente cijfers van GGZ Nederland met die in de Jaarrapportages GGZ uit het midden jaren '90 suggereert dat de aanwas van cliënten tussen dat tijdstip en 2000 even stagneerde.⁴⁵ Dat congrueert met de trends in de productiecijfers.

zeggen ook relatief vaak daarvoor aan te kloppen bij een gespecialiseerde ggz-hulpverlener in plaats van bij een huisarts of andere ‘general practitioner’. Nederlanders geven van alle Europeanen ook het vaakst aan in het afgelopen jaar psychotherapie te hebben ontvangen.^{l,22} (Zie ook Trendrapportage GGZ 2008, deel II.)

Daarmee is overigens nog geen verklaring gegeven voor de voortdurende groei van het aantal ggz-cliënten en van de ambulante ggz of voor de versnelling van die groei in de loop van het huidige decennium. In paragraaf 2.5 zetten we kort enkele mogelijke verklaringen voor die ontwikkeling (en voor enkele andere in dit hoofdstuk gesignaleerde trends) op een rij, mede op basis van de bevindingen in deel II van deze Trendrapportage.

2.3.2 OPNAME- EN VERBLIJFSVOORZIENINGEN

Ambulante hulp is in termen van aantallen cliënten het belangrijkste hulpaanbod van de ggz. Een ander belangrijk onderdeel van ggz wordt gevormd door de opname- en verblijfs- of woonvoorzieningen. Volgens gegevens van GGZ Nederland maakt op jaarbasis circa 10 % van de ggz-cliënten gebruik van deze opname- en verblijfsvoorzieningen.^m

Opnamevoorzieningen

Opnamevoorzieningen (‘intramuraal’ of ‘klinische’ voorzieningen) zijn bestemd voor diegenen die zich vanwege hun psychische problemen of de consequenties daarvan voor een bepaalde periode uit het reguliere sociale leven c.q. uit de thuisomgeving willen of moeten terugtrekken. De cliënt verblijft dan gedurende een bepaalde tijd in een instelling. De opname gaat doorgaans gepaard met enigerlei vorm van behandeling of begeleiding en met medicatieverstrekking. Net als bij de ambulante hulp kan de duur van deze opnames sterk verschillen: van enkele dagen tot meerdere jaren. In het laatste geval krijgt de betreffende voorziening voor de betrokkene meer de functie van woonplek dan die van een time-out of behandelvoorziening. Over het algemeen verblijven cliënten die worden opgenomen gedurende die periode 24 uur per dag in de opnamevoorziening. Wel vinden cliënten die gedurende een langere periode worden opgenomen hun bezigheden overdag soms ook buitenshuis.

Naast de ‘gewone’ opnamevoorzieningen kent de ggz ook voorzieningen voor deeltijdbehandeling of dagbehandeling. Daarbij volgt de cliënt juist overdag therapieën of activiteitenprogramma’s op een ggz-instelling, maar brengt de avonden, nachten en weekenden thuis door.

^l Internationaal cijfermateriaal over de omvang van het feitelijke ambulante ggz-gebruik, is niet beschikbaar.

^m Gegevens exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigde hulpverleners.

Opnamevoorzieningen bevonden zich enkele decennia terug nog in hoofdzaak op de terreinen van de psychiatrische ziekenhuizen. Inmiddels is een belangrijk deel van deze voorzieningen verplaatst naar en verspreid over kleinschaliger locaties in de stad (exacte cijfers over deze 'deconcentratie' zijn niet voorhanden).

Verblijfs- en woonvoorzieningen

Voor cliënten van wie te verwachten is dat zij permanent of tenminste gedurende een aantal jaren 24 uur per dag zorg of begeleiding nodig hebben, of voor wie 24 uur per dag zorg of begeleiding oproepbaar moet zijn, kent de ggz grofweg twee categorieën verblijfs- c.q. woonvoorzieningen. De eerste categorie is sterk gelieerd aan bovengenoemde opnamevoorzieningen, en bestaat met name uit voorzieningen die speciaal in het leven zijn geroepen voor (zeer) langdurige opname ('verblijfspsychiatrie'). Het onderscheid tussen opnameplaatsen en verblijfsplaatsen is daarbij niet altijd even scherp te maken (wanneer wordt een langdurige opname of vervolgbehandeling een verblijf? hoe kort moet een kortdurend verblijf zijn om een opname te heten?). Deze voorzieningen vinden hun oorsprong in de algemene psychiatrische ziekenhuizen; lang tijd waren ze ook vooral op de instellingsterreinen van de psychiatrische ziekenhuizen gevestigd.

De tweede categorie woonvoorzieningen zijn de zogeheten beschermende woonvormen, waarvan de ontstaansgeschiedenis voor een belangrijk deel buiten de psychiatrie ligt, waarin formeel ook geen psychiatrische behandeling wordt geboden en die van oudsher juist niet op een instellingsterrein, maar in een 'gewone woonomgeving' zijn gesitueerd. Beschermende woonvormen zijn vooral ontstaan vanuit de Ribw-en en hun voorgangers.

In beide gevallen - de verblijfspsychiatrie en de beschermende woonvormen - gaat het om geclusterde woonvoorzieningen, met daarbinnen of in de directe nabijheid daarvan zorgvoorzieningen. De laatste jaren vervagen steeds meer de grenzen tussen de beiden typen woonvoorzieningen. Met name fungeren instellingsterreinen langzamerhand wat minder als woonplekken; verblijfsvoorzieningen worden steeds meer aan of net over de rand van de Apz-terreinen gevestigd (ook over deze deconcentratie-beweging zijn geen exacte gegevens voorhanden). Verder neemt het onderscheid tussen de aanbieders van de verschillende typen woonvoorzieningen in betekenis af (veel Apz-en en een deel van de Ribw-en gaan op in brede ggz-instellingen, zie paragraaf 2.2).

Capaciteit en productie

De omvang van het aanbod aan opname- en verblijfsvoorzieningen wordt doorgaans afgemeten aan het aantal plaatsen ('bedden') en het aantal verpleegdagen ('productie'). Voordat we op die capaciteits- en productiegegevens ingaan, moeten we twee kanttekeningen maken.

De eerste is dat in de belangrijkste bron voor deze gegevens (de bestanden en jaarverslagen van de Nederlandse Zorgautoriteit), de tijdelijke opnamevoorzieningen en de meer permanente verblijfsvoorzieningen niet van elkaar te onderscheiden zijn (wel wordt het beschermd wonen apart geregistreerd). De tweede kanttekening is dat er een verschil bestaat tussen de formele capaciteit en de feitelijke capaciteit van de ggz. Instellingen met opname- en verblijfs- (c.q. woon)voorzieningen zijn elk gehouden aan een maximum aantal plaatsen. Dat is de formele, toegelaten capaciteit. Deze formele capaciteit wordt echter niet volledig benut. Voor een deel van de capaciteit worden de middelen, in overleg met de financiers, ingezet voor andere vormen van zorg (de eerder genoemde 'substitutie'). De feitelijke capaciteit aan opname- en verblijfsvoorzieningen is dus lager dan de formele capaciteit.

Tabel 2.9 laat zien dat er anno 2006 formeel bijna 38.000 opnameplaatsen en verblijfsplaatsen in de ggz zijn, waarvan er ruim 32.000 als zodanig in gebruik zijn. Met name van de formele plaatsen voor volwassenen en ouderen is een aanzienlijk deel (22,0 %) niet als opname- of verblijfsplaats in gebruik genomen. De tabel laat ook zien dat de plaatsen voor volwassenen en ouderen, samen met het beschermd wonen het grootste deel van de feitelijke capaciteit voor hun rekening nemen. Volgens de cijfers van het NZa beschikken de gespecialiseerde voorzieningen voor verslavingzorg, kinderen en jeugd en forensisch psychiatrische zorg (uitgezonderd de in 2006 onder het Ministerie van Justitie ressorterende plaatsen) gezamenlijk over 12,9 % van de feitelijke capaciteit. Vermeld zij verder dat circa 5 % van de feitelijke plaatsen onderdeel uitmaken van een PAAZ.²³

TABEL 2.9 OPNAME EN VERBLIJF: FORMELE EN FEITELIJKE CAPACITEIT – 2006⁶

	<i>Formeel</i>	<i>Feitelijk</i>
Volwassenen en ouderen	23.187	18.079
Beschermd wonen	10.225	9.868
Verslavingszorg	1.950	1.891
Kinderen en jeugdigen	1.726	1.565
Forensisch psychiatrische zorg*	697	697
Totaal	37.785	32.100

* Uitsluitend 'niet-justitiële' plaatsen (zie ook noot bij tabel 2.1).

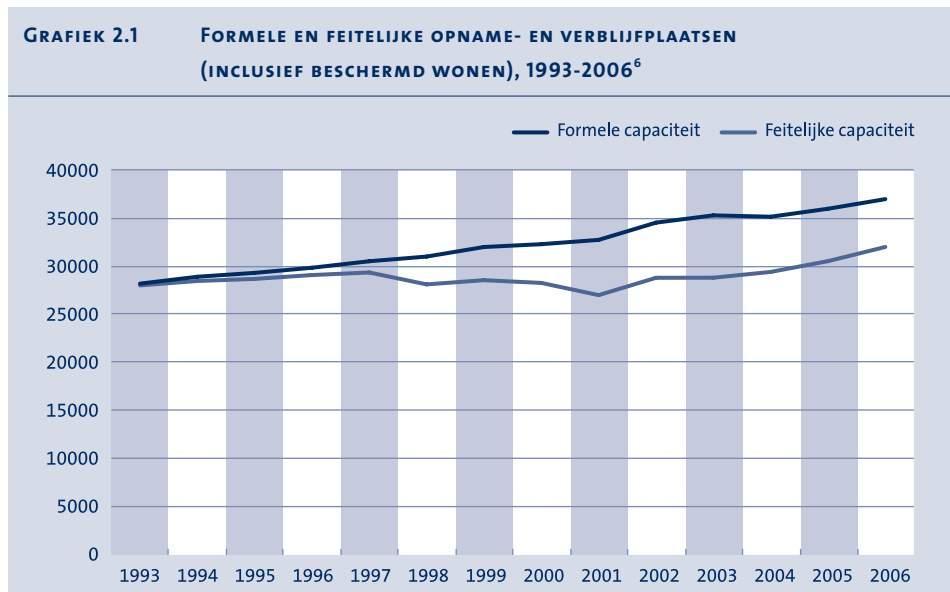
Als gezegd wordt in de NZa-gegevens geen onderscheid gemaakt tussen tijdelijke opnamevoorzieningen en meer permanente verblijfs- en woonvoorzieningen. Wel geven eerdere cijfers van GGZ Nederland een indicatie van de omvang van de beide typen voorzieningen.²⁴ Volgens die cijfers bestond in 2003 circa 42 % van de opnamecapaciteit voor volwassenen en ouderen uit kortdurende opnamecapaciteit en 58 % uit verblijfs- en woonvoorzieningen (we wijzen er nogmaals op dat het onderscheid in werkelijkheid gradueel is.) Passen we deze percentages toe op de cijfers in tabel 2.9 dan betekent dat, het beschermd wonen (als woonvoorziening) meetellend, maar de gespecialiseerde klinieken uitgezonderd, dat de ggz anno 2006 circa 7.600 tijdelijke opnameplaatsen voor volwassenen en ouderen telde en circa 20.300 permanentere verblijfs- en woonvoorzieningen. Dat is een verhouding van 27 % tijdelijke opnameplaatsen versus 73 % verblijf/wonen. Tellen we de gespecialiseerde klinieken wel mee, en beschouwen we de klinische capaciteit van deze voorzieningen volledig als tijdelijke opnamecapaciteit, dan is de verhouding opname-verblijfs capaciteit voor de hele ggz 37 % versus 63 %.

Kort gezegd bestaat grofweg iets minder dan twee derde van de plaatsen voor opname en verblijf in de ggz uit verblijfs- en woonvoorzieningen. Waarbij nogmaals zij vermeld dat de beschikbare gegevens niet meer dan globale schattingen toelaten.

Trend

In de inleiding van dit hoofdstuk werd gesproken over het streven naar extramuralisering, ofwel het streven om de opname- en verblijfs capaciteit van de ggz (voor een deel) af te bouwen ten gunste van de ontwikkeling van (intensieve), ambulante, meer maatschappelijke georiënteerde hulp. Grafiek 2.1 geeft inzicht in de ontwikkeling van die opname en verblijfs capaciteit sinds 1993.

De grafiek laat zien dat zowel de formele als de feitelijke opname- en verblijfs capaciteit tussen 1993 en 2006 niet zijn afgenomen, maar juist zijn toegenomen: de formele capaciteit met 31 % en de feitelijke capaciteit met 14 %. Met name in de eerste acht jaar nam de formele capaciteit sneller toe dan de feitelijke capaciteit: de middelen voor de nieuw toegelaten plaatsen werden in die periode voor een belangrijk deel ingezet voor andere zorgvormen (substitutie). Vanaf circa 2001 stijgen de formele en feitelijke capaciteit weer even snel en het laatste registratiejaar neemt de feitelijke capaciteit zelfs weer iets meer toe dan de formele capaciteit.



Grafiek 2.1 laat ook zien dat zich in de afgebeelde periode schommelingen hebben voorgedaan in de feitelijke capaciteit. Na een periode van lichte stijging, daalde de capaciteit vanaf 1997, om vanaf 2001 weer te stijgen. De opwaartse knik in de grafiek in 2002 heeft overigens een administratieve oorzaak. Vanaf dat jaar werden de PAAZ-en meegeteld in de registraties van het NZa. Het opnemen van de PAAZ-en in de NZa-registratie vormt echter geen verklaring voor de versnelling in de capaciteitsstijging in de laatste drie jaar: tussen 2003 en 2006 groeide de feitelijke opname- en verblijfs-capaciteit van de ggz met 11 %.

Bij de grafiek moet aangetekend worden dat er verschillen in capaciteitsontwikkeling zijn tussen de deelsectoren. Met name het beschermd wonen - weliswaar een residentiële voorziening, maar vanwege de specifieke, kleinschalige vorm ook wel aangeduid als 'semimurale' ggz - heeft in de afgelopen periode een hoge vlucht genomen. In 1993 waren er nog 4173 (feitelijke) plaatsen voor beschermd wonen (14,9 % van alle opname- en verblijfs capaciteit op dat moment). Tot en met 2006 steeg dat aantal tot 9886 feitelijke plaatsen beschermd wonen (30,8 % van alle opname- en verblijfs capaciteit in 2006). De stijging van de capaciteit van voorzieningen voor beschermd wonen neemt daarmee een groot deel van de capaciteitsstijging voor de ggz als geheel voor zijn rekening. Laten we de voorzieningen voor beschermd wonen buiten beschouwing, dan zien we dat de feitelijke capaciteit van de overige opname- en verblijfsvoorzieningen in de ggz in de genoemde periode juist licht is afgenomen (met 7,1 %); een afname die vooral plaats vond bij de intramurale voorzieningen voor volwassenenzorg van de (voormalige) Apz-en.

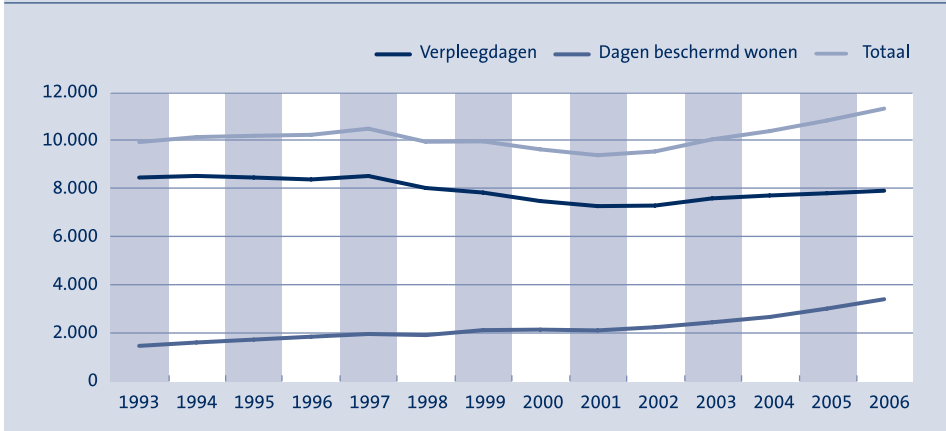
Deze ontwikkeling is ook terug te zien in de productiecijfers van de ggz. Voor wat betreft de opname- en verblijfsvoorzieningen wordt deze productie uitgedrukt in aantallen verpleegdagen en dagen beschermd wonen.

Grafiek 2.2 laat zien dat het totaal aantal verpleegdagen en dagen beschermd wonen tussen 1993 en 2005 met 14 % toenam. Ook hierbij zij aangetekend dat sinds 2002 ook de PAAZ-productie in de NZa-statistieken wordt meegenomen. Deze bedraagt circa 4 % van de totale productie. Hiervoor corrigerend komt de groei van het totaal aantal verpleegdagen en dagen beschermd wonen tussen 1993 en 2003 op circa 10 %. Dat is gelijk aan de bevolkingsgroei over deze periode.

Kijken we apart naar de verpleegdagen dan blijkt dit aantal in de genoemde periode met 6 % te zijn afgenomen, terwijl het aantal dagen beschermd wonen met 132 % is gestegen. De tabel laat ook zien dat het totaal aantal verpleegdagen en dagen beschermd wonen aanvankelijk licht steeg, vanaf 1997 afnam, maar de laatste jaren weer aan het stijgen is (met 13 % tussen 2003 en 2006, voornamelijk maar niet volledig toe te schrijven aan een stijging bij het beschermd wonen).

Niet alleen het beschermd wonen is trouwens gegroeid, dat geldt ook voor de op zichzelf relatief kleine deelsectoren van de specialistische kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en de specialistische verslavingszorgklinieken. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie nam de klinische productie tussen 1993 en 2006 met 65 % toe, in de verslavingszorg bedroeg de productiestijging 90 %. Alleen de productie van de 'reguliere' intramurale voorzieningen voor volwassenenzorg van de (voormalige) Apz-en nam in deze periode af, met circa 20 %. Die afname vond met name plaats in de periode tot 2000. Daarna stabiliseerde de productie van deze voorzieningen.⁶

GRAFIEK 2.2 PRODUCTIE GGZ-INSTELLINGEN UITGEDRUKT IN VERPLEEGDAGEN EN DAGEN BESCHERMD WONEN (x 1000), 1993 – 2006^{*,6}



*Tot 1996 werd een deel van de als verpleegdagen geregistreerde zorg ingezet voor andere zorgvormen. Vanaf 2002 wordt ook de productie van de PAAZ-en (circa 4 % van totaal aantal verpleegdagen) in de NZa-statistieken meegenomen.

‘Klinische/residentiële groeipatronen’

Samenvattend is het beeld dat het totale ‘volume’ aan opname- en verblijfsvoorzieningen - inclusief het beschermd wonen - in de Nederlandse ggz in de loop van de jaren '90 eerst min of meer stabiliseerde, vanaf 2000 weer in een groeibeweging terecht is gekomen en per saldo, over de gehele periode gezien, gelijke tred heeft gehouden met de bevolkingsgroei. Tegelijk heeft een gedeeltelijke verplaatsing van deze voorzieningen plaatsgevonden: het gaat in afnemende mate om voorzieningen in ziekenhuisomgevingen en in sterk toenemende mate om kleinschaliger woonvoorzieningen buiten de ziekenhuisterreinen (‘deconcentratie’). Zo gezien heeft er niet zozeer een extramuralisering, maar een gedeeltelijke semimuralisering van de Nederlandse ggz plaatsgevonden. Overigens zijn ook voorzieningen voor kortdurende opnames in de afgelopen jaren in toenemende mate gedeconcentreerd (exacte cijfers over de kortdurende opnamevoorzieningen zijn echter niet voorhanden).

Betrouwbare trendcijfers over de verhouding tussen tijdelijke opnamevoorzieningen en permanentere verblijfsvoorzieningen zijn niet voorhanden. Het is dan ook niet goed te zeggen of de groei van het beschermd wonen gepaard is gegaan met een even grote krimp van de verblijfspsychiatrie. Vermoedelijk is dat voor een deel, maar zeker niet volledig gebeurd. Per saldo is het aantal cliënten dat in een ggz-instelling woont waarschijnlijk toegenomen, met name in de afgelopen jaren. Maar dankzij de sterke groei van het beschermd wonen is er in de afgelopen jaren vermoedelijk ook extra (oorspronkelijk voor langdurige zorg bestemde) capaciteit vrijgekomen voor kortdurende opnamen.

Die indruk wordt bevestigd door de opnamecijfers. Tussen 1995 en 2001 bleef het aantal eerste opnamen, conform het patroon in de productiecijfers, min of meer stabiel. Daarna begon het jaarlijkse aantal opnamen te stijgen. In 2005 vinden inmiddels ruim 62.000 eerste opnamen plaats, dat is 18 % meer dan in 2001. Weliswaar neemt in deze periode de gemiddelde opnameduur iets af, maar niet zoveel dat dit de toename van het totaal aantal opnamen geheel kan opvangen.^{20;25;26} Opgemerkt zij verder dat in de genoemde periode het aantal onvrijwillige opnamen zowel in absolute als relatieve zin fors stijgt. In 2006 vonden in de hele zorgsector 17.065 onvrijwillige opnamen plaats; een stijging van 52 % ten opzichte van 2000. Vrijwel al deze onvrijwillige opnamen werden gerealiseerd in GGZ-instellingen.⁶ In deel III van de Trendrapportage GGZ 2008 wordt uitgebreid stilgestaan bij de snelle groei van het aantal onvrijwillige opnamen in de ggz en bij en de achtergronden daarvan.

Resumerend: de recente groei van de capaciteit voor woonvoorzieningen lijkt gepaard te gaan met een groei van zowel het aantal cliënten dat van deze woonvoorzieningen gebruik maakt, als van het aantal kortdurender opnames. Meer in het algemeen kunnen we concluderen dat na een periode van stabilisering de groei van de 'residentiële' ggz is hervat, zij het voor een deel in vernieuwde en gedeconcentreerde (semimurale) vorm.^{n;21}

Klinische en residentiële groei in internationaal perspectief

Het eerdergenoemde streven om klinische capaciteit te vervangen door intensieve, ambulante vormen van zorg, maakt deel uit van een brede, internationale ontwikkeling van 'institutionele ggz' naar meer genormaliseerde en maatschappelijk inge-

ⁿ De Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid signaleert tussen 1980 en 1997 een stijging van het jaarlijkse aantal aanmeldingen voor opname- en verblijfsvoorzieningen van 4,2 naar 7,9 per duizend inwoners. Een vergelijking van de recente cijfers van GGZ Nederland met die in de Jaarrapportages GGZ uit het midden van de jaren '90 suggereert overigens dat de aanwas van cliënten tussen dat tijdstip en 2000 even stagneerde.^{32;33} Dat congrueert met de trends in de productiecijfers.

bedde ondersteuningsvormen. Internationale cijfers suggereren dat Nederland met de ontwikkeling van de opname- en verblijfsvoorzieningen een speciale positie inneemt.

Volgens de gegevens van de WHO European Health For All Database telde Nederland in 2003 per 100.000 inwoners het hoogste aantal psychiatrische opname- en verblijfplaatsen van alle Europese landen, namelijk 186. Dat cijfer komt overeen met NZa-gegevens over 2003 over de *feitelijke* capaciteit.

Internationale cijfers moeten altijd met de nodige voorzichtigheid geduid worden. Mogelijke, niet altijd goed traceerbare definitie- en registratieverschillen bemoeilijken een vergelijking. Met name de residentiële voorzieningen buiten de ziekenhuizen vormen een grijs gebied. Zo laat analyse van de cijfers zien dat de WHO sinds 2002 de Nederlandse beschermd wonen plaatsen meetelt bij de psychiatrische opname- en verblijfs capaciteit. Vergelijkbare voorzieningen worden vermoedelijk niet in elk van de andere landen volledig meegeteld bij de psychiatrische bedden capaciteit. Omgekeerd wordt van Nederland alleen de feitelijke capaciteit meegeteld; in hoeverre substitutie van formele capaciteit ook in andere landen aan de orde is en in de cijfers is verdisconteerd, is niet bekend.

Overigens behoort Nederland ook als we de Nederlandse beschermende woonvormen niet meetellen (maar zonder daar voor de andere landen voor te kunnen corrigeren), nog steeds bij de top drie wat betreft psychiatrische opname- en verblijfs capaciteit. Zonder het beschermd wonen telde Nederland in 2003 een psychiatrische opname- en verblijfs capaciteit van 142 plaatsen per 100.000 inwoners. Alleen België, met 150 plaatsen per 100.000, en Duitsland, met 149 plaatsen per 100.000 inwoners, scoorden hoger.

Nederland beschikt niet alleen over een relatief grote psychiatrische opname- en verblijfs capaciteit, in Nederland is die capaciteit volgens de WHO-cijfers in de afgelopen 20 jaar ook het minst gedaald van alle Europese landen. Ook als we de cijfers bekijken tot 2001, toen de Nederlandse beschermde woonvormen nog niet in de WHO-statistieken werden meegenomen: zie tabel 2.10.

TABEL 2.10 ONTWIKKELING PSYCHIATRISCHE OPNAME- EN VERBLIJFSPLAATSEN PER 100.000 INWONERS IN EEN AANTAL EUROPESE LANDEN, 1986 - 2001⁶⁵

<i>Land</i>	<i>1986</i>	<i>1991</i>	<i>1996</i>	<i>2001</i>	<i>% verandering 1986 - 2001</i>	
België	215,0	179,3	164,3	152,8	-28,9	
Denemarken	170,8	91,8	80,0	75,3	-55,9	
Duitsland	...	167,4	148,0	150,1	-9,9	**
Finland	318,4	216,2	120,3	100,4	-68,5	
Frankrijk	199,9	154,2	120,0	105,3	-47,3	
Griekenland	130,6	91,6	83,2	93,3	-28,6	
Ierland	326,5	252,9	170,2	128,6	-60,6	
Italië	100,0	62,8	39,1	13,8	-86,2	
IJsland	180,5	142,3	117,9*	...	-34,7	***
Luxemburg	272,9	205,9	99,6	...	-63,5	****
Nederland	167,5	176,6	171,8	153,9	-8,1	
Noorwegen	123,5	81,4	68,2	66,8	-45,9	
Oostenrijk	101,8	95,7	74,2	65,9	-35,3	
Portugal	90,8	85,9	72,8	68,3	-24,8	
Spanje	85,6	67,7	58,8	50,9	-40,5	
Verenigd Koninkrijk	235,4	165,1	85,7	...	-63,6	****
Zweden	229,3	150,5	82,3	58,7	-74,4	

* 1995

** 1991 – 2001

*** 1986 - 1995

**** 1986 – 1996

Nederlandse cijfers: exclusief beschermd wonen

Ook voor tabel 2.10 geldt: de cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Beschermd wonen is in de Nederlandse cijfers als gezegd niet meegeteld, maar ook andere verschillen in registratiemethoden kunnen het beeld vertekenen.^o Interessanter dan de absolute cijfers zijn dan ook de trends, zoals samengevat in de rechterkolom van de tabel (daarin spelen registratieverschillen een minder belangrijke rol).

^o Vergelijking met de NZa-gegevens leert dat de absolute cijfers van de WHO voor Nederland een fractie hoger zijn dan die voor de feitelijke capaciteit, maar lager dan die voor de formele capaciteit volgens de NZa. Eerder zagen we overigens dat de substitutie in Nederland min of meer gelijke tred hield met de stijging van de formele capaciteit en per saldo van weinig invloed is geweest op de feitelijke voorzieningen.

Terwijl volgens de WHO-statistieken de capaciteit in de genoemde landen per land gemiddeld 44 % afnam tussen 1986 en 2001, daalde deze in Nederland met 8 % (circa 0,5 % per jaar; dat komt overeen met de NZa-gegevens over de ontwikkeling van de feitelijke capaciteit in Nederland, zie hierboven). Alleen Duitsland komt in de buurt met een afbouwpercentage van circa 9 % over 10 jaar (ofwel 1 % per jaar). En stond Nederland in 1986 nog op een negende plaats voor wat betreft de beschikbare opname- en verblijfs capaciteit volgens de WHO-statistieken, in 2001 stond Nederland bovenaan. Gegevens van Eurostat bevestigen dit beeld.^{27P}

Voor deze cijfers is een aantal mogelijke verklaringen te geven, waaronder administratieve. Om met de laatste te beginnen:

- De substitutie van formele capaciteit lijkt voor het grootste deel, maar niet volledig in de WHO-statistieken verdisconteerd. Daar staat tegenover dat, zo zagen we eerder, de substitutie in Nederland min of meer gelijke tred hield met de stijging van de formele capaciteit en per saldo van beperkte invloed is geweest op de feitelijke voorzieningen.
- De Nederlandse ggz is een relatief homogene sector (gebleven), met tot voor kort één voor nagenoeg de hele sector geldende en geormerkte financieringsbron. In sommige andere Europese landen is dat niet aan de orde. Voorzieningen vallen soms onder provinciale of gemeentelijke overheden of zijn daarnaar overgeheveld. Verantwoordelijkheden raken daardoor meer versnipperd en mogelijk is dat ook van negatieve invloed op de compleetheid en betrouwbaarheid van de capaciteitscijfers. Met name de residentiële voorzieningen vormen een grijs gebied. Zo komen Italiaanse registratiegegevens voor 2001 op een capaciteit van circa 14 plaatsen per 100.000 inwoners uit (het laagste cijfer in Europa, circa 9 % van de Nederlandse capaciteit, en een daling van 86 % in vijftien jaar tijd). Nader onderzoek heeft echter laten zien dat als residentiële voorzieningen in een niet-ziekenhuisomgeving en privé-voorzieningen worden meegeteld het aantal bedden in 2000 in Italië op 47,6 per 100.000 uitkomt. Dat is meer dan drie keer zo hoog als het officiële cijfer (maar nog steeds het laagste cijfer van Europa). Ook over de Britse cijfers is bekend dat een aantal residentiële voorzieningen daarin niet is verdisconteerd.^{28,29} Daar staat overigens weer tegenover dat ook in de cijfers tot en met 2001 de Nederlandse residentiële niet-ziekenhuisvoorzieningen (beschermende woonvormen) nog zijn niet meegenomen in de WHO-statistieken. Niettemin ligt het Nederlandse capaciteitscijfer op dat moment meer dan drie keer boven het – wel voor residentiële niet-ziekenhuisvoorzieningen gecorrigeerde - Italiaanse cijfer.

^P In de meeste landen waarover gegevens voorhanden zijn, uitgezonderd Oostenrijk, Duitsland en Nederland, bleef de intramurale capaciteit ook na 2001 nog dalen.

De indruk is dat administratieve factoren de gevonden verschillen mogelijk voor een deel, maar niet volledig kunnen verklaren. Een belangrijke factor is vermoedelijk ook dat de Nederlandse ggz vanuit internationaal perspectief gezien daadwerkelijk terughoudend is geweest met de afbouw van de opname- en verblijfs capaciteit. Niet zozeer de absolute cijfers, maar vooral de trendcijfers en de omvang van de verschillen daarin, wijzen in deze richting.

Andere onderzoeken bevestigen dit beeld. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) publiceerde in 2004 de resultaten van een vergelijkende studie naar de ontwikkeling van intramurale voorzieningen in de ggz en de gehandicaptenzorg in Nederland en enkele andere Europese landen. Ook het CBZ constateerde dat de cijfers niet altijd goed vergelijkbaar zijn, maar dat niettemin het proces van 'deinstitutionalisering' in Nederland achter lijkt blijven bij dat in de ons omringende landen.³⁰

Een internationaal vergelijkend onderzoek van Pijl e.a. suggereert een samenhang tussen de relatief grote klinische capaciteit in Nederland en het relatieve gebrek aan goede ambulante ondersteuning aan mensen met ernstige psychische problemen. Zij vergeleken de langdurige zorgpatronen van cliënten met de diagnose schizofrenie in drie regio's, te weten Victoria in Australië, Verona in Italië en Drenthe.⁹ De gegevens hadden betrekking op de periode 1990 – 1998. Het aantal psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen in Victoria en Verona was ongeveer 3 per 10.000 inwoners, in Drenthe was dit aantal 16. Een belangrijke constatering was dat de gemiddelde opnameduur in Drenthe veel langer was dan in de twee andere regio's.⁷ De kans op heropname na ontslag uit een intramurale voorziening verschilde niet of nauwelijks tussen de regio's. In de buitenlandse regio's had de opname veel meer het karakter van een zo kort mogelijke crisisinterventie, die direct gevolgd werd door 'community care'. Pijl e.a. constateerden dat in de buitenlandse regio's veel meer werd ingezet op ambulante hulpverlening aan deze doelgroep en dat de extramuralisering in deze regio's veel verder was doorgevoerd dan in de Nederlandse regio.³¹

Met in achtneming van alle voorbehouden met betrekking tot de exacte cijfers, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de Nederlandse ggz, in afwijking van de internationale trend, de laatste 15 jaar heeft vastgehouden aan een relatief grote (en recent weer groeiende) capaciteit voor opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen. In dit opzicht heeft geen extramuralisering plaatsgevonden. Weliswaar is met name in de jaren '90 de gespecialiseerde, ambulante hulp voor mensen met ernstiger psychische handi-

⁹ De keuze voor deze drie regio's werd mede bepaald door de beschikbaarheid van een casusregister in elk van de drie regio's.

⁷ Volgens gegevens van Eurostat behoort Nederland bij de Europese top vier wat betreft de lengte van gemiddelde opnameduur in de GGZ.²⁷

caps uitgebreid (en is een deel van de ‘reguliere’ intramurale Apz-voorzieningen voor volwassenen in deze periode omgezet in ambulante alternatieven), over de gehele linie en de gehele periode genomen heeft die uitbreiding niet geleid tot een omvangrijke afbouw van de opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen. Wel is sprake geweest van deconcentratie en van een gedeeltelijke semimuralisering. Opname- en verblijfsvoorzieningen zijn niet meer volledig geconcentreerd op ziekenhuisterreinen, maar voor een deel verspreid geraakt over meer locaties en kleinschaliger geworden.

In de achtergrondstudie in bijlage I wordt uitgebreid ingegaan op de doelstellingen van vermaatschappelijking, deinstitutionalisering en extramuralisering, zoals die in de afgelopen decennia ook in het Nederlandse ggz-beleid de boventoon voerden (zie ook paragraaf 2.1). Daarin komt ook aantal factoren ter sprake die als mogelijke verklaring zouden kunnen dienen voor bovenstaande bevindingen. In de slotparagraaf van dit hoofdstuk zetten we deze factoren en enkele door andere auteurs aangedragen verklaringen kort op een rij.

2.3.3 OVERIGE VOORZIENINGEN

Ambulante hulp en opname- en verblijfsvoorzieningen zijn qua omvang de belangrijkste onderdelen van het Nederlandse ggz-aanbod. Hierboven signaleerden we dat op kleinere schaal ook enkele andere voorzieningen worden geboden. Daarbij gaat het om de volgende.

Dagbehandeling en deeltijdbehandeling

Voorzieningen voor dagbehandeling en deeltijdbehandeling zijn een tussenvorm van ambulante hulp en een opname. De cliënt volgt overdag therapieën of activiteitenprogramma’s op een ggz-instelling, maar brengt de avonden, nachten en weekenden thuis door. Dagbehandeling en deeltijdbehandeling zijn vooral in de jaren ’80 en ’90 tot ontwikkeling gekomen. In die periode is de capaciteit fors gegroeid. In 2000 zijn er volgens de beschikbare gegevens 4700 plaatsen voor dagbehandeling of deeltijdbehandeling, meer dan vier keer zoveel als in 1980. Na 2000 nam het aantal plaatsen nog licht toe tot 5124 in 2005.^{26:32-34} Productiecijfers laten eenzelfde trend zien: een gestage groei van het aantal dagen dag- en deeltijdbehandeling tot het begin van dit decennium en daarna een stabilisatie en zelfs een lichte daling in 2006 (dat laatste mogelijk voor een deel te verklaren door een administratieve omzetting van deeltijdcontacten in ambulante contacten; zie paragraaf 2.3.1).⁶ Volgens GGZ Nederland maakte in 2005 circa 1,5 % van de bij de lidinstellingen ingeschreven cliënten gebruik van dagbehandeling of deeltijdbehandeling⁵.

⁵ Gegevens exclusief PAAZ-en.

Voorzieningen voor arbeid en dagbesteding

Eveneens in de laatste twee decennia van de vorige eeuw zijn voor mensen met langdurige en ernstige psychische problemen (ambulante) ggz-voorzieningen op het gebied van dagbesteding en arbeidsrehabilitatie opgekomen. In aparte dagbestedingsvoorzieningen van de ggz worden speciaal voor mensen met (langdurige) psychische problemen ontmoetingsmogelijkheden en mogelijkheden tot deelname aan recreatieve, educatieve of arbeidsmatige activiteiten geboden. In arbeidsrehabilitatievoorzieningen, al dan niet verbonden aan de dagbestedingsvoorzieningen, worden cliënten ondersteund bij het verkrijgen en behouden van werk, hetzij in de vorm van leer-/werkprojecten, hetzij in de vorm van begeleiding bij (het vinden van) reguliere opleidings- of werkplekken. Overigens worden de betreffende voorzieningen niet meer alleen door ggz-instellingen geboden, maar is inmiddels ook een aantal zelfstandige, gespecialiseerde instellingen op dit terrein ontstaan (doorgaans na afsplitsing van een ggz-instelling).

Exacte capaciteitscijfers over deze voorzieningen zijn niet voorhanden. Ook zijn geen recente gegevens beschikbaar over aantallen voorzieningen en cliënten. Tellingen uit 1998 kwamen uit op circa 125 dagactiviteitencentra en ongeveer 100 arbeidsrehabilitatievoorzieningen. Schattingen van gebruikersaantallen kwamen op jaarbasis uit op 16.000 voor de dagactiviteitencentra en enkele duizenden voor de arbeidsrehabilitatieprojecten.³⁵ Het budgettaire aandeel van de betreffende voorzieningen in het totale ggz-aanbod bedroeg volgens schattingen in 2003 ongeveer 0,5 %. Productiecijfers zijn er wel, maar veranderingen in registratie eenheden van de NZa bemoeilijken het analyseren van trends. De cijfers die beschikbaar zijn, suggereren dat de omvang van het aanbod van de ggz op het gebied van arbeid en dagbesteding na een sterke groei in de jaren '90 (ondersteund door stimuleringsmaatregelen van de overheid) sinds het begin van dit decennium nog maar licht toeneemt (circa 2,5 % per jaar).

De afgelopen periode heeft verder een groei te zien gegeven van het aantal 'cliënt-gestuurde projecten'. Dat zijn projecten die door (ex-)cliënten van de ggz beheerd en uitgevoerd worden. De projecten vervullen uiteenlopende functies, doorgaans op het gebied van ontmoeting, werk of informatievoorziening. Voorbeelden van cliëntgestuurde projecten en organisaties zijn de Wegwijswinkel in Utrecht (informatievoorziening en advies), de vereniging Psyënt in Zeeland (arbeid), en de stichting AanZet in Friesland (diverse projecten). Een deel van de cliëntgestuurde projecten en organisaties is gelieerd aan c.q. wordt gefinancierd door reguliere ggz-instellingen, een deel is zelfstandig. De meest recente schattingen van het aantal cliëntgestuurde projecten komen uit op circa 200. Enkele duizenden mensen participeren er in.³⁵

Preventie en dienstverlening

De laatste categorie van ggz-voorzieningen bestaat uit een tamelijk breed scala aan uiteenlopende, veelal kleinschalige, lokale activiteiten en projecten, die tot voor kort hoofdzakelijk onder de noemers van *preventie* en *dienstverlening* werden geschaard. Tot preventie behoren activiteiten die gericht zijn op het voorkómen van psychische problemen danwel op het voorkomen van de gevolgen van psychische problemen. Projecten zijn bijvoorbeeld gericht op onderwerpen als onderwijs, opvoeding of arbeidsongeschiktheid. Bij voorzieningen voor ‘dienstverlening’ gaat het onder andere om voorlichting, consultatie of training. Kenmerkend voor voorzieningen op het gebied van preventie en dienstverlening is dat ze doorgaans (maar niet altijd) op bredere groepen (potentiële) cliënten en soms ook op professionals in andere sectoren gericht zijn. Kenmerkend is ook de grote diversiteit aan activiteiten.³⁶

In deel III van deze trendrapportage wordt een apart hoofdstuk aan preventie gewijd. Voor dit moment zij vermeld dat preventie en dienstverlening qua capaciteit een relatief bescheiden onderdeel uitmaken van de ggz: in 2005 werd circa 3 % (ruim 100 miljoen euro) van het totale ggz-budget aan deze voorzieningen besteed, waarvan circa een derde voor preventie. Productiegegevens, verzameld door de NZa, laten zien dat de activiteiten op het gebied van preventie en dienstverlening tussen 2002 en 2005 zijn toegenomen met circa 7 % per jaar.³⁷ In de nieuwe financieringssystematiek van de ggz worden preventie en dienstverlening niet meer als zodanig benoemd (zie hoofdstuk 4). Voor een deel van de betreffende activiteiten en voorzieningen is de toekomst onzeker.

E-mental health

Een recente ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg is de opkomst van het gebruik van internet in de hulpverlening. Voor een deel gaat het daarbij om nieuwe voorzieningen, voor een deel om bestaande voorzieningen (‘ambulante’ hulpvormen als informatievoorziening, individuele adviezen, groepsessies) via een nieuw medium. Welk beslag E-mental health op de capaciteit van de ggz legt en wat het bereik ervan is, is vooralsnog niet exact duidelijk. In deel III van deze trendrapportage wordt een apart hoofdstuk gewijd aan de aard en (hetgeen tot dusverre bekend is over) de effectiviteit van de activiteiten die in de afgelopen jaren onder de noemer van E-mental health zijn ontwikkeld.³⁸

2.4 DE KOSTEN EN DE BATEN

Gezondheidszorg is een activiteit waarvan de uitgaven doorgaans meer aandacht krijgen dan de opbrengsten. Ook omdat die uitgaven snel toenemen en de opbrengsten zich moeilijker laten kwantificeren. Beide constateringën gelden ook voor de ggz.

2.4.1 UITGAVEN AAN GGZ

Over de uitgaven aan zorg zijn verschillende cijfers in omloop, voortkomend uit verschillende bronnen en berekeningswijzen. De twee belangrijkste berekeningswijzen zijn die van het Budgettair Kader Zorg en die van de Zorgrekeningen. In het Budgettair Kader Zorg, waar in de rijksbegroting van wordt uitgegaan, gaat het uitsluitend om de zorg die uit collectieve premies wordt gefinancierd (Awbz, Zvw). In de Zorgrekeningen van het CBS wordt een bredere definitie van zorg gehanteerd; ook niet collectief gefinancierde (welzijns)voorzieningen zoals kinderopvang en arbo-diensten worden ertoe gerekend. De totale zorgkosten komen in de Zorgrekeningen circa anderhalf keer zo hoog uit als in het Budgettair Kader Zorg. Als het gaat om de kosten van de ggz zijn er echter nauwelijks verschillen (vooralnog is nagenoeg alle gespecialiseerde ggz collectief gefinancierd). Voor trendonderzoek en internationale vergelijkingen wordt vaak de voorkeur gegeven aan de cijfers van het CBS, omdat deze minder onderhevig zijn aan veranderingen in regelgeving. Ook wij hanteren hier om die reden de gegevens van het CBS.

Volgens die gegevens wordt anno 2007 in Nederland ruim 4 miljard euro besteed aan gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dat is 6,1 % van alle zorgkosten in Nederland, 0,8 % van het Bruto Binnenlands Product en circa € 250,= per inwoner.^{6:39;40}

Tabel 2.11 geeft een overzicht van de recente ontwikkeling van de uitgaven in de zorgsector in zijn geheel en van de ggz als onderdeel daarvan.

	1998	2000	2002	2004	2006*	2007*
Totale uitgaven aan zorg	40.828	46.966	58.768	65.551	70.425	74.042
Uitgaven aan ggz**	2.262	2.572	3.181	3.748	4.208	4.497

* Voorlopige cijfers

** Het CBS rekent tot de ggz alle instellingen die worden genoemd in tabel 2.1 en de praktijken van vrijgevestigde psychiaters.

De tabel laat zien dat de totale zorguitgaven tussen 1998 en 2007 toenamen met 81%. De kosten voor de ggz namen in diezelfde periode iets meer toe, namelijk met 99%. De ggz is daarmee overigens niet de snelst groeiende sector (dat is de thuiszorg).⁴²

De kostenstijgingen in de gezondheidszorg zijn grofweg aan twee factoren toe te schrijven: prijsstijgingen en volumestijgingen. Voor de periode 1999 – 2003 raamden

De Hollander e.a. het aandeel van prijsstijgingen in de kostenstijgingen op iets meer dan de helft.⁴³ Bij de kostenstijgingen in de ggz spelen volumestijgingen een belangrijker rol, zo laten gegevens van het CVZ zien (zie ook de gegevens over de productiestijgingen). Maar in de ggz is er ook sprake geweest van substitutie-effecten. Het substitutie-effect betreft het verschijnsel dat zorgaanbieders minder dure varianten van een bepaalde zorgvorm gaan inzetten. Dat substitutie-effect heeft zich vooral voorgedaan in de ambulante ggz: de grote volumestijging (productiestijging) is gepaard gegaan met een tendens om minder dure zorgvormen in te zetten (bijvoorbeeld door in meer situaties een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in te zetten in plaats van een psychiater). Dit had volgens het CVZ een dempende werking op de uitgavenstijging.^{26;44}

Kijken we naar de Nederlandse zorguitgaven in internationaal verband, dan blijkt dat de zorgquote (het percentage van het Bruto Binnenlands Product dat aan zorg wordt besteed), in absolute zin maar net iets boven het Europese gemiddelde ligt, maar in de achterliggende jaren in vergelijking met Europa wel relatief sterk is gestegen. Een internationale vergelijking van het aandeel van de ggz in de totale zorgkosten is lastiger te maken, vanwege verschillen in definities en berekeningswijzen. Gegevens van de WHO suggereren dat Nederland min of meer in de pas loopt met de rest van Europa. Volgens deze gegevens is het aandeel van de ggz in Nederland kleiner dan in Groot-Brittannië, Zweden en Duitsland, maar aanzienlijk groter dan in bijvoorbeeld Spanje of Portugal.^{45;46} Cijfers in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen suggereren iets anders. Daarin worden de zorgkosten per inwoner voor mensen met psychische problemen in Nederland vergeleken met die kosten in Australië, Canada, Duitsland en Frankrijk. Nederland komt uit op de hoogste kosten (€ 225 euro in 2003), Frankrijk en Duitsland zitten daar iets onder en Australië en Canada komen uit op aanzienlijk lagere kosten (per inwoner respectievelijk € 95 in 2000 en € 132 in 1998).⁴³

De internationale cijfers laten voorsnog geen eenduidige conclusies toe. Wat wel helder uit internationale vergelijkingen naar voren komt is dat het aandeel van de uitgaven aan langdurige zorg in Nederland aanzienlijk hoger ligt dan in andere westerse landen. Het grote aandeel van intramurale voorzieningen in de langdurige zorg is daar debet aan.⁴³ Gegevens van Eurostat laten zien dat Nederland met de uitgaven per inwoner voor de intramurale gezondheidszorg tot de subtop behoort, terwijl de uitgaven voor extramurale zorg juist relatief laag zijn. Deze gegevens stroken met de eerdere bevindingen dat vanuit internationaal perspectief gezien ook in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg een relatief sterk accent ligt op intramurale voorzieningen.^{27;47}

Uitgaven per zorgvorm

Keren we terug naar de Nederlandse ggz en kijken we naar de uitgaven aan verschillende typen voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg, dan ontstaat

het beeld zoals weergegeven in tabel 2.12. De tabel laat zien dat de intramurale voorzieningen bijna de helft van de ggz-uitgaven voor hun rekening nemen. Tellen we daar de kosten voor beschermd wonen bij op dan komen de totale kosten van de opname- en residentiële voorzieningen uit op 56 % van alle ggz-kosten. Aan ambulante hulp wordt één derde van het ggz-budget besteed.⁴⁴

Een en ander betekent dat de bijna 90 % van de ggz-cliënten die uitsluitend ambulante hulp ontvangen¹⁸ (zie ook paragraaf 2.3), minder dan een derde van het ggz-budget verbruiken. Ofwel: ruim twee derde van het ggz-budget wordt besteed aan de ruim 10 % van de cliënten die klinische hulp ontvangen, beschermd wonen, een deeltijdbehandeling volgen of combinaties van zorg ontvangen.

	%
Ambulante zorg	32
24-uurs opname en verblijf	46
Beschermd wonen	10
Dag-/deeltijdbehandeling	12
Totaal	100

De ambulante zorg neemt dus maar een relatief klein deel van de ggz-kosten voor zijn rekening. Volgens de gegevens van Wennink e.a. wordt 55 % van de ambulante productie – en daarmee circa 18 % van de zorgkosten - besteed aan de groep van ambulante kleinverbruikers. Dat betekent dat in totaal circa 14 % van het ggz-budget besteed wordt aan ambulante hulp aan cliënten die wat langduriger zorg behoeven (waaronder zowel cliënten die een intensievere psychotherapie ontvangen als cliënten die enige vorm van – langdurige - begeleiding behoeven bij hun sociale en maatschappelijke functioneren).^t

Uitgaven per type zorgaanbieder

Een scherp beeld van de uitgavenverdeling naar typen zorgaanbieders is wegens fusiebewegingen en veranderingen in regelgeving en bijbehorende registratiesystemen

^t Pijl e.a. komen op basis van gegevens uit de casusregistersregio voor 1998 uit op een aandeel van de ambulante hulp in de totale ggz-kosten van 37 %. Het aandeel van de intensieve ambulante hulp bedraagt 14 %, dat van de extensieve ambulante hulp 23 %.¹⁷

niet goed te maken.^u Proberen we op basis van de bronnen die beschikbaar zijn een globale indruk te geven, dan kunnen we zeggen dat in 2005 ruim twee derde (70 %) van de ggz-kosten voor rekening komen van brede ggz-instellingen (dat aandeel is de voorafgaande jaren tengevolge van de fusies gestaag gegroeid). Daarnaast wordt circa 12 % van de kosten gemaakt door zelfstandige Apz-en, circa 6 % door zelfstandige Ribw-en en eveneens circa 6 % door Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen. Zelfstandige Riagg's nemen circa 2 % voor hun rekening, de categorieën van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten elk circa 1 %.^{26;44}

De fusiebeweging in de ggz brengt ook met zich mee dat een steeds groter deel van het totale budget naar een steeds kleiner aantal (grote) aanbieders gaat. Op basis van de Jaarrapportages Maatschappelijke Verantwoording, (waarin de zorginstellingen onder andere hun financiële jaargevens presenteren), kan becijferd worden dat in 2006 de zeven grootste ggz-instellingen samen 24 % (circa één miljard euro) van het totale, landelijk ggz-budget uitgaven. De grootste instelling had op dat moment een aandeel in het totale budget van 5 %.⁴⁸ Inmiddels moet op basis van fusiebewegingen na 2006 het aandeel van de grootste ggz-instelling in het landelijke ggz-budget voor begin 2008 geschat worden op ruim 10 % (bijna een half miljard euro).

Uitgaven per regio

Kijken we ten slotte naar de regionale verdeling van de ggz-budgetten, dan ontstaat het beeld zoals weergegeven in tabel 2.13. De tabel laat zien dat in de meeste regio's het ggz-budget dicht in de buurt van het landelijk gemiddelde ligt. Twee regio's komen echter aanzienlijk hoger uit: samen vormen deze regio's de provincie Noord-Holland en het westelijke (Den Haag) en noordelijke (Leiden) gedeelte van de provincie Zuid-Holland. Twee andere regio's zijn, ook wanneer gecorrigeerd wordt voor aantallen inwoners, relatief dun bezaaid met ggz-voorzieningen: dat zijn de provincies Zeeland en Overijssel.

Regio's verschillen overigens ook enigszins in de besteding van de budgetten. In de noordelijke Randstad (inclusief Utrecht) wordt een relatief groot deel van het ggz-budget besteed aan ambulante voorzieningen. In de andere regio's (met name het zuiden, het zuidwesten en het noordoosten) gaat het geld wat meer op aan de intramurale voorzieningen.³⁷ Vermoedelijk spelen niet alleen de hulpvragen vanuit de regionale bevolking, maar ook historische factoren een rol bij deze regioverschillen.

^u GGZ Nederland heeft geen cijfers over PAAZ-en en vrijgevestigden, het CVZ kan op basis de NZa-gegevens geen onderscheid maken in brede ggz-instellingen en zelfstandige Riagg's, Ribw-en of Apz-en.

TABEL 2.13 GGZ-BUDGET PER INWONER VOOR TIEN CLUSTERS VAN AWBZ-REGIO'S (GEÏNDEXEERD; NEDERLAND = 100)³⁷

Amsterdam, Noord-Holland Noord, Kennemerland en Zaanstreek/Waterland	118
Amstelland/De Meerlanden, Zuid-Holland Noord en Haaglanden	118
Groningen, Friesland en Drenthe	104
Limburg	103
Midden-Holland, Utrecht en 't Gooi	101
Rotterdam, Nieuwe Waterweg Noord, Delft/Westland, Zuid-Hollandse Eilanden	98
Noord-Brabant	96
Apeldoorn/Zutphen, Arnhem en Nijmegen	96
Zeeland	80
Zwolle, Flevoland, Twente en Midden-IJssel	72
Nederland	100

Ggz-kosten en overige kosten

In dit hoofdstuk staat de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg centraal. Ggz-kosten zijn echter niet de enige kosten die gemaakt worden in verband met psychische problemen. Zo becijferden Slobbe e.a. dat in 2003 in de eerstelijns gezondheidszorg circa 401 miljoen wordt uitgegeven aan zorg die verband houdt met psychische problemen (dat is op dat moment circa 12 % van kosten van de ggz).⁴⁹ Slobbe e.a. rekenen in hun overzicht van Kosten van Ziekten in Nederland overigens ook verstandelijke handicaps en dementie tot de categorie 'psychische stoornissen'. Wij doen dat niet en hebben het cijfer over de eerstelijnszorg daarvoor gecorrigeerd.^v

Verder is een grote en snel groeiende kostenpost die van de psychofarmaca. Exacte cijfers over de totale uitgaven aan psychofarmaca zijn niet bekend. Wel laten gegevens van het CVZ zien dat het gebruik van antidepressiva (de meest voorgeschreven groep van psychofarmaca) tussen 1996 en 2006 meer dan verdubbeld is.⁴⁴ (Zie ook deel II van deze Trendrapportage). Nederlandse uitgaven aan antidepressiva zijn recent becijferd op 15 % van de totale zorguitgaven bij depressie.^{50;51}

^v De totale zorgkosten in verband met 'psychische stoornissen' zijn drie maal zo hoog wanneer verstandelijke handicaps en dementie daarbij worden meegeteld, dan wanneer ze niet worden meegeteld (veel dure, intramurale zorg). Dat verklaart ook waarom in de Zorgbalans (met cijfers die gebaseerd zijn op Slobbe e.a.) 'psychische stoornissen' tot de duurste ziektecategorie kunnen worden uitgeroepen.^{49;63}

Naast kosten voor eerstelijnszorg en psychofarmaca kunnen psychische problemen verschillende indirecte kosten met zich meebrengen, veelal tengevolge van sociale of maatschappelijke uitval (productiviteitsverlies, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, sociale zekerheidsvoorzieningen) en – zij het vermoedelijk in mindere mate – ondersteuning vanuit andere sectoren. Een overzicht van de kosten van psychische problemen in deze brede, economische en maatschappelijke zin, wordt gegeven in hoofdstuk 1. Hier beperken we ons tot de bevinding dat schattingen van de totale kosten van psychische problemen uitkomen op circa 4 % van het Bruto Binnenlands Product. Dat is ongeveer vijf keer het bedrag dat in Nederland aan de gespecialiseerde ggz wordt uitgegeven.

2.4.2 OPBRENGSTEN VAN GGZ

Gezondheidszorg brengt niet alleen kosten met zich mee. De Hollander e.a. halen in de Volkgezondheid Toekomst Verkenning macro-economische analyses aan, die laten zien dat gezondheidszorg ook een economische activiteit is met een hoog rendement in termen van bijdragen aan economische groei en welvaartsstijging. Bijdragen aan de economische groei doet de gezondheidszorg omdat het een onderdeel van die economie is, maar vooral omdat de volksgezondheid een productiefactor is met een grote invloed op de arbeidsproductiviteit. En gezondheidszorg draagt bij aan de welvaartsstijging, omdat het de economische groei bevordert maar ook vanwege de aard van het specifieke product dat ze levert: gezondheid is een hoog gewaardeerd consumptiegoed. De Hollander e.a. halen onderzoek aan waaruit blijkt dat in veel landen zorgkosten toenemen, maar veel minder dan de welvaart stijgt door de betere gezondheid.⁴³ Dit blijkt ook het geval te zijn wanneer alleen wordt gekeken naar de gezondheidswinst die op het conto van verbeteringen in de gezondheidszorg kan worden geschreven.

Wat is bekend over het economische en maatschappelijke rendement van de geestelijke gezondheidszorg? De WHO signaleerde in 1999 dat de psychische volksgezondheid in Europa, in scherpe tegenstelling tot de fysieke volksgezondheid, in de afgelopen eeuw niet is verbeterd.⁵² Dat is geen goed nieuws, maar hoe deze constatering precies te duiden en wat in deze de rol is van sociaal-culturele en maatschappelijke ontwikkelingen respectievelijk van de ggz, is niet duidelijk (zie ook hoofdstuk 1).

Onderzoek naar het (economische) rendement van de ggz ontbreekt in ieder geval nog volledig. Wel zijn er eerste pogingen ondernomen om de opbrengsten op geaggregeerd niveau te kwantificeren in termen van kwaliteit van leven en zogeheten DALY's (Disability Adjusted Life Years; een maat voor de ziektelast die een aandoening met zich meebrengt). "Op grond van buitenlands onderzoek mag worden aangenomen dat de geestelijke gezondheidszorg de ziektelast van psychische stoornissen met tien

tot vijftien procent heeft teruggebracht”, aldus de Volksgezondheid Toekomst Verkenning uit 2006.^{43:53} Uit Australisch onderzoek van Andrews e.a. zou blijken dat volgens psychiatrische deskundigen de totale ziektelast met veertig procent teruggebracht zou kunnen worden als 100% van de mensen met psychische stoornissen bereikt worden en deze mensen een 100% evidence-based ggz-aanbod zouden ontvangen. Hetgeen ook betekent dat in deze – zeer hypothetische – situatie, meer dan de helft van de ziektelast blijft bestaan.⁵⁴

Geestelijke gezondheidszorg kan trouwens, zoals elke maatschappelijke activiteit, ook onbedoelde maatschappelijk neveneffecten hebben. Denkbaar is bijvoorbeeld dat de ggz een rol speelt in de sterke groei van het psychofarmacagebruik of in de negatieve beeldvorming over mensen met ernstige psychische problemen (zie hoofdstuk 1).

Alles bij elkaar zijn gegevens over de economische en maatschappelijke betekenis van de geestelijke gezondheidszorg nog te schaars om uitspraken te kunnen doen over het rendement van die ggz. De voortgaande en recent weer versnelde groei van de ggz, maakt onderzoek daarnaar wel zeer wenselijk.

2.5 BALANS: SCHAALVERGROTING, AMBULANTE AANWAS EN DECONCENTRATIE

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat in 2006, aan de vooravond van een aantal ingrijpende wijzigingen in de financieringskaders van de ggz, de collectief gefinancierde, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in Nederland wordt gedomineerd door circa 40 regionaal geordende en grotendeels regionaal georiënteerde, ‘geïntegreerde’ instellingen die ieder nagenoeg het complete pallet aan ggz-voorzieningen bieden. Gezamenlijk zijn deze instellingen op dat moment verantwoordelijk voor circa drie kwart van de totale ggz-uitgaven. Naast de geïntegreerde instellingen zijn er circa 30 doorgaans kleinere zelfstandige, in specifieke doelgroepen gespecialiseerde instellingen (verslavingszorg, jeugd-ggz en forensisch-psychiatrische zorg), circa 40 Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, circa 20 zelfstandige Ribw’s en enkele zelfstandig gebleven Riagg’s en Algemeen psychiatrische ziekenhuizen. Geestelijke gezondheidszorg wordt verder geboden door circa 1700 zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten en circa 1200 (in 2006 overigens nog niet collectief gefinancierde) zelfstandige gevestigde psychologen.

Gezamenlijk bieden deze ggz-aanbieders een breed pallet aan voorzieningen. Daarvan neemt in termen van aantallen gebruikers de kortdurende, ambulante hulp verreweg de belangrijkste plaats in. In termen van personeelscapaciteit en uitgaven ligt het accent echter op de opame-, verblijfs- en woonvoorzieningen. Meer dan de helft van de ggz-uitgaven wordt aan deze voorzieningen besteed. De helft van de arbeidskrachten in de ggz heeft een medische of verpleegkundige achtergrond.

Verder hebben trendcijfers in dit hoofdstuk laten zien dat

- de aanbiederstructuur en met name de dominantie van de geïntegreerde instellingen het resultaat is van een lange reeks van fusies die reeds enkele decennia geleden is ingezet
- de ambulante ggz al lange tijd groeit en dat die groei sinds de eerste jaren van het huidige decennium is versneld
- de *totale* klinische en residentiële capaciteit in de jaren '90 min of meer stabiel is gebleven, daarna in deels vernieuwde, gedeconcentreerde vorm weer is gegroeid en per saldo gelijke tred heeft gehouden met de bevolkingsgroei.

We staan ter afsluiting van dit hoofdstuk kort stil bij elk van deze drie trends.

Schaalvergroting

Verschillende factoren hebben ten grondslag gelegen aan de schaalvergroting in de aanbiederstructuur van de ggz. In de achtergrondstudie in bijlage 1 komen die factoren uitgebreid ter sprake. Daarbij wordt gewezen op het feit dat de schaalvergroting in twee fasen heeft plaatsgevonden. De eerste fase voltrok zich al in de jaren '80 van de vorige eeuw, toen de Riagg's en de RIBW-en tot stand kwamen uit regionale fusies van een brede verzameling van uiteenlopende, lokale ggz-aanbieders (vaak ieder met hun eigen levensbeschouwelijke achtergronden en hun eigen werkwijzen en methodieken). De tweede fusiegolf, die vanaf het begin van de jaren '90 op gang kwam, betrof vooral de bestuurlijke integratie op regionaal niveau van Riagg en Apz. In een voorzichtiger tempo voegden in de loop der jaren ook Ribw-en en verslavingszorginstellingen zich in. Ook interregionale fusies vonden plaats, bijvoorbeeld tussen naburige Riagg's of naburige Apz-en. Zo heeft een circa 40 jaar durende reeks van fusiebewegingen uiteindelijk geleid tot de in dit hoofdstuk geschetste aanbiederstructuur, waarin 41 brede ggz-instellingen het grootste deel van ggz-aanbod verzorgen.

Als één van de belangrijkste oorzaken van de fusiebewegingen en de schaalvergroting wordt in de achtergrondstudie gewezen op het in het midden van de jaren '70 in gang gezette beleid van regionalisering: het streven naar de ontwikkeling van een overzichtelijke, toegankelijke, samenhangende en regionaal georganiseerde ggz. De Riagg-vorming en de Ribw-vorming waren bewust vanuit de overheid ingezette en door het veld gedragen ontwikkelingen. De beleidsdoelstelling van een samenhangende, regionaal geordende ggz, was ook de motivering voor de voortzetting van de samenwerking tussen de regionale partijen in de fase na de Riagg- en de Ribw-vorming. Aanvankelijk was die samenwerking vooral praktisch georiënteerd (bijvoorbeeld in de vorm van de ontwikkeling van Regionale Centra voor GGZ, waarin Apz-en en Riagg's en soms ook PAAZ-en participeerden). In de loop van de jaren '90 ging het ook hier steeds meer om bestuurlijke samenwerking c.q. fusies.

In de achtergrondstudie in bijlage 1 wordt geopperd dat in die tweede fase niet alleen meer het regionaliseringsbeleid een rol speelde, maar dat de tweede fusiegolf mede het gevolg is geweest van het anticiperen van instellingen op de op stapel staande veranderingen in het zorgstelsel, op de aankondiging van meer marktprikkels in dat stelsel en op de noodzaak een sterke 'marktpositie' te verwerven. Mogelijk heeft daarbij ook geholpen dat de regionale krachtsverhoudingen zich dusdanig ontwikkelden dat de grote instellingen (de Apz-en) steeds meer in de gelegenheid kwamen de kleinere regionale partners over te nemen (de schaalvergroting is vooral vanuit de aanbieders van de klinische voorzieningen geïnitieerd).

De fusiebeweging heeft grote gevolgen gehad voor de aanbiedersstructuur in de ggz en heeft in sommige regio's geleid tot een sterke aanbiedersconcentratie. In een aantal provincies werd de geestelijke gezondheidszorg halverwege het huidige decennium vrijwel volledig verzorgd door één grote ggz-instelling.

Maar ook die laatste situatie is een momentopname. Het nieuwe zorgstelsel en de nieuwe positie van de ggz daarin, geeft ongetwijfeld nieuwe impulsen aan de aanbiedersstructuur in de ggz. De regionale ordening van de ggz is geen centrale beleidsdoelstelling meer. In plaats daarvan worden de ontwikkelingen steeds nadrukkelijker gestuurd door de principes van concurrentie en marktwerking. Welke mogelijke consequenties dat heeft voor de aanbiederstructuur in de ggz en welke signalen daarvan inmiddels zichtbaar zijn, komt ter sprake in de volgende hoofdstukken.

Ambulante aanwas

Voor verreweg het grootste deel van de cliënten bestaat de ggz uit ambulante hulp. En voor verreweg het grootste deel van deze groep gaat het om een beperkt aantal gesprekken gedurende een paar maanden, zo zagen we in dit hoofdstuk.

We zagen ook dat ambulante hulp al enige decennia groeit. In de jaren negentig was die groei voor een deel toe te schrijven aan de ontwikkeling van intensieve ambulante hulpvormen voor mensen met ernstiger psychische problemen. Vanaf 2000 lijkt de groei van de intensieve ambulante hulp weer af te vlakken. Niettemin neemt vanaf 2001 het aantal ambulante contacten in een versneld tempo toe, evenals het aantal cliënten dat gebruik maakt van de ggz. Tezamen suggereren de gegevens van de NZa en GGZ Nederland dat vooral de kortdurende ambulante hulp in de afgelopen jaren flink is toegenomen.

Eenduidige verklaringen voor de groei van de ambulante ggz zijn niet te geven. Substitutie van 'reguliere' intramurale Apz-voorzieningen voor volwassenen lijkt hooguit een tijdelijke rol te hebben gespeeld, die juist vooraf ging aan de versnelde groei van de ambulante ggz vanaf 2001 (en die bovendien gepaard ging met een groei van het beschermd wonen). Voor een toename van psychische problemen op zich, zijn voornamelijk geen of nauwelijks aanwijzingen gevonden (zie hoofdstuk 1). Andere verklaringen voor een 'trek' van cliënten naar de ggz hebben vooral een sociaal-cultureel karakter: gesproken wordt onder andere van

- een afnemende schroom en een lager wordende drempel om over psychische en emotionele problemen te spreken en daarvoor professionele hulp in te roepen;
- een toenemende neiging om psychisch onwelbevinden als 'te behandelen' problemen te beschouwen (zie ook de sterke stijging van het gebruik van psychofarmaca, met name voor algemene klachten van angst en depressie; zie ook Rose, die inmiddels spreekt van een 'neurochemical' reshaping of personhood⁵¹);
- een steeds vroegere (h)erkenning van 'ggz-problematiek' door de huisartsen c.q. een snellere doorverwijzing naar de ggz (ook tengevolge van het aanhalen van de banden tussen eerstelijns en tweedelijns ggz in het kader van de versterking van de eerste lijn;⁵⁵
- een groeiende sociale en maatschappelijke impact van psychische problemen (bijvoorbeeld ten gevolge van de afname van informele steunsystemen of een toenemende 'activeringsdruk'), waardoor psychische problemen sneller tot een hulpvraag leiden.

Bovenstaande ontwikkelingen vormen een mogelijke verklaring van de groei van de ggz in de afgelopen decennia, maar nog niet van de versnelde groei van de (kortdurende) ambulante ggz in afgelopen paar jaar. Deze lijkt eerder vanuit ontwikkelingen in de aanbodzijde dan vanuit de vraagzijde verklaard te moeten worden. Het vrij komen van extra middelen om wachtlijsten weg te werken en het loslaten van budgetbeperkingen heeft zeer waarschijnlijk een rol gespeeld in de eerste fase van deze versnelde groei.^{20;56} Een andere mogelijke oorzaak is dat overheveling van de financiering van de ggz naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) ook hier zijn schaduw vooruit werpt. Meer dan onder de oude regelgeving hebben ggz-instellingen in de Zvw belang bij een grote en bij voorkeur groeiende cliëntèle. Veel instellingen zijn overgegaan tot een actief wervingsbeleid. Mogelijk is dat beleid effectief geweest en heeft het mede bijgedragen aan de versnelde groei van de ambulante ggz (zie hoofdstuk 5).

Een belangrijke vraag voor de komende periode wordt of de groei van het ambulante aanbod in dit tempo zal doorgaan. Ook in relatie tot de kosten en de baten van deze ontwikkeling. Hierboven zagen we dat de gezondheidszorg een belangrijke economische betekenis heeft en dat er aanwijzingen zijn dat ook de ggz zichzelf terugverdient. Maar tot welk niveau en voor welk type voorzieningen zijn extra uitgaven rendabel? Vanaf

welk niveau leveren investeringen in andere voorzieningen meer op (zie bijvoorbeeld de pleidooien in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen voor preventie en voor een integraler gezondheidsbeleid)? En voor zover de groei van de ambulante ggz bijdraagt aan de welvaartsstijging, wie profiteren daar dan meer en minder van? En blijft er nog ruimte over voor investeringen in intensieve ambulante hulpverlening aan mensen met ernstige psychische problemen, waarvan het economische rendement in eerste instantie minder groot lijkt?

Gedeconcentreerde residentiële groei

Ondanks het feit dat het overgrote deel van de cliënten kortdurende ambulante hulp ontvangt, beschikt Nederland van oudsher – en ook vandaag de dag nog – over een relatief grote capaciteit aan opname- en verblijfs- en woonvoorzieningen. Ook als we de Nederlandse beschermende woonvormen niet meetellen, suggereren internationale cijfers een Europese topositie wat betreft psychiatrische opname- en verblijfs capaciteit.⁶⁵ Met het beschermd wonen erbij wordt ruim de helft van het Nederlandse ggz-budget besteed aan voorzieningen voor opname, verblijf of wonen. Wellicht kunnen ook het feit dat meer dan de helft van de arbeidskrachten in de ggz bestaat uit medisch en verpleegkundig personeel (en minder dan een kwart uit overig behandelend en begeleidend personeel) en het gegeven dat Nederland internationaal gezien de grootste dichtheid van psychiatrisch verpleegkundigen kent, beschouwd worden als indicaties voor de sterke ‘klinisch-residentiële’ traditie in de Nederlandse ggz.

Aanwijzingen dat het accent op residentiële voorzieningen afneemt zijn er niet. Het aantal opname- en woonvoorzieningen stabiliseerde in de jaren '90 van de vorige eeuw, maar groeide daarna weer. Ook het aantal opnamen is vanaf 2000 weer sterk gegroeid, waaronder het aantal gedwongen opnamen. Wel is er sprake van ‘deconcentratie’. De opname- en woonvoorzieningen zijn niet meer allemaal geconcentreerd op grote terreinen van algemene psychiatrische ziekenhuizen; in toenemende mate gaat het om kleinschaliger woonvoorzieningen (beschermende woonvormen), opnamevoorzieningen buiten de oude, grote ziekenhuisterreinen en gespecialiseerde klinieken. Ook voorzieningen voor kortdurende opnames zijn in de afgelopen jaren in toenemende mate gedeconcentreerd naar kleinschaliger voorzieningen in de stad.

Er is in Nederland dus sprake geweest van deconcentratie (en specialisatie) van opname- en verblijfsvoorzieningen. Van een feitelijke extramuralisering in de zin van het afbouwen van opname- en verblijfs capaciteit ten behoeve van ambulante alternatieven, is slechts tijdelijk en op onderdelen sprake geweest: in de tweede helft van de jaren '90 nam de capaciteit van de ‘reguliere’ intramurale Apz-voorzieningen voor volwassenen af. Die afbouw ging gepaard met de opbouw van ambulante alternatieven, maar ook met een groei van het beschermd wonen. Na 2000 vlakke de afbouw van de genoemde intramurale voorzieningen en de opbouw van ambulante alternatieven af,

maar ging de groei van het beschermd wonen in versneld tempo door. Per saldo heeft de totale klinische en residentiële capaciteit in de periode 1993 – 2006 gelijke tred gehouden met de bevolkingsgroei, waarbij het aandeel van het beschermd wonen is gegroeid van 15 naar ruim 30 %.

Hoewel met bovenstaande ontwikkelingen het aanzicht van de klinische en residentiële ggz in Nederland voor een deel is veranderd, is in de afgelopen jaren door verschillende adviesorganen en onderzoekers ook gesignaleerd dat de ontwikkelingen in de ggz lijken te zijn achtergebleven bij de door de vermaatschappelijkings- en deinstitutionaliseringdoelstellingen gewekte verwachtingen.

Zo spreekt het College Bouw Ziekenhuizen (CBZ) in een internationale vergelijkende studie van het ‘achterblijven van de deinstitutionalisering in Nederland’ en geeft daarvoor de volgende verklaringen:

- In Nederland zijn, in tegenstelling tot veel andere landen, noch door de overheid, noch door de ggz kwantitatieve doelstellingen geformuleerd omtrent de afbouw van klinische capaciteit. Afbouw van intramurale voorzieningen (en de ontwikkeling van ambulante, maatschappelijk georiënteerde alternatieven), is wel een overheidsstreven, maar nooit een harde, politieke doelstelling geweest.
- De Nederlandse ggz heeft lange tijd als een relatief homogene en zelfstandige, maar meer ook dan in andere landen als een relatief geïsoleerde sector geopereerd, waardoor meer maatschappelijk georiënteerde hulp moeilijker tot stand kwam.
- Mede om bovengenoemde redenen hebben bedrijfseconomische factoren (bijvoorbeeld een hoge boekwaarde van instellingsgebouwen) een belangrijke rol kunnen spelen bij het in stand houden van intramurale capaciteit.³⁰

Anderen hebben in de afgelopen jaren in uiteenlopende bewoordingen de conclusies van het CBZ onderschreven. In een analyse op basis van de gegevens van de psychiatrische casusregisters concluderen Wierdsma e.a. dat het extramuraliseringsbeleid in Nederland ‘scherper’ had gekund.⁵⁷ Ravelli constateert in zijn proefschrift over de deinstitutionalisering van de ggz in Nederland dat de ontwikkelingen bij de doelstellingen zijn achtergebleven en hij wijt dat in belangrijke mate aan een onvoldoende breed en integraal ingezet beleid.⁵⁸ In een recente analyse van de ontwikkeling van de langdurige zorg in internationaal perspectief, plaatst de Raad voor de Volksgezondheid de situatie van de Nederlandse ggz in een breder kader. “De Nederlandse Awbz-zorg levert de zorgvrager veel intramurale zorg. Anders gezegd: in Nederland is de langdurige zorg, veel meer dan in andere EU-landen, een combinatie van wonen en zorg.” De RVZ meent ook dat “het zelfstandig wonen van mensen met een beperking in Nederland minder [is] ontwikkeld” en dat “de relatief zware woon-zorg infrastructuur ... niet meer tegemoet [komt] aan de preferenties van de burger. In dat opzicht kan men spreken van een verouderde infra-

structuur en deels achterhaald zorgconcept,” aldus de RVZ. De raad spreekt zich niet uit over de sterke vertegenwoordiging in de ggz van de medisch-verpleegkundige beroepen, maar pleit wel expliciet voor nieuwe beroepen en opleidingen, met een sterker accent op coaching en ondersteuning bij maatschappelijke participatie.^{47:59}

Het blijvende, zij het deels gedeconcentreerde, ‘residentiële’ karakter van de Nederlandse langdurige ggz, wil overigens niet zeggen dat elders geen belemmeringen worden ondervonden bij de ontwikkeling van alternatieven c.q. van ‘community care’. Uit overzichtsstudies van de ontwikkelingen in de Europese ggz komen verschillende, regelmatig terugkerende barrières in beeld, waaronder verkeerde financiële prikkels, fragmentering van budgetten, hoge (maar niet vergoede) frictiekosten, onvoldoende herscholing van personeel, een dominantie van een medicaliserende psychiatrie.^{28;60;61} Denkbaar is dat de specifieke Nederlandse zorgcultuur, maar wellicht ook de overname van de ambulante ggz door de (in financiële zin veel grotere) intramurale ggz-instellingen, enkele van deze barrières heeft beslecht maar andere juist heeft versterkt.

Het relatief sterke en blijvende accent op residentiële zorg in Nederland nuanceert in ieder geval de signalen vanuit de populaire pers maar ook vanuit vakmedia dat de ‘vermaatschappelijking’ te ver zou zijn doorgeschoten en dat de opname- en verblijfs capaciteit te snel zou zijn afgebouwd (met alle gevolgen voor de betreffende cliënten - en het straatbeeld - van dien). De cijfers laten zien dat van een afbouw, over de gehele linie gezien, geen sprake is geweest. Ook de signalen in dezelfde literatuur dat de huidige wetgeving onvoldoende mogelijkheden zou bieden tot dwangopname, worden genuanceerd door de cijfers: het aantal dwangopnamen neemt al vele jaren in een snel tempo toe.

Aanwijzingen dat de vermaatschappelijking niet wil slagen en dat een groeiend aantal mensen in de problemen komt, zijn dus niet terug te voeren op de beschikbaarheid van opname- en verblijfsvoorzieningen. Alternatieve verklaringen wijzen op het nog onvoldoende verbreid raken van intensieve, maatschappelijk georiënteerde ambulante ondersteuningsvormen, gecombineerd met moeilijker wordende leefomstandigheden voor diegenen die tot dusver buiten de ggz woonden. Van oudsher is laatstgenoemde groep ook onder mensen met ernstige psychische handicaps immers veel groter dan de groep die in een ggz-instelling woont. Schattingen van het aantal mensen met langdurige en ernstige psychische problemen liggen doorgaans in de buurt van de 100.000 mensen, waarvan er circa 20.000 in een ggz-instelling gehuisvest zijn.^{35;64} Grosso modo zijn deze aantallen in de afgelopen decennia ongewijzigd gebleven (waarbij het aantal cliënten dat op een Apz-terrein woont is afgenomen en het aantal cliënten dat elders in een kleinschaliger beschermende woonvorm woont is toegenomen). Dat de leefomstandigheden voor de grote meerderheid die zelfstandig woont, mogelijk moeilijker worden (en voor sommigen zonder adequate ondersteuning té moeilijk), wordt

aan verschillende factoren geweten: de afbrokkeling van informele steunsystemen, het ingewikkelder en veeleisender worden van de samenleving, een toenemende druk op economische zelfredzaamheid, bureaucrativering bij zorginstellingen en volgens sommigen ook een afnemende tolerantie en een groeiende stigmatisering.^{w62}(Zie ook hoofdstuk 1).

Zo beschouwd is de keuze er één tussen het trachten te verbeteren van de leefomstandigheden van de betrokkenen - o.a. door het in versneld tempo tot ontwikkeling brengen van intensieve, ambulante ondersteuning - versus het uitbreiden van de opname- en verblijfs capaciteit om ook diegenen die zich tot dusverre buiten de intramurale c.q. verblijfs-ggz wisten te redden, daarin op te nemen. Pijl e.a. pleiten voor de eerste oplossing, ook omdat de tweede volgens hen niet zou werken: mensen zouden weigeren om in een ggz-instelling te gaan wonen.³¹ Dat pleit er ook voor om in het vervolg, behalve naar de klinische en residentiële capaciteit, scherper te gaan kijken naar de mate waarin intensieve, maatschappelijk georiënteerde, ambulante ondersteuningsvormen voorhanden komen; ook in de ons omringende landen. Harde cijfers daarover zijn tot dusverre echter nog onvoldoende voorhanden.

^w De sterke groei van het aantal dwangopnamen en de relatief grote capaciteit van opname- en verblijfsvoorzieningen, nuanceren ook de eerder gesignaleerde openheid van de Nederlanders als het gaat om psychische en emotionele problemen. Wellicht speelt in Nederland meer nog dan elders het in hoofdstuk 1 gesignaleerde onderscheid in de perceptie van (en tolerantie voor) enerzijds acceptabele en vanuit externe omstandigheden verklaarbare 'psychological distress' en anderzijds 'being mental' (een 'psychiatrische stoornis' hebben of een 'psychiatrisch patiënt' zijn).

REFERENTIES BIJ HOOFDSTUK 2

1. Geelen, K. (2003). *Informeel zorg voor psychische problemen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Bijl, R.V., Van Zessen, G., Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek: II: prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(50): 2453-2460.
3. College voor Zorgverzekeringen (2006). *CVZorgcijfers 2000-2005*. Diemen: CVZ.
4. Ten Have, M., Lorscheid, J.J.G., Bijl, R.V., Osterhun, P. (1995). *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1995/96*. Utrecht: De Tijdstroom BV.
5. Ten Have, M., Bijl, R.V., Vollebergh, W., Harmsen, J., Osterhun, P. (1998). *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1998*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, Trimbos-instituut, NZI.
6. Hilderink, I., Van 't Land, H. (2008). *GGZ in getallen 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
7. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2007). *Ledenadministratie*. Utrecht: NVvP.
8. Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2007). *Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006*. Utrecht: NIVEL.
9. Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie (2006). *Naar een beter zorg voor patiënten met somatiek én psychiatrie: beleidsplan 2007 - 2011*. Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie.
10. College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2004). *Signaleringsrapport gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg in andere Europese landen*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
11. Van der Kwartel, A., Paardekooper, P., Van der Velde, F., Van der Windt, W. (2007). *Arbeidsmarktinformatie zorg en welzijn*. Utrecht: Prismant.
12. Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (2006). *Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*. Den Haag: CIBG.
13. Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (2008). *Registratie klinisch psychologen*. Amsterdam: FGzP.
14. Eurostat (2003). *Health statistics: key data on health 2002*. Luxembourg: European Communities.
15. World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organization.
16. Wennink, H., Van der Kwartel, A.J.J., Pijl, Y.J., Stevens, J.A.M., Arnold, E.J.E. (2002). *Denkt aler gij doende zijt: toekomstverkenning modernisering Awbz en de gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Prismant.
17. Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wiersma, D., Sytema, S. (2004). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

18. GGZ Nederland (2006). *Toenemende zorg: sectorrapport GGZ 2003 - 2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
19. Wennink, H., Van der Kwartel, A.J.J., Pijl, Y.J., Stevens, J.A.M., Arnold, E.J.E. (2002). *Denkt aler gij doende zijt: toekomstverkenning modernisering Awbz en de gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Prismant.
20. Schutte, S.J.M., Hoeksma, B.H., Bakker, P.F. (2004). *Verklarend onderzoek stijging uitgaven GGZ en GZ*. Enschede: Bureau HHM.
21. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen: eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS.
22. European Commission (2006). *Mental well-being: eurobarometer*. European Commission: Brussel.
23. Vereniging van PAAZ-managers (2007). *Telling PAAZ-en: [e-mail correspondentie]*. S.l.: Vereniging van PAAZ-managers.
24. GGZ Nederland (2003). *Kerncijfers uit de GGZ 2000 - 2002*. Utrecht: GGZ Nederland.
25. Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (2002-2006). *Jaarverslagen 2001-2005. Deel B*. Utrecht: COTG.
26. GGZ Nederland (2006). *Toenemende zorg: sectorrapport GGZ 2003 - 2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
27. Eurostat (2003). *Health statistics: key data on health 2002*. Luxembourg: European Communities.
28. 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: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 235-249. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
29. De Girolamo, G., Barbato, A., Bracco, R., Gaddini, A., Miglio, R., Morosini, P., Norcio, B., Picardi, A., Rossi, E., Rucci, P., Santone, G., Dell'Acqua, G. (2007). Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *British Journal of Psychiatry*, 191(August): 170-177.
30. College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2004). *Signaleringsrapport gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg in andere Europese landen*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
31. Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wiersma, D., Sytma, S. (2004). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
32. Ten Have, M., Lorscheid, J.J.G., Bijl, R.V., Osterhun, P. (1995). *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1995/96*. Utrecht: De Tijdstroom BV.

33. Ten Have, M., Bijl, R.V., Vollebergh, W., Harmsen, J., Osterhun, P. (1998). *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1998*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, Trimbos-instituut, NZI.
34. GGZ Nederland (2003). *Kerncijfers uit de GGZ 2000 - 2002*. Utrecht: GGZ Nederland.
35. Van Hoof, F., Geelen, K., Van Rooijen, S., Boevink, W., Kroon, H. (2004). *Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps: monitorrapportage vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
36. Van der Veen, C., Voordouw, I. (2008). *Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie: stand van zaken 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.
37. Nederlandse Zorgautoriteit (2006). *Contractering Awbz-zorg 2006*. Utrecht: Nederlandse zorgautoriteit.
38. Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *E-Mental health: high tech, high touch, high trust: programmeringsstudie E-Mental health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
39. Vektis (2006). *Zorgmonitor 2006: financiering van de zorg in 2005*. Zeist: Vektis.
40. Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). *Gezondheid en zorg in cijfers 2006*. Voorburg/Heerlen: CBS.
41. Centraal Bureau voor de Statistiek (2006). *Zorgrekeningen 1998-2004*. Voorburg: CBS.
42. Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). *Gezondheid en zorg in cijfers 2006*. Voorburg/Heerlen: CBS.
43. De Hollander, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Van Oers, J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid: volksgezondheid toekomst verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
44. College voor Zorgverzekeringen (2006). *CVZorgcijfers 2000-2005*. Diemen: CVZ.
45. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Langdurige zorg: Nederland vergeleken met andere EU-landen*. Zoetermeer: RVZ.
46. World Health Organization (2005). *The economics of mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
47. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg*. Zoetermeer: RVZ.
48. Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (2007). *Registratie jaarrapportages maatschappelijke verantwoording*. Den Haag: CIBG.
49. Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meerding, W., Polder, J. (2006). *Kosten van ziekten in Nederland 2003*. Bilthoven: RIVM.
50. Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2): 87-98.

51. Rose, N. (2007). Psychopharmaceuticals in Europe. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 146-187. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
52. World Health Organization (1999). *European Commission Conference*. Geneva: World Health Organization.
53. Beekman, A.T.F. (2006). Is met evidence-based behandeling winst te behalen in de GGZ? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61(1): 59-61.
54. Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184(6): 526-533.
55. Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2007). *Capaciteit, hulpverleningen patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006*. Utrecht: NIVEL.
56. Van de Pol, F. (2004). De bekostiging van de GGZ: 10 jaar dynamiek. In: F.W.M. Van Rijn, R.W.L. Spanjers, J.J. Zuurbier (red.). *Handboek financiële bedrijfsvoering in de zorg*, p. 1-37. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
57. Wierdsma, A., Pijl, B., Driessen, G., Sytma, S. (2006). Extramularisering van de GGZ: landelijk beleid of regiovisie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61(5): 427-434.
58. Ravelli, D.P. (2005). *Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands from 1993-2004 [proefschrift Universiteit Utrecht]*. S.l.: s.n.
59. Plemper, E., Van Vliet, K. (2002). *Community care: de uitdaging voor Nederland*. Utrecht: Verweij-Jonker instituut.
60. McDaid, D., Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
61. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (2007). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 1-14. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
62. Wolf, J. (2002). *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: SWP.
63. Westert, G.P., Verkleij, H., (ed.) (2006). *Zorgbalans*. Bilthoven: RIVM.
64. Michon, H., Van Erp, N., Giesen, F., Kroon, H. (2003). *Het monitoren van vermaatschappelijk. Deel 1 en deel 2*. Utrecht: Trimbos-instituut.
65. World Health Organization (2007). WHO European Health for all database. <http://www.euro.who.int/hfadb>.
66. Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (1994, 2002, 2006). *Jaarverslagen 1993, 2001, 2005. Deel B*. Utrecht: COTG.

3 FINANCIERING VAN DE GGZ: DE WETTELIJKE KADERS ANNO 2008

3.1 DE GGZ IN HET NIEUWE ZORGSTELSEL

Het aanzicht van de geestelijke gezondheidszorg is in de afgelopen decennia veranderd. Van een relatief ongeordend geheel aan voorzieningen in het begin van de jaren zeventig heeft de ggz zich getransformeerd tot een volgens een strakke regio-indeling geordende en georganiseerde, door grote instellingen gedomineerde, zelfstandige en scherp van andere te onderscheiden sector in het midden van het huidige decennium (zie het vorige hoofdstuk; zie ook bijlage I). Gedurende die periode is ook de financiering van de ggz ondergebracht in één uniform kader: dat van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz). Al in de loop van de jaren '80 werd vrijwel de gehele ggz gefinancierd vanuit de Awbz. Dat is in de daaropvolgende jaren zo gebleven.

Het is niet ondenkbaar dat die uniforme en relatief stabiele financieringssystematiek mede heeft bijgedragen aan de ontwikkelingen in de aanbiederstructuur van de ggz en aan de transformatie van de ggz tot een herkenbare, geïntegreerde, afgebakende sector. Hoe dan ook: aan die eenduidige en stabiele financieringssystematiek van de afgelopen decennia, is zeer recent een einde gekomen. Een aantal ingrijpende veranderingen is doorgevoerd in de financiering van de ggz en in de positionering van de ggz in het Nederlandse zorgstelsel. Twee zaken spelen daarbij een hoofdrol:

- a. De implementatie van het nieuwe zorgstelsel, in hoofdzaak bestaande uit een nieuw stelsel van individuele ziektekostenverzekeringen (Zorgverzekeringswet - Zvw), een nieuwe 'Welzijnswet' ofwel 'participatiewet' (Wet Maatschappelijke Ondersteuning - Wmo) en een gemoderniseerde en afgeslankte Awbz (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).
- b. De overgang van één financieringsbron voor de ggz naar (tenminste) drie verschillende financieringsbronnen. Werd de ggz tot voor kort vrijwel volledig vanuit de Awbz gefinancierd, inmiddels is een groot deel van die financiering overgeheveld naar de Zvw en een kleiner deel naar de Wmo.

In voorliggend hoofdstuk worden de nieuwe financieringskaders van de ggz anno 2008 besproken. Eerst worden kort de belangrijkste actuele financieringsbronnen op een rij gezet en worden de belangrijkste motieven voor de wijzigingen in de financieringssystematiek besproken. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de kenmerken van elk van de drie hoofdbestanden van het zorgstelsel en van het ggz-stelsel anno

2008: de Awbz, de Zvw en de Wmo. Aan de orde komen de financieringssystematiek en het ggz-domein waarop het betreffende financieringskader betrekking heeft. Ook wordt kort stilgestaan bij de beleidsvoornemens rond elk van de drie onderdelen van het zorgstelsel. In de slotparagraaf worden nog een keer kort de hoofdpunten van de nieuwe financieringskaders en de betekenis daarvan voor de ggz op een rij gezet.

De nadruk ligt in dit hoofdstuk op beleid en regelgeving en op de achtergronden en doelstellingen daarvan. Het hoofdstuk vormt de opmaat voor de twee volgende hoofdstukken, waarin dieper wordt ingegaan op de eerste signalen vanuit onderzoek en praktijk over de trends en de uitdagingen die de nieuwe financieringssystematiek met zich meebrengt voor de organisatie en de structuur van de ggz.

3.2 FINANCIERINGSBRONNEN VAN DE GGZ ANNO 2008

De herzieningen van het zorg- en het ggz-stelsel hebben een lange aanloopperiode gekend, maar de feitelijke wetwijzigingen zijn pas recent doorgevoerd. De invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet dateert van 1 januari 2006. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning is op 1 januari 2007 van kracht geworden. De overheveling van ggz-voorzieningen vanuit de Awbz naar de Zorgverzekeringswet vond plaats op 1 januari 2008.

De wetwijzigingen hebben erin geresulteerd dat de geestelijke gezondheidszorg in 2008 drie financieringsbronnen kent:

- de Awbz, in hoofdlijnen voor voorzieningen op het gebied van langdurig verblijf, wonen, woonondersteuning
- de Zvw, voor ggz-voorzieningen waarin de behandelcomponent op de voorgrond staat
- de Wmo, voor voorzieningen op het gebied van de openbare ggz en maatschappelijke ondersteuning

Volledigheidshalve kunnen hier nog twee specifieke, vooralsnog kleine bronnen aan toegevoegd worden: het Ministerie van Justitie, dat de forensische psychiatrie financiert; en ggz-uitgaven uit private bestedingen van cliënten (al dan niet gedekt door aanvullende verzekeringen) of werkgevers. In de slotparagraaf komen we nog even kort terug op die private bestedingen. In de rest van dit hoofdstuk concentreren we ons op de Awbz, de Zvw en de Wmo.

Van deze drie financieringsbronnen neemt de Zvw in 2008 het grootste deel van ggz-voorzieningen voor zijn rekening. In tabel 3.1 worden de bedragen vermeld die op de begroting voor 2008 van het Ministerie van VWS vanuit de Awbz en de Zvw voor de ggz zijn gereserveerd.

**TABEL 3.1 FINANCIERINGSBRONNEN GGZ IN VWS-BEGROTING 2008
(IN MILJOENEN EURO'S)¹**

Zvw	3.009
Awbz	1.191
Totaal	4.200

De tabel laat zien dat bijna drie kwart Zvw-financiering is, ruim een kwart Awbz-financiering. De bijdragen aan de ggz vanuit de andere financieringsbronnen zijn niet exact bekend, maar in ieder geval veel kleiner dan die vanuit de Zvw en de Awbz. Over de uitgaven aan ggz-voorzieningen vanuit de Wmo is alleen bekend dat het Ministerie van VWS bij de invoering van de Wmo in totaal een bedrag van € 76,1 miljoen uit de Awbz heeft gehaald en heeft toegevoegd aan het Wmo-budget van de gemeenten, echter zonder het grootste deel van dit bedrag te oormerken.² Niet bekend is in welke mate de gemeenten dit grotendeels ongeoormerkte bedrag ook hebben uitgegeven aan ggz-voorzieningen (zie ook paragraaf 3.5 en bijlage II).

Duidelijk is dat na enkele decennia waarin de Awbz de belangrijkste en vrijwel enige financieringsbron was voor de ggz, vanaf 2008 de Zvw het grootste deel van de ggz-financiering voor zijn rekening neemt.

Motieven voor de nieuwe financieringsstructuur van de ggz

Als gezegd heeft de herziening van de ggz-financiering een lange aanloopperiode gekend.³⁻¹⁰ Al sinds het RVZ-rapport *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*, uit 1998, wordt ervoor gepleit de ggz te integreren met de medisch specialistische zorg en daarom over te hevelen naar de Ziekenfondswet of de opvolger daarvan.³ (Zie ook bijlage I). Een serie andere adviesrapporten, waaronder het rapport *Zorg van Velen*, van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, sloot bij dit pleidooi aan.⁴ In het rapport van de Landelijke Commissie tekende zich al een driedeling van de ggz zich af: een curatieve ggz, ingebed in de somatische zorg; een langdurige ggz, geïntegreerd in de zorg voor gehandicapten en ouderen, en een welzijnsachtige en oggz-achtige ggz, ingebed in het domein van de gemeenten.⁸ In de VWS-notitie *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige Awbz* uit 2003, werden concrete beleidsvoornemens in de voorgestane richting geformuleerd.⁶ Deze werden bekrachtigd met de feitelijke overheveling van een deel van het ggz-budget in de Awbz naar de Wmo op 1 januari 2007 en de overheveling van een veel groter deel naar de Zvw op 1 januari 2008.

Grofweg zijn de motieven die in de afgelopen jaren in de verschillende adviesrapporten en beleidsnotities zijn aangevoerd voor de overheveling van de ggz, in vier categorieën te verdelen.

➤ *Ggz is vooral curatieve gezondheidszorg*

Volgens de eerste categorie motieven is de ggz vooral curatieve zorg en is de kerntaak van de ggz het behandelen van mensen met een psychische ziekte. De ggz past om die reden beter bij de Zvw. Met de overheveling naar de Zvw worden bovendien de schotten weggehaald tussen de ggz en de overige curatieve zorg en wordt de samenhang met de somatische zorg bevorderd, zo luidt de gedachte.

➤ *Overheveling biedt de ggz de mogelijkheid mee te profiteren van de voordelen van de nieuwe Zvw*

De nieuwe Zvw is het belangrijkste instrument in de modernisering van het zorgstelsel. Pleitbezorgers verwachten daarvan tal van voordelen voor cliënten en voor de doelmatigheid, kwaliteit en effectiviteit van de zorg (zie paragraaf 3.4). In de woorden van brancheorganisatie GGZ Nederland: de Zvw “... biedt cliënten meer keuzevrijheid in de zorg, bevordert de kwaliteit en innovatiemogelijkheden in de zorg en biedt meer prikkels tot doelmatig en effectief werken in de ggz-sector”.⁵ De Zvw zal, zo luidt de verwachting, ook zorgen voor meer nieuwe aanbieders, een duidelijker profilering van zorgaanbieders en daardoor meer diversiteit in het aanbod.

➤ *Inbedding in andere sectoren doorbreekt de verkokering van de ggz*

Gesignaleerd werd in een aantal rapporten dat de ggz teveel in zichzelf gekeerd is geraakt en een monopolistische sector is geworden. Dat stimuleert de doelmatigheid niet en komt ook de kwaliteit van de zorg niet ten goede, zo luidde de gedachte. In het rapport *Zorg van Velen* wordt gesproken over de ggz als een medisch specialistisch bolwerk, dat lichtere eerstelijnsproblematiek naar zich toetrekt, ‘ontcontextualiseert’ en medicaliseert en zo verantwoordelijk is voor de sterke groei van de vraag naar ggz en de ggz-productie.⁴¹¹ Ontkokering van de ggz en inbedding van ggz-voorzieningen in de netwerken van respectievelijk de curatieve zorg, de langdurige zorg en de welzijnszorg, moeten het tij keren.

➤ *Herziening van de Awbz*

Om verschillende redenen staat de positie van de Awbz in het Nederlandse zorgstelsel al enige tijd ter discussie. Dat gaat gepaard met een stapsgewijs proces van modernisering, herzieningen en afslankingen (zie paragraaf 3.3). Eén van de doelstellingen is de Awbz terug te brengen tot een volksverzekering voor onverzekerbare c.q. langdurige (intramurale) zorg. Het grootste deel van de ggz hoort in een dergelijke Awbz niet thuis, zo is de overweging.

Motieven voor de overheveling van de ggz hebben dus deels betrekking op de ggz zelf, maar deels ook op (de toekomst) van het zorgstelsel als geheel. In de hoofdstukken 4 en 5 komen enkele van deze motieven uitgebreider aan de orde, dan in het licht van de actuele ontwikkelingen in het veld zelf.

Eerst wordt in het vervolg van dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van elk van de drie hoofdbestanddelen van het zorgstelsel en van het ggz-stelsel anno 2008: de Awbz, de Zvw en de Wmo.

3.3 DE ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN

De Awbz is een volksverzekering, die van rechtswege voor iedere inwoner van Nederland gelijke, wettelijk vastgelegde aanspraken op zorg verzekert. De Awbz trad op 1 januari 1968 in werking, met de bedoeling een overkoepelende regeling te treffen voor “zeer hoge, in redelijkheid niet individueel te dragen of privaatrechtelijk te verzekeren kosten ten gevolge van langdurige ziekten en gebreken”.¹² Aanvankelijk was het vooral de langdurige, intramurale zorg die voor Awbz-financiering in aanmerking kwam. Mede met het doel de substitutie van (dure) intramurale zorg door (goedkopere) extramurale zorg te vergemakkelijken werden in de decennia die volgden ook steeds meer extramurale voorzieningen in de Awbz ondergebracht.¹³ Zo komt in 1980 het kruiswerk (wijkverpleging, etc.) onder de Awbz te vallen. In 1982 wordt de Riagg bij de Awbz ondergebracht. Na de Riagg volgen, in 1984, de beschermende woonvormen (RIBW-en). En in 1997 worden de bejaardenoorden en de gezinszorg onder de Awbz geschaard.^{12;13}

Inmiddels bestaat de Awbz 40 jaar en is het één van de twee hoofdpeilers onder de zorgfinanciering in Nederland. Anno 2006 werd bijna de helft (47 %) van de zorguitgaven vergoed vanuit de Awbz.¹⁴ (Ministerie van VWS, Rijksbegroting 2006). De Awbz wordt beschouwd als een relatief ‘robuust’ financieringssysteem. Het biedt alle partijen, conform de aanvankelijke doelstelling, een tamelijk grote mate van zekerheid. Voor potentiële cliënten zijn de aanspraken op zorg wettelijk vastgelegd. Er is een zorgrecht voor de verzekerde, waarop aanspraak gemaakt kan worden bij het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ). De ziektekostenverzekeraars, die de Awbz moeten uitvoeren en moeten zorgen dat hun klanten de geïndiceerde Awbz-zorg daadwerkelijk ontvangen, weten hun uitgaven vanuit de Awbz gedekt (alle uitgaven worden vergoed). Ook voor de zorginstellingen is de Awbz een relatief zekere en stabiele financieringsbron. Tarieven worden door de overheid c.q. de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld. Zorginstellingen die een contract hebben afgesloten met het regionale zorgkantoor, dat namens alle zorgverzekeraars met de regionale zorgaanbieders jaarlijkse afspraken maakt over de omvang van de te contracteren zorg, krijgen een bij die tarieven passend budget.^{10;12;13}

Het afgelopen decennium werden echter ook steeds meer vraagtekens geplaatst bij die robuustheid van de Awbz. Leidde het niet ook tot starheid? Gesignaleerd werd dat binnen het stelsel van de Awbz onvoldoende prikkels en mogelijkheden bestonden voor vraagsturing, flexibiliteit en innovatie. Gelijktijdig werd steeds nadrukkelijker de vraag gesteld of het voorzieningenpakket dat onder de Awbz valt, niet teveel is uitgedijd.

Recente maatregelen

In de laatste vijftien jaar en met name in de laatste vijf jaar zijn verschillende maatregelen genomen om de Awbz te ‘moderniseren’. De belangrijkste zijn:

- de invoering in 1994 van het zorgvernieuwingsfonds om innovatie, substitutie (van intramurale door extramurale zorg) en meer vraaggerichtheid te stimuleren.
- de invoering, in 1995, van het persoonsgebonden budget, waarmee cliënten zelf hun zorg kunnen inkopen.
- een overgang, in 2003, van een aansprakensysteem op basis van typen zorginstellingen en zorgverrichtingen, naar een globaler systeem van een zevental ‘functionele aanspraken’, waardoor zorgaanbieders meer ruimte kregen de zorg naar eigen inzichten danwel meer afgestemd op de uiteenlopende hulpbehoeften van cliënten, in te richten.
- tegelijk met de invoering van de functionele aanspraken, in 2003: de ontcategorysering van het extramurale deel van die aanspraken (zodat bijvoorbeeld gehandicaptenzorginstellingen ook extramurale geestelijke gezondheidszorg kunnen gaan bieden en omgekeerd).
- het gelijktijdig opheffen van de contracteerplicht voor de extramurale zorg: zorgkantoren en Awbz-erkende instellingen die extramurale zorg bieden zijn niet meer verplicht om op verzoek van de wederpartij contracten te sluiten; dat biedt zorgkantoren meer ruimte om afspraken met nieuwe aanbieders te gaan maken.
- de invoering, op 1 januari 2008, van zorgzwaartepakketten in de intramurale zorg, waardoor instellingen geen standaardprijzen per cliënt meer krijgen, maar prijzen die gelieerd zijn aan de zwaarte van de zorg die een cliënt ontvangt en daarmee aan de werkelijk gemaakte kosten per cliënt.

De doorgevoerde wijzigingen bieden aanbieders meer flexibiliteit en meer ruimte voor innovatie en vraaggerichtheid, zo is de gedachte. Ook moeten ze meer ruimte bieden aan concurrentie en daarmee aan differentiatie van het aanbod en keuzemogelijkheden voor zorgvragers.^{9:12:13}

Als gezegd is de afgelopen jaren ook steeds explicieter de vraag aan de orde gesteld of alle voorzieningen die in de loop der tijd bij de Awbz zijn ondergebracht, daar wel in thuis horen. Vanuit verschillende zorginhoudelijke, demografische, kosten- en budgetteringsoverwegingen werd beargumenteerd dat inkrimping van de Awbz, danwel overheveling van onderdelen van de Awbz naar andere financieringsbronnen, onvermijdelijk is. Dat resulteerde in 2007 in het schrappen van de functionele aanspraak huishoudelijke verzorging. Gemeenten werden geacht in het kader van de nieuwe Wet Maatschappelijk Ondersteuning voortaan in de betreffende zorgbehoeften aan deze (of vergelijkbare) voorzieningen te voorzien. Bijbehorend budget werd naar de Wmo overgeheveld.

Daarnaast werd uitvoering gegeven aan voorstellen om het Awbz-gefinancierde deel van de ggz in te perken tot een aantal voorzieningen c.q. kernfuncties rond langdurige intramurale ggz.

Overheveling Awbz-aanspraken ggz

In de loop van de afgelopen decennia is nagenoeg de gehele ggz ondergebracht bij de Awbz. Binnen die Awbz worden aanspraken op zorgvoorzieningen geformuleerd in termen van een zestal (vóór 2007 een zevental) functies: persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling, verpleging en verblijf. Aanspraken op elk van deze functies kan men maken op basis van verschillende aandoeningen c.q. 'grondslagen' (lichamelijke handicap, verstandelijke handicap, etc.), waaronder, tot 2008, een psychiatrische aandoening of grondslag. Daarnaast heeft de Awbz altijd een aantal in omvang doorgaans beperkte subsidieregelingen voor specifieke voorzieningen gekend.

Tabel 3.2 geeft overzicht van de overheveling sinds 2007 van Awbz-aanspraken voor ggz-voorzieningen. Een eerste, in kwantitatieve zin relatief bescheiden, overheveling vond plaats op 1 januari 2007. Een aantal voor specifieke ggz-voorzieningen in het leven geroepen subsidieregelingen in de Awbz werd geschrapt. Met name ging het om de financiering van collectieve preventie en dienstverlening, om de subsidieregeling openbare ggz en om het eerdergenoemde zorgvernieuwingsfonds. In totaal ging het om een bedrag van circa 76 miljoen euro (circa 2 % van de totale ggz-uitgaven), dat werd toegevoegd aan het budget voor de Wmo.¹⁶ (Zie paragraaf 3.5).

Eveneens van bescheiden omvang is de overheveling van de forensische zorg. Een deel van de geestelijke gezondheidszorg aan mensen met een strafrechtelijk vonnis (ter beschikking gestelden, mensen met een voorwaardelijke gevangenisstraf of gedetineerden in het gevangeniswezen) werd tot 2007 vanuit de Awbz gefinancierd. Vanaf 1 januari 2007 komt deze forensische zorg volledig op kosten van het Ministerie van Justitie.^{13;17}

Veel omvattender is de overheveling die plaats vond op 1 januari 2008. Vanaf dat moment zijn de aanspraken op psychiatrische grondslag voor de functies behandeling, verpleging en activerende begeleiding in het kader van geneeskundige zorg uit de Awbz komen te vervallen. Ook geschrapt is de functie verblijf op psychiatrische grondslag, voor zover het verblijf korter dan 1 jaar duurt en plaats vindt in het kader van geneeskundige zorg. Alle voorzieningen die tot 2008 vanuit deze functies uit de Awbz werden gefinancierd, worden geacht vanaf 2008 gefinancierd te worden vanuit de Zvw (pakketneutrale overheveling). In de VWS-begroting van 2008 is daartoe € 3.009 miljoen euro, ofwel 72 % van totale ggz-budget, overgeheveld naar de Zvw.¹

TABEL 3.2 OVERHEVELING AWBZ-AANSPRAKEN GGZ

<i>Opgeheven Awbz-aanspraken ggz 2007</i>	Subsidieregelingen collectieve preventie en dienstverlening, openbare ggz en zorgvernieuwingsfonds	Budgetten overgeheveld naar Wet Maatschappelijke Ondersteuning.
	Zorgkosten forensische psychiatrie	Budget overgeheveld naar Ministerie van Justitie
<i>Opgeheven Awbz-aanspraken op psychiatrische grondslag 2008</i>	Behandeling	Budgetten overgeheveld naar Zorgverzekeringswet
	Verpleging	
	Activerende begeleiding in kader van geneeskundige zorg	
	Verblijf korter dan 1 jaar in kader van geneeskundige zorg	
<i>Overgebleven Awbz-aanspraken op psychiatrische grondslag in 2008</i>	Persoonlijke verzorging	
	Ondersteunende begeleiding	
	Activerende begeleiding in kader van niet-geneeskundige zorg	
	Verblijf in kader van niet-geneeskundige zorg	
	Verblijf langer dan 1 jaar in kader van geneeskundige zorg	

Awbz-ggz in 2008

In het Awbz-gefinancierde deel van de geestelijke gezondheidszorg blijven over: de functies persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding in het kader van niet-geneeskundige zorg, verblijf in het kader van niet-geneeskundige zorg en voortgezet verblijf (langer dan 1 jaar) in het kader van geneeskundige zorg.

De functie persoonlijke verzorging wordt in de praktijk weinig geïndiceerd voor mensen met psychiatrische aandoeningen. Ondersteunende begeleiding is wel een belangrijke Awbz-functie voor mensen met psychische problemen. Bij ondersteunende begeleiding gaat het volgens het College Voor Zorgverkeringen (dat voor de overheid de grenzen van het verzekerde pakket opstelt) om begeleiding bij “het handhaven van zelfredzaamheid en integratie in de samenleving”.¹⁷ De omvang van de aanspraak is echter niet onbeperkt. Er bestaat alleen aanspraak op de benodigde begeleiding om isolement te voorkomen en op een *basaal niveau* adequaat te kunnen functioneren. Het CVZ heeft uitgesproken dat in de regel het deelnemen aan een sociale activiteit gedurende één dagdeel volstaat om sociaal isolement te voorkomen.¹³

Over de functie verblijf zegt het CVZ dat het niet zozeer gaat om een dak boven het hoofd, maar om “het creëren van de noodzakelijke voorwaarden om zorg te kunnen leveren die in de thuissituatie niet adequaat of niet doelmatig geleverd kan worden.” Een van die noodzakelijke voorwaarden is de vereiste van continu professioneel toezicht, zodat direct ingrijpen mogelijk is. Maar kosten spelen ook mee: “Uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening is het niet mogelijk om bij een zorgvraag die zich kenmerkt door frequente, onplanbare zorgmomenten, de zorg in de thuissituatie te organiseren,” aldus het CVZ.¹³ Niet de woonfunctie, maar de (geografisch geconcentreerde) organisatie van de zorg en de kosten daarvan, staan dus – althans in de regelgeving - centraal bij de functie verblijf.

In de praktijk komt de overheveling er op neer dat het Awbz-gefinancierde deel van ggz vooral bestaat uit voorzieningen voor langdurig verblijf, beschermende woonvormen, woonondersteuning aan zelfstandig wonenden en direct daaraan gelieerde zorg zoals dagbestedingsvoorzieningen. In de Beleidsvisie ggz van het Ministerie van VWS wordt de totale clientèle van het Awbz-gefinancierde deel van de ggz geraamd op bijna 30.000 personen, waarvan de helft gebruik maakt van de verblijffunctie en de andere helft zelfstandig woont en ondersteunende begeleiding ontvangt.¹⁸ De capaciteitsgegevens in hoofdstuk 2 en indicatiegegevens van het CIZ doen vermoeden dat de werkelijke cijfer iets hoger zullen liggen.¹⁹ Voorlopig uitgaand van de cijfers van het Ministerie van VWS, zouden de Awbz-cliënten in 2008 circa 4 % van de totale ggz-populatie vormen en circa 5 % van alle gebruikers van Awbz –voorzieningen.²⁰

Verwacht mag worden dat deze omvangrijke overheveling van de ggz-aanspraken in de Awbz, de nodige veranderingen in de organisatie en structuur van de ggz met zich mee zal brengen. In paragraaf 3.1 memoreerden we al dat de Awbz in de afgelopen decennia in belangrijke mate heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de ggz als zelfstandige sector. Ggz-aanspraken zijn binnen de Awbz lange tijd expliciet gedefinieerd geweest. Beleidsdoelstellingen rond de Awbz, gericht op een samenhangende, regionale, geïntegreerde zorg, hebben ook de ontwikkeling van de ggz in belangrijke mate vormgegeven (zie bijlage 1). Mede vanwege deze integrale inbedding in de Awbz, lijkt de ggz zich te hebben ontwikkeld tot de regionaal georiënteerde en in de verschillende regio's min of meer uniform georganiseerde ggz van het begin van 21^e eeuw (zie hoofdstuk 3 en bijlage I)¹⁰ Dat gaat nu veranderen; hoe precies, staat nog niet vast (zie de volgende hoofdstukken).

Het deel van de ggz dat Awbz-gefinancierd blijft, zo luidt de voorlopige conclusie, gaat zich concentreren op wonen en woonondersteuning. Daarmee gaat de asielfunctie mogelijk weer een centrale plek innemen in het Awbz-deel van de ggz: het bieden van bescherming en een goede woonomgeving aan diegenen die zich niet kunnen redden in de samenleving.

Beleidsvoornemens

Op korte termijn staan, voor zover bekend ten tijde van het schrijven van dit rapport, geen grote wijzigingen in de Awbz meer op het programma. Wel wordt de optie verkend van een (niet afdwingbare) mogelijkheid om een verblijfsindicatie te verzilveren in de vorm van wat genoemd wordt een 'volledig pakket thuis'. Ook wordt gesproken over de mogelijkheid om de rol die de zorgkantoren op dit moment vervullen bij de (regionale) zorginkoop, omwille van de marktwerking terug te leggen bij de afzonderlijke zorgverzekeraars.¹²

Over de ontwikkeling van de Awbz op langere termijn (en daarmee over het Awbz-gefinancierde deel van de ggz), zijn de afgelopen periode veel ingrijpender scenario's de revue gepasseerd. Die scenario's zijn te vinden in een lange reeks van adviezen. Recente bijdragen aan de discussie over de toekomst van de Awbz zijn geleverd in rapporten van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg²¹⁻²³, het College voor Zorgverzekeringen^{24;25}, het Centraal Plan Bureau²⁶, de Nederlandse Zorgautoriteit²⁷ en de Sociaal Economische Raad.⁵¹ Ook heeft een interdepartementaal beleidsonderzoek plaatsgevonden naar de toekomst van de Awbz.²⁰

Als kernprobleem wordt in de adviesrapporten doorgaans gerefereerd aan de 'houdbaarheid' van de Awbz. Daarmee wordt bedoeld dat de uitgaven aan de Awbz (net als overigens de andere zorgkosten) sneller stijgen dan het Bruto Binnenlands Product. Met de vergrijzing in het vooruitzicht dreigt dit probleem 'onhoudbaar' worden, zo is de overweging. Oplossingen worden gezocht in

- a. een efficiëntere uitvoering van de Awbz; de invoering van meer marktprikkels wordt daarbij veelal als een belangrijk instrument beschouwd
- b. inkrimping van de aanspraken c.q. overheveling van Awbz-voorzieningen naar andere financieringskaders (Zvw of gemeenten)

Concrete voorstellen variëren van voorzichtige experimenten met vrije prijsvorming tot verregaande liberalisering en van kleine stapsgewijze pakketmaatregelen tot een volledige ontmanteling van de Awbz. Het vorige kabinet heeft de verschillende varianten vastgelegd in een viertal scenario's, die tezamen het hele pallet aan toekomstmogelijkheden dekken. Consequenties van de scenario's voor de ggz variëren van een handhaving van de status quo (met enige marktprikkels), tot een verdere opsplitsing en overheveling van de overgebleven ggz-voorzieningen in de Awbz, naar de Zvw en naar gemeenten.

Overigens worden niet alleen kostenoverwegingen aangevoerd bij de voorstellen rond de Awbz. Het College Voor Zorgverzekeringen wil Awbz-voorzieningen herschikken over de Zvw en de Wmo omdat drie financieringskaders tot teveel discontinuïteit en fragmentatie in de zorg leidt.^{24:25} En de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, die door de jaren heen het meest uitgesproken in zijn voorstellen is geweest en de Awbz bij voorkeur geheel ontmantelt, heeft consequent als belangrijkste argument aangevoerd dat de Awbz heeft bijgedragen aan een te verkokerde langdurige zorg en daarmee aan het sociaal en maatschappelijk isolement van mensen met een handicap of chronische aandoening. Juist om de maatschappelijke participatie van deze groepen te bevorderen en ondersteunen zou de Awbz opgeheven moeten worden. De betreffende ondersteuningstaken zouden bij voorkeur op lokaal niveau, in de lokale samenleving, onder regie van gemeenten georganiseerd moeten worden. De RVZ heeft ook tal van maatregelen voorgesteld die moeten waarborgen dat gemeenten die taak ook oppakken.^{23:28-31} (Zie ook paragraaf 3.5).

Er is kortom, veel beleidsdrukte rondom de Awbz, waarbij de belangrijkste tendens er één is van voorstellen tot verdere inkrimping. Bij de motieven voor die voorstellen worden trouwens ook vraagtekens geplaatst. Worden uitvoeringsprobleem niet te gemakkelijk tot systeemprobleem gemaakt? En functioneren de voorzieningen onder het Awbz-regime werkelijk zo inefficiënt als wordt gesuggereerd en zullen ze door de voorstellen efficiënter gaan functioneren?³²

Het huidige kabinet heeft aangegeven de tijd te willen nemen en gedoseerd en in nauw overleg met de brancheorganisaties aan de verdere toekomst van de Awbz te willen werken.³³ Daarbij staan vooralsnog alle opties open.

3.4 DE ZORGVERZEKERINGSWET

Sinds 1 januari 2008 wordt bijna drie kwart van de ggz-voorzieningen gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zorgverzekeringswet is nog jong. De wet trad op 1 januari 2006 in werking en verving drie oude verzekeringssystemen voor geneeskundige zorg (ziekenfonds, particuliere verzekering en ziektekostenregelingen voor bepaalde groepen ambtenaren). Met de invoering van de Zorgverzekeringswet werden in één beweging twee wensen gerealiseerd die al veel langer de gezondheidszorgpolitiek beheersen en die al in 1987 de kern vormden van het advies van de Commissie Dekker:¹³

- één basisverzekering voor iedereen
- meer ruimte voor marktwerking in de gezondheidszorg

Geneeskundige zorg

Een zorgverzekering in het kader van de Zvw kent twee onderdelen: een verplichte basisverzekering en een vrijwillige aanvullende verzekering. Het domein van de basisverzekering Zvw wordt omschreven, net als in de Awbz, in termen van functionele zorgaanspraken (dat wil zeggen in termen van aanbod, in plaats van aanbieders). Relevant voor de ggz zijn met name de aanspraken geneeskundige zorg en verblijf in verband met geneeskundige zorg (de andere aanspraken zijn mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging en vervoer in verband met zorg).

In het Besluit Zorgverzekering wordt geneeskundige zorg als volgt omschreven: “Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden” (artikel 2.4). De kanttekening die daarbij direct wordt gemaakt is dat diegenen die de geneeskundige zorg feitelijk bieden “niet de beroepsbeoefenaren [hoeven] te zijn die in de bepaling genoemd worden.” Ook activiteiten die *in het kader van* geneeskundige zorg c.q. door anderen onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (bijvoorbeeld psychiater) worden uitgevoerd, vallen onder de aanspraak geneeskundige zorg. Als voorbeeld wordt genoemd de begeleiding door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, die deze begeleiding uitvoert in het kader van een psychiatrische behandeling en onder verantwoordelijkheid van een psychiater.³⁴

Voor de aanspraak verblijf geldt hetzelfde. Het gaat om verblijf ‘dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg’ c.q. dat plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een medicus (artikels 2.10 en 2.11). De Zvw-aanspraak verblijf in het kader van geneeskundige zorg geldt voor een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen (waarbij onderbrekingen van minder dan dertig dagen niet worden meegeteld). Wordt het verblijf na die periode voortgezet, dan wordt deze niet meer gefinancierd vanuit de basisverzekering Zvw, maar vanuit de Awbz. Niet-geneeskundig verblijf

wordt niet vanuit de Zvw gefinancierd. Daarvoor kan vanaf de eerste dag aanspraak gemaakt worden op Awbz-financiering (als aan de betreffende Awbz-voorwaarden wordt voldaan).

Voorafgaand aan de overheveling van de ggz naar de Zvw is gesteld dat alle ggz-voorzieningen die werden gefinancierd op basis van de inmiddels geschrapte ggz-aanspraken in de Awbz, als geneeskundige zorg te kenschetsen zijn en dus in de basisverzekering Zvw kunnen worden ondergebracht ('pakketneutrale' overheveling).¹⁷ Dat impliceert dat het totale collectief (Zvw- danwel Awbz-)verzekerde pakket aan ggz-voorzieningen ongewijzigd zal blijven. Of dat ook in de praktijk zo uitpakt, hangt mede af van de onderhandelingen tussen de partijen in het veld (zie ook hoofdstuk 4).

In eerste instantie is het verzekerde pakket in ieder geval nog iets uitgebreid. De eerstelijns psychologische zorg (EPZ), die eerder niet collectief verzekerd was, is vanaf 1 januari 2008 ondergebracht in de basisverzekering Zvw. Bij eerstelijns psychologische zorg gaat het om "kortdurende behandeling van 'lichte psychologische problematiek', door middel van een generalistische aanpak".⁷ Vooralsnog wordt EPZ in hoofdzaak geboden door (de circa 1200) zelfstandige gevestigde klinisch psychologen. De vergoeding van EPZ is beperkt tot maximaal acht zittingen per jaar. Belangrijkste doelstelling van het onderbrengen van de EPZ in de basisverzekering is cliëntenstromen te verplaatsen van duurdere, gespecialiseerde tweedelijns voorzieningen naar de goedkopere voorzieningen in de eerste lijn.^{7:15:35-37}

Nieuwe verhoudingen: een gereguleerde zorgmarkt

Een belangrijk motief voor de invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is dat het oude te weinig impulsen zou bieden aan de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening. Daarmee stond de 'toekomstbestendigheid' van het stelsel op het spel. De nieuwe zorgverzekeringswet moet, samen met een aantal andere nieuwe wetten, die impulsen wel bieden, met name door middel van de introductie van concurrentieverhoudingen en risicodragendheid in de zorg.³⁸

In het nieuwe stelsel spelen zorgverzekeraars een centrale rol. Zij zijn verantwoordelijk voor de uitvoering (c.q. inkoop) van de zorg aan de klanten die bij hen verzekerd zijn. Kern van het nieuwe stelsel is dat zorgverzekeraars enerzijds 'risicodragender' zijn geworden (een positieve of negatieve verhouding tussen premie-inkomsten en zorguitgaven gaat, anders dan voorheen, consequenties hebben voor het bedrijfsresultaat) en anderzijds meer vrijheid (en mogelijkheden) hebben gekregen om premiehoogtes vast te stellen en om scherp met aanbieders te gaan onderhandelen over prijs en kwaliteit van de in te kopen zorg. Een belangrijke veronderstelling daarbij is dat verzekeraars bij hun inkoop ook goed zullen letten op wensen en prioriteiten van hun verzekerden. Die mogen eens per jaar van verzekering veranderen en zullen daarbij vooral kiezen voor

die verzekeraar die de beste zorgkwaliteit tegen de laagste premie biedt. Ook om die reden (klandizie), zo luidt de veronderstelling, zullen zorgverzekeraars vooral inkopen op doelmatigheid en kwaliteit van zorg.³⁸

Kort gezegd moet het inherente streven van zorgverzekeraars naar winstmaximalisatie en omzetverhoging de motor worden achter het optimaliseren van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg. Met het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is een poging gedaan daarvoor de voorwaarden te creëren. Daarbij is de Zvw overigens niet het enige instrument. Naast de invoering van de Zvw is een aantal aanvullende, voorwaardenscheppende maatregelen genomen, te weten:

- De invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), die regels stelt aan zorgaanbieders die in het kader van de Zvw of Awbz zorg willen verlenen. De WTZi is in april 2006 in werking getreden ter vervanging van de oude Wet Ziekenhuisvoorzieningen en voorziet in de mogelijkheid van een soepeler toelatingsbeleid van zorgaanbieders. Verzekeraars krijgen meer keuzemogelijkheden bij het contracteren van zorgaanbieders (de WTZi kent geen contracteerplicht voor voorzieningen die onder de Zvw vallen).
- De invoering van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), waarin de prijsvorming en het toezicht op de marktwerking in de zorg is vastgelegd. De WMG is op 1 oktober 2006 in werking getreden ter vervanging van de oude Wet Tarieven Gezondheidszorg en voorziet in de mogelijkheid zorgverzekeraars meer vrijheid te bieden in het maken van prijsafspraken over de zorg.
- Impulsen aan het beschikbaar komen van informatie over de door zorgverzekeraars en zorgaanbieders geleverde kwaliteit (de invoering van prestatie-indicatoren, de website kiesbeter.nl), zodat klanten respectievelijk verzekeraars zich beter kunnen informeren alvorens hun keuzes te maken. Voornemens zijn ook geformuleerd om de positie van cliënten in hun relatie met zorgverzekeraars en zorgaanbieders te versterken, zowel op collectief als individueel niveau.
- De invoering van een nieuwe productcategorisering, waarbij niet afzonderlijke verrichtingen maar volledige behandeltrajecten (per cliënt) worden gedefinieerd en aan de hand waarvan (in een uniforme taal) de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders over prijs en kwaliteit kunnen plaats vinden: de diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Met name deze DBC-systematiek vergt een wat uitgebreidere toelichting.

DBC's

De DBC's worden gezien als een belangrijke schakel in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Kernelement van de DBC-systematiek is dat niet meer afzonderlijke verrichtingen, maar het totale behandeltraject van een cliënt wordt vergoed. Een dergelijke manier van bekostigen wordt ook wel aangeduid met de term *productbekostiging*, waarbij het 'product' het totale behandeltraject is, behorend bij een bepaalde zorgvraag.

Om productbekostiging mogelijk te maken moeten de producten c.q. behandeltrajecten gedefinieerd worden. Die definities bestaan in de DBC-systematiek per product/ behandeltraject uit twee onderdelen: een typering van de zorgvraag (in termen van diagnose, aanleiding van de zorgvraag – regulier of crisis – en aard van de zorgvraag – opname of niet) in combinatie met een typering van het zorgprofiel (de activiteiten die worden uitgevoerd om aan de zorgvraag tegemoet te komen en de tijd die aan die activiteiten wordt besteed).

Idealiter zouden volgens de DBC-systematiek behandelrichtlijnen leidend moeten zijn bij de invulling van het zorgprofiel bij een bepaalde zorgvraag. Maar in de praktijk doen zich, ook bij vergelijkbare zorgvragen, grote verschillen tussen individuele behandeltrajecten voor. Dat is voor het doel van de DBC-systematiek – het opstellen van landelijke, uniforme onderhandelingsseenheden - niet werkbaar. In de ggz is ervoor gekozen om eerst een uitgebreide (administratieve) analyse te maken van de gebruikelijke praktijk, en op basis van een clustering van alle voorkomende trajecten te komen tot een beperkt aantal productgroepen. Dat heeft geresulteerd in 92 ambulante productgroepen, 23 klinische productgroepen en 50 verblijfsgroepen. Die productgroepen zijn zodanig geformuleerd dat elk feitelijk behandeltraject in één van die productgroepen past. Ook is ervoor gezorgd dat de productgroepen intern zo kostenhomogeen mogelijk zijn (de feitelijke DBC's binnen een productgroep zullen elkaar qua kosten weinig ontlopen).

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen op basis van de DBC-productgroepen gaan onderhandelen: ze kunnen afspraken maken over prijs, kwaliteit en eventueel ook aantal cliënten die men voor het betreffende cluster van behandeltrajecten in aanmerking wil laten komen. Declaraties van behandelingen van afzonderlijke cliënten vinden overigens pas achteraf plaats, als duidelijk is geworden uit welke activiteiten (met welke duur) die behandeling feitelijk heeft bestaan en daarmee tot welke productgroep het behandeltraject hoort en welke prijs bijgevolg gedeclareerd kan worden. Daarvoor worden alle activiteiten in het kader van de behandeling geregistreerd in het in alle zorginstellingen ingevoerde DBC-Informatiesysteem (DIS).

Het belang van een uniforme, landelijke DBC-systematiek voor de marktwerking, zo luidt de overweging, is het feit dat het direct zicht biedt op prijsverschillen tussen

zorgaanbieders per zorgvraag/diagnose. Globaal gezegd: in het ene ziekenhuis kost de behandeling van een beenbreuk bedrag x, in het andere bedrag y. Idem de behandeling van depressie of schizofrenie. Dat biedt zeer bruikbare zorginkoop- en onderhandelingsinformatie voor zorgverzekeraars en daarmee een impuls aan zorgaanbieders tot een doelmatige organisatie van de zorg. Het biedt de verzekeraars die daarin geïnteresseerd zijn, ook aanknopingspunten om zelf op zoek te gaan naar mogelijkheden voor efficiency- of kwaliteitsverbeteringen in de zorg, zo is de gedachte.^{8;9;39}

Beleidsvoornemens

Het nieuwe zorgverzekeringsstelsel moet, meer dan het oude stelsel deed, impulsen gaan geven aan de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg. Door het invoeren van marktprikkels moet er meer prijsconcurrentie ontstaan en daarmee een noodzaak tot meer doelmatigheid en kostenreductie bij de individuele zorgaanbieders. Dezelfde marktprikkels moeten, samen met lagere toelatingsdrempels, tevens leiden tot meer diversiteit in het aanbod, meer keuzemogelijkheden voor cliënten, meer vraaggerichtheid en een hogere kwaliteit van zorg.^{18;38}

Meer ruimte voor marktwerking vormt daarmee de kern van het nieuwe stelsel. Maar een volledige overheidsregulering is in het nieuwe stelsel niet onmogelijk geworden, integendeel. Zowel de Wet Toelating Zorginstellingen als de Wet Marktordening Gezondheidszorg, bieden de overheid de mogelijkheid om al naar gelang de wensen en omstandigheden de vrijheden voor de partijen in de zorg, te verruimen of in te perken. De WTZi is een raamwet, die nader ingevuld wordt aan de hand van maatregelen van bestuur. De WMG biedt de nieuw opgerichte Nederlandse Zorgautoriteit (opvolger van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en het College Toezicht Zorgverzekeringen) de mogelijkheid om de prijzen volledig te reguleren of, daar waar het Ministerie van VWS dat mogelijk acht, vrije prijsvorming – c.q. prijsconcurrentie – door te voeren. (Feitelijk was in 2007 nog maar 10 % van de prijzen in de gezondheidszorg vrijgegeven.⁴⁰) Naast de WTZi en de WMG, biedt ook de Zorgverzekeringswet zelf de overheid nieuwe mogelijkheden nauwgezet te sturen in de zorgsector. De overheid beschikt met de DBC-systematiek over een veel verfijnder instrument dan voorheen om de grenzen van de verzekerde zorg vast te kunnen stellen, aldus Van de Pol.⁹ Feitelijk zijn met het nieuwe stelsel dus niet alleen de mogelijkheden tot liberalisering van de zorgmarkt verruimd, ook de sturingsmogelijkheden van de overheid zijn aangescherpt.

De sturingsmogelijkheden nemen niet weg dat bij de invoering van het nieuwe stelsel de intentie is geuit van een voorzichtige, stapsgewijze maar gestage liberalisering, waarbij geleidelijk de toelatingseisen verder versoepeld worden, steeds meer prijzen zullen worden losgelaten en een mix zal gaan ontstaan van vrije tarieven en maximumtarieven. Bij het vaststellen van maximumtarieven zal de NZa zich steeds meer

laten leiden door “maatstafconcurrentie”. Hierbij wordt het tarief periodiek vastgesteld op basis van de gemiddelde kosten van een bepaald percentage meest efficiënte zorgaanbieders. Op deze wijze kan het tarief stelselmatig verlaagd worden. Inmiddels heeft de NZa zich pleitbezorger betoond van meer vrije prijsvorming (zie ook hoofdstuk 5). Ook andere belangrijke adviesorganen als het Centraal Plan Bureau en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg koersen sterk op een verdere liberalisering van de gezondheidszorg.^{23;40;41}

Overigens wordt 2008 voor de ggz een overgangsjaar. Omdat de kosten van Zvw-ggz in dit eerste jaar nog niet goed kunnen worden ingeschat, worden de zorgverzekeraars in 2008 volledig nagecalculeerd. Ze lopen dus nog geen risico. Vanaf 1 januari 2009 gaan zorgverzekeraars wel risico lopen op de gemaakte kosten in de ggz en zullen ‘verliezen’ voor eigen rekening komen.

Voor de langere termijn geldt vooral dat de beleidsopties zijn verruimd, enerzijds in termen verdergaande liberalisering, anderzijds in termen van sturing op onderdelen. Dat biedt meer mogelijkheden, maar ook meer onzekerheden voor de partijen in veld. Deze krijgen meer vrijheid, gaan meer risico’s lopen, zullen meer moeten anticiperen op marktontwikkelingen, maar moeten ook rekening blijven houden met ingrijpen (of niet-ingrijpen) vanuit de overheid.⁴²

3.5 DE WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

Naast de Zvw en de Awbz is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning de derde financieringsbron van ggz-voorzieningen. Vooralsnog is het aandeel van de Wmo in financiering van de ggz gering (maximaal 2 % van de totale ggz-uitgaven). Dat aandeel kan de komende tijd echter nog flink gaan groeien. Enerzijds omdat gemeenten met de Wmo een expliciete verantwoordelijkheid hebben gekregen voor de ondersteuning van mensen met psychosociale of chronische psychische problemen bij hun zelfredzaamheid en hun maatschappelijke participatie. In veel gemeenten moet die functie nog vorm krijgen. Anderzijds omdat mogelijk nog meer reeds bestaande, en op dit moment nog vanuit de Awbz gefinancierde ggz-voorzieningen, op termijn hun Awbz-financiering verliezen en een beroep moeten doen op de Wmo (bijvoorbeeld de nu nog onder de Awbz-functie *ondersteunende begeleiding* vallende dagbestedingsvoorzieningen en voorzieningen voor begeleid zelfstandig wonen).

Motieven voor de Wmo

De Wmo is een nog zeer jonge wet. Motieven voor de invoering van de Wmo werden in de afgelopen jaren naar voren gebracht in een serie adviesrapporten, met name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Daarin werd bepleit de verantwoordelijkheid voor de participatie van mensen met beperkingen in een aparte wet toe te wijzen aan

gemeenten. “De gemeente moet verantwoordelijk worden voor de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking, zodanig dat die gelijk is aan de participatie van mensen zonder beperking”.⁴³ Als beweegreden om die verantwoordelijkheid juist bij gemeenten te leggen, werd gewezen op het feit dat voor de participatie van mensen met beperkingen de betrokkenheid en samenwerking van veel lokale partijen nodig is. Gemeenten zouden het best in staat zijn die samenwerking en de regie daarover tot stand te brengen. Gemeenten hebben bovendien al taken op het gebied van arbeid, welzijn, leefbaarheid, etc.. En gemeenten zouden ook het best in staat zijn een lokaal ondersteuningsaanbod in het leven te roepen, dat aansluit bij de lokale noden, behoeften en omstandigheden.^{28:43-46}

De diverse adviesorganen verbonden wel voorwaarden aan de invoering van de nieuwe wet en aan de kansen op het welslagen ervan. De belangrijkste van die voorwaarden was de rechtszekerheid voor mensen met beperkingen, niet in termen van voorzieningen waarop ze aanspraak moeten kunnen maken, maar wel in termen van het zelfredzaamheidspeil en het participatiepeil waartoe gemeenten hen in de gelegenheid zouden moeten stellen (compensatieplicht). De burger met een beperking zou in een gelijkwaardige uitgangspositie moeten worden gebracht ten opzichte van de burger zonder beperking. Bepleit werd deze compensatieplicht (en het te realiseren zelfredzaamheidspeil en participatiepeil) te operationaliseren en normeren. Een andere belangrijke voorwaarde was de deelname van mensen met beperkingen zelf in de besluitvorming over en de totstandkoming van de lokale maatschappelijke ondersteuning.²⁹

Participatie van mensen met een beperking gold dus als hoofdmotief voor de invoering van de Wmo. Gedurende de voorbereidingen van de nieuwe wet kwam nog een tweede motief steeds nadrukkelijker op de voorgrond te staan. Overheveling van Awbz-voorzieningen naar de Wmo bood de mogelijkheid om van een open eind financiering over te stappen naar budgetfinanciering. In de Awbz hebben verzekerden aanspraak op zorg; meer aanspraken leiden tot meer zorg en meer zorgkosten. In de Wmo krijgen gemeenten een jaarlijks budget, waar zij zelf mee uit moeten komen. Dat biedt de rijksoverheid betere mogelijkheden voor kostenbeheersing.⁶

De invoering van de Wmo

De Wmo trad op 1 januari 2007 in werking. Twee andere wetten, waarin gemeenten al een belangrijke verantwoordelijkheid was toebedeeld, werden gelijktijdig afgeschaft: de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. De middelen werden overgeheveld naar het Wmo-budget. Daarnaast werden de functie huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen en subsidies uit de Awbz geschrapt. Ook dat budget werd toegevoegd aan het Wmo-budget.

Helemaal nieuw was het voorzieningenpakket dat met de invoering van de Wmo in het leven werd geroepen, niet. De Wmo werd min of meer geacht met het overgehevelde budget te voorzien in die behoeften, waar voorheen de diverse vanuit de afgeschafte wetten gefinancierde voorzieningen in voorzagen. Veel van die voorzieningen lagen ook (deels) op het terrein van de Wmo. In principe was het aan de gemeenten zelf of ze de Wmo wilden vormgeven met behulp van die bestaande voorzieningen, of dat zij daarvoor nieuwe in het leven wilden roepen. In eerste instantie hebben veel gemeenten gekozen voor voortzetting van een groot deel van de bestaande voorzieningen (zie bijlage II).

Daarbij gold wel de nieuwe regelgeving van de Wmo; regelgeving die nog het meest leek op die van de Welzijnswet. De Wmo definieert geen voorzieningen, functies of andere aanbodcategorieën. Ook kent de Wmo geen aanspraken, zoals de Zvw of de Awbz. Mensen met een beperking kunnen geen individuele rechten op specifieke voorzieningen of specifieke hulp doen gelden. De inhoud van de Wmo is (net als voorheen die van de Welzijnswet) algemener geformuleerd, in termen van prestatievelden voor gemeenten. In totaal zijn er negen prestatievelden. Ze luiden als volgt:

1. het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten
2. preventieve ondersteuning van jeugdigen met problemen en ouders (opvoedingsproblemen)
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
4. ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers
5. het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem
6. het realiseren van voorzieningen ten behoeve van behoud van zelfstandig functioneren en deelname aan maatschappelijk verkeer van de onder 5 genoemde groepen
7. maatschappelijke opvang, advies en steunpunten huiselijk geweld
8. openbare geestelijke gezondheidszorg (Oggz)
9. ambulante verslavingszorg

De prestatievelden beschrijven op de hoofdlijnen de Wmo-verantwoordelijkheden van gemeenten. Met name de prestatievelden 5 en 6 (bevorderen van participatie en zelfredzaamheid) zijn van toepassing op mensen met psychische beperkingen, maar ook de prestatievelden 3, 8 en 9 (respectievelijk cliëntondersteuning, openbare ggz en ambulante verslavingszorg).

Het is aan gemeenten zelf om te bepalen hoe zij deze verantwoordelijkheden c.q. prestatievelden invullen. Controle daarop vindt in principe alleen plaats binnen de gemeenten zelf, via de gemeenteraad en via de burgerraadpleging (Wmo-raden) over het verplichte vierjaarlijkse Wmo-plan van de gemeente. Gemeenten hebben daarmee een grote beleidsvrijheid. Die beleidsvrijheid wordt bekrachtigd door het feit dat gemeenten zelf indicatiecriteria en -procedures kunnen vaststellen (wie komt voor welke voorzieningen in aanmerking) en door het feit dat het grootste deel van het Wmo-budget niet geoormerkt is. Het is aan gemeenten zelf om de middelen te verdelen over de verschillende prestatievelden, bijbehorende voorzieningen en categorieën van ondersteuningsbehoevenden. Een uitzondering daarop vormen de zogeheten doeluitkeringen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, openbare ggz en ambulante verslavingszorg. Deze doeluitkeringen wordt niet aan alle gemeenten verstrekt maar alleen aan ‘centrumgemeenten’, die in samenspraak met de kleinere, omliggende gemeenten tot overeenstemming moeten komen over besteding van de middelen.

De ggz in de Wmo

Als gezegd is het aandeel van de Wmo in de ggz-financiering vooralsnog relatief bescheiden, althans afgemeten aan het deel van de ggz-voorzieningen waarvoor op 1 januari 2007 de Awbz-financiering is weggevallen en waarvan de budgetten naar de Wmo zijn overgeheveld. Het totale overgeheveld budget bedraagt circa 76 miljoen euro.¹⁶ Concreet gaat het om:

- de middelen voor dienstverlening en collectieve preventie; activiteiten die hieruit werden gefinancierd betreffen onder ander voorlichtingsbijeenkomsten bij andere maatschappelijke organisaties (scholen), training voor risicogroepen, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers, consultatie van huisartsen, politie of andere organisaties,
- de subsidieregeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (Oggz); hieruit werd de participatie van de ggz in het lokale Oggz-netwerken gefinancierd (meldpunten overlast, bemoeizorgteams, wijkplatforms),
- de subsidieregeling zorgvernieuwingsprojecten in de ggz; hieruit werden vooral cliëntgestuurde projecten gefinancierd.^{16:47}

De vraag dient zich aan in welke mate en op welke wijze deze ggz-voorzieningen vanuit het nieuwe Wmo-kader zijn gecontinueerd. In het volgende hoofdstuk staan we uitgebreider stil bij deze vraag. Daarin komen onder andere de resultaten ter sprake van de als onderdeel van deze Trendrapportage uitgevoerde quickscan naar de eerste ervaringen met de Wmo (bijlage II). Voor dit moment zij vermeld dat de bevindingen van de quickscan laten zien dat financiering van de ‘overgeheveld’ voorzieningen vanuit de Wmo, in de praktijk niet vanzelfsprekend is.

Beleidsvoornemens

Inmiddels worden de bredere Wmo-ontwikkelingen ook vanuit de rijksoverheid zelf nauwlettend gevolgd. In de tot dusverre verschenen voortgangsrapportages constateert het Ministerie van VWS dat de aandacht van gemeenten nog sterk uit gaat naar hulp bij het huishouden en naar procedurele zaken zoals contracteerbeleid en indicatiestelling. Minder aandacht is er vooralsnog voor inhoudelijke vragen en voor thema's als participatie. Mede om die reden is besloten tot het opzetten van een vernieuwingsprogramma en een evaluatieonderzoek.^{48,49} (Zie ook bijlage II).

In het eind 2007 opgestelde *Plan van aanpak evaluatie Wmo* herinnert het Ministerie van VWS er nog eens aan dat de Wmo twee belangrijke doelen kent: het bevorderen van de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van burgers en het bevorderen van de sociale samenhang en actief burgerschap. Aan deze twee doelen wil het Ministerie de Wmo getoetst zien.⁵⁰ Naar verwachting zullen de resultaten van het vernieuwingsprogramma en het evaluatieonderzoek mede bepalend zijn voor de vraag of er in de toekomst nog meer Awbz-middelen (ook van de bestaande ggz-voorzieningen) worden overgeheveld naar de Wmo.

3.6 BALANS: DE GGZ OP EEN KEERPUNT

In de voorgaande paragrafen zijn de drie belangrijkste financieringsbronnen van de ggz anno 2008 beschreven. Dat zijn:

- de Awbz, in hoofdlijnen voor voorzieningen op het gebied van langdurig verblijf, wonen, woonondersteuning
- de Zvw, voor ggz-voorzieningen waarin de behandelcomponent op de voorgrond staat
- de Wmo, voor voorzieningen op het gebied van de openbare ggz en maatschappelijke ondersteuning

Van deze drie bronnen neemt de Zvw in 2008 het grootste deel van ggz-financiering voor zijn rekening (bijna drie kwart). Het aandeel van de Wmo is het kleinst, vermoedelijk maximaal 2 %. Het exacte Wmo-aandeel is echter niet te geven omdat Wmo-uitgaven aan ggz-voorzieningen niet apart worden geregistreerd.

Overheveling

De financieringskaders anno 2008 verschillen drastisch van die van de voorafgaande jaren en decennia, waarin de ggz vrijwel volledig gefinancierd werd vanuit de Awbz. In dit hoofdstuk zijn de motieven benoemd die in de aanloop naar overheveling zijn aangevoerd voor de herpositionering van de ggz in het zorgstelsel. Tot die motieven behoren de overweging dat de ggz vooral curatieve zorg is, dat de overheveling de ggz meer kansen biedt mee te profiteren van de vernieuwingen in het zorgstelsel (in het bijzonder in de Zvw) en dat het de verkokering van de ggz doorbreekt. Ook de regel-

geving en beleidsontwikkelingen binnen elk van de drie financieringsbronnen zijn in dit hoofdstuk ter sprake gekomen. Centrale beleidslijn met betrekking tot de Zvw is het creëren van meer ruimte voor marktwerking, om zo de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te bevorderen. Met betrekking tot de Awbz is er sprake van een streven naar flexibilisering en naar afslanking van de aanspraken tot die voor langdurige zorg. Voor de verdere ontwikkeling van de Wmo ligt de zeggenschap vooralsnog bij de lokale overheden en beperkt de rijksoverheid zich tot de rol van systeemverantwoordelijke.

Met de overheveling is de toekomst van de ggz mede afhankelijk geworden van de ontwikkelingen binnen elk van deze drie financieringskaders. Geconstateerd werd in dit hoofdstuk echter ook dat binnen elk van die financieringskaders nog veel beleidsruimte voor de overheid bestaat. De toekomst van het zorgstelsel en daarmee van het ggz-stelsel, is voor een belangrijk deel nog een open boek.

Collectief gefinancierde ggz en commerciële initiatieven

In dit hoofdstuk hebben we ons, net als in de rest van het rapport, op de collectief gefinancierde ggz geconcentreerd. Inkomsten van ggz-instellingen uit private bestedingen hebben we in paragraaf 3.2 kort aangestipt, maar zijn verder niet ter sprake gekomen. Dat wil niet zeggen dat deze niet belangrijk zijn. Op het totale budget gaat het vermoedelijk om relatief bescheiden bedragen. Maar één van de maatregelen in het nieuwe zorgstelsel is een verruiming van de mogelijkheden voor zorginstellingen om inkomsten te genereren uit private bestedingen, al dan niet in combinatie met inkomsten uit de Zvw of de Awbz. Dat kunnen bestedingen zijn van cliënten, van hun werkgevers of van hun verzekeraars (niet uit de basisverzekering, maar uit een vrijwillige aanvullende verzekering). Ook dat moet bijdragen aan meer concurrentie, differentiatie, vraaggerichtheid en kwaliteit.¹⁸

Van commerciële initiatieven in de zorg bestaat geen landelijke registratie. Wat exact de actuele situatie is, is niet bekend. Wel signaleerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2002 al dat een aantal ggz-aanbieders zich op de commerciële markt had begeven. Nieuwe initiatieven richtten zich vooral op zorg bij arbeidsgerelateerde problemen en bij verslavingsproblemen. In totaal ging het op dat moment om zo'n 40 initiatieven. Inkomsten kwamen doorgaans uit een combinatie van bronnen: meer dan de helft uit eigen betalingen van patiënten en bedrijven, iets minder dan de helft uit particuliere verzekeringen, ziekenfondsen en zorgkantoren.¹⁰ Inmiddels zijn er signalen dat de commerciële zorgsector en de commerciële ggz groeien. Daarbij gaat het niet alleen meer om ggz-instellingen die de 'private markt' opgaan, maar ook om commerciële bedrijven, die hun inkomsten mede genereren uit de Zvw en de Awbz (zie hoofdstuk 5). Als gezegd: exacte cijfers ontbreken nog.

Nieuwe structuren en nieuwe verhoudingen

In het algemeen lijken de bevindingen in dit hoofdstuk de conclusie te rechtvaardigen - en de commerciële initiatieven ondersteunen dat - dat de ontwikkelingen op het gebied van de financiering een keerpunt betekenen voor de ggz. De ggz heeft zich in de afgelopen dertig jaar ontwikkeld in een relatief homogene, stabiele, vanuit de overheid aangestuurde (Awbz-)omgeving, waarin een regionale oriëntatie en het wegwerken van de schotten binnen de verschillende zorgsectoren centraal stond. Die omgeving is in korte tijd drastisch veranderd. Naar verwachting wordt de ontwikkeling van de ggz de komende jaren in sterkere mate dan voorheen bepaald door concurrentieverhoudingen. Tegelijk wordt de afbakening van de ggz minder eenduidig. Er is geen sprake meer van één speelveld (de Awbz), maar van een aantal verschillende speelvelden, waarop de grenzen met respectievelijk de somatische zorg, de eerste lijnzorg, de langdurige 'woonzorg', de welzijnszorg en de commerciële zorg niet meer zo scherp zijn als voorheen.

Aanwijzingen voor de consequenties van deze omwenteling komen inmiddels beschikbaar vanuit het veld, waar de nieuwe financieringskaders al enige tijd hun schaduw vooruit werpen. Vrijwel alle zorginstellingen en andere partijen in de ggz zijn de afgelopen periode een intensief proces van strategiebepaling ingegaan. Voor een deel worden de keuzes – en de prikkels die van het nieuwe stelsel uitgaan - al zichtbaar in de praktijk. Tegelijk worden op geaggregeerd niveau, door wetenschappers, adviesorganen, uitvoeringsinstanties en vertegenwoordigende organisaties van cliënten en zorgaanbieders de eerste ervaringen en de verwachtingen over de toekomst van de ggz uitgewisseld. De mogelijkheden die het nieuwe stelsel biedt, worden voor het voetlicht gebracht en nog op te lossen knelpunten worden gesignaleerd. Ook in deze uitwisseling beginnen de nieuwe trends en de nieuwe uitdagingen voor de komende jaren zich af te tekenen.

In de volgende hoofdstukken wordt besproken wat tot dusverre merkbaar is van de nieuwe financieringskaders en welke nieuwe ontwikkelingen als gevolg de veranderingen in het ggz-financieringsstelsel worden gesignaleerd. Daarbij ligt het accent op de twee belangrijkste aspecten van de overheveling: respectievelijk de segmentering, ofwel 'herverkaveling' van de ggz (hoofdstuk 4) en de introductie van de marktwerking in de ggz (hoofdstuk 5).

REFERENTIES BIJ HOOFDSTUK 3

1. Ministerie van VWS (2007). *Rijksbegroting 2008*. Den Haag: Ministerie van VWS.
2. GGZ Nederland (2007). *Ggz in de WMO: feiten cijfers en knelpunten*. Amersfoort: GGZ Nederland.
3. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw: advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: RVZ.
4. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen: eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS.
5. GGZ Nederland (2003). *Curatieve ggz: van de Awbz naar de Ziekenfondswet*. Utrecht: GGZ Nederland.
6. Ministerie van VWS (2003). *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige Awbz*. Den Haag: Ministerie van VWS.
7. Ministerie van VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. Van de Pol, F. (2004). De bekostiging van de GGZ: 10 jaar dynamiek. In: F.W.M. Van Rijn, R.W.L. Spanjers, J.J. Zurbier (red.). *Handboek financiële bedrijfsvoering in de zorg*, p. 1-37. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
9. Van de Pol, F. (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(11): 1095-1107.
10. Kösters, T.P. (2005). *GGZ op een keerpunt: sectorstudie Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: ING Medinet.
11. Hutschemaekers, G.J.M., Tiemens, B.G. (2006). Het einde van een sectorale GGZ: ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48(1): 27-37.
12. Van Schooneveld, E. (2007). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in vogelvlucht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2007(5): 340-353.
13. College voor Zorgverzekeringen (2007). *Awbz Kompas*. Diemen: CVZ.
14. Ministerie van VWS (2006). *Rijksbegroting 2007*. Den Haag: Ministerie van VWS.
15. College voor Zorgverzekeringen (2006). *GGZ Kompas: GGZ in ZVW en Awbz vanaf 1 januari 2007*. Diemen: CVZ.
16. GGZ Nederland (2007). *Ggz in de WMO: feiten cijfers en knelpunten*. Amersfoort: GGZ Nederland.
17. College voor Zorgverzekeringen (2006). *GGZ Kompas: GGZ in ZVW en Awbz vanaf 1 januari 2007*. Diemen: CVZ.
18. Ministerie van VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

19. Van Campen, C. (2007). *Vragers naar Awbz-GGZ. Interne notitie SCP*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
20. Werkgroep organisatie romp Awbz (2006). *Toekomst Awbz*. Den Haag: IBO.
21. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Mensen met een beperking in Nederland: de Awbz in perspectief*. Zoetermeer: RVZ.
22. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *De Awbz internationaal bekeken, langdurige zorg in het buitenland*. Zoetermeer: RVZ.
23. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2007). *De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010: briefadvies*. Zoetermeer: RVZ.
24. College voor Zorgverzekeringen (2005). *Zorg en participatie gegarandeerd*. Diemen: CVZ.
25. College voor Zorgverzekeringen (2004). *Toekomst Awbz*. Diemen: CVZ.
26. Douven, R., Mol, E., Folmer, K. (2004). *Momentopname van de Awbz: een analyse van de sterke en zwakke punten*. Den Haag: Centraal Plan Bureau.
27. Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *Care voor de toekomst*. Utrecht: NZa.
28. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2003). *Gemeente en zorg*. Zoetermeer: RVZ.
29. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Mensen met een beperking in Nederland: de Awbz in perspectief*. Zoetermeer: RVZ.
30. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Briefadvies WMO*. Zoetermeer: RVZ.
31. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2005). *Lokalisering van maatschappelijke ondersteuning: voorwaarden voor een succesvolle WMO*. Den Haag: RMO.
32. Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad (2007). *Ondersteunende begeleiding OB: brief aan de staatssecretaris, 16 augustus 2007*. Utrecht: CG-Raad.
33. Ministerie van VWS (2007). *Awbz: naar eenvoud in uitvoering*. Den Haag: Ministerie van VWS.
34. Besluit Zorgverzekering. *Staatsblad* 2005, nummer 389.
35. College voor Zorgverzekeringen (2007). *Awbz Kompas*. Diemen: CVZ.
36. Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2006). *Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ*. Utrecht: Nivel.
37. Emmen, M.J., Meijer, S.A., Heideman, J.M.C., Laurant, M.G.H., Verhaak, P.F.M. (2007). Versterking van de eerstelijns GGZ: effecten op langere termijn. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 85(3): 166-173.
38. Ministerie van VWS (2005). *Nieuwe fundamenten voor een toekomstbestendige zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
39. Landelijke Werkgroep DBC-ontwikkeling GGZ (2006). *De productstructuur DBC GGZ*. Utrecht: DBC GGZ.
40. Centraal Planbureau (2007). Eerste ervaringen met stelselherziening zorg. In: CPB (red.). *Centraal Economisch Plan 2007*, p. 140-154. Den Haag: CPB.

41. Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *Richting geven aan keuzen*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
42. Van der Grinten, T.E.D. (2006). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus MC.
43. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Briefadvies WMO*. Zoetermeer: RVZ.
44. College voor Zorgverzekeringen (2002). *Toekomstverkenning Modernisering Awbz en gevolgen voor de GGZ*. Amstelveen: CVZ.
45. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2002). *De handicap van de samenleving: over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Zoetermeer: RMO.
46. Taskforce vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg (2002). *Erbij horen*. Den Haag: Ministerie van VWS.
47. Hasker, J. (2007). *Notitie 'Werken met de WMO': praktische tips op basis van ervaringen*. Utrecht: Kenniscentrum Rehabilitatie, Trimbos-instituut, Landelijke Steunfunctie Preventie.
48. Ministerie van VWS (2007). *Tweede voortgangsrapportage Wmo*. Den Haag: Ministerie van VWS.
49. Ministerie van VWS (2007). *Voortgangsrapportage Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Den Haag: Ministerie van VWS.
50. Ministerie van VWS (2007). *Plan van aanpak evaluatie van de WMO (2007-2009)*. Den Haag: Ministerie van VWS.
51. Sociaal Economische Raad (2008). *Concept advies over de toekomst Awbz*. Den Haag: SER.

4 NIEUWE STRUCTUREN: HERVERKAVELING VAN DE GGZ

4.1 HET EINDE VAN EEN SECTOR: SEGMENTERING EN SAMENWERKING

De ggz heeft zich in de afgelopen dertig jaar ontwikkeld tot een relatief homogene, afgebakende sector binnen de gezondheidszorg en de Nederlandse samenleving.

De Awbz als omvattende financieringsbron heeft daar mede aan bijgedragen.

Aan die ggz als *sector* lijkt met de overstap van één naar (tenminste) drie financieringskaders (de Zvw, de Awbz en de Wmo) een einde te komen. De nieuwe financieringskaders luiden in de woorden van Van de Pol een 'herverkaveling' van de ggz in.¹

Die herverkaveling van de ggz kent twee kanten: segmentering van een voorheen geïntegreerde sector en aansluiting van onderdelen van de ggz bij andere andere zorg- of maatschappelijke domeinen. In dit hoofdstuk belichten we deze beide aspecten van de herverkaveling van de ggz.

Segmentering

De nieuwe financieringskaders geven op drie fronten aanleiding tot een segmentering van de ggz: in de aanbiederstructuur, op het voorzieningenniveau en in het overheidsbeleid met betrekking tot de ggz.

In hoofdstuk 2 werd geconstateerd dat de aanbiederstructuur in de ggz in de afgelopen 15 jaar steeds meer gedomineerd wordt door grote regionale instellingen, die ieder nagenoeg het complete pallet aan ggz-voorzieningen bieden. Denkbaar is dat deze geïntegreerde ggz-instellingen blijven bestaan, maar een optie is ook dat Zvw-gefinancierde onderdelen zich op termijn gaan afsplitsen van de Awbz-gefinancierde onderdelen (of andersom). Onderdelen die zich gaan afsplitsen, kunnen als gespecialiseerde ggz-instelling verder of samengaan met anderen. Binnen het kader van de Zvw zou het samengaan van ggz-aanbieders met instellingen voor somatische gezondheidszorg aan de orde kunnen zijn. Binnen het kader van de Awbz kunnen overnames gaan plaatsvinden van verblijfs- en woonvoorzieningen voor mensen met psychische problemen door de (soms aanzienlijk grotere) aanbieders van vergelijkbare voorzieningen voor andere groepen (mensen met verstandelijke beperkingen, ouderen). Een mogelijkheid is ook dat al deze ontwikkelingen gelijktijdig plaatsvinden en de aanbiederstructuur op het werkveld van de ggz een heel gemêleerd beeld te zien zal geven.

De nieuwe financieringskaders en de mogelijke segmentering in de aanbiedersstructuur van de ggz kan ook gaan doorwerken op voorzieningenniveau. Zorgprogramma's zullen vanuit verschillende bronnen gefinancierd gaan worden. Mogelijk zullen ingrediënten van die programma's (mits deze als ordeningsprincipe blijven bestaan) door verschillende instellingen geleverd gaan worden. Met name in de langdurige ggz zijn in de afgelopen periode op veel plaatsen pogingen ondernomen om voor cliënten met meervoudige ondersteuningsbehoeften tot een zo geïntegreerd en samenhangend mogelijk hulpaanbod te komen. Dat gebeurde met wisselend succes. De vraag is welke consequenties de opsplitsing van financieringsbronnen en mogelijk ook afsplitsing van onderdelen van ggz-instellingen hebben voor de coherentie en continuïteit in de voorzieningen voor deze groep cliënten.

Ook in het overheidsbeleid lijkt het beeld van de ggz als één, homogene, van andere af te bakenen sector verleden tijd. Enkele jaren geleden werd al gesignaleerd dat de ggz als sector voor de rijksoverheid feitelijk geen 'aangrijpingspunt voor besturing' meer is.^{1,2} De meest recente beleidsvisie van het Ministerie van VWS sluit bij deze bevinding aan en trekt deze door: de ggz moet zich niet meer als zelfstandige sector profileren maar aansluiting zoeken bij onder andere de somatische gezondheidszorg, de huisarts, het maatschappelijk werk, de maatschappelijke opvang, jeugdzorginstellingen, thuiszorg, verzorging- en verpleeghuizen, bedrijfsleven, onderwijs en gemeenten.³

Samenwerking

Met bovenstaande beleidsvisie bouwt het Ministerie voort op wat in de afgelopen jaren herhaaldelijk als één van de motieven voor de herstructurering van de ggz is aangehaald: de ggz zou teveel in zichzelf gekeerd zijn geraakt en moet meer aansluiten bij en ingebed worden in ander zorgsectoren en maatschappelijke domeinen.

In hoofdstuk 3 werd al gerefereerd aan het rapport *Zorg van Velen* van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, dat een belangrijkste stimulans is geweest voor de overheveling. In dat rapport werd gesproken van de ggz als een medisch specialistisch bolwerk, dat psychische klachten 'ontcontextualiseert' en medicaliseert. De ggz plaatst psychische problemen teveel in een psychiatrisch referentiekader en heeft te weinig oog heeft voor de sociale en maatschappelijke context van die problemen, aldus de Commissie. Ontkokering van de ggz en inbedding van ggz-voorzieningen in de netwerken van respectievelijk de curatieve zorg, de langdurige zorg en de welzijnszorg, moet het tij keren.⁴ (Zie ook Hutschemaekers en Tiemens, die menen dat in de fusiebeweging in de ggz de medisch psychiatrische aanpak van de APZ-en de overhand heeft gekregen over de multidisciplinaire benadering van de Riagg.⁵)

Het Ministerie van VWS signaleerde in een reactie op het rapport van de Landelijke Commissie in kritische zin dat de ggz zich de afgelopen tijd ontwikkeld heeft tot “een afzonderlijke categoriale sector ... met een totaalaanbod”.⁶ In het vervolg zou de gespecialiseerde ggz enerzijds niet alles zelf meer moeten doen en zich moeten gaan concentreren op waar het goed in is - het behandelen van psychische problemen – en zich anderzijds meer moeten invoegen in de verschillende zorgnetwerken voor verschillende doelgroepen. De boodschap is dus tweeledig: het werk moet exclusiever ‘geneeskundig’, de setting moet ‘contextueler’.

Overigens sluiten de boodschap van de Landelijk Commissie en die van het Ministerie van VWS op elkaar aan, maar zijn ze niet helemaal identiek. We lichten de verschillen, met het oog op het vervolg van dit hoofdstuk, kort toe.

Integraal beleid versus zorgnetwerken

In de uitwerking van zijn visie pleitte de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid voor de ontwikkeling van een breed geestelijke volksgezondheidsbeleid, waarin het streven centraal staat naar zodanige verbetering van sociale verhoudingen en maatschappijstructuren dat voor zoveel mogelijk mensen de voorwaarde voor een geestelijk gezond leven wordt geschapen. Kenmerk van dat beleid zou moeten zijn dat geestelijke volksgezondheid niet wordt gepsychiatriseerd (dat niet vanzelf “klachten tot symptomen van psychische stoornissen” worden gemaakt). Het beleid zou onder andere moeten bestaan uit bredere studies naar geestelijke volksgezondheid, met veel bredere indicatoren (bijvoorbeeld psychische arbeidsongeschiktheid), facetbeleid rond arbeid, onderwijs, huisvesting en sociale zaken en de ontwikkeling van nieuwe opleidingen en nieuwe zorgarrangementen “die steunen op professionals die geschoold zijn in het werken binnen en beïnvloeden van specifieke contexten”.⁴

In de beleidsvisie ggz van 2006 kiest het Ministerie van VWS voor een iets ander accent. Er wordt niet zozeer ingestoken op een breed, maatschappelijk georiënteerd geestelijk volksgezondheidsbeleid. De beleidsnota concentreert zich in plaats daarvan op het voor het voetlicht brengen van het belang van zorgnetwerken, waarvan de geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt of moet gaan maken. In de beleidsvisie worden netwerken onderscheiden voor jeugdigen, ouderen, eerstelijnszorg, langdurige zorg, gespecialiseerde gezondheidszorg, forensische psychiatrie en zorg en welzijn. Niet de ggz als sector, maar de samenwerkingsverbanden tussen ggz-instellingen en andere partijen binnen deze zorgnetwerken staan centraal in de beleidsvisie van het Ministerie van VWS. Aansturing van de (verschillende onderdelen van de) ggz moet gaan plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van verschillende regievoerders binnen die zorgnetwerken. Op een groot aantal terreinen – jeugd, ouderen, zorg en welzijn, langdurige zorg – wordt die regiefunctie, in het kader van de Wmo, toebedacht aan de gemeenten.³

Vragen

De herverkaveling van de ggz roept een verschillende vragen op. Bijvoorbeeld of de belangrijke rol die in de beleidsvisie aan gemeenten wordt toebedacht wel helemaal in verhouding staat tot de verdeling van de middelen, althans voor wat betreft de ggz. Bijna drie kwart van de collectieve uitgaven aan ggz worden gefinancierd uit de Zvw, het financieringskader voor de curatieve zorg (zie hoofdstuk 3). De rest valt voornamelijk onder de Awbz. Vooralsnog wordt een fractie van de ggz vergoed vanuit de Wmo. Een andere vraag is in hoeverre een overheveling van het grootste deel van de ggz naar het financieringskader voor de somatische/medische zorg daadwerkelijk zal bijdragen aan bredere maatschappelijke oriëntatie en een bredere maatschappelijke kijk op psychische problemen, zoals de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid die voorstond.

Duidelijk is in ieder geval dat de herverkaveling van de ggz belangrijke, maar nog niet geheel te overziene gevolgen zal hebben. Om die (mogelijke) consequenties beter in beeld te krijgen, willen we de herverkaveling in het vervolg van dit hoofdstuk vanuit drie perspectieven belichten. Het eerste perspectief is dat van de ervaringen tot nu toe met bredere samenwerkingsverbanden en zorgnetwerken rond de ggz. Samenwerking is immers geen nieuw thema in de ggz, noch in het beleid, noch in de praktijk. In paragraaf 4.2 geven we een overzicht op basis van de onderzoeksliteratuur. In paragraaf 4.3 belichten we de herverkaveling vanuit het perspectief van de langdurige ggz en staan we stil bij de kansen en risico's van de 'knip in de ggz' voor een aantal voorzieningen in dit deel van de ggz. Samenhang en continuïteit in de zorg zijn immers vooral van belang voor mensen met langdurige problemen en meervoudige ondersteuningsbehoeften. Een brede, landelijke consultatieronde over het onderwerp door het Ministerie van VWS vormt een belangrijke bron voor deze paragraaf. Tenslotte verkennen we consequenties van de herverkaveling van de ggz vanuit het lokale perspectief. Met name bespreken we, in paragraaf 4.4, de eerste ervaringen met de regiefunctie van gemeenten in de zorg en ondersteuning voor mensen met (chronische) psychische problemen. Die ervaringen zijn geïnventariseerd in een ten behoeve van de Trendrapportage uitgevoerde quickscan door het Kenniscentrum Rehabilitatie (zie bijlage II).

4.2 ONTWIKKELING VAN ZORGNETWERKEN ROND DE GGZ

De beleidsvisie ggz van het Ministerie van VWS vraagt van ggz-instellingen dat zij zich nadrukkelijker gaan verhouden tot andere organisaties en (zorg)sectoren. Dat roept de vraag op wat op dit vlak de ervaringen tot nu toe zijn. Wat zijn tot dusverre de belangrijkste samenwerkingsverbanden rond de ggz en hoe functioneren deze? En wat valt daarvan te leren voor de komende periode?

De suggestie dat de ggz al die jaren als een volledig gesloten bolwerk zou hebben geopereerd, is immers voor nuancering vatbaar. Sommige samenwerkingsverbanden

bestaan al lang, andere zijn recenter tot ontwikkeling gekomen, rond uiteenlopende doelgroepen en aandachtsgebieden en op verschillende niveaus: uitvoerend, bestuurlijk en beleidsmatig. Samenwerking is ook geen nieuw thema in het ggz-beleid. De achtergrondstudie in bijlage I laat zien dat bijvoorbeeld de doelstelling van 'vermaatschappelijking' van de ggz al enkele decennia op de beleidsagenda staat.

Het voert te ver 'de samenwerking' tussen de ggz en andere maatschappelijke instanties hier uitputtend te bespreken; daarvoor is het onderwerp te breed, divers en complex. Bovendien zijn gedegen evaluaties van samenwerkingsnetwerken in en rond de ggz schaars. Wel kunnen enkele van de belangrijkste bevindingen uit die schaarse literatuur kort op een rij worden gezet. Die bevindingen hebben betrekking op de relatie eerste-tweede lijns ggz, de openbare ggz, de jeugdzorg/-ggz en de rol van gemeenten in de pre-Wmo periode, maar ook op het belang van 'includerend beleid' en het tegengaan van stigmatisering. De onderzoeken laten zien dat de samenwerkingsbereidheid groot is, maar dat er ook een aantal specifieke knelpunten is.

Samenwerking eerstelijns-tweedelijns ggz verbetert; doorverwijzing naar gespecialiseerde ggz neemt niet af

Het Nivel heeft in de afgelopen jaren de ontwikkelingen rond de eerstelijns-ggz en de samenwerking tussen eerstelijns- en tweedelijns ggz gemonitord. Verschillende stimuleringsmaatregelen zijn ingezet om die samenwerking te versterken. Een belangrijke doelstelling daarbij was om onnodige doorverwijzingen vanuit de eerste lijn naar de gespecialiseerde ggz te voorkomen. Het onderzoek van het Nivel laat zien dat de samenwerkingsrelaties tussen de eerstelijns ggz-aanbieders onderling tussen 2001 en 2005 verbeterd zijn. In de relatie tussen eerste- en tweedelijns ggz is het overheersende patroon geweest dat ggz-medewerkers die ten behoeve van consultatieve activiteiten in de eerste lijn werden ingezet, steeds meer zelf korte interventies zijn gaan uitvoeren. Ondertussen nam het aantal verwijzingen naar de tweede lijn niet af maar juist toe. De versterking van de eerste lijn en de intensivering van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn zijn dus geslaagd, zij het wellicht niet helemaal met de aanvankelijke doelstellingen als resultaat.^{7:8} Inmiddels wordt aangestuurd, mede op aandringen van de zorgverzekeraars, op een onafhankelijke (niet aan de gespecialiseerde ggz gebonden) financieringswijze van de consultatieve ggz-ondersteuning bij de huisartsen. De hoop is dat 'onnodig doorverwijzen' zo wordt voorkomen.

Netwerken in ontwikkeling rond jeugd-ggz; bureaucratie nog te belemmerend

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie voor de Jeugdzorg brachten in 2006 een gezamenlijk onderzoeksrapport uit over de plaats van de jeugd-ggz binnen de jeugdzorg. Zij constateerden dat met name de toeleiding van bureau jeugdzorg naar de jeugd-ggz niet goed liep. De indicatiestelling bij bureau jeugdzorg is doorgaans een lang en uitgebreid traject. Nadat de indicatie eenmaal is afgegeven start de jeugd-

ggz nog weer eens opnieuw een eigen intake-traject. Wachttijden tot en gedurende de verschillende fasen voor de uiteindelijke start van de behandeling zijn lang. Ook de uitwisseling tussen bureau jeugdzorg en de jeugd-ggz na de start van de behandeling is voor verbetering vatbaar. Nu blijft informatie-uitwisseling vaak uit en is het bureau jeugdzorg niet op de hoogte van de voortgang van een cliënt waarvoor het de hulp indiceert en coördineert.⁹

Veel lokale initiatieven rond oggz-netwerken; veelheid aan partners en financieringskaders geeft nog afstemmingsproblemen

Voorbeelden van concrete oggz-activiteiten waarin ggz-instellingen participeren zijn meldpunten overlast, bemoeizorgteams en verschillende lokale overlegstructuren (rond dak- en thuislozen en 'zorgwekkende zorgmijders'). Uit onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Trimbos-instituut blijkt dat er veel initiatieven tot ontwikkeling zijn gekomen maar ook nog veel knelpunten zijn in wat de Inspectie noemt "de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders".¹⁰⁻¹³ Om die knelpunten op te lossen zijn volgens de IGZ nodig: een duidelijker regie, een systematischer en methodische samenwerking, minder fragmentatie van en meer continuïteit in financieringsbronnen, minder incongruentie in wet- en regelgeving. Een recente evaluatie van Van der Lindt laat zien dat de formulering van de oggz als prestatieveld in de Wmo en de overheveling van het budget van de subsidieregeling oggz vanuit de Awbz naar de Wmo, nog niet direct soelaas biedt (zie ook paragraaf 4.4). Afstemmingsproblemen in regelgeving en achterliggende belangen van (het vaak grote aantal) betrokken partijen blijven voornamelijk belangrijke knelpunten. Dat doet overigens niks af aan het feit dat de betrokken hulpverleningsteams, ondanks de belemmeringen, ook positieve resultaten behalen.¹³

Regie van lokale zorg- en beleidsnetwerken stelt (zeer) hoge eisen aan gemeenten

De bevindingen met betrekking tot de openbare ggz staan niet geheel op zichzelf. Het Sociaal en Cultureel Planbureau publiceerde tussen 1999 en 2003 een serie rapporten over de lokale beleidsvorming op uiteenlopende terreinen als welzijn, maatschappelijke opvang, jeugdbeleid en ook de geestelijke gezondheidszorg.¹⁴⁻¹⁷ Steeds nadrukkelijker concludeert het SCP dat gemeenten van goede zin zijn, maar dat netwerken waarin die lokale beleidsvorming tot stand moet komen, zich maar moeilijk laten sturen. Taal, belangen, financierings- en uitvoeringskaders van de (vele) betrokken instanties zijn doorgaans zeer divers. Gebrek aan tijd, menskracht en expertise bemoeilijken de taak van gemeenten om toch tot een samenhangend beleid en een samenhangend infrastructuur te komen. In hoeverre invoering van de Wmo soelaas biedt, moet nog blijken (zie paragraaf 4.4).

Participatie bovenaan de prioriteitenlijst, maar onderaan in de uitvoeringspraktijk

In 2004 signaleerde de Monitor Vermaatschappelijking van het Trimbos-instituut dat de samenwerkingsverbanden die in de voorafgaande jaren rond de ggz tot stand waren gekomen, vaker te maken hebben met zorgverlening en met name met openbare ggz dan met het ondersteunen van de sociale en maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen. Dat terwijl ondersteuning bij participatie bovenaan de wensenlijst staat van de betrokken cliënten en in de beleidsnotities van de afgelopen decennia.^{18,19}; zie ook Kroon, in voorbereiding). Verschillende factoren lijken een rol te spelen. In de eerste plaats wordt de ggz door anderen nadrukkelijk aangesproken op overlast, maar veel minder op maatschappelijk isolement van zijn cliënten. De noodzaak van samenwerking om mensen met psychische problemen aan een baan of andere zinvolle activiteiten te helpen, lijkt als minder urgent te worden ervaren. Een tweede belemmerende factor is het feit dat in de ondersteuning bij maatschappelijke participatie een heel complex aan doorgaans niet naadloos op elkaar aansluitende regelgeving in het geding is (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten, Wet Werk en Bijstand, Awbz, Zvw). Een derde factor is beeldvorming. De onderzoeksliteratuur over stigmatisering van mensen met chronische psychische problemen is in de afgelopen jaren sterk gegroeid. Op basis daarvan wordt stigmatisering inmiddels beschouwd als de belangrijkste oorzaak van de lage participatiegraad van mensen met langdurige psychische problemen (zie hoofdstuk 1).

Meer samenwerking leidt niet altijd tot meer samenhang

In de hierboven aangehaalde Monitor Vermaatschappelijking werd gesignaleerd dat samenwerking op zichzelf geen garantie is voor een betere samenhang in de zorg. Gebrek aan samenhang komt ook voort uit een gefragmentariseerde, overgespecialiseerde zorg. Deels is de roep om meer samenwerking, coördinatie, regie, etc., misschien wel te beschouwen als een symptoom van die toenemende fragmentatie. Samenwerking en coördinatie maken die fragmentatie dan nog niet ongedaan, soms bestendigen ze deze juist. In de monitor werd geconcludeerd dat responsievere, samenhangender en meer in de samenleving ingebedde zorg ook vraagt om oog voor de samenhang in de omstandigheden van cliënten, (ruimte voor) flexibele en brede taak- en rolopvattingen van professionals en aansluiting bij initiatieven van cliënten zelf en van anderen. Niet alleen de organisatiestructuur van de zorg, maar ook professionele standaarden en attitudes, bedrijfs- en managementcultuur en bureaucratie spelen een rol.^{18,20}

Samenvattend

Tot zover enkele bevindingen over de ervaringen tot nu toe met samenwerkingsverbanden en zorgnetwerken rond de ggz. Die ervaringen leren dat er ook in het verleden, mede gestimuleerd vanuit de overheid, al veel initiatieven zijn genomen om tot meer

en betere samenwerking tussen de ggz en andere sectoren te komen. Dat heeft ook tot resultaten geleid, zeker op uitvoerend niveau, waar samenwerking soms makkelijker verloopt dan op bestuurlijk niveau, waar zwaardere belangen meespelen. Maar er zijn ook knelpunten. Als de belangrijkste belemmeringen voor de totstandkoming van samenhangende zorgnetwerken rond mensen met psychische problemen komen uit de verschillende onderzoeken naar voren de gefragmenteerde zorg en dienstverlening (niet alleen in de ggz), discontinuïteit in de regelgeving (verschillende financieringsbronnen met uiteenlopende regelgeving, bureaucratie, afwentelingsmechanismen, onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden) en negatieve beeldvorming over mensen met (ernstige) psychische problemen (stigmatisering, identificatie van mensen met psychische problemen met 'zwerfers', 'zorgwekkende zorgmijders', etc..).

Deze bevindingen zijn niet nieuw. Vanuit de zorg zelf worden verschillende oplossingen aangedragen, waaronder de ontwikkeling van 'integrale zorgteams'. Eén van de vragen rond de opdeling van de ggz over verschillende financieringskaders is wat daarvan de consequenties zijn voor deze integrale teams (zie de volgende paragraaf). De algemene conclusie voor dit moment is dat samenwerking tussen ggz-voorzieningen en andere maatschappelijke organisaties al langer aan de orde is, zij het met de nodige knelpunten. In hoeverre de herverkaveling van de ggz daadwerkelijk zal bijdragen aan de maatschappelijke inbedding van die ggz, moet nog blijken.

4.3 LANGDURIGE GGZ OP HET DRIELANDENPUNT VAN AWBZ, ZVW EN WMO

De herpositionering van de ggz in het zorgstelsel zal niet alleen gevolgen hebben voor de relaties tussen de ggz en aanpalende sectoren maar ook voor de aard en de interne samenhang van het ggz-aanbod. In de aanloop naar de overheveling is er door een brede waaier van organisaties en partijen voor gepleit om met name de consequenties voor de langdurige zorg goed in het vizier te houden. Aanleiding voor die pleidooien vormde de verwachting dat de opdeling van de langdurige ggz over verschillende financieringskaders belemmerend zou kunnen werken op de samenhang en continuïteit van de zorg aan mensen met chronische psychische problemen, maar ook op de reïntegratie- en rehabilitatiebenadering van waaruit men die ondersteuning in het afgelopen decennium vanuit delen van ggz vorm heeft proberen te geven. Kanttekeningen van die strekking werden bij de overheveling van de ggz geplaatst door vrijwel alle partijen die eind 2006 en begin 2007 door het Ministerie van VWS werden geconsulteerd over hun visie op de toekomst van de langdurige ggz. Tot de consultants behoorden cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, brancheorganisaties, wetenschappers en beleidsmakers in en rond de ggz.²¹⁻²⁵

Integrale zorg

In hun reactie op het consultatiedocument *Bouwstenen voor een langdurige ggz* wijzen de respondenten erop dat langdurige psychische problemen op een breed front kunnen ingrijpen in iemands leven. Veel mensen met chronische psychische problemen hebben daardoor hulpbehoeften op verschillende levensgebieden (specifieke psychische klachten, algemeen psychisch welbevinden, relaties, wonen, dagbesteding, werk, opleiding, etc.). Dat betekent dat zij een beroep doen op verschillende combinaties van zorg en ondersteuning. Dat geldt zowel voor het overgrote deel van de mensen met langdurige psychische problemen die zelfstandig wonen, als voor de circa 20.000 die in een beschermde woonvorm of andere (Awbz-gefinancierde) woonvoorzieningen van de ggz verblijven. In beide gevallen bestaat vaak naast een behoefte aan ondersteuning op sociaal en maatschappelijk vlak ook een behoefte aan aandacht voor het psychische welzijn (zingeving), de psychische klachten en de omgang daarmee (ofwel: behoefte aan meer psychotherapeutische hulp).^{18;26} Bij voorkeur wordt die ondersteuning op verschillende terreinen zodanig aangeboden dat deze door de betrokkenen als een zinvol en samenhangend, goed op de eigen omstandigheden en behoeften aansluitend geheel wordt ervaren, zonder al te veel hiaten en zonder al te veel discontinuïteit tussen verschillende onderdelen en door de tijd heen. Deze vereisten worden ook wel aangeduid als de drie C's: comprehensiveness of care, continuity of care en coherence of care - ofwel: omvattendheid, continuïteit en samenhang.²⁷

Met wisselend succes zijn in de afgelopen 15 jaar, mede in het kader van het streven naar vermaatschappelijking van de zorg en het ondersteunen van de maatschappelijke participatie van mensen met langdurige psychische problemen, vanuit een deel van de ggz pogingen ondernomen om een dergelijk breed en samenhangend ondersteuningsaanbod te realiseren.^{18;26} Daarbij wordt enerzijds ingezet op het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere dienstverlenende instellingen (zie hierboven). Anderzijds stellen de betrokken ggz-teams zichzelf eindverantwoordelijk voor de totstandkoming van een breed en samenhangend ondersteuningsaanbod aan hun cliënten; liefst door anderen erbij te betrekken en de hulp te coördineren, maar indien nodig door zelf verschillende taken op zich te nemen.

Met name voor die cliënten die de meeste moeite hebben zich zelfstandig staande te houden en de weg te vinden in de zorg en de samenleving, wordt in toenemende mate voor een benadering gekozen waarbij geïntegreerde hulp door één team, vanuit één locatie werd geboden (mede op basis van positieve resultaten van effectiviteitsonderzoek). Zo wordt vanuit één multidisciplinair team medicatie en praktische hulp geboden, maar ook ondersteuning bij het vinden en behouden van werk, behandeling van de verslaving, etc.. Voorbeelden zijn de teams voor Assertive Community Treatment (ACT) en Individual Placement and Support (IPS). In dergelijke integrale teams participeren verschillende deskundigen en steeds vaker ook ervaringsdeskundigen.

Ketenpartners blijven ook betrokken en worden ook aangesproken. Maar de eindverantwoordelijkheid voor het ondersteuningspakket als geheel ligt bij het integrale team.

Mogelijke knelpunten in het nieuwe stelsel

De vrees die in de landelijke consultatieronde over de langdurige ggz breed werd geuit, is dat die integrale benadering in het gedrang komt wanneer de ggz niet meer vanuit één maar vanuit drie bronnen wordt gefinancierd. Risico's worden gesignaleerd voor de financiering van de integrale teams: onder welk financieringsregime vallen deze teams, die elementen van zowel de Zvw, de Awbz, als de Wmo in zich dragen? Zullen ze, bijvoorbeeld als ze bij de Zvw ondergebracht worden, hun integrale werkwijze van de zorgverzekeraars mogen voortzetten? Of moeten de teams voor hun verschillende (geïntegreerde) functies op zoek naar verschillende financiers? Gewezen wordt ook op het feit dat cliënten voor verschillende ondersteuningsvormen (bijvoorbeeld behandeling, praktische ondersteuning en arbeidsrehabilitatie), die aanvankelijk vanuit één bron (de Awbz) werden gefinancierd en vaak ook vanuit één instelling werden aangeboden, nu op verschillende plekken moeten aankloppen, met verschillende regelingen en procedures te maken krijgen en wellicht ook met verschillende instellingen van doen krijgen (bovenop de contacten met hulp- en dienstverleners buiten de ggz-voorzieningen). De afstemmingsproblemen die dat met zich meebrengt, mogen niet eenzijdig bij de cliënt gelegd worden, zo wordt geopperd. (Ook in de laatste Beleidsvisie ggz van het Ministerie van VWS wordt vastgesteld dat het ontstaan van nieuwe schotten moet worden voorkomen).³

GGz-instellingen zullen verschillen in de mate waarin zij zich deze problematiek aantrekken. Met name diegenen die dat in sterke mate doen en die zich verantwoordelijk voelen voor de totstandkoming van een integraal en samenhangend aanbod aan mensen met langdurige psychische problemen, staan voor een aantal uitdagingen. Anders dan voorheen krijgen zij voor het maken van afspraken over de te financieren voorzieningen te maken met een groot aantal partijen. Niet meer alleen met het regionale zorgkantoor, maar ook met andere zorgverzekeraars. Voor diegenen die ook het naar de Wmo overgehevelde domein erbij willen betrekken (niet elke ggz-instelling wil daar meer in investeren - zie paragraaf 4.4) komen daar de gemeenten in het eigen werkgebied bij. Dat brengt niet alleen veel administratieve lasten voor ggz-instellingen met zich mee, het bemoeilijkt ook het realiseren van de gewenste samenhang in de zorg en kan tot afbreukrisico's leiden voor de zorgvuldig opgebouwde samenwerkingsverbanden in de regio. Ook wordt gewezen op het risico van versnippering, niet alleen van de zorg en de organisatie daarvan, maar ook van de tot dusverre ontwikkelde kennis op het gebied van de (maatschappelijke) ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen.²⁸

Een belangrijke uitdaging voor de komende tijd wordt, zo vatten we de commentaren samen, het handhaven van een integrale benadering en het voorkomen van (verdere) fragmentatie van de zorg voor en ondersteuning aan cliënten met langdurige psychische problemen.

De toekomst van de rehabilitatie-benadering

Een andere uitdaging die in reactie op het consultatiedocument van het Ministerie van VWS nadrukkelijk onder de aandacht wordt gebracht is de verdere ontwikkeling van de reïntegratie- en de rehabilitatiebenadering in de langdurige ggz. Rehabilitatie is een werkwijze die erop gericht is om mensen door middel van een breed scala aan ondersteuningsvormen en op basis van eigen mogelijkheden, wensen en herstelprocessen, in de gelegenheid te stellen een sociaal en maatschappelijk leven te leiden: thuis, in het gezin, in een baan, op school, bij de vrijetijdsbesteding of in relaties.

De rehabilitatiebenadering heeft in de afgelopen 15 jaar aan betekenis gewonnen, niet alleen in Nederland, maar internationaal. Verwante concepten zijn *herstel* (waarbij het perspectief, de ervaringen en de activiteiten van mensen met langdurige psychische problemen zelf centraal staan) en *maatschappelijke steunsystemen* (waarmee een rehabilitatie- en herstelondersteunende sociale en maatschappelijke omgeving wordt bedoeld).^{18;26;29-31} Ondanks het uitblijven van een ingrijpende extramuraliserings- of deinstitutionaliseringbeweging in Nederland (zie bijlage I en hoofdstuk 2) is de rehabilitatiebenadering als leidraad voor de hulpverlening gestaag in een breed deel van de ggz doorgedrongen. Pleitbezorgers wijzen er wel op dat er nog veel voor nodig is om de rehabilitatieprincipes te implementeren in de mainstream van de langdurige ggz.

Rehabilitatie op het drielandenpunt van Awbz, Zvw en Wmo

Kenmerkend voor de rehabilitatie is dat het zich afspeelt op het drielandenpunt van cure, care en welzijn.³⁰ Rehabilitatie bevat (net als de integrale teams hierboven) elementen van zowel de Zvw, de Awbz als de Wmo. Het gaat bijvoorbeeld om behandeling en het leren van vaardigheden, om begeleiding bij het vinden en behouden van werk (maatschappelijke participatie), om het aanreiken en inschakelen van hulpbronnen in de directe omgeving van de cliënt. Zelfs enkelvoudige interventies kunnen elementen van elk van de drie financieringsregimes bevatten. Met name psychosociale interventies, die ingrijpen op het grensgebied van de persoon en diens omgeving (bijvoorbeeld ondersteuning bij het verbeteren van contacten met de burens), verenigen vaak verschillende doelstellingen: het verbeteren van het psychische en sociale functioneren van de persoon zelf, het bevorderen van de zelfredzaamheid, ondersteuning bij sociale participatie, het bevorderen van sociale integratie, het bevorderen van burenhulp en sociale cohesie. Er zijn, kortom, evenveel redenen om deze interventies bij de Zvw als bij de Awbz (ondersteunende begeleiding) of bij de Wmo onder te brengen.

Dat kan gunstig of minder gunstig uitpakken. Gunstig kan het zijn, wanneer zowel gemeenten, als zorgkantoren en zorgverzekeraars de rehabilitatiebenadering (of algemener: het belang van goede psychosociale ondersteuning) omarmen, met elkaar wedijveren om de betreffende interventies te mogen aanbieden én samenwerken om een goed, breed en samenhangend ondersteuningsaanbod aan mensen met langdurige psychische problemen te ontwikkelen. Ongunstig is het wanneer de financiers daartoe in het grijze gebied tussen de verschillende financieringsbronnen onvoldoende interne motivatie of externe prikkels voelen.^{25;28;32}

Afstemming of afwenteling?

Uit de reacties op het consultatiedocument over de langdurige ggz blijkt dat vrijwel alle partijen in en rond de ggz aanleiding zien om te vrezen voor het minder gunstige scenario. Gewezen wordt op het risico van afwentelingsmechanismen tussen de verschillende financieringsbronnen en financiers, juist bij die interventies die zich op het grensvlak van die financieringsbronnen bevinden (interventies rond reïntegratie, herstellen van sociaal netwerk, bevorderen van zelfredzaamheid, ondersteunen bij maatschappelijke participatie, etc.). Financiers zouden, gedreven door concurrentie-overwegingen (Zvw) of budgetplafonds (Wmo), de neiging kunnen ontwikkelen om zich afzijdig te houden van interventies die om even goede of wellicht betere redenen door andere partijen gefinancierd zou kunnen of moeten worden. Een van de respondenten op het consultatiedocument over de langdurige zorg verwoordde het begin 2007 aldus: “Realiteit is dat gemeenten en zorgkantoren nu vaak lijnrecht tegenover elkaar staan en door toenemende diffusiteit in de financiering vinden dat vooral de ander moet financieren, vooral als het gaat om grensvlakproblematiek”.²²

Gewezen wordt ook op het risico dat cliënten van het ene (Zvw-)loket naar het andere (Wmo-) loket doorverwezen worden en weer terug. Gevreesd wordt dat veel cliënten met langdurige psychische problemen vooral naar de Awbz gedirigeerd zullen worden omdat - anders dan in de Zvw of de Wmo – geen van de partijen daar financiële risico's loopt of niet-terugvorderbare kosten maakt. De afsplitsing van het Awbz-deel van de rest van de ggz en het toespitsten van de Awbz op de langdurige verblijfsfunctie zou er dan toe kunnen leiden dat in dit circuit de asiel functie de boventoon gaat voeren ten koste van de rehabilitatie- en reïntegratiebenadering (ook vanuit de gedachte dat maatschappelijke participatie 'des Wmo's' is). Een tweedeling in de ggz zou dan een feit zijn, met aan de ene kant een Zvw-gefinancierde ggz voor diegenen bij wie herstel mogelijkheden gesignaleerd worden en aan de andere kant een Awbz-gefinancierde ggz die zich gaat toeleggen op de functie van 'last resort' voor mensen die niet meer mee kunnen in de samenleving.

Overigens worden ook andere scenario's voor mogelijk gehouden: bijvoorbeeld dat elementen van de rehabilitatiebenadering wel degelijk worden overgenomen en blijven voortbestaan in elk van de nieuwe financieringskaders, maar gefragmenteerder. Het vraagstuk van de samenhang komt dan weer om de hoek: wie neemt de eindverantwoordelijkheid op uitvoerend niveau, wie op bestuurlijk niveau, en met welk mandaat?

Een mogelijk scenario is ook dat een heel gemêleerd beeld gaat ontstaan, met grote lokale en regionale verschillen, afhankelijk als de ontwikkelingen zijn van het beleid van de betrokken gemeenten, verzekeraars en ggz-instellingen.

Risico's voor de langdurige ggz

Reden om wat langer stil te staan bij deze commentaren op de opdeling van de langdurige ggz over verschillende financieringskaders, is het krachtige en eensluidende appèl dat ervan uitgaat op het waarborgen van de belangen van één van de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Bij alle mogelijkheden en kansen die het nieuwe stelsel en de overheveling van de ggz bieden, lijkt er brede consensus te bestaan over het feit dat met name de ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen risico's loopt. Die risico's hangen samen met de in deze paragraaf beschreven segmentering van de ggz en de mogelijk gevolgen daarvan voor de pogingen om integrale, samenhangende, op rehabilitatie, herstel en reïntegratie gerichte zorg te bieden. Die risico's hangen ook samen met de introductie van de marktwerking in de ggz, die in het volgende hoofdstuk uitgebreid ter sprake komt (mogelijke incentives om te desinvesteren in de kwaliteit van de langdurige ggz, belemmeringen die marktwerking kan opwerpen tegen de vooral rond de langdurige zorg gewenste samenwerking). En die risico's hangen ook samen met de in eerdere paragrafen en hoofdstukken gesignaleerde negatieve beeldvorming over en stigmatisering van mensen met langdurige psychische problemen en de belemmerende werking die daarvan uitgaat voor inspanningen van andere instellingen voor deze groep. Een risico van de stelselwijziging en de overheveling van de ggz is hiermee ook dat het proces van vermaatschappelijking stagneert, zo kunnen de commentaren worden samengevat.

Een tegenwerping kan zijn dat de vermaatschappelijking in Nederland ook in de afgelopen jaren nog geen erg hoge vlucht heeft genomen (zie hoofdstuk 2 en bijlage I)^{18;26} Zo verkeren veel mensen met langdurige psychische problemen in redelijke woonomstandigheden, maar de participatiegraad in het sociale en maatschappelijke verkeer is onverminderd laag. Een kritiekpunt op de ggz zou kunnen zijn dat men volop is aangespoord te vermaatschappelijken en mensen met langdurige psychische problemen te helpen ook een bevredigend sociaal en maatschappelijk bestaan te leiden, maar desalniettemin teveel in zichzelf gekeerd is gebleven en de mogelijkheden heeft laten liggen.

De keerzijde waar veel respondenten op het consultatiedocument over de langdurige ggz op wijzen, is dat diegenen die zich juist wel ten goede hebben ingespannen niet onder de consequenties van het achterblijven van de rest zouden mogen lijden; en zeker niet de cliënten.

4.4 LOKALE REGIE

In de voorgaande paragrafen is een overzicht gegeven van samenwerkingsverbanden en zorgnetwerken rond de ggz, van de knelpunten die zich daarin voordoen en van de risico's van de herverkaveling van de ggz voor samenhang in de (ambulante) zorg voor mensen met langdurige psychische problemen. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning is in de aanloop naar de invoering ervan, gepresenteerd als een wet die een aantal van deze knelpunten en risico's zou kunnen ondervangen.

Twee van de negen prestatievelden van de Wmo gaan expliciet over “het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem” respectievelijk “het realiseren van voorzieningen ten behoeve van behoud van zelfstandig functioneren en deelname aan maatschappelijk verkeer” van deze groepen. De Wmo is dan ook nadrukkelijk voorgesteld als een participatiewet. Het gedachtegoed van de Wmo lijkt in principe ook goed aan te sluiten bij dat van de hierboven genoemde rehabilitatiebenadering.

Een belangrijk motief voor de invoering van de Wmo luidde ook dat deze gemeenten in staat zou stellen om op lokaal niveau een samenhangende, op de lokale situatie afgestemde organisatie van de voor die participatie benodigde maatschappelijke ondersteuning te realiseren. De totstandkoming van een dergelijk ondersteuningsaanbod zou onder lokale regie meer kans van slagen hebben dan onder centrale regie, zo luidde de overweging (zie hoofdstuk 3). Voortbordurend op deze overwegingen wordt in de Beleidsvisie ggz van het Ministerie van VWS aan gemeenten ook een centrale rol toegedicht in de regievoering over de totstandkoming van de verschillende zorgnetwerken waarin ook de ggz geacht wordt te participeren (zie paragraaf 4.1).

De Wmo wordt dus een belangrijke rol toegedicht in het streven naar meer samenhang in de voorzieningen voor zorg en welzijn en naar een minder geïsoleerde plek van de ggz daarin. In deze paragraaf zetten we belangrijkste bevindingen op een rij van een achtergrondstudie naar de eerste ervaringen met de Wmo in de praktijk. Een uitgebreid verslag van deze achtergrondstudie is te vinden in bijlage II. De studie is ten behoeve van de Trendrapportage GGz uitgevoerd door het Kenniscentrum Rehabilitatie en bestond uit een korte enquête ('quickscan') onder circa twintig ggz-instellingen en enkele cliëntenorganisaties, aangevuld met de resultaten van een aantal eerste

evaluatie rapporten en voortgangs rapportages, bevindingen uit de brancheliteratuur en resultaten uit eerdere projecten van het Kenniscentrum.

Eerste ervaringen met de Wmo

De achtergrondstudie laat in de eerste plaats zien dat de aandacht van de organisaties in de ggz zelf in het eerste jaar vooral is uitgegaan naar het vinden van financiering voor die voorzieningen waarvan het budget vanuit de Awbz naar de Wmo is overgeheveld. Daarbij gaat het om:

- de middelen voor dienstverlening en collectieve preventie
- de subsidieregeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (Oggz)
- de subsidieregeling zorgvernieuwingsprojecten in de ggz (waaruit vooral cliëntgestuurde projecten werden gefinancierd).

Concreet gaat het bij de betreffende voorzieningen onder andere om voorlichtingsbijeenkomsten bij andere maatschappelijke organisaties (scholen), ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers, consultatie van politie of andere organisaties, participatie in oggz-netwerken, meldpunten overlast, bemoeizorgteams, wijkplatforms, cliëntgestuurde inloopvoorzieningen of werkprojecten, etc.. In zijn algemeenheid betreft het voorzieningen waarin het aspect van lokale samenwerking en netwerkontwikkeling een belangrijke rol speelt en waarvan om die reden een overheveling naar de Wmo in de rede ligt. In financiële zin gaat het overigens om een relatief beperkt pakket: 76 miljoen euro ofwel circa 2 % van het totale oggz-budget.³³

Toch is van een volledige overname van de financiering van deze voorzieningen door gemeenten in 2007 geen sprake geweest. De bij de subsidieregelingen behorende budgetten zijn ongeoormerkt overgeheveld naar de Wmo. Gemeenten zijn dus vrij, binnen de brede kaders van de negen prestatievelden van de Wmo, om de middelen naar eigen inzicht te gebruiken. In de quickscan geven oggz-instellingen en cliëntenorganisaties aan dat niet van al de voorzieningen waarvan de Awbz-financiering is gestopt, de financiering door gemeenten is overgenomen. En voor zover die financiering wel is overgenomen, is dat vaak maar voor een deel van het oorspronkelijke budget gebeurd. Daarbij bestaat de indruk dat voorzieningen op het gebied van oggz en overlastbestrijding vooralsnog minder onder de overheveling te lijden hebben dan projecten in het kader van zorgvernieuwing, mantelzorg en cliëntenondersteuning. Verder zijn er signalen dat gemeenten in 2008 strenger zullen gaan vasthouden aan procedurele eisen rond de subsidieverlening.^{33:34}

Tot dusver zijn bij de oggz-instellingen twee typen reacties op deze situatie zichtbaar. Een deel van de instellingen kiest – mede op basis van goede contacten in het verleden – voor een actieve benadering van de gemeenten. Geïnvesteed wordt in productover-

zichten, algemene informatievoorziening, voorlichting en vooral in goede relaties met ambtenaren, raadsleden en wethouders. Betrokken instellingen geven aan dat deze investeringen in zijn algemeenheid renderen, maar dat de opbrengsten vaak ook broos zijn en sterk afhankelijk van (dis)continuïteit in de persoonlijke contacten. Ook wordt een aantal complicerende factoren genoemd. Eén daarvan is dat ggz-instellingen voor de financiering van de betreffende voorzieningen, zeker in de plattelandsgebieden, te maken krijgen met meerdere gemeenten, ieder met hun eigen ambtenaren en wethouders, maar ook met hij eigen inhoudelijke prioriteiten. Gesproken wordt van een versnippering van het werkveld. Complicerende factor is ook dat financiering steeds meer in concurrentie met andere zorgaanbieders moet worden binnengehaald (gemeentelijke aanbestedingen).

Deze factoren leiden bij sommige instellingen tot het tweede type reactie: men vraagt zich af of investeringen in financieringsaanvragen, procedures en contacten nog wel lonen en opwegen tegen de middelen die ermee gegenereerd worden (als de aanvragen althans gehonoreerd worden). Sommige instellingen kiezen er dan ook voor 'overgehevelde' activiteiten in te krimpen of volledig te staken en zich verder vooral te oriënteren op de Awbz en de Zvw. Een optie die overigens niet haalbaar lijkt voor de zelfstandige, cliëntgestuurde projecten, waarvan de budgetten ook zijn overgeheveld naar de gemeenten, en waarvan velen vrezes voor hun voortbestaan.

Kort gezegd investeert een deel van de ggz-instellingen onder invloed van de Wmo in lokale samenwerking met gemeenten terwijl andere instellingen andere prioriteiten lijken te stellen. Voor zover resultaten worden bereikt zijn er zorgen over de bestendigheid daarvan. Met name de cliëntgestuurde projecten lijken in een zeer onzekere situatie terecht te zijn gekomen. Verder is de verwachting dat regionale verschillen zullen toenemen.

Regievoering door gemeenten

Gemeenten zijn niet alleen maar financiers van voorheen vanuit de Awbz gefinancierde voorzieningen. Aan gemeenten wordt ook een belangrijke regierol toebedacht in de totstandkoming van een breed, maatschappelijke ondersteuningsaanbod. In paragraaf 4.2 wezen we al op eerder onderzoek van het SCP, waaruit blijkt dat de regierol hoge eisen aan de gemeenten stelt. De eerste signalen vanuit de praktijk van de Wmo wijzen erop dat die constatering nog steeds opgeldt doet. Die signalen laten ook zien dat lokale overheden aanzienlijk verschillen in de manier waarop zij hun regietaak op zich nemen. Sommige gemeenten nemen daadwerkelijk een initiërende rol op zich, andere blijven veel terughoudender. Bij de actievere gemeenten ligt het accent in de eerste plaats op de ontwikkeling van verschillende, brede overlegstructuren. Nadere kennismaking en onderlinge kennisuitwisseling lijken tot dusverre de belangrijkste opbrengsten van deze overlegstructuren. Een factor die uitbouw en concretisering van

de samenwerking soms lijkt te bemoeilijken is de dubbelrol van gemeenten in deze lokale netwerken; enerzijds moeten gemeenten de partijen samenbrengen, anderzijds bevorderen zij als opdrachtgevers, die via aanbestedingen het geld uitzetten, de onderlinge concurrentie.

Wellicht meer nog dan op hun bredere regieverantwoordelijkheid bij maatschappelijke ondersteuning, lijken gemeenten zich in het eerste jaar van de Wmo echter te hebben toegelegd op de veranderingen op het voorzieningenniveau zoals hulp bij het huishouden en op de informatievoorziening rondom de Wmo. De Tweede voortgangsrapportage Wmo van het Ministerie van VWS laat zien dat veel gemeenten de Wmo beschouwen als een voortzetting van de Welzijnswet en de WVG, met als aanvullende taak de regie over zorg voor huishoudelijke ondersteuning. In de voortgangsrapportage wordt geconstateerd dat de meeste aandacht van de gemeenten uit gaat naar de hulp bij het huishouden, het contracteerbeleid, de indicatiestelling en de lokale arbeidsmarktproblematiek. Gesignaleerd wordt ook dat de aandacht voor deze gebieden weliswaar begrijpelijk is, maar dat daarmee de focus van de Wmo wel erg wordt verengd. De oorspronkelijke gedachte van de Wmo als participatiewet komt in ieder geval nog veel te weinig uit de verf, zo luidt de conclusie van de Tweede voortgangsrapportage.⁴³

Positievare signalen zijn er overigens ook. Verschillende gemeenten experimenteren met nieuwe voorzieningen om mensen uit een maatschappelijk isolement te halen; bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget voor welzijn in de gemeente Almelo. In zijn algemeenheid lijken prioriteiten van de gemeenten echter nog niet volledig te liggen bij de bredere doelstelling van maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie en bij de ontwikkeling van de daarvoor benodigde lokale samenwerkingsnetwerken.

Beeldvorming bij gemeenten

De ervaringen in het eerste jaar van de Wmo wijzen er ook op, zo leert de quickscan, dat mensen met psychische problemen veel minder goed in beeld zijn bij gemeenten dan andere 'kwetsbare groepen' zoals ouderen en lichamelijk gehandicapten. Een sterkere lobby van deze andere Wmo-cliëntengroepen speelt daarbij een rol. De Wmo kent geen individuele, afdwingbare zorgaanspraken (zoals de Awbz en de zvw), maar alleen breed geformuleerde prestatievelden, waarover het beschikbare budget naar eigen inzicht van de gemeenten kan worden besteed. Belangenbehartiging op gemeentelijk niveau is cruciaal voor het verkrijgen van Wmo-financiering voor specifieke voorzieningen of doelgroepen. De belangenbehartiging van mensen met psychische problemen op lokaal niveau is in ontwikkeling, mede dankzij het stimuleringsprogramma *Lokale versterking*, maar is nog niet op het niveau van dat van andere doelgroepen van de Wmo.

Het gegeven dat mensen met psychische problemen bij gemeenten nog niet goed in beeld zijn, draagt mede bij aan een gebrek aan kennis en aan onjuiste beeldvorming bij sommige gemeenten over mensen met psychische problemen. Die beeldvorming is nogal eens negatief. Ervaringen van ggz-instellingen en cliëntenorganisaties leren dat mensen met (chronische) psychische problemen veelal worden geassocieerd met hetzij mensen die in het dak- en thuislozencircuit verkeren c.q. overlast veroorzaken, hetzij de relatief kleine groep die in inrichtingen verblijft (zie ook paragraaf 4.2, waarin wordt gesignaleerd dat gemeentelijke bemoeienissen met psychische problematiek zich in het verleden geconcentreerd heeft op oggz-problematiek). Veelal is de gedachte dat maatschappelijke ondersteuning bij deze groep niet aan de orde is, omdat die groep niet in de maatschappij verblijft of kan verblijven danwel omdat maatschappelijke participatie voor deze groep onmogelijk is. Onbekendheid is er met het feit dat het overgrote deel van de mensen met chronische psychische problemen zelfstandig woont, al dan niet met begeleiding vanuit de ggz een eigen leven probeert te leiden, daar voor een deel ook in slaagt maar op onderdelen ook ondersteuning wenst, bijvoorbeeld op het gebied van sociale contacten en werk.

Ook hier geldt weer: de situatie verschilt per gemeente. Niettemin is het beeld dat veel gemeenten, die in de nieuwe wetgeving de belangrijkste stimulator en facilitator zouden moeten zijn van de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen, onbedoeld en ongewild juist lijken bij te dragen aan de stigmatisering van deze groep en daarmee aan de instandhouding of versterking van hetgeen door mensen met langdurige psychische problemen zelf als de belangrijke barrière voor hun maatschappelijke participatie wordt gezien.

Pragmatisme leidend

Samenvattend leren de eerste ervaringen met de Wmo dat veel gemeenten de invoering van de nieuwe wet vooral praktisch hebben opgepakt, de Wvg- en Welzijnswet-voorzieningen die zij al financierden doorgaans hebben gecontinueerd en zich daarnaast met name oriënteren op de nieuwe taken en bijbehorende procedureontwikkelingen op het gebied van de thuiszorg. Relatief beperkt zijn tot dusverre de aanwijzingen voor een door de Wmo geïntensiveerde oriëntatie van gemeenten op de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen en op het tot stand brengen van de daarvoor nodig geachte lokale samenwerkingsverbanden. Ook blijken veel gemeenten vooralsnog weinig kennis en veelal een vertekend beeld te hebben van mensen met (chronische) psychische problemen en de maatschappelijke ondersteuning van deze groep (nog) niet onmiddellijk tot hun verantwoordelijkheden te rekenen. Verder leren de eerste ervaringen dat de beleidsvrijheid die de Wmo biedt aanleiding geeft tot grote regionale verschillen. Er zijn aanwijzingen dat met name waar sprake is van een zeer actieve cliëntenvertegenwoordiging, gemeenten beter geïnformeerd zijn en een genuanceerder beeld hebben van mensen met psychische

problemen en van de ondersteuningsbehoeften die onder deze groep leven. Ook op het vlak van de cliëntenvertegenwoordiging is echter nog een aantal barrières te nemen.

Een algemene conclusie van de achtergrondstudie luidt dat de vanuit het beleid geformuleerde verwachtingen bij de Wmo nog niet zijn ingelost. De Wmo schept mogelijkheden, maar biedt geen waarborgen, want kent geen concrete verplichtingen, zo luiden kort samengevat de bevindingen tot nu toe. Budgetten kunnen niet geclaimd worden en zorgaanpakken niet afgedwongen. Dat maakt dat de Wmo gekenmerkt wordt door een grote mate van vrijblijvendheid en voor diegenen die ervan afhankelijk zijn (instellingen én cliënten) door een grote mate van onzekerheid.

De eerste ervaringen rond de Wmo roepen ook opnieuw de vraag of deze nieuwe wet daadwerkelijk als een vehikel zal gaan fungeren voor de met de hervorkaveling voorgestane maatschappelijke inbedding van de ggz. Als gemeenten weinig oog hebben voor de bredere ondersteuning aan mensen met psychische problemen en ggz-instellingen zich liever oriënteren op de veel zekerder en qua omvang veel belangrijker inkomstenbron van de Zvw, is het denkbaar dat de hervorkaveling niet zozeer leidt tot een brede, maatschappelijk ingebedde ggz, maar vooral tot een medischer georiënteerde ggz.

4.5 SPREIDING VAN VERANTWOORDELIJKHEDEN

In paragraaf 4.3 is een aantal risico's gesignaleerd van de hervorkaveling van de ggz voor de ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen. In paragraaf 4.4 is geconstateerd dat de Wmo vooralsnog niet het kader lijkt te bieden dat die risico's ondervangt. Meer in het algemeen luidt de conclusie uit de voorgaande paragrafen dat met de hervorkaveling van de ggz verantwoordelijkheden worden gespreid, maar dat er nog geen waarborgen zijn dat die ook door de betrokkenen worden opgepakt.

De vraag dient zich aan hoe deze risico's geminimaliseerd kunnen worden en hoe de nieuwe mogelijkheden die de hervorkaveling biedt, optimaal benut kunnen worden. Bij alle kritiekpunten die op de nieuwe plek van de ggz in het zorgstelsel zijn geleverd, zijn ook daar in de afgelopen periode voorstellen voor gedaan. Die voorstellen variëren in inhoud en richting. Maar er is ook een aantal hoofdlijnen in aan te wijzen, die ook weer terugkeren in de respons op het consultatiedocument van het Ministerie van VWS. Kort samengevat behelzen de voorstellen: expliciteren en concretiseren, ook van overheidszijde, van de doelstellingen van de ondersteuning aan mensen met langdurige psychische problemen, het expliciteren van de eindverantwoordelijkheden voor het realiseren van die doelstellingen, ontwikkelen van 'includerend beleid', werken aan destigmatisering en aandacht besteden aan de positie van cliënten binnen het stelsel. We lichten de voorstellen ter afsluiting van dit hoofdstuk kort toe.

Doelstellingen formuleren

De respondenten op het consultatiedocument signaleren op dit moment een zekere richtingloosheid in de ontwikkelingen rond de ggz. Een eerste voorwaarde voor een samenhangende, meer maatschappelijk ingebedde ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen, zo wordt geopperd, is een brede overeenstemming bij alle partijen, waaronder de overheid, over de doelstellingen van die ondersteuning (zie ook Ravelli, 2006³⁵). Gepleit wordt met name voor het expliciet op de voorgrond plaatsen van emancipatie, participatie en herstel als de kerndoelstellingen van de ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen.

Verantwoordelijkheden expliciteren

Als meer partijen worden betrokken bij de ondersteuning van mensen met psychische problemen ontstaat een gedeelde verantwoordelijkheid. Dat kan gemakkelijk een vergeten verantwoordelijkheid worden, zeker als de betrokkenen zelf geen nadrukkelijk appèl op zorg of ondersteuning doen. Gepleit wordt daarom voor het op verschillende niveaus (van uitvoerend en lokaal tot het landelijke niveau van de rijksoverheid) expliciteren en concretiseren van de doelstellingen en het benoemen van eindverantwoordelijken voor het realiseren van die doelstellingen. De betreffende eindverantwoordelijke instantie of overheid hoeft niet alles zelf te doen maar voert wel de regie.

'Includerend' beleid

Gepleit wordt in de derde plaats voor 'includerend' beleid (zie eerder de RMO³⁶; zie ook Van der Wilk e.a. die spreken over 'integraal gezondheidsbeleid'³⁷). Onder includerend beleid wordt een gecoördineerd beleid verstaan, waarbij beleidsmaatregelen van lokale en landelijke overheden over de volle breedte (economie, huisvesting, werk, sociaal beleid, etc.) worden getoetst op de bijdrage die ze leveren aan de geestelijke volksgezondheid en aan de participatie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en waarbij zo nodig maatregelen worden genomen om de belemmeringen weg te nemen die mensen met (ernstige) psychische problemen nu vaak nog ondervinden wanneer zij willen deelnemen aan de samenleving. Includerend ('inclusive') beleid is inmiddels een gevleugelde term geworden in het Europese ggz-beleid.^{38;39} (Zie hoofdstuk 6.)

Destigmatisering

Eén van de belangrijkste belemmeringen die weggenomen moeten worden, is stigmatisering. Van Weeghel heeft op basis van een uitgebreide verkenning van de ervaringen elders op een rij gezet wat de kenmerken zijn van een effectief anti-stigma beleid en wat de voorwaarden zijn waaraan een anti-stigmaprogramma zou moeten voldoen.⁴⁰ Van Weeghel pleit voor een meersporenaanpak, waarbij onder andere wordt ingezet op het bevorderen van interpersoonlijke contacten, maar ook op het aanscherpen van

antidiscriminatiewetgeving (zie ook Sayce en Curran, 2007⁴¹). Ook voor een dergelijk programma is de vraag van belang: wie neemt hiervoor de verantwoordelijkheid op zich (niet per se voor de uitvoering van het programma, maar voor totstandkoming ervan).⁴⁰

Versterking positie cliënt

Een laatste serie voorstellen heeft betrekking op de positie van cliënten binnen de zorg. Gepleit wordt voor het uitbreiden van de mogelijkheden voor cliënten om ondersteuning te krijgen bij het zoeken en vinden van de juiste hulp (cliëntondersteuning; zie ook bijlage II). Ook wordt gepleit voor het intensiever faciliteren van de belangenbehartiging van mensen met langdurige psychische problemen en voor maatregelen om de ervaringskennis van mensen met psychische problemen zelf beter te ontsluiten en intensiever te benutten, zowel in de zorg zelf als bij contacten met actoren in andere segmenten van de samenleving.

Bovengenoemde voorstellen zullen de knelpunten in nieuwe stelsel niet direct opheffen. Uiteindelijk blijft het aan de zorginkopers (zorgverzekeraars en gemeenten) welke waarde zij hechten aan bijvoorbeeld integrale teams of rehabilitatiemethodieken. De voorstellen kunnen wel de voorwaarden creëren waaronder financiers genegen zijn om mee te werken aan een goed en samenhangend ondersteuningaanbod voor mensen met langdurige psychische problemen.

4.6 BALANS: BEHOEFTE AAN NIEUWE KADERS

In het voorgaande zijn de consequenties verkend van het feit dat ggz-voorzieningen, na lange tijd uit één bron gefinancierd te zijn geweest, vanaf 2008 uit diverse bronnen worden gefinancierd. De hervorkaveling zal in ieder geval verschuivingen in de aanbiederstructuur en de voorzieningstructuur in de ggz met zich meebrengen, al is nog niet precies te voorzien welke. Vermoedelijk gaat een veel gedifferentieerder beeld dan nu ontstaan. Intern zullen er nieuwe scheidslijnen in de ggz gaan optreden. Maar in de aanloop naar de hervorkaveling is ook de hoop uitgesproken dat deze zal bijdragen aan een minder in zichzelf gekeerde, en meer in zorgnetwerken met andere sectoren ingebedde ggz.

In dit hoofdstuk zijn de eerste signalen over de mogelijke consequenties van de hervorkaveling van de ggz vanuit drie perspectieven belicht.

Zorgnetwerken

Allereerst is, aansluitend bij het perspectief van de inbedding van de ggz in bredere zorgnetwerken, een overzicht gegeven van de onderzoeksliteratuur over reeds bestaande samenwerkingverbanden rond de ggz. Dat overzicht leert dat het thema

van intersectorale samenwerking op zich niet nieuw is. Het leert ook dat die samenwerking voor een deel al goed loopt, maar dat er ook een aantal, steeds terugkerende en aan de netwerkbenadering inherente knelpunten zijn. De belangrijkste daarvan zijn fragmentatie, niet op elkaar aansluitende regelgeving, bureaucratie en uiteenlopende belangen. De conclusie luidt dat samenwerking belangrijk is, maar niet alle problemen oplost. Gewezen wordt in dat verband op de opkomst van 'integrale zorgteams', als oplossing van het probleem van een gefragmenteerde zorg en als aanvulling op de netwerkgedachte.

Langdurige ggz

Vervolgens is de herverkaveling belicht vanuit het perspectief van de langdurige (ambulante) ggz, waar cliënten vaak ondersteuning op meer terreinen en van meer instanties en hulpverleners ontvangen. Gesignaleerd wordt dat van veel kanten wordt gewezen op het risico dat de herverkaveling en de segmentering van de ggz, de afstemmingproblemen binnen de langdurige ggz en met andere instanties zullen doen toenemen en de overzichtelijkheid en de samenhang in die zorg voor de cliënten zullen doen afnemen. Ook wordt gesignaleerd dat zowel vanuit aanbiederszijde, als vanuit cliëntenorganisaties en de wetenschap aandacht wordt gevraagd voor het risico dat de integrale werkwijze, de rehabilitatiebenadering en daarmee uiteindelijk de vermaatschappelijking van de ggz en de participatie van mensen met langdurige psychische problemen onder druk komen te staan door de 'knip in de ggz'.

Lokale regie

Ten slotte is stil gestaan bij de eerste ervaringen met de Wmo; een wet die in het leven is geroepen om op lokaal niveau een samenhangend maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor kwetsbare groepen, waaronder ook expliciet mensen met chronische psychische problemen, tot ontwikkeling te brengen en om de maatschappelijke participatie van deze groepen te bevorderen. Die eerste ervaringen leren dat de beleidsvrijheid die de Wmo biedt, tot aanzienlijke lokale verschillen leidt. In sommige regio's bestaan, vaak van oudsher, goede banden tussen ggz-instellingen en gemeenten. Deze worden onder invloed van de Wmo geïntensiveerd. Maar de ervaringen leren ook dat in veel gemeenten mensen met chronische psychische problemen nog niet goed in beeld zijn. Voor zover deze groep wel in beeld is, is de beeldvorming nogal eens vertekend en draagt deze soms meer bij aan stigmatisering dan aan maatschappelijke participatie. Verder zijn er aanwijzingen dat veel ggz-instellingen de Wmo beschouwen als een relatief marginaal, onzeker en versnipperd en daarmee minder aantrekkelijk werkveld dan de Awbz en met name de Zvw.

Een algemene conclusie van dit hoofdstuk is dat met de herverkaveling van de ggz verantwoordelijkheden worden gespreid, maar dat er nog geen waarborgen zijn dat die ook door de betrokkenen worden opgepakt en tot een samenhangend ondersteuningsaanbod leiden. Die diffusie van (algemeen geformuleerde) verantwoordelijkheden brengt risico's met zich mee. Door verschillende partijen zijn voorstellen gedaan om die risico's te minimaliseren en de nieuwe mogelijkheden die de herverkaveling van de ggz biedt, optimaal te benutten. Bepleit wordt onder andere om niet alleen in te zetten op de netwerkbenadering (die op zichzelf belangrijk is), maar om ook een aantal voorwaardenscheppende beleidskaders te ontwikkelen. De voorstellen hebben betrekking op het expliciteren en concretiseren van de doelstellingen op het gebied van de ondersteuning aan mensen met langdurige psychische problemen, het expliciteren van de eindverantwoordelijkheden voor het realiseren van die doelstellingen, het ontwikkelen van 'includerend beleid', het aanpakken van stigmatisering en het versterken van de positie van cliënten.

Vermeld zij ten slotte dat in dit hoofdstuk met name de langdurige ggz aan bod is gekomen; in dat onderdeel van de ggz zal de segmentering het meest merkbaar zijn en is tegelijk ook samenwerking het meest noodzakelijk. Maar de herverkaveling stelt ook andere delen van de ggz voor nieuwe uitdagingen (bijvoorbeeld preventie).⁴² In algemene zin laten de in dit hoofdstuk beschreven ontwikkelingen zien dat geestelijke gezondheidszorg na de herverkaveling een bredere maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt, maar ook dat daarin een nieuwe uitdaging schuilt: duidelijk krijgen wie waarop aangesproken kan worden. Die uitdaging is des te groter gezien de nieuwe verhoudingen tussen zorgaanbieders onderling. Tegelijk met de herverkaveling van de ggz zijn immers de marktwerking en het concurrentieprincipe in de ggz geïntroduceerd. In het volgende hoofdstuk wordt besproken wat daarvan inmiddels merkbaar is in de praktijk van de ggz.

REFERENTIES BIJ HOOFDSTUK 4

1. Van de Pol, F. (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(11): 1095-1107.
2. Van de Pol, F. (2004). De bekostiging van de GGZ: 10 jaar dynamiek. In: F.W.M. Van Rijn, R.W.L. Spanjers, J.J. Zuurbier (red.). *Handboek financiële bedrijfsvoering in de zorg*, p. 1-37. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
3. Ministerie van VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
4. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen: eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS.
5. Hutschemaekers, G.J.M., Tiemens, B.G. (2006). Het einde van een sectorale GGZ: ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48(1): 27-37.
6. Ministerie van VWS (2003). *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige Awbz*. Den Haag: Ministerie van VWS.
7. Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2006). *Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ*. Utrecht: Nivel.
8. Emmen, M.J., Meijer, S.A., Heideman, J.M.C., Laurant, M.G.H., Verhaak, P.F.M. (2007). Versterking van de eerstelijns GGZ: effecten op langere termijn. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 85(3): 166-173.
9. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor de Jeugdzorg (2006). *Toegang naar de jeugd-GGZ kan sneller en beter*. Amsterdam, Utrecht: IGZ, IJZ.
10. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Van overlastbestrijding naar bemoeizorg: een onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg voor zorgwekkende zorgmijders*. Den Haag: IGZ.
11. Bransen, E., Hulsbosch, L., Wolf, J. (2002). *Samenwerkingsprojecten openbare geestelijke gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
12. Van de Lindt, S.M., Bokkem, J.S., Van Rooijen, S. (2004). *Samenwerkingsmodel GGZ: rapportage van een studie naar OGGZ-samenwerking ten behoeve van 'zorgwekkende zorgmijders'*. Utrecht: Trimbos-instituut.
13. Van de Lindt, S.M. (2007). Bemoeizorg in bange dagen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62(5): 401-413.
14. Gilsing, R., Van der Pennen, T., Turkenburg, M., Veldheer, V. (1999). *Onderzoek naar lokaal sociaal beleid*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
15. Gilsing, R., Koops, H., Zeijl, E. (2003). *Beleid in de groei: voortgang en uitkomsten van het lokale jeugdbeleid*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

16. 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.
17. Kwekkeboom, R., Roes, T., Veldheer, V. (2002). *De werkelijkheid van de Welzijnswet*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
18. Van Hoof, F., Geelen, K., Van Rooijen, S., Boevink, W., Kroon, H. (2004). *Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps: monitorrapportage vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
19. Van Weeghel, J., Van Hoof, F. (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: Trimbos-instituut.
20. Fabbriocotti, I.N. (2007). *Zorg voor zorgketens: integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
21. Ministerie van VWS (2006). *Bouwstenen voor beleid op de langdurige geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
22. Ministerie van VWS (2007). *Bundel reacties op de discussienota "Bouwstenen voor beleid op de langdurige geestelijke gezondheidszorg"*. Den Haag: Ministerie van VWS.
23. Rijkschroeff, R., Oudenampsen, D., Stekete, M., Van Vliet, K. (2002). *Toekomstverkenning modernisering Awbz en de gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Verweij-Jonker instituut.
24. College voor Zorgverzekeringen (2002). *Toekomstverkenning Modernisering Awbz en gevolgen voor de GGZ*. Amstelveen: CVZ.
25. College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2005). *GGZ-ontwikkelingen en gevolgen zorginfrastructuur*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
26. Kroon, H., e.a. (2008). *Monitor mensen met ernstige psychische problemen. (In voorbereiding)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
27. Tansella, M., Thornicroft, G. (2001). The principles underlying community care. In: G. Thornicroft, S.G. Szmulker (red.). *Textbook of community psychiatry*, p. 155-165. Oxford: Oxford University Press.
28. GGZ Nederland (2007). *Ggz in de WMO: feiten cijfers en knelpunten*. Amersfoort: GGZ Nederland.
29. Van Weeghel, J. (2005). Psychiatrische rehabilitatie in Nederland: stand van zaken en perspectief. *Passage: tijdschrift voor rehabilitatie*, 14(2): 12-21.
30. Dröes, J. (2005). Rehabilitatie: het verbindend principe in het nieuwe zorgstelsel. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(10): 1008-1017.
31. Boevink, W.A. (2007). 'Herstel' initiatieven van mensen met psychische beperkingen. In: A.H. Schene (red.). *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008*, p. 309-322. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.

32. Borgesius, H., Van Rooijen, S. (2006). *Producttypologie BW en BZW: een onderzoek naar geneeskundige zorg binnen beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen*. Utrecht, Bilthoven: Trimbos-instituut, Zorg Consult.
33. GGZ Nederland (2007). *Ggz in de WMO: feiten cijfers en knelpunten*. Amersfoort: GGZ Nederland.
34. Van Delft, S. (2007). Wmo slaat gaten in psychische zorg. *Psy*, 11(9): 16-17.
35. Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care*, 6(15 March): 1-11.
36. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2002). *De handicap van de samenleving: over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Zoetermeer: RMO.
37. Van der Wilk, E.A., Melse, J.M., Den Broeder, J.M., Achterberg, P.W., (red.) (2007). *Leren van de burens: beleid publieke gezondheid internationaal bezien*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
38. World Health Organization (2005). *The economics of mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
39. European Commission (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussel: European Commission.
40. Van Weeghel, J. (2005). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen: wat zijn goede antistigma-strategieën? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(4): 378-394.
41. Sayce, L., Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 34-59. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
42. College voor Zorgverzekeringen (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen: CVZ.
43. Ministerie van VWS (2007). *Tweede voortgangsrapportage Wmo*. Den Haag: Ministerie van VWS.

5 NIEUWE VERHOUDINGEN: MARKTWERKING IN DE GGZ

5.1 DRIE ACTOREN

Een belangrijke doelstelling van het nieuwe zorgstelsel is meer ruimte creëren voor marktwerking in de gezondheidszorg. Concurrentieverhoudingen moeten nieuwe gedragsimpulsen geven aan de verschillende actoren in de zorg. Dat gedrag moet bijdragen aan een grotere doelmatigheid en kwaliteit van zorg.

Naast een aantal andere nieuwe wetten en maatregelen, moet vooral de nieuwe Zorgverzekeringswet een belangrijke impuls geven aan de marktwerking in de gezondheidszorg. Recent is de financiering van het grootste deel van de geestelijke gezondheidszorg overgeheveld vanuit de Awbz naar de Zorgverzekeringswet. Mede ten gevolge van deze overheveling komt ook de ggz steeds meer onder invloed van de voor dit werkveld nieuwe fenomenen van concurrentie en marktwerking.

In voorliggend hoofdstuk staan twee vragen centraal. De eerste luidt in welke mate de *voorwaarden* voor marktwerking in de ggz aanwezig zijn. Deze vraag komt aan bod in paragraaf 5.2. De tweede vraag luidt welke marktprikkels de verschillende actoren in de zorg en in de ggz inmiddels ondervinden en hoe zij hierop reageren in termen van prijs- en kwaliteitsbewustzijn, maar bijvoorbeeld ook in termen van expansiedrang of onzekerheidsreductie. De actoren waar het om gaat zijn de consumenten, de zorgverzekeraars en de zorg-/ggz-aanbieders. Eerste signalen over het marktgedrag van deze actoren en de trends daarin, worden besproken in respectievelijk de paragrafen 5.3, 5.4 en 5.5. Paragraaf 5.6 bevat een samenvatting en beschouwing van de belangrijkste bevindingen in dit hoofdstuk.

Drie deelmarkten

Voor een goed begrip van het functioneren van het nieuwe stelsel en van de markt-elementen in dat stelsel, is het goed een onderscheid te maken in drie deelmarkten in de gezondheidszorg.¹² Die deelmarkten zijn:

- de zorgverzekeringsmarkt, waarop burgers en verzekeraars zorgverzekeringen afsluiten
- de zorginkoopmarkt, waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten afsluiten over de te leveren zorg
- de zorgverleningsmarkt, waarop burgers en zorgaanbieders elkaar vinden bij het verlenen en ontvangen van zorg.

Deze drie deelmarkten worden in dit hoofdstuk niet apart besproken. Wel zullen ze elk regelmatig worden genoemd bij het bespreken van de voorwaarden voor marktwerking in de ggz en het marktgedrag van de verschillende actoren in de zorg.

5.2 VOORWAARDEN VOOR MARKTWERKING IN DE GGZ

Marktwerking c.q. concurrentie kan ontstaan als er voldoende mogelijkheden zijn tot aanbodssubstitutie.² Dat wil zeggen dat er voldoende keuze bestaat uit verschillende aanbieders. Wat betreft de ggz gaat het dan in de eerste plaats om aanbieders van ggz op de zorgverlenings- en zorginkoopmarkt (in paragraaf 5.4 komen kort de mogelijkheden van aanbodssubstitutie op de zorgverzekeringsmarkt aan de orde).

In hoofdstuk 2 werd al geconstateerd dat de geestelijke gezondheidszorg de afgelopen jaren steeds meer wordt gedomineerd door een beperkt aantal, grote ggz-instellingen, die elk actief zijn in een eigen regio. In vorige hoofdstukken en in de achtergrondstudie in bijlage 1 werd gesignaleerd dat niet alleen een fusiebeweging in de afgelopen 15 jaar, maar ook overheidsbeleid heeft bijgedragen aan die situatie. In de Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg uit 1998 schreef de toenmalige minister van VWS nog dat de Riagg's en psychiatrische ziekenhuizen dienen op te gaan in regionale ggz-instellingen, met als overweging dat dat voor cliënten zou leiden tot een tot een betere organisatie van de zorgketen.³ (Zie ook bijlage 1). Op dat moment bestond er nog geen zorg over een mogelijke afname van doelmatigheid en kwaliteit ten gevolge van fusies; veeleer rekende men op schaalvoordelen. Een half decennium later luidde de overweging dat fusies wél kunnen leiden tot vermindering van doelmatigheid en kwaliteit, als dat gepaard gaat met een afname van de keuzemogelijkheden voor cliënten en verzekeraars. Zo zagen we in eerdere hoofdstukken dat de minister van VWS in 2003 niet meer op intensieve regionale samenwerking aanstuurt, maar juist in afkeurende zin spreekt over ggz-instellingen als 'grote monopolide organisaties'.^{3:4a} Inmiddels lijkt die negatieve beeldvorming over grote fusie-instellingen overigens ook alweer enigszins getemperd.

Een feit is dat op regionaal niveau een sterk geconcentreerde aanbiedersmarkt in de ggz is ontstaan. In veel regio's vormt één 'geïntegreerde' ggz-instelling, naast een aantal vrijgevestigde hulpverleners, nagenoeg de enige aanbieder van ggz. In die regio's zijn cliënten voor bepaalde vormen van ggz uitsluitend aangewezen op één grote regionale aanbieder.

^a Het Centraal Plan Bureau beklagde zich in 2004 over het feit dat het introduceren van meer concurrentie tussen zorgaanbieders in de Awbz zo lastig is omdat "de neiging tot samenwerken tussen zorgaanbieders in de Awbz diep geworteld is, wat de laatste tijd nog versterkt wordt door de grotere nadruk op ketenzorg".³⁷ Wat aanvankelijk om zorginhoudelijke redenen wenselijk werd gevonden, wordt nu dus om doelmatigheidsredenen als problematisch beschouwd.

Voor extramurale zorg en met name in de dichtbevolkte gebieden is overigens sprake van een wat minder sterke concentratie. Daar nemen vrijgevestigde beroepsbeoefenaren een wat groter aandeel van de ggz voor hun rekening (zie hoofdstuk 2).

Kort gezegd lijkt de actuele structuur van de ggz in eerste instantie weinig mogelijkheden tot aanbodssubstitutie en daarmee tot marktwerking te bieden. Dat zou overigens niet uniek zijn voor de ggz. Het CTG/ZAio en CTZ evalueerden in 2006 de gevolgen van de introductie van marktelementen in de extramurale Awbz. In de praktijk liep die poging tot invoering van marktimpulsen spaak vanwege een sterke concentratie op regionaal niveau aan de aanbiederskant. Zorgkantoren waren in de praktijk gedwongen de lopende volumeafspraken te continueren. In 2006 kregen aanbieders nog steeds automatisch negentig tot honderd procent van het een jaar eerder toegekende budget, ongeacht prestaties op het gebied van prijs en kwaliteit. Zorgkantoren kochten gemiddeld zeventig procent van de functies huishoudelijke verzorging en behandeling bij een of twee aanbieders.^{2;3;5;6}

Nieuwe toetreders

Terugkerend naar de ggz: een sterke regionale concentratie van ggz-aanbieders lijkt in eerste instantie de marktwerking te zullen belemmeren. Of dat zo blijft hangt af van de toetredingsmogelijkheden van nieuwe aanbieders op de regionale ggz-markten. Drie typen nieuwe toetreders zijn denkbaar:

- Startende aanbieders van ggz
- Regionale organisaties die tot dusverre op aanpalende terreinen actief zijn, zoals gehandicaptenzorginstellingen, welzijnsinstellingen, somatische gezondheidszorgvoorzieningen, ouderenzorginstellingen
- Bestaande ggz-organisaties die met hun collega-instellingen gaan concurreren door hun werkterrein uit te breiden naar de regio's van die collega-instellingen of door landelijk te gaan werken, al dan niet voor specifieke doelgroepen of met specifieke voorzieningen.

Met name de toetredingsdrempels voor de derde groep van aanbieders zijn in de afgelopen periode flink verlaagd. Daarbij gaat het feitelijk niet om nieuwe toetreders in de ggz, maar om bestaande ggz-instellingen die 'toetreden' in andere regionale ggz-markten dan hun oorspronkelijke geografische werkgebieden. Mogelijkheden daartoe zijn drastisch verruimd door het voor een steeds groter deel van de zorg wegvallen van de contracteerplicht en met name door de overgang van de Awbz naar de Zvw. In de Awbz maken instellingen afspraken met één regionaal zorgkantoor. In de Zvw wordt – grotendeels 'contracteerplichtvrij' - onderhandeld met verschillende (landelijke) zorgverzekeraars. Financieringstechnische belemmeringen om buiten de eigen regio te gaan werken, zijn daarmee grotendeels weggevallen.

Of de 41 regionale, geïntegreerde ggz-instellingen uit hoofdstuk 2 er daarmee 40 concurrenten bij krijgen is niet zeker. De kansen zijn er wel, temeer daar de bestaande ggz-instellingen relatief weinig hoeven te investeren in de interne organisatie, in kennis en in administratieve systemen etc. om hun werkterrein uit te breiden en elders met collega-instellingen de concurrentie aan te gaan. Wel zal geïnvesteerd moeten worden in de regionale netwerken van onder andere huisartsen (als belangrijkste doorverwijzers) en de in de regio actieve zorgverzekeraars.

Voor de andere twee categorieën toetreders is de hoogte van de toetredingsdrempels wat moeilijker in te schatten. In het algemeen zullen ze hoger zijn dan voor de bestaande ggz-instellingen. Er zijn meer investeringen nodig in organisatie, kennis, etc.. Regionale organisaties uit aanpalende sectoren hebben wel het voordeel dat ze bekend zijn met de netwerken in de regio's waarin ze al opereren. Anderzijds zou fusie met de ggz-instelling uit de regio of een ggz-instelling uit een andere regio een aantrekkelijker optie voor ze kunnen zijn. De startende aanbieders in de ggz zullen nog het meest moeten investeren, tenzij zij zich toeleggen kleinschalige, snel te ontwikkelen, gespecialiseerde voorzieningen, waarmee zij zich scherp kunnen profileren. Ook die mogelijkheden zijn toegenomen.

Toetredingsdrempels in deelsectoren van de ggz

Toetredingsdrempels zijn niet alleen afhankelijk van de achtergrond van de toetreder, ze verschillen ook per deelsector van de ggz. Schut e.a. (2005) hebben een analyse gemaakt van de hoogte van de toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders (en voor bestaande ggz-instellingen die in andere regio's willen gaan werken) in de verschillende deelsectoren van de ggz. Zij concluderen dat toetredingsdrempels het laagst zijn in de enkelvoudige zorg. Daarmee doelen zij op een 'productmarkt' voor volwassenen en ouderen bij wie de aard van de problemen relatief gemakkelijk is vast te stellen, die kunnen terugvallen op een eigen steunsysteem, en bij wie een monodisciplinaire aanpak volstaat. Afgaand op de bevindingen in hoofdstuk 2 zou het hierbij gaan om het merendeel van de huidige ggz-clientèle (het grootste deel van de ggz-cliënten ontvangt relatief kortdurende hulp). Redenen voor Schut e.a. om de toetredingsdrempels in deze sector als relatief laag in te schatten (en de kansen op toenemende marktwerking relatief groot) zijn de geringe mate waarin voor deze voorzieningen een netwerk van aanvullende voorzieningen nodig is en de geringe mate waarin een (zeer) specifieke deskundigheid vereist is.

Om diezelfde redenen zien Schut e.a. hoge toetredingsdrempels – en daarmee minder kansen op toenemende concurrentie en marktwerking – in de productmarkt voor personen met “een ernstige meervoudige zorgvraag die in het dagelijks functioneren naast zorg ook extra ondersteuning nodig hebben.” Deze ggz is doorgaans multidisciplinair van aard en vraagt om de benodigde extra disciplines en voorzieningen op de

gebieden wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding en het onderhouden van sociale relaties. Daarbij zijn voor deze productmarkt intensieve regionale en lokale samenwerkingsrelaties vereist met aanpalende instellingen op de genoemde gebieden (woningbouwverenigingen, welzijnsinstellingen, onderwijsinstellingen, etc.). Deze factoren (breed scala aan specifieke deskundigen, inbedding in regionale netwerken) maken de toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders op deze productmarkt hoog, en de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie beperkt. Daarmee zijn volgens Schut e.a. de kansen op marktwerking in de ggz voor volwassenen en ouderen met een meervoudige zorgvraag veel geringer dan in de 'enkelvoudige ggz'.²

Schut e.a. onderscheiden ook nog een derde deelmarkt in de ggz: die voor kinderen en jeugdigen. Ook op deze deelmarkt signaleren de auteurs forse toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders. Die drempels hebben wederom te maken met het sterk multidisciplinaire karakter van deze zorg. Daarnaast vraagt de jeugd-ggz om een zeer specifieke deskundigheid (zowel qua attitude, kennis als vaardigheden), die vooralsnog in relatief beperkte mate voorhanden is. Goede jeugdpsychiatrische deskundigen zijn schaars. Voor de intramuraal voorzieningen in de jeugd komt daar nog eens bij dat forse extra investeringen nodig zijn in extra faciliteiten zoals onderwijsvoorzieningen. Om deze redenen menen Schut e.a. dat ook op de productmarkt van de ggz voor kinderen en jeugdigen aanbodssubstitutie en daarmee concurrentie en marktwerking voorlopig nog niet aan de orde zullen zijn, tenzij voor lichtere problematiek.

In hoofdlijnen sluiten andere analyses bij die van Schut e.a. aan: toetredingsdrempels zijn relatief laag voor de lichtere vormen van zorg, die geen hoge investeringen, specialistische kennis of regionale samenwerkingsverbanden vereisen; ze zijn hoog voor complexere zorgvormen.^{3,7} Gesignaleerd wordt ook dat marktwerking niet alleen vraagt om mogelijkheden voor aanbodssubstitutie, maar ook om klanten die in de gelegenheid en genegen zijn om van product te wisselen (vraagsubstitutie). Ook in dit opzicht lijken de substitutiemogelijkheden rondom de enkelvoudige zorg groter dan rond de acute en de complexe zorg. Substituutproducten voor de kortdurende, ambulante hulp worden geboden door een scala aan dienstverleners uit zowel de 'reguliere' ggz (ggz-instellingen, vrijgevestigde psychotherapeuten, psychiaters en psychologen) als uit commerciële, alternatieve en informele hoek (counseling, coaching, etc.).³ Bij acutere, langduriger en complexere zorgvragen lijken de overstapmogelijkheden voor cliënten naar alternatieve producten voor de ontvangen zorg geringer. Belemmeringen zijn de noodzaak van de zorg, de grotere afhankelijkheidspositie van de gebruiker t.o.v. de zorgverlener en het belang van de inbedding van de geboden zorg in een bredere zorgketen, waarbinnen aan de meervoudige hulpvragen tegemoet gekomen kan worden.

Differentiatie van de aanbiedersstructuur

De voorlopige conclusie luidt dat de voorwaarden voor marktwerking in de ggz ten dele aanwezig zijn. Voorwaarden voor aanbodssubstitutie en voor vraagsubstitutie zijn met name aanwezig in de enkelvoudige zorg, maar minder in de ggz voor personen met meervoudige zorgvragen. De verwachting is op basis van het voorafgaande dan ook dat de concurrentie, als die tot stand komt, zich in eerste instantie zal concentreren op die enkelvoudige zorg. De verwachting is ook dat het in de eerste plaats de reeds gevestigde instellingen zijn die deze concurrentie aangaan door hun geografische werkterrein voor wat betreft deze enkelvoudige zorg uit te breiden. Als nieuwe aanbieders de ggz-markt gaan betreden, zal dat vermoedelijk niet voor de gehele ggz-populatie zijn en niet de complexe zorg betreffen, maar zal men zich eerder richten op een scherp geprofileerd, specialistisch aanbod voor een specifieke doelgroep.

De verwachting is ook dat met het nieuwe zorgstelsel de weg is vrijgemaakt voor een veel grotere diversiteit aan typen aanbieders en samenwerkingsverbanden in de ggz. Denkbaar is het ontstaan van een scala van kleinere, gespecialiseerde aanbieders (bijvoorbeeld specialistische behandelklinieken, al dan niet als afsplitsingen van bestaande ggz-instellingen en al dan niet met een luxere, commerciële tak). Denkbaar is ook het ontstaan, naast de huidige, regionaal opererende, 'geïntegreerde' ggz-instellingen, van bovenregionaal en landelijke opererende (en op termijn wellicht ook internationale) concerns. Sommige daarvan zullen hoofdzakelijk ggz bieden, andere zullen ook op andere terreinen (andere zorgsectoren, wonen, wellicht ook zorgverzekeringen) actief zijn. Denkbaar is ook dat het palet aan typen rechtspersonen die in de ggz actief zijn, gevarieerder wordt (naast de huidige stichtingen ook nv's, holding-achtige constructies, etc.). Een en ander impliceert dat de huidige, uniforme, regionale ordening van de ggz plaats zou kunnen gaan maken voor een veel grotere regionale diversiteit.

5.3 MARKTGEDRAG VAN ZORGCONSUMENTEN

De voorwaarden voor marktwerking zijn deels aanwezig in de ggz. Maar het daadwerkelijk in werking zetten van marktprocessen, is in het nieuwe stelsel voorbehouden aan de zorgconsument. Die doet dat door op zoek te gaan naar goede zorg tegen een betaalbare prijs. Meer concreet doet hij dat door op zoek te gaan naar zorgverzekeraars die goede zorgkwaliteit garanderen voor lage premies. Zo moeten de keuzen van de zorgconsumenten op de zorgverzekeringsmarkt, via de verzekeraars, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg stimuleren. De vraag is of zij dat ook doen.

Prijs- en kwaliteitsbewustzijn bij zorgconsumenten

In 2006 registreerden De Jong e.a. aan de hand van het Consumentenpanel Gezondheidszorg dat 66 % van de consumenten van mening was dat het wisselen van zorgverzekeraar geen voordeel zou opleveren; 70 % vond het 'een hoop gedoe'^b. Niettemin was in het invoeringsjaar van de Zvw het aantal mensen dat van verzekering wisselde, groter dan in de voorafgaande jaren. Circa 19 % van de verzekerden stapte eind 2005 over.

Niet duidelijk was op dat moment of deze stijging een nieuwe trend was of een eenmalige gebeurtenis. Bij een volgende meting, eind 2006, bleek dat het waarschijnlijk een eenmalige gebeurtenis is geweest. Op dat moment was het aantal overstappers weer gedaald naar het oude niveau van circa 6 %.⁸⁻¹⁰

De Jong en Groenewegen vroegen degenen die wel overstapten naar de reden van hun keuze voor een andere zorgverzekering. De twee meest genoemde redenen waren een aanbod voor een collectieve verzekering (37 %) en ontevredenheid over de premiehoogte van de oude verzekering (36 %). Kwaliteit speelde nauwelijks een rol in de overwegingen (zie ook het NZa-rapport *Richting geven aan keuzen*¹¹). De cijfers van het Consumentenpanel lieten verder zien dat meer dan de helft van de zorgverzekerden (58 %) niet weet welke zorgaanbieders door hun zorgverzekeraar zijn gecontracteerd en dat verreweg de meeste mensen voor zekerheid kiezen: 95 % van de verzekerden heeft een aanvullende verzekering, slechts 8 % kiest voor een eigen risico.^{8;12}

De Jong en Groenewegen wijzen op de mogelijke gevolgen van het feit dat verzekerden hun verzekering niet kiezen op basis van kwaliteit, maar van prijs. Het kan er toe leiden "dat zorgverzekeraars voornamelijk gaan concurreren op prijs en dat de beoogde kwaliteitsverbetering achterwege blijft".¹³ Ook het Centraal Planbureau wijst in een rapport over de eerste ervaringen met de stelselherziening in de zorg op het gevaar dat prijsconcurrentie op gaat treden ten koste van kwaliteit.¹⁴ Vanuit de ggz signaleert brancheorganisatie GGZ Nederland dat "zolang consumenten nog vooral naar de hoogte van de premie kijken, [...] de prijsdrukkende pressie het beter [zal] doen dan de kwaliteitsverhogende pressie". Het risico van kwaliteitsverlies is volgens de brancheorganisatie vooral aanwezig bij die zorg waar consumenten niet zo bij stil staan als ze een verzekering afsluiten en waar verzekeraars zich niet mee zullen profileren: de deelmarkt van de complexe ggz.¹⁵

^b In het algemeen was het vertrouwen van de consumenten in het nieuwe stelsel op dat moment niet groot. Slecht 17 % van de consumenten vermoedde dat het stelsel zou bijdragen aan meer keuze tussen zorginstellingen, 9 % verwachtte een betere service en 6 % meende dat de kwaliteit door het nieuwe zorgstelsel zou toenemen.⁹

Anderen wijzen er in dit verband op dat de perspectieven en belangen van de zorgverzekerde en die van de zorgcliënt (en met name de ggz-cliënt met een langdurige of meervoudige zorgvraag) niet identiek zijn. De zorgverzekerde wil een lage premie, de cliënt goede zorg.^{1:16;17} Schut e.a. halen Amerikaans onderzoek aan waaruit blijkt dat particulier verzekerden doorgaans goed op de hoogte zijn van hun verzekeringsdekking voor ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, maar minder goed van hun dekking voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en langdurige zorg. Schut e.a. voegen daaraan toe dat voor zover er verzekerden zijn die letten op het ggz-deel van de polis, het de vraag is of deze ten opzichte van het totaal aantal verzekerden voldoende gewicht in de schaal leggen om het zorginkoopbeleid van verzekeraars te beïnvloeden.¹⁸

‘Collectiviteiten’

Premiehoogte speelt dus een belangrijke rol, maar ook collectieve verzekeringen zijn steeds bepalender voor de keuze voor een zorgverzekering, zo blijkt uit het de gegevens van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In 2005 was circa een derde van de verzekerden collectief verzekerd, in 2006 ging het al om 55 % en in 2007 was het aandeel gegroeid tot 63 %. Bijna drie kwart van de collectieve verzekeringen (72 %) wordt aangeboden door werkgevers (de rest onder andere door vakbonden, gemeenten of patiëntenverenigingen).^{8:10}

Het belang van deze collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt is niet alleen groot vanwege hun aandeel, maar ook vanwege het feit dat zij veel meer dan individuele verzekerden over onderhandelingsmacht beschikken. Daarmee worden niet zozeer individuele verzekerden (die vooral in de lage premie van de collectieve verzekering geïnteresseerd zijn – gemiddeld 6,6 % goedkoper dan een individuele verzekering) maar de collectiviteiten c.q. de werkgevers een steeds belangrijker partij aan de vraagkant van de zorgverzekeringsmarkt.¹⁹ Daarmee zullen de wensen van deze werkgevers ook een steeds belangrijker leidraad worden voor verzekeraars bij het inkopen van zorg. Zo signaleert Vektis dat zorgverzekeraars in 2007 veel aandacht besteden aan het binnenhalen van collectieve contracten en daarbij onder andere inzetten op extra faciliteiten als gezondheidschecks, toegang tot health centers of sportclubs en de integratie tussen zorg en verzuimdiensten. Omgekeerd is het denkbaar dat werkgevers (maar ook hun werknemers) minder geïnteresseerd zijn in een goede dekking voor en kwaliteit van langdurige zorg en dat de zorgverzekeraars, op geleide daarvan, wat betreft die langdurige zorg minder aansturen op kwaliteitswinst en meer op doelmatigheidswinst (kostenreductie).

Patiëntenverenigingen

Het zijn dus niet uitsluitend patiëntenbelangen en in ieder geval niet de belangen van alle patiënten die een bepalende rol spelen op de verschillende deelmarkten van de

zorg. Wel proberen verschillende patiëntenverenigingen de ontwikkelingen actief te beïnvloeden.

Zo heeft het Landelijk Platform ggz – een koepelorganisatie van belangenverenigingen van ggz-cliënten en hun familie - na raadpleging van haar achterban - een aantal ‘standaarden’ geformuleerd van soorten zorg waarvan de financiering momenteel onzeker is en die volgens het Platform in de basispolis van iedere zorgverzekeraar thuishoren. Die standaarden betreffen onder andere cliëntgestuurde projecten voor opvang, zelfhulp en informatievoorziening, ggz-interventies op basis van ervaringsdeskundigheid en voorzieningen voor preventie en nazorg.

Daarnaast heeft het Platform criteria opgesteld waaraan zorgaanbieders zouden moeten voldoen om gecontracteerd te worden door de zorgverzekeraars. De belangrijkste criteria (‘leveringsvoorwaarden’) zijn dat de instellingen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid vanuit het cliënten- en familieperspectief in huis hebben, informatie en keuzevrijheid bieden en werken aan kwaliteitsverbetering op basis van kwaliteitstoetsingen vanuit cliënten- en familieperspectief.

Tot slot heeft het Landelijk Platform ggz een aantal strategieën geformuleerd voor het beïnvloeden van de ggz-zorginkoop door zorgverzekeraars. Tot die strategieën behoren onder andere het uitbrengen van een eigen ggz-inkoopgids, een eigen keurmerk voor verzekeraars en een aanzet voor de landelijke en regionale overlegstructuur met de verschillende onderhandelingspartners (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten).²⁰ De komende periode zal blijken in welke mate het Platform en zijn leden erin slagen om met de voorgestelde aanpak de ggz-cliëntenbelangen in het nieuwe stelsel veilig te stellen.

Zekerheid, prijs en kwaliteit

Kort samengevat kiezen zorgconsumenten in hun hoedanigheid van inkopers op de verzekeringsmarkt voor zekerheid, prijs en kwaliteit, maar zeer nadrukkelijk in die volgorde. Verzekerden kiezen tot dusverre in de eerste plaats voor onzekerheidsreductie: een aanvullend pakket, geen eigen risico en honkvastheid bij de eigen zorgverzekering. Verder letten verzekerden niet zozeer op de gecontracteerde aanbieders of de kwaliteit van de verzekerde zorg, maar vooral op de premiehoogte. Mede als gevolg daarvan is het aandeel van (doorgaans goedkopere) collectieve verzekeringen sterk gegroeid. Vooral werkgevers maken met zorgverzekeraars afspraken over collectieve verzekeringen voor hun werknemers. Gesignaleerd wordt dat zorgverzekeraars met de samenstelling van hun pakketten inspelen op de wensen van werkgevers. Gesignaleerd wordt ook dat de komende periode het marktgedrag van de collectiviteiten (vooral werkgevers) op de zorgverzekeringsmarkt minstens even belangrijk wordt voor de verdere ontwikkeling van de zorg en de ggz als dat van de individuele verzekerden.

5.4 MARKTGEDRAG VAN ZORGVERZEKERAARS

Zorgverzekeraars worden in het nieuwe zorgstelsel geacht door middel van het contracteren van goede en doelmatige zorg en het bieden van lage premies met elkaar te concurreren om de zorgverzekeringsconsument. Van deze concurrentiestrijd moeten de belangrijkste impulsen uitgaan voor een goede en doelmatige zorg.

Ook in de zorgverzekeringsmarkt is in de afgelopen jaren echter sprake geweest van een fusiebeweging. In de zorgmonitor 2006 van Vektis wordt een daling van het aantal zorgverzekeraars gesignaleerd van ruim 120 in 1989 tot 60 in 2005.²¹ Anno 2007 constateert het Centraal Planbureau dat de zorgverzekeringsmarkt inmiddels beheerst wordt door zes grote concerns, die gezamenlijk een marktaandeel hebben van rond de 90 %.¹⁴ De meeste van deze concerns hebben van oorsprong een regionale oriëntatie en voor de meeste geldt dat ze een dominante positie in een specifieke regio hebben.¹⁰

Die concentratie op de zorgverzekeringsmarkt zou de mogelijkheden tot aanbodssubstitutie (de mogelijkheden van consumenten om op een andere verzekeraars over te stappen) en daarmee de marktwerking kunnen belemmeren, ware het niet dat de meeste zorgverzekeraars tot dusverre vrijwel alle zorgaanbieders in Nederland contracteren (uit angst verzekerden weg te jagen).^{11;14} Dat betekent dat verzekerden voor een zorgverzekering voor aanbieders in de eigen regio, ook kan aankloppen bij een verzekeraar die van oorsprong in een heel andere regio actief was. In dit opzicht zijn er weinig belemmeringen meer voor marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt.

Ruime zorginkoop

De ruime zorginkoop van zorgverzekeraars betekent echter ook dat de marktwerking op de zorginkoopmarkt nog niet goed ontwikkeld is. In recente rapporten wijzen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Centraal Planbureau (CPB) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) erop dat daardoor marktprikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg nog teveel achterwege blijven.^{11;14;22} Ook wijzen ze op een aantal andere, aan het zorginkoopgedrag van de zorgverzekeraars gelieerde belemmeringen voor de verdere ontwikkeling van concurrentieverhoudingen en marktwerking. Naast de neiging om zo breed mogelijk in te kopen om zorgverzekerden te behouden c.q. te werven en de schaarste op (onderdelen van) de regionale zorgmarkt, worden de volgende factoren genoemd:

- er is nog nauwelijks kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders aanwezig; dat maakt het moeilijk voor zorgverzekeraars om daarop te contracteren en maakt het moeilijk voor zorgconsumenten om zorgverzekeraars te selecteren op de kwaliteit van de door hen gecontracteerde zorg;

- zorgverzekeraars contracteren eerst klanten en dan pas aanbieders; klanten kunnen dus niet zien welke zorgaanbieders gecontracteerd worden (laat staan wat de kwaliteit van dat aanbod is);
- er is nog nauwelijks sprake van vrije prijsvorming; in 2007 circa 10 %, aldus het Centraal Plan Bureau¹⁴ (het nieuwe stelsel biedt wel veel meer mogelijkheden voor vrije prijsvorming);
- verzekeraars lopen nog relatief weinig risico door de risicoverevening (zie verder)
- mede om bovenstaande redenen: verzekeraars investeren nog weinig in de zorginkoopfunctie (dergelijke investeringen renderen onvoldoende) en vertonen een voorkeur voor continuering van bestaande relaties boven inkopen bij nieuwe aanbieders (hetgeen weer de toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders verhoogt).

De conclusie luidt dat aan de vraagzijde van de zorginkoopmarkt nog niet aan alle voorwaarden voor een goede marktwerking is voldaan. Ondertussen pleiten de NZA, het CPB en de RVZ voor diverse maatregelen: verdere liberalisering van de prijzen, het systematisch genereren van kwaliteitsinformatie en een minder ver doorgevoerde risicoverevening.^{14;22;23}

Klantenwerving en prijsconcurrentie

Ondanks de belemmeringen voor marktwerking op de zorginkoopmarkt zijn de zorgverzekeraars inmiddels druk met elkaar in concurrentie. Dat doen ze in hoofdzaak op de zorgverzekeringmarkt waar ze inzetten op klantenwerving en op aantrekkelijke premies. Klantenwerving is een levensvoorwaarde op een concurrerende markt. De noodzaak daarbij vooral op de premiehoogte te letten hangt samen met het prijsbewustzijn bij verzekerden (dat meer gewicht in de schaal legt dan het kwaliteitsbewustzijn, zo bleek in de vorige paragraaf).

Om de (prijs)concurrentie op de verzekeringsmarkt te kunnen aangaan, moeten zorgverzekeraars op zoek naar mogelijkheden om hun kosten c.q. hun zorguitgaven te beperken (en premies laag te houden). Echter, op de zorginkoopmarkt ligt het grootste deel van de prijzen nog vast en er is maar weinig ruimte voor zorgverzekeraars om met zorgaanbieders over prijzen te onderhandelen. Reden waarom zorgverzekeraars, zoals in de vorige paragraaf bleek, nog nauwelijks selectief contracteren. Een andere mogelijkheid om de kosten te beperken is door de zorgconsumptie van de verzekerden te beperken (schadelastbeperking) of door te proberen verzekerden te contracteren die naar verwachting weinig zorg zullen consumeren (risicoselectie, bijvoorbeeld door vooral jongeren of werkenden te werven). Het is vooral de combinatie van het belang van klantenwerving en dat van kostenreductie, die actieve risicoselectie een heel aantrekkelijke en efficiënte marktstrategie maakt voor zorgverzekeraars.^{2;3;16;17;24;25}

De keerzijde is dat met name mensen met chronische aandoeningen voor zorgverzekeraars een onaantrekkelijke, want veel zorg consumerende en daarmee kosten oprijvende groep vormen. Dat geldt in het bijzonder voor mensen met chronische psychische problemen omdat deze vaak ook met somatische problemen te kampen hebben. De onaantrekkelijkheid van deze groepen vanuit verzekeringsoogpunt maakt ook dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop weinig prikkels zullen ondervinden om in te spelen op de preferenties van deze groep verzekerden en er geen belang bij hebben om de zorgverlening voor deze ‘ongewenste’ patiënten goed te organiseren. Het kan ook leiden tot marktsegmentatie, waarbij mensen met chronische psychische problemen (en andere chronisch zieken) een hogere premie betalen dan gezonde mensen.^{1;2;24;26}

Risicoselectie en risicoverevening

Om risicoselectie en de negatieve gevolgen daarvan tegen te gaan is in de zorgverzekeringswet een acceptatieplicht voor het basispakket opgenomen. Zorgverzekeraars mogen voor wat betreft het basispakket geen klanten weigeren en mogen niet voor eenzelfde pakket verschillende premies rekenen voor verschillende klanten. Zorgverzekeraars beschikken echter over meer instrumenten voor risicoselectie.²⁵ In hoofdzaak gaat het om de volgende:

➤ *Polisvoorwaarden en aanvullende verzekeringen.*

Risicoselectie kan plaatsvinden door in de polis voor de basisverzekering de aanspraken van de verzekerden zodanig te concretiseren – binnen de wettelijke normen - dat de polis aantrekkelijker is voor de voorspelbaar winstgevende dan voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Maar nog betere mogelijkheden bieden de aanvullende verzekeringen. Daar geldt geen acceptatieplicht en geen doorsnee-premie voor. Risicoselectie via aanvullende verzekeringen kan dus door middel van een selectief acceptatiebeleid en premiedifferentiatie, maar ook door middel van pakketsamenstelling. (De Jong e.a. signaleerden al in 2006 dat verzekeraars vooral concurreren op het werven van klanten door middel van aanvullende pakketten: daar is een grote diversiteit in ontstaan).⁹

➤ *Selectieve werving.*

Risicoselectie kan plaatsvinden door selectief te adverteren, maar bijvoorbeeld ook door koppelverkoop van de zorgverzekering en andere verzekeringsproducten. Zo kan aan verzekerden die voorspelbaar winstgevend zijn voor de basisverzekering een premiekorting worden gegeven op andere producten. Hierboven bleek al dat zorgverzekeraars zeer geïnteresseerd zijn in het aanbieden van collectieve verzekeringen via werkgevers. Ook door middel van deze collectieve verzekeringen kunnen verzekeraars proberen vooral voorspelbaar winstgevende verzekerden binnen te halen.

► **Kwaliteit van zorg en dienstverlening.**

Risicoselectie kan plaatsvinden door voorspelbaar winstgevende verzekerden betere service te verlenen dan voorspelbaar verliesgevende verzekerden (bijvoorbeeld in de vorm van betere informatievoorziening). Risicoselectie is ook mogelijk door de kwaliteit van de zorgvormen waarvan vooral voorspelbaar winstgevende verzekerden gebruik maken te maximaliseren en de kwaliteit van de zorgvormen (bijvoorbeeld de langdurige ggz) die gebruikt worden door voorspelbaar verliesgevende verzekerden, te minimaliseren.²

Acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie voor de basisverzekering zijn dus geen afdoende middelen voor het voorkomen van risicoselectie en evenmin voor het voorkomen van negatieve gevolgen daarvan voor de kwaliteit van de zorg voor mensen met chronische aandoeningen. Om die reden is naast deze maatregelen een risicovereveningssysteem ingevoerd. Verzekeraars storten hun premieinkomsten in een fonds. De inkomsten worden vervolgens op basis van het aan de hand van een aantal vaste parameters (waaronder leeftijd en woonplaats) vastgestelde risicoprofiel van het verzekerdenbestand over de verzekeraars herverdeeld. Verzekeraars met veel verzekerden met een hoog risicoprofiel ontvangen per verzekerde een groter bedrag dan verzekeraars met veel verzekerden met een laag risicoprofiel. Deze risicoverevening moet de neiging tot risicoselectie en tot het verwaarlozen van de zorg voor duurdere categorieën cliënten tegengaan. Nog onvoldoende duidelijk is wat de effectiviteit van de risicoverevening is.

Het Nederlandse risicovereveningssysteem is internationaal gezien zeer verfijnd. Echter, een 100 % waterdicht systeem is niet mogelijk (alleen wanneer achteraf de kosten vergoed worden). Voordelen van risicoselectie worden door het systeem verminderd maar niet volledig teniet gedaan; een van de redenen waarom het systeem nog steeds in ontwikkeling is.^{16;25} Het belangrijkste probleem ten aanzien mensen met chronische psychische problemen is de reeds vermelde comorbiditeit. In hun analyse van de mogelijkheden van marktwerking in de ggz signaleren Schut e.a.: “Zelfs al zouden alle kosten van de ggz binnen het risicovereveningssysteem volledig worden gecompenseerd, dan nog maken zorgverzekeraars op chronische ggz-gebruikers een voorspelbaar verlies als gevolg van hun hogere somatische zorgkosten”.

Conclusie: vragen rond de langdurige ggz

De conclusie luidt dat de marktprikkels in het nieuwe stelsel de zorgverzekeraars voornamelijk minder aanzetten tot een scherpe zorginkoop en meer tot concurrentie op premiehoogte, aanvullende verzekeringen en het binnenhalen van ‘collectiviteiten’. Een mogelijk knelpunt voor de ggz is dat in dat wervingsproces het belang van een goede (ambulante) langdurige en complexe ggz, minder aandacht krijgt dan dat van zorgvormen met een aantrekkelijker uitstraling.

In hoeverre zorgverzekeraars op dit moment daadwerkelijk aan risicoselectie doen en welke consequenties dat heeft voor verschillende groepen zorgverzekerden en zorgsectoren, is nog niet goed te zeggen. Daarover ontbreken vooralsnog gegevens. Mogelijk zal het in eerste instantie zo'n vaart niet lopen omdat de grote zorgverzekeraars veelal zijn voortgekomen uit de sociale ziekenfondsen, die hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voelen en rekening zullen willen houden met hun reputatie.² Zorgverzekeraars hadden bovendien voor het eerste jaar van het nieuwe stelsel – 2006 - de toezegging gedaan de aanvullende verzekering niet te zullen gebruiken voor risicoselectie in de basisverzekering.

Inmiddels geldt die toezegging niet meer. Het Centraal Plan Bureau constateerde weliswaar dat verzekeraars in 2007 – volgens eigen zeggen – iedereen accepteren voor de aanvullende verzekering, naar dat wil niet zeggen dat er geen risicoselectie plaatsvindt (zie de ontwikkeling rond de collectieve verzekeringen).¹⁴ Problematisch is volgens Schut e.a. vooral dat, ook als de zorgverzekeraars hun maatschappelijk verantwoordelijkheid voelen, zij zich niet van de marktontwikkelingen afzijdig zullen kunnen houden “als nieuwe, kleine (buitenlandse) verzekeraars, die geen reputatie te verliezen hebben, door selectiestrategieën zeer snel groeien, alle goede risico's naar zich toe halen en tientallen miljoenen euro's winst per jaar maken”.² Dat suggereert een zekere onafwendbaarheid en vraagt om alertheid voor (de zorg voor) mensen met chronische psychische problemen, een 'dure' groep verzekerden met een relatief zwakke organisatiegraad.

Overigens wijzen anderen erop dat de kans op risicoselectie niet alleen in de zorgverzekeringsmarkt aanwezig is, maar ook in de zorgverleningsmarkt. De financiering in termen van DBC's draagt het risico in zich dat relatief 'dure' cliënten binnen een DBC worden geweerd, of omgekeerd, dat juist zoveel mogelijk mensen met eenvoudige problemen binnen worden gehaald.¹

5.5 MARKTGEDRAG VAN ZORGAANBIEDERS

Ook zorginstellingen en ggz-instellingen hebben in de afgelopen periode op verschillende manieren geanticipeerd en gereageerd op de nieuwe (markt)verhoudingen in de zorg. Uit onderzoek en evaluaties van de afgelopen periode en uit berichtgeving in de brancheliteratuur komen grofweg drie typen van 'marktgedrag' van zorgaanbieders naar voren:

- een toegenomen aandacht voor de interne bedrijfsvoering;
- een toegenomen streven naar groei en expansie;
- een streven naar onzekerheidsreductie door middel van samenwerking en fusie.

Bedrijfsvoering verbeteren

Marktgedrag van zorg- en ggz-instellingen uit zich in de eerste plaats in meer aandacht voor de interne bedrijfsvoering. Baks en De Haan signaleren een grote diversiteit aan initiatieven van zorginstellingen om de efficiency van de bedrijfsvoering te vergroten. Het verbeteren van de zorglogistiek is daarbij één van de belangrijkste speerpunten. Het schrappen van managementlagen, de ontwikkeling van kostprijzen en het werken met businessplannen zijn andere manieren waarop zorginstellingen momenteel hun bedrijfsvoering verbeteren.²⁷

De grotere aandacht voor de bedrijfsvoering gaat overigens ook gepaard met een zakelijker houding tegenover onderdelen van de instelling, die niet of moeilijker rendabel te maken zijn. Veranderingen in de markt leiden tot heroriëntatie op kernactiviteiten. De drempel om onderdelen van de organisatie om bedrijfseconomische redenen af te stoten, wordt lager.²⁸ Intussen zijn veel zorginstellingen bewust aan het nadenken over een andere organisatievorm dan de stichting. Begin 2007 overwoog twee derde van de instellingen in de cure en de helft van de instellingen in de care een overgang naar een organisatievorm met winst oogmerk. Rendementsstreven en uitkeren van winsten is een onderwerp waar veel bestuurders in de zorg (73 %) mee bezig zijn.²⁷

Marktaandeel uitbreiden

De nieuwe concurrentieverhoudingen en met name de verlaging van de toetredingsdrempels en de afschaffing van de contracteerplicht, lijken er ook toe te leiden dat zorgaanbieders veel actiever toe gaan zien op het behoud van het eigen marktaandeel en waar mogelijk veel assertiever proberen een groter marktaandeel te verwerven of nieuwe markten aan te boren. Een aantal factoren versterkt die impuls, waaronder de nieuwe DBC-systematiek: niet meer het aantal verrichtingen, maar het aantal behandelde cliënten is in het nieuwe stelsel de belangrijkste parameter voor de opbrengsten van een zorginstelling.¹

Expansie kan op twee manieren gerealiseerd worden: nieuwe producten ontwikkelen en verkopen naast bestaande producten en nieuwe regionale markten betreden naast de reeds bediende regio's. De signalen tot nu toe wijzen erop dat beide groeistrategieën tot ontwikkeling beginnen te komen in de ggz. Vaak gaat het dan om een combinatie van beide strategieën: het betreden van een nieuwe (of des buurmans) markt met een nieuw (of in ieder geval als aantrekkelijker dan dat van de buurman gepresenteerd) product. Het meest in het oog springen op dit moment de initiatieven van enkele traditionele ggz-aanbieders om nieuwe dochterondernemingen/divisies op te richten, die zich toeleggen op kortdurende ggz aan mensen met lichte psychische problemen. Onder nieuwe merknamen (PsyQ, Indigo) worden deze zorgvormen actief aangeboden aan cliënten en huisartsen, niet alleen in de regio van oorsprong van de betreffende instellingen, maar ook in andere regio's. Kenmerkend voor deze initiatieven zijn de

actieve marketing, het streven van enkele van deze aanbieders naar de ontwikkeling van een landelijk, dekkend aanbod en het feit dat men zich concentreert op de enkelvoudige (monodisciplinaire) zorg.

Voor die keuze voor kortdurende, enkelvoudige zorg zijn verschillende redenen aan te wijzen. Toetredingsdrempels (of 'overstapdrempels' naar andere regio's) zijn voor de enkelvoudige zorg veel lager dan voor de complexe, meervoudige zorg, zo bleek eerder. Daar komt bij dat sinds 1 januari 2008 de eerstelijns psychologische zorg in het basispakket van de Zvw is opgenomen en daarmee een aantrekkelijke deelmarkt voor ggz-instellingen is geworden. Een derde factor is dat specialistische instellingen voor kortdurende hulp mogelijk een aantrekkelijke partner voor zorgverzekeraars zijn. En een vierde factor is dat in de kortdurende zorg aan mensen met lichte problemen nog een enorm reservoir aan potentiële klanten vermoed wordt. Expliciet wordt gewezen op de circa één kwart van de bevolking bij wie volgens de Nemesis-studie op jaarbasis op enig moment sprake is geweest van een psychische stoornis en waarvan het grootste deel geen contact heeft met de ggz (zie hoofdstuk 1). Deze lijkt men met de nieuwe initiatieven te willen bereiken. Zo spreken de nieuwe, landelijk georiënteerde aanbieders van kortdurende ggz in persberichten hun afkeuring uit over het feit dat zoveel mensen 'onbehandeld' rond lopen.²⁹ Tegelijk organiseert men, overigens om legitieme zorginhoudelijke redenen, het eigen aanbod zo laagdrempelig mogelijk, onder andere door psychologen en spv-en te posteren in huisartsenpraktijken, bij scholen of in Centra voor Jeugd en Gezin; maar ook door het aanbod uit te breiden met groepsbijeenkomsten van preventieve aard, zoals alcoholvoorlichting aan jongeren en opvoedingsondersteuning.³⁰

Vergelijkbare ontwikkelingen doen zich overigens voor in de thuiszorg. In een recente, brede inventarisatie van nieuwe marktstrategieën van zorginstellingen, signaleren Baks en De Haan dat een aantal thuiszorgorganisaties zich in 'andermans' marktgebied op financieel aantrekkelijke diensten storten en geen organisatie willen opzetten voor de relatief dure 24-uursservice. Voor die dure zorg zijn cliënten nog steeds aangewezen op de reeds in de regio gevestigde zorgaanbieder. De laatste groep ervaart dit als het 'afromen' van de markt door collega-instellingen/concurrenten.²⁷

Klantenwerving en profilering

Baks en De Haan signaleren dat niet alleen de assertieve, op een landelijk aanbod van kortdurende zorg aansturende organisaties, maar ook veel andere zorginstellingen de afgelopen periode een verkoop- en PR-afdeling in het leven hebben geroepen.²⁷ Ook in de brancheliteratuur wordt steeds meer melding gemaakt van PR-acties. Een sprekend voorbeeld is een recent initiatief van een ggz-instelling om een brede publiekscampagne op te zetten, bestaande uit een huis-aan-huiskrant, een promotieteam dat scholen bezoekt in het voortgezet onderwijs, voorlichtingsbijeenkomsten in wijkcentra

en informatiekramen op markten.³¹ Ook deze ontwikkeling zien we in andere sectoren terug. Baks en De Haan maken bijvoorbeeld melding van het op steeds jongere leeftijd (55+ i.p.v. 70+) benaderen van ‘toekomstige cliënten’ door instellingen in de verpleging en verzorging.²⁷

Verwacht wordt dat deze nieuwe concurrentiestrijd om de marktaandelen zal doorzetten. Verwacht wordt ook dat instellingen zich met het oog op klantenwerving steeds nadrukkelijker met hun eigen producten zullen willen profileren en onderscheiden. Met een diversificatie van producten (of productbenamingen) zal worden ingespeeld op de interesses en wensen van verschillende doelgroepen (waaronder niet alleen cliëntengroepen, maar ook huisartsen als verwijzers en zorgverzekeraars – en mogelijk ook werkgevers - als inkopers). Anderen zullen zich nadrukkelijker gaan profileren met specifieke voorzieningen voor specifieke doelgroepen.³

Ook van deze ontwikkeling zijn al voorbeelden te zien, zoals de opkomst van gespecialiseerde centra voor ambulante ggz aan niet-westerse allochtonen of de initiatieven van enkele bestaande ggz-instellingen tot het op landelijk niveau aanbieden van zogeheten ‘Topklinische zorg’. Ook in opkomst zijn verslavingsklinieken, die niet alleen gebruik maken van Zvw-gelden, maar cliënten die daartoe over de financiële middelen beschikken de mogelijkheid bieden uit private gelden (of aanvullende verzekeringen) bij te betalen voor extra comfort. Baks en De Haan signaleren dat een toenemend aantal zorgaanbieders investeert in zorgcomplexen die enige tot ruime extra’s bieden boven het Zvw- of Awbz- niveau.²⁷ Ook relatief nieuw zijn organisaties die zich toeleggen op het behandelen van arbeidsgerelateerde klachten, in samenwerking met de traditionele zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

Zeker voor wat betreft de ggz zijn de ontwikkelingen nog pril. Harde cijfers over het aantal nieuwe initiatieven, het marktaandeel daarvan, de toegenomen regionale concurrentie, het aantal instellingen met ‘landelijke ambities’, etc., zijn niet nog voorhanden. Een onbetwistbare relatie tussen de introductie van marktverhoudingen en de versnelde groei van de ambulante ggz-productie in de afgelopen jaren (zie hoofdstuk 2) is ook nog niet vast te stellen. Duidelijk is wel dat de nieuwe verhoudingen instellingen aanzetten tot het aanboren van nieuwe afzetmogelijkheden en het genereren van nieuwe zorgvraag, waarbij die ontwikkeling zich concentreert (althans tot dusverre) op de lichtere problemen en op de enkelvoudige zorg.

Fusie

Een feit is ook dat de nieuwe verhoudingen tot een grotere onzekerheid leiden bij instellingen. Dat geldt des te meer voor de ggz-instellingen die tot voor kort nog ieder hun eigen regio bedienden en nog volledig vanuit de weinig risico’s genererende Awbz gefinancierd werden. Fusie is een methode om onzekerheid af te wenden. Fusie

zorgt ervoor dat een potentiële concurrent tot medestander wordt gemaakt, dat een sterkere positie ten opzichte van andere concurrenten wordt verworven en dat de onderhandelingspositie tegenover inkopers (zorgverzekeraars) steviger wordt.

In het onderzoek van Baks en De Haan is schaalvergroting door samenwerking en fusie de door de geïnterviewde bestuurders van zorginstellingen meest genoemde activiteit als het gaat om het streven de eigen organisatie “in een concurrerende markt te plaatsen”. Ook in een recent onderzoek van Van Minnen-Borra naar de wijze waarop de bestuurders van ggz-instellingen anticiperen op de marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg, bleek fusie de belangrijkste strategie te zijn. “Fusie is de meest toegepaste strategie op dit moment,” aldus Van Minnen-Borra. Overigens worden door de betrokken bestuurders niet alleen concurrentie-overwegingen aangedragen als reden voor de fusies. Ook het tot stand brengen van een goede ketenzorg met complementaire partners wordt vaak als motief genoemd.³²

Bij fusiebewegingen wordt doorgaans een onderscheid gemaakt in horizontale fusies en verticale fusies. Bij horizontale fusies gaat het om het samengaan van organisaties met vergelijkbare producten, bij verticale fusie om het samengaan van organisaties met complementaire producten. De fusiebeweging in de ggz van de afgelopen 15 jaar was hoofdzakelijk een verticale fusie (weliswaar binnen de ggz maar tussen regionale organisaties met complementaire producten: ambulante ggz, klinische ggz en soms ook beschermd wonen). De afgelopen jaren is daar een trend van horizontale fusering bijgekomen: fusie van naburige, in de eigen regio reeds verticaal gefuseerde (‘geïntegreerde’) ggz-instellingen.

Gezien het belang dat instellingen aan de fusiestrategie hechten, is het aannemelijk dat beide fusiebewegingen in de komende periode door zullen zetten in en rond de ggz. Horizontale fusie – ook tussen afgesplitste, gespecialiseerde onderdelen van ggz-instellingen - omwille van de versterking van de marktpositie; en verticale fusie als uitvloeisel van intensivering van de samenwerking met ketenpartners in aanpalende sectoren. Ook zorgbreed lijkt de fusiegolf nog niet voorbij. Westert signaleerde al in de Zorgbalans van 2006 dat 10 van de 50 grootste zorgaanbieders inmiddels ‘gemengde’ concerns zijn, waarin een breed palet aan zorg wordt geboden.⁶ Feitelijke fusie tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen is nog niet gesignaleerd, maar intensievere samenwerkingverbanden komen ook op dat terrein steeds meer voor.

5.6 BALANS: DE ROL VAN DE MARKTMEESTER

In dit hoofdstuk is geïnventariseerd in welke mate de voorwaarden voor marktwerking in de ggz aanwezig zijn. Vervolgens is nagegaan welke marktprikkels zorgconsumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de ggz onder invloed van het nieuwe zorgstelsel inmiddels ondervinden en hoe zij hierop anticiperen en reageren.

De bevindingen in dit hoofdstuk laten zien dat de huidige aanbiedersstructuur van de ggz de marktwerking deels nog in de weg staat, maar ook dat die structuur onder invloed van de nieuwe regelgeving (lagere toetredingsdrempels, geen contracteerplicht meer) waarschijnlijk snel zal veranderen. De verwachting is dat in de eerste plaats de reeds gevestigde instellingen de concurrentie met elkaar aangaan door hun geografische werkterrein uit te breiden. Eerste signalen daarvoor waren in de aanloop naar de overheveling al zichtbaar. De verwachting is ook dat er nieuwe aanbieders op de ggz-markt zullen verschijnen, die zich niet zozeer oriënteren op de gehele ggz-populatie, maar zich onderscheiden door een scherp geprofileerd, specialistisch aanbod voor een specifieke doelgroep. Ook daarvan zijn de eerste signalen zichtbaar. Verder is geconstateerd dat de voorwaarden voor marktwerking (mogelijkheden voor aanbodssubstitutie) met name aanwezig zijn in de enkelvoudige zorg en in mindere mate in de ggz voor personen met meervoudige zorgvragen.

Geconstateerd werd ook dat de zorgconsumenten in hun hoedanigheid van inkopers op de verzekeringsmarkt tot dusverre vooral kiezen voor zekerheid en een lage premie en minder op de kwaliteit en de inhoud van de door verzekeraar ingekochte zorg. Mede als gevolg daarvan is het aandeel van (doorgaans goedkopere) collectieve verzekeringen in de afgelopen jaren drastisch gegroeid. Vooral werkgevers maken afspraken over collectieve verzekeringen. Gesignaleerd wordt dat zorgverzekeraars vooral concurreren op het binnenhalen van deze collectieve verzekeringen (bijvoorbeeld met voor werkgevers en werknemers aantrekkelijke aanvullende pakketten) en, in aansluiting op de preferenties van de potentiële klanten, op het bieden van aantrekkelijke premies.

Om hun kosten c.q. hun zorguitgaven te beperken (en premies laag te houden) richten zorgverzekeraars zich vooralsnog niet zozeer op het selectief contracteren van efficiënt werkende zorgaanbieders; selectief contracteren zou juist klanten kunnen weggagen; bovendien liggen prijzen nog voor een belangrijk deel vast. Aantrekkelijker voor zorgverzekeraars is het beperken van de zorgconsumptie door verzekerden c.q. het contracteren van verzekerden die naar verwachting weinig zorg zullen consumeren. Mensen met chronische aandoeningen vormen voor zorgverzekeraars een onaantrekkelijke, want veel zorg consumerende en daarmee kosten opdrijvende groep. Beschouwd vanuit de algemene belangen van toegankelijkheid en kwaliteit, brengt dat een risico

van 'risicoselectie' door zorgverzekeraars met zich mee. De acceptatieplicht en het risicovereveningssysteem voor de basisverzekering moeten deze risicoselectie tegen gaan, maar nog niet duidelijk is of die maatregelen afdoende zijn.

Ook zorginstellingen en ggz-instellingen hebben in de afgelopen periode geanticipeerd en gereageerd op de nieuwe (markt)verhoudingen in de zorg. Uit onderzoek en evaluaties van de afgelopen periode en uit berichtgeving in de brancheliteratuur blijkt dat ggz-instellingen vooral hebben ingezet op meer aandacht voor de interne bedrijfsvoering, op bestuurlijke samenwerkingverbanden met het oog op versteviging van de marktpositie en op het actiever zeker stellen en uitbreiden van marktaandeel en het verkennen van nieuwe afzetmogelijkheden.

In het algemeen laten de bevindingen zien dat dat laatste - het marktaandeel - over de hele linie (ook bij zorgverzekeraars) het belangrijkste bedrijfsmatige aandachtspunt in de zorg lijkt te zijn geworden. Een andere belangrijke conclusie is dat de intrede van de marktwerking in de langdurige ggz op een andere wijze en met andere consequenties gestalte krijgt dan in de kortdurende ggz. We staan ter afsluiting van dit hoofdstuk kort bij stil bij deze beide, deels met elkaar samenhangende conclusies.

Marktwerking, expansie en toenemende verscheidenheid in de kortdurende zorg

Met name de kortdurende zorg leent zich voor concurrentie en voor expansie, zo bleek in dit hoofdstuk. De kortdurende ggz lijkt zich te gaan ontwikkelen tot een dynamische groeimarkt, met grote, landelijke concerns, maar ook een breed scala kleine aanbieders, grotere verschillen tussen aanbieders onderling en een brede waaier aan, veelal specialistische, ambulante of kortdurende klinische zorgproducten. Dat betekent onder andere dat de keuzemogelijkheden in de kortdurende zorg vermoedelijk zullen toenemen.

Het zoeken en aanboren van nieuwe afzetmarkten zou er ook toe kunnen leiden – ook als de kosten per product omlaag gaan – dat de totale uitgaven aan de ggz sneller gaan stijgen dan tot dusverre. Een dergelijk scenario is, in reactie op de plannen voor het nieuwe zorgstelsel, al eerder onder de aandacht gebracht. Onder andere het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen schetste in 2005 een scenario waarbij proactieve ggz-aanbieders volop latente vraag aanboren, de zorgkosten explosief stijgen en de overheid 'ingrijpende repressieve maatregelen' moet nemen (verwezen wordt naar vergelijkbare ontwikkelingen in de Verenigde Staten).²⁶

Veel recenter heeft ook de brancheorganisatie van de zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), in een reactie op de Rijksbegroting 2008, erop gewezen dat de overheveling van de ggz risico's met zich meebrengt omdat "er weinig besturingsmechanismen zijn om de groei van de ggz in te dammen".³³ Ook op het feit dat het met

name de kortdurende zorg voor mensen met lichte problemen is, die fors lijkt te gaan groeien (zie ook hoofdstuk 2), wordt door vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars gereageerd. Men keurt die ontwikkeling af “als hiermee een hele nieuwe markt wordt aangeboord en als dat ten koste gaat van de probleemgevallen, de mensen met complexe klachten en de mensen in de langdurige zorg”.²⁸

Risico's voor de langdurige ggz

Of alle zorgverzekeraars zo zullen reageren, is de vraag. Wat zich wel aftekent is dat de langdurige ggz minder lijkt te profiteren van de marktwerking dan de kortdurende zorg. Voorwaarden voor concurrentie en marktwerking zijn in de zorginkoopmarkt voor de langdurige ggz minder gunstig dan in die voor de kortdurende ggz, zo bleek in dit hoofdstuk. En voor zover marktwerking tot stand komt, lijkt de langdurige ggz daar meer dan de kortdurende ggz ook nadelen van te kunnen onder vinden. Daarbij gaat het niet alleen om de Awbz-gefinancierde zorg voor de relatieve kleine groep cliënten die langdurig in een ggz-voorziening verblijft, maar ook om de nagenoeg volledig Zvw-gefinancierde, langdurige geestelijke gezondheidszorg voor de veel grotere groep cliënten die zelfstandig woont.

Aandachtspunten voor de langdurige ggz zijn met name:

- het reeds genoemde risicovereveningssysteem, waarvan nog niet duidelijk is of het zorgverzekeraars ervan zal kunnen weerhouden mensen met chronische psychische problemen (die vaak ook somatische gezondheidsproblemen hebben) te weren en te desinvesteren in de kwaliteit van de langdurige ggz;
- het risico van toenemende doelmatigheidsdruk (kostenreductie) in de langdurige zorg ten behoeve van kwaliteits- en prijsconcurrentie in de kortdurende zorg;
- ‘afoming’ van de markt, waardoor de langdurige ggz bedrijfseconomisch minder aantrekkelijk wordt;
- het risico van het afkalven van samenwerkingsverbanden (en de benodigde integrale zorg) ten gevolge van toenemende concurrentieverhoudingen;
- een dalend aandeel van de langdurige ggz in de totale ggz-uitgaven.

De rol van de Nederlandse Zorgautoriteit

Eerder in dit hoofdstuk kwam al de Nederlandse Zorgautoriteit ter sprake. De NZa is in het leven geroepen om toe te zien op voorwaarden, mogelijkheden en consequenties van de marktwerking in de zorg. De NZa monitort de ontwikkelingen op de zorgmarkt en beschikt over een instrumentarium om, op geleide van aanwijzingen van de overheid, die markt te reguleren dan wel verder te dereguleren c.q. liberaliseren. De NZa rapporteert ook periodiek over zijn bevindingen. In publicaties tot dusver heeft de NZa zich vooral georiënteerd op de voorwaarden en minder op de gevolgen van de marktwerking in de zorg (zie de eerder in dit hoofdstuk aangehaalde publicaties). De NZa signaleert dat die voorwaarden nog niet volledig zijn gerealiseerd en maakt zich

vooral zorgen om de tot dusverre geringe impulsen van het nieuwe stelsel op de doelmatigheid en de kosten van de zorg. De NZa pleit voor steviger maatregelen om de concurrentie te bevorderen en voor verdergaande liberalisering en prijsconcurrentie op de zorginkoopmarkt (zodat kosten en daarmee zorgpremies zullen dalen).^{11;23}

Mede met het oog op de risico's voor de langdurige en de complexe ggz heeft onder andere GGZ Nederland kanttekeningen geplaatst bij die voorstellen. In een reactie op het consultatiedocument *In het belang van de consument* van de NZA (2007) pleitte brancheorganisatie GGZ Nederland er voor niet alleen op de prijs maar ook op de kwaliteit van de zorg te letten en met name te waken voor kwaliteitsverlies bij die zorg waar consumenten niet zo bij stil staan als ze een verzekering afsluiten (langdurige en complexe ggz). Ook pleitte de brancheorganisatie ervoor concurrentie en marktwerking niet als doel, maar als middel te beschouwen, te waken voor mogelijke ongewenste effecten van dat middel en in ogeschouw te nemen dat er ook andere middelen zijn om goede, toegankelijke en doelmatige zorg te stimuleren.³⁴

De zorgen om de langdurige zorg in een omgeving van groeiende concurrentieverhoudingen, beperken zich overigens niet tot de Nederlandse situatie. In een internationaal overzicht van financieringssystemen voor de ggz, opgesteld in het kader van het ATLAS-project van de WHO, concluderen Saxena e.a. dat “the supply and demand fundamentals of the business world may actually threaten effective and equitable health care and may prove especially harmful to mentally ill patients with high degree of need and limited resources”.³⁵

Doelmatigheid van het zorgstelsel

Er is, kort gezegd, aanleiding om te verwachten dat de kortdurende ggz in het nieuwe stelsel een forse ontwikkeling zal doormaken maar ook om in de komende periode extra alert te zijn op de kwaliteit van de langdurige ggz. Dat laatste niet alleen in verband met enkele aan de marktwerking verbonden risico's, maar ook in verband met de in het vorige hoofdstuk besproken risico's van de 'knip in de ggz' voor de ontwikkeling van een samenhangende, op rehabilitatie en participatie gerichte langdurige (ambulante) zorg.

Doelmatigheid blijft in dit verband een belangrijk aandachtspunt, niet zozeer in termen van zo laag mogelijke kosten per product, maar in termen van de doelmatigheid van het stelsel als geheel. Knapp en McDaid geven in hun recente artikel *Financing and funding mental health care services* bruikbare criteria voor het volgen van de doelmatigheid van het financieringsstelsel van de ggz in bredere zin.³⁶ Zij onderscheiden naast de zogeheten 'productieve' doelmatigheid (de hoeveelheid input voor een bepaalde opbrengst) nog twee typen doelmatigheid. Dat zijn 'target' doelmatigheid, ofwel de mate waarin de beschikbare voorzieningen terecht komen bij de mensen die ze nodig

hebben en het vermogen van het systeem er in te voorzien dat mensen die bepaalde producten nodig hebben de beschikbare voorzieningen krijgen. Daarnaast spreken de auteurs van allocatieve doelmatigheid: de mate waarin een systeem de goederen en diensten levert die mensen willen.

Het zou een waarborg voor mensen met chronische psychische problemen kunnen zijn als de komende periode (bijvoorbeeld door de NZa) de doelmatigheid van het nieuwe zorgstelsel in deze bredere zin gemonitord gaat worden.

REFERENTIES BIJ HOOFDSTUK 5

1. Van de Pol, F. (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(11): 1095-1107.
2. Schut, F.T., Van der Geest, S.A., Varkevisser, M. (2005). *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
3. Kösters, T.P. (2005). *GGZ opeen keerpunt: sectorstudie Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: ING Medinet.
4. Ministerie van VWS (2003). *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige Awbz*. Den Haag: Ministerie van VWS.
5. CTG/ZAio en CTZ (2006). *Monitor extramurale Awbz-zorg: analyse van de marktontwikkelingen in 2005 en 2006*. Utrecht: CTG/ZAio, CTZ.
6. Westert, G.P., Verkleij, H., (ed.) (2006). *Zorgbalans*. Bilthoven: RIVM.
7. GGZ Nederland (2007). *Reactie GGZ Nederland op NZa-consultatiedocument '(In) het belang van de consument'*. Amersfoort: GGZ Nederland.
8. De Jong, J., Groenewegen, P. (2007). *Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug: collectivisering zet door*. Utrecht: NIVEL.
9. De Jong, J.D., Groenewegen, P.P., Van der Schee, E. (2006). Consumenten en de stelselwijziging. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 84(5): 288-291.
10. Smit, M., Mokveld, P. (2007). *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag*. Zeist: Vektis.
11. Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *Richting geven aan keuzen*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
12. De Jong, J., Delnoij, D., Groenewegen, P. (2006). *Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe stelsel*. Utrecht: NIVEL.
13. De Jong, J.D., Groenewegen, P.P., Van der Schee, E. (2006). Consumenten en de stelselwijziging. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 84(5): 288-291.
14. Centraal Planbureau (2007). Eerste ervaringen met stelselherziening zorg. In: *Centraal Economisch Plan 2007*, p. 140-154. Den Haag: CPB.
15. GGZ Nederland (2007). *Reactie GGZ Nederland op NZa-consultatiedocument '(In) het belang van de consument'*. Amersfoort: GGZ Nederland.
16. De Bruijn, D., Schut, F.T. (2006). *Evaluatie aanvullende verzekering 2006*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
17. Wijnbergen, S.J.G. (2005). Zorgen om zorg. In: I. Palm (red.). *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*, Rotterdam: Wetenschappelijk bureau SP.
18. Schut, F.T., Van der Geest, S.A., Varkevisser, M. (2005). *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
19. Vektis (2007). *Zorgthermometer*. Zeist: Vektis.

20. Rijkschroeff, R., Oudenampsen, D., Flikweert, M. (2007). *Beste koop: GGZ-inkoop vanuit cliënten- en familieperspectief*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut, LPGGz.
21. Vektis (2006). *Zorgmonitor 2006: financiering van de zorg in 2005*. Zeist: Vektis.
22. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2007). *De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010: briefadvies*. Zoetermeer: RVZ.
23. Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *(In) het belang van de consument*. Utrecht: NZa.
24. Prinsze, F.J., Van de Ven, W.P.M.M., De Bruijn, D., Schut, F.T. (2005). *Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering: van groot belang voor chronisch zieken*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit.
25. De Bruijn, D., Pinsze, F.J., Schut, F.T., Van de Ven, W.P.M.M. (2005). *Monitor risicoselectie*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
26. College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2005). *GGZ-ontwikkelingen en gevolgen zorginfrastructuur*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
27. Baks, H., De Haan, E. (2007). *'Het ruist en bruist in de zorg': eindrapportage onderzoek naar marktgedrag in de zorg*. Leusden: BMC.
28. Van den Broek, J., De Beer, J., Hoette, E., Rutten, R., Van Rooij, P. (2007). GGZ-instellingen die geen keuze maken, prijzen zichzelf uit de markt. *Standpunt*, Augustus 2007(4): 1-4.
29. PsyQ pakt psychische klachten anders aan. *GGZ Weekjournaal*, 2007(40): 3.
30. Indigo biedt psychische hulp in vertrouwde huisartsenpraktijk. *GGZ Weekjournaal*, 2007(43/44): 5.
31. GGNet voert campagne. *GGZ Weekjournaal*, 2007(40): 2.
32. Van Minnen-Borra, M. (2007). *Marktwerking in perspectief: een onderzoek naar beleidstheorie en beleidsanticipatie ten aanzien van marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
33. ZN redelijk tevreden over begroting VWS. *GGZ Weekjournaal*, 2007(38): 5.
34. GGZ Nederland (2007). *Reactie GGZ Nederland op NZa-consultatiedocument '(In) het belang van de consument'*. Amersfoort: GGZ Nederland.
35. Saxena, S., Sharan, P., Saraceno, B. (2003). Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project Atlas. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6(3): 135-143.
36. Knapp, M., McDaid, D. (2007). 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.*, p. 60-99. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
37. Douven, R., Mol, E., Folmer, K. (2004). *Momentopname van de Awbz: een analyse van de sterke en zwakke punten*. Den Haag: Centraal Plan Bureau.

6 PERSPECTIEF

6.1 EEN VERGELIJKING MET VEEL ONBEKENDEN

In de voorgaande hoofdstukken zijn de belangrijkste trends en ontwikkelingen op het gebied van de organisatie, structuur en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in kaart gebracht. De ontwikkelingen in de aanbieders- en voorzieningstructuur zijn besproken: de schaalvergroting (fusies), de hernieuwde, gedeconcentreerde groei van de residentiële en klinische voorzieningen en de groei van de ambulante ggz. De nieuwe financieringskaders zijn op een rij gezet. En uitgebreid is ingegaan op de nieuwe plaats van de ggz in het zorgstelsel en op de consequenties daarvan: de herverkaveling van een tot dusverre onder één, omvattend financieringskader (de Abwz) opererende, homogene en afgebakende sector, naar een gediversifieerd, onder verschillende financieringskaders (Abwz, Zvw en Wmo) vallend werkveld; en de introductie van het voor de ggz zo goed als nieuwe fenomeen van concurrentie en marktwerking.

De analyses hebben laten zien dat die herpositionering de ggz volop in beweging heeft gezet. Op verschillende plaatsen in het rapport zijn op basis van de gesignaleerde trends en de reacties vanuit het veld, ook al enkele uitspraken gedaan over de mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Opgemerkt is dat er nu al aanwijzingen zijn voor een differentiatie en daarmee een grotere keuzevrijheid in het ggz-aanbod, vooral in de kortdurende ggz. Ook is gesignaleerd dat de langdurige zorg en de voorzieningen op het gebied van rehabilitatie van mensen met langdurige psychische problemen, voorsnog minder lijken te profiteren en meer risico's lijken te lopen in de nieuwe structuren en verhoudingen in de ggz.

Die verwachtingen zijn echter in voorzichtige termen geformuleerd. Want tegelijk stellen we vast dat de toekomst van de ggz onzekerder lijkt dan ooit. Dat heeft niet alleen te maken met de onzekere en onvoorspelbare ontwikkeling van de vraag naar ggz, maar ook met de nieuwe (markt)verhoudingen in het veld zelf en met de toekomst van het landelijke zorg- en ggz-beleid, dat nog vele open einden kent.

Beleidsopties

Alleen al over de Abwz is in de afgelopen periode een groot aantal adviezen en toekomstverkenningen verschenen.¹⁻⁶ De voorgestelde beleidsmaatregelen bestrijken de volledige bandbreedte van totale opheffing van de Abwz tot aanpassingen op onderdelen. Recent heeft de SER zijn conceptadvies over de toekomst van de Abwz uitgebracht. Ook daarin staat voor de verdere toekomst in principe nog een breed scala aan opties open, met dien verstande dat de SER voor korte termijn (nog) niet voor

opheffing pleit, maar voor een groot aantal aanpassingen die het functioneren van de Awbz zelf moeten verbeteren.⁵

De Zorgverzekeringswet staat minder ter discussie. Deze moet juist het nieuwe stelsel gaan dragen. Maar de Zvw is in combinatie met de Wtzi en de Wmg wel een beleidsinstrument dat een brede reikwijdte aan beleidsopties biedt, enerzijds via de prijsvorming en anderzijds via de pakquetsamenstelling.^{7,8} Tot dusverre is nog slechts een klein deel van de prijzen op de zorgmarkt geliberaliseerd. Organisaties als de Rvz en de Nza pleitten voor een veel verdergaande liberalisering.^{2,3} Die mogelijkheid heeft de overheid; maar prijzen centraal blijven vaststellen kan ook. De overheid heeft ook de mogelijkheid om aanpassingen te doen in het collectief verzekerd pakket. Vooruitlopend op mogelijke sterke kostenstijgingen in de toekomst, heeft de RVZ in zijn rapport *Zinnige en duurzame zorg* alvast verkend op basis van welke criteria beslissingen genomen zouden kunnen worden over de vraag welke interventies wel en niet collectief verzekerd moeten blijven.⁹

De beleidsontwikkelingen rond de twee belangrijkste financieringskaders van de ggz - de Zvw en de Awbz - laten dus nog veel opties voor toekomst open. De derde financieringsbron, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, biedt feitelijk nog de meeste beleidsvrijheden aan de overheid, in dit geval de gemeenten. Nu al is zichtbaar dat de Wmo aanleiding geeft voor het ontstaan van regionale verschillen. Gemeenten stellen ieder hun eigen prioriteiten, waardoor meer beleidsdiversiteit tussen lokale overheden maar ook minder beleidszekerheid voor het veld ontstaat. De SER heeft in zijn recente conceptadvies over het zorgstelsel voor maatregelen gepleit om deze vrijblijvendheid van de Wmo (ook jegens cliënten) enigszins in te perken. Bepleit wordt met name om het principe van de compensatieplicht te concretiseren (zoals eerder al was voorgesteld door de Rvz).^{5,10} Ook dan zal de beleidsvrijheid voor gemeenten overigens groot blijven.

Kort gezegd is de beleidscontext waarin de ggz- (en andere zorg)instellingen opereren, op dit moment nog omgeven met veel vragen over de toekomst. De introductie van marktwerking en concurrentieverhoudingen heeft er ondertussen voor gezorgd dat het veld zelf voor de instellingen een grilliger en onzekerder omgevingsfactor is geworden. Instellingen moeten zich positioneren in een snel veranderend veld, waarbij zich tal van nieuwe mogelijkheden aandienen, maar ook tal van risico's opdoemen. In de reacties vanuit het veld op het consultatiedocument langdurige ggz van het Ministerie van VWS werd al gesignaleerd dat instellingen op heel uiteenlopende wijze op deze nieuwe omstandigheden en op de onzekere beleidscontext reageren (uiteenlopende allianties, bedrijfsvormen, inhoudelijke keuzen, marktbenaderingen).¹¹⁻¹³ Ook werd een gevoel van richtingloosheid gesignaleerd, mede ingegeven door het op de achtergrond raken van een aantal centrale beleidsdoelstellingen van de afgelopen decennia (extramuralisering, vermaatschappelijking).

De toekomst voorspellen kunnen we ook hier niet. Wel willen we in dit slothoofdstuk een aantal mogelijke scenario's voor de verdere ontwikkelingen in de Nederlandse ggz naast elkaar zetten (paragraaf 6.2) en, ter afsluiting van het rapport, de Nederlandse situatie in het perspectief plaatsen van de Europese beleidsontwikkelingen rond de ggz (paragraaf 6.3). In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk (6.4) maken we de balans op.

6.2 TOEKOMSTSCENARIO'S

Wellicht mede vanwege de onzekerheden over de toekomst van het zorgstelsel en van de ggz, zijn in de afgelopen jaren al diverse scenariostudies verschenen.¹⁴⁻¹⁷ De gepresenteerde scenario's verschillen op uiteenlopende dimensies van elkaar.

Zo wordt in een recente scenariostudie onder regie van het Ministerie van VWS de toekomst van de zorg geschetst onder een hoofdzakelijk collectief versus een hoofdzakelijk privaat gefinancierd stelsel en onder economische hoogconjunctuur versus economische laagconjunctuur.¹⁵ Dat leidt tot de volgende vier scenario's: *Collectieve voorspoed* – publiek stelsel onder hoogconjunctuur; *Samen delen* – publiek stelsel onder laagconjunctuur; *Keuzerijk perspectief* – privaat stelsel onder hoogconjunctuur; en *Selectieve groei* – privaat stelsel onder laagconjunctuur. De auteurs van het rapport geven aan dat voor de minder zelfredzamen het eerste scenario het gunstigst en het laatste scenario het ongunstigst is.

In een eerdere toekomstverkenning van Van Binsbergen e.a. worden eveneens vier scenario's beschreven.¹⁶ Deze onderscheiden zich van elkaar in de mate waarin vanuit de overheid wordt ingezet op verdere liberalisering en marktwerking en in het regulerend vermogen van het veld (zorgverzekeraars en zorgaanbieders). In het *Sur Place* scenario blijven marktprikkels en marktgedrag beperkt en verandert er weinig. In het *Verticale samenwerking* scenario leiden marktprikkels er vooral toe dat ketenpartners elkaar uit overwegingen van versterking van de marktpositie steeds meer opzoeken; brede en sterke zorgconcerns gaan ontstaan. In het *Gereguleerde concurrentie* scenario nemen de marktprikkels ook toe, maar is er juist sprake van een sterke regie en zorgsturing door de zorgverzekeraars, die letten op doelmatigheid en kwaliteit; zorgaanbieders gedragen zich daarnaar. In het *Chaos* scenario, ten slotte, zijn de marktprikkels er ook volop, maar blijken de voorziene sturings- of reguleringsmechanismen niet te werken: proactieve zorgaanbieders boren volop latente vraag aan, zorgkosten stijgen explosief en de overheid ziet zich gedwongen ingrijpende (pakket)maatregelen te nemen.

Een recente scenariostudie van de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg is te vinden in de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) van 2006.¹⁷ De twee scenario's van de VTV – de *Competitieve wereld* versus de *Zorgzame regio* - onderscheiden zich vooral door een verschillende inhoudelijke kijk op geestelijke gezondheid en door daarvan afgeleide verschillen in de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen en in de rol en positie van de gespecialiseerde ggz.

Kenmerken van de ggz in het scenario van de *competitieve wereld* zijn: geestelijke gezondheid is de norm en voorwaarde voor participatie; geestelijke ongezondheid wordt beschouwd als ziekte en leidt tot afwijzing, schaamte en verwijzing naar professionele hulp. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg legt zich toe op de veel voorkomende klachten (depressie, angst, burn-out), geeft daar een psychiatrisch label aan en maakt voor de behandeling veel gebruik van medicatie. Werkgevers investeren in op snelle herintegratie gerichte aanvullende pakketten.

Kenmerken van de ggz in het scenario van de *zorgzame regio* zijn: geestelijke gezondheidsproblemen worden gezien als behorend bij het leven. De problemen worden opgelost in de context waarin ze zich voordoen (relatie, school, werk, etc.), door mensen zelf of door generalistische hulpverleners. De zorg bestaat veel meer uit praten (ook met andere betrokkenen) dan pillen. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg legt zich toe op de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen. Werkgevers investeren in voorwaarden voor een goede geestelijke gezondheid of oplossingen voor de problemen van hun werknemers.

De toekomstscenario's van de VTV sluiten aan op de verschillende toekomstperspectieven zoals die door de Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheid werden geschetst,¹⁸ waarbij de commissie een voorkeur uitsprak voor het tweede perspectief. Ze sluiten ook aan bij de vraag die in dit rapport op verschillende plaatsen aan de orde kwam, of de ggz zich ten gevolge van de herverkaveling verder zal ontwikkelen tot een hoofdzakelijk medisch georiënteerde of juist tot een sociaal en maatschappelijk georiënteerde sector.

Ontwikkelingen in het zorgstelsel in brede zin, zoals de introductie van de marktwerking, komen in de scenario's van de VTV iets minder tot uiting (uitgezonderd in termen als *competitieve wereld* en *zorgzame regio*). Nadrukkelijker zou, naast de inhoudelijke dimensie van een medische versus een meer contextuele oriëntatie, een organisatorische dimensie kunnen worden geplaatst van samenwerking versus concurrentie (waarbij we voorop stellen dat het om een schematisch onderscheid gaat en dat samenwerking en concurrentie elkaar in de praktijk niet per se uitsluiten). Aan de ene kant van deze dimensie ontwikkelt de ggz zich tot een werkveld waarin de aanbieders onderling nauw samenwerken, kennis en informatie delen, intensief samenwerken

met ketenpartners, veel aan onderlinge consultatie, advies, voorlichting en uitwisseling doen en vooral toezien op het waarborgen van continuïteit en samenhang in de zorg vanuit het perspectief van cliënten. Aan de andere kant van deze dimensie zien ggz-aanbieders elkaar meer als concurrenten, wordt actief naar nieuwe marktaandelen gezocht (ook onder elkaars clientèle), wordt geconcurrereerd op prijs en kwaliteit, profileert iedere aanbieder zich als specialist en worden kennis en informatie gezien als productiewaarden voor de eigen bedrijfsvoering.

Integreren we de inhoudelijke, medisch-contextuele dimensie van de VTV in één model met de organisatorische dimensie samenwerking-concurrentie, dan zijn er vier scenario's te onderscheiden voor de toekomst van de ggz.

A Concurrentie in een medische ggz

Kernbegrip in dit eerste scenario is *behandeling*. De geestelijke gezondheidszorg sluit onder invloed van de overheveling naar de Zvw aan bij de somatische gezondheidszorg en tendert naar een geprotocolleerde, medische benadering van geestelijke gezondheidsproblemen. De Dbc-systematiek ondersteunt en stimuleert deze ontwikkeling. Daarbij bieden instellingen in onderlinge concurrentie behandelingen aan voor veel voorkomende psychische klachten en profileren ze zich op een breed terrein als (medisch) specialisten. Instellingen binden zorgverzekeraars aan zich door in te zetten op doelmatigheid, effectiviteit en evidence-base, door korte wachttijden en door snelle en kortdurende behandelmethoden. Op microniveau neemt de bedrijfsmatige doelmatigheid van de ggz toe. De concurrentie zet ook aan tot het zoeken naar nieuwe afzetmogelijkheden waardoor op macro-niveau de groei van de ggz toeneemt. Het medische perspectief op geestelijke gezondheidsproblemen en de voorlichting en marketing vanuit de ggz, stimuleren het zoeken naar professionele hulp.

B Samenwerking in een medische ggz

Kernbegrip in dit scenario is *zorg*. Psychische problemen worden beschouwd als ziekten en diegenen die aan deze ziekten lijden verdienen goede, integrale zorg. Zorgprogramma's, ketenzorg en disease-management worden beschouwd als belangrijke organisatieprincipes voor de ggz. In nauwe samenwerking en uitwisseling tussen ggz-aanbieders onderling en samen met andere zorgaanbieders wordt gezorgd voor continuïteit en samenhang in de zorg voor mensen met psychische stoornissen. Zorgverzekeraars ondersteunen die ontwikkeling actief, omdat het doelmatigheidswinst en kwaliteitswinst oplevert. De samenwerking komt vooral tot stand tussen partijen binnen de zorgsector, die elkaar vinden in hun gezamenlijke ervaringen en kennis over de zorg voor zieke en kwetsbare mensen. Samenwerking met andere maatschappelijke sectoren (bijvoorbeeld scholen, de arbeidssector) blijft beperkt. Wanneer die samenwerking tot stand komt, heeft deze vooral het karakter van consultatie door de ggz over de omgang met mensen met psychische stoornissen.

C Concurrentie in een contextuele ggz

Kernbegrip in dit scenario is *persoonlijk geluk*. Geestelijke gezondheidsproblemen worden gezien als behorend bij het leven en samenhangend met een breed scala aan mogelijke levensgebeurtenissen, sociale omstandigheden en persoonlijke ontwikkelingen. Geestelijke gezondheidsproblemen worden ook beschouwd als problemen waar je iets aan kan en moet doen. Het zoeken van professionele hulp is geen schande, integendeel. Die professionele hulp is in een grote verscheidenheid voorhanden. De geestelijke gezondheidszorg is een werkveld met een breed scala aan probleembenaderingen, hulpverleningsmethodieken, therapeutische en coachings-technieken. Grotere concerns, maar ook een groot arsenaal aan vrijgevestigde ggz-hulpverleners en kleine, gespecialiseerde instellingen profileren zich met specifieke hulpvormen, aansluitend bij uiteenlopende individuele omstandigheden, levensfasen, behoeften, perspectieven en levensovertuigingen van betrokkenen. Zorgverzekeraars waarderen deze verscheidenheid: het biedt keuzemogelijkheden.

D Samenwerking in een contextuele ggz

Kernbegrip in dit scenario is *maatschappelijk welzijn*. Ook in dit scenario worden geestelijke gezondheidsproblemen gezien als behorend bij het leven en mede bepaald door de omstandigheden. Oplossingen voor die problemen worden niet alleen gezocht bij de persoon in kwestie, maar ook in die omstandigheden, op school, op het werk, in de wijk, etc.. In individuele hulpverleningstrajecten worden de kennis, informatie en verschillende perspectieven van de cliënt zelf, andere betrokkenen, ggz-hulpverleners en andere professionals en instanties uitgewisseld. Op een geaggregeerder niveau zijn gezamenlijke programma's opgezet voor het voorkómen van psychische problemen in scholen en op arbeidsplekken en het tegengaan van stigmatisering van mensen met langdurige psychische problemen. Participatie van mensen met langdurige psychische problemen wordt breed gedragen en gefaciliteerd. Een integraal, landelijk geestelijk gezondheidsbeleid, waarbij verschillende departementen zijn betrokken, faciliteert de samenwerking in het veld. Gestimuleerd door de overheid en met het oog op de economische voordelen op de langere termijn, kiezen ook de zorgverzekeraars voor investeringen in brede maatschappelijke samenwerking en maatschappelijke participatie.

Een toekomst met vier scenario's

Zouden we de ontwikkelingen in de ggz in de afgelopen decennia aan de hand van bovenstaande scenario's moeten typeren, dan zou scenario B – *samenwerking in een medische ggz* – daar nog het meest voor in aanmerking komen: veel aandacht voor samenwerking en integrale zorg binnen de ggz, een organisatie van die zorg langs medische lijnen (zorgprogramma's en richtlijnen voor verschillende diagnosegroepen), relatief weinig binding met niet-zorgsectoren. Scenario D – *samenwerking in een contextuele ggz* – past vooral bij het streven naar vermaatschappelijking, zoals die

de ggz de afgelopen periode als beleidsdoelstelling is voorgehouden. Scenario C – *concurrentie in een contextuele ggz* – heeft wellicht het meest weg van een ‘markt van welzijn en geluk’. Kijken we naar de actuele ontwikkelingen in de ggz, dan lijken die, met de intrede van de marktwerking en de invoering in de Zvw, meer dan voorheen de kenmerken te vertonen van scenario A – *concurrentie in een medische ggz*.

Maar als gezegd, de toekomst van de ggz is een vergelijking met veel onbekenden. Welke van bovenstaande scenario's in de komende periode de boventoon gaat voeren is vooralsnog niet te voorspellen. In de praktijk zullen ze ook niet altijd even scherp van elkaar te onderscheiden zijn. En misschien worden wel alle vier de scenario's realiteit, elk voor een ander segment van de ggz. Zoals ook in elke scenario het accent ligt op andere doelgroepen van de ggz: in de scenario's B en D zal er bijvoorbeeld meer aandacht zijn voor mensen met meervoudige, complexere of langdurige ondersteuningsbehoeften. In de beide andere scenario's zal lichtere problematiek meer in de aandacht staan.

Kortom: de scenario's maken de toekomst niet minder onvoorspelbaar. Zeker is wel dat de toekomstige beleidsontwikkelingen een belangrijk rol zullen gaan spelen. Wordt bijvoorbeeld de zorgsector verder geliberaliseerd, en worden toelatingseisen verder verlaagd en prijzen verder vrijgegeven, dan zullen de scenario's A en C waarschijnlijker worden; worden premies gezet op integrale zorg, dan maken de scenario's B en D meer kans.

Zeker is ook dat de Nederlandse ontwikkelingen niet op een eiland plaatsvinden, maar zich afspelen in een bredere, internationale context van praktijk- en beleidsontwikkelingen in de zorg en de ggz. In de volgende paragraaf plaatsen we, ter afsluiting van dit rapport, de toekomst van de Nederlandse ggz tegen de achtergrond van de Europese ontwikkelingen in en rond de geestelijke gezondheidszorg.

6.3 EUROPESE CONTEXT

De Europese ontwikkelingen zijn om twee redenen van belang voor de Nederlandse ggz. In de eerste plaats is een aantal van de gesignaleerde ontwikkelingen in de organisatie en financiering van de ggz in Nederland niet uniek: op onderdelen doen zich vergelijkbare patronen voor in de ons omringende landen. In de tweede plaats is de toekomst van Nederlandse ggz mede afhankelijk van de (beleids)ontwikkelingen rond de organisatie en financiering van de zorg en de ggz op Europees niveau.

Aandacht voor internationale, Europese vergelijkingen van ggz-beleid en ggz-structuren is pas recent tot ontwikkeling gekomen. Met name het Mental Health Economics European Network speelt hierin een belangrijke rol.¹⁹⁻²¹ Dit netwerk heeft inmiddels verschillende publicaties opgeleverd, waaronder zeer recent een uitgebreide overzichtsstudie onder de titel *Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care*; een studie waarin ook de organisatie en financiering van de ggz uitgebreid aan bod komt. Gewerkt wordt aan een Europese onderzoeksagenda²² en aan de ontwikkeling van indicatoren voor internationaal vergelijkend onderzoek.²³ Verder zijn in het kader van een ministeriële conferentie over de ggz, in 2005, verschillende achtergrondstudies over de ontwikkelingen in de Europese ggz verschenen.²⁴⁻²⁶

Ggz-beleid in Europa

De publicaties van het Mental Health Economics European Network laten een aantal patronen zien in de ontwikkelingen in de ggz-stelsels in de (West-)Europese landen. Het meest op de voorgrond staat de verschuiving van de financiering van voorzieningen voor mensen met psychische problemen van het gezondheidszorgdomein naar andere domeinen, waaronder de domeinen van sociale zekerheid, maatschappelijke zorg, huisvesting, arbeid en educatie. Daaraan gepaard gaat een gedeeltelijke decentralisatie van verantwoordelijkheden, onder ander naar lokale overheden.^{19;21;24;26-31}

De beweging in de richting van 'community care' wordt veelal aangewezen als één van de oorzaken van de genoemde trends. Gesignaleerd wordt ook dat de ontwikkelingen kansen en mogelijkheden bieden tot integratie van mensen met (ernstige) psychische problemen. De zorg voor deze groep heeft lange tijd (te) geïsoleerd plaatsgevonden. Normalisering en inbedding van de benodigde voorzieningen in samenleving doorbreekt het isolement van die zorg en daarmee van degenen die erop aangewezen zijn, zo luidt het. Maar ook wordt gewezen op een aantal nieuwe uitdagingen.

Zo is er bij de overheveling van voorzieningen niet altijd een garantie dat bijbehorende fondsen ook worden overgeheveld; en wanneer die fondsen wel meegaan is het, tenzij ze geormerkt worden, niet zeker of ze weer voor dezelfde doelgroepen worden ingezet. Dat draagt het gevaar in zich van het weglekken van gelden, zeker als het gaat om mensen met psychische problemen, waarvan wordt gesignaleerd dat zij doorgaans laag op de prioriteitenlijst van de beleidsmakers staan en een minder ontwikkelde lobby hebben dan andere groepen. Een bij het voorgaande aansluitend risico is gelegen in het feit dat aanspraken in bijvoorbeeld het sociale domein doorgaans veel minder robuust zijn dan die binnen de gezondheidszorg (vergelijk de Wmo versus de Zvw). "In contrast to the universality and solidarity found in health care systems, access to services within social care systems may be restricted", aldus McDaid.²⁵ Normen over wat wel en niet geboden dient te worden, zijn binnen lokale

financieringskaders vaak ook minder eenduidig, waardoor grote regionale verschillen ontstaan. Ook de risico's van afwenteling nemen toe wanneer (onvoldoende geconcretiseerde) verantwoordelijkheden over meerdere domeinen, overheden, sectoren en financieringskaders verspreid worden.

Kortom: met de overheveling en spreiding van voorzieningen nemen mogelijkheden tot integratie in principe toe, maar nemen financieringszekerheden af, zo wordt gesignaleerd. Tegelijk vraagt die spreiding om forse investeringen in een goede afstemming en coördinatie van de zorg en ondersteuning vanuit die verschillende domeinen, financieringskaders, etc.^{21;28} De ondersteuning aan mensen met psychische problemen komt in een complexe, dynamisch, 'multi-service' en 'multi-budget' wereld terecht, zo vatten Knapp en McDaid de ontwikkelingen samen.²⁹ Naast het veilig stellen van de middelen voor voorzieningen voor mensen met (ernstige) psychische problemen beschouwen deze auteurs het managen van de organisatorische en intersectorale 'interfaces' als de belangrijkste uitdagingen voor de Europese ggz in de komende periode.^{29;30}

Een met voorgaande samenhangende bevinding in de verschillende overzichtsstudies van de Europese ggz-ontwikkelingen is dat de deïinstitutionalisering en met name de ontwikkeling en implementatie van 'community-based services' voor mensen met ernstige psychische problemen moeizaam verloopt. Voor zover die voorzieningen tot stand komen gaat het vaak om een nogal 'patchy', weinig samenhangende verzameling van voorzieningen, aldus McDaid en Thornicroft in hun overzichtsstudie van de Europese deïinstitutionaliseringbeweging.³² Oorzaken daarvoor worden gezocht in bovengenoemde complicaties bij de overheveling van voorzieningen, het ontbreken van de juiste financiële incentives, het achterwege blijven van de benodigde coördinatie op institutioneel, individueel, lokaal en centraal niveau en de nog te eenzijdig medische georiënteerde achtergrond van de beroepskrachten in de ggz. Verder worden oorzaken gezocht in de frictiekosten van een overstap van het ene, vooral intramuraal en semimuraal georiënteerde voorzieningenstelsel, naar een extramuraal, meer maatschappelijk georiënteerd stelsel (kosten voor opleidingen, opbouw van nieuwe voorzieningen onder tijdelijke instandhouding van de oude). Die frictiekosten vragen om additionele middelen, die vaak niet beschikbaar zijn.^{30;32;33}

Verschiedende oplossingen worden in de literatuur aangedragen voor de risico's van de verantwoordelijkheidsspreiding rond de ggz en het nog onvoldoende tot ontwikkeling komen van 'community care'. Verderop komen deze kort ter sprake. Voor dit moment constateren we dat bevindingen over de Europese trends en ontwikkelingen in de organisatie en financiering van de ggz in belangrijke mate aansluiten bij de bevindingen in dit rapport over de hervorkaveling van de Nederlandse ggz en met name de overheveling van voorzieningen naar de Wmo.

In iets minder mate vinden we in de literatuur over de Europese ggz die andere majeure trend in de Nederlandse ggz weerspiegelt: de introductie van concurrentieverhoudingen. Mogelijk is die ontwikkeling in andere Europese landen iets minder pregnant dan in Nederland. Mogelijk is in andere Europese landen de verschuiving van de verantwoordelijkheid naar andere domeinen en lokale overheden, verder doorgevoerd dan in Nederland, waar verreweg het grootste deel van de ggz vooralsnog binnen de kaders van de gezondheidszorg blijft vallen en daarbinnen grotendeels gefinancierd wordt door de nieuwe, sterk op concurrentiemogelijkheden ingerichte Zvw.

Zorgbeleid in Europa

Van Kemenade heeft recent de trends in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg in brede zin in elf Europese landen geïnventariseerd.³⁴ Daarbij signaleert zij dat het een primaire doelstelling van de overheid in elk van deze landen is, de snelle groei van de zorguitgaven onder controle te krijgen (een groei die onder andere te wijten is aan “over-medicalization of social problems”, aldus Van Kemenade). Waar dat voorheen vooral geprobeerd werd door middel van budget-plafonds, wordt nu meer nadruk gelegd op een verplaatsing van de zorg naar de (goedkopere) eerste lijn en incentives voor bedrijfsmatige (micro-economische) efficiency. Gepaard aan deze ontwikkelingen gaat volgens van Kemenade de invoering van een DBC-achtige bekostigingssystematiek, een decentralisatie van verantwoordelijkheden, meer invloed van zorgverzekeraars en het verschuiven van kosten naar cliënten (vermindering van aanspraken in het collectief gefinancierde deel, groeiende markt van aanvullende verzekeringen en bijbehorende opkomst van – deels – private zorginstellingen). Van Kemenade signaleert ook dat zorgaanbieders onder invloed van deze ontwikkelingen steeds meer marktgedrag gaan vertonen: marktaandeel vergroten en beschermen, verticale samenwerking of fusie opzoeken, uitbreiding van activiteiten naar niet-klinische voorzieningen en zoeken naar private financiering. Ook signaleert ze de opkomst van grote, internationaal opererende commerciële consortia, die deels publiek en deels privaat gefinancierd worden.^{34:35}

Het overzicht laat zien dat ook veel van de ontwikkelingen in het Nederlandse zorgstelsel in brede zin, niet op zichzelf staan. Hetzelfde geldt overigens voor de analyses van de mogelijke effecten van deze beleidsontwikkelingen. Prikkel tot bedrijfseconomische efficiency leiden tot meer keuze maar niet per se tot macro-economische doelmatigheid, zo luidt doorgaans het commentaar vanuit wetenschappelijk en beleidsonderzoek op de Europese beleidsontwikkelingen in de zorg.^{29:36-39} Sommigen voegen daaraan toe dat gezondheidszorg niet alleen een kostenpost is, maar ook maatschappelijke en economische opbrengsten genereert. De houdbaarheid van het zorgstelsel heeft niet alleen te maken met uitgaven, maar ook met het rendement van die uitgaven (bijvoorbeeld in termen van maatschappelijke participatie, arbeidsproductiviteit, welvaart; zie ook hoofdstuk 2).^{17:26} Het OECD pleitte er in zijn overzichtsstudie

van de effecten van verschillende gezondheidszorgsystemen daarom voor om niet alle kaarten te zetten op bedrijfseconomische efficiency en meer aandacht te besteden aan kostenbatenverhoudingen van investeringen in de gezondheidszorg.³⁷

Terugkerend naar de geestelijke gezondheidszorg: als gezegd staat de introductie van concurrentieverhoudingen minder op de voorgrond in de literatuur over de ontwikkelingen in de Europese ggz. Niettemin worden wel enkele trends genoemd die ook in ons hoofdstuk over marktwerking in de Nederlandse ggz werden gesignaleerd.

Zo wijzen onder andere Knapp en McDaid in hun overzichtsstudie over de ggz in Europa op het toenemende belang van private (aanvullende) verzekeringen (onder andere in de vorm van collectieve verzekeringen door werkgevers) waarvoor de toegang voor mensen met psychische problemen het risico loopt bemoeilijkt te worden.^{21;29} Gesignaleerd wordt ook dat de invoering van de Dbc-systematiek (of vergelijkbare bekostigingssystemen) enerzijds een sterke prikkel geeft tot het uitbreiden van activiteiten en anderzijds in sommige landen tot 'underfunding' heeft geleid van de zorg voor mensen met chronische psychische problemen. Niet alle kosten worden dan goed meegenomen, een en ander met gevolgen voor die zorg en voor de financiële positie voor de betrokken instellingen.^{21;24;29} Ook wordt gewezen op het risico van het wegvloeden binnen het gezondheidszorgstelsel van gelden voor mensen met ernstige psychische problemen naar andere, voor verzekeraars aantrekkelijker groepen.^{24;26}

Samenvattend is de indruk dat de trends van de spreiding van verantwoordelijkheden over verschillende domeinen enerzijds en de introductie van incentives voor bedrijfsmatige kosteneffectiviteit (onder andere via marktelementen) in het vanuit de gezondheidszorg gefinancierde deel van de ggz anderzijds, zich ook in andere Europese landen voordoen. Wel zijn er accentverschillen. Op Europees niveau lijkt vooral de eerste trend dominant; in Nederland de tweede. Parallel daaraan lijkt in de Europese literatuur veel aandacht uit te gaan naar de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen, c.q. de langdurige zorg, terwijl in Nederland de aandacht in deze fase meer bij de kortdurende zorg ligt.

Gevoelens van urgentie

In hoofdstuk 1 van dit rapport werden cijfers gepresenteerd over de maatschappelijke en economische kosten van geestelijke ongezondheid (tenminste 3 á 4 % van het Bruto Binnenlands Product).^{26;28} Naast bovenstaande ontwikkelingen komen met name die hoge kosten en in het verlengde daarvan de relatie tussen maatschappelijk uitval en geestelijke ongezondheid, steeds meer voor het Europese voetlicht. Steeds nadrukkelijker wordt daarbij de conclusie getrokken dat het terugdringen van de maatschappelijke en economische kosten van psychische problemen niet alleen een kwestie is van het verbeteren van de geestelijke gezondheid maar ook van het tegengaan van sociale uitsluiting en maatschappelijke uitval en het verbeteren van

de participatiemogelijkheden van mensen met psychische problemen, bijvoorbeeld door maatregelen op het werk en op school, stigmabestrijding, voorzieningen voor rehabilitatie en maatschappelijk herstel.^{20;25;40}

De hierboven beschreven spreiding van de ggz-verantwoordelijkheden enerzijds (met de risico's van diffusie en 'verdamping' van de ggz van dien) en het groeiende besef van de hoge kosten van geestelijke ongezondheid en maatschappelijke uitval anderzijds, lijken recent op het Europese beleidsniveau te hebben geleid tot een gevoel van urgentie, tot uiting komend in een aantal Europese beleidsinitiatieven. Kernelementen van die initiatieven zijn de overweging dat beleid op het gebied van geestelijke gezondheid niet alleen moet gaan over de gezondheidszorgvoorzieningen maar ook over sociale inclusie en participatie; en de overweging dat een maatschappelijk ingebedde ggz niet om minder beleid, maar juist om een steviger, gecoördineerd, integraal (intersectoraal) beleid vraagt. Deze overwegingen zijn recentelijk neergelegd in verschillende Europese beleidsdocumenten. De belangrijkste zijn de *Mental Health Declaration* en het bijbehorende *Mental Health Action Plan for Europe*, vastgesteld door de Europese gezondheidszorgministers op de *WHO European Ministerial Conference on Mental Health* in 2005;^{41;42} en de van dit actieplan afgeleide *Strategy on mental health for the European Union*, van de Europese Commissie.⁴³⁻⁴⁵ We lichten de Europese beleidsplannen kort toe.

Mental Health Action Plan for Europe

In de ministeriële verklaring bij het *Mental Health Action Plan for Europa* wordt een aantal uitgangspunten geformuleerd voor een succesvol geestelijke gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Die uitgangspunten zijn:

- Een brede erkenning van het maatschappelijk belang van geestelijke gezondheid, ook binnen andere maatschappelijke sectoren en beleidsterreinen. "Mental health is central to the human, social and economic capital of nations and should therefore be considered as an integral and essential part of other public policy areas such as human rights, social care, education and employment."
- Het belang van sociale inclusie en het tegengaan van stigma en sociale uitsluiting. Belangrijk is volgens de verklaring met name "to tackle stigma and discrimination, ensure the protection of human rights and dignity and implement the necessary legislation in order to empower people at risk or suffering from mental health problems and disabilities to participate fully and equally in society".
- Het belang van een intersectoraal, integraal beleid. Daarbij gaat het enerzijds om het toetsen van "the potential impact of all public policies on mental health, with particular attention to vulnerable groups" en anderzijds om het tot stand brengen op lokaal én landelijk niveau van "partnership, coordination and leadership across ... sectors and agencies that have an influence on mental health and social inclusion". Gesteld wordt dat "the responsibilities of different bodies for such a wide

range of services need coordination and leadership up to and including government level.”

- Het belang van ‘user-involvement’. In de verklaring wordt met name krachtig gepleit voor erkenning van “the experience and knowledge of service users and carers as an important basis for planning and developing mental health services”.

Bovenstaande uitgangspunten komen tot uiting in een aantal prioriteiten. Tot die prioriteiten behoren het bevorderen van het bewustzijn van het belang van geestelijke gezondheid, het bestrijden van stigmatisering en ongelijkheid, het faciliteren van participatie en het gebruik maken van kennis en ervaringen van ggz-gebruikers. Een prioriteit is ook het ontwikkelen en implementeren danwel bestendigen en verbeteren van een stevig, omvattend, geïntegreerd en efficiënt stelsel op het gebied van de geestelijke gezondheid. Dat brede, integrale stelsel moet niet alleen betrekking hebben op behandeling, maar op de brede reeks van gezondheidsbevordering, preventie, behandeling, zorg, rehabilitatie en herstel. En het moet niet alleen voorzien in medische hulp, maar zich ook inlaten met de sociale en maatschappelijke aspecten van geestelijke gezondheidsproblemen. Financiële middelen voor dat stelsel moeten identificeerbaar zijn, zodat gelden niet weglekken naar andere gezondheidszorgsectoren. En gewerkt moet worden aan het creëren danwel ondersteunen en faciliteren van een ‘workforce’ die de brede range van activiteiten binnen en rond dit stelsel op een doeltreffende wijze op zich kan nemen.

In het Mental Health Action Plan worden deze uitgangspunten en prioriteiten uitgewerkt. Twaalf actiepunten worden genoemd, die ieder weer worden geconcretiseerd in verschillende deelacties en die tezamen het beeld van een brede maatschappelijke aanpak geven. Bij die aanpak is een rol weggelegd voor een breed scala aan maatschappelijke sectoren, maar ook voor de overheid. Daarbij worden van de overheid geen blauwdrukken en bijbehorende beleidsmaatregelen en regelgeving verwacht. De aanpak vraagt juist om flexibiliteit en responsiviteit. Belangrijk is wel dat overheid een initiërende, stimulerende en coördinerende rol op zich neemt, vertrekkend vanuit een breed, maatschappelijk georiënteerd geestelijke gezondheidsbeleid.

We zetten voor de volledigheid de twaalf actiepunten van het *Mental Health Action Plan for Europe* op een rij:

- 1 Op een breed terrein promoten van het belang van en maatregelen (op school, werk, etc.) ter bevordering van geestelijke welzijn
- 2 Toetsen van al het overheidsbeleid op de impact op de geestelijke gezondheid en de maatschappelijke positie van mensen met psychische problemen
- 3 Tegengaan van stigma en discriminatie en wetgeving ontwikkelen die mensen met psychische problemen in staat stellen volledig en gelijkwaardig te participeren in de samenleving
- 4 Specifieke aandacht voor jeugd en ouderen
- 5 Ontwikkelen van methoden om de voorkombare oorzaken van psychische problemen te reduceren
- 6 Capaciteit, kennis en vaardigheden van eerstelijnszorg op het gebied van geestelijke gezondheid vergroten
- 7 Mensen met ernstige psychische problemen effectieve en omvattende zorg bieden in een brede range van settings, aansluitend bij hun persoonlijke voorkeuren
- 8 Samenwerking, coördinatie en leiderschap tussen sectoren en instellingen tot stand brengen, die van betekenis kunnen zijn voor geestelijke gezondheid en sociale inclusie
- 9 Wervings- en trainingsprogramma's ontwikkelen
- 10 De geestelijke gezondheidstoestand en de behoeften van de bevolking en van specifieke groepen meten op een manier die nationale en internationale vergelijking mogelijk maakt
- 11 Zorgen voor adequate financiering voor het realiseren van bovenstaande actiepunten en doelstellingen
- 12 Onderzoek initiëren naar de implementatie en effecten van bovenstaande acties.

Wat het laatste punt betreft – relevant voor deze trendrapportagereeks – wordt in het actieplan vooral gepleit voor 'mental health policy analyses', het evalueren van de impact van verschillende ggz-stelsels, de impact van 'generic policies' op geestelijke gezondheid, analyse van de economische dimensie van geestelijke gezondheid en de evaluatie van promotie en preventieprogramma's en nieuwe voorzieningen.

Green Paper

In aansluiting en voortbouwend op het *Mental Health Action Plan for Europa*, dat onder auspiciën van de WHO tot stand was gekomen, verscheen in 2005 een zogeheten *Green Paper* (initiatief-beleidsdocument annex consultatiedocument) van de Europese Commissie onder de titel *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*.⁴³ In dit beleidsdocument werden de belangrijkste uitgangspunten van het *Mental Health Action Plan* overgenomen: het maatschappelijke belang van geestelijke gezondheid, het belang van sociale inclusie en het belang van integraal beleid.

Er bestaat eensgezindheid, zo constateert de EC in het beleidsdocument, over het feit dat in de eerste plaats moet worden voorzien in doeltreffende en kwalitatief hoogstaande geestelijke gezondheidszorg en in behandelingen waartoe alle mensen met geestelijke gezondheidsproblemen toegang hebben. Tegelijk stelt de commissie vast dat er meer nodig is om iets aan de sociale factoren te doen. In overeenstemming met de ministeriële *Action Plan* is een brede aanpak nodig, zo luidt het, die zowel de behandeling van en de zorg voor personen omvat als maatregelen om de geestelijke gezondheid van de hele bevolking te bevorderen, geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, problemen als stigmatisering aan te pakken en de deelname aan de samenleving van mensen met (ernstige) psychische problemen te faciliteren. Promotie van geestelijke gezondheid enerzijds en sociale inclusie van mensen met psychische problemen anderzijds, zouden de topprioriteiten moeten zijn van een geestelijke gezondheidsbeleid, aldus het *Green Paper*.

In een consultatieronde langs 237 maatschappelijke instanties, waaronder alle regeringen van de EU, werd positief op de prioriteiten van het *Green Paper* gereageerd.⁴⁴ Daarbij werd ook nadrukkelijk de betekenis van arbeid voor het voetlicht gebracht, zowel in het kader van promotie en preventie, als in het kader van sociale inclusie (zie ook hoofdstuk 1). “The significance of work, in terms of the importance of work for persons, but also through work related stress, work insecurity and unemployment was stressed. In addition, the importance of work was also emphasised in the context of recovery, rehabilitation and inclusion, and the need for supported employment as well as other pathways for easier transition between social benefits and employment”. Ook de link tussen (non-)participatie en stigmatisering wordt door de partijen in de consultatieronde nog eens sterk benadrukt. “Substantial needs for improvement in the possibilities of persons with mental health problems to be included in the society were recognized...Special attention should be paid to eliminating stigmatisation and discrimination of persons with severe or chronic mental illnesses”. En “There was a large consensus that addressing stigma and social exclusion linked to mental health problems should be a central part of any strategy on mental health”.

Decentrale uitvoering van Europese plannen

De Europese beleidsplannen voor de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg moeten in de afzonderlijke landen hun beslag krijgen en in praktijk gebracht worden. Die fase van de beleidsontwikkeling is op dit moment gaande. Een goed zicht op de mate waarin en het succes waarmee de actiepunten in de afzonderlijke landen worden geïmplementeerd, ontbreekt echter. De beleidsplannen zijn voor de lidstaten niet bindend en expliciet wordt ook in de documenten vastgesteld dat de wijze waarop en het tempo waarin de actiepunten worden uitgewerkt en geïmplementeerd aan de lidstaten zelf is, die daarbij rekening zullen houden met de eigen, nationale omstandigheden, trends, knelpunten en mogelijkheden. Een Europese voortgangsrapportage

ligt voor zover bekend nog niet in het verschieft. Of de plannen voldoende gewicht in de schaal zullen leggen om de in de beleidsplannen en de eerdergenoemde overzichtsstudies over de Europese ggz-ontwikkelingen gesignaleerde knelpunten aan te pakken, is dan ook nog niet helder.

Voor dit moment concluderen we dat de ontwikkelingen in de organisatie en financiering in de Europese ggz deels vergelijkbaar zijn met die in Nederland. Kernelementen in die ontwikkelingen zijn ten eerste een spreiding van voorzieningen over verschillende sectoren en financieringskaders, met kansen voor de maatschappelijke inbedding en integratie maar ook met risico's van het weglekken van gelden en diffusie van verantwoordelijkheden; en ten tweede een introductie van incentives om tot een grotere bedrijfsmatige efficiency in de (geestelijke) gezondheidszorg te komen, onder andere door de introductie van marktprikkels. Afgaande op de overzichtsliteratuur speelt in de meeste Europese landen vooral het aspect van de spreiding van verantwoordelijkheden, terwijl in Nederlandse ggz juist de marktwerking een erg belangrijk plek binnen het (nog grotendeels binnen de gezondheidszorg vallende) ggz-stelsel heeft gekregen. Ook concluderen we dat nieuwe, Europese beleidsplannen vooral zijn ingegeven door een groeiend besef van het maatschappelijke en economische belang van geestelijke gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen. De beleidsplannen zijn vooral gericht op verbreding van dat besef, op sociale inclusie en op een integraal beleid op het gebied van geestelijk gezondheid.

6.4 BALANS: ZELFSTURING MET BELEID

In dit slothoofdstuk is vastgesteld dat de toekomst van de ggz een vergelijking met veel onbekenden is. Vele beleidsopties met betrekking tot de ggz en de gezondheidszorg in bredere zin staan op dit moment open. Ook voor de partijen in het veld zelf zijn de (strategische) beleidsopties toegenomen. Instellingen hebben meer mogelijkheden, maar kampen in de nieuwe, concurrerende omgeving tegelijk met meer onzekerheden.

Op basis van eerdere toekomstverkenningen hebben we een viertal mogelijke toekomstscenario's naast elkaar gezet, gebaseerd op een onderscheid in een intensief samenwerkend en een intensief concurrerend ggz-werkveld en een onderscheid in een medisch georiënteerde versus een contextueel, sociaal en maatschappelijk georiënteerde ggz. Aan voorspellingen over de vraag welke van deze scenario's zal uitkomen, hebben we ons niet gewaagd. Wel hebben we geconcludeerd dat één van de opties is dat ze alle vier realiteit worden, elk voor andere segmenten en aandachtsgebieden van de geestelijke gezondheidszorg.

We hebben, ter afsluiting, de bredere Europese ontwikkelingen in en rond de ggz verkend. Verschillende elementen van de ontwikkelingen in Nederland (herverkaveling, marktprikkels) vinden we in andere Europese landen terug, zij het dat in Nederland de introductie van marktprikkels in de ggz relatief ver lijkt te zijn doorgevoerd, terwijl in veel andere landen een herverkaveling van verantwoordelijkheden over meerdere sectoren nadrukkelijker aan de orde is. Ook signaleerden we op beleidsniveau een groeiend gevoel van urgentie, enerzijds voortkomend uit de consequenties van deze herverkaveling en anderzijds vanuit een groeiend besef van het maatschappelijke en economische belang van geestelijke gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen. Dat gevoel van urgentie komt uiting in het verschijnen van de eerste Europese beleidsplannen op het gebied van de ggz. De plannen zetten in op een integraal (intersectoraal) beleid op het gebied van geestelijk gezondheid en daarbinnen op het bevorderen van sociale inclusie van mensen met psychische problemen.

Conclusies

We sluiten af met drie conclusies. De eerste luidt dat verantwoordelijkheden op het gebied van de geestelijke gezondheid en (de organisatie van) de geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen periode meer bij de partijen in veld zijn komen te liggen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorggebruikers). Mogelijkheden om die verantwoordelijkheden op verschillende manieren op te pakken zijn in het nieuwe stelsel toegenomen. Maar ook de onzekerheden van partijen over de eigen rol en positie, die van anderen en over het landelijk beleid zijn toegenomen.

De tweede conclusie is dat met de decentralisatie van verantwoordelijkheden de behoefte aan beleid niet is afgenomen, maar eerder lijkt te zijn toegenomen; niet alleen omwille van de partijen in het veld zelf, maar ook omwille van de bredere maatschappelijke belangen van geestelijke gezondheid en van de maatschappelijke positie van mensen met psychische problemen. Daarbij wordt niet (meer) gevraagd om overheidsbeleid in voorschrijvende zin,⁴⁶ maar in coördinerende, faciliterende, stimulerende en zo nodig ook corrigerende zin. Ook wordt niet gevraagd om een sectoraal beleid, maar om een intersectoraal ofwel integraal beleid dat de voorwaarden schept waaronder instellingen in de (geestelijke) gezondheidszorg, maar ook andere sectoren (en departementen) hun verantwoordelijkheden met betrekking tot de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking en maatschappelijke positie van mensen met (langduriger of ernstiger) psychische problemen kunnen en willen nemen. Deze conclusie sluit overigens aan bij recente voorstellen in de Volksgezondheid Toekomstverkenning voor een integraal gezondheidsbeleid, met onder andere aandacht voor gezondheid vanuit andere beleidsterreinen, zoals arbeid, onderwijs, sociaal-economisch beleid, ruimtelijke ordening.¹⁷ In een recente internationale vergelijkende studie van gezondheidsbeleid door het RIVM, wordt ook voor een integraal beleid gepleit en wordt ook expliciet ingegaan op met name het belang van een dergelijk integraal beleid rond

psychische gezondheid. Voorbeelden worden aangehaald van gedetailleerde, nationale strategieën en actieplannen, veelal uit te voeren door en met de partners op lokaal niveau.⁴⁷

De derde, meer algemene conclusie van dit rapport luidt dat de in de inleiding aangehaalde uitspraak dat de ggz op een keerpunt staat, volmondig kan worden bevestigd. Maar wat de toekomst in de nieuwe constellatie van marktwerking en decentralisatie precies brengt is ongewis en op dit moment misschien ongewisser dan gewenst.

REFERENTIES BIJ HOOFDSTUK 6

1. Werkgroep organisatie romp Awbz (2006). *Toekomst Awbz*. Den Haag: IBO.
2. Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *Care voor de toekomst*. Utrecht: NZa.
3. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2007). *De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010: briefadvies*. Zoetermeer: RVZ.
4. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Beter zonder Awbz?* Den Haag: RVZ.
5. Sociaal Economische Raad (2008). *Concept advies over de toekomst Awbz*. Den Haag: SER.
6. Van Schooneveld, E. (2007). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in vogelvlucht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2007(5): 340-353.
7. Van de Pol, F. (2004). De bekostiging van de GGZ: 10 jaar dynamiek. In: F.W.M. Van Rijn, R.W.L. Spanjers, J.J. Zuurbier (red.). *Handboek financiële bedrijfsvoering in de zorg*, p. 1-37. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
8. Van de Pol, F. (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(11): 1095-1107.
9. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *Zinnige en duurzame zorg*. Zoetermeer: RVZ.
10. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Langdurige zorg: Nederland vergeleken met andere EU-landen*. Zoetermeer: RVZ.
11. Ministerie van VWS (2007). *Bundel reacties op de discussienota "Bouwstenen voor beleid op de langdurige geestelijke gezondheidszorg"*. Den Haag: Ministerie van VWS.
12. Schut, F.T., Van der Geest, S.A., Varkevisser, M. (2005). *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
13. Kösters, T.P. (2005). *GGZ open keerpunt: sectorstudie Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: ING Medinet.
14. Bos, F., Douven, R., Mot, E. (2004). *Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
15. Ministerie van VWS (2007). *Niet van later zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
16. Van Binsbergen, J.J., Van der Geer, C.J.M., Hoekman, J.M. (2005). *Gaat de marktwerking in de zorg slagen? Regie zorgverzekeraars doorslaggevend*. Woerden: IG&H Management Consultants.
17. De Hollander, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Van Oers, J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid: volksgezondheid toekomst verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
18. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen: eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS.

19. Knapp, M., McDaid, D. (2007). The Mental Health Economics European Network. *Journal of Mental Health*, 16(2): 157-165.
20. 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.
21. Knapp, M., McDaid, D., Amaddeo, F., Constantopoulos, C., Oliveira, M.D., Salvador-Carulla, L., Zechmeister, I., The MHEEN Group (2007). Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health*, 16(2): 167-180.
22. Wahlbeck, K. (2005). *Mental health information and research*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
23. Korkeila, J.A., Kovess, V., Dalgard, O.S., Madianos, M., Salize, H.-J., Lehtinen, V. (2007). Piloting mental health indicators for Europe. *Journal of Mental Health*, 16(3): 401-413.
24. McDaid, D., Knapp, M., Curran, C. (2005). *Funding mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
25. 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.
26. World Health Organization (2005). *The economics of mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
27. 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.
28. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (2007). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 1-14. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
29. Knapp, M., McDaid, D. (2007). 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.*, p. 60-99. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
30. Anderson, R., Wynne, R., McDaid, D. (2007). Housing and employment. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 280-307. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

31. Gilbody, S., Bower, P. (2007). Common mental health problems in primary care: policy goals and the evidence base. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 215-234. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
32. McDaid, D., Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care.* Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
33. 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: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 235-249. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
34. Van Kemenade, Y.W. (2007). *Health care in Europe 2007: the finance and reimbursement systems of 11 European countries.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
35. Delnoij, D.M.J., Groenewegen, P.P. (2007). Health services and systems research in Europe: overview of the literature 1995-2005. *The European Journal of Public Health*, 17(suppl. 1): 10-13.
36. Mossiales, E., Dixon, A., Fihueras, J., Kutzin, J. (eds.) (2002). *Funding health care: options for Europe.* Buckingham: European Observatory on Health Care Systems; Open University Press.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development (2004). *The OECD health project: towards high-performing health systems.* Paris: OECD.
38. Porter, M.E., Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results.* Boston: Harvard Business School Press.
39. Saltman, R.B. (2008). Decentralization, re-centralization and future European health policy. *European Journal of Public Health*, 18(2): 104-106.
40. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (eds.) (2007). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.* Berkshire: European Observatory on Health Systems en Policies; Open University Press.
41. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Mental health declaration for Europe: facing the challengers, building solutions.* Helsinki: WHO.
42. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Mental health action plan for Europe.* Helsinki: WHO.
43. European Commission (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union.* Brussel: European Commission.

44. European Commission (2006). *Responses to the Green Paper: promoting the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussel: European Commission.
45. Wait, S., Harding, E. (2006). *Moving to social integration of people with severe mental illness: from policy to practice*. London: International Longevity Centre-UK.
46. Van der Grinten, T.E.D. (2006). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus MC.
47. Van der Wilk, E.A., Melse, J.M., Den Broeder, J.M., Achterberg, P.W., (red.) (2007). *Leren van de burens: beleid publieke gezondheid internationaal bezien*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

BIJLAGE I ACHTERGRONDSTUDIE GGZ-BELEID EN –ORGANISATIE 1970-2000

JOOST VIJSELAAR

1 INLEIDING

‘We zijn op weg naar een in veel opzichten andere opzet en ordening van de zorg...’ zo schreef de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur H.J. Simons in 1993 in de nota *Onder anderen*. Hij vervolgde: ‘...daarbij kunnen we onze erfenis uit het verleden niet zomaar vergeten. De huidige organisatie van de zorg is ingewikkeld, juist doordat opvattingen en ideeën uit het verleden nog steeds een rol spelen. Het gevolg hiervan is dat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg een constant proces betekent van als het ware over elkaar verschuivende beleidsconcepten. Daarbij is nooit sprake van een volstrekte koerswijziging; eerder gaat het om perioden van versnelde veranderingen, afgewisseld met tijden waarin geconsolideerd wordt. Samen met de specifieke karakteristieken van de ggz, maakt dit proces de organisatie van deze sector, per definitie complex.’¹

De geestelijke gezondheidszorg heeft in de afgelopen decennia, mede onder invloed van overheidsbeleid ingrijpende veranderingen doorgemaakt, zeker waar het de structuur en de organisatie betreft. Het streven was er in die jaren op gericht om de aard en de inhoud van de zorg een fundamenteel andere opzet te geven, in de richting van de zogenaamde extramuralisering of ambulantisering van de zorg. Die veranderingen, zoals het tornen aan het voorheen dominante model van de intramurale psychiatrie en de totstandkoming van regionale integratie van ggz-instellingen, waren van dien aard dat sommigen wel van een echte historische breuk of een paradigmawisseling willen spreken. Het contrast is groot tussen het beeld dat de (organisatie van de) geestelijke gezondheidszorg in 1970 en anno 2000 aanbood.

De dynamiek van de bedoelde omslag kende een onoverzichtelijk, ingewikkeld karakter, onder meer door de betrokkenheid van een veelheid aan partijen: de centrale en provinciale overheid, tal van adviesorganen, de instellingen en koepels uit de intra-, semi- en extramurale ggz, de verschillende cliëntenorganisaties en actiegroepen, om de belangrijkste maar te noemen. Voorts speelden economische, maatschappelijke en culturele factoren zoals individualisering en psychologisering, een niet te onderschatten, maar nog ononderzochte rol bij de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. Op sommige

vragen, zoals die naar de mate waarin het deinstitutionalisering-beleid geconcretiseerd is, blijkt daarbij soms niet heel gemakkelijk een antwoord te geven.

In deze beleidsrapportage over organisatie, structuur en financiering wordt de stand van zaken opgemaakt van de actuele ontwikkelingen en trends binnen de ggz en van de achtergronden en de beleidscontext. Zoals de staatssecretaris veertien jaar geleden al met recht opmerkte: '... kunnen we onze erfenis uit het verleden niet zomaar vergeten (...), juist doordat opvattingen en ideeën uit het verleden nog steeds een rol spelen.' Processen die jaren geleden zijn ingezet –bijvoorbeeld de regionalisering - drukken onverminderd hun stempel op de ontwikkelingen, oude beleidsintenties blijven actief, terwijl het samenstel van historisch gegroeide ideeën, houdingen en idealen, de 'culturen van de ggz' de rasters vormen waarmee de huidige werkelijkheid tegemoet getreden wordt. Voor het juiste begrip van de huidige geestelijke gezondheidszorg en de dynamiek daarvan is een terugblik op het recente verleden onontbeerlijk, zeker waar het gaat om het traceren van langjarige trends.

In deze achtergrondstudie wordt een poging gedaan om lijn aan te brengen in de ontwikkelingen op het vlak van de structuur en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg sedert het begin van de jaren zeventig van de twintigste eeuw. Tot nog toe is nog niet heel veel gericht historisch of sociologisch onderzoek is gedaan naar de grote landelijke trends, afgezien van eerste meer of minder grondiger aanzetten door onder andere Wennink, Hutschemaekers, Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis. Wat er aan ander onderzoek voor handen is, richt zich voor een goed deel op lokale institutionele ontwikkelingen of wordt vaak gekenmerkt door een nadruk op de processen op (veelal Haags) beleidsniveau. De historische kennis over het recente verleden vertoont derhalve nog belangrijke lacunes. Inzicht in de concrete rol van bijvoorbeeld de cliëntenbeweging, die in de jaren tachtig grote invloed op het beleid verwierf, is er nog nauwelijks. De analyse zoals die hier zal worden gemaakt kent dan ook een vooralsnog globaal karakter. Nader historisch onderzoek naar de laatste decennia is wat dat aangaat heel wenselijk, ook vanuit het oogpunt van de moderne beleidsvorming.

Binnen de navolgende historische analyse ligt het accent op de veranderende structuur en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg met als belangrijkste aandachtspunten de interne samenhang, het geografische kader en de institutionele vorm van de geestelijke gezondheidszorg (bijvoorbeeld de extramuralisering). Deze worden afgezet tegen onder meer het veranderende beleid van de overheid en de relevante zorginhoudelijke ontwikkelingen in de verschillende sectoren.

Als uitgangsdatum voor de trendanalyse is het begin van de jaren zeventig genomen omdat in die tijd de overheid zich voor het eerst nadrukkelijk inliet met de vormgeving van de ggz en beleidslijnen uitzette die soms decennialang richtinggevend zijn

gebleken. Daarnaast begon er in die dagen een proces van transformatie van de psychiatrie op gang te komen. Bij de beschrijving wordt een chronologische indeling in decennia gehanteerd, waarbij opeenvolgende nota's van de overheid (de *Structuurnota* 1974, de *Nieuwe Nota* uit 1984 en de nota *Onder Andere* 1993) als markeringspunten kunnen gelden. Terugkerende elementen in de paragrafen zijn het overheidsbeleid, de ontwikkelingen binnen de oorspronkelijk drie sectoren van de ggz (intra-, semi- en extramuraal) en hun onderlinge verhouding. Op de achtergrond is daarbij voortdurend de vraag aanwezig welke langere en kortere trends onderscheiden kunnen worden en waar er sprake was van trendbreuken.

2 DE JAREN ZEVENTIG

De geestelijke gezondheidszorg vormde rond 1970 al een duidelijk herkenbare sector met een onderscheiden identiteit binnen de grotere gezondheidszorg. De ggz kende zijn eigen inspectie (de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid), zijn eigen vakblad (het Maandblad Geestelijke volksgezondheid), zijn eigen gids (de Gids GGZ, uitgegeven door de nationale federatie voor Geestelijke Volksgezondheid) en het ministerie beschouwde het nadrukkelijk als een afzonderlijk beleidsdomein getuige de specifieke nota's die er vanaf 1970 aan werden gewijd. Op lokaal niveau tekende zich op sommige plaatsen ook al een nadrukkelijker samenwerking af tussen de verschillende onderdelen van de ggz en leefden er al langer ideeën over de noodzaak van een grotere samenhang tussen de verschillende instituten en werksoorten. Wel had het domein dat als ggz werd aangeduid een zeer versnipperd en onsamenhangend karakter, verdeeld als zij werd door grenzen tussen een veelheid aan werk- en instellingssoorten die ook vaak een verzuild karakter droegen, al kwam aan dat laatste in de jaren zeventig geleidelijk een einde. 'Lappendeken' was het geveleugelde begrip waarmee men deze situatie beschreef of vaker nog kritiseerde.²³

De intramurale ggz bestond aan het einde van de jaren zeventig in hoofdzaak uit 42 psychiatrische ziekenhuizen die in omvang varieerden van 400 tot rond de 1000 bedden (bijvoorbeeld het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort met 1050 plaatsen) en die veelal voor een omvangrijk en niet duidelijk afgebakend zorggebied werkten, zeker de verzuilden onder hen. Sinds het einde van de jaren vijftig beschikten steeds meer van deze instellingen over bescheiden tussenvoorzieningen zoals hostels en sluisinternaten en waren er voorzieningen voor dagbehandeling tot ontwikkeling gekomen. Traditioneel werkte men meer of minder intensief samen met de sociaal psychiatrische diensten (Spd'en), waar het ging om opname en ontslag van patiënten (de zogenaamde voor- en nazorg). De Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ'en), waarvan de eersten in de jaren dertig waren ontstaan, namen vanaf de jaren '60 in aantal toe: rond 1981 bestonden er in totaal ongeveer 76. De PAAZ bediende in de regel een eigen populatie die gemiddeld tamelijk kort werd opgenomen, en diende

daarnaast als doorgangstation voor het Apz.⁴ Los van de al genoemde tussenvoorzelingen gelieerd aan Apz'en of Spd'en bestonden er op het vlak van wat later de semimurale zorg genoemd zou worden, een onbekend aantal sociale pensions die mede onderdak boden aan (ex)psychiatrische patiënten.⁵

Voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg kenmerkte zich door het naast elkaar bestaan van een aantal werksoorten met elk zijn eigen doelgroepen en methodiek, die soms op provinciaal of lokaal niveau dan wel binnen één zuil regionaal in grotere organisaties waren samengebracht. Voorbijziend aan allerlei varianten bestonden naast elkaar de sociaal psychiatrische diensten (voor de voor- en nazorg van volwassenen: 42 in 1981, vlak voor de Riagg-vorming), de Medisch Opvoedkundige Bureau's (voor diagnostiek en behandeling van kinderen, 55 in 1981), de bureaus voor levens- en gezinsvragen (Lgv's; 47 in 1981) en de Instituten voor Medische of multidisciplinaire Psychotherapie (Imp's) waarvan er juist in deze jaren een aantal nieuwe opgericht werd (17 in 1981).^{a 6} Zoals onder andere Van der Grinten heeft beschreven bestond er al langer onvrede over het naast elkaar bestaan van deze werkvormen en waren er al sedert de oorlog plannen naar voren geschoven om te komen tot een grotere integratie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld in wat men wel een streekcentrum voor geestelijke volksgezondheid noemde (bijvoorbeeld Querido en Kat in 1946).²

De ambulante geestelijke gezondheidszorg mocht dan gekenmerkt worden door een gebrek aan samenhang, zeker in vergelijking met het buitenland kon de extramurale zorg in Nederland bogen op een lange traditie (alle werksoorten dateerden van voor 1950), een tamelijk brede, hoewel ongelijkmatige spreiding over het land en een ruim aanbod. De sociale psychiatrie was in de vorm van Sociaal Psychiatrische Diensten stevig geworteld en diende het buitenland wel tot voorbeeld (vooral de 'acute psychiatrie' van Querido). In de jaren vijftig en zestig was deze sector belangrijk in omvang toegenomen. De ambulante geestelijke gezondheidszorg kende een sterke eigen cultuur, die ook gedragen werd door landelijke organisaties als de Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid en specifieke organisaties voor bijvoorbeeld het Mob en de Spd. Juist in het begin van de jaren zeventig werden deze koepels samengevoegd in Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en het Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid.^{2;7}

Structuurnota (1974)

Tot de jaren zeventig had de overheid zich tamelijk afzijdig gehouden van de geestelijke gezondheidszorg, en het 'beleid' net als op andere maatschappelijke terreinen

^a Gebaseerd op een (ongepubliceerde) inventarisatie van het ontstaan van geïntegreerde GGZ-instellingen sinds 1980, door J. Wennink.

overgelaten aan koepels en andere partijen in het ‘middenveld’. Met de uitbouw van de verzorgingsstaat, gemarkeerd door de ontwikkeling van de omvangrijke sociale verzekeringswetgeving, veranderde dat. Nadat als eerste stap de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen in 1968 onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten was gebracht, ontvouwdens achtereenvolgens de staatssecretarissen Kruisinga en Hendriks in een aantal nota’s, waarvan de *Structuurnota* uit 1974 de bekendste is, de contouren van een nieuwe structuur voor zowel de gezondheidszorg als de geestelijke gezondheidszorg. Als uitgangspunten van beleid ging de totstandkoming gelden van samenhangende voorzieningen voor omschreven gezondheidsregio’s en de geleiding van de zorg in echelons – eerste, tweede en derde lijn - met opklimmende zorgintensiteit, volgens een landelijk uniform model. Deze principes van respectievelijk *regionalisering* en *echelonnering* zouden voor de komende decennia de inzet van het beleid blijven, ook voor wat betreft de geestelijke gezondheidszorg.⁸⁻¹⁰

Met het oog op enerzijds het geschetste probleem van de structuurloze lappendeken in de Ambulante geestelijke gezondheidszorg (Aggz) en anderzijds het streven naar regionalisatie zette het ministerie van volksgezondheid en milieuhygiëne in de jaren zeventig bewust in op de creatie van Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Deze Riagg’s, waarin Spd’s, Mob’s, Lgv’s en Imp’s moesten opgaan, zouden een breder scala aan functies (zoals preventie, crisisopvang en 7x24 uurs bereikbaarheid) moeten gaan aanbieden in omschreven geografische gebieden en nauwer met andere ggz-instellingen moeten gaan samenwerken. Wat de psychiatrische ziekenhuizen aanging stelde het ministerie in het begin van de jaren zeventig dat met het oog op de toegankelijkheid en de regionalisatie een betere spreiding over het land gerealiseerd diende te worden. Dat zou moeten gebeuren door onder andere inkrimping van bestaande ziekenhuizen en de nieuwbouw van instellingen, naar schaal verkleind tot maximaal 300 bedden. Het totale aantal beschikbare bedden zou niet mogen groeien, eerder moeten afnemen. Daarnaast hechtte men sterk aan de toename van het aantal psychiatrische tussenvoorzieningen en PAAZ’en en aan de bevordering van de mogelijkheden tot partiële opname (bijvoorbeeld in een dag- of nachtziekenhuis, tegenwoordig deeltijdbehandeling genoemd), kortom aan de versterking van trends die al sinds de jaren zestig op gang waren. De patiënt diende zo dicht mogelijk bij of in het eigen milieu behandeld te worden, zo stipuleerde de nota *Geestelijke gezondheidszorg* uit 1974. De betekenis en het voortbestaan van de psychiatrische ziekenhuizen werden echter door de overheid niet wezenlijk ter discussie gesteld.¹¹

Antipsychiatrie

Juist in deze jaren van protest, maatschappijkritiek, emancipatie en een bloeiende ‘subcultuur’, vormde de psychiatrie het voorwerp van vaak heftige kritiek en maatschappelijk debat. De antipsychiatrie en opkomende cliëntenbeweging richtten hun

pijlen op de repressieve functie die de psychiatrie in de maatschappij zou vervullen, op het medisch model dat sociale problemen zou ‘medicaliseren’ en op de ernstige tekortkomingen met betrekking tot de rechten van de psychiatrische patiënt. Vooral nog lag het accent daarbij meer op de verbetering van de bestaande instellingen dan op de wenselijkheid van opheffing van de psychiatrische ziekenhuizen. Zowel in kringen van de psychiatrische ziekenhuizen als daarbuiten zag men destijds nog mogelijkheden om deze instellingen op therapeutisch, organisatorisch en op rechtspositioneel vlak wezenlijk te verbeteren of te hervormen in de verwachting dat de nadelen die de intramurale zorg aankleefden – zoals de hospitalisering - opgeheven of belangrijk verminderd zouden kunnen worden. De hoop van velen was daarbij gevestigd op de introductie van het model van de therapeutische gemeenschap, dat stelde op het belang van psycho- en psychotherapie en van de rigoureuze democratisering van de onderlinge verhoudingen. In tal van Apz’ën deed men experimenten met de gedemocratiseerde (psycho)therapeutische gemeenschap, hetgeen vaak tot spanningen en conflicten aanleiding gaf. Op het vlak van de patiëntenrechten, waarvan de actuele situatie eind jaren zeventig door de Commissie Van Dijk geïnventariseerd was, verwachtte men veel van de vervanging van de oude krankzinnigenwet van 1884 door de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) en van de komst van patiëntenvertrouwenspersonen.

Dat het klassieke psychiatrische ziekenhuis volgens de gangbare opvattingen nog een toekomst had, bleek uit de in 1978 ingezette Actie Huisvesting Psychiatrie. Deze campagne voorzag in de vervangende nieuwbouw en renovatie van een belangrijk deel van de bestaande capaciteit van de psychiatrische ziekenhuizen, weliswaar volgens het principe van de kleinschaligheid, maar vaak op de oorspronkelijke locatie. Onderzoek had immers uitgewezen dat bijna de helft van de gebouwen van psychiatrische ziekenhuizen niet meer aan de elementaire normen voldeed en dat vernieuwing zeer urgent was. Het door de overheid uitgezette spreidingsbeleid kreeg rond 1980 vorm in provinciale (‘globale’) plannen die voorzagen in de bouw van een groot aantal nieuwe, maar kleine Apz’ën gesitueerd in de ‘witte vlekken’ op de landkaart van de ggz, bijvoorbeeld in Almere, Duiven bij Arnhem of Ridderkerk. Tezelfdertijd ontplooiden psychiatrische ziekenhuizen overigens ook meer initiatieven in het gebied tussen inrichting en maatschappij door de oprichting van poliklinieken, hostels, fasehuizen en hier en daar ook al sociowoningen^b buiten de inrichting.^{12;13}

^b Hostels en sociowoningen zijn vergelijkbaar met de huidige beschermende woonvormen: kleine groepen patiënten leefden in relatieve zelfstandigheid in huizen in de samenleving. Bij een fasehuis of halfway-home ging het om voorzieningen tussen het ontslag en de terugkeer naar huis, om weer aan het leven in de samenleving te wennen.

‘Het psychotherapeutisch bedrijf’

Was de intramurale psychiatrie het onderwerp van een heftige publieke discussie, tezelfdertijd vormde de Aggz het toneel van de ‘opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf’. In deze jaren, die wel zijn aangeduid als het ‘ik-tijdperk’, kreeg de psychotherapie de wind vol in de zeilen, in het officieel ggz circuit maar ook daarbuiten in de vorm van groepen en dergelijke. Exploratie van het eigen innerlijk en de bevordering van de ‘spontane’ zelfontplooiing kwamen hoog op de culturele agenda te staan. Het beroep van psychotherapeut steeg in aanzien, hetgeen onder meer tot uiting kwam in de opmerkelijke discussie over de beloning, terwijl in het werk van de ambulante geestelijke gezondheidszorg de nadruk verschoof naar een veelvormig palet van psychotherapie. Zelfs de van oudsher heel praktisch georiënteerde sociale psychiatrie kon zich niet aan dit fenomeen onttrekken, ook binnen de sociale psychiatrie gingen men zelf meer (psychotherapeutisch) behandelen. Dat vergrootte haar afstand tot de psychiatrische ziekenhuizen en verminderde de onderlinge samenhang tussen deze sectoren.

Ondertussen worstelde de sector met de opdracht van de overheid om te komen tot een verdergaande integratie van de verschillende ambulante werksoorten binnen het nieuwe model van de Riagg. Terwijl men op landelijk en lokaal niveau nog doende was om de verzuilde organisaties samen te brengen, stond men voor de opgave om zulke verschillende werksoorten als de Sociaal Psychiatrische Dienst (Spd) (oorspronkelijk zware psychiatrie, pragmatische voor- en nazorg) en het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (Imp) (veelal intensieve psychotherapie bij neurosen en psychosociale problemen, voor verbale zelfredzame patiënten) onder een dak te brengen en een nieuwe geografische indeling in regio’s te ontwerpen. Dat ging niet zonder slag of stoot en nam de nodige voorbereidingstijd, hoewel de sector zelf, vertegenwoordigd door de NVAGG, althans publiekelijk achter de oprichting van de Riagg’s stond.¹⁴⁻¹⁶

Van een semimurale sector was tegen het einde van de jaren zeventig in de formele zin nog geen sprake. Wel kwam er in 1976 een rapport uit van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid dat het aantal beschermende en beschuttende woonvormen inventariseerde en een toename van deze voorzieningen bepleitte. Inderdaad werden er in de zogenaamde Globale Plannen van de provincies rond 1980 nadere ideeën uitgewerkt om het aantal tussenvoorzieningen in de vorm van zogenaamde beschermende woonvormen stelselmatig uit te breiden.⁵

3 DE JAREN TACHTIG

Hadden veel acties in de jaren zeventig in het teken gestaan van een grondige verbetering van de zorg en behandeling binnen de bestaande psychiatrische ziekenhuizen, rond 1980 omarmde de psychiatrische tegenbeweging en even later ook de politiek

een nieuw ideaal, namelijk de opheffing van de aloude inrichting en de overheveling van de zorg naar de samenleving, de zogenaamde 'deinstitutionalisering'. De grote inspiratiebron was hier de ontwikkeling van de ggz in Italië waar de Wet 180 uit 1978 de definitieve afbouw van de intramurale psychiatrie inluidde. Binnen een termijn van twee jaar halveerde het aantal patiënten in psychiatrische ziekenhuizen in Italië. Daarnaast vormde de Verenigde Staten hier een oriëntatiepunt. Sinds wetgeving onder president Kennedy was daar de overheveling van de zorg van psychiatrische ziekenhuizen naar zogenaamde Community Mental Health Centres (CMHC's) het speerpunt van het beleid, een beweging die onder president Reagan geïntensiveerd werd. Zoals de directeur van het Amerikaanse National Institute of Mental Health het in 1975 verwoordde was het doel van deze politiek het voorkomen van opname in psychiatrische ziekenhuizen, het definitieve ontslag van patiënten naar de maatschappij en de ontwikkeling van alternatieve opvang en maatschappelijke steunsystemen, onder ander in de vorm van de genoemde CMHC's. Net als in Italië werd in de Verenigde Staten het aantal bedden in psychiatrische instellingen in de jaren '80 rigoureus afgebouwd, wat bij het uitblijven van de organisatie van alternatieve opvang en zorg tot vaak schrijnende situaties aanleiding gaf. In Nederland was men zich ook van dat laatste bewust.¹⁷⁻¹⁹

De roep om ontmanteling van de klassieke intramurale psychiatrie kwam in Nederland misschien wel het markantst tot uitdrukking in de zogenaamde Moratorium Actie. Met het oog op de bestaande plannen voor de nieuwbouw van een aantal nieuwe, zij het kleinschalige psychiatrische ziekenhuizen bepleitte een comité, waaraan onder andere de hoogleraren sociale psychiatrie Trimbos en Romme deelnamen, in 1982 de bevestiging van deze bouwinitiatieven. Dit tijdelijke 'moratorium', zou gebruikt moeten worden voor het uitwerken van extramurale alternatieven voor het Apz, dat immers de vervreemding en de hospitalisatie van psychiatrische patiënten zou bevorderen. De oproep van dit comité vond gehoor bij de Vaste Kamercommissie voor volksgezondheid van de Tweede Kamer, die in februari 1983 inderdaad een motie aannam om de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen uit te stellen. Zoals ook bij de acties rond de elektroshocktherapie bleek, vonden de eisen van onder meer de patiëntenbeweging in deze jaren een gunstig onthaal in de politiek. Geleidelijk kenterde in kringen van politiek, bestuur en de diverse adviesorganen de opvattingen over de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg: de extramuralisering of ambulantisering van de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen ging van nu af gelden als het expliciete streven.^{12;15;20}

De Nieuwe Nota (1984)

Van dat laatste gaf de nota *Geestelijke Volksgezondheid* blijk die de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Van der Reijden in juli 1984 publiceerde en die de geschiedenis is ingegaan als de *Nieuwe Nota*. Volgens de nota, die in nauwe samen-

spraak met het veld van de ggz ontstond, was er in Nederland – al sedert decennia, zo impliceert de tekst – sprake van een achterstand in de ggz. Enerzijds werd die gekenmerkt door het bestaan van grootschalige, gesloten instellingen in de intramurale psychiatrie, die processen van uitstoting zouden bevorderen. Anderzijds legde de traditionele ambulante geestelijke gezondheidszorg, onlangs (1982) opgegaan in de nieuwe Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, volgens de staatssecretaris de nadruk teveel op de behandeling van ‘psychosociale problemen als gevolg van menselijk leed’ en te weinig op de sociaal psychiatrische begeleiding van mensen met ernstige psychiatrische problematiek. De algemene ontwikkelingen tenderden teveel naar het ontstaan van twee circuits, een voor de lichtere psychische problemen en bestaande uit de eerstelijns en de Riagg, en de andere voor mensen met o.a. psychosen en stemmingsstoornissen en gevormd door psychiatrische ziekenhuizen en de tussenvoorzieningen/beschermende woonvormen. Het ontbrak in veel opzichten nog steeds aan samenhang in de ggz, waardoor de Aggz te weinig kon bijdragen aan het verminderen van de opnames in de psychiatrische ziekenhuizen.

In de nota stippelde het ministerie de plannen uit voor wat men noemde ‘een betrekkelijk ambitieus veranderingsprogramma’, dat streefde naar een integraal systeem van ggz voorzieningen, gekenmerkt door ‘nabijheid voor en herkenbaarheid door de bevolking’. Binnen de structuur van de ggz zou een aantal duidelijke accentverschuivingen plaats dienen te vinden. Zo zou de Riagg de behandeling van de psychosociale problemen over moeten hevelen naar de eerstelijnszorg en meer werk moeten gaan maken van de sociaal psychiatrische functies die opnames in psychiatrische ziekenhuizen zouden voorkomen en bekorten. Tezelfdertijd behoorden de psychiatrische ziekenhuizen onder andere de opnamefuncties, de korte en deeltijdbehandelingen en de poliklinische activiteiten te ‘deconcentreren’, zoals het nieuwe begrip luidde (naar de samenleving te verplaatsen), en in hechte samenwerking met de Riagg onder te brengen in een nieuw instituut: de multifunctionele eenheid, de MFE (later ook wel multifunctioneel centrum of regionaal centrum voor geestelijke volksgezondheid Rcg genoemd). Continuïteit van zorg diende daarbij het uitgangspunt te zijn. In dit proces zou de nieuw in het leven te roepen Regionale Instelling voor Geestelijke Volksgezondheid (Rigg) een bemiddelende en stimulerende taak krijgen.²¹

Voor wat betreft de zorg voor chronische, langdurig zorgafhankelijke patiënten benadrukte de nota voor het eerst heel nadrukkelijk de noodzaak van de afbouw en overheveling of ‘substitutie’ van bedden uit de psychiatrische ziekenhuizen naar de nieuwe zogenaamde Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (Ribw). Die laatste instellingen zouden het nieuwe formele kader vormen waarin de bestaande, veelvormige tussenvoorzieningen en sociale pensions op zouden behoren te gaan. De staatssecretaris legde daarvoor in de nota een stappenplan vast, volgens hetwelk in de volgende jaren zo’n 6000 bedden geleidelijk van het Apz over zouden

moeten gaan naar het Ribw. Anders dan in de nota's uit het begin van de jaren zeventig richtte het beleid zich nu dus op de daadwerkelijke verschuiving van functies van het psychiatrisch ziekenhuis – zoals opname, korte behandeling en wonen - naar de samenleving, dus op 'extramuralisering' en 'substitutie', dat wil zeggen op een andere organisatie van de psychiatrische zorg. Niet langer lag het accent zoals rond 1975 op de interne hervorming van in beginsel kleinere psychiatrische ziekenhuizen, maar op de verandering van de plaats en de vorm van psychiatrie in de samenleving: van 24-uurs zorg in grote intramurale instituten buiten stedelijke kernen naar kleine, ambulante behandel- en woonvoorzieningen in de maatschappij, in de 'wijken'.^{7,10,22}

In lijn met de Structuurnota van tien jaar eerder hield men wel duidelijk vast aan de beginselen van regionalisatie en ook die van de echelonnering. Die benadrukte men zelfs door de nieuwe organisatorische figuur van de *Regionale* Instelling voor Geestelijke gezondheidszorg (de Rigg) en de instelling van een semimurale echelon in de vorm van de aparte *Regionale* Instelling voor Beschermende Woonvormen. Het was ook denkbaar geweest dat men het beschermende wonen als een voorziening van het intramurale Apz had gedefinieerd. Nu bekrachtigde men de verdeling van de sector in extra-, semi- en intramurale domeinen elk met zijn specifieke, autonome organisaties. Dat was een ontwikkeling waarvan sommigen in het beleidscircuit al binnen een paar jaar spijt zouden krijgen.

De nieuwe Riagg

In de *Nieuwe Nota* kende de overheid de Riagg een essentiële taak toe bij de extramuralisering van de psychiatrie, door een versterking van haar sociaal psychiatrische functies. De verblijfspsychiatrie moest immers plaats maken voor ambulante behandeling en zorg in de samenleving. Dat zou in zekere zin een versmalling van de oorspronkelijke functies van de Riagg vergen. De Riagg zou volgens het ministerie op dit punt anno 1984 nog ernstig tekort schieten. De Riagg was echter maar amper twee jaar oud. De daadwerkelijke totstandkoming ervan in 1982 had nog heel wat voeten in de aarde gehad door onder andere onwil van de zijde van de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie, die de intensievere vormen van psychotherapie bedreigd zagen, en door de vlaggenscheppen van de sociale psychiatrie, namelijk de betreffende diensten van de GGD'en van grote steden als Amsterdam en Den Haag. De integratie van de vroegere werksoorten en de onderlinge afstemming van de diverse culturen in het nieuwe instituut kostte vervolgens tijd en soms ook strijd. De gefuseerde werkvormen kenden elk immers een eigen cultuur met een geschiedenis van zo'n veertig tot vijftig jaar. Daarnaast had de Riagg, zoals bij wet omschreven, van origine een breder takenpakket dan de samenvoeging van de verschillende diensten in de praktijk op veel plaatsen opleverde. Ook de betere, gelijkmatiger spreiding en toegankelijkheid van het zorgaanbod was immers een doel bij de oprichting van de Riagg. Niet in alle regio's kende men een uitgebouwde crisisdienst of een Imp. In tal van regio's bouwde

men in de volgende jaren voorzieningen als de 7 x 24-uurs bereikbaarheid (de acute psychiatrie) en de Organisatorische Eenheid Psychotherapie (de 'Imp-functie' binnen de Riagg) soms vrijwel van de grond af op. Daarbij was de aanvankelijke opdracht aan de Riagg's diffuus en veelsporig, van preventie tot sociaal psychiatrische begeleiding. De eerste jaren hadden de nieuwe Riagg's dan ook de handen vol aan de eigen organisatie en was de blik eerder naar binnen dan naar buiten gericht.

Waar het ging om de eventuele leidende rol bij de extramuralisering van de psychiatrie speelde voorts het feit mee dat, zoals al gezegd, de opmars van de psychotherapie in de Aggz in het voorbijgaande decennium de afstand tot de intramurale psychiatrie had vergroot. Die tendens werd nog bekrachtigd door de antipsychiatrie en de cliëntenbeweging in de psychiatrie waarvoor velen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg bijna van nature sympathie koesterden. Men keek veelal kritisch naar het instituut van het Apz. Leiden deze trends al tot een kloof, de bestaande (wettelijke) regels en financieringssystemen bestendigden die. Zo hadden en kregen de Riagg's in de jaren tachtig geen greep op het opname- en ontslagbeleid van de Apz'en, hetgeen de vervulling van de taak van de voorkoming en bekorting van intramurale opnames ernstig inperkte. Op termijn zou de starre wet- en regelgeving een van de belangrijkste obstakels blijken bij de nagestreefde nauwere samenwerking en integratie van de drie sectoren in de ggz.^{10;15;16;23}

Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen

Zoals hiervoor al werd vastgesteld bestond een semimuraal 'echelon' van beschutte woonvormen in de jaren zeventig feitelijk nog niet in de ggz. Er waren weliswaar tussenvoorzieningen en pensions, maar die hadden geen formele status en van samenhang en landelijk beleid was geen sprake. Dat veranderde grondig in de jaren 1979-1984, vooral door toedoen van de Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIVG) en verschillende provinciale besturen. In de *Nieuwe Nota* van het ministerie van WVC en een referentiekader van de Geneeskundige Hoofdingspectie uit 1984 doemden de contouren op van een nieuw instituut, een nieuwe sector, namelijk die van de Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen of Ribw. De beschermende woonvormen – concreet huizen van niet meer dan acht bewoners – zouden bestemd zijn voor mensen die 'te goed' waren voor het Apz, maar zich ook niet zelfstandig in de samenleving zouden kunnen handhaven. De woonvormen die zowel een resocialiserende functie als een permanente woonfunctie zouden moeten hebben, dienden uit te gaan van een zoals de naam al impliceert regionale organisatie, die nauw samenwerkte met de Rigg. Bedoeld als alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis werd de Ribw door het ministerie en de GHIVG heel principieel gedefinieerd als een deel van de (geestelijke) gezondheidszorg en niet als een functie van de bredere maatschappelijke dienstverlening, waartoe de pensions tot dan toe min of meer gerekend waren. De opbouw van de Ribw'en zou derhalve –

zoals aangegeven - gefinancierd worden door de gefaseerde overheveling van gelden van de Apz'en, waarbij de Ribw ook op korte termijn, na een overgangsregeling onder de Awbz zou worden gebracht. Men beschouwde de Ribw als voorziening bij uitstek voor de gewenste extramuralisering van de zorg voor chronische patiënten, als hét alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis waar het ging om wonen.

De formalisering van de Ribw als nieuwe verstrekking in de ggz, betekende in de praktijk dat een allegaars van oudere voorzieningen als sociale pensions en zelfstandige hostels samen moest gaan werken en moest gaan voldoen aan de eisen voor officiële ggz-instellingen (zoals aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen, beperking van de bewonersgroep tot mensen met psychiatrische aandoeningen). Wezenlijk was daarbij het feit dat de vaak ongedifferentieerde bewonersgroepen van deze huizen (zwakzinnigen, ex-psychiatrische patiënten, gehandicapten etc.) beperkt moesten worden tot mensen met meer strikt psychiatrische problematiek. Zoals De Goei en Van der Hoorn in een recente analyse van dit proces hebben laten zien, bestond daar in de 'sector' zelf bij sommigen uitgesproken weerstanden tegen. Velen zagen vanuit een 'antipsychiatrisch' perspectief, de vroegere ongedifferentieerde sociale woonvoorziening als het ideale, niet gemedicaliseerde, maatschappelijk geïntegreerde alternatief voor de ggz. Het opgelegde Ribw-regime zou daar een einde aan maken en het tegendeel bewerken, namelijk psychiatrisering. Men hield het liefst doelbewust afstand van de Apz'en. Deze ideologische weerstanden, de geleidelijke maar noodzakelijke fusie van de oudere instellingen en de vaak moeizame reorganisatie om te voldoen aan de formele normen, maakten dat ook de Ribw-vorming tijd nodig had. Daar kwam als belangrijk punt bij dat psychiatrische ziekenhuizen niet van harte meewerkten aan de afstoting van eigen bedden capaciteit – de substitutie - naar de nieuwe Ribw'en, die voor hun groei afhankelijk waren van dit budget uit de ziekenhuizen. Het zou een aderlating betekenen voor de Apz'en, met consequenties voor hun personeel en hun invloed. Gevoegd bij het cultuur- en ideologieverschil tussen de intramurale en de semimurale ggz, leidde dit ertoe dat in de jaren tachtig de toename van het aantal Ribw-plaatsen achterbleef bij de doelstellingen van de *Nieuwe Nota*.⁵

De 'deconcentratie' van Apz'en

De 'Moratoriumactie' en de verschijning van de *Nieuwe Nota* markeerden een belangrijke perspectiefwijziging ten aanzien van de toekomst van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis: dat diende qua omvang te worden afgebouwd, terwijl essentiële functies een nieuwe plaats in de maatschappij behoorden te krijgen in de vorm van de multifunctionele eenheden en de beschermende woonvormen. Die kentering in het beleid voltrok zich niet alleen op het niveau van de landelijke overheid, maar soms en al eerder ook op gemeentelijk niveau. Zo spraken de gemeentes Rotterdam en Amsterdam zich mede onder invloed van pressie van de tegenbeweging, in respectievelijk 1982 en 1984 uitdrukkelijk uit voor een omvorming van de lokale ggz in eenzelfde

richting van intra- naar extramurale, kleinschalige voorzieningen. Ook daar werden ‘deinstitutionalisering’ en ‘deconcentratie’ het parool.

De meeste psychiatrische ziekenhuizen waren allerminst op deze fundamentele koerswijziging voorbereid. In veel intramurale instellingen ijlden de cultuurveranderingen van de jaren zeventig (zoals de democratisering en de invoering van de principes van de therapeutische gemeenschap) nog na en kwam men, zoals in Delta in Poortugaal en Endegeest in Leiden/Oegstgeest, pas begin jaren tachtig toe aan de ‘sectorisering’ van de instellingen in afdelingen voor opname, korte behandeling en verblijf. Bovendien besteedde men in deze jaren veel aandacht aan de bouwkundige vernieuwing van de ziekenhuizen als consequentie van de Aktie Huisvesting die eind jaren zeventig was ingezet. Oude, ontoereikende paviljoens maakten plaats voor moderne kleinschalige, huiselijker accommodatie vaak op de locatie van het ziekenhuis. De gedachte achter die grootscheepse bouwoperatie was toch dat de intramurale kliniek ook in de toekomst een wezenlijk onderdeel zou blijven uitmaken van de ggz. Daarnaast ontplooiden Apz'en zelf stap voor stap meer activiteiten in de maatschappij, in de vorm van poliklinieken, dagbehandeling en sociowoningen, maar misschien meer gedacht als aanvulling op dan als vervanging van ‘bedden’ in het eigen ziekenhuis. Bij dit alles werden de geestelijke gezondheidszorg en met name de Apz'en in de eerste helft van de jaren tachtig geconfronteerd met echte bezuinigingen, onder invloed van de dalende economische conjunctuur en de beperking van de overheidsuitgaven diensengevolge. Met behulp van onder andere de introductie van budgettering probeerde de overheid paal en perk te stellen aan de stijging van de uitgaven. Het gemiddelde psychiatrische ziekenhuis, nog in beslag genomen door interne organisatorische en architecturale modernisering, liep in de tweede helft van de jaren tachtig dan ook niet voorop bij de realisering van de extramuraliserings-doelstelling zoals die waren geformuleerd in de *Nieuwe Nota*.^{6:24;25}

Op zeker drie plaatsen kreeg de extramuralisering van het Apz wel al voorzichtig gestalte in de jaren tachtig, namelijk in Assen, in Rotterdam en in Amsterdam. Tekennend voor de voorzichtigheid waarmee men dit proces in Nederland wilde aanvangen is wel het feit dat men om te beginnen experimenteel aangetoond wilde zien dat vervanging van bedden door ambulante hulpverlening haalbaar en effectief was. Dat laatste gebeurde in het ‘Substitutieproject Drenthe’, waarbij men vanaf 1985 een groep patiënten in plaats van verpleging in het Apz in Assen, dagbehandeling en intensieve ambulante begeleiding aanbood. Het onderzoek uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Groningen, bewees dat tot zo'n 40% van de betrokkenen op deze wijze uit de inrichting gehouden kon worden. Die conclusie betekende wetenschappelijke steun voor het uitgezette beleid van ‘extramuralisering’.^{8:15;16}

Geconfronteerd met de noodzaak om in het kader van regionalisering en spreiding van voorzieningen het werkgebied van het psychiatrisch centrum St. Bavo in Noordwijkerhout te verleggen naar Rotterdam (boven de Maas), besloot deze instelling de verhuizing aan te grijpen om deconcentratie van de zorg van meet af aan principieel door te voeren. Gehinderd door de bouwstop die voortkwam uit de moratorium-actie, kreeg de nieuwe instelling vanaf 1985 in Capelle en Rotterdam geleidelijk gestalte in kleine, verspreide beschermende woonvormen en multifunctionele eenheden, waarin klinische en ambulante functies werden samengebracht.²⁶ In Amsterdam legden de aanwezigheid van een goed georganiseerde psychiatrische tegenbeweging, de inzet van geëngageerde wetenschappers en het optreden van een progressief gemeentebestuur de grondslag voor een transformatie van de ggz, bekend geworden onder de naam van het 'Amsterdamse Model'. In samenspraak met het Provinciebestuur, verantwoordelijk voor de planning van de ggz en zelf beheerder van onder andere het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort, greep men ook hier de plicht om (ook weer in kader van regionalisering en spreiding) bedden over te hevelen van Santpoort naar Amsterdam aan om de zorg te vernieuwen. Het was echter het ziekenhuis zelf dat vanaf 1986 vooruitlopend op alle plannen afdelingen voor chronische patiënten naar Amsterdam overbracht en daar in januari 1988 een zogenaamd Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum (SPDC, te vergelijken met een MFE) opende. Het vormden de voorbode van de complete overheveling en deconcentratie van de capaciteit van het ooit toonaangevende Provinciaal Ziekenhuis Santpoort naar de hoofdstad in de jaren negentig.^{17;27}

Stagnatie

Ondanks deze ontwikkelingen bestond er aan het eind van de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig een algemeen gevoel dat er sprake was van stagnatie van het 'ambitieuze veranderingsprogramma' van extramuralisering, zoals dat in de *Nieuwe Nota* geformuleerd was. Als een belangrijke oorzaak daarvan merkte men ook nu weer de kloven of schotten aan die intra- semi- en extramurale sectoren van de ggz van elkaar gescheiden hielden. Samenwerking beschouwde men immers als een *conditio sine qua non* voor extramuralisering van de zorg, die een continu en integraal karakter behoorde te krijgen. Die schotten bestonden van oudsher al tussen de Apz'en en de Aggz maar waren zeker hoger geworden door het doelbewuste beleid van echelonnering (en regionalisering), dat de overheid sinds de vroege jaren zeventig had gevolgd. Juist in de jaren tachtig was dit beleid consequent uitgemond in de vorming van de Riagg en heel nadrukkelijk ook van de Ribw, als representant van het nieuwe semimurale echelon. De hele regelgeving en de financieringsstructuren waren daarop afgestemd, werkvormen die buiten dit schema vielen konden niet dan via een omweg worden betaald en georganiseerd, zoals de nagestreefde MFE. De ideale structuur van de ggz zoals die in 1974 was uitgetekend in de structuurnota, stond de door de *Nieuwe Nota* gewenste samenhang eigenlijk in de weg. De nieuwe Riagg's en Ribw'en waren

aanvankelijk ook nog te zeer met de eigen organisatie en identiteitsvorming bezig om al te veel in bredere regionale samenwerking te kunnen investeren. Het feit dat de Rigg's op maar weinig plaatsen wilden floreren getuigde daar mede van. Tegelijkertijd waren er andere middelpuntvliedende krachten werkzaam die maakten dat de sectoren in de jaren tachtig met de ruggen naar elkaar toestonden. Een daarvan was de oriëntatie op de lichtere, psychosociale problemen en op de psychotherapie die het ambulante veld in de jaren zeventig meer en meer was gaan kenmerken. Een andere was de afkeer in de Aggz en de RIBW-en van het aloude Apz, een afkeer die gevoed was door de kritische psychiatrie uit de jaren zeventig en de radicale deïstitutionalisering-ideologie, die rond 1980 veld won. Hoezeer de culturen van de sectoren van elkaar verschilden en hoe moeilijk het was om voldoende gezamenlijke belangen te (h)erkennen blijkt ook uit de vergeefse pogingen die rond 1990 gedaan werden om de respectievelijke landelijke koepels, de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (NvGGZ, de organisatie van de Apz'en) en de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (de vertegenwoordiger van de Riagg's) met elkaar te laten fuseren. Kortom, het beleid zoals geformuleerd in de *Nieuwe Nota* uit 1984 leidde in de volgende vijf jaar nog niet echt tot de gewenste concrete veranderingen in de opzet van de psychiatrische zorg.^{10;16;23;28}

4 DE JAREN NEGENTIG

Aan het eind van de jaren tachtig voltrok zich een belangrijke verandering in het denken over taak en invloed van vooral de Rijksoverheid. Vanaf de jaren zestig had de overheid, mede in het streven naar de opbouw van de verzorgingsstaat en geleid door de ideologie van de maatschappelijke maakbaarheid, meer bevoegdheden naar zich toe getrokken en was zij, zoals op het terrein van de (geestelijke) gezondheidszorg, samen met verschillende bestuursorganen (Ziekenfondsraad, COTG e.d.) en raden (NRV) een sturende rol gaan vervullen. Het formuleren van doelstellingen van beleid, de implementatie ervan in de vorm van planning, regulering en financiering werd tot taak van ministeries in Den Haag. Hierin trad nu een kentering op, een kentering die op het specifieke terrein van de volksgezondheid onder andere zijn uitdrukking vond in het rapport van de Commissie Dekker uit 1987. De communis opinio ging luiden dat de overheid diende 'terug te treden', dat wil zeggen dat zij uitvoerende taken diende af te stoten en zich behoorde te beperken tot het scheppen van voorwaarden en het bewaken daarvan, het fungeren als 'schild voor de zwakken'. Daarnaast diende zij al te strikte en gedetailleerde regelgeving en planning te beperken en in de toekomst te vermijden, de zogenaamde 'deregulering'. Als sturingsmechanismen stelde men daar een bestuurlijke decentralisatie, met grotere bevoegdheden voor lokale overheden, en de introductie van het marktmechanisme tegenover, ook in de zorg.^{9;23;29}

In de (geestelijke) gezondheidszorg zou, zoals onder andere door de Commissie Dekker werd geconstateerd, sprake zijn van een gebrekkige afstemming van vraag en aanbod. Hierin zou in de toekomst verbetering kunnen worden gebracht dankzij de introductie van het marktprincipe in de vorm van vrije onderhandelingen tussen de 'marktpartijen', te weten de verzekeraars, de zorgaanbieders en de cliënten. De daartoe benodigde herziening of 'modernisering' van het stelsel van ziektekostenfinanciering zou de zorg niet alleen 'vraaggericht' maken ('zorg op maat') maar ook een betere kostenbeheersing in de hand werken en in een optimistisch scenario tot een vermindering van uitgaven leiden. De markt zou in deze voorstelling van zaken immers de vervanging of 'substitutie' van dure door goedkope zorg bevorderen. In 1990 legde staatsecretaris Hans Simons van volksgezondheid uitgewerkte plannen daarvoor op tafel in de nota *Werken aan zorgvernieuwing*, waarbij aan de geestelijke gezondheidszorg de pioniersrol kreeg toebedeeld waar het ging om de invoering van het nieuwe stelsel van zorgfinanciering met ingang van 1 januari 1994. Van realisatie van deze plannen kwam het echter niet, in 1993 blies het kabinet Lubbers III de stelselherziening vooralsnog af, mede in verband met de risico's die er voor de ggz uit voort zouden kunnen spruiten. De wens de ziektenkostenfinanciering te moderniseren bleef echter de volgende jaren zowel in de politiek als de (geestelijke) gezondheidszorg boven de markt hangen. Uiteindelijk werd de marktwerking na 2000 in een nieuwe vorm daadwerkelijk doorgevoerd, in 2006 in de algemene gezondheidszorg en 1 januari 2008 ook in de geestelijke gezondheidszorg.

De nota Onder Anderen (1993)

De bovengenoemde bestuurlijke vernieuwing en de komende stelselherziening maakten ook het voorwaardelijke politieke kader uit, waarbinnen staatsecretaris Simons in 1993 in de nota *Onder anderen* zijn beleidsintenties voor de geestelijke gezondheidszorg ontvouwde. In die nota bevestigde de staatssecretaris het hierboven geschetste beeld van de stagnatie: de doelstellingen van de *Nieuwe Nota* uit 1983 - die als een 'omslagpunt' en een 'goede greep' werd gekarakteriseerd - waren op 'veel punten' niet gerealiseerd. De behandeling van de 'lichtere problematiek' was niet verschoven van de Riagg's naar de huisartsen, er was nog maar een heel beperkt aantal MFE'en - een speerpunt van beleid - tot stand gekomen en de substitutie van bedden in psychiatrische ziekenhuizen naar beschermende woonvormen bleef achter bij de verwachtingen. Die geleidelijkheid was misschien mede het effect van bewust beleid, immers de staatssecretaris onderstreepte nadrukkelijk dat men hier te lande bewust niet te hard van stapel was gelopen: 'Kern van mijn benadering met betrekking tot de mogelijkheden tot (verdere) extramuralisatie van de ggz in ons land is dat tot heden, zeker in vergelijking met andere landen, *terecht een voorzichtig beleid is gevoerd*. [cursivering JV]' Dat wil zeggen 'geen geforceerde afbouw van intramurale bedden..' zo vulde hij aan.

Naar strekking vertoonde de nota *Onder anderen* vervolgens duidelijke continuïteit met de *Nieuwe Nota* uit 1984, de toon was misschien zelfs nog iets gedreven. ‘Extramuralisering’ gold ook nu als prioriteit: ‘De psychiatrische patiënt vanuit de “inrichting in de bossen” zoveel mogelijk terug naar de maatschappij, wonen in een gewoon huis te midden van de bevolking – dat blijkt zelfs beter te lukken dan gedacht’. In lijn met de nota uit 1984 zette men in op de verdere uitbouw van zowel de Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW-en) als op de Multifunctionele Eenheden (MFE’s), waarvan men aannam dat er op termijn zeker 80 zouden ontstaan. Ook herhaalde men weer de noodzaak tot verdere samenwerking en het slechten van de schotten die de intra- semi- en extramurale ggz van elkaar gescheiden hielden. Nieuw was bij dat laatste de nadruk op de vorming van circuits voor specifieke doelgroepen als het toekomstige organiserend beginsel van de zorg, tegenover de aloude echelonneringsgedachte.

Een novum was eveneens de lancering van het begrip ‘vermaatschappelijking’ in een nieuwe betekenis die mede ten grondslag lag aan de titel van de nota: ‘Onder anderen’. Tot nu waren ‘deconcentratie’ of ‘extramuralisering’ vooral gezien als het ontwikkelen van specifieke ggz functies in de samenleving, dicht bij de burger onder de blijvende regie van de bekende ggz-instellingen. In de nota van 1993 interpreteerde het ministerie de integratie van en de zorg voor mensen met psychiatrische stoornissen veel meer als een taak waarvoor ook andere maatschappelijke instanties dan alleen de ggz verantwoordelijk waren, zoals de politie, het maatschappelijk werk, woningbouwcorporaties, de ouderenzorg etc. De geestelijke gezondheidszorg zou over haar traditionele grenzen heen samenwerking moeten stimuleren met instellingen op andere zorggebieden. Hiermee leek een nieuwe fase in het denken over de ‘deinstitutionalisering’ te worden ingeluid: van tussenvoorzieningen, naar deconcentratie en vervolgens extramuralisering/ambulantisering van de specifieke geestelijke gezondheidszorg naar vermaatschappelijking als taak van meerdere maatschappelijke instanties met een kleinere gespecialiseerde rol voor de ggz. Nu het algemene psychiatrische ziekenhuis, dat in allerlei functies had voorzien (wonen, behandelen, werken en ‘recreëren’ etcetera) leek ‘op te lossen’ in de samenleving konden de afzonderlijke functies (werk, vrije tijd) ook door andere, meer specifieke organisaties worden overgenomen.^{19:30}

Openbare geestelijke gezondheidszorg Oggz

Behalve dat naar men hoopte zo wellicht ook de voortdurend groeiende vraag naar gespecialiseerde ggz ingedamd zou kunnen worden, werd het model van de ‘vermaatschappelijking’ mede ingegeven door het ontstaan van een nieuw probleem- en aandachtsgebied in het begin van de jaren negentig, namelijk dat van de zogenaamde ‘openbare geestelijke gezondheidszorg’ of Oggz. In de grote steden, maar ook elders, werd men in deze jaren meer dan tevoren geconfronteerd met een groeiend aantal dak- en thuislozen, vaak met verslavings- en/of psychiatrische problematiek, mensen ook die elk contact met de hulpverlening meden, wel aangeduid als de ‘zorgwekkende zorgmijders’.

Indachtig de ervaringen in de Verenigde Staten, bestond zeker aanvankelijk de neiging dit verschijnsel rechtstreeks in verband te brengen met het opheffen van bedden in psychiatrische ziekenhuizen, kortom met het proces van extramuralisering. Voor de asiel functie van het oude Apz zou, volgens een vaak geuite mening, onvoldoende maatschappelijk asiel zijn terug gekomen. Ook in de nota ‘Onder anderen’ werd die gedachte uitgedrukt waar men sprak van het feit dat de terugkeer naar de stad een ‘minder optimistische bijklank’ had gekregen door de toenemende maatschappelijke stedelijke problematiek. Dat was opvallend en misschien ook paradoxaal, aangezien juist dit proces in Nederland rond 1990 leek te stagneren. Deze interpretatie is later sterk genuanceerd, al was het maar omdat het aantal ‘bedden’ dat werkelijk opgeheven was, nog niet zo heel groot was. Van oudsher heeft – zo luidt dan een andere interpretatie – een omvangrijke groep mensen met psychiatrische klachten of een beperkte maatschappelijke redzaamheid zich zonder steun en behandeling van de ggz of andere professionele instanties weten te handhaven in de samenleving. Als gevolg van bredere maatschappelijke processen, zoals de individualisering, de erosie van maatschappelijke netwerken en dergelijke, is een groeiend aantal van deze mensen daartoe mogelijk niet langer in staat. Zij raken gevangen in een neerwaarts proces van sociale en psychologische verkommering, belanden in de marge en vaak ook letterlijk op straat, waarbij hun toestand soms ook nog eens gecompliceerd wordt door verslaving. Bovendien gaven velen in deze groep er blijk van niet door officiële instanties geholpen te willen worden.

Hoe dit ook zij, als antwoord op deze nieuwe problematiek kwam het concept van de Oggz op, dat eensdeels terug ging op de klassieke ‘outreaching’ sociale of acute psychiatrie (bemoeizorg), en daarnaast veel verwachtte van de gezamenlijke actie van meerdere maatschappelijke instanties, veelal gecoördineerd door de gemeenten. In de nota *Onder Anderen* bepleitte de staatssecretaris de ontwikkeling van de Oggz. Behalve dat men de toename van het aantal dak- en thuislozen toeschreef aan de traagheid waarmee alternatieve ggz-voorzieningen als beschermende woonvormen in de samenleving werden gerealiseerd, weet men dit fenomeen ook aan de gebrekkige

samenwerking tussen de intra- en extramurale ggz. De hierboven beschreven kloof tussen het Apz en de Riagg hield men verantwoordelijk voor het naar men meende groeiende aantal mensen met ernstige psychiatrische problemen dat tussen de wal en het schip viel. De urgentie van een betere integratie en continuïteit van zorg nam daarmee toe, zo stipuleerde onder meer de nota *Onder Anderen*.^{9;22;30}

Samenwerken over schotten heen

De kloof tussen de drie ggz-sectoren maakte met andere woorden rond 1990 een punt van toenemende zorg uit, zowel uit het perspectief van de Oggz als uit dat van de gewenste extramuralisering van de zorg. Verschillende factoren maakten echter dat in de aanvang van de jaren negentig in sommige regio's de verschillende ggz-sectoren, vaak in eerste instantie op de werkvloer, naar elkaar toegroeiden. Een daarvan was de aangekondigde stelselherziening, die onder meer onder ziektekostenverzekeraars een fusiebeweging op gang bracht. In het vooruitzicht in de nabije toekomst met deze machtige verzekeraars te moeten onderhandelen over de prijzen en productieafspraken, zochten ggz-instellingen op regionaal niveau naar samenwerking om een grotere vuist te kunnen maken. Ook de onzekerheden over de garanties rond de bekostiging van de commercieel weinig aantrekkelijke langdurige zorg of de Oggz speelden dit proces in de kaart. Overigens werden in het licht van de stelselherziening ook op landelijk niveau hernieuwde toenaderingspogingen tussen de verschillende ggz-koepels ondernomen, voorlopig echter zonder concreet resultaat.^{28;31}

Een andere factor van betekenis was de introductie van het model van programma's en circuits als nieuw ideaal voor de organisatie van de zorg rond 1990. Anders dan bij het beginsel van de echelonnering lag de nadruk hierbij op de continuïteit en integratie van verschillende vormen van zorg (huisarts, ambulant, klinisch) rond groepen patiënten met een eigen karakteristiek en behoefte, zoals jongeren, chronische psychiatrische patiënten of ouderen. Niet de structuur van het aanbod (Riagg, Ribw of Apz) maar de aard van de vraag of de functie (begeleiding, behandeling, verpleging) diende daarbij het uitgangspunt te vormen. Juist binnen een vermaatschappelijke ggz, waarbij bijvoorbeeld thuiszorg, deeltijdbehandeling en kortstondige klinische opname, naadloos op elkaar aan behoorden te sluiten kwam dit beginsel van pas. Nadat daartoe mede als voorbereiding op de stelselmodernisering eerste aanzetten waren gegeven door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), was het met name de NVAGG die de programmagedachte uitwerkte, uitmondend in de nota *GGZ in programma's* uit 1992 en in 1993 de oprichting van het COPS, *het Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking*. Het denken in termen van programma's en circuits betekende een breuk met de vormgeving van de zorg in echelons, een trend die vanaf het midden van de jaren zeventig het Nederlandse gezondheidszorg(beleid) had bepaald. Programma's doorsneden de echelons. De opdeling van de ggz in intra-, semi-, en extramurale instellingen ervoer men daarom

in toenemende mate als een nieuwe 'lappendeken', al was die iets minder 'verknipt' dan voor 1970. Mede onder invloed van het programma denken manifesteerde zich een sterker neiging om samenwerking te zoeken.^{10;22;23;28}

Een volgende kristallisatiekern voor samenwerking over de 'schotten' heen, bestond uit de (beleids)intentie om Multifunctionele Eenheden (de MFE's) tot stand te brengen, de knooppunten voor geambulante en gedeconcentreerde zorg. Functioneerde er in 1990 nog maar één echte MFE, in 1993 waren er 8 operationeel, maar lagen er plannen voor zo'n vijftig instituten en luidde de verwachting dat er op termijn zo rond de tachtig zouden verrijzen. De MFE-ontwikkeling noopte Riagg's, Apz'en en in veel regio's ook PAAZ'en tot overheveling van bevoegdheden (bijvoorbeeld rond opname), personeel en middelen, hetgeen niet altijd zonder problemen en weerstanden gebeurde. Het stimuleerde ook het creatief omgaan met de beperkte ruimte die de regels openlieten voor ongebruikelijke samenwerkingsvormen. Het ontwerp van zorgprogramma's voor onder andere kortdurende zorg- en behandeling sloot weer direct aan op het concept van de MFE, waarin juist deze programma's geëffectueerd zouden worden.^{9;30;32}

Voorts tekende zich in deze jaren een accentverschuiving af in de psychotherapie zoals deze in de Riagg's gestalte kreeg. De veelal langduriger, intensievere ontdekkende therapieën maakten geleidelijk plaats voor kortdurende, symptoomgerichte benaderingen die ook op patiënten met ernstiger problemen afgestemd waren. Zoals onder andere Festen heeft beschreven kwam zo een toenadering tot stand tussen de psychotherapie en de sociale psychiatrie, hetgeen deze benadering bruikbaar maakte binnen de ambulante psychiatrie.^{16;33}

De toenadering tussen de verschillende sectoren kreeg in deze jaren vooral concreet gestalte in een aantal voortvarende regio's, veelal van onderop, vanaf de werkvloer. Als voorbeeld daarvan kan de Kop van Noord-Holland dienen, waar in de aanvang van de jaren negentig Riagg's (Alkmaar en Den Helder), Ribw en het Apz (Willibrord in Heiloo) nog nagenoeg volledig los van elkaar opereerden, hoewel er al jaren een actieve Rigg bestond. Vanaf 1991/1992 nam men hier op een aantal sporen de samenwerking daadwerkelijk ter hand. Zo startten Riagg, Ribw, Apz en Rigg samen met de opbouw van een zorgcircuit voor blijvende zorg, doelbewust strevend naar de 'uitplaatsing' van chronici uit het Apz in Heiloo en het ontwikkelen van nieuwe werkvormen voor deze groep (casemanagement, woonbegeleiding, intensieve psychiatrische thuiszorg). Iets dergelijks gebeurde ook op het vlak van de ouderenzorg, waar Riagg, Apz en verplegings- en verzorgingshuizen samen de grondslag legden voor een ouderencircuit en de oprichting van een eigen MFE voor ouderen in 1994. MFE-vorming was eveneens de inzet van nadere samenwerking tussen het Apz en de PAAZ in Alkmaar en het Apz en de Riagg in Den Helder. Zo tekenden zich rond 1993/1994 al de contouren af van regionaal geïntegreerde circuits voor korte- en langdurige zorg en voor ouderen.

Ondanks de actieve medewerking van het regionale zorgkantoor, zoals dat in meer regio's het geval was, liep men bij dit proces aan tegen de strakke financierings- en planningsregels, die een andere, innovatieve inzet van middelen in de weg stonden. Zoals een van de gangmakers in Noord-Holland, Hans de Bont het omschreef: 'Binnen de huidige wet- en regelgeving is deze vernieuwing van de zorg door autonome instituten onmogelijk'. De opdeling in echelons met zelfstandige organisaties bleek hier een sta-in-de-weg.^{34:35}

Noord-Holland Noord was niet de enige en niet de eerste regio waar dit proces zich voltrok en waar men op genoemde barrières stuitte. In andere regio's, zoals Maastricht, Eindhoven of Dordrecht was samenwerking en vernieuwing al eerder op gang gekomen en tenderde men al in de richting van een fusie tussen de verschillende sectoren in de ggz, om zo de structurele beperkingen van het systeem teniet te kunnen doen. Geconfronteerd met de starre wet- en regelgeving en uit onvrede over de geringe daadkracht van de landelijke koepels en de overheid, zochten deze activistische regio's onderling contact dat in november 1994 resulteerde in het zogenaamde Corsendonk Beraad waarin aanvankelijk zes en later tien regio's elkaar troffen. Doel van het beraad was het uitwisselen van ervaringen en uitoefenen van pressie op o.a. Nvggz en NVAGG om zowel op landelijk als regionaal niveau samenwerking en integratie in de ggz te bevorderen. Het initiatief in de beleidsdiscussie- en ontwikkeling verschoof daarmee van het landelijke toneel opvallend genoeg in de richting van de regio's.^{16:31}

Zorgvernieuwing en fusies

De dadendrang van de betrokken instellingen hield ook verband met de introductie van een nieuw beleidsinstrument door de ziektekostenverzekeraars en het ministerie van VWS, de zogenaamde 'zorgvernieuwing'. Geconfronteerd met de knellende banden van de bestaande financiële kaders, maakte onder andere de Ziekenfondsraad vanaf 1990 eerst op bescheiden schaal geld vrij voor innovatieve projecten in de ggz. In 1994 kreeg de zorgvernieuwing zoals het genoemd werd bij het ministerie in het verlengde van de Nota 'Onder anderen' echt de status van beleid. Gevoed uit een korting van in eerste instantie 3% op de budgetten van de psychiatrische ziekenhuizen, kwam een 'zorgvernieuwingsfonds' tot stand, waaruit op basis van een open competitie subsidies konden worden verstrekt voor zorgvernieuwingsprojecten, met name gericht op extramuralisering en ambulantisering. Gemeten naar het aantal projecten was dit initiatief een duidelijk succes: het aantal projecten nam toe van 220 in 1994 tot zo'n 580 in 1996. De gesubsidieerde projecten hadden onder andere betrekking op casemanagement, psychiatrische thuiszorg, begeleid wonen, arbeidsrehabilitatie, programma-ontwikkeling en dergelijke. Daarnaast golden van meet af aan ook de integratie en continuïteit van zorg als belangrijke criteria bij de beoordeling van projecten, hetgeen wederom een extra impuls betekende voor de onderlinge samenwerking. Om het een en ander te bevorderen en te coördineren kwam in 1995 het Landelijk Overleg Zorgvernieuwing

tot stand, waarin behalve het Corsendonk Beraad o.a. de verzekeraars, de overheid en de koepels participeerden.^{9;30;31;36}

Achteraf gezien bracht het zorgvernieuwingsinitiatief een tijdelijke stroomversnelling in de ontwikkeling van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg teweeg. Het schiep een zekere flexibilisering van de financiering die nodig was om het gestagneerde proces van de deinstitutionalisering en ambulantisering wat meer vaart te geven. De verlamdende werking van de vigerende wet- en regelgeving werd er voor een deel door verminderd. Bij de acceleratie van dat proces mag echter ook de bijdrage van de 'activistische regio's' niet buiten beschouwing blijven. Veel vernieuwing en samenwerking ontstonden van onderop.

Het zorgvernieuwingsbeleid zette vanaf 1993 een premie op intensieve regionale samenwerking van de verschillende ggz-sectoren binnen programma's of rond de opbouw van MFE's. Het doorbreken van de bekende 'schotten' en de 'transmuralisering' van de zorg vormden immers een essentiële voorwaarde voor de verdere vermaatschappelijking. Al in een eerder stadium waren instellingen tot de conclusie gekomen dat door verdergaande onderlinge coördinatie van activiteiten de nadelen van het keurslijf van (financiële) regels omzeild of creatief benut konden worden. Het waren onder andere deze factoren die maakten dat zich vanaf 1993 eerst geleidelijk en later in een versneld tempo een opmerkelijke fusietrend in de Nederlandse ggz manifesteerde. Apz'en, Riagg's en RIBW-en zochten niet alleen samenwerking, maar gingen geleidelijk op in grotere (regionale) instellingen. Het ging hier niet om een uitvloeisel van het bewuste beleid van overheden of koepels, maar om initiatieven die aanvankelijk in het veld zelf ontstonden, vaak onder aanvoering van het lokale Apz. Instellingen zagen plots een meerwaarde in organisatorisch samengaan, waar men voorheen had vastgehouden aan zelfstandigheid. Fuseerden tussen 1993-1999 eerst 8 Apz'en met een ander Apz, in 1996 waren er al 7 Riagg's met een Apz in een nieuw groter regionaal instituut opgegaan. Van de oorspronkelijk 41 Apz hadden zich in 2000 28 door een samengaan met een of meer Riagg's en in mindere mate met een Ribw omgevormd tot een regionale instelling voor geestelijke volksgezondheid. Het een en ander is hiervoor in hoofdstuk 2 nader beschreven. In hun analyse van de fusieprocessen in de ggz hebben Ravelli en Schrijvers er op gewezen dat waar het om de motieven ging, de Apz'en wel moesten samenwerken en integreren met o.a. Riagg's wilden ze aan de eisen kunnen voldoen om hun noodzakelijke nieuwbouwprojecten gefinancierd te krijgen. Zoals elders in dit rapport wordt beschreven zette de fusietrend, die in de jaren 1998 en 1999 haar hoogtepunt bereikte, zich na 2000 gestaag voort. De enige ggz-sector die voor een niet onbelangrijk deel buiten de fusiebeweging bleef was die van de beschermende woonvormen, die in lijn met hun traditie, afstand bleven houden van de klassieke psychiatrische instellingen. Ongeveer de helft van de Ribw'en ging tot nu toe op in een grotere instelling.^{16;22;32;33}

De fusietrend veranderde het aanzicht van de organisatie van de Nederlandse ggz ingrijpend. De echelonnering in aparte organisaties voor intra-, semi- en extramuraal ggz, zoals die vanaf ongeveer 1974 gestalte had gekregen, kwam goeddeels ten einde en maakte plaats voor geïntegreerde programma's en circuits onder verantwoordelijkheid van omvattende regionale instellingen. De middelpuntvliedende krachten uit de jaren tachtig sloegen na 1993 om in nieuwe middelpuntzoekende krachten, die tot op de dag van vandaag een invloed lijken te hebben behouden. Van een lappendeken, kon na 2000 op veel plaatsen althans in organisatorisch opzicht niet meer gesproken worden. Het onderscheid met de situatie rond 1970 toen er tal van werksoorten en vele honderden instellingen bestonden was daarmee opvallend.

Het streven naar fusie ontstond min of meer als een spontane beweging in het veld. Voor het midden van de jaren negentig had het idee van één geïntegreerde regionale ggz organisatie nooit expliciet op de agenda gestaan. De Rigg die er nog het dichtst bij in de buurt kwam, had toch vooral samenwerking en coördinatie als doelstelling gehad en was in veel gevallen geen succes geweest. Ook in de *Nieuwe Nota* van 1984 en de nota *Onder anderen* was zelfs in het geval van de MFE niet gedacht in termen van nieuwe rechtspersonen waarin de deelnemers zouden opgaan. Het een en ander kan wel als de culminatie van de eveneens rond 1974 ingezette regionalisering worden beschouwd: immers op veel plaatsen was voortaan één organisatie verantwoordelijk voor de ggz in een afgebakend territorium. De identiteit van regio's werd er nadrukkelijk door gemarkeerd: veel regio's, soms dus samenvallend met de provinciale grenzen, hadden voortaan hun duidelijk herkenbare eigen ggz-organisatie, met een nieuwe naam: bijvoorbeeld GGZ-Friesland, Adhesie, Altrecht of Emergis.

De organisatorische integratie werd voor een niet onbelangrijk deel gelegitimeerd met een beroep op de noodzaak de extramuralisering te bevorderen, in lijn met de doelstellingen van de nota *Onder anderen* en de zorgvernieuwingsoperatie. Substitutie van Apz-plaatsen door beschermende woonvormen, van bedden door stoelen in deeltijdbehandeling, het stimuleren van ambulante werkvormen en van de oprichting van MFE's waren het nadrukkelijke doel van de nieuwe fusieorganisaties. Inderdaad werd er op deze terreinen enige vooruitgang geboekt, zoals hiervoor in hoofdstuk 2 uitvoerig, maar met de nodige kanttekeningen, is toegelicht. Zo vertoonde zich tot de eeuwwende een toename van de intensieve ambulante hulp en verdubbelde de capaciteit van de beschermende woonvormen in de periode van 1993 tot 2006 bijna, van oorspronkelijk ongeveer 4200 plaatsen naar bijna 10.000 plaatsen. Ook nam het aantal dagactiviteitencentra in de jaren negentig indrukwekkend toe.

Zoals echter in hoofdstuk 2 eveneens is beschreven, doet Nederland het gemeten naar de criteria van ‘deinstitutionalisering’ in Europees perspectief niet goed en is er, zo men wil, sprake van een opvallende achterstand. Er is weliswaar ‘gedeconcentreerd’, maar de totale opname en verblijfs capaciteit behoort volgens internationale cijfers tot de hoogste in Europa en is in maar zeer bescheiden mate verminderd. Als het gaat om ‘deinstitutionalisering’ en ‘extramuralisering’ lijken die processen zich in de Nederlandse ggz in vergelijkend perspectief laat, traag en onvolledig te hebben ontwikkeld. Deze constatering heeft iets ontluisterends in het licht van de inzet die regionaal en landelijk onder de vlag van onder andere de ‘zorgvernieuwing’ is gepleegd.^{17:37}

Voor die opmerkelijke positie van de Nederlandse ggz in Europa (die zij overigens deelt met die van België en Duitsland) zijn verschillende redenen naar voren geschoven, die in hoofdstuk 2 zijn samengevat. Het een en ander vraagt echter om nader onderzoek, in de eerste plaats naar de kwestie hoe deze ‘afwijkende’ ontwikkeling te verklaren is, waarbij analyse van de historische ontwikkeling van de afgelopen veertig jaar wezenlijk geacht moet worden. Immers ook de uitgangspositie van de Nederlandse ggz rond 1970, met zijn oude en sterk ontwikkelde ambulante geestelijke gezondheidszorg en daarnaast relatief kleine en relatief open psychiatrische ziekenhuizen, week af van de psychiatrie in veel andere West-Europese landen en de VS. Daarnaast lijkt de vraag urgent of de extramuraliserings- of vermaatschappelijkingsdoelstellingen zoals deze in de vorige eeuw zijn geformuleerd, nog steeds geldig zijn. Zo ja, dan is een bezinning op de actuele situatie van de Nederlandse ggz op zijn plaats.

Identiteitscrisis

Er mogen dan vragen gesteld worden bij de mate waarin in Nederland de extramuralisering is voortgeschreden, de ggz leek in de jaren negentig wel zozeer de maatschappij ‘ingetrokken’ dat er belangrijke nieuwe kwesties opdoemden ten aanzien van de verhouding tussen psychiatrie en samenleving. In de eerste plaats diende zich met hernieuwde urgentie het al oudere probleem aan in hoeverre de samenleving wel voldoende steun, openheid, tolerantie en aanpassing zou bieden om mensen met psychiatrische problemen of handicaps daadwerkelijk op te kunnen nemen en te laten participeren. In hoeverre zouden sociale processen als individualisering, de erosie van netwerken en steunsystemen en de toenemende complexiteit van elementaire zelfhandhaving in de moderne maatschappij niet juist de noodzakelijke voorwaarden voor integratie ondergraven, zo vroeg onder andere de Nationale Commissie Geestelijke Volksgezondheid zich af.^{9:38}

In de tweede plaats maakte de toenemende betrokkenheid van verschillende maatschappelijke organisaties en sectoren bij de ‘vermaatschappelijking’ van de zorg – zoals bedoeld in de nota *Onder anderen* - dat de specifieke functie en rol van de geestelijke gezondheidszorg ter discussie kwam te staan. Wanneer het wonen, werken, recreëren

en in bredere zin het participeren van mensen met psychiatrische stoornissen aan de specifieke maatschappelijke instanties – respectievelijk woningbouwcorporaties, de arbeidsbemiddeling of het welzijnswerk – zou kunnen worden overgelaten, wat zou dan de rol van de ggz nog moeten zijn? Zou de ggz zich dan niet terug moeten trekken op haar kerncompetentie, namelijk cure en in mindere mate de care? Diende, zo vroegen en vragen sommigen zich af, deinstitutionalisering en extramuralisering niet gevolgd te worden door een proces van ‘deategorialisering’? Dat wil zeggen, zouden veel van de traditionele functies van de ggz niet beter aan anderen, zoals het maatschappelijke werk of de algemene gezondheidszorg overgedragen kunnen worden? Het was onder andere bovengenoemde nationale commissie die in haar rapport met de in dit verband veelzeggende titel ‘Zorg van velen’ uit 2001, deze gedachtelijn volgde. De ggz zou moeten worden verkleind ten gunste van bredere maatschappelijke organisaties.^{9:10;36;38;39}

Ideeën over de consequenties van de vermaatschappelijking en de eventuele ‘deategorialisering’ raakten fundamenteel aan de identiteit, de rol en de grenzen van de geestelijke gezondheidszorg. Rond de eeuwwende 2000 dienden zich daarnaast andere vraagstukken, twijfels en problemen aan die maakten dat er wellicht gesproken mag worden van een identiteitscrisis in de geestelijke gezondheidszorg. GGZ Nederland sprak in haar nota *De krachten gebundeld* uit 2004 van ‘een dieper liggend vraagstuk, dat te maken heeft met de identiteit – of liever gezegd het gebrek aan identiteit – waarmee de ggz kampt. De ggz omvat een breed werkgebied, van psychiatrie tot dagbesteding (....) Dit maakt de ggz ook tot een zorg voor en van velen, waaraan velen verwachtingen ontleen en waarover velen een oordeel hebben. Het heeft de ggz in een klem gezet: naar patiënten, naar de samenleving, naar de vakgebieden (in het bijzonder de psychiatrie)’.⁴⁰ Sommigen wierpen in deze samenhang de vraag op of de ggz in de 21^e eeuw wel als herkenbare sector zou voortbestaan. In het rapport *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw* uit 1998 sprak ook de Raad voor Volksgezondheid en Zorg enerzijds van een gebrek aan duidelijkheid met betrekking tot doel en functie van de ggz. Anderzijds zag de raad geen wezenlijk verschil tussen de zorg voor de geest en die voor het lichaam, en bepleitte zij om die reden de toepassing op de ggz van de regelingen voor de somatische zorg.⁴¹ In haar commentaar op het rapport van de nationale commissie sloot ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zich nadrukkelijk aan bij die visie. Het onderscheid tussen lichaam en geest waarop de ggz als aparte sector gestoeld is, karakteriseerde zij als noodlottig. De psychiatrie zou naar het oordeel van de NVvP veel nadrukkelijker als deel van de gewone gezondheidszorg gezien en georganiseerd moeten worden.⁴² Die gewenste toenadering tot de somatiek werd ongetwijfeld mede ingegeven door het feit dat de psychiatrie in de voorafgaande twee decennia onmiskenbaar een verschuiving te zien had gegeven in de richting van de biologische psychiatrie en de evidence based medicine, die de afstand tot de algemene geneeskunde in wetenschappelijk opzicht had verkleind.

Een thema dat rond 2000 qua urgentie niet onderdeel was voor de ‘vermaatschappelijking’ was de onstuitbare groei van het aantal cliënten van de ggz. Bezorgdheid over dit verschijnsel lag onder meer ten grondslag aan de benoeming van de nationale commissie geestelijke volksgezondheid. Of de oorzaken daarvan nou toe geschreven zouden moeten worden aan daadwerkelijk toename van de psychische ongezondheid of vooral een effect zouden zijn van toenemende (h)erkenning en acceptatie van het zoeken van ggz-hulp, indamming of afremming van die groei leek om tal van redenen, waaronder in de eerste plaats financiële, geboden. Ook hier bepleitte de genoemde commissie nadrukkelijk een decategorialisering van de hulpverlening: dat wil zeggen een verschuiving naar de generalistische 1^e lijn en naar instellingen voor algemene gezondheidszorg en een striktere beperking van toelating van patiënten tot specialistische ggz-zorg. Daaraan lag ook de kritiek op de ggz ten grondslag dat deze klachten te zeer buiten hun (sociale) context zou interpreteren en te zeer zou medicaliseren, een echo van de anti-psychiatrie opvattingen uit de jaren zeventig.^{38;39} De bedenkingen tegen de categoriale zorg werden mede gevoed door de aarzelingen die zich nu plots manifesteerden tegen de recente vorming van grote geïntegreerde ggz instellingen. Deze zouden het ggz aanbod inmiddels geheel ‘monopoliseren’. De fusies die in de jaren negentig nog een oplossing waren geweest voor de integratie van de zorg werden nu aangemerkt als een probleem. Bij dat alles wierp ook de vernieuwing van het stelsel van zorgfinanciering haar schaduwen vooruit.^{32;38}

Kortom, rond 2000 werd er op verschillende manieren getornd aan het domein dat de ggz tot haar verantwoordelijkheid rekende en leek zich iets als een identiteitscrisis of identiteitsvraagstuk ten aanzien van de ggz voor te doen. Zou de ggz in het kader van de vermaatschappelijking van de langdurige zorg belangrijke functies over dienen te dragen aan andere maatschappelijke instanties, op het punt van de kortdurende, curatieve zorg zou de verantwoordelijkheid van de generalistische 1^e lijn, in casu de huisarts, belangrijker moeten worden, terwijl andere functies nadrukkelijker in de somatische gezondheidszorg geïntegreerd zouden kunnen worden. Het debat tendeerde kortom in de richting van een veel kleinere en specialistischer ggz dan wel naar een bewuste ‘decategorialisering’. De vraag werd met andere woorden prangend welke kern van de geestelijke gezondheidszorg er uiteindelijk over zou blijven. Paradoxaal genoeg deed deze discussie zich voor na een decennium waarin de ggz een enorme vlucht had genomen en waarbij door integratie en fusies, zowel regionaal als landelijk (in 1997 kwam GGZ Nederland tot stand) de identiteit van de sector alleen maar leek te zijn versterkt. Terwijl de ggz-instellingen groter en omvattender werden, ging de discussie in de richting van een beperking van de specifieke taken van de ggz.

5 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In het voorafgaande is in vogelvlucht een schets gegeven van de ontwikkeling van de structuur en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland vanaf 1970. De geestelijke gezondheidszorg was in ons land tot het einde van de jaren zestig weliswaar sterk ontwikkeld, maar kende een verdeeld en versnipperd karakter. De intramurale sector, bestaande uit middelgrote psychiatrische inrichtingen die een tamelijk open karakter kenden en die zich in de jaren zeventig inzetten voor interne hervorming, functioneerde letterlijk en figuurlijk veelal op afstand van de extramurale of ambulante sector die bestond uit zeker vier verschillende werksoorten (Mob, Spd, Lgv, Imp), vaak nog verdeeld over verzuilde organisaties. Als aspect van de wordende verzorgingsstaat, manifesteerde de centrale overheid zich vanaf 1970 nadrukkelijker als beleidsvormende partij in de ggz, overigens via diverse raden in permanente dialoog met het veld. In de complexe historische ontwikkelingen die zich sindsdien aftekenden, kunnen zeker drie langetermijn trends aangewezen worden, namelijk de regionalisering, de toenemende integratie van organisaties binnen de ggz en als derde het streven naar de verandering van de plaats van de psychiatrische zorg in de maatschappij, aangeduid met begrippen als extramuralisering, deinstitutionalisering en vermaatschappelijking.

Vanaf de *Structuurnota* van staatssecretaris Hendriks uit 1974 tot aan het begin van de 21^e eeuw vormde de regio consequent het geografische kader waarbinnen de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg volgens de overheden en de betrokken adviesorganen gestalte behoorde te krijgen en daadwerkelijk ook kreeg. De Riagg, de Ribw en de Rigg, alle drie in het leven geroepen in de jaren tachtig, hadden een nadrukkelijk regionaal karakter, terwijl in dat decennium de werkingsgebieden van de psychiatrische ziekenhuizen ook tot specifieke regio's werden beperkt. De samenwerkingsverbanden die in de jaren negentig werden aangegaan en de fusie-instellingen die in die tijd ontstonden hielden zich aan de grenzen van de regio en beklemtoonden daarmee heel duidelijk de regionale oriëntatie van de ggz. De regio als werkingsgebied werd – achteraf gezien voor korte tijd - tot een van de organisatorische wezenskenmerken van de geestelijke gezondheidszorg.

Binnen die geografische grenzen voltrok zich in de loop van de drie beschreven decennia een proces van voortschrijdende organisatorische integratie van de geestelijke gezondheidszorg, in eerste instantie als een door de overheid voorgestane ontwikkeling, maar in de jaren negentig meer en meer als een autonome trend. De eerste fase bestond in de opheffing van de 'lappendeken' van de ambulante ggz door de samenvoeging in 1982 van de vroegere werksoorten in de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de Riagg. Een volgende door overheid en inspectie geïnitieerde stap bestond uit het in het leven roepen van de Regionale

Instelling voor Beschermende Woonvormen, waarin een veelheid aan tussenvoorzieningen en hostels opging. Het veld van de ggz was daarmee, waar het ging om de kerninstellingen, gereduceerd tot drie typen organisaties, namelijk Riagg, Ribw en Apz. Die verdeling in extra-, semi- en intramuraal vormde de uitdrukking van het streven naar een opdeling van de gezondheidszorg in echelons, een doelstelling die in het begin van de jaren zeventig door de overheid was geformuleerd.

Als trend zette de echelonnering echter niet door. Immers, eind jaren tachtig, begin jaren negentig ontwikkelde zich een streven tot doorbreking van de schotten tussen echelons en omarmde men in de ggz circuitvorming en de doelgroepbenadering als organiserende beginselen voor de zorg. Mede in samenhang daarmee en zonder dat het oorspronkelijk van hogerhand als beleidsdoel was omschreven, manifesteerde zich midden jaren negentig een fusiebeweging tussen de verschillende ggz organisaties, leidend tot geïntegreerde, regionale ggz-organisaties die in meeste gevallen de functies combineerden van Apz en Riagg en soms ook die van de Ribw. Daarmee was de oorspronkelijk zo verdeelde ggz in veel regio's tot een eenheid gebracht en was het aantal autonome ggz-instellingen heel sterk gereduceerd.

De processen van regionalisatie en integratie kenden in historisch perspectief zeker geen lineair karakter. Lange tijd coëxisteerden de ambulante en de intramurale ggz naast elkaar, terwijl er alleen via de sociale psychiatrie van enige structurele samenwerking sprake was. In de jaren zeventig leken de middelpuntvliedende krachten de overhand te krijgen, onder meer omdat de Apz'en zich toelegden op interne hervormingen terwijl in de Aggz de psychotherapie hoogtij vierde. Die tendens leek gedurende de jaren tachtig te verhevigen onder meer door de doelbewuste echelonnering, waarbij de nieuwe Riagg's en Ribw'en alle aandacht vestigden op de eigen organisatie en profilering, die zich soms uitte in het doelbewust afzetten tegen het Apz. Het uiteendrijven van de drie sectoren dwarsboomde echter de noodzakelijk geachte samenwerking en zette zo een rem op het inmiddels ingezette beleid van extramuralisering, met wat men zag als stagnatie als gevolg. De jaren negentig werden daarentegen gekenmerkt door groeiende middelpuntzoekende krachten, zoals het proces van zorgvernieuwing, waaruit onder meer de genoemde fusie-instellingen voortkwamen.

Opvallend genoeg leek ook dit proces zich rond 2000 weer om te draaien, hetgeen zich openbaarde in wat hierboven de identiteitscrisis in de ggz is genoemd. Omstreeks de eeuwwisseling gingen er immers stemmen op om enerzijds onder de noemer van de 'vermaatschappelijking' 'care' functies van de ggz over te dragen aan andere instellingen zoals woningbouwcorporaties en het maatschappelijk werk, en anderzijds de 'cure' over te hevelen naar de algemene gezondheidszorg of de eerstelijnszorg. Er viel een expliciet pleidooi te beluisteren voor 'deategorialisering' van de ggz. In dat perspectief voorspellen sommigen het einde van een specifieke sector van de geestelijke gezondheidszorg. Regionalisatie en integratie van de ggz zouden dan mogelijk

gevolgd worden door een fase van verkleining en wellicht desintegratie van deze sector. De daadwerkelijke modernisering van het stelsel van de zorgfinanciering in de nieuwe eeuw, die al een einde maakte aan de betekenis van het regionale kader van de ggz, zou dat proces kunnen stimuleren.

De laatste grote trend van de afgelopen decennia bestond, in navolging van ontwikkelingen in landen als Italië, de Verenigde Staten of Engeland, in het geleidelijk sterker wordende streven naar de verandering van de plaats van de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen in de samenleving, wel samengevat in het begrip 'deinstitutionalisering'. Zette men daarbij in de jaren zeventig nog in op de geleidelijke uitbreiding van tussenvoorzieningen en deeltijdbehandeling bij behoud van een kleinschaliger psychiatrisch ziekenhuis, in de jaren tachtig kwam het accent te liggen op de vervanging van psychiatrische bedden door beschermende woonvormen – de substitutie – en de deconcentratie van de kortdurende psychiatrische functies. 'Extramuralisering' en 'ambulantisering' van de zorg werden richtinggevend begrippen, onder andere in de nota's die de overheid onder meer in 1984 en 1993 over de ggz uitbracht. In de vroege jaren negentig ging men onder de noemer van de 'Vermaatschappelijking' nog een stap verder: niet alleen zou de zorg voor psychiatrische patiënten in de maatschappij geïntegreerd moeten worden, de zorg voor hen zou voor een goed deel overgedragen kunnen worden aan andere maatschappelijke instellingen dan de ggz. De zorg voor de geestelijke gezondheid zou feitelijk een 'zorg van velen' behoren te zijn en niet langer het exclusieve domein van de institutionele ggz.

De feitelijke uitvoering van de extramuralisering stagneerde in de jaren tachtig evenwel onder meer door de hierboven beschreven middelpuntvliedende krachten. Gaande de jaren negentig kwam geleidelijk een transformatie van de zorg op gang, onder andere dankzij het instrument van de zorgvernieuwing. De fusies zoals die in deze jaren aan de orde waren stonden mede in het teken van de nagestreefde extramuralisering en vermaatschappelijking. Hoezeer de 'deinstitutionalisering' echter de inzet mag zijn geweest van veel partijen in de afgelopen vijftien tot twintig jaar, toch is van een vermindering van het aantal intramurale plaatsen in Nederland zeker in vergelijking met het buitenland amper sprake geweest, zoals elders in dit rapport is betoogd. In tegendeel, het aantal plaatsen lijkt juist weer toe te nemen. Weliswaar is de vorm van veel van die plaatsen veranderd – veel chronische patiënten wonen tegenwoordig in kleinere voorzieningen in de maatschappij – maar een echte reductie of opheffing van de zogenaamde intramurale capaciteit heeft niet plaatsgevonden.

REFERENTIES BIJ BIJLAGE I

1. VVC (1993). *Onder anderen: geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
2. Van der Grinten, T. (1987). *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek*. Baarn: Ambo.
3. Vijselaar, J. (2007). Een regio en zijn geestelijke gezondheidszorg 1900-2000. In: J. Vijselaar, L. De Goei, J. Vos, G. Blok, L. De Graaf (red.). *Van streek: 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland*, p. 14-41, 260-261. Utrecht: Matrij's.
4. Vos, J. (2007). 'De oudste PAAZ van Nederland': ziekenhuispsychiatrie in het Gemeenteziekenhuis in Arnhem. In: J. Vijselaar, L. De Goei, J. Vos, G. Blok, L. De Graaf (red.). *Van streek: 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland*, p. 130-151, 270-272. Utrecht: Matrij's.
5. De Goei, L., Van der Hoorn, M. (2006). *'Te gek voor hier, te goed voor daar': geschiedenis van de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU) 1978-2004*. Utrecht: Matrij's.
6. Bakker, C.T., De Goei, L., Maurits, H. (2002). *Een bron van zorg en goede werken: geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord*. Amsterdam: SUN.
7. De Goei, L. (2001). *De psychohygiënisten: psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924-1970*. Nijmegen: SUN.
8. Abma, R., Weijers, I. (2005). *Met gezag en deskundigheid: de historie van het beroep van psychiater in Nederland*. Amsterdam: SWP.
9. 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.
10. 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 III*, p. 1-40. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
11. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1974). *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
12. Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein: 'antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985*. Amsterdam: Nieuwezijds.
13. Vijselaar, J. (1997). 'Vrijheid, gelijkheid en broederschap': een revolutie in de psychiatrie 1965-1985. In: J. Vijselaar (red.). *Gesticht in de duinen: de geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994*, p. 192-237. Hilversum: Verloren.

14. Brinkgreve, C., Onland, J.H., De Swaan, A. (1979). *Sociologie van de psychotherapie 1: de opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Utrecht/ Antwerpen: Het Spectrum.
15. Van 't Hof, S. (1996). *Een ambt, hoog en subtiel...: psychiaters over psychiatrie 1971-1996*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/ Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
16. Festen, T., Heringa, M., Van Heugten, P., Lenders, G. (1997). *Van dichtbij en veraf: 15 jaar Riagg 25 jaar NVAGG*. Utrecht: NVAGG.
17. Duurkoop, W.R.A. (1995). *Terug naar Amsterdam: longitudinaal onderzoek naar het functioneren van chronische patiënten in nieuwe woonsituaties*. Amsterdam: Frederik van Eeden Stichting.
18. Grob, G.N. (1994). *The mad among us: a history of the care of America's mentally ill*. New York: Free Press.
19. Freeman, H. (1993). The history of British community psychiatry. In: C. Dean, H. Freeman (red.). *Community mental health care: international perspectives on making it happen*, p. 1-17. London: Gaskell.
20. Van der Poel, E., Romme, M., Trimbos, K., Van der Wilk, H., Initiatiefgroep Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen (1985). *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie: verslag van de actie Moratorium Nieuwbouw APZ'en*. Amsterdam: Initiatiefgroep "Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen".
21. Ministerie van Welzijn, V.e.C. (1984). *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
22. Wennink, H.J., De Wilde, G.W.M.M., Van Weeghel, J. (2001). De metamorfose van de ggz: kanttekeningen bij vermaatschappelijking. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 56(10): 917-937.
23. Van der Grinten, T.E.D., Verburg, H. (2001). De politiek en het veld: beleidsontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg 1970-2000. In: R.F. Koning, B.J. Roosenschoon, J.H. Steetskamp (red.). *Vermaatschappelijking, een geval apart: opstellen ter gelegenheid van het afscheid van S.Th.I. Kloos, lid van de Raad van Bestuur van de Bavo RNO Groep*, p. 19-30. Amsterdam: SWP.
24. Blok, G., Vijselaar, J. (1998). *Terug naar Endegeest: patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897 - 1997*. Nijmegen: SUN.
25. Vijselaar, J. (1999). Rationeel behandelen, respectvol bejegenen. In: C.T. Bakker, G. Blok, J. Vijselaar (red.). *Delta: negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas*, p. 167-180. Utrecht: Matrijs.
26. Koning, R.F., Roosenschoon, B.J., Steetskamp, J.H. (2001). *Vermaatschappelijking, een geval apart : opstellen ter gelegenheid van het afscheid van S.Th.I. Kloos, lid van de Raad van Bestuur van de Bavo RNO Groep*. Amsterdam: SWP.

27. Blok, G. (1997). Een enkele reis op z'n retour: Santpoort en het Amsterdamse model. In: J. Vijselaar (red.). *Gesticht in de duinen: de geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994*, p. 238-267. Hilversum: Verloren.
28. Van der Grinten, T.E.D. (1995). Een bijzondere plek van de GGZ in de algemene gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 50(7/8): 707-720.
29. Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk: een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten*. Assen: van Gorcum.
30. 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.
31. De Wilde, G. (1995). De mogelijkheden van een machtsvacuüm: GGZ-vernieuwingen in de jaren '90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 50(7/8): 805-818.
32. Ravelli, D.P., Schrijvers, A.J.P. (1999). Eindtijd van de Nederlandse APZ-en: omvang, aard, aanleiding, doelen en gevolgen van de transmurale integratiegolf in de geestelijke gezondheidszorg sinds 1993. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54(5): 490-504.
33. Oosterhuis, H., Gijswijt-Hofstra, M. (2008). *Verward van geest en ander ongerief: psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland in de twintigste eeuw*. In druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
34. Vijselaar, J. (2002). De zorg dichterbij huis 1992-2002. In: C.T. Bakker, L. De Goei, H. Maurits (red.). *Een bron van zorg en goede werken: geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord*, p. 311-370. Amsterdam: SUN.
35. DeBont, J.P. (1995). Deregioopkop: kansen en belemmeringen voor zorgvernieuwing in de regio. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 50(7/8): 721-733.
36. Kösters, T.P. (2005). *GGZ op een keerpunt: sectorstudie Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: ING Medinet.
37. Shorter, E. (2007). The historical development of mental health services in Europe. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 15-33. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
38. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen: eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS.
39. Hutschemaekers, G.J.M., Tiemens, B.G. (2006). Het einde van een sectorale GGZ: ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48(1): 27-37.

40. GGZ Nederland (2004). *De krachten gebundeld: ambities van de GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.
41. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw: advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: RVZ.
42. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). Reactie op het rapport 'Zorg van Velen'. Beschikbaar via: <http://www.nvvp.net> Geraadpleegd 21 april 2008. Utrecht, NVvP.

BIJLAGE II QUICKSCAN EERSTE ERVARINGEN MET DE WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

JUDITH HASKER - KENNISCENTRUM REHABILITATIE

1 EÉN JAAR WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

Op 1 januari 2007 trad de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in werking. In deze wet wordt aan gemeenten de verantwoordelijkheid toebedeeld voor een aantal maatschappelijke taken. Voor een deel gaat het om taken die ook eerder al onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vielen en die omschreven waren in de (bij invoering van de Wmo afgeschafte) Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Een aantal nieuwe taken is voortgekomen uit het afschaffen van de functie huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen en subsidies uit de Awbz, waarvan de budgetten zijn overgeheveld naar de Wmo. De herordening en samenvoeging van deze voormalige financieringskaders in de Wmo, is gepaard gegaan met een herformulering van de gemeentelijke taken in termen van negen 'prestatievelden'. Ook daaruit is een aantal nieuwe verantwoordelijkheden voor gemeenten voortgekomen.

De motieven, achtergronden en vormgeving van de Wmo worden in hoofdstuk 3 van deze trendrapportage uitgebreid besproken. Daarin wordt aangegeven dat de Wmo om twee redenen van belang is voor de ggz. De eerste is dat een deel van de naar de Wmo overgeheveld Abwz-budgetten betrekking heeft op bestaande ggz-voorzieningen. Een tweede reden is dat gemeenten met de wijze waarop de te leveren prestaties binnen de Wmo verwoord zijn, voor het eerst een expliciete verantwoordelijkheid hebben gekregen voor de ondersteuning van mensen met psychosociale of chronische psychische problemen bij hun zelfredzaamheid en hun maatschappelijke participatie.

De Wmo is bij het schrijven van deze trendrapportage inmiddels ruim een jaar van kracht. Reden om in een aparte achtergrondstudie stil te staan bij de eerste ervaringen met deze nieuwe wet en met de gemeentelijke ondersteuning van mensen met psychosociale of chronische psychische problemen. De studie is uitgevoerd door het Kenniscentrum Rehabilitatie en bestond uit een korte enquête ('quickscan') onder circa twintig ggz-instellingen en enkele cliëntenorganisaties, aangevuld met de resultaten van een aantal eerste evaluatierapporten en voortgangsrapportages, bevindingen uit de brancheliteratuur en resultaten uit eerdere projecten van het Kenniscentrum.

Maatschappelijke participatie is in de aanloop naar de Wmo vaak aangeduid als het kernthema van de nieuwe wet. Bij wijze van opstap belichten we in paragraaf 2 kort wat bekend is over de maatschappelijke participatie van mensen met (langdurige) psychische problemen. In paragraaf 3 gaan we in op de wijze waarop ggz-instellingen tot dusverre met de Wmo te maken hebben gehad en welke consequenties en eerste conclusies zij daaruit trekken. In paragraaf 4 ligt het accent op de gemeenten en op hetgeen bekend is over de wijze waarop zij hun (nieuwe) taken op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen oppakken. In paragraaf 5 komt de medezeggenschap van mensen met psychische problemen in de beleidsvorming op lokaal niveau aan de orde. In paragraaf 6 maken we de balans op van één jaar Wmo.

Vooraf zij nog eens vermeld dat 2007 – het jaar waarover het grootste deel van deze achtergrondstudie gaat – te beschouwen is als een overgangsjaar. Zeker bij een zogeheten kaderwet als de Wmo, waarbij gemeenten veel beleidsvrijheid hebben, zal er enige tijd overheen gaan voordat de exacte impact van de nieuwe regelgeving duidelijk wordt. Het gaat ook in deze achtergrondstudie voornamelijk om de eerste (maar daarom wellicht niet minder belangrijke) signalen.

2 ‘MEEDOEN’

Het bevorderen van de maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen in de samenleving, is in de afgelopen jaren gepresenteerd als een centraal motief voor de invoering van de Wmo (naast bestuurlijke motieven als decentralisatie en budgetbeheersing). De ondersteuning van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met psychosociale en chronische psychische problemen maakt ook expliciet onderdeel uit van twee van de negen prestatievelden van de Wmo. De eerste praktijkervaringen leren dat in de onderhandelingen tussen de verschillende zorgfinanciers ‘maatschappelijke participatie’ door sommige zorgverzekeraars en zorgkantoren ook nadrukkelijk als het domein van de gemeenten (en niet van henzelf) wordt beschouwd.

Maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen

Vast staat dat geestelijke gezondheid en maatschappelijke participatie nauw aan elkaar verbonden zijn. Aanwijzingen daarvoor zijn uitgebreid besproken in hoofdstuk 1 van deze trendrapportage. Het precieze aantal mensen dat met geestelijke gezondheidsproblemen te kampen heeft en problemen ondervindt op het gebied van (zelfredzaamheid en) maatschappelijke participatie (en daarmee tot de doelgroep van de Wmo gerekend kan worden) is echter niet bekend. Dat aantal hangt ook af van de gehanteerde definities en in- en uitsluitingscriteria.

Bekend is wel dat het aantal mensen met ernstige, chronisch psychische problemen op circa 80.000 wordt geschat, dat verreweg het grootste deel daarvan zelfstandig woont, de arbeidsparticipatie onder deze groep zeer laag is, zingevings- en eenzaamheidsproblematiek veel voorkomen en velen ondersteuningsbehoeften hebben op het gebied van sociale contacten en maatschappelijke participatie.¹⁻³ Bekend is ook dat het aantal volwassenen met *ernstige* psychische stoornissen in de diverse bevolkingsonderzoeken op 200.000 á 300.000 personen uitkomt, het aantal mensen met ‘gematigd ernstige’ psychische stoornissen op 400.000 á 600.000 personen en dat onder deze groepen mensen zonder werk oververtegenwoordigd zijn.⁴ Uit onderzoek is ook bekend dat het aantal arbeidsgehandicapten met psychische problemen circa 400.000 personen bedraagt.⁵ Onbekend is het aantal mensen dat niet in deze registraties voorkomt, maar niettemin met geestelijke gezondheidsproblemen en participatieproblemen te kampen heeft (bijvoorbeeld mensen met bijstandsuitkeringen, andere niet-werkenden, verenzaamde ouderen met depressieve klachten). (Zie voor schattingen van de omvang van de totale doelgroep van de Wmo Quist en Swarte, 2006).⁶

Bovenstaande cijfers suggereren dat mensen die met psychische problemen te kampen hebben én in maatschappelijk opzicht aan de zijlijn zijn beland, een aanzienlijke Wmo-doelgroep vormen, al is het precieze aantal om de genoemde redenen niet te noemen. Belangrijk is ook om te signaleren dat het bevorderen van de maatschappelijke participatie van deze groep geen vanzelfsprekend streven is (zie hoofdstuk 1 van deze trendrapportage). Stigmatisering – met als onderdeel daarvan de gedachte dat participatie van mensen met chronische psychische problemen ongewenst c.q. onmogelijk is – wordt door betrokkenen ervaren als een cruciale barrière voor die maatschappelijke participatie, vooral naarmate die psychische problemen ernstiger worden en de identificatie met de rol van ‘psychiatrisch patiënt’ sterker wordt. In paragraaf 4, over de taakinvulling van gemeenten, komen we op die beeldvorming terug.

Maatschappelijke ondersteuning en vermaatschappelijking van de ggz

Het streven naar het vergroten van de participatiemogelijkheden van mensen met psychische handicaps is niet vanzelfsprekend, maar ook niet nieuw. In een deel van de ggz is al enkele decennia een voorzichtige ontwikkeling gaande in de richting van meer maatschappelijke georiënteerde ondersteuningsvormen van mensen met chronische psychische problemen. De successen lijken tot dusverre bescheiden en meer betrekking te hebben op de ontwikkeling van zelfstandiger woonvoorzieningen of begeleiding van zelfstandige wonenden in hun directe omgeving, dan op daadwerkelijke sociale en maatschappelijke participatie.^{1:3:7} Vele oorzaken worden voor de relatieve traagheid van deze ontwikkeling genoemd, waaronder de eerder genoemde beeldvormingsproblematiek, de blijvende ‘zorgoriëntatie’ van de ggz, maar ook het gegeven dat voor de maatschappelijke participatie van deze groep de inzet van meer partijen en daarmee een stevige regievoering nodig is.

Eén van de overwegingen bij de invoering van de Wmo luidde dat deze nieuwe wet soelaas voor deze problemen zou kunnen bieden. De Wmo biedt gemeenten de handvatten, zo luidt het, om op te treden als lokale pleitbezorger en stimulator van de maatschappelijke participatie van mensen met chronische psychische problemen, als initiatiefnemer van de ontwikkeling van de daarvoor benodigde voorzieningen en als regievoerder bij de afstemming tussen de daarbij betrokken lokale partijen (zorginstellingen, opleidingsinstituten, werkgevers, welzijnsvoorzieningen, etc.).⁸

In de aanloop naar de Wmo zijn door veldpartijen en adviesorganen echter ook voorwaarden benoemd voor het welslagen van de nieuwe wet. De rechtszekerheid voor mensen met beperkingen was één van die voorwaarden.^{9:10} Ook werd gewezen op risico's van de ongeoormerkte overheveling van budgetten, de daarmee gepaard gaande onzekerheid, de risico's voor discontinuïteit (onder andere met betrekking tot zorgvernieuwing) en de effecten van lokale aanbestedingsprocedures op de lokale samenwerking.^{3:11}

Kortom, de Wmo is met veel verwachtingen, maar ook met de nodige kritische kanttekeningen tot stand gekomen. Een belangrijke vraag voor deze achtergrondstudie is in hoeverre deze verwachtingen en kanttekeningen in de ogen van de betrokkenen tot dusverre zijn uitgekomen.

3 GGZ-VOORZIENINGEN NAAR DE WMO

De Wmo is ook door de ggz met hoop maar ook met enige vrees ontvangen. De wet biedt mogelijkheden om in samenwerking met gemeenten en andere maatschappelijke organisaties de maatschappelijke participatie van mensen met chronische psychische problemen een positieve impuls te geven, zo wordt gesignaleerd. Een aantal motieven voor de invoering van de wet sluit volgens een aantal in de quickscan gepolste ggz-instellingen ook goed aan bij het rehabilitatiegedachtengoed van waaruit men werkt of wil gaan werken. Anderzijds wordt gesignaleerd dat de Wmo weinig garanties biedt dat die mogelijkheden ook worden aangegrepen.

Continuïteit van financiering

In de praktijk is de aandacht en energie bij veel instellingen echter in de allereerste plaats uitgegaan naar het vinden van financiering voor die voorzieningen waarvan het budget vanuit de Awbz naar de Wmo is overgeheveld. Concreet gaat het om:

- de middelen voor dienstverlening en collectieve preventie
- de subsidieregeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (Oggz)
- de subsidieregeling zorgvernieuwingsprojecten in de ggz (waaruit vooral cliëntgestuurde projecten werden gefinancierd).

Concreet gaat het bij de betreffende voorzieningen onder andere om voorlichtings-bijeenkomsten bij andere maatschappelijke organisaties (scholen), ondersteunings-groepen voor mantelzorgers, consultatie van politie of andere organisaties, participatie in oggz-netwerken, meldpunten overlast, bemoeizorgteams, wijkplatforms, cliëntge-stuurde inloopvoorzieningen of werkprojecten.^{12;13} In zijn algemeenheid betreft het voorzieningen waarin het aspect van lokale samenwerking en netwerkontwikkeling een belangrijke rol speelt en waarvan om die reden een overheveling naar de Wmo in de rede ligt. In financiële zin gaat het overigens om een relatief beperkt pakket: 76 miljoen euro ofwel circa 2 % van het totale ggz-budget.¹⁴

Toch is van een volledige overname van de financiering van deze voorzieningen door gemeenten in 2007 geen sprake geweest. De bij de subsidieregelingen behorende budgetten zijn als gezegd ongeoormerkt overgeheveld naar de Wmo. Gemeenten zijn dus vrij, binnen de brede kaders van de negen prestatievelden van de Wmo, om de middelen naar eigen inzicht te gebruiken. In de quickscan geven ggz-instellingen aan dat niet van al deze voorzieningen de financiering door gemeenten is overgenomen en dat voor zover die financiering is overgenomen dat vaak maar voor een deel van het oorspronkelijke budget is gebeurd. Daarbij bestaat de indruk dat voorzieningen op het gebied van oggz en overlastbestrijding vooralsnog minder onder de overheveling te lijden hebben dan projecten in het kader van zorgvernieuwing, mantelzorg en cliëntenondersteuning. Bij elkaar opgeteld is het bedrag dat men in 2007 voor de betreffende voorzieningen ter beschikking heeft, lager dan het oorspronkelijke bedrag, toen de voorzieningen nog vanuit de Awbz werden vergoed, zo wordt gemeld. Verder zijn er signalen dat gemeenten in 2008 strenger zullen gaan vasthouden aan procedurele eisen voor de subsidieverlening.^{14;15}

Budgettaire beperkingen worden door gemeenten vaak aangevoerd als reden voor de beperkte financiering van de overgehevelde ggz-voorzieningen: men wil wel meer, maar geeft aan (ondanks de – ongeoormerkt – overgehevelde Awbz-budgetten) daartoe niet over de middelen te beschikken. De indruk uit de quickscan is ook dat in sommige situaties, mede vanwege deze budgettaire redenen, de neiging optreedt verantwoordelijkheden elders te leggen, bijvoorbeeld als het gaat om de zogeheten bemoeizorg; zorg die elementen bevat van toeleiding, behandeling en ondersteuning en waarbij er veel ruimte voor discussie is over de verdeling van de (financiële) verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars.

Een complicerende factor die prominent uit de quickscan naar voren komt is verder dat ggz-instellingen voor de financiering van de ‘overgehevelde’ voorzieningen niet meer met één partij (het regionale zorgkantoor), maar met meerdere gemeenten te maken hebben. Dat vergt veel extra investeringen in contacten, overleg en administratie. Het zorgt voor extra complicaties (en vooral ook frustraties, zo blijkt uit de quickscan)

wanneer deze gemeenten verschillende inhoudelijke prioriteiten stellen. In sommige situaties dient zich voor ggz-instellingen de vraag aan of deze investeringen nog lonen en opwegen tegen de middelen die ermee gegenereerd worden (als de aanvragen althans gehonoreerd worden). Soms worden bestaande activiteiten om deze reden door ggz-instellingen ingekrompen of volledig gestaakt.¹⁵

Investerings in lokale beeldvorming en samenwerking

De eerste indrukken van de ervaringen van ggz-instellingen met de Wmo zijn niet overwegend positief. Daar moet meteen aan toegevoegd worden dat die ervaringen sterk lijken te verschillen per regio. Dat geldt niet alleen de financieringsbereidheid van gemeenten, maar ook de intentie van ggz-instellingen om in relaties met gemeenten en lokale netwerken te investeren. Een aantal instellingen heeft – vaak mede op basis van goede contacten in het verleden - gekozen voor een actieve benadering van de gemeente (en andere partijen). Geïnvesteed is in productoverzichten (inclusief prijs- en kwaliteitsgegevens), pr-producten en algemene informatievoorziening over het (maatschappelijke en economische) belang van goede maatschappelijke ondersteuning voor mensen met psychische problemen, het voorkomen van ziekteverzuim, preventie, het in kaart brengen van risicogroepen, voorlichting, het versterken van de sociale steun en opvang, etc.. In samenwerking met cliëntenorganisaties wordt soms ook ingezet op het presenteren van ervaringsverhalen; een werkwijze die, zo is de ervaring, de betrokken ambtenaren op een heel effectieve en praktische manier inzicht biedt in de (sociale en maatschappelijke) betekenis van het hebben van chronische psychische problemen. In de quickscan geven de betrokken instellingen aan dat deze investeringen in zijn algemeenheid renderen, maar dat de opbrengsten vaak ook broos zijn en sterk afhankelijk van (dis)continuïteit in de persoonlijke contacten met B&W, ambtenaren en raadsleden.

Oplossingen voor de financieringstekorten worden door sommige instellingen ook gezocht in andere geldstromen, zoals de Wet Werk en Bijstand of de extra gelden die door de overheid beschikbaar worden gesteld voor probleemwijken. In zijn algemeenheid grijpen de meeste instellingen de nieuwe situatie aan om zich breder te oriënteren op financierings-, maar ook op lokale en regionale samenwerkingsmogelijkheden. Complicerende factor daarbij is wel, zo geven instellingen in de quickscan aan, dat concurrentieverhoudingen ook een steeds belangrijker rol in de onderlinge verhoudingen gaan spelen, ook op gemeentelijk niveau (bijvoorbeeld rond gemeentelijke aanbestedingen). Bijkomende factor is dat minder gebouwd kan worden op regelgeving en dat de afhankelijkheid van persoonlijke contacten en netwerken toeneemt.

Regionale verschillen en zorgen om bestendigheid

Concluderend kunnen we zeggen dat de eerste ervaringen van de ggz-instellingen met de Wmo wisselend zijn, dat een eerste zorg voor veel aanbieders bestaat uit het vinden van continuïteit voor de financiering van de voorzieningen waarvan de budgetten naar de Wmo zijn overgeheveld. Een deel van deze instellingen investeert in lokale samenwerking met gemeenten terwijl andere instellingen andere prioriteiten lijken te stellen. Voor zover resultaten worden bereikt zijn er zorgen over de bestendigheid daarvan. De verwachting is dat regionale verschillen zullen toenemen.

4 TAAKINVULLING DOOR GEMEENTEN

De Wmo legt de verantwoordelijkheid voor de regie over een aantal maatschappelijke taken expliciet op decentraal niveau. Achterliggende gedachte van die decentrale verantwoordelijkheid is dat gemeenten, veel meer dan de op grotere afstand opererende centrale overheid, over de kennis, contacten, en mogelijkheden beschikt om op lokaal niveau de voor de uitvoering van die taken benodigde samenwerkingsverbanden en regionale netwerken tot stand te brengen. Expliciet wordt in de wetgeving ook vermeld dat gemeenten bij de uitvoering van de maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk derden betreft (art. 10 Wmo). Gerefereerd wordt niet alleen aan professionele zorgverleners, maar ook aan vrijwilligersorganisaties en burgers.¹⁶

Regievoering

De eerste signalen wijzen erop dat ook in de manier waarop lokale overheden deze regietaak op zich nemen, de verschillen tussen gemeenten aanzienlijk zijn. Sommige gemeenten nemen een sterk richtinggevende rol op zich, andere een veel terughoudender. Eén van de patronen die zich daarbij voordoen is dat met name in de kleinere plattelandsgebieden gemeenten wat vaker voor een terughoudende rol lijken te kiezen. Grotere gemeenten kiezen vaker voor een initiërende en sturende rol, met name wanneer sprake is van zogeheten 'grote steden-problematiek' zoals in Utrecht, Rotterdam en Schiedam.¹⁷

De actievere gemeenten hebben soms ook concrete initiatieven genomen tot de invoering van multilaterale overleggen, gericht op het vormgeven aan integrale zorg- en ondersteuningsnetwerken. Op de effectiviteit van deze overlegstructuren bestaat nog geen goed zicht. Tot dusverre lijken deze netwerken vooral gericht op onderlinge kennisuitwisseling en nadere kennismaking. Een factor die intensivering van de samenwerking soms lijkt bemoeilijken is de dubbelrol van gemeenten in deze lokale netwerken; enerzijds moeten gemeenten de partijen samenbrengen, anderzijds bevorderen zij als opdrachtgever, die via aanbestedingen het geld uitzet, de onderlinge concurrentie.

Prioritering

Wellicht meer nog dan op hun bredere regieverantwoordelijkheid bij maatschappelijke ondersteuning, lijken gemeenten zich in het eerste jaar van de Wmo te hebben toegelegd op de veranderingen op het voorzieningenniveau zoals hulp bij het huishouden en op de informatievoorziening rondom de Wmo. Veel gemeenten lijken de Wmo vooral te beschouwen als een voortzetting van de Welzijnswet en de WVG, met als aanvullende taak de regie over zorg voor huishoudelijke ondersteuning. Dat blijkt onder andere uit de Tweede voortgangsrapportage Wmo van het Ministerie van VWS.¹⁸ In de voortgangsrapportage wordt geconstateerd dat de meeste aandacht van de gemeenten uit gaat naar de hulp bij het huishouden, het contracteerbeleid, de indicatiestelling en de lokale arbeidsmarktproblematiek. Gesignaleerd wordt ook dat de aandacht voor deze gebieden weliswaar begrijpelijk is, maar dat daarmee de focus van de Wmo wel erg wordt verengd. De oorspronkelijke gedachte van de Wmo als participatiewet komt in ieder geval veel te weinig uit de verf, zo luidt de conclusie.

Positievare signalen zijn er overigens ook. Verschillende gemeenten experimenteren met nieuwe voorzieningen om mensen uit een maatschappelijk isolement te halen; bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget voor welzijn in de gemeente Almelo. In zijn algemeenheid lijken prioriteiten van de gemeenten echter nog niet volledig te liggen bij de bredere doelstelling van maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie en bij de ontwikkelingen van de daarvoor benodigde lokale samenwerkingsnetwerken.

Beeldvorming

De ervaringen in het eerste jaar van de Wmo wijzen er ook op dat mensen met psychische problemen (en hun maatschappelijke ondersteuningsbehoeften) veel minder goed in beeld zijn bij gemeenten dan andere 'kwetsbare groepen' zoals ouderen en lichamelijk gehandicapten. Een sterkere lobby van deze andere Wmo-cliëntengroepen (zie ook de volgende paragraaf) en gebrek aan kennis en onjuiste beeldvorming lijken een belangrijke rol te spelen.

Ervaringen van de in de quickscan gepolste ggz-instellingen en cliëntenorganisaties leren dat er bij gemeenten vaak weinig bekendheid is met de omstandigheden en ondersteuningsbehoeften van mensen met chronische psychische problemen. Ook kennis over de omvang van de populatie en de voorzieningen waar zij op dit moment gebruik van maken, ontbreekt veelal. Voor zover men een beeld heeft is dat beeld vaak vertekend, onder andere door het feit dat de bemoeienis van gemeenten met mensen met psychische problemen tot de invoering van de Wmo beperkt bleef tot de oggz en de oggz-clientèle. Mensen met psychische problemen worden veelal geassocieerd met hetzij mensen die in het dak- en thuislozencircuit verkeren c.q. overlast veroorzaken, hetzij de relatief kleine groep die in inrichtingen verblijft.

Soms is men ook niet bekend met het onderscheid tussen psychische en verstandelijke handicaps. Veelal is de gedachte dat maatschappelijke ondersteuning bij deze groep niet aan de orde is, omdat die groep niet in de maatschappij verblijft of kan verblijven danwel omdat maatschappelijke participatie voor deze groep onmogelijk is. Onbekendheid is er met het feit dat het overgrote deel van de mensen met chronische psychische problemen zelfstandig woont, al dan niet met begeleiding vanuit de ggz een eigen leven probeert te leiden, daar voor een deel ook in slaagt maar op onderdelen ook ondersteuning wenst, bijvoorbeeld op het gebied van sociale contacten en werk.

Ook hier geldt weer: de situatie verschilt per gemeente. Niettemin is het beeld dat veel gemeenten, die in de nieuwe wetgeving de belangrijkste stimulator en facilitator zouden moeten zijn van de maatschappelijke participatie van mensen met chronische psychische problemen, onbedoeld en ongewild juist lijken bij te dragen aan de stigmatisering van deze groep en daarmee aan de instandhouding of versterking van hetgeen door mensen met chronische psychische problemen zelf als de belangrijke barrière voor hun maatschappelijke participatie wordt gezien.

Informatievoorziening

Dat op het gebied van kennis en beeldvorming bij veel gemeenten nog een aantal slagen gemaakt moet worden, blijkt ook uit de resultaten van enkele onderzoeken naar de zogeheten Wmo-loketten. Het gemeentelijk Wmo-loket is sinds 1 januari 2007 de plek waar elke burger terecht kan met zijn vragen om informatie en advies over de Wmo of het algemene gemeentelijke aanbod op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Toegankelijkheids- en efficiency-overwegingen liggen ten grondslag aan de invoering van deze één-loket-systematiek. Vanuit cliëntenperspectief ligt het belang van het Wmo-loket in de mogelijkheden die het biedt een goed overzicht te krijgen over de lokale voorzieningen en daar op grond van eigen afwegingen een goede keuze uit te maken.

In 2007 liet cliëntenorganisatie Zorgbelang Noord-Holland 54 loketten in die provincie door mensen met een fictieve hulpvraag testen op de aanwezige kennis bij de medewerkers. De onderzoeksresultaten laten zien dat de kennis op 'oude' gemeenteterreinen als ex-WVG-voorzieningen goed is. Ook bij vragen over hulp bij het huishouden wordt voldoende informatie gegeven. Voorlichting aan specifieke doelgroepen zoals ggz-cliënten schiet volgens de onderzoekers echter tekort. Opvallend is met name de slechte kennis bij de loketmedewerkers met betrekking tot welzijns- of andere activiteiten speciaal voor ggz-cliënten. De bejegening wordt over het algemeen wel als vriendelijk bestempeld, maar de houding als weinig pro-actief.^{19;20}

Movisie hield in het voorjaar van 2007 een enquête onder gemeenten verspreid door het hele land. Uit de resultaten bleek dat alle loketten zich voornamelijk richten op ouderen en gehandicapten. ‘Nieuwe’ doelgroepen als ggz-cliënten en verstandelijk gehandicapten waren veel minder in beeld. Aanbevolen wordt onder andere om de samenwerking met de reeds bestaande organisaties voor informatie, advies en cliëntondersteuning aan ggz-cliënten (ggz-informatiepunten c.q. steunpunten cliëntondersteuning) te intensiveren.²¹

Deze aanbeveling sluit aan bij een aantal bevindingen in de eerder aangehaalde Tweede voortgangsrapportage Wmo van het Ministerie van VWS. Daarin wordt geconstateerd dat deskundigheid van organisaties voor cliëntondersteuning van groot belang, maar ook dat “de in te zetten deskundigheid ... niet voor alle doelgroepen hetzelfde [is]. Voor ggz-cliënten is bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid van de cliëntondersteuner van grote waarde”.¹⁸

Gerefereerd wordt door Movisie en door het Ministerie van VWS aan de reeds bestaande ggz-informatiepunten c.q. steunpunten cliëntondersteuning in de ggz, die vaak voor een belangrijk deel bemenst worden door (deels vrijwillige) medewerkers die zelf ervaring hebben met psychische problemen en met de ggz. Juist om deze ervaringskennis en de laagdrempeligheid van de steunpunten (in vergelijking met de meer ambtelijke Wmo-loketten), lijken ze door cliënten en familie te worden gewaardeerd. De steunpunten werden voorheen gefinancierd vanuit het zorgvernieuwingsfonds (onderdeel van de Awbz). Die financieringsbron is met de invoering van de Wmo opgeheven, vanuit de gedachte dat de steunpunten in het vervolg vanuit de Wmo gefinancierd kunnen worden onder de noemer van het prestatieveld ‘informatievoorziening, advies en cliëntondersteuning’ (waaruit ook de Wmo-loketten worden bekostigd). Van veel ggz-steunpunten cliëntondersteuning is de financiering in 2007 inderdaad door de gemeente overgenomen, maar onduidelijk is voor hoeveel steunpunten die financiering in 2008 is gecontinueerd.

Geopperd wordt dat de ggz-steunpunten cliëntondersteuning, als ze het hoofd boven water houden, juist vanwege de aanwezige ervaringsdeskundigen, mogelijk ook een belangrijke rol kunnen spelen in het corrigeren van de beeldvorming bij gemeenten zelf. Initiatieven daartoe worden al ontwikkeld. Zo zijn in samenwerking met lokale cliëntenorganisaties op sommige plaatsen cursussen ontwikkeld, waarin ggz-cliënten hun ervaringen en kennis overdragen aan ambtenaren bij het gemeenteloket, de sociale dienst, de woningbouwcoöperaties en overige maatschappelijke instanties.

In zijn algemeenheid wordt geconstateerd dat er voor cliënten en cliëntenorganisaties in de ggz op het gebied van beeldvorming, informatievoorziening en belangenbehartiging in brede zin nog een wereld te winnen is. In de volgende paragraaf staan

we kort stil bij de wijze waarop die belangenbehartiging op lokaal niveau tot nu toe verloopt.

Pragmatisme leidend

Voor dit moment concluderen we dat veel gemeenten de invoering van de Wmo vooral praktisch hebben opgepakt, de Wvg- en Welzijnswet-voorzieningen die zij al financierden doorgaans hebben gecontinueerd en zich daarnaast met name oriënteren op de nieuwe taken en bijbehorende procedureontwikkelingen op het gebied van de thuiszorg. Ook concluderen we dat veel gemeenten vooralsnog weinig kennis en veelal een vertekend beeld hebben van mensen met (chronische) psychische problemen en de maatschappelijke ondersteuning van deze groep (nog) niet onmiddellijk tot hun verantwoordelijkheden lijken te rekenen. Ook stellen we nog eens vast dat de situatie verschilt per gemeente. Er zijn aanwijzingen dat met name waar sprake is van een zeer actieve cliëntenvertegenwoordiging, gemeenten beter geïnformeerd zijn en een genuanceerder beeld hebben van mensen met psychische problemen en van de ondersteuningsbehoeften die onder deze groep leven. Ook op het vlak van de cliëntenvertegenwoordiging is echter nog een aantal barrières te nemen.

5 MEDEZEGGENSCHAP VAN MENSEN MET PSYCHISCHE PROBLEMEN

Het belang van een actieve inbreng en medezeggenschap van mensen met psychische problemen in het gemeentelijke Wmo-beleid, is uit het voorgaande evident. Formeel is de medezeggenschap in de Wmo, behalve via de normale wegen van de parlementaire democratie, geregeld in bepalingen over burgerraadpleging in een adviesrecht van vertegenwoordigers van zorgvragers over ontwerpbeleidsplannen. Onder verschillende noemers (waaronder Wmo-platforms en Wmo-raden) zijn rond de invoering van de Wmo overlegorganen in het leven geroepen waarin verschillende belangengroepen zitting hebben en meepraten over het lokale Wmo-beleid.

De ervaringen leren dat de belangengroepen van ouderen, lichamelijk gehandicapten en chronisch zieken tot dusverre de belangrijkste stem hebben in de verschillende inspraakorganen. Doorgaans gaat het bij deze belangengroepen om goed georganiseerde verenigingen, met een grote achterban, veelal stevig en gedurende lange tijd ingebed in de lokale politiek en de bijbehorende adviesstructuren. Veel minder betrokken bij de lokale beleidsvorming zijn tot dusverre cliënten van de ggz, verslaafden, daklozen en vrouwen in de vrouwenopvang.²²

Als oorzaak voor de relatief lage participatiegraad van laatstgenoemde groep wordt gewezen op de relatieve lage organisatiegraad van de achterban, juist verband houdend met de (gemarginaliseerde) maatschappelijke positie van de betrokkenen. De belangenorganisaties die er zijn, hebben te kampen met onderbemensing, een achter-

stand in kennis op het gebied van bestuurlijke processen, een gebrek aan bestuurlijke vaardigheden en een gebrekkige continuïteit in het medewerkersbestand. De consequentie is dat belangen van deze groepen, waaronder die van mensen met psychische problemen, ondergesneeuwd dreigen te raken in het lokale politieke krachtenspel.

Programma lokale versterking

De rijksoverheid en de bestaande belangenorganisaties voor mensen met psychische problemen hebben niet in deze situatie berust. In overleg tussen Zorgbelang Nederland, het Landelijk Platform GGz en het ministerie van VWS zijn al in 2006 twee programma's opgezet: het programma Lokaal centraal en het programma Lokale versterking. Beide programma's hebben tot doel de cliëntenparticipatie op Wmo-terrein te versterken, het programma Lokaal centraal voor zorggebruikers in algemene zin en het programma Lokale versterking voor de doelgroepen van de ggz, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Het ministerie heeft in 2006 voor de beide programma 15 miljoen euro ter beschikking gesteld (gelijkelijk over deze programma's te verdelen), te besteden in de periode 2006 tot 2009.

Een grondige evaluatie van het programma Lokale versterking heeft nog niet plaatsgevonden. Wel worden de tot nu toe ontwikkelde initiatieven en de bereikte resultaten op een rij gezet in het Werkplan 2008 van het programma en in de Tweede voortgangsrapportage Wmo.^{18;23} Daaruit blijkt dat in de loop van 2007 meer dan dertig regionale initiatiefgroepen in het leven zijn geroepen, bestaande uit ervaringsdeskundigen uit de ggz die worden bijgestaan door projectmedewerkers.

In aanvang richtten deze initiatiefgroepen zich hoofdzakelijk op het opbouwen c.q. uitbouwen van een goede infrastructuur voor medezeggenschap. Dat gebeurt onder andere door actieve werving onder de achterban, deskundigheidsbevordering en de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden tussen de verschillende lokale en regionale cliënten-, familie- en gehandicaptenorganisaties. Samenwerkingsrelaties zijn onder andere tot stand gebracht tussen de regionale, breed opererende Zorgbelangorganisaties en de regionale cliëntenorganisaties voor ggz-cliënten (RCO's ggz). Ook is ingezet op versterking van contacten met regionale vertegenwoordigers van landelijke cliënten- en familie-organisaties. Verder is in veel regio's een sterke deelname vanuit cliëntenraden van de ggz-instellingen aan de initiatiefgroepen gerealiseerd.

Gaandeweg is de aandacht verschoven naar de feitelijke, actieve participatie in de lokale overlegorganen en naar kennisoverdracht aan ambtenaren, wethouders en maatschappelijke organisaties. Vertegenwoordigers van verschillende initiatiefgroepen geven aan dat de vertegenwoordiging in de lokale overlegorganen inmiddels redelijk tot goed geregeld lijkt te zijn in de wat grotere gemeenten maar minder goed bij kleinere gemeenten.

Inhoudelijk richten de vertegenwoordigende organisaties zich tot dusverre vooral op het waarborgen van een goede samenhang tussen Zvw, Awbz en Wmo en op het voortbestaan van voorzieningen die zich op het grensgebied van deze financieringskaders bewegen, die daarmee in een onzekere financiële positie verkeren, maar die wel als zeer zinvol worden ervaren. Concreet gaat het dan bijvoorbeeld om rehabilitatie-activiteiten, cliëntgestuurde projecten, zelfhulpgroepen, voorlichting aan andere maatschappelijke organisaties.²⁴

Zorgen blijven ondertussen bestaan over de continuïteit in de vertegenwoordiging en over de relatieve zwakke positie in vergelijking tot die van de andere belangenorganisaties. Ook blijven cliënten uit de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg vooralsnog ondervertegenwoordigd. Gerichte initiatieven worden ontplooid om deelname vanuit deze groepen te vergroten, bijvoorbeeld door middel van specifiek op deze groep gerichte voorlichting, klankbordgroepen en conferenties.

Een voorlopige conclusie luidt dat de medezeggenschap van mensen met psychische problemen in het lokale (Wmo-beleid) door het programma Lokale Versterking een belangrijke impuls lijkt te hebben gekregen, maar nog (lang) niet op het niveau is van dat van andere belangengroepen. Waar medezeggenschap inmiddels goed van de grond is gekomen zijn de vertegenwoordigers vooralsnog drukker met het waarborgen van het voortbestaan van bestaande voorzieningen dan met de uitbouw van een breder, samenhangend lokaal maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor mensen met psychische problemen.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In bestuurlijke zin is de Wmo vooral een samenvoeging en herordening van een aantal wetten en subsidieregelingen op het gebied van zorg en welzijn. In ideologische zin is de Wmo in de afgelopen jaren gepresenteerd als het vehikel voor de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen, waaronder mensen psychosociale problemen en chronische psychische problemen. In deze achtergrondstudie is gebleken dat er tussen praktijk en ideologie nog een kloof gaapt.

De eerste ervaringen leren dat ggz-instellingen en cliëntenorganisaties zich in het eerste jaar van de Wmo vooral hebben toegelegd op het zeker stellen van de financiering van die activiteiten waarvan de budgetten naar de Wmo zijn overgeheveld. Dat is slechts ten dele gelukt; garanties voor de komende jaren zijn er niet. Betrokkenen ervaren de nieuwe financieringssystematiek als zeer onzeker en daarmee als een hindernis voor de ontwikkeling van nieuwe initiatieven. Sommigen vrezen voor verschraling van juist de meer maatschappelijke georiënteerde en op participatie gerichte zorg. Wat niet wegneemt dat een aantal organisaties daar toch in blijft investeren.

De eerste ervaringen leren ook dat de beleidsvrijheid die de Wmo biedt aanleiding geeft tot grote regionale verschillen. Het algemene beeld is niettemin dat veel gemeenten de invoering van de Wmo vooral praktisch hebben opgepakt, de voorzieningen die zij al financierden doorgaans hebben gecontinueerd en zich daarnaast met name hebben georiënteerd op de nieuwe taken en bijbehorende procedureontwikkelingen op het gebied van de thuiszorg. Relatief beperkt zijn tot dusverre de aanwijzingen voor een door de Wmo geïntensiveerde oriëntatie van gemeenten op de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen en op het tot stand brengen van de daarvoor nodig geachte lokale samenwerkingsverbanden. Wel blijkt er bij veel gemeenten sprake van een fors kennistekort en een vertekende (stigmatiserende) beeldvorming over mensen met psychische problemen. Bijstelling van die beeldvorming vanuit de ggz en met name vanuit cliëntenorganisaties (via trainingen, voorlichtingsbijeenkomsten en inspraakorganen) is cruciaal, maar vergt van de betrokkenen nog een grote inspanning.

Terugkerend naar de in paragraaf 2 genoemde verwachtingen bij de Wmo, moet de voorlopige conclusie luiden dat deze nog niet zijn ingelost en dat een aantal vanuit het veld en verschillende adviesorganen geplaatste kanttekeningen bij de Wmo, niet ten onrechte zijn gemaakt. De Wmo schept mogelijkheden, maar biedt geen waarborgen, want kent geen concrete verplichtingen, zo luiden kort samengevat de bevindingen tot nu toe. Budgetten kunnen niet geclaimd worden en zorgaanpakken niet afgedwongen. Dat maakt dat de Wmo gekenmerkt wordt door een grote mate van vrijblijvendheid en voor diegenen die ervan afhankelijk zijn (instellingen én cliënten) door een even grote mate van onzekerheid.

Stimulering en onderzoek

2007 was een overgangsjaar. Hoe gemeenten hun prioriteiten voor 2008 (en de daaropvolgende jaren) stellen, was aan het eind van dat overgangsjaar jaar (en bij het schrijven deze rapportage) nog ongewis. Wel was op dat moment door de centrale overheid c.q. de verantwoordelijke staatssecretaris reeds besloten tot het opzetten van een stimuleringsprogramma en het entameren van een brede Wmo-evaluatie.

Het stimuleringsprogramma is erop gericht gemeenten ertoe te bewegen de Wmo alsnog op te vatten en in te vullen als een participatiewet in de ruimste zin. Het programma bestaat onder andere uit het verzamelen van evidence based en practice based methoden die leiden tot een betere participatie en het opnemen van die methoden in opleidingsprogramma's van onderwijsinstellingen en deskundigheidsbevordering van professionals.²⁵

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is verzocht de werking van de Wmo te evalueren. Daarbij zal op brede schaal worden onderzocht hoe gemeenten invulling geven aan de

Wmo. De specifieke aandachtspunten van deze evaluatie zijn bij het schrijven van deze rapportage nog niet bekend. Op basis van de in deze achtergrondstudie beschreven eerste ervaringen dient zich wel een drietal suggesties aan, zo niet als onderzoeksvragen voor het inmiddels gestarte evaluatie-onderzoek dan toch als aandachtspunten voor de verder beleidsvorming rond de Wmo.

Een eerste suggestie is om in de vervolgtrajecten nadrukkelijker aandacht te besteden aan de positie van mensen met (chronische) psychische problemen in de Wmo (en deze niet, zoals op lokaal niveau soms lijkt te gebeuren, te marginaliseren). Zo mogelijk ook onderzoeksmatig. Veel van hetgeen in deze achtergrondstudie is geschreven betreft eerste impressies vanuit het veld en is nog niet gebaseerd op gedegen, representatief (kwantitatief) onderzoek. Dergelijk onderzoek is wel zeer wenselijk. Aandachtspunt zou daarbij ook kunnen zijn wat nodig is voor een genuanceerde beeldvorming over mensen met psychische problemen en voor een actieve inzet van gemeenten bij de maatschappelijke ondersteuning van specifiek deze groep.

Een tweede suggestie is om aandacht te besteden aan de vraag in hoeverre de Wmo daadwerkelijk de incentives biedt c.q. voldoende incentives biedt voor gemeenten om zich toe te leggen op de ontwikkeling van een stevig maatschappelijk ondersteuningaanbod en het bevorderen van de maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen. En voor zover die incentives er niet of onvoldoende zijn: wat is er nodig is om die alsnog te creëren?

Een derde en laatste suggestie is om aandacht te besteden aan de vraag of gemeenten met de Wmo over de *instrumenten* en *middelen* beschikken om, als men die intentie heeft, die maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie daadwerkelijk gestalte te geven. En voor zover dat niet het geval blijkt: welke aanvullende of alternatieve maatregelen zijn dan denkbaar - decentraal of centraal - om die maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie wel (of voortvarender) tot ontwikkeling te brengen?

REFERENTIES BIJ BIJLAGE II

1. Van Hoof, F., Geelen, K., Van Rooijen, S., Boevink, W., Kroon, H. (2004). *Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps: monitorrapportage vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Van Weeghel, J. (2005). Psychiatrische rehabilitatie in Nederland: stand van zaken en perspectief. *Passage: tijdschrift voor rehabilitatie*, 14(2): 12-21.
3. Kwekkeboom, M.H., De Boer, A.H., Van Campen, C. (2006). *Een eigen huis...: ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
4. Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
5. Lautenbach, H., Cuijpers, M., Kösters, L. (2007). *Arbeidsgehandicapten 2006: arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
6. Quist, H., Swarte, M. (2006). *Aard en omvang WMO-doelgroep*. Den Haag: SGBO.
7. De Heer-Wunderink, C., Caro-Nienhuis, A.D., Sytema, S., Wiersma, D. (2007). *UTOPIA: uit en thuis: onderzoek naar de participerende instellingen van de Ribw Alliantie*. Groningen: Rob Giel Onderzoekcentrum.
8. Ministerie van VWS (2004). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning): memorie van toelichting*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal, Vergaderjaar 2004–2005, 30 131 nr. 3.
9. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2003). *Gemeente en zorg*. Zoetermeer: RVZ.
10. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Briefadvies WMO*. Zoetermeer: RVZ.
11. Koops, H., Kwekkeboom, M.H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg: ervaringen en verwachting van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
12. Hasker, J. (2007). *Notitie 'Werken met de WMO': praktische tips op basis van ervaringen*. Utrecht: Kenniscentrum Rehabilitatie, Trimbos-instituut, Landelijke Steunfunctie Preventie.
13. Programma Versterking Cliëntenpositie (2006). *Subsidieregelingen die zijn overgegaan naar de Wmo: beknopte handreiking voor lokale belangenbehartigers*. Utrecht: Programma VCP.
14. GGZ Nederland (2007). *Ggz in de WMO: feiten cijfers en knelpunten*. Amersfoort: GGZ Nederland.

15. Van Delft, S. (2007). Wmo slaat gaten in psychische zorg. *Psy*, 11(9): 16-17.
16. Sijtema, T.B. (2007). *Tekst & toelichting Wet maatschappelijke ondersteuning*. Deventer: Kluwer.
17. Alblas, M.J. (2007). *De revitalisering van de Nederlandse Civil Society: onderzoek naar de bijdrage van de overheid met de Wmo aan de revitalisering van de Nederlandse Civil Society*. Utrecht: Movisie.
18. Ministerie van VWS (2007). *Tweede voortgangsrapportage Wmo*. Den Haag: Ministerie van VWS.
19. Eeland, K. (2007). *Met het Wmo-loket*. Hoofddorp: Zorgbelang Noord Holland.
20. Initiatiefgroep GGZ-Wmo Drenthe/Programma Lokale Versterking (2007). *Wmo-loketten getoetst vanuit ervaringsdeskundigheid: een mysterie onthuld?* S.l.: Initiatiefgroep GGZ-Wmo Drenthe/Programma Lokale Versterking.
21. Van Bergen, A. (2007). *Nieuwsbrief Cliëntondersteuning en het Wmo-loket: hoe ver is het veld?* Utrecht: Movisie.
22. Van Tilburg, L. (2007). Tandeloze participatie. *Binnenlands Bestuur*, 2007(42): 30-33.
23. Landelijk Platform GGZ (2007). *Programma lokale versterking GGz: algemeen werkplan 2008*. Utrecht: Landelijk Platform GGZ.
24. Rijkschroeff, R., Oudenampsen, D., Flikweert, M. (2007). *Beste koop: GGZ-inkoop vanuit cliënten- en familieperspectief*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut, LPGGz.
25. Ministerie van VWS (2007). *Voortgangsrapportage Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Den Haag: Ministerie van VWS.

De geestelijke gezondheidszorg staat op een keerpunt. In 2008 hebben ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in de financiering. Marktwerking heeft zijn intrede gedaan. De geestelijke gezondheidszorg als een uniform georganiseerde, nauw af te bakenen sector, lijkt verleden tijd. Tegelijk is de geestelijke gezondheidszorg als maatschappelijk werkveld meer in beweging dan ooit tevoren.

Deze Trendrapportage bevat een basisanalyse van de organisatie, de structuur en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg. Aan de orde komen de actuele aanbieders- en voorzieningstructuur, de voorgeschiedenis daarvan en de nieuwe financieringskaders anno 2008. Een viertal toekomstscenario's wordt beschreven en de Nederlandse ontwikkelingen worden in Europees perspectief geplaatst.

Het rapport is het eerste deel van een drietal Trendrapportages die het Trimbos-instituut in 2008 uitbrengt over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. In deze drie rapporten komen aan bod:

Deel 1: Organisatie, structuur en financiering

Deel 2: Toegang en gebruik

Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit

In de komende jaren zullen voortgangs- en verdiepingsrapportages verschijnen. De Trendrapportages GGZ worden samengesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.