

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2017



Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2017

Utrecht, 2017

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Frank van Hoof

Projectuitvoering/auteurs

Frank van Hoof

Aafje Knispel

Lex Hulsbosch

Aniek de Lange

Harry Michon

Hans Kroon

Met medewerking van

Harry van Haastrecht

Project-assistentie

Freeke Perdok

Met dank aan

De respondenten van de geëncquêteerde instellingen en gemeenten

De leden van het panel Psychisch Gezien

De deelnemers aan de interviews

NZa

Vektis

Productie

Martin Fraterman

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel

Artikelnummer **AF1586**

© 2017, 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

1	Inleiding	5
2	Resultaten kernmonitor transities GGZ-voorzieningen	7
3	Resultaten kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen	11
4	Ervaringen en toekomstwensen veldpartijen	13
5	Conclusies	17
Bijlagen		
	Deelrapportage 1: Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen	19
	Deelrapportage 2: Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik: analyse van secundaire bronnen	51
	Deelrapportage 3: Ontwikkelingen gemeentelijk domein	67
	Deelrapportage 4: Visies en ambities GGZ-bestuurders	91
	Deelrapportage 5: Visies en ambities zorgverzekeraars	115
	Deelrapportage 6: Kwalitatieve verdiepingsstudie regionale innovaties van geïntegreerde, gebiedsgerichte en maatschappelijk ingebedde zorg	131
	Deelrapportage 7: Resultaten panel Psychisch Gezien najaarspeiling 2016: gemeentelijke voorzieningen	151
	Deelrapportage 8: Panel Psychisch Gezien: leefsituatie en ontvangen zorg	157
	Deelrapportage 9: Regionale uitgaven aan klinische en ambulante GGZ 2015 en een overzicht van EPA-vignetten per regio in 2015	191
	Samenstelling begeleidingscommissie	209
	Referenties	211
	Afkortingen	213

Op 6 november j.l. is Frank van Hoof, onze collega en projectleider van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, heel plotseling en onverwacht komen te overlijden. Wij zullen zijn warme persoonlijkheid, enorme vakkennis, inzichten en humor missen.

Projectteam LMA - Trimbos-instituut

1 Inleiding

Op jaarbasis hebben in Nederland naar schatting bijna twee miljoen volwassenen te kampen met psychische aandoeningen (Trimbos-instituut, 2010). Bij de meerderheid zijn de klachten van relatief korte duur en is de impact op het dagelijks functioneren relatief beperkt. Er zijn ook mensen bij wie de problemen niet zo snel overgaan, bij wie de klachten een chronisch karakter (dreigen te) krijgen en bij wie de psychische klachten gepaard (dreigen te) gaan met uiteenlopende problemen op andere terreinen (lichamelijke gezondheid, sociale en maatschappelijke situatie). Naar schatting telt Nederland 250.000 tot 300.000 mensen met deze 'ernstige psychische aandoeningen'¹. Verreweg de meesten daarvan wonen op zichzelf, een klein (maar tot 2013 nog groeiend) deel van circa 10% woont in een GGZ-instelling (Trimbos-instituut, 2015, 2016).

Hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, laten eerdere onderzoeken zien dat de kwaliteit van leven van mensen die te kampen hebben met ernstige psychische aandoeningen in doorsnee fors achterblijft bij die van de algemene bevolking. Niettemin geven velen hun hoop en ambities op een goed, zinvol en sociaal leven niet op. Vooral onder de jongere generaties is de wens om sociaal en maatschappelijk actief te kunnen zijn onverminderd groot. Velen hebben behoefte aan meer en betere ondersteuning daarbij, vooral bij hun psychische klachten, sociale contacten, relaties, werk en opleiding. Onderzoek laat ook zien dat mensen met ernstige psychische aandoeningen geen statische populatie vormen. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven, kunnen mensen in persoonlijke en maatschappelijke zin 'herstellen' (Trimbos-instituut, 2013).

Transities in de GGZ

Twee belangrijke, in de afgelopen jaren ingezette landelijke transities in de GGZ moeten eraan bijdragen dat mensen met ernstige psychische aandoeningen meer en betere ondersteuning ontvangen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en meer mogelijkheden krijgen een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden. Die transities zijn de ambulantisering van de GGZ en hervorming van de langdurige GGZ:

- De ambulantisering van de GGZ is het proces van afbouw van intramurale GGZ plaatsen en de opbouw van de ambulante zorg, in het bijzonder voor mensen met ernstiger psychische problemen; dit proces moet ertoe leiden dat meer mensen meer (intensievere) en betere ambulante zorg ontvangen. Nederland kent van oudsher een relatief groot aantal bedden; in 2012 is door de landelijke overheid en de koepelorganisatie van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om in het kader van de ambulantiseringsdoelstelling het aantal klinische plaatsen in 2020 teruggebracht te hebben tot twee derde van het aantal plaatsen in 2008².
- De hervorming van de langdurige GGZ is de transitie waarbij de tot 2015 door de AWBZ gefinancierde langdurige GGZ vanaf 2015 deels is overgeheveld naar de Wlz (langdurig verblijf vanaf drie jaar) en deels naar de door gemeenten uit te voeren Wmo 2015 (niet-geneeskundige ambulante begeleiding en beschermd wonen). Daarmee zijn delen van het GGZ-aanbod (ambulante begeleiding en beschermd wonen) onderdeel geworden van het sociale domein en hebben gemeenten een explicietere verantwoordelijkheid gekregen voor het ondersteunen van mensen met psychische aandoeningen bij hun zelfredzaamheid en hun "deelname aan het maatschappelijk verkeer". De hervorming van de langdurige GGZ moet ertoe

1 Daarbij gaat het om "mensen die in de voorafgaande vijf jaar ten minste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren" (Delespaul e.a., 2013)

2 Over het beschermd wonen zijn geen landelijke afspraken gemaakt. Wel lijkt er breed draagvlak voor de voorstellen van de commissie Dannenberg (in het advies Toekomst Beschermd Wonen) om de geïntegreerde, 'all-inclusive' woonzorgpakketten in de toekomst zoveel mogelijk te vervangen door oplossingen waarbij woonwensen en zorgbehoeften gescheiden en op individuele maat worden geadresseerd (Commissie Dannenberg, 2016).

bijdragen dat de ondersteuning aan mensen met (ernstige) psychische aandoeningen beter wordt ingebed in de lokale samenleving.³

De ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ zijn geen doelen op zich. De uiteindelijke doelstelling is te komen tot een (organisatie van de) GGZ die, in samenwerking met andere maatschappelijke sectoren (en met cliënten zelf), meer en beter bijdraagt aan de kwaliteit van leven en de sociale inclusie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen.

Opzet van de monitor

Het ministerie van VWS hecht eraan om de transities en de resultaten daarvan goed te kunnen volgen, en heeft het Trimbos-instituut daarom gevraagd de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Eind 2015 verscheen de eerste monitorrapportage. Voorliggend rapport beschrijft de resultaten van de derde meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA).

De LMA 2017 bestaat uit de volgende onderdelen:

- De kernmonitor transities GGZ-voorzieningen: ontwikkelingen in capaciteit, zorggebruik en GGZ-uitgaven, met een focus op de klinische afbouw en de ambulante opbouw, op basis van:
 - een periodieke uitvraag bij GGZ-instellingen, update voor LMA 2017 (aan deze monitoractiviteit neemt het grootste deel van de geïntegreerde GGZ-instellingen en de RIBW's deel; bijlage 1)
 - een enquête onder centrumgemeenten (bijlage 3)
 - analyses van secundaire bronnen (waaronder CBS, Vektis, NZA, ZIN; bijlage 2)⁴
- De kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen, op basis van:
 - een periodieke uitvraag bij het panel Psychisch Gezien (het panel bestaat uit circa tweeduizend mensen met langdurige psychische problemen; bijlagen 7 en 8)
- Naast bovenstaande vaste onderdelen van de LMA is in deze monitorronde speciale aandacht besteed aan de ervaringen van de veldpartijen met de transities tot nu toe en aan hun ambities voor de toekomst, op basis van:
 - interviews met GGZ-bestuurders (bijlage 4) en zorgverzekeraars (bijlage 5)
 - eerdergenoemde enquête onder centrumgemeenten (bijlage 3)
 - een verdiepingsstudie in drie regio's (bijlage 6)
 - analyses van secundaire bronnen (waaronder bijlage 2)

In de volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de belangrijkste bevindingen van de LMA 2017. Voor een uitgebreid verslag van de opzet, resultaten en verantwoording van de afzonderlijke deelactiviteiten en -onderzoeken verwijzen we naar de respectievelijke bijlagen.

3 Per saldo zijn sinds 2015 de belangrijkste financieringskaders voor de GGZ:

- De Zorgverzekeringswet (Zvw): voor alle 'geneeskundige' ambulante GGZ en voor klinische opnamen tot drie jaar
- De Wet langdurige zorg (Wlz): voor klinische opnamen van meer dan drie jaar
- De Wmo 2015: voor ambulante begeleiding en voor beschermd wonen

Relevante financieringskaders zijn daarnaast de Jeugdwet (Jeugd-GGZ), de Participatiewet en het ministerie van Justitie (strafrechtelijke forensisch psychiatrische zorg).

4 Een apart overzicht van uitgaven aan klinische en ambulante GGZ per regio is opgenomen in bijlage 9.

2 Resultaten kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen

De belangrijkste bron voor de *kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen* bestaat uit een jaarlijkse uitvraag bij GGZ-instellingen over de capaciteit en het gebruik van ambulante en klinische GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor beschermd wonen. In deze uitvraag participeert het grootste deel van de geïntegreerde GGZ-instellingen en RIBW's in Nederland. In het kader van de derde meting van de monitor heeft een uitvraag plaatsgevonden over 2016 en is een trendanalyse gemaakt van de resultaten van de opeenvolgende uitvragen van de LMA en de voorloper daarvan, de Landelijke Monitor Intramurale GGZ, over de periode 2012-2016. Daarnaast is een uitgebreide analyse gemaakt van trendcijfers over capaciteit, gebruik van en uitgaven aan de ambulante en intramurale GGZ-voorzieningen op basis van een reeks secundaire bronnen. We zetten de belangrijkste bevindingen van de uitvraag bij de instellingen en de analyse van de secundaire bronnen op een rij:

Ontwikkelingen intramurale GGZ en beschermd wonen

- In de afgelopen jaren heeft een gestage afbouw plaatsgevonden van de klinische GGZ-voorzieningen. Die afbouw zet in 2016 door. Figuur 1 laat zien dat over de periode 2012-2016 bijna 20% aan klinische plaatsen is afgebouwd (terwijl er ook voor 2012 al enige afbouw had plaatsgevonden). Anno 2016 telt Nederland in totaal circa 16.000 klinische plaatsen (Zvw, Wlz en Jeugdwet), waarvan circa 6.500 plaatsen voor langdurig verblijf (opnamen van langer dan een jaar)⁵. (Bijlage 1)
- Binnen de klinische gespecialiseerde GGZ neemt het aantal opnamen af maar blijft de gemiddelde verblijfsduur per opname min of meer gelijk. (Bijlagen 1 en 2)
- Het aantal plaatsen voor *intensieve* klinische zorg neemt toe tussen 2012 en 2015, niet alleen in relatieve zin, maar ook in absolute zin. In 2016 zet die absolute stijging bij de instellingen die deelnemen aan de LMA-uitvraag door bij de twee zwaarste klinische deelprestaties. (Bijlagen 1 en 2)
- Het aantal plaatsen voor beschermd wonen (tot 2012 nog aanzienlijk gegroeid) is sinds 2012 afgenomen, zij het in bescheiden mate dan het aantal klinische plaatsen. Figuur 1 laat zien dat ook deze afbouw van het BW in 2016, in bescheiden tempo, doorzet. In totaal is het aantal BW-plaatsen over de periode 2012-2016 met circa 7% gedaald. Anno 2016 telt Nederland circa 16.500 Wmo-gefinancierde BW-plaatsen voor mensen met psychische aandoeningen^{6, 7}. (Bijlage 1; zie ook bijlage 3)

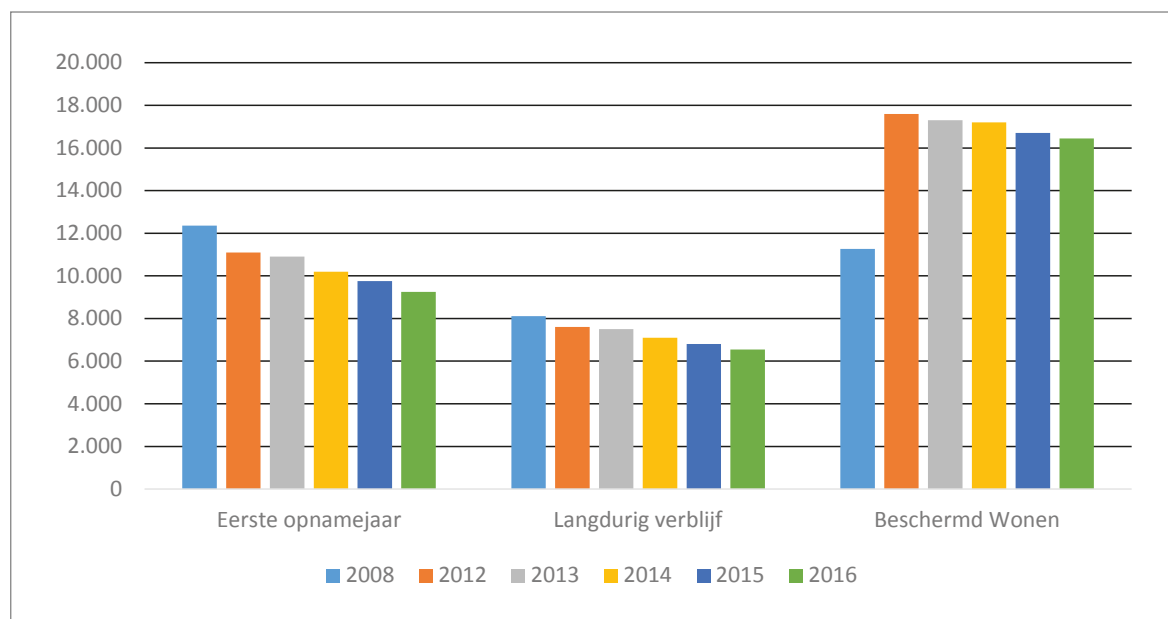
5 Daarnaast telde Nederland in 2016 circa 2450 klinische plaatsen voor strafrechtelijke psychiatrische zorg, gefinancierd door het Ministerie van Justitie. Ook dat aantal is in de periode 2012-2016 gedaald, met ruim 20%. (Bijlage 2.)

6 De BW-cijfers hebben betrekking op plaatsen die vanuit de Wmo worden gefinancierd door middel van zorg in natura. BW kan ook worden gefinancierd door middel van een pgb. Relatief gezien betreft deze laatste categorie een klein aantal plaatsen (naar schatting enkele duizenden), maar exacte cijfers over het aantal pgb-gefinancierde BW-plaatsen voor mensen met psychische aandoeningen (of over trends daarin) zijn op dit moment niet voorhanden. (Zie ook bijlage 1)

Naast de Wmo-gefinancierde BW-plaatsen telde Nederland in 2016 bijna 1.200 BW-plaatsen voor strafrechtelijke forensisch psychiatrische zorg. Dat aantal is sinds 2012 fors toegenomen (verviervoudiging in de periode 2012-2016). (Bijlage 2)

7 Tot 2015 nam, net als bij de klinische zorg, de zorgzwaarte bij het beschermd wonen toe (Trimbos-instituut, 2016). Vanaf 2015 (overheveling BW naar de Wmo 2015) zijn geen gegevens over de zorgzwaarte bij het BW meer bekend.

Figuur 1 Capaciteitsontwikkelingen klinische GGZ en beschermd wonen 2008-2016 (aantal plaatsen)*



Ontwikkelingen ambulante GGZ

- Op jaarbasis ontvangen ruim een miljoen mensen Zvw-gefinancierde ambulante GGZ.
- Binnen de ambulante, Zvw-gefinancierde GGZ heeft de afgelopen jaren een beweging plaatsgevonden van 'zware echelons' naar 'lichtere echelons'; het totaal aantal GGZ-cliënten (inclusief POH-GGZ⁹) blijft ongeveer gelijk, maar het aantal cliënten in de gespecialiseerde GGZ is fors afgenomen (met circa een kwart tussen 2012 en 2016), terwijl met name het aantal cliënten bij de POH-GGZ fors is toegenomen (een verviervoudiging tussen 2011 en 2015; in 2016 een stabilisering). Per saldo is binnen de Zvw-gefinancierde GGZ op jaarbasis anno 2016 circa een kwart van de GGZ-cliënten een cliënt van de POH-GGZ, circa een kwart een cliënt van de basis-GGZ en circa de helft een cliënt van de gespecialiseerde GGZ. (Bijlagen 1 en 2)
- Verreweg de meeste cliënten van de POH-GGZ zijn nieuwe cliënten (in het voorafgaande jaar geen GGZ ontvangen). Ondersteuning vanuit de POH-GGZ is in doorsnee kortdurend en laagintensief (2 à 3 contacturen op jaarbasis). (Bijlage 2) Zorg vanuit de basis-GGZ bestaat in doorsnee uit vier tot twaalf contacten op jaarbasis. Basis-GGZ wordt grotendeels geboden door vrijgevestigden (56%), uitgezonderd het product chronisch, dat vooral door geïntegreerde instellingen wordt geboden¹⁰. Het aantal cliënten in het product chronisch neemt toe. De meeste cliënten die het product chronisch ontvangen, ontvingen in het jaar daarvoor zorg vanuit de gespecialiseerde GGZ. En de meeste cliënten bij wie het product chronisch wordt afgesloten, ontvangen binnen een jaar opnieuw GGZ¹¹. (Bijlagen 1 en 2)
- De intentie van het ambulantiseringstraject om tot meer en intensievere ambulante zorg te komen, in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, roept de verwachting op dat het aantal intensieve ambulante DBC's in de Zvw-gefinancierde GGZ zal stijgen. Aanwijzingen voor een dergelijke stijging blijven tot dusver echter uit. Het aantal intensieve ambulante DBC's (50 contacten of meer op jaarbasis) bij de instellingen die deelnemen aan de LMA-uitvraag laat nog geen consistente (stijgende) lijn zien. Secundaire, landelijk dekkende bronnen komen voor de periode 2013-2015 uit op een lichte

8 Op basis van aantal verblijfdagen in kalenderjaar en omgerekend naar plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats. Gegevens over 2008 op basis van NZa cijfers, zoals gerapporteerd in de Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ (Trimbos-instituut, 2012). Cijfers langdurig verblijf 2008 inclusief AWBZ overig. (De productiecijfers langdurig verblijf van 2008 liggen beduidend lager dan de AWBZ-productiecijfers van de omliggende jaren en zijn daarmee mogelijk een onderrapportage.) Gegevens over 2012-2016 op basis van extrapolatie van de LMA-gegevens en bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMV). Gegevens over 2015-2016 inclusief Jeugdwet.

9 Praktijkondersteuner huisarts.

10 De Basis-GGZ kent vier 'producten', waarvan het product 'chronisch' er één is.

11 Onder andere vanwege deze zorggebruikpatronen worden vanuit het veld kanttekeningen geplaatst bij de passendheid en zinvolheid van de basis-ggz voor mensen met chronische aandoeningen. (Bijlage 2)

daling van het aantal intensieve ambulante DBC's. Specifiek voor de hoofddiagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen gaat het om een nog iets grotere daling (bijna 3%).

- De vorige monitorrapportage liet zien dat Nederland medio 2016 circa 300 gecertificeerde FACT-teams¹² telde, die tezamen circa 70.000 cliënten in zorg hadden. Actuele gegevens laten zien dat het aantal gecertificeerde FACT-teams sindsdien niet meer is gegroeid¹³.
- Het aantal cliënten dat voorafgaand aan de hervorming van de langdurige GGZ AWBZ-gefinancierde ambulante begeleiding van GGZ-aanbieders ontving was aanzienlijk kleiner dan het aantal ambulante cliënten in de Zvw. Dat is na de hervorming en de invoering van de Wmo 2015 nog steeds zo. Exacte gegevens zijn niet voorhanden, maar extrapolatie van de resultaten bij de instellingen die deelnemen aan LMA-uitvraag komt uit op circa 40.000 cliënten¹⁴. (Bijlagen 1 en 2)
- Het aantal cliënten dat Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding van een GGZ-instelling ontving, bleef in de periode 2015-2016 ongeveer gelijk. Wel zijn er aanwijzingen dat het aantal cliënten dat individuele begeleiding ontvangt iets is toegenomen en het aantal cliënten dat 'groepsgerichte begeleiding' (dagbesteding) ontvangt iets is afgenomen. (Bijlagen 1 en 3)

Ontwikkelingen in GGZ-uitgaven

- In 2016 bedroegen de GGZ-uitgaven van de Zvw en Wlz ruim 3,8 miljard euro (waarvan bijna 3,4 miljard Zvw). Uitgaven aan de POH-GGZ (formeel geen onderdeel van het 'GGZ-kader' maar van het huisartsenkader), bedroegen ruim 130 miljoen. De exacte omvang van de uitgaven aan de gemeentelijk gefinancierde GGZ-voorzieningen (Wmo en Jeugdwet), zijn sinds de overheveling van deze voorzieningen naar de gemeenten niet meer bekend¹⁵. (Bijlage 2)
- De Zvw heeft het grootste aandeel in de GGZ-uitgaven. In de periode 2012-2016 is sprake van een lichte nominale stijging; in reële termen (gecorrigeerd voor kostenstijgingen) was er echter sprake van een lichte daling van de Zvw-uitgaven aan de GGZ (leeftijd 18+, exclusief overheveling van opnamen van langer dan een jaar naar de Zvw). Dat duidt erop dat de landelijk afgesproken groeirimte niet wordt benut. (Inclusief de uitgaven aan de POH-GGZ is er grosso modo sprake van een reële nulgroei.) (Bijlage 2)
- Figuur 2 geeft een overzicht van het aandeel van ambulante en klinische zorg in de uitgaven aan de Zvw- en Wlz-gefinancierde GGZ. De figuur laat zien dat circa de helft van de uitgaven klinische zorg betreft. (Bijlage 2)

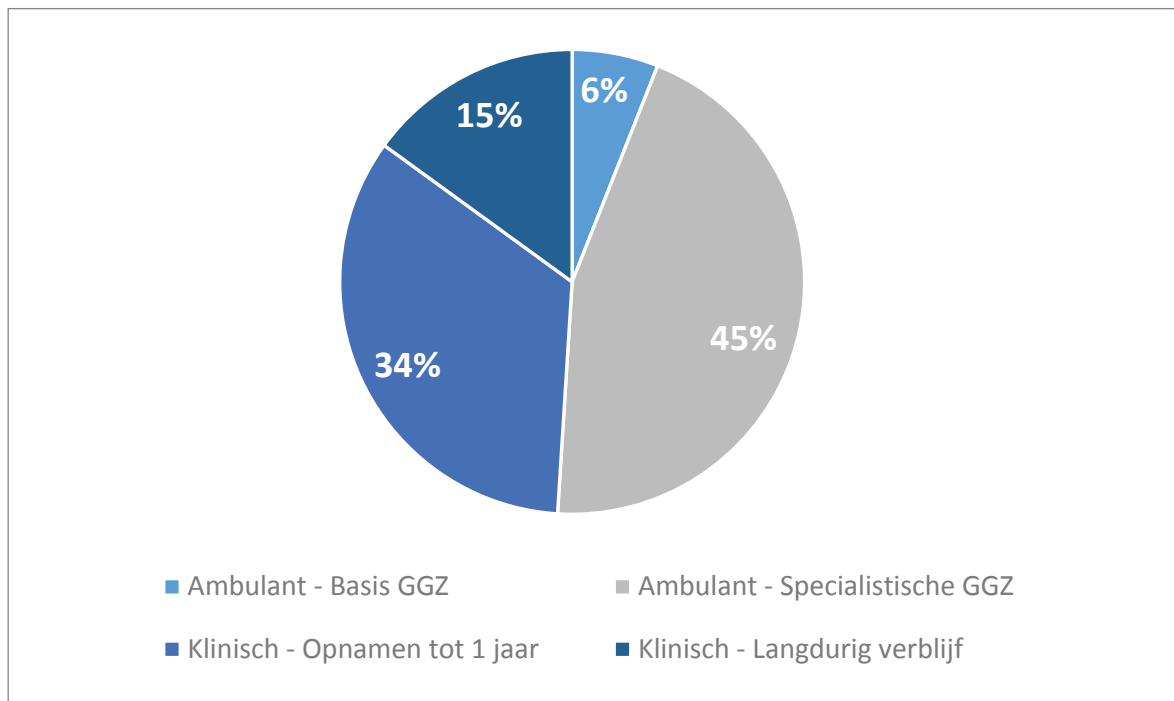
12 FACT-teams zijn multidisciplinaire GGZ-teams die integrale en flexibel op- en afschaalbare behandeling en ondersteuning beogen te bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. De meeste FACT-teams worden vrijwel volledig gefinancierd vanuit de Zvw.

13 Het totaal aantal niet-gecertificeerde FACT-teams bedroeg medio 2016 naar schatting 100 teams. (Trimbos-instituut, 2016) Er zijn geen aanwijzingen dat dit aantal wel is toegenomen.

14 Deze schatting heeft betrekking op ambulante GGZ-begeleiding die vanuit de Wmo wordt gefinancierd door middel van zorg in natura. Ambulante GGZ-begeleiding kan ook worden gefinancierd door middel van een PGB. Daarnaast kunnen mensen ook andere dan GGZ-ondersteuning vanuit de Wmo ontvangen. Exacte cijfers over het aantal mensen met psychische aandoeningen die PGB-gefinancierde ambulante begeleiding van GGZ-aanbieders ontvangen of over het aantal mensen met psychische aandoeningen die andersoortige ondersteuning vanuit de Wmo ontvangen, zijn niet bekend.

15 Voorafgaand aan de overheveling bedroegen AWBZ-uitgaven aan de naar de Wmo overgehevelde voorzieningen circa 1,7 miljard euro (waarvan circa 80% voor het beschermd wonen) en die aan de naar de Jeugdwet overgehevelde voorzieningen circa 0,8 miljard euro.

Figuur 2 Verdeling GGZ-uitgaven klinische en ambulante GGZ 2016 (Zvw en Wlz)



Bronnen: NZa, 2017; verdeling Zvw-uitgaven gespecialiseerde GGZ klinisch en ambulant: ZIN, www.zorgcijfersdatabank.nl

- De daling van het aantal klinische plaatsen vertaalt zich niet in een substantiële daling van de uitgaven aan klinische zorg in de Zvw (klinische DBC's) en de Wlz. Verschillende bronnen komen voor de periode 2013-2016 uit op een daling van 1% respectievelijk een stijging van 1% van de uitgaven aan klinische zorg. De zorgverzwaring in de klinische GGZ speelt daarbij een rol. Per saldo neemt ook het aandeel van de ambulante zorg (ambulante DBC's) in de GGZ-uitgaven binnen de Zvw en de Wlz niet tot nauwelijks toe (maximaal twee procentpunt over de periode 2012-2016). (Bijlage 2; zie ook bijlage 1)
- Bovenstaande gegevens en trends lijken erop te duiden dat het uitblijven van aanwijzingen voor de met het ambulantiseringstraject beoogde uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (en de daarvoor benodigde (her-)allocatie van middelen) samenhangt met een lichte reële krimp van de uitgaven binnen het totale GGZ-kader en de groei van het aantal intensieve klinische zorgtrajecten. (Bijlagen 1 en 2)

3 Resultaten kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen

De belangrijkste bron voor de *kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen* is een periodieke peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien, waarin circa 2000 mensen met langdurige psychische aandoeningen participeren. Wij zetten de belangrijkste bevindingen van de peiling in 2017, en de resultaten van een vergelijking met de voorgaande jaren, op een rij. (Zie voor een uitgebreid verslag van de opzet, resultaten en verantwoording van dit deelonderzoek de bijlagen 7 en 8.)

Kwaliteit van leven, participatie en eenzaamheid

- De eerste monitorpeiling onder het panel, voorjaar 2015, liet zien dat de omstandigheden van de panelleden van persoon tot persoon verschilden, maar dat in doorsnee de kwaliteit van leven van betrokkenen fors achterbleef bij die van de algemene bevolking. De maatschappelijke participatiegraad was laag en onder andere de eenzaamheidsproblematiek was groot. De eerste panelpeiling ten behoeve van de monitor liet ook zien dat veel panelleden een socialer en maatschappelijker leven zouden willen. Van degenen die geen betaalde baan hadden (78%) zou bijna de helft aan het werk willen. Met name onder de jongere panelleden bleek die wens tot sociale en maatschappelijke participatie groot.
- De meest recente, derde monitorpeiling onder de panelleden, van voorjaar 2017, laat zien dat voor velen de realiteit nog steeds achter blijft bij die wensen. Hoewel omstandigheden voor een deel van de leden sinds 2015 zijn veranderd (ten positieve of ten negatieve) zijn de leefsituatie en het gemiddelde oordeel over de eigen kwaliteit van leven voor de groep als geheel ongewijzigd gebleven. De participatiegraad in betaald werk ligt (nog steeds) iets boven de 20%, die in vrijwilligerswerk op ruim 40%. Nog steeds geeft ook ruim vier op de vijf panelleden (81%) aan eenzaam te zijn en is twee op de vijf (40%) erg of heel erg eenzaam. Circa 40% van de panelleden geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij. Overall geven panelleden de eigen kwaliteit van leven gemiddeld een rapportcijfer van 6,2 (ook dit cijfer is ongewijzigd gebleven ten opzichte van eerdere jaren). Ter vergelijking: het gemiddelde rapportcijfer voor de eigen kwaliteit van leven van de algemene bevolking is een 7,8. In vergelijking met andere groepen in de bevolking is met name de eenzaamheid onder de panelleden groot, bijvoorbeeld ook vergeleken met ouderen en mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen.

Voorzieningengebruik

- Ook het aandeel van de verschillende GGZ- en andere voorzieningen in de ondersteuning van de panelleden is, voor de groep als geheel, over de periode 2015-2017 in hoofdlijnen onveranderd gebleven. Verreweg het grootste deel van de panelleden is nog altijd in zorg bij de GGZ (doorgaans een instelling maar soms (ook) een vrijevestigde) en ruim een kwart (29%) van de panelleden is in de twaalf maanden voorafgaand aan de peiling in contact geweest met een ACT- of FACT-team. Wel is het aantal panelleden in zorg bij de GGZ in de periode 2015-2017 iets afgenomen terwijl bij de GGZ-gebruikende panelleden het aantal cliënten dat zorg aan huis krijgt iets is toegenomen. Het aantal panelleden dat (in de twaalf maanden voorafgaand aan de peiling) contact heeft gehad met het sociaal wijkteam is nog altijd relatief klein (13% in 2017), maar is wel gegroeid. Datzelfde geldt voor het aantal panelleden dat gebruik maakt van 'cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie'. Het aandeel van de panelleden dat in de twaalf maanden voorafgaand aan de peiling contact heeft gehad met de POH-GGZ is tussen 2016 en 2017 op circa 13% blijven staan.
- De waardering van panelleden voor de voorzieningen in het gezondheidszorgdomein is in het algemeen met een ruime voldoende (rapportcijfer rond de zeven) hetzelfde gebleven. Die voor gemeentelijke (niet-GGZ) voorzieningen en voorzieningen op het gebied van werk en inkomen is net als vorige jaren

aanzienlijk lager (gemiddeld een zes). Wel lijkt er een lichte positieve verandering op te treden in de waardering van de panelleden voor een aantal specifieke gemeentelijke voorzieningen (buurthuizen, 'Wmo-medewerkers', 'overige gemeentelijke diensten'). Daarnaast zijn panelleden gemiddeld genomen positiever dan voorheen over de POH-GGZ (rapportcijfer van een zes naar een zeven).

Onvervulde zorgbehoeften

- Panelleden hebben vooral behoefte aan ondersteuning bij hun psychische en lichamelijke gezondheid en bij het krijgen van de juiste hulp. Daarnaast heeft steeds het merendeel van de panelleden behoefte aan ondersteuning bij sociale contacten, dagelijkse bezigheden, zingeving, seksualiteit/intimiteit en bij zaken rond financiën en huisvesting. Bijna een kwart van de panelleden geeft expliciet te kennen dat zij onvoldoende zorg ontvangt; hetzij omdat die zorg niet beschikbaar is, hetzij omdat de zorg die men ontvangt onvoldoende is.

4 Ervaringen en toekomstwensen veldpartijen

Speciale aandacht is in deze monitorronde besteed aan de ervaringen van de veldpartijen met de transities tot nu toe en aan hun ambities voor de toekomst. Bronnen zijn een serie interviews met de bestuurders van de vijftien grootste geïntegreerde GGZ-instellingen en de tien grootste RIBW's (bijlage 4), interviews met de accounthouders GGZ van vijf zorgverzekeraars (bijlage 5), eerdergenoemde enquête onder beleidsmedewerkers van de centrumgemeenten (bijlage 3), een verdiepingsstudie in drie regio's (bijlage 6) en analyses van secundaire bronnen. Wij zetten de belangrijkste bevindingen op een rij. (Zie voor een uitgebreid verslag van de opzet, resultaten en verantwoording van de deelonderzoeken de respectievelijke bijlagen.)

Recente ontwikkelingen en toekomstwensen

- Verreweg de meeste GGZ-bestuurders zijn van mening dat zich in de afgelopen jaren een aantal positieve inhoudelijke ontwikkelingen heeft voorgedaan in de GGZ maar dat met name de ambulante zorg voor mensen met EPA nog altijd tekort schiet, volgens velen in ernstige mate. De intensiteit en de kwaliteit van deze zorg staan volgens veel bestuurders bovendien onder toenemende druk als gevolg van ontwikkelingen in 'vraagkant' (toenemende problematiek) en van de systeemfactoren (zie verder). Ook medewerkers van de gemeenten zijn overwegend van mening dat er goede stappen gezet worden maar dat de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen nog (fors) tekort schiet. Zorgverzekeraars oordelen minder uniform over de ontwikkelingen tot dusver.
- Het grote merendeel van de GGZ-bestuurders én van de beleidsmedewerkers van de gemeenten pleit voor een ontwikkeling naar scenario 2 of 3 van het 'Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ'¹⁶. Deze scenario's impliceren, bij min of meer gelijkblijvend totaalbudget, een her-allocatie van (Zvw-, Wlz- en Wmo-gefinancierde) GGZ-middelen die resulteert in een verdubbeling respectievelijk verdriedubbeling van de capaciteit voor de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (of voor mensen die het risico daarop lopen). Zorgverzekeraars zijn minder uitgesproken over de gewenste toekomstscenario's voor de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- De meeste bestuurders van de GGZ-instellingen (met name die van RIBW's maar ook de meeste bestuurders van de geïntegreerde instellingen) zijn daarnaast van mening dat de integratie van met name GGZ-voorzieningen voor mensen met ernstige aandoeningen in bredere lokale- en wijknetwerken van maatschappelijke- en zorgvoorzieningen nog aan het begin staat en een belangrijke prioriteit wordt voor de komende periode. Zorgverzekeraars delen deze visie. Over de wijze waarop die integratie in organisatorische zin te realiseren lopen de visies uiteen, ook van de GGZ-bestuurders onderling. Ook veel gemeenten werken aan (een visie op) een 'maatschappelijk ingebedde' ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid. Voor een deel impliceert dat volgens betrokkenen het loslaten van een 'categorale blik' en een 'categorale organisatie' van die ondersteuning.

Systeemvoorwaarden en regionaal speelveld

- Zowel GGZ-bestuurders als beleidsmedewerkers van gemeenten geven aan dat een verkokerd financieringssysteem en de financiële schotten tussen de verschillende financieringskaders een belemmering vormen voor het realiseren van de gewenste transities. Over de nieuwe financieringsstructuren op zich is men niet per se negatief, wel over het feit dat middelen niet meebewegen met de gewenste transities. Dat drijft betrokken partijen tot behoudendheid. Specifiek voor de afbouw van Wlz-bedden wordt gesignaleerd dat deze voor geen enkele partij aantrekkelijk is, omdat wel de mensen maar niet middelen van de Wlz naar de Zvw en de Wmo gaan. Ook binnen de afzonderlijke financieringskaders stuit overheveling van middelen van klinische- of BW-voorzieningen naar ambulante voorzieningen op barrières. Daarnaast leidt één en ander tot steeds terugkerende discussies over de vraag onder welk kader specifieke activiteiten vallen (onder andere rond het 'niet-curatieve' deel van de FACT-zorg) en per saldo tot een neiging tot afwenteling van taken en van cliënten.

16 Trimbo-instituut, 2016.

- De veldpartijen erkennen dat het in belangrijke mate aan de betrokken regionale partijen is om de 'systeemitdagingen', waar dat mogelijk is, in gezamenlijkheid te adresseren. Kernprobleem is echter, zo lijkt de ervaring van met name veel GGZ-bestuurders en medewerkers van gemeenten, dat het speelveld op het gebied van de regionale aansturing (met vele afzonderlijke financiers, ook per afzonderlijk financieringskader) te complex blijkt te zijn geworden om de 'gezamenlijkheid' en het onderlinge vertrouwen te creëren die nodig zijn om de systeemp Problemen te omzeilen of op te lossen (naast de regionale aanbieders gaat het gemiddeld om 25 tot 30 financiers - zorgverzekeraars en gemeenten - per regio). Ondanks veel gemeenschappelijkheid in algemene visies (sociale inclusie, meer herstel, 'integrale zorg'), dreigt die sterk gefragmenteerde aansturing ertoe te leiden dat partijen zich op hun individuele belangen terugtrekken en dat de gewenste ontwikkelingen in de praktijk stagneren. Ook GGZ-bestuurders en beleidsmedewerkers van gemeenten die werkzaam zijn in de circa 12 tot 14 regio's waar inmiddels regionale regiegroepen (veelal onder de noemer van Taskforces EPA) zijn ingesteld, komen tot deze bevindingen. Enkele geïnterviewden (waaronder ook enkele zorgverzekeraars) pleiten ervoor de mogelijkheden te onderzoeken van een vereenvoudiging van het speelveld door middel van mandatering of representatie.

Zorginkoop in de Zvw

- Specifiek met betrekking tot de doorontwikkeling in de Zvw-gefinancierde ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, signaleren GGZ-bestuurders dat deze belemmerd wordt door de maxima die zorgverzekeraars bij de zorginkoop hanteren met betrekking tot de gemiddelde prijs per cliënt. Bij overschrijding wordt het meerdere teruggevorderd. Daarmee lopen aanbieders extra financieel risico met de (ontwikkeling van) zorg aan mensen met een intensievere zorgbehoefte; intensievere zorg bieden aan (meer) mensen met ernstige psychische aandoeningen drijft de gemiddelde prijs per cliënt op. Ook de NZa signaleert dit knelpunt. Van de zijde van de zorgverzekeraars wordt erop gewezen dat zij sturingsinstrumenten nodig hebben en dat de gemiddelde prijs per cliënt daar één van is. Niettemin onderschrijven enkele zorgverzekeraars voorstellen zoals die ook door een aantal GGZ-bestuurders worden gedaan om te bezien of en hoe een geoormerkte en passender bekostigingssysteem specifiek voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen soelaas kan bieden.
- GGZ-bestuurders wijzen daarnaast meer in het algemeen op het achterblijven van de investeringen in de Zvw-gefinancierde GGZ bij de ruimte die daarvoor landelijk is afgesproken. Zorgverzekeraars wijzen erop dat landelijke groeiafspraken niet impliceren dat het geld ook 'per se op moet' of dat GGZ-uitgaven niet mogen dalen.

Ontwikkelingen rond de Wmo

- De vertegenwoordigers van de centrumgemeenten zijn in het algemeen positief over de samenwerking met de GGZ-aanbieders. Omgekeerd zijn de ervaringen van GGZ-bestuurders met betrekking tot ontwikkelingen in het gemeentelijk domein sterk wisselend. Een algemeen patroon lijkt te zijn dat die ervaringen positiever zijn in de grote steden (waaronder de vier grootste steden) dan in de meer rurale gebieden. Waar bestuurders melding maken van positieve ervaringen, signaleren zij dat betreffende gemeenten hard bezig zijn met visieontwikkeling en met de uitrol daarvan in de praktijk. Positief zijn bestuurders ook over het feit dat een aantal grote gemeenten (waaronder drie van de vier grootste gemeenten) de instellingen in de gelegenheid stellen om te werken met een zogeheten 'vierkant budget'; dat biedt veel flexibiliteit. Waar bestuurders minder positief zijn worden zij naar eigen zeggen geconfronteerd met gemeenten waar toekomstvisies vooralsnog ontbreken, tarieven "steeds onwerkbaarder" worden, met name voor de ambulante begeleiding, en BW- en dagbestedingsvoorzieningen worden afgebouwd zonder dat daar iets voor in de plaats wordt georganiseerd.

Innovaties

- Niettegenstaande bovengenoemde knelpunten is er in het land een groot aantal innovaties en samenwerkingstrajecten ingezet in en rond de GGZ. Een groot deel daarvan betreft een verbeterde organisatie van met name de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een inventarisatie leert dat veel van deze trajecten vooralsnog kleinschalig zijn en de status hebben van een 'pilot'. Forse intensivering van de ambulante zorg is zelden of nooit een expliciete doelstelling. (Bijlage 6)
- De verdiepingsstudie in het kader van de LMA naar drie verder gevorderde innovatietrajecten rond een meer geïntegreerde en in de wijk ingebedde GGZ, laat zien dat medewerkers positief zijn over de mogelijkheden die de nieuwe werkwijze hen biedt om datgene te doen wat men nodig acht. Tegelijk laat de verdiepingsstudie zien dat ook op het uitvoerende niveau systeembelemmingen een belangrijke bottleneck zijn voor daadwerkelijke innovatie (verantwoordings- en productiedruk in de Zvw, besparingen in het ene segment niet kunnen overhevelen naar het andere segment, het ontbreken van de financiering van taken die voor de innovaties van belang zijn (zoals consultatie)). Professionals hebben ruimte en armslag nodig om echt te kunnen innoveren, zo luidt het. Dat vraagt ook om innovatie op systeemniveau. (Bijlage 6)

5 Conclusies

De vorige monitorrapportage liet zien dat in de voorafgaande jaren door de 'mensen in het veld' flink is ingezet op verbetering van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De ontwikkelingen rond FACT, IHT en VIP maar ook de maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid getuigden daarvan. De nieuwe monitorresultaten laten zien dat de ambities bij de meeste veldpartijen groot blijven. Zij laten ook zien dat er veel pogingen worden ondernomen om met nieuwe lokale projecten en samenwerkingstrajecten vorm te geven aan een verbeterde (organisatie van de) zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook lijkt een deel van de gemeenten hun nieuwe rol inmiddels voortvarend te hebben opgepakt.

De vorige monitorrapportage kondigde echter ook al aan dat op een aantal essentiële onderdelen de transities dreigden te stagneren. De nieuwe monitorresultaten bevestigen dat beeld. De LMA-resultaten laten zien dat in de afgelopen periode weliswaar forse resultaten geboekt zijn met betrekking tot de landelijke beleidsdoelstelling om de zorg te verplaatsen van de 'zware' echelons naar 'lichtere' echelons; het aantal cliënten in de gespecialiseerde GGZ is in de afgelopen jaren fors afgenomen en met name het aantal cliënten bij de POH-GGZ is fors toegenomen. Aanwijzingen voor substantiële resultaten met betrekking tot de landelijke beleidsdoelstelling om tegelijk de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen uit te breiden en te intensiveren, blijven echter uit. Klinische plaatsen worden afgebouwd maar verschuivingen van middelen van klinische naar ambulante zorg zijn beperkt; GGZ-breed wordt de (groeir)uimte voor investeringen in de (ambulante) GGZ niet benut; en per saldo blijven ook aanwijzingen voor een substantiële toename van het aantal intensieve ambulante DBC-trajecten uit. Veeleer lijkt die intensievere zorg onder toenemende druk te staan (van onder andere prijsafspraken). De resultaten laten ook zien dat de groei van het aantal gecertificeerde FACT-teams is gestopt, de functie van de basis-GGZ voor mensen met chronische aandoeningen in het veld niet altijd duidelijk is en de POH-GGZ vooral nieuwe cliënten aantrekt.

Waar ontwikkelingen stagneren, liggen de belangrijkste factoren volgens de 'stakeholders' bij de financiële schotten tussen en binnen de verschillende financierskaders (middelen bewegen niet mee met de gewenste transities), maar vooral bij het gegeven dat het regionale speelveld, met per regio enkele tientallen afzonderlijke financiers, te complex is geworden en te gefragmenteerd is geraakt om tot een effectieve gezamenlijke regionale aansturing te komen van de bij de transities behorende her-allocatie van middelen.

De LMA-resultaten laten ten slotte zien dat de leden van het panel Psychisch Gezien in 2017 nog steeds vaak (erg) eenzaam zijn en meestal nog niet participeren in de maatschappij op de manier zoals zij dat zouden willen. Voor enkele afzonderlijke voorzieningen lijkt de waardering iets toe te nemen, maar er valt nog steeds een wereld te winnen.

Bijlage 1

Deelrapportage Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen

Aafje Knispel
Lex Hulsbosch
Frank van Hoof

Inhoud

1	Inleiding	23
2	Opzet en methode	25
2.1	Doelstelling en opzet	25
2.2	Vragenlijst	25
2.3	Dataverzameling en respons	26
2.4	Verantwoording	26
3	Resultaten van de uitvraag van de derde meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders	27
3.1	Inleiding	27
3.2	Omvang van de klinische GGZ en het beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling	27
3.3	Open en gesloten plaatsen	29
3.4	Individuele en groepswoningen	29
3.5	Zorggebruik klinische GGZ en beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling	29
3.6	Zorggebruik en omvang van de ambulante GGZ: stand van zaken en ontwikkeling	33
3.7	Opbrengsten	37
4	Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing	39
Bijlagen		
I	Klankbordgroep data-uitvraag	41
II	Resultaten DJI-gefinancierde GGZ	43
III	Deelnemende instellingen LMA en LMIG	45
IV	Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ	49

1 Inleiding

Eén van de onderdelen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) is de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-aanbieders over de ontwikkeling (wat betreft de omvang en het zorggebruik) van de klinische zorg en de ambulante GGZ (de ambulante GGZ vooral gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen). Ook worden de ontwikkelingen van het beschermd wonen gevolgd. In deze achtergrondstudie wordt verslag gedaan van de uitvraag over het jaar 2016.

Het doel van deze uitvraag is om met de resultaten zicht te bieden op de volgende aspecten van het ambulantiseringstraject:

- de afbouw van klinische GGZ-voorzieningen;
- de opbouw/uitbouw van de voorzieningen voor (langdurige of intensieve) ambulante behandeling en begeleiding/ondersteuning;
- de ontwikkeling van het beschermd wonen

De ontwikkeling van de omvang van de klinische zorg en het beschermd wonen werd sinds 2013 al gevolgd door middel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). De uitvraag van de LMA onder de GGZ-aanbieders bouwt voort op de opzet, werkwijze en data van de LMIG.

2 Opzet en methode

2.1 Doelstelling en opzet

Het doel van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders is het jaarlijks genereren van gegevens over de omvang, de aard (de kenmerken) en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ. Per 2015 zijn de financiële kaders van de GGZ veranderd. Deze veranderingen worden hieronder op een rij gezet:

- De AWBZ bestaat niet langer. Mensen met een AWBZ-C pakket (beschermd wonen) zijn per 2015 overgegaan naar de Wmo 2015. Mensen met een AWBZ-B pakket (voortgezet verblijf) zijn overgegaan naar de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Waar de Zvw tot en met 2014 het financieringskader was voor het eerste opnamejaar, worden per 2015 de eerste *drie* opnamejaren gefinancierd vanuit de Zvw (met in het eerste opnamejaar een Zvw-DBC als product en in het tweede en derde opnamejaar een Zvw-ZZP). Indien de opname na drie jaar voortduurt, wordt de financiering voortgezet vanuit de Wlz.
- Ambulante begeleiding en ondersteuning die voorheen gefinancierd werd vanuit de AWBZ wordt per 2015 gefinancierd vanuit de Wmo 2015.
- De jeugd-GGZ valt per 2015 onder de Jeugdwet.

Voor deelname aan de derde meting van de LMA zijn de leden van GGZ Nederland benaderd¹. (Aan de leden van GGZ Nederland die voor eerdere metingen benaderd zijn om deel te nemen, maar toen geen gegevens hebben aangeleverd, is opnieuw gevraagd of zij willen deelnemen aan de LMA.) Daarbij hebben GGZ Nederland en de RIBW Alliantie hun leden gewezen op het belang van de LMA. Voor de eerste meting van de LMA zijn naast de leden van GGZ Nederland, ook aanbieders van intramurale voorzieningen die geen lid zijn van GGZ Nederland, benaderd. Een aantal van hen heeft deelgenomen aan de eerste en tweede meting van de LMA. Deze deelnemers zijn ook voor de derde meting benaderd.

2.2 Vragenlijst

De dataverzameling vond plaats door middel van een vragenlijst over de intramurale GGZ capaciteit en het intramurale zorggebruik, inclusief beschermd wonen, en over het gebruik van ambulante zorg. De vragenlijst is in samenspraak met een klankbordgroep van experts onder andere op het gebied van GGZ-administratie (zie bijlage I van dit deelonderzoek voor de namen van deze experts), doorontwikkeld op basis van de vragenlijst die eerder werd gebruikt voor de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). Voor de derde meting van de LMA is het aantal items over Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen uitgebreid. GGZ Nederland en de RIBW Alliantie hebben advies gegeven met betrekking tot de inhoud van deze items.

De vragenlijst bestaat uit de volgende rubrieken:

- A. Productie en gebruik Zvw-gefinancierde zorg
- B. Productie en gebruik Jeugdwet-gefinancierde zorg
- C. Productie en gebruik Wlz-gefinancierde zorg
- D. Productie en gebruik Wmo-gefinancierde zorg
- E. Productie en gebruik DJI-gefinancierde zorg
- F. Verdeling opbrengsten
- G. Overige kenmerken intramurale zorg (overige vragen)

¹ De leden van GGZ Nederland vertegenwoordigen een zeer groot deel van de GGZ capaciteit in Nederland. GGZ organisaties die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland beschikken doorgaans over een relatief beperkt aantal plaatsen voor zover zij al over intramurale capaciteit beschikken. De doelgroep van de voorloper van deze uitvraag, de LMIG, bestond alleen uit de leden van GGZ Nederland met intramurale capaciteit.

2.3 Dataverzameling en respons

60 aanbieders gaven aan deel te willen nemen en hebben de vragenlijst toegestuurd gekregen. 49 aanbieders hebben daadwerkelijk data aangeleverd. De aangeleverde data van de deelnemende aanbieders zijn door de onderzoekers uitvoerig gecontroleerd.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen door de jaren heen, gerangschikt naar type instelling. Het ledenbestand van GGZ Nederland kent zes typen instellingen: geïntegreerde GGZ-instellingen, RIBW's, gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg, gespecialiseerde forensische psychiatrische centra en Riagg's/aanbieders met uitsluitend ambulante zorg. Daaraan wordt voor deze monitor de categorie 'overige aanbieders met intramurale capaciteit' toegevoegd².

Tabel 2.1 Typering deelnemende instellingen 2012 (LMIG), 2013 (LMIG), 2014 (LMA), 2015 (LMA) en 2016 (LMA)

	Aantal 2012	Aantal 2013	Aantal 2014	Aantal 2015	Aantal 2016
Geïntegreerde GGZ-instelling	30	30	29	25	24
RIBW	20	17	18	13	15
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	9	9	6	5
Verslavingszorginstelling	6	5	3	1	1
Forensisch psychiatrisch centrum*	5	5	4	3	2
Aanbieders intramurale voorzieningen - overig			2	2	1
Riagg/ambulante zorg	-	-	4	4	1
Totaal	71	66	69	54	49

* Exclusief de FPC's die onderdeel zijn van een geïntegreerde GGZ-instelling.

Bovenstaande cijfers laten zien dat de respons op de derde meting van de LMA lager was dan de respons op de eerste en tweede meting. Tegelijkertijd nam een aantal instellingen dat vorig jaar niet deelnam nu wel weer deel. Daarbij is de respons van de geïntegreerde GGZ-instellingen en de RIBW's hoger dan die van de andere typen instellingen³.

De voornaamste redenen waarom deelname voor een aantal aanbieders (dit keer) niet haalbaar was, waren gebrek aan tijd en personeel om de gegevens te verzamelen. Genoemd werd dat door alle transities de werkdruk (nog) hoger geworden is.

2.4 Verantwoording

Bij de betekenis van de verzamelde data moeten de volgende kanttekeningen geplaatst worden:

- De data zijn afkomstig van de registraties van de deelnemende instellingen. Er kan enige discrepantie zijn tussen registraties en de werkelijke situatie.
- De verandering van de financiële kaders in 2015 maakt dat de vergelijking van de cijfers van 2015 en 2016 met die van eerdere jaargangen niet altijd eenvoudig is. Waar mogelijk wordt deze vergelijking wel gemaakt, met de kanttekening dat enige voorzichtigheid geboden is bij het duiden van de trendcijfers.
- De respons op de uitvraag was lager dan de respons op eerdere metingen van de LMA. Hoewel daar geen concrete aanwijzingen voor zijn, kan niet volledig uitgesloten worden dat bij de aanbieders die niet deelnamen, de ontwikkeling van de capaciteit en het gebruik van de GGZ anders verliep dan bij de deelnemende instellingen.

² Tot deze laatste categorie behoren de organisaties die volgens hun DigiMV-gegevens intramurale GGZ bieden maar niet onder de andere categorieën gerangschikt kunnen worden. Zoals instellingen voor maatschappelijke opvang en aanbieders die met name in een andere sector actief zijn maar ook GGZ-zorg bieden.

³ Van de geïntegreerde GGZ-instellingen in Nederland reageerde 75 procent op de derde meting van de LMA. Van de RIBW's reageerde circa 70 procent.

3 Resultaten van de uitvraag van de derde meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders

3.1 Inleiding

De dataverzameling van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders heeft geresulteerd in een omvangrijk databestand over de omvang en het gebruik van de klinische en ambulante GGZ voorzieningen, het beschermd wonen en de begeleiding en ondersteuning in het sociale domein van de deelnemende aanbieders in 2016. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze uitvraag en de vergelijking met de uitvragen van vier voorgaande jaren gepresenteerd (de twee metingen van de LMIG en de eerste twee metingen van de LMA). De ontwikkelingen tussen 2012 en 2016 zijn geanalyseerd op basis van data van organisaties die zowel aan de drie metingen van de LMA als aan beide LMIG-metingen deelnamen (n=36⁴ inclusief deelnemende FPC's).

Zoals genoemd is er per 2015 het nodige veranderd in de GGZ, ook wat betreft de financieringskaders. Dit maakt dat, om de cijfers van 2015 en 2016 toch te kunnen vergelijken met die van voorgaande jaren, het nodig is om voor 2015 en 2016 bepaalde financieringskaders samen te nemen. Vermeld wordt wat zo nodig is samengenomen.

3.2 Omvang van de klinische GGZ en het beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling

Eén van de belangrijkste meeteenheden voor de omvang van de klinische en beschermd wonen voorzieningen is de 'gerealiseerde productie' (uitgedrukt in verblijfsdagen). Voor de leesbaarheid van het rapport worden de productiedagen omgerekend tot plaatsen⁵ volgens de formule dat in 2016 366 (in verband met het schrikkeljaar) verblijfsdagen gelijk stonden aan één plaats.

Gespecificeerd naar type instelling en financieringskader⁶ zien de capaciteitscijfers van de instellingen die deelnamen aan de uitvraag er als volgt uit (zie Tabel 3.1):

4 36 instellingen hebben zowel aan de twee metingen van de LMIG deelgenomen als aan de drie metingen van de LMA. Per analyse kan de n echter verschillen. Bijvoorbeeld, bij analyses van de data van de RIBW's is de n vanzelfsprekend lager dan 36.

5 In de klinische GGZ wordt soms de term 'plaatsen' en soms de term 'bedden' gebruikt. In het beschermd wonen wordt doorgaans de term 'plaatsen' gebruikt. In dit rapport wordt de term 'plaatsen' gebruikt. Als het gaat over klinische capaciteit kan hiervoor ook 'bedden' worden gelezen.

6 Voor de cijfers van de DJI-gefinancierde intramurale capaciteit wordt verwezen naar bijlage II van dit deelonderzoek.

Tabel 3.1 Capaciteit klinische GGZ en beschermd wonen gespecificeerd naar type instelling en financieringskader, deelnemers 2016

	Zvw			Jeugdwet	Wlz	Wmo 2015 beschermd wonen	Totaal
	Zvw-DBC	Zvw-ZZP	Zvw totaal				
Geïntegreerde GGZ-instelling	4.597	989	5.586	279	4399	3.234	13.498
RIBW	-	-		101	224	6.459	6.784
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	12	-	12	222	2	4	240
Aanbieders intramurale voorzieningen – overig	-	-	-	-	9	120	129
Totaal (% van het totaal aantal plaatsen)	4.609 (22,3%)	989 (4,8%)	5.598 (27,1%)	602 (2,9%)	4.635* (22,4%)	9.817** (47,5%)	20.652

* Exclusief 159 sectorvreemde Wlz plaatsen.

** Exclusief 440 VPT-plaatsen en 236 maatschappelijke opvang plaatsen.

De cijfers van Tabel 3.1 laten zien dat de deelnemende instellingen in 2016 over bijna 5.600 Zvw-gefinancierde en ruim 4.600 Wlz-gefinancierde plaatsen beschikten. De deelnemers hadden tezamen ruim 9.800 plaatsen voor beschermd wonen, waarvan twee derde werd geboden door de deelnemende RIBW's.

Tabel 3.2 Ontwikkeling klinische capaciteit en beschermd wonen deelnemende instellingen 2012 – 2016

	Mutatie 2012-2013 (%)	Mutatie 2013-2014 (%)	Mutatie 2014-2015 (%)	Mutatie 2015-2016 (%)	Mutatie 2012-2016 (%)
Eerste opnamejaar* (n=19)	-6,5	-7,3	-5,7	-4,9	-22,3
Langdurig verblijf ** (vanaf het tweede opname jaar) (n=16)	-2,9	-3,9	-4,6	-3,5	-14,0
Totaal klinische voorzieningen	-4,7	-5,6	-5,2	-4,2	-18,3
Beschermd Wonen *** (n=22)	-0,2	-3,3	-2,5	-1,5	-7,2

* T/m 2014 Zvw-gefinancierde plaatsen. Vanaf 2015 Zvw-DBC gefinancierde plaatsen plus Jeugdwet –DBC gefinancierde plaatsen ('Jeugd-GGZ is per 1/1/2015 naar de Jeugdwet gegaan vanuit de Zorgverzekeringswet. In 2014 is een afspraak gemaakt tussen VWS, gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars (ZN) dat GGZ-aanbieders de geleverde zorg nog tot 1/1/2018 in de bestaande bekostigingstaal van de jeugd-GGZ (producten voor de basis-GGZ en DBC's voor de gespecialiseerde GGZ) mogen declareren' www.vng.nl).

** T/m 2014 de AWBZ-B gefinancierde plaatsen. Vanaf 2015 de Wlz gefinancierde plaatsen plus de Zvw-ZZP gefinancierde plaatsen.

*** T/m 2014 de AWBZ-C gefinancierde plaatsen. Vanaf 2015 het Wmo 2015 gefinancierde beschermd wonen voor mensen met psychische problematiek.

Uit de data van de instellingen die zowel aan alle uitvragen van de LMA deelnamen als aan beide uitvragen van de LMIG blijkt dat het aantal plaatsen ook tussen 2015 en 2016 weer daalde bij alle typen plaatsen maar dat de dalingen iets minder sterk zijn dan in de voorgaande jaren.

- ✓ De omvang van de intramurale GGZ plaatsen (klinische plaatsen en beschermd wonen plaatsen) nam tussen 2015 en 2016 af.
- ✓ Dit is een voortzetting van de ontwikkelingen in de voorgaande jaren met als kanttekening dat de afname van de intramurale plaatsen in het laatste meetjaar iets minder sterk was dan de jaren daarvoor.

3.3 Open en gesloten plaatsen

Met de uitvraag zijn ook gegevens verzameld over het aantal plaatsen op gesloten afdelingen. Uit de data blijkt dat in 2016, bij de deelnemende instellingen, 45 procent van de plaatsen voor opnamen met een duur van maximaal een jaar, plaatsen op gesloten afdelingen waren. Voor langdurige opnameplaatsen was dit 25 procent. Het aantal gesloten plaatsen steeg (in absolute zin) bij de instellingen die aan alle metingen deelnamen tussen 2012 en 2015 met in totaal 17 procent. Tussen 2015 en 2016 daalde het aantal gesloten plaatsen van deze instellingen met acht procent.

3.4 Individuele en groepswoningen

Aan de deelnemende instellingen is ook gevraagd gegevens aan te leveren over de verhouding tussen het aantal individuele woningen en het aantal groepswoningen. Uit de aangeleverde gegevens blijkt dat, bij de deelnemende instellingen, in 2016 twee derde van de woonvoorzieningen *groepswoonvoorzieningen* betreft en een derde *individuele* woonvoorzieningen). Waar tussen 2014 en 2015, conform de beleidslijnen van veel instellingen, het aantal individuele woonvoorzieningen toenam, daalt dit tussen 2015 en 2016. De meting van volgend jaar moet uitwijzen of het hier een wijziging van de trend betreft.

3.5 Zorggebruik klinische GGZ en beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling

In deze paragraaf worden de stand van zaken in 2016 en de ontwikkelingen tussen 2012 en 2016 van het zorggebruik van de klinische GGZ voorzieningen en het beschermd wonen beschreven. Eerst komen ontwikkelingen in het gebruik van de intramurale Zvw- en Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen aan bod (gecombineerd in één paragraaf omwille van de trendcijfers), daarna die van de Wlz-gefinancierde voorzieningen en tenslotte het gebruik van de Wmo-gefinancierde beschermd wonen voorzieningen.

Eerste opnamejaar: Zvw-DBC- en Jeugdwet-DBC-gefinancierde voorzieningen

In 2016 werden door de deelnemende instellingen 28.104 unieke cliënten opgenomen in de Zvw-gefinancierde voorzieningen en er werden in totaal 38.146 opnameperioden (opnamen gestart in 2016) geregistreerd. Uit de verhouding tussen deze twee cijfers blijkt dat een deel van de cliënten meerdere malen opgenomen is geweest. 16 procent van het totaal aantal Zvw-gefinancierde opnamen betrof een opname in verband met een crisis en 18 procent van de cliënten werd opgenomen vanwege een crisis.

Door de deelnemende instellingen werden in 2016 1.537 cliënten opgenomen in Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen, met in totaal 2.086 opnameperioden. 14 procent van de opnamen betrof een opname vanwege een crisis. 15 procent van de personen die werd opgenomen in een Jeugdwet-gefinancierde voorziening werd opgenomen vanwege een crisis.

Om een vergelijking te kunnen maken van het aantal opnameperioden en het aantal unieke opgenomen personen door de jaren heen zijn de Zvw-gefinancierde opnamen van 2013 en 2014 (in 2012 werden deze cijfers niet uitgevraagd) vergeleken met de som van de Zvw- en Jeugdwet-gefinancierde opnamen in 2015 respectievelijk 2016. Uit de cijfers van Tabel 3.3 blijkt dat, bij de instellingen die aan alle meetjaren deelnamen, het aantal opgenomen personen door de jaren heen nagenoeg gelijk bleef. Het aantal opnameperioden daalde tussen 2013 en 2015 maar nam 2015 en 2016 toe. Dit zou er op duiden dat, gelet op de stabiliteit van de omvang van het aantal opgenomen personen, meer mensen vaker worden opgenomen en/of dat de mensen die vaker worden opgenomen nog meer opnamen doormaken. Het lijkt hier dan niet te gaan om crisisopnamen; het aantal opnamen vanwege een crisis daalde, evenals het aantal mensen dat vanwege een crisis werd opgenomen.

Tabel 3.3 Ontwikkeling aantal opnamen en opgenomen personen bij de deelnemende instellingen , 2013-2016

	Mutatie 2013 -2014 (%)	Mutatie 2014 -2015 (%)	Mutatie 2015-2016 (%)	Mutatie 2013 -2016 (%)
Aantal opnameperioden (n=16)	-13,4%	-9,5%	5,0%	-17,7%
Aantal unieke cliënten	0,4%	-0,4%	0,6%	0,6%
Aantal opnameperioden vanwege een crisisinterventie	4,6%	-5,6%	-6,6%	-7,9%
Aantal unieke cliënten	-2,1%	-2,4%	-1,8%	-6,2%

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de verblijfsduur in 2016 van de cliënten in voorzieningen die Zvw-DBC- en/ of Jeugdwet-gefinancierd (opnamen tot maximaal één jaar) werden. De cijfers in deze tabel laten zien dat bijna een kwart van de cliënten van de Zvw-DBC-gefinancierde intramurale voorzieningen binnen een week werd ontslagen en dat ruim de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd.

Tabel 3.4 Verblijfsduur uitgestroomde cliënten (Zvw-DBC-gefinancierd en Jeugdwet gefinancierde opnamen), in percentages, deelnemers 2016

	1 tm 7 dagen (%)	8 tm 30 dagen (%)	31 tm 90 dagen (%)	91 tm 180 dagen (%)	181 tm 365 dagen (%)	Totaal (%)
Zvw-DBC	24	31	27	12	7	100
Jeugdwet	18	24	31	18	9	100

Om de verblijfsduur door de jaren heen te kunnen vergelijken, is een vergelijking gemaakt tussen de verblijfsduur van de intramurale Zvw-gefinancierde voorzieningen in 2012, 2013 en 2014 met de verblijfsduur van de intramurale Zvw-DBC- en Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen in 2015 en 2016. Deze gegevens (zie Tabel 3.5) laten zien dat het aandeel van de korte opnamen (opnamen van maximaal zeven dagen) tussen 2012 en 2013 aanzienlijk toenam. Verder bleef de verblijfsduur (gecategoriseerd zoals in Tabel 3.5) over het geheel genomen tamelijk stabiel.

Tabel 3.5 Verblijfsduur klinische voorzieningen voor opnamen tot maximaal één jaar (bij uitstroom), in percentages, 2012 - 2016

	≤ 7 dagen (%)	8-30 dagen (%)	31- 90 dagen (%)	91- 365 dagen (%)	Totaal (%)
2012 (n=16)	21	31	29	19	100
2013	27	31	24	18	100
2014	25	30	26	19	100
2015	24	29	26	21	100
2016	23	31	27	19	100

Tabel 3.6 laat de verdeling zien van het aantal Zvw-gefinancierde intramurale DBC-dagen over de deelprestaties. Uit deze tabel blijkt dat in 2016 ruim de helft van het aantal Zvw gefinancierde plaatsen (60 procent), plaatsen betrof met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad (deelprestaties E tot en met G).

Tabel 3.6 Aandeel deelprestaties in het totaal aantal Zvw-DBC-gefinancierde plaatsen, in percentages, deelnemers 2016

Deelprestatie	Percentage
Deelprestatie A lichte verzorgingsgraad	2
Deelprestatie B beperkte verzorgingsgraad	6
Deelprestatie C matige verzorgingsgraad	15
Deelprestatie D gemiddelde verzorgingsgraad	17
Deelprestatie E intensieve verzorgingsgraad	33
Deelprestatie F extra intensieve verzorgingsgraad	23
Deelprestatie G zeer intensieve verzorgingsgraad	4

Van de Jeugdwet-gefinancierde plaatsen betrof bij driekwart (73 procent) van de plaatsen, plaatsen met een deelprestatie in de categorie E tot en met G. 22 procent betrof plaatsen met deelprestatie D. (Plaatsen met deelprestatie A, B, of C komen nagenoeg niet voor.)

Tabel 3.7 Ontwikkeling intramurale deelprestaties deelnemende instellingen, in percentages, 2013-2016

	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2013 (%)	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2014 (%)	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2015 (%)	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2016 (%)	Mutatie-cijfer* 2013-2014 (%)	Mutatie-cijfer 2014-2015 (%)	Mutatie-cijfer 2015-2016 (%)	Mutatie-cijfer 2013-2016 (%)
Deelprestatie A	3,2	2,7	2,4	1,8	-22,4	-16,9	-27,2	-53,1
Deelprestatie B	7,1	5,7	4,3	5,8	-24,1	-29,9	28,2	-31,7
Deelprestatie C	17,0	16,7	15,0	13,7	-7,7	-15,5	-13,6	-32,6
Deelprestatie D	24,3	20,6	20,0	17,1	-19,9	-8,6	-18,9	-40,6
Deelprestatie E	27,6	30,5	30,8	31,8	4,1	-5,0	-2,2	-3,3
Deelprestatie F	17,9	20,1	21,8	24,2	6,0	2,2	5,0	13,6
Deelprestatie G	2,8	3,7	5,7	5,6	23,8	43,3	-6,2	66,4
Totaal (n=16)	100	100	100	100	-5,7	-6,0	-5,2	-16,0

* Mutatiecijfers zijn gebaseerd op het absolute aantal plaatsen per deelprestatie per jaar.

Tussen 2013 en 2016 nam het aandeel van plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad (E, F en G) in het totaal aantal plaatsen elk jaar toe. In absolute zin nam het aantal plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad (E, F en G) ook toe met hierbij de kanttekening dat er tussen 2015 en 2016 geen sprake meer was van een stijging van de omvang van deze plaatsen in absolute zin (maar van een nagenoeg gelijke omvang).

- ✓ Het aantal unieke opgenomen cliënten dat jaarlijks opgenomen wordt ,was bij de deelnemende instellingen nagenoeg stabiel tussen 2013 en 2016;
- ✓ Het aantal opnameperioden nam af tussen 2013 en 2015, maar steeg tussen 2015 en 2016, hetgeen kan betekenen dat meer mensen vaker worden opgenomen en/of de mensen die vaker worden opgenomen nog meer opnamen doormaken;
- ✓ Het aandeel van de kortere opnamen (opnamen van maximaal een week) nam tussen 2012 en 2013 sterk toe. Afgezien daarvan is het patroon van opnameduur door de jaren heen relatief stabiel;
- ✓ Het aandeel van het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad in het totaal aantal verblijfsdagen (voor opnamen tot één jaar) nam tussen 2013 en 2016 toe. Ook in absolute zin steeg het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad tot 2015; tussen 2015 en 2016 stopt die toename.

Langdurig verblijf: Zvw-ZZP- en Wlz-gefinancierde voorzieningen

De resultaten van de uitvraag bij de instellingen laten zien dat bij de ZZP-dagen (Zvw-ZZP en Wlz-ZZP) het overgrote deel van de productie bestond uit de productie van de zwaardere pakketten (ZZP 4 en hoger) (zie Tabel 3.8).

Tabel 3.8 Aandeel ZZP-pakketdagen in het totaal aantal ZZP-dagen, in percentages, deelnemers 2016

Zvw-ZZp	Zvw-ZZp	Wlz-ZZP	Totaal
ZZP 1		0,0	0,0
ZZP 2		0,1	0,1
ZZP 3	6,0	3,5	3,9
ZZP 4	15,8	13,7	14,1
ZZP 5	47,0	50,0	49,5
ZZP 6	10,0	11,6	11,4
ZZP 7	21,3	21,0	21,0
Totaal	100	100	100,0

Tabel 3.9 bevat de cijfers van de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten voor langdurig verblijf tussen 2012 en 2016. De cijfers wijzen uit dat het gezamenlijke aandeel van de pakketten 5, 6 en 7 de laatste jaren ruim 80 procent was.

Tabel 3.9 Verdeling intramurale capaciteit per ZZP (Zvw en Wlz), in percentages, deelnemende instellingen, 2012-2016

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
ZZP 1 (n=15)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
ZZP 2	1,2	0,7	0,4	0,1	0,1
ZZP 3	10,2	6,2	4,5	4,0	3,4
ZZP 4	15,4	14,4	13,2	13,0	13,3
ZZP 5	40,6	43,8	46,0	48,0	49,0
ZZP 6	12,8	12,5	12,1	11,6	11,3
ZZP 7	19,7	22,3	23,8	23,2	23,0
	100	100	100	100	100

- ✓ Het grootste deel van de productie van het langdurig verblijf betreft in 2016, net als in de afgelopen jaren de zwaardere ZZP-en.

Beschermd wonen: Wmo 2015 - gefinancierde plaatsen

In totaal woonden er 2016 10.683 cliënten in de beschermd wonen voorzieningen van de deelnemende instellingen. 1.943 cliënten stroomden in, 1.934 cliënten stroomden uit. Dit betekent dat de deelnemende BW-voorzieningen tezamen een in- en uitstroompercentage kennen van afgerond 18 procent. In 2015 lag dit percentage op afgerond 16 procent. Gegevens over de zorgwaarde van de beschermd wonen plaatsen konden vanwege wijzigingen in financiering en registratie niet langer uitgevraagd worden.

3.6 Zorggebruik en omvang van de ambulante GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

In deze paragraaf worden de stand van zaken en ontwikkelingen beschreven in de omvang van het gebruik en de productie van de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ en de ambulante begeleiding en ondersteuning vanuit het sociale domein van de deelnemende instellingen.

Zorggebruik ambulante behandeling in de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ

De cijfers van Tabel 3.10 laten zien dat in 2016 door de deelnemende instellingen ruim 60.700 cliënten werden behandeld in de generalistische basis GGZ (afgerond 56.800 in de Zvw en 3.900 in de Jeugdwet) en er afgerond 389.000 cliënten ambulant werden behandeld in de gespecialiseerde GGZ (325.000 cliënten in de Zvw en 64.000 cliënten in de Jeugdwet).

Tabel 3.10 Aantal cliënten* met een ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2016

	Generalistische basis GGZ - Zvw	Generalistische basis GGZ - Jeugdwet	Specialistische behandeling - Zvw	Specialistische behandeling - Jeugdwet
Aantal cliënten	56.807	3.933	325.149	63.974

* Cliënten kunnen in meerdere categorieën zijn meegeteld.

Tussen 2012 en 2016 daalde bij de deelnemende instellingen het totaal aantal cliënten meteen ambulante behandeling (zie Tabel 3.11). Het aantal cliënten in de basis-GGZ steeg maar compenseerde niet voor een nog sterkere daling van het aantal cliënten met een ambulante behandeling in de gespecialiseerde GGZ bij de deelnemende instellingen.

Tabel 3.11 Ontwikkeling cliënten met een ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2012-2016

	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015* (%)	Mutatiecijfer 2015-2016* (%)	Mutatiecijfer 2012-2016* (%)
Behandeling met een DBC (n=23)	-12,2%	-4,6%	-10,4%	-2,8%	-27,0%
Behandeling met een product van de generalistische basis GGZ (n=21)	-**	-**	70,7%	3,6%	76,8%
Totaal***	-12,2%	2,6%**	-4,7%	-2,0%	-15,9%

* Voor 2015 en 2016 gaat het om de som van de Zvw en de Jeugdwet cliënten.

** De generalistische basis GGZ is in 2014 ingevoerd dus groeicijfers kunnen vanaf die periode berekend worden. In de groeicijfers van het totaal is de generalistische basis GGZ vanaf het mutatiecijfer 2013-2014 meegeteld.

*** Deze cijfers dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat er sprake kan zijn van dubbelstellingen tussen de cliënten met een DBC en de cliënten met een product van de basis GGZ.

Productie generalistische basis GGZ

In Tabel 3.12 worden de cijfers gepresenteerd van de afgesloten producten van de generalistische basis GGZ van de deelnemende instellingen in 2016. Uit deze cijfers blijkt dat ruim veertig procent van de gesloten producten het product 'intensief' betrof.

Tabel 3.12 Gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemers 2016

	Zvw	Jeugdwet	Totaal	Percentage totaal
Product Kort (ca. 300 minuten)	2.504	136	2.640	5,7
Product Middel (ca. 500 minuten)	6.992	292	7.284	15,8
Product Intensief (ca. 750 minuten)	18.992	1.130	20.122	43,5
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	11.624	1.200	12.824	27,8
Product Onvolledig behandeltraject	3.125	216	3.341	7,2
Totaal	43.237	2.974	46.211	100

Tabel 3.13 bevat de gegevens van de ontwikkelingen van de gesloten producten van de generalistische basis GGZ (van de instellingen die aan alle drie de metingen van de LMA deelnamen). Uit vergelijking van de cijfers van 2014 tot en met 2016 komt naar voren dat de omvang van het aantal producten van de generalistische basis GGZ bij de deelnemende instellingen fors toenam. Met name de producten 'intensief' en 'chronisch' namen toe.

Tabel 3.13 Ontwikkeling gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemers 2014, 2015 en 2016

	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)	Mutatiecijfer 2015-2016 (%)	Mutatiecijfer 2014-2016 (%)
Product Kort (ca. 300 minuten)	6,8	-13,1	-7,2
Product Middel (ca. 500 minuten)	38,0	-6,6	28,9
Product Intensief (ca. 750 minuten)	153,3	27,7	223,4
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	342,3	125,1	895,6
Totaal (n=15)	106,2	33,8	176,0

Productie ambulante gespecialiseerde GGZ

In 2016 werden afgerond 328.000 ambulante DBC's afgesloten. DBC's kennen verschillende minutencategorieën. Tabel 3.14 bevat de gegevens over hoe groot het aandeel per minutencategorie is in het totaal aantal afgesloten ambulante DBC's. Uit deze cijfers blijkt dat 39,5 procent van alle afgesloten DBC's betrekking had op behandeltrajecten van omrekenend maximaal 13 uur. Achttien procent van de trajecten bestond uit intensieve trajecten (trajecten van 50 uur of meer).

Tabel 3.14 Gesloten DBC's per minutencategorie, deelnemers 2016

	Percentage Zvw-DBC's	Percentage Jeugdwet-DBC's	Percentage van het totaal	Cumulatief percentage totaal
Aantal gesloten ambulante DBC's - tot 200 minuten*	7,5	11,7	8,1	8,1
Aantal gesloten ambulante DBC's - 200 t/m 399 minuten*	13,8	13,7	13,8	21,9
Aantal gesloten ambulante DBC's - 250 t/m 799 minuten	17,9	15,7	17,6	39,5
Aantal gesloten ambulante DBC's - 800 t/m 1799 minuten	27,4	23,2	26,8	66,3
Aantal gesloten ambulante DBC's - 1800 t/m 2999 minuten	16,0	15,8	16,0	82,2
Aantal gesloten ambulante DBC's - 3000 t/m 5999 minuten	11,7	13,4	11,9	94,2
Aantal gesloten ambulante DBC's - 6000 t/m 11999 minuten	4,6	5,0	4,7	98,8
Aantal gesloten ambulante DBC's - 12000 t/m 17999 minuten	0,8	1,1	0,9	99,7
Aantal gesloten ambulante DBC's - 18000 en meer minuten	0,3	0,6	0,3	100,0
Totaal	100	100	100	(totaal 328.308 DBC's)

* Deze minutencategorieën zijn van toepassing op een paar specifieke productgroepen

Het aantal gesloten ambulante DBC's is tussen 2012 en 2016 gedaald (met 29 procent, zie Tabel 3.15). De ontwikkeling door de jaren heen is grillig, mogelijk wellicht vanwege de invloed van het eigen risico in 2012. Tussen 2012 en 2015 neemt per saldo ook het aantal intensieve ambulante DBC's (met 3.000 minuten of meer) af; in 2016 is sprake van een lichte groei.

Tabel 3.15 Ontwikkeling minutencategorieën van de ambulante DBC's, deelnemende instellingen 2012-2016

	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2012 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2013 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2014 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2015* (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2016* (%)	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)	Mutatiecijfer 2015-2016 (%)	Mutatiecijfer 2012-2016 (%)
Aantal gesloten ambulante DBC's – t/m 1799 minuten	75,5	72,9	69,3	70,5	66,5	-19,1	2,8	-19,8	-6,5	-37,7
Aantal gesloten ambulante DBC's – 1800 t/m 2999 minuten	11,3	13,9	16,0	14,8	16,3	3,1	25,0	-27,2	9,2	2,4
Aantal gesloten ambulante DBC's – 3000 t/m 5999 minuten	7,1	9,1	10,5	10,3	11,8	7,1	23,8	-22,1	13,8	17,4
Aantal gesloten ambulante DBC's – 6000 minuten en meer	6,2	4,1	4,2	4,4	5,4	-44,3	10,5	-17,3	22,3	-37,7
Totaal (n=21)	100	100	100	100	100	-16,3	8,1	-21,1	-0,8	-29,2

* Betreft cijfers van de Zvw en de Jeugdwet.

Wmo-gefinancierde individuele en ambulante begeleiding en ondersteuning – sociaal domein

32 respondenten gaven aan Wmo-gefinancierde individuele begeleiding en ondersteuning te bieden en 34 respondenten boden Wmo-gefinancierde groepsactiviteiten. De individuele begeleiding wordt doorgaans aangeboden vanuit een aparte voorziening, maar maakt daarnaast soms ook onderdeel uit van een sociaal wijkteam (bij 28% van de instellingen) of een FACT-team (bij 31% van de instellingen). Ruim 80 procent gaf aan dat er aparte groepsvoorzieningen waren voor mensen met psychische problematiek en 35 procent gaf aan dat er (daarnaast) ook groepsvoorzieningen waren waar de groepsbegeleiding voor mensen met psychische problematiek geïntegreerd was met de begeleiding voor andere doelgroepen 1.

De uitvraag bij de instellingen wijst uit dat ruim 19.700 cliënten individuele ambulante begeleiding/ondersteuning kregen, ruim 9.900 mensen gebruik maakten van een groepsaanbod zoals een dagactiviteitencentrum of een inloopvoorziening⁷ en ruim 600 mensen nog weer een andere type Wmo-gefinancierde ondersteuning (bijvoorbeeld preventieactiviteiten en vervoer). In totaal maakten 22.800 unieke cliënten gebruik van één of meer Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen (wat een veel kleinere groep is dan de 450.000 cliënten die een ambulante *behandeling* kregen).

Uit de cijfers van de tweede en de derde meting van de LMA blijkt dat het aantal cliënten dat gebruik maakte van Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding (groeps- en individuele voorzieningen *tezamen*) in 2016 daalde ten opzichte van 2015, met als belangrijke kanttekening dat deze daling kwam doordat de groep mensen die in een beschermd wonen voorziening woonde en daarnaast ook gebruik maakte van een ambulante voorziening van de instelling zoals dagbesteding, in 2016 kleiner was dan in 2015. Het aantal mensen dat zelfstandig woonde en daarbij gebruik maakte van (individuele of groepsgerichte) begeleiding en ondersteuning bleef nagenoeg gelijk tussen 2015 en 2016. Dit jaar is aan de instellingen ook gevraagd

7 Verschillende respondenten gaven aan dat de aangeleverde cijfers over het gebruik van de Wmo-gefinancierde voorzieningen, schattingen betreffen, omdat niet alles (apart) geregistreerd wordt. Hier dient bij de interpretatie van de cijfers rekening mee gehouden te worden.

of het aantal cliënten dat in 2016 *individuele* begeleiding en ondersteuning kreeg, veranderd is ten opzichte van 2015 en wat de ontwikkeling was bij de *groepsgerichte voorzieningen*. Uit de antwoorden (van de aanbieders met deze voorzieningen) bleek dat bij een derde van de aanbieders het aantal cliënten dat *individuele* begeleiding kreeg in 2016 gelijk was aan 2015, ruim 40 procent van de aanbieders gaf aan dat dit aantal was toegenomen en ruim 20 procent meldde dat het aantal cliënten met individuele begeleiding was afgenomen. De range van de toe- en afnames was erg breed (variërend van 1-10 procent tot nagenoeg 100 procent). Wat betreft het aantal cliënten dat gebruik maakte van *groepsbegeleiding* gaf ruim 20 procent van de respondenten aan dat (voor zover zij dit aanbod hadden) het aantal cliënten in 2016 gelijk was aan 2015. Ruim 30 procent van de aanbieders rapporteerde een toename en 45 procent een afname. De toename varieerde met een maximum van 40 procent, de range van de afname was groter (tot 80 procent).

Om een idee te krijgen van de omvang van de voorzieningen voor Wmo-gefinancierde begeleiding en ondersteuning is aan de instellingen gevraagd aan te geven uit hoe veel fte de betreffende voorzieningen bestonden in 2016 en of er op dit punt een verandering had plaatsgevonden ten opzichte van 2015. Niet alle aanbieders die ambulante begeleiding en ondersteuning boden, konden gegevens aanleveren over het aantal fte. 19 aanbieders hebben gegevens aangeleverd van het aantal fte van de individuele voorzieningen en 20 van het aantal fte van de groepsvoorzieningen. Deze aanbieders hadden tezamen afgerond 700 fte voor individuele begeleiding en ondersteuning en 500 fte voor groepsactiviteiten. 28 aanbieders gaf aan hoe het aantal fte van de voorzieningen zich in 2016 ontwikkelde ten opzichte van 2015. Ruim de helft van hen gaf aan dat het aantal fte voor *individuele* begeleiding niet was veranderd, bij bijna 40 procent was dit toegenomen en bij zeven procent had er een afname plaatsgevonden. Zestig procent gaf aan dat het aantal fte voor *groepsbegeleiding* in 2016 niet veranderd was ten opzichte van 2015. Bij 18 procent van was het aantal fte voor groepsactiviteiten toegenomen, bij ruim 20 procent was dit juist afgenomen.

- ✓ Het aantal cliënten van de deelnemende instellingen met een ambulante behandeling daalde tussen 2012 en 2016. Het aantal mensen met een behandeling in de generalistische basis GGZ groeit, maar deze groei compenseert de daling van het aantal mensen met een specialistische ambulante behandeling niet.
- ✓ Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde tussen 2012 en 2016. Tussen 2012 en 2015 neemt per saldo ook het aantal intensieve ambulante DBC's (met 3.000 minuten of meer) af; in 2016 is sprake van een lichte groei.
- ✓ Het aantal cliënten met individuele begeleiding en ondersteuning (Wmo-gefinancierd) was in 2016 bij een groot deel van de instellingen tenminste gelijk aan het aantal cliënten in 2015. Het aantal cliënten van groepsactiviteiten nam bij bijna de helft van de instellingen af.

3.7 Opbrengsten

Tabel 3.16 bevat de gegevens over de verdeling van de opbrengsten van de deelnemende instellingen over de ambulante GGZ-voorzieningen, de klinische voorzieningen en het beschermd wonen.

Tabel 3.16 Aandeel opbrengsten ambulante GGZ-voorzieningen, klinische voorzieningen en beschermd wonen*, deelnemers 2016

Intramurale Zvw (%)	Intramurale Jeugdwet (%)	Intramurale Wlz (%)	Intramurale Wmo – beschermd wonen (%)	Ambulante Zvw (%)	Ambulante Jeugdwet (%)	Ambulante Wmo (%)	Totaal (%)
13	5	10	28	27	9	8	100

* De verhouding tussen de intramurale en ambulante opbrengsten verschilt per instelling; er zijn instellingen die meer opbrengsten halen uit de ambulante voorzieningen dan uit de intramurale voorzieningen. Vaak is dit gerelateerd aan de omvang van (eventuele) voorzieningen voor beschermd wonen van de instelling.

Uit de cijfers van Tabel 3.16 blijkt dat ruim de helft van de opbrengsten van de deelnemende instellingen in 2016 werd gegenereerd door klinische en beschermd wonen plaatsen. Als alleen naar de financieringskaders Zvw en Wlz tezamen gekeken wordt, dan is het aandeel van de opbrengsten uit klinische voorzieningen 46 procent en 54 procent van de opbrengsten is afkomstig van ambulante voorzieningen.

Tabel 3.17 Aandeel opbrengsten klinische voorzieningen en beschermd wonen enerzijds en ambulante GGZ anderzijds, deelnemende instellingen 2012-2016*

	Totaal aandeel klinische zorg en beschermd wonen(%)	Totaal ambulant aandeel (%)	Totaal (%)
2012 (n=21)	59%	41%	100
2013	63%	37%	100
2014	56%	44%	100
2015	59%	41%	100
2016	60%	40%	100

* De verhouding tussen de intramurale en ambulante opbrengsten verschilt per instelling; er zijn instellingen die meer opbrengsten halen uit de ambulante voorzieningen dan uit de intramurale voorzieningen. Vaak is dit gerelateerd aan de omvang van (eventuele) voorzieningen voor beschermd wonen van de instelling.

De verdeling tussen de opbrengsten uit aan de ene kant klinische en beschermd wonen voorzieningen en aan de andere kant opbrengsten uit ambulante voorzieningen schommelt bij de instellingen die aan alle vijf de metingen deelnamen (en data voor deze variabelen aanleverden) enigszins tussen 2012 en 2016, maar ligt bij benadering steeds rond een 60 – 40 procent verdeling, met 60 procent van de opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen en 40 procent van de opbrengsten uit ambulante voorzieningen (zie Tabel 3.17).

- ✓ Tussen 2012 en 2016 schommelt de verdeling tussen enerzijds opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen en anderzijds ambulante opbrengsten rond een 60 – 40 procent verdeling.

4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing

Aan de derde uitvraag van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) bij de GGZ-aanbieders namen 49 aanbieders deel. De verkregen dataset bestaat uit registratiegegevens en ondanks checks kunnen administratieve fouten niet uitgesloten worden. Dit maakt dat er enige voorzichtigheid geboden is bij het duiden van de resultaten. Dit gezegd hebbende laten de data van de deelnemende instellingen zien dat het aantal klinische plaatsen in 2016 opnieuw gedaald is. Het aantal plaatsen met een intensieve verzorgingsgraad nam tussen 2013 en 2016 toe, met de kanttekening dat er tussen 2015 en 2016 geen sprake meer was van een verdere stijging maar van een stabilisatie. Het aantal unieke personen dat opgenomen werd, was in 2016 nagenoeg gelijk aan het aantal opgenomen personen in de drie jaren daarvoor en is kleiner dan het aantal opnameperioden (hetgeen erop wijst dat een deel van de cliënten meermalen wordt opgenomen). Het aantal opnameperioden daalde fors tussen 2013 en 2015 (daling van 22 procent) maar steeg weer enigszins (met vijf procent) in 2016. Over het geheel genomen bleef de opnameduur in de periode 2013-2016 min of meer stabiel. Bij elkaar genomen impliceren deze trendcijfers dat de afname van het aantal plaatsen tot 2015 niet zozeer is gerealiseerd door middel van een verkorting van de opnameduur per opname, maar door een vermindering van het aantal opnamen. Het gegeven dat het aantal opnamen in 2016 weer licht steeg is minder goed te rijmen met de overige trends (minder bedden bij gelijkblijvende opnameduur). Een volgende monitormeting zal hier meer duidelijkheid over moeten verschaffen.

Naast de afname van het aantal klinische plaatsen wijzen de resultaten uit dat het aantal cliënten met een ambulante behandeling bij de deelnemende instellingen de laatste jaren afnam. Er werden wel meer mensen behandeld in de generalistische GGZ maar dit groeiende aantal compenseerde het dalend aantal cliënten met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ niet. Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde, met enige grilligheid, tussen 2012 en 2016. Ook het aantal gesloten intensieve ambulante DBC's (DBC's met 3.000 minuten of meer) daalde per saldo tussen 2012 en 2015. In 2016 was hier sprake van een lichte groei.

De afname van het aantal plaatsen voor beschermd wonen zet in 2016 door. Het aantal mensen dat gebruik maakte van de ambulante voorzieningen (individueel en groepsgericht samen genomen) van de deelnemende instellingen in het sociale domein in 2016 daalde ten opzichte van 2015. Deze daling lijkt vooral veroorzaakt te worden door een daling van het aantal cliënten van groepsgerichte activiteiten (zoals dagbesteding) en niet zozeer door een daling van individuele begeleiding; twee op de vijf deelnemers (met deze voorzieningen) gaf aan dat het aantal cliënten dat *individuele* begeleiding en ondersteuning kreeg in 2016 was gestegen ten opzichte van 2015. Bij één op de vijf was het aantal cliënten met individuele begeleiding en ondersteuning gedaald. Wat betreft de groepsgerichte voorzieningen rapporteerde bijna de helft van de respondenten een afname van het aantal deelnemers en een derde een toename.

De resultaten van de uitvragen bij de GGZ-aanbieders van de LMA laten, gecombineerd met de resultaten van de LMIG, zien dat de eerder gesignaleerde trends van de afbouw van de omvang van klinische voorzieningen en het beschermd wonen ook tussen 2015 en 2016 doorzetten met hierbij de kanttekening dat de afbouw van plaatsen iets minder sterk was dan in de jaren daarvoor. Op basis van de uitgevraagde gegevens wordt wat betreft de ambulante basis en gespecialiseerde GGZ een afname van het aantal cliënten gezien. Ook het aantal gesloten ambulante DBC's neemt af. Een relatief kleine groep (in vergelijking tot de groep mensen die een *behandeling* kreeg) mensen maakte gebruik van de ambulante voorzieningen van de deelnemende instellingen in het sociale domein en de cijfers wijzen erop dat het aantal cliënten met *individuele begeleiding en ondersteuning* in 2016 niet erg verschilde van 2015 (met hier en daar wel grote verschillen tussen de instellingen) maar dat het aantal mensen dat gebruik maakte van *groepsgerichte* activiteiten wel afnam. Vanwege de genoemde beperkingen van de dataset is terughoudendheid geboden om louter alleen op basis van deze resultaten uitspraken te doen over de voortgang van de ambulantisering in Nederland. In de hoofdtekst van deze monitorrapportage worden de resultaten geduid in de context van de resultaten van de andere deelonderzoeken van de monitor.

Bijlage I Klankbordgroep data-uitvraag

Cordaan:

Fleur van Eeden

HVO Querido:

Cyriel Reestman

Parnassia Groep:

Hans van den Berg

Marina Geschiere

Armelle van Helden

Miranda Moens

Marieke Nekeman

Hans Noordtjij

Bijlage II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ

Uit de cijfers van Tabel 1 blijkt dat bij de instellingen die aan zowel de twee metingen van de LMIG als de drie metingen van de LMA deelnamen, het aantal DJI-gefinancierde plaatsen in 2016 nagenoeg gelijk was aan het aantal plaatsen in 2012, met de kanttekening dat er in de periode 2012-2016 soms sprake was van een (forse) stijging en dan weer van een (forse) daling.

Tabel 1 Intramurale DJI-gefinancierde plaatsen, deelnemers 2016 en mutatiecijfers 2012-2016

	Plaatsen 2016	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)	Mutatiecijfer 2015-2016 (%)	Mutatiecijfer 2012-2016 (%)
Totaal	1.300 (n=30)	19,5	-20,6	-1,3	7,1	0,3 (n=19)

Bijlage III Deelnemende instellingen LMA en LMIG

Geïntegreerde GGZ-instellingen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)
Altrecht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Arkin	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Breburg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
De Viersprong	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Delta Psychiatrisch Centrum	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Dimence	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Eleos	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Emergis	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Stichting Fier Fryslân	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGNet	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Centraal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Delfland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Drenthe	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Friesland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ inGeest	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
GGZ Noord-Holland-Noord	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Oost Brabant	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
GGZ Eindhoven en de Kempen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Westelijk Noord Brabant	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee
Leger des Heils Gelderland	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Lentis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Lievegoed Zorggroep	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Mediant	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
MET ggz (Mensana)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mondriaan	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Orbis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Parnassia Groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pro Persona	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Reinier van Arkel Groep	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Rivierduinen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sinai Centrum	Ja	Nee	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)
Stichting Centrum '45	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Vincent van Gogh	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Yulius	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)
Cordaan	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Fonteynenburg	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja
RIBW Groep Overijssel	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja	Nee	Ja
HVO/Querido	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kwintes	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Pameijer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting PerspeKtief	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Promens Care	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Arnhem en Veluwevallei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Brabant	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Gooi en Vechtstreek	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
RIBW Heuvelland en Maasvallei (LEVANTO groep)	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
RIBW Nijmegen & Rivierenland	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Stichting Riwis Zorg & Welzijn	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Lister (voorheen SBWU)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Anton Constandse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Woonzorgnet bv	-	-	Ja	Ja	Nee

Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)
Accare	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
De Bascule	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Curium-LUMC	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dr. Leo Kannerhuis	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
De Jutters	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Karakter	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
LSG-Rentray (Intermetzo)	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja	Nee	Nee
Mutsaersstichting	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Triversum	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Yorneo	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Stichting Elker	-	-	Ja	Ja	Nee
Amarant groep	-	-	Ja	Ja	Ja
Autistart bv	-	-	Ja	Ja	Ja

Gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)
Bouman GGZ	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Castle Craig	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
IrisZorg	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Novadic-Kentron	Nee	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Nee	Nee	Nee
Rodersana BV	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting De Hoop	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Tactus Verslavingszorg	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Verslavingszorg Noord Nederland	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Victas	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
IGHD verslavingszorg bv	-	-	Ja	Nee	Nee
Ready For Change bv	-	-	Ja	Ja	Ja

Gespecialiseerde forensisch psychiatrische centra

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)
FPC De Rooyse Wissel	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
FPC Oldenkotte	Ja	Ja	Ja	(Oldenkotte bestaat niet meer)	Nee
FPC De Oostvaardersklinik	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
FPC Veldzicht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
FPC De Kijvelanden	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Forensische zorgspecialisten	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Andere aanbieders met intramurale GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)
Stichting maatschappelijke opvang Breda	-	-	Ja	Ja	Ja
Stichting de Hezenberg	-	-	Ja	Ja	Nee

Aanbieders met uitsluitend ambulante GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)
GGD Amsterdam	-	-	Ja	Ja	Ja
Mentaal Beter	-	-	Ja	Ja	Nee
Stichting Kadera aanpak huiselijk geweld	-	-	Ja	Ja	Nee
Stichting Odibaan	-	-	Ja	Ja	Nee

Bijlage IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ

Op basis van de data van de deelnemers van de LMIG en LMA, imputatie van data van missende jaren van deelnemers (voor bijvoorbeeld deelnemers die wel over 2012 en 2013 data hebben aangeleverd maar niet over 2014) en bijschatting (op basis van DigiMV data) van de capaciteit van klinische voorzieningen en beschermd wonen van de instellingen die niet deelnemen of deelgenomen hebben is een schatting verkregen van de totale Nederlandse klinische en beschermd wonen capaciteit in 2012, 2013 en 2014 (zie onderstaande tabel voor de afgeronde schattingen). De schatting van de klinische en beschermd wonen plaatsen in 2015 is gemaakt op basis van de cijfers van 2014 en de groeicijfers van 2014-2015 van de aan de LMA deelnemende instellingen. De schatting van het aantal plaatsen in 2016 is op dezelfde wijze (op basis van de cijfers van 2015) gemaakt. Voor deze methode is gekozen omdat de DigiMV cijfers vanaf 2015 te onvolledig waren om een juiste bijschatting te maken van de plaatsen van de instellingen die niet aan de tweede en derde meting van de LMA deelnamen.

Tabel Geschatte Nederlandse klinische GGZ en beschermd wonen capaciteit, in plaatsen

	2012	2013	2014	2015	2016
Plaatsen eerste opnamejaar	11.100	10.900	10.200	9.750	9.250
Plaatsen langdurig verblijf	7.600	7.500	7.100	6.800	6.550
<i>Totaal aantal klinische plaatsen</i>	<i>18.700</i>	<i>18.400</i>	<i>17.300</i>	<i>16.550</i>	<i>15.800</i>
Plaatsen beschermd wonen	17.600	17.300	17.200	16.700	16.450

Bijlage 2

Deelrapportage Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik

Analyse van secundaire bronnen

Frank van Hoof
Aafje Knispel

Inhoud

1	Inleiding	55
1.1	Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven	55
2	Capaciteit en zorggebruik	59
2.1	Ontwikkelingen en stand van zaken GGZ-gebruik	59
2.2	Ontwikkelingen binnen de verschillende segmenten van Zvw-gefinancierde GGZ	60
3	Financiële prikkels	63
4	Conclusie	65

1 Inleiding

De transities in de GGZ hebben ten doel de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen te verbeteren. Ze impliceren ook een her-allocatie van middelen en capaciteit en veranderingen in het gebruik van GGZ-voorzieningen. Primair worden de laatste trends in met name GGZ-capaciteit en -gebruik in het kader van de LMA gemonitord door middel van de jaarlijks uitvraag bij de GGZ-instellingen (zie bijlage 1). Deze uitvraag genereert, anders dan de meeste secundaire bronnen, informatie over de meest recente ontwikkelingen. Op onderdelen kunnen secundaire bronnen relevante aanvullende informatie leveren. In deze bijlage zetten wij die informatie op een rij. Waar relevant refereren wij daarbij ook aan de uitkomsten uit de LMA-uitvraag bij de instellingen, zoals beschreven in bijlage 1.

Achtereenvolgens komen in deze bijlage aan bod:

- de uitgaven aan GGZ (totaal, per type voorziening en trends)
- capaciteit en gebruik van de GGZ (Wlz, SGGZ intramuraal en ambulant, Basis-GGZ, POH- GGZ; stand van zaken trends)

De bijlage spitst zich toe op de ontwikkelingen in de Wlz- en Zvw-gefinancierde zorg. Over de GGZ-voorzieningen die in 2015 naar de Wmo zijn overgeheveld, zijn vanaf dat moment (uitgezonderd de resultaten van de LMA-uitvraag bij de instellingen en de centrumgemeenten) geen landelijke gegevens meer voorhanden. Ditzelfde geldt voor de gemeentelijk gefinancierde jeugd-GGZ.

1.1 Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven

Tabel 1 geeft een overzicht van GGZ-uitgaven in de Zvw en Wlz in 2016.

Tabel 1 GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 2016*

	Euro X 1 miljoen	%
<i>Ambulant</i>		
Zvw Generalistische Basis GGZ	217	5,6
Zvw Specialistische GGZ zonder verblijf	1731	44,9
Ambulant totaal	1949	50,5
<i>Klinisch</i>		
Zvw SGGZ met verblijf tot 1 jaar	1334	34,6
Zvw SGGZ met verblijf 2 en 3 jaar	150	3,9
Wlz**	422	10,9
Opnamen totaal	1907	49,5
Totaal	3856	100,0

Bronnen: NZa, 2017; verdeling Zvw-uitgaven gespecialiseerde GGZ klinisch en ambulant: ZIN, www.zorgcijfersdatabank.nl.

* Voorlopige cijfers.

** Exclusief NZa-categorie 'Wlz overig' (vnl. 100 miljoen kapitaallasten).

De tabel laat zien dat die totale GGZ-uitgaven in de Zvw en Wlz in 2016 ruim 3,8 miljard euro bedragen (waarvan ruim 3,4 miljard Zvw-uitgaven). Circa de helft daarvan wordt besteed aan ambulante zorg en eveneens circa de helft aan klinische zorg. (Deze verhouding komt overeen met die in de LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen)¹.

De POH-GGZ maakt formeel geen onderdeel uit van het GGZ-kader maar van het huisartsenkader. Uitgaven aan POH-GGZ bedroegen in 2016 138 miljoen euro (ofwel 3 à 4% van de uitgaven in het GGZ-kader; NZa, 2017; voorlopige cijfers²).

Actuele uitgaven aan GGZ-voorzieningen die zijn overgeheveld naar de gemeenten zijn als gezegd niet meer bekend. Ten tijde van de overheveling bedroegen de uitgaven voor de voorheen vanuit de AWBZ gefinancierde voorzieningen voor het beschermd wonen en de ambulante begeleiding naar schatting 1,6 tot 1,8 miljard euro (waarvan circa 80% voor het beschermd wonen; Trimbos-instituut, 2016); uitgaven voor de jeugd-GGZ bedroegen ten tijde van de overheveling volgens een raming van de NZa circa 0,8 miljard euro. De bedragen extrapolierend naar 2016 zouden de totale GGZ-uitgaven in dat jaar naar schatting tegen de 6,5 miljard euro bedragen.

Vanwege de verschillende transitie in de GGZ zijn meerjarentrends in de GGZ-uitgaven niet eenvoudig in beeld te brengen. Wel laten de verschillende bronnen³ bij elkaar genomen het volgende zien.

- Nominaal stegen de Zvw-uitgaven binnen het GGZ-kader over de periode 2013 -2016 met minimaal 0,7% en maximaal 1,5% per jaar (leeftijd 18+; exclusief Zvw ZZP B vanaf 2015).
- Nominaal bleven de uitgaven aan klinische zorg binnen de Zvw en de Wlz in de periode 2013-2016 min of meer stabiel (gegevens van de NZa en ZIN suggereren een daling van circa 2% voor de Zvw en de Wlz tezamen; gegevens van Vektis laten een stijging zien van 1% voor de Zvw en Wlz tezamen en een daling van 1,5% voor alleen de Zvw; gegevens voor leeftijd 18+).
- De Zvw-uitgaven aan ambulante zorg binnen het GGZ-kader stegen over de periode 2013-2016 met gemiddeld 2 à 3% per jaar (gegevens voor leeftijd 18+).
- Het aandeel van de ambulante GGZ in de totale Zvw en Wlz-uitgaven steeg in de periode 2013-2016 met gemiddeld iets minder dan 1 procentpunt per jaar (leeftijd 18+).
- De uitgaven aan de POH-GGZ zijn in de periode 2011-2016 gestegen van circa 15 miljoen euro naar circa 135 miljoen euro in 2016.

De trendcijfers laten zien dat GGZ-uitgaven, voor zover in beeld, in de afgelopen periode in nominale cijfers een bescheiden groei hebben laten zien; in reële bedragen (gecorrigeerd voor kostenstijgingen) is de facto sprake van een lichte daling van die uitgaven⁴. Inclusief de POH-GGZ is grosso modo sprake van een reële nulgroei. De cijfers laten ook zien dat het ambulantiseringstraject in termen van de allocatie van de beschikbare middelen tot dusverre slechts zeer bescheiden verschuivingen van klinische naar ambulante zorg met zich mee heeft gebracht. De resultaten van de LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen wijzen daar ook op (zie bijlage 1). Met name de combinatie van een lichte reële krimp binnen het totale GGZ-kader en de groei van het aantal intensieve klinische zorgtrajecten (zie bijlage 1) lijken daarbij een rol te spelen.

Voor wat betreft de ontwikkeling van de Zvw-uitgaven aan de GGZ is de constatering van het ministerie van VWS van belang dat in de afgelopen jaren sprake is geweest van een structurele onderschrijding van het macrokader. Deze bedroeg volgens de gegevens van het ministerie over de periode 2013-2015 respectievelijk € 277 miljoen, € 417 miljoen en € 261 miljoen (ministerie van VWS, 2017). Voorlopige schattingen over 2016 komen uit op een onderschrijding van € 288 miljoen (zie ook Algemene Rekenkamer, 2017). De onderschrijdingen zijn overigens niet in strijd met landelijke afspraken; die betreffen uitsluitend een maximum, en geen minimum aan de jaarlijks GGZ-uitgaven (en de groeiruimte daarin). Wel constateert het ministerie dat de onderschrijding onder meer samenhangt met een verschuiving van zorg naar de basis ggz, achterblijvende intensivering van de ambulante zorg en scherpere inkoop van zorgverzekeraars (ministerie

1 Gegevens van Vektis bevestigen het op ZIN- en NZa-gegevens gebaseerde beeld in tabel 1. Wel is het aandeel van klinische GGZ in de totale GGZ-uitgaven volgens Vektis nog een fractie hoger: 51,1%.

2 Gegevens van Vektis komen op een iets lager bedrag uit aan uitgaven voor de POH-GGZ in 2016: 134 miljoen euro.

3 NZa, 2017; ZIN, 2017; Vektis-uitdraai ten behoeve van de LMA.

4 Gegevens over het aantal fte aan arbeidsplaatsen bevestigen het beeld van een in reële termen krimpende GGZ (Versteeghen, 2017; AZWinfo, 2017).

van VWS, 2017). Het jaarverslag van het ministerie laat ook zien dat de onderschrijdingen in geen andere deelsector de omvang en het structurele karakter hebben als van die in de GGZ.

Andere bronnen laten zien dat, voor zover sprake is van een (licht) krimpende GGZ, die vermoedelijke niet in gelijke mate onder verschillende typen instellingen plaatsvindt. Analyses van de jaarverslagen van de grote, geïntegreerde regionale instellingen voor GGZ laten zien dat met name de meeste van deze organisaties (20 van de 25) hun bedrijfsinkomsten in de afgelopen periode hebben zien dalen. Gemiddeld gaven de bedrijfsinkomsten van deze 25 instellingen tezamen over de periode 2013-2016 een daling te zien van 4% (nominale cijfers). Volgens de analyses van Versteeghen e.a. is er tegelijk sprake van een groot aantal nieuwe toetreders op de GGZ-markt. De bedrijfsresultaten van deze kleine, meestal ambulante werkende partijen 'met een beperkt dienstenportfolio', zijn doorgaans ook beter dan die van de grote GGZ-instellingen, aldus Versteeghen e.a. (2017).

2 Capaciteit en zorggebruik

2.1 Ontwikkelingen en stand van zaken GGZ-gebruik

De LMA-uitvraag bij de instellingen laat zien dat het totaal aantal cliënten dat jaarlijks gebruik maakt van de basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ van de deelnemende instellingen in de periode 2012-2016 gestaag is afgenomen (bijlage 1). Andere bronnen beschikken nog niet over gegevens over 2016 maar wel over de voorafgaande periode. Deze bronnen bevestigen bovenstaande trend voor het totale aanbod aan basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ in Nederland (NZa, 2017; KPMG Plexus, 2017)⁵. De LMA-uitvraag liet ook zien dat het aantal cliënten in de Basis-GGZ tot en met 2016 groeit maar dat - in absolute termen - een nog sterkere afname plaatsvindt van het aantal cliënten in de specialistische GGZ. Ook deze trend wordt, over eerdere jaren, bevestigd door de *Monitor Generalistische Basis GGZ* (KPMG Plexus)⁶.

Secundaire bronnen laten ook zien dat ondertussen het aantal cliënten bij de POH-GGZ sterk is gegroeid. De *Monitor Generalistische Basis-GGZ* komt tot een groei van 88.000 cliënten in 2011 tot 334.000 cliënten in 2015. Ook de NZa en het NIVEL signaleren een forse stijging van het jaarlijks aantal cliënten van de POH-GGZ tot 2015. Volgens de meest recente gegevens van het NIVEL stabiliseert dat aantal cliënten in 2016.

De bronnen zijn niet volledig eenduidig over de ontwikkeling van het totaal aantal GGZ-cliënten in de Zvw - inclusief de POH-GGZ – maar laten grosso modo zien dat dit aantal min of meer gelijk blijft. Ondertussen wijzen bovenstaande trends erop dat in de afgelopen jaren een forse en continue verschuiving heeft plaatsgevonden in het GGZ-gebruik van deze in omvang relatief stabiele cliëntenpopulatie van de ‘zwaardere’ (intensieve) zorgvormen naar lichtere vormen van zorg. De meest recente gegevens over cliëntenaantallen per deelsector van de Zvw-gefinancierde GGZ lopen uiteen en zijn deels alweer gedateerd. Ramingen en extrapolaties op basis van de verschillende bronnen en bovenstaande trends komen erop uit dat in 2016 naar schatting 650.000-750.000 cliënten gebruik maakten van de specialistische GGZ, circa 300.000-350.000 van de basis-GGZ en eveneens circa 300.000-350.000 mensen van de POH-GGZ.

Verreweg de meeste GGZ-cliënten behoren tot de bovenstaande populatie die gebruik maakt van Zvw-gefinancierde voorzieningen. Het aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-gefinancierde voorzieningen (langdurig verblijf) of Wmo-gefinancierde GGZ-voorzieningen (beschermd wonen en ambulante begeleiding door GGZ-aanbieders) is aanzienlijk kleiner. Extrapolaties op basis van de LMA-uitvraag bij de instellingen komen voor 2016 uit op circa 7.000 GGZ-cliënten in de Wlz en circa 45.000 – 55.000 GGZ-cliënten in de Wmo (exclusief PGB)⁷.

5 De omvang van de afname van het aantal cliënten loopt bij de verschillende bronnen wel uiteen: de NZa komt uit of een afname van circa 25% over de periode 2011-2014 (NZa, 2017); in de *Monitor Generalistische Basis GGZ* bedraagt die afname circa 12% over de periode 2012-2015 (KPMG Plexus, 2017).

6 In de *Marktscan ggz 2016* van de NZa worden nog geen gegevens gepresenteerd over cliëntenaantallen na 2014 (het jaar van de invoering van de basis-GGZ en specialistische GGZ).

7 Een nog kleiner deel van de GGZ-cliënten ontvangt (op basis van een strafrechtelijke titel) zorg vanuit voorzieningen die worden gefinancierd door het ministerie van Justitie. In 2016 waren daarvoor 3628 plaatsen beschikbaar, waarvan 1491 in TBS-klinieken, 965 in andere voorzieningen voor klinische forensisch psychiatrische zorg en 1172 in voorzieningen voor beschermd wonen. De afgelopen jaren is het totaal aantal door het ministerie van Justitie gefinancierde plaatsen min of meer stabiel gebleven maar is het aantal plaatsen in TBS-klinieken afgenomen en het aantal plaatsen in voorzieningen voor beschermd wonen toegenomen (DJI, 2017).

2.2 Ontwikkelingen binnen de verschillende segmenten van Zvw-gefinancierde GGZ

2.2.1 Ontwikkelingen in de specialistische GGZ

Het aantal cliënten in de specialistische GGZ neemt af, zo zagen we. Tegelijk laat de LMA-uitvraag bij de instellingen zien dat het aantal cliënten dat gebruik maakt van de klinische voorzieningen vooralsnog gelijk blijft. De LMA-uitvraag laat ook zien dat het aantal klinische plaatsen in de afgelopen jaren gestaag is afgenomen, dat ook het aantal opnamen tot 2015 afnam en dat de verblijfsduur min of meer gelijk blijft. De Marktscan ggz van de NZa bevestigt deze stabilisering van de gemiddelde opnameduur voor een eerdere fase (tot 2014)⁸. Ook de in de LMA-uitvraag geconstateerde toename over de afgelopen periode van het aantal plaatsen voor intensieve klinische zorg, wordt bevestigd door eerdere cijfers van de NZa: deze constateert dat de gemiddelde kosten per verblijfsdag toenemen (gegevens tot 2014; toename van 6% in 2014; zie ook Vektis, Zorgprisma.nl).

De verwachting voorafgaand aan het ambulantiseringstraject was dat deze zou leiden tot meer en intensievere ambulante zorg, in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De monitorbevindingen tot dusver gaven geen aanwijzingen voor een dergelijk toename; de LMA-uitvraag bij de instellingen laten over de afgelopen jaren een enigszins grillig patroon zien in het aantal 'intensieve' ambulante DBC's in de SGGZ (DBC's van 3.000 minuten of meer), maar wijzen vooralsnog niet op een substantieel stijgende lijn. Gegevens die ten behoeve van de LMA zijn opgevraagd bij Vektis en de NZa bevestigen dit beeld: voor de periode 2012-2013 laten deze bronnen nog een lichte stijging laten zien van het aantal intensieve ambulante DBC's (mogelijk mede veroorzaakt door de relatief lage zorgconsumptie in 2012 vanwege de eigen bijdrage) maar voor de periode 2013-2015 komen zij uit op een (lichte) daling van 1,5%. De gegevens laten ook zien dat mutatiecijfers verschillen per diagnosecategorie, maar niet per se gunstiger uitpakken voor de 'zwaardere' diagnoses. Voor de vier grootste hoofddiagnosegroepen betreffen de mutaties over de periode 2013-2015 respectievelijk een daling van het aantal intensieve ambulante DBC's van 3% voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen, een stijging van 2% voor persoonlijkheidsstoornissen, een daling van 7% voor depressieve stoornissen en een stijging van 6% voor angststoornissen⁹.

Een andere aanwijzing voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is de ontwikkeling van de FACT-teams. In de vorige monitor-rapportage werd vastgesteld dat het aantal FACT-teams in de voorafgaande periode nog was gegroeid, maar dat vanuit de teams werd aangegeven dat de instellingen nauwelijks tot geen groeiplannen met betrekking tot FACT (meer) hadden. De meest recente data van het CCAF bevestigen dat er sinds medio vorig jaar nauwelijks tot geen gecertificeerde FACT-teams meer zijn bijgekomen. Het totaal aantal gecertificeerde teams blijft min of meer stabiel op ruim 300 (CCAF, 2017).

2.2.2 Ontwikkelingen in de basis-GGZ

Het aantal cliënten in de basis-GGZ is de afgelopen periode gegroeid. Een vergelijking van de gegevens uit de LMA-uitvraag bij de instellingen met die uit andere bronnen laat tegelijk zien dat het aandeel van het aantal cliënten in de basis-GGZ op het totaal aantal cliënten bij de LMA-deelnemers aanzienlijk lager is dan landelijk. Dat impliceert dat de basis-GGZ maar voor een beperkt deel wordt geboden vanuit de grotere geïntegreerde instellingen. Andere gegevens bevestigen dat beeld. Volgens de Monitor Basis-GGZ ontving in 2015 43% van de basis-GGZ-clieënten zorg vanuit een instelling, 56% van de cliënten was in behandeling bij een vrijgevestigde (binnen de specialistische GGZ is die verhouding 84% versus 15%). De Monitor Basis-GGZ laat ook zien dat de vrijgevestigden vooral zorg bieden binnen de producten kort, middel en intensief maar

8 Relevant in dit verband is de vaststelling van het Zorg Instituut Nederland (ZIN) in zijn onderzoek naar het *Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ* dat "cliënten vaak onnodig lang in instellingen verblijven". Het ZIN wijt dit aan het ontbreken van voldoende ambulant aanbod (en van financiële prikkels voor het ontwikkelen daarvan). (Zorg Instituut Nederland, 2017)

9 Voor een relatief klein deel van de SGGZ-clieënten wordt ambulante zorg geschreven op klinische DBC's (de klinische DBC loopt door na ontslag uit de kliniek). Over de ontwikkeling van deze 'klinisch geschreven' ambulante zorg zijn geen gegevens voorhanden. Mogelijk neemt binnen deze klinische DBC's het volume aan opnamedagen af (minder opnamen per cliënt gedurende de looptijd van de DBC) en het volume aan ambulante contacten toe. Een intensivering van die ambulante zorg (meer contacten per tijdseenheid) is ook niet uitgesloten maar ligt, gegeven het uitblijven van zorgintensivering in de ambulante DBC's (ook bij de zwaardere diagnoses), minder in de lijn der verwachting.

nauwelijks binnen het product 'chronisch' (1%). Bij de LMA-deelnemers ontvangt 28% van de basis-GGZ-cliënten het product chronisch (en 44% het product intensief). De Monitor Basis GGZ (gegevens tot 2015) bevestigt verder het beeld uit de LMA-uitvraag (gegevens tot 2016) dat over het geheel genomen met name het aantal cliënten in de producten chronisch en intensief toenemen.

In verhouding tot de specialistische GGZ gaat het bij basis-GGZ om laag-intensieve zorg. Dat geldt met name voor de producten kort en middel maar ook voor de producten chronisch en intensief. De norm voor deze beide laatstgenoemde producten bedraagt 750 minuten per behandeling (ofwel circa 12 contacten). Analyses van de Monitor Basis-GGZ laten zien dat in de praktijk de gemiddelde behandelintensiteit onder deze norm blijft, met name bij het product chronisch (zij het met een grote spreiding). Gemiddeld ontvangen cliënten binnen het product chronisch 9 contacten op jaarbasis.

In het kader van de Monitor Basis-GGZ is specifiek naar het product chronisch een kwantitatieve en kwalitatieve verdiepingsstudie uitgevoerd. Deze laat zien dat een meerderheid (59%) van de desbetreffende cliënten in het voorgaande jaar zorg ontving vanuit de SGGZ. De analyses laten ook zien dat het grootste deel van de cliënten bij wie het product chronisch is afgesloten, binnen een jaar opnieuw zorg ontvangt. De kwalitatieve analyses (op basis van een serie interviews) geven de auteurs van de Monitor aanleiding om te concluderen dat "het product chronisch niet altijd [past] bij de zorgvraag van de chronische doelgroep." Zowel huisartsen als behandelaren in de gespecialiseerde GGZ geven aan dat voor hen niet precies duidelijk is welke zorg voor chronische patiënten in de GB-GGZ geleverd kan worden. "Huisartsen verwijzen chronische patiënten vaak direct door naar de gespecialiseerde GGZ. Vanuit de gespecialiseerde GGZ worden stabiele chronische patiënten vaak direct doorverwezen naar de huisartsenpraktijk," (waar vanuit de gespecialiseerde GGZ aan wordt toegevoegd dat consultatiemogelijkheden bij de psychiater en mogelijkheden tot snelle opschaling naar de gespecialiseerde GGZ wel voorwaarden zijn voor behandeling van een deel van de chronische doelgroep door de huisarts). "Daarnaast wordt vanuit de gespecialiseerde GGZ aangegeven dat patiënten zelf niet behandeld willen worden in een ander echelon, onder andere door de opgebouwde relatie met de behandelaar en de behoefte aan specialistische kennis," aldus de Monitor Basis-GGZ.

De auteurs van de Monitor Basis GGZ stellen op basis van signalen van verwijzers vanuit de huisartsenpraktijk en de basis-ggz overigens ook vast dat vooral voor cliënten die te kampen hebben met "een combinatie van stoornissen", de verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ in toenemende mate wordt bemoeilijkt door het feit dat een groeiend deel van de aanbieders zich meer en meer specialiseert in de behandeling van een beperkt aantal, afgebakende stoornissen (KPMG, 2017).

2.2.3 Ontwikkelingen rond de POH-GGZ

Het percentage huisartsenpraktijken met een POH-GGZ is tussen 2011 en 2015 gestegen van 37% naar circa 84% (KPMG Plexus). In 2016 stabiliseert dat percentage¹⁰. Eerder zagen we het aantal cliënten van de POH-GGZ in de periode 2011-2015 navenant is gestegen om vervolgens in 2016 iets te dalen (NIVEL, 2017). Per saldo is anno 2016 op jaarbasis circa een kwart van alle GGZ-cliënten een cliënt van de POH-GGZ.

Wat betreft de problematiek ligt de nadruk bij cliënten van de POH-GGZ volgens het NIVEL "op symptomen van angst en depressie, op depressie als stoornis en op overspannenheid en relatieproblemen". Cliënten van de POH-GGZ zijn veelal 'nieuwe' GGZ-cliënten. De Marktscan GGZ van de NZa laat zien dat 78% van de cliënten van de POH-GGZ in het voorgaande jaar geen gebruik heeft gemaakt van de GGZ. Ook in de Monitor Basis-GGZ wordt bij de POH-GGZ vooral een toename van nieuwe cliëntenesignaleerd.

De zorgtrajecten van de POH-GGZ zijn in doorsnee laag-intensief (de zorgintensiteit is gemiddeld ook lager dan die in de basis-GGZ). Gemiddeld ontvangen cliënten 4 à 5 consulten (mediaan 6 consulten). Een gemiddelde consultduur van een half uur is het streven maar wordt door een te volle agenda doorgaans niet gehaald, zo meldt de Monitor Basis GGZ. Eén en ander betekent dat per saldo een zorgtraject bij de POH-GGZ in doorsnee 2 à 3 contacturen in totaal telt.

¹⁰ Het NIVEL komt tot een iets hoger percentage huisartsenpraktijken met een POH-GGZ in 2015: 87%. Wel constateert ook het NIVEL een stabilisatie in 2016. (NIVEL, 2017)

3 Financiële prikkels

In een aantal van de in deze bijlage besproken secundaire bronnen wordt ook ingegaan op de financiële prikkels in de GGZ en de invloed daarvan op de ontwikkelingen binnen de zorg.

De NZa gaat met name in op de consequenties van een aantal financiële criteria en voorwaarden die zorgverzekeraars hanteren bij de zorginkoop. Daarbij gaat het in de eerste plaats om het maximum dat de verzekeraars stellen aan de gemiddelde prijs per cliënt. Bij overschrijding wordt het meerdere teruggevorderd. De NZa wijst erop dat dit nadelig is voor (de ontwikkeling van) de zorg aan mensen met een intensievere zorgbehoefte. Zorgaanbieders lopen met het ontwikkelen van en bieden van zorg aan deze populatie immers een extra financieel risico. Overigens signaleert de NZa ook dat een enkele zorgverzekeraars prestaties van meer dan 6.000 minuten expliciet uitsluiten in de contractering of daar een degressief tarief voor rekenen.

De NZa wijst daarnaast op de omzetplafonds: de verleende zorg boven het omzetplafond wordt niet vergoed. Wel eisen zorgverzekeraars dat zorgaanbieders lopende behandelingen, bij het bereiken van dat plafond, op eigen kosten voortzetten. Sommige zorgverzekeraars hanteren daarbij het beleid om bij het achterblijven van de productie het omzetplafond voor het daaropvolgende jaar naar beneden bij te stellen. Eén en ander maakt de marges waarbinnen zorgaanbieders wat betreft hun 'productie' kunnen opereren zonder financiële risico's te lopen, erg smal.

Financiële schotten en met name het niet uitwisselbaar zijn van budgetten voor de basis-GGZ en de specialistische GGZ is een derde door de NZa gesignaleerd knelpunt. Zorgaanbieders melden de NZa dat middelen voor de basis-GGZ doorgaans toereikend zijn maar voor de specialistische GGZ niet. Overheveling van middelen blijkt echter niet mogelijk, zo luidt het.

Het Zorg Instituut Nederland (ZIN) constateert in algemene zin dat financiële prikkels om ambulante zorg op te bouwen onvoldoende zijn. Het ZIN wijst daarbij onder andere op het gegeven dat het voor veel partijen, waaronder de zorgverzekeraars, financieel aantrekkelijker is om cliënten zorg te bieden vanuit het Wlz-kader (langdurig verblijf) dan om intensieve ambulante zorg te ontwikkelen (ZIN, 2017).

In een aantal andere geciteerde bronnen, ten slotte, worden de ontwikkelingen vooral vanuit een bedrijfsmatig oogpunt gezien. Zo constateren Versteeghen e.a. naar aanleiding van hun analyses van de jaarverslagen van de GGZ-aanbieders dat resultaten van instellingen onder druk staan door met name lagere tarieven en productievolumes (bij stijgende personeelskosten). Ernst & Young constateert in zijn *Barometer Nederlandse gezondheidszorg* dat de druk op de financiële situatie van de instellingen ('stresstest') in geen sector zo groot is als in de GGZ.

4 Conclusies

Gegevens uit de geraadpleegde secundaire bronnen zijn in het algemeen van iets oudere datum dan die in de LMA-uitvraag bij de instellingen, maar congrueren met de op basis van de LMA-uitvraag gesignaleerde trends over de afgelopen 4 tot 5 jaar.

Bij elkaar genomen geven ze inzicht in de voortgang van twee landelijke beleidsdoelstellingen met betrekking tot de GGZ van de afgelopen jaren:

- het verplaatsen van de zorg van de 'zware' echelons naar 'lichtere' echelons
- het uitbreiden en intensiveren van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

De LMA-resultaten en de secundaire bronnen laten zien dat in de afgelopen periode forse resultaten geboekt zijn met betrekking tot de eerste doelstelling. Het aantal cliënten in de gespecialiseerde GGZ is in de afgelopen jaren fors afgenomen en met name het aantal cliënten bij de POH-GGZ is fors toegenomen. Aanwijzingen voor aansprekende resultaten met betrekking tot de tweede doelstelling, blijven echter nog steeds uit. Klinische plaatsen worden afgebouwd, maar er zijn geen aanwijzingen voor een substantiële uitbreiding of intensivering van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. De secundaire bronnen laten verder zien dat de groei van het aantal gecertificeerde FACT-teams is gestopt, de functie van de basis-GGZ voor mensen met chronische aandoeningen in het veld niet altijd duidelijk is en de POH-GGZ vooral nieuwe cliënten aantrekt.

Bijlage 3

Deelrapportage Ontwikkelingen gemeentelijk domein

Frank van Hoof
Aafje Knispel

Inhoud

1	Inleiding	71
2	Nieuwe gemeentelijke verantwoordelijkheden in 2015	73
3	Eerdere rapportages over de eerste ervaringen	75
4	Landelijke beleidsontwikkelingen in de periode 2015-2017	77
5	Stand van zaken 2017 – resultaten vervolgenquête centrumgemeenten	79
	5.1 Capaciteitsontwikkelingen 2015-2017	79
	5.2 Toekomstplannen	80
	5.3 Regionale samenwerking	83
	5.4 Oordelen over de landelijke kaders	84
6	Externe bronnen over de actuele situatie	87
7	Conclusie	89

1 Inleiding

In 2015 kregen gemeenten nieuwe verantwoordelijkheden in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. In deze bijlage inventariseren we op welke wijze gemeenten die nieuwe verantwoordelijkheden tot dusverre trachten vorm te geven.

Eerst wordt in deze bijlage een korte samenvatting gegeven van de 'nieuwe' taken van de gemeenten (paragraaf 2), de bevindingen van een eerdere LMA-inventarisatie van de stand van zaken in het gemeentelijke beleidsontwikkeling in 2015 (paragraaf 3) en recente landelijke beleidsontwikkelingen (paragraaf 4). Vervolgens wordt een update gegeven van de stand van zaken in 2017 aan de hand van de resultaten van een in de periode mei-juni 2017 onder centrumgemeenten gehouden enquête (paragraaf 4) en enkele externe bronnen (waaronder de Monitor Sociaal Domein; paragraaf 5). In paragraaf 6 worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

2 Nieuwe gemeentelijke verantwoordelijkheden in 2015

In 2015 nam de wettelijk rol van gemeenten in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid drie belangrijke wendingen.

In de eerste plaats kregen gemeenten met de invoering van de nieuwe Wmo 2015 een brede wettelijke verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Volgens de nieuwe wet moeten gemeenten passende ondersteuning organiseren ten behoeve van de zelfredzaamheid en 'de deelname aan het maatschappelijk verkeer' van mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid.

In de tweede plaats werd, gelijktijdig met de invoering van de Wmo 2015, de AWBZ afgeschaft en werd een deel van het voormalige AWBZ-budget - met name het budget voor de GGZ-voorzieningen voor beschermd wonen en ambulante begeleiding¹ - overgeheveld naar de Wmo 2015 c.q. naar de gemeenten. Gemeenten kregen de vrijheid om het overgehevelde budget naar eigen inzicht te besteden; dat hoefde niet per se aan de eerder vanuit de AWBZ gefinancierde voorzieningen (of aan voorzieningen voor de betreffende doelgroepen). Wel gold voor zittende BW-cliënten en cliënten met een indicatie voor ambulante begeleiding een tijdelijk overgangsrecht op behoud van hun voorzieningen (voor BW-cliënten voor een periode van vijf jaar).

In de derde plaats werden in 2015, parallel aan de afschaffing van de AWBZ en de invoering van Wmo 2015, de nieuwe Participatiewet en de Jeugdwet ingevoerd. Ook met beide laatst genoemde wetten werden taken en verantwoordelijkheden voor 'kwetsbare burgers' in belangrijke mate naar gemeenten overgeheveld. De drie nieuwe wetten staan bekend als de drie decentralisaties.

1 Destijds circa een kwart van de totalen GGZ-uitgaven binnen de Zvw en de AWBZ.

3 Eerdere rapportages over de eerste ervaringen

Medio 2015 vond in het kader van de LMA een eerste enquête onder centrumgemeenten plaats. In de LMA-rapportage van 2015 werd aan de hand van de resultaten van die enquête en de informatie uit externe bronnen verslag gedaan van de eerste ervaringen met de nieuwe gemeentelijke taken en verantwoordelijkheden.

De resultaten van de enquête lieten toen zien dat het 'inregelen' en het in goede (administratieve en financiële) banen leiden van de overheveling van de voorheen vanuit de ABWZ gefinancierde GGZ-voorzieningen voor bestaande cliënten, in die eerste fase veel aandacht en tijd van de gemeenten opeisten. Aan inhoudelijke beleidsontwikkeling kwamen de meeste gemeenten nog weinig toe. Concrete plannen met betrekking tot de capaciteit van de overgehevelde voorzieningen (inkrimpen, uitbouwen of verschuiven van capaciteit) waren nog bij vrijwel geen enkele gemeente aan de orde. Een overgrote meerderheid van de gemeenten gaf ook aan het beschermd wonen voorlopig als doelgroepspecifieke voorziening in stand te willen houden. Wel werd met betrekking tot de ambulante begeleiding en met name met betrekking tot de dagbestedings- en inloopvoorzieningen door een deel van de gemeenten (maar nog niet door de meerderheid) ook voor andere, 'non-categoriale' oplossingen geopteerd.

In 2015 was ook een nieuwe organisatievorm van de ondersteuning binnen de gemeentelijk gefinancierde voorzieningen voor zorg en welzijn in zwang geraakt: die van de gebiedsgerichte, multidisciplinaire sociale wijkteams. Van de gemeenten die zich daar een voorlopige visie op gevormd hadden, meldde een aanzienlijk deel in de LMA-enquête van 2015 dat men voor deze nieuwe sociale wijkteams een belangrijke regierol zag weggelegd in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. (Onderzoek onder de wijkteams zelf liet ondertussen zien dat deze nog volop in ontwikkeling waren, onderling zeer van elkaar verschilden en vooralsnog over een beperkte capaciteit beschikten.)

Uit de enquêteresultaten in 2015 bleek ook dat, voor zover een begin was gemaakt met beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid, deze (nog) vooral was gericht op de 'opvang'-thema's als beschermd wonen, maatschappelijke opvang en OGGZ en minder op thema's als werk, onderwijs, participatie en herstel. (Andere bronnen lieten een vergelijkbare tendens te zien bij de sociale wijkteams.)

In 2015 was ook het *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*, beter bekend als het rapport 'Over de brug', net verschenen. In dat rapport werd gepleit voor het instellen van regionale regiegroepen, specifiek gericht op de gezamenlijke beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen en in ieder geval bestaande uit de gemeente, zorgverzekeraars, instellingen en cliëntenorganisaties. De enquêteresultaten lieten zien dat in een aantal gemeenten / regio's een dergelijk regiegroep was ingesteld, maar in verreweg de meeste niet en dat een meerderheid van de gemeenten daar vooralsnog ook geen plannen toe had. Regionale bestuurlijke en beleidsmatige samenwerking rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid vond nog veel plaats op 'ad hoc basis' en veelal bilateraal of binnen bredere overlegstructuren over zorg en welzijn in hun volle breedte.

Per saldo leken gemeenten er in 2015 nog vooral op de gericht om de transitie 'zonder ongelukken' te laten verlopen voor de zittende cliënten. Eerste ideeën over het vervolg waren er wel, maar voor concrete en structurele stappen - inhoudelijk, organisatorisch en in de regionale samenwerking - was het voor de meeste gemeenten nog te vroeg.

4 Landelijke beleidsontwikkelingen in de periode 2015-2017

In de periode tussen 2015 en 2017 hebben zich geen ingrijpende landelijke beleidsontwikkelingen voorgedaan. Wel verscheen in die periode het advies van Commissie Toekomst Beschermd Wonen ('Commissie Dannenberg'). In het advies werd gepleit voor gedeeltelijk afbouw van het 'all-inclusive' beschermd wonen (het qua bekostiging geïntegreerde woonzorgarrangement) en voor meer ondersteuning op maat en in de eigen omgeving van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Ook pleitte de commissie ervoor om de coördinatierol en de budgetten voor beschermd wonen in de toekomst niet meer uitsluitend aan centrumgemeenten toe te wijzen maar over alle gemeenten te verdelen.

In vervolg op het rapport van de Commissie Dannenberg publiceerde de VNG in 2016 de 'Handleiding Regionaal plan van aanpak beschermd wonen en maatschappelijke opvang'. Daarin wordt voorgesteld dat elke regio vóór eind 2017 een regionaal plan van aanpak opstelt. Daarbij heeft de VNG het overigens niet zozeer over beleidsontwikkeling rond de ondersteuning en participatie van mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid in brede zin, maar specifiek over een plan van aanpak voor het beschermd wonen en de maatschappelijke opvang en de 'doelgroep' van deze specifieke voorzieningen.

In de periode 2015-2017 is ook een traject ingezet om van het 'historische verdeelmodel' voor de gemeentelijke budgetten over te stappen op een 'objectief verdeelmodel'. Dat traject loopt nog. Hetzelfde geldt voor het landelijke beleidstraject dat de toegang van mensen met een psychische aandoening tot de Wlz moet regelen. De uitkomsten van beide trajecten kunnen aanzienlijke consequenties hebben voor de budgetten en de dienstverlening van gemeenten.

5 Stand van zaken 2017 - resultaten vervolgenquête centrumgemeenten

In de periode mei-juni 2017 is in het kader van de LMA een tweede enquête onder centrumgemeenten gehouden. Daarin werd gemeenten gevraagd naar recente ontwikkelingen en actuele plannen met betrekking tot de in 2015 vanuit de AWBZ overgehevelde GGZ-voorzieningen, naar het beleid rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid² in bredere zin en naar de ervaringen met regionale samenwerking rond de ondersteuning aan deze doelgroep tot dusver. In totaal 32 van 43 aangeschreven centrumgemeenten reageerden op de enquête. Dat komt neer op een respons van 74%.

In deze paragraaf zetten we de resultaten van deze vervolgenquête op een rij. Een deel van de enquêtevragen maakte ook onderdeel uit van de in 2015 in het kader van de LMA onder centrumgemeenten uitgezette enquête. Waar relevant vergelijken wij de huidige met de toenmalige resultaten.

5.1 Capaciteitsontwikkelingen 2015-2017

In paragraaf 3 zagen we dat er in 2015 bij de centrumgemeenten nog weinig concrete plannen waren voor uitbouw of afbouw van de vanuit de ABWZ overgehevelde GGZ-voorzieningen. In 2017 blijken zich volgens opgave van de respondenten in de meeste gemeenten in de afgelopen twee jaar ook (nog) geen ingrijpende capaciteitsverschuivingen te hebben voorgedaan. Waar wel verschuivingen hebben plaatsgevonden gaat het volgens de opgave van de respondenten wat vaker om een (meestal lichte) toename van de capaciteit van of uitgaven aan betreffende voorzieningen dan om een afname daarvan. Zo geeft in 2017 (en voor zover betreffende respondenten daar zicht op zeggen te hebben) bijna de helft responderende centrumgemeenten (45%) aan dat de BW-capaciteit sinds begin 2015 gelijk is gebleven, maar maakt een derde (35%) melding van een (meestal lichte) capaciteitstoename en één op de vijf (20%) van een (meestal lichte) capaciteitsafname. Eveneens bijna de helft (44%) van de respondenten geeft aan dat de uitgaven voor individuele ambulante begeleiding gelijk zijn gebleven, maar het aantal respondenten dat melding maakt van een (lichte) stijging van die uitgaven (48% van alle respondenten) is groter dan het aantal respondenten dat een afname meldt (7% van alle respondenten). Met betrekking tot uitgaven voor de voormalige 'ambulante groepsbegeleiding' (inloopcentra, dagactiviteitencentra) maakt de helft (48%) van de respondenten melding van gelijkblijvende uitgaven in de afgelopen twee jaar, terwijl een kwart (26%) een toename en eveneens een kwart (26%) een afname meldt. Kanttekening bij de opgegeven uitgavenontwikkelingen is met name de ambulante begeleiding is dat enkele respondenten aangeven dat deze niet gespecificeerd kunnen worden voor de begeleiding van mensen met een psychische kwetsbaarheid (en dat de opgegeven trendgegevens dus het totaal aan uitgaven aan ambulante begeleiding betreffen). Waar mutaties door respondenten worden toegelicht, worden veelal diverse specifieke lokale factoren genoemd (omzetten van PGB naar ZIN, een 'inhaalslag' voor een specifieke doelgroep).

In het kader van de LMA heeft ook een uitvraag bij aanbieders plaatsgevonden naar (onder andere) de capaciteit en het gebruik van voorzieningen voor beschermd wonen en ambulante begeleiding. De resultaten worden beschreven in bijlage 1 en laten zien dat bij de deelnemende instellingen het aantal plaatsen voor beschermd wonen licht is afgenomen. Het aantal ambulante Wmo-cliënten bleef bij de deelnemende GGZ-aanbieders in deze periode 2015-2016 ongeveer gelijk; wel zijn er aanwijzingen dat het aantal cliënten dat individuele begeleiding ontvangt iets is toegenomen en het aantal cliënten dat 'groepsgerichte begeleiding' ontvangt iets is afgenomen.

² De populatie van 'mensen met een psychische kwetsbaarheid' werd in de vragenlijst gedefinieerd als 'mensen die vanwege een (ernstige) psychische aandoening of (ernstige) verslavingsproblematiek niet goed in staat zijn om zonder ondersteuning als volwaardig burger deel te nemen aan de lokale samenleving'.

5.2 Toekomstplannen

Toekomst van de vanuit de AWBZ overgehevelde GGZ-voorzieningen

Terwijl in 2015 nog vrijwel geen enkele gemeente concrete toekomstplannen kon melden, wijzen de enquêteresultaten in 2017 erop dat in veel gemeenten inmiddels een begin is gemaakt met de beleidsontwikkeling rond de toekomst van de vanuit de AWBZ overgehevelde GGZ-voorzieningen, met name die van het beschermd wonen. Ruim de helft (52%) geeft aan concrete plannen te hebben met betrekking tot de capaciteit van het beschermd wonen. Bij verreweg de meeste daarvan (43% van het totaal) gaat het om afbouwplannen³. Betreffende respondenten geven doorgaans aan dat die afbouw gepaard zal gaan met de ontwikkeling van alternatieve woonzorg-combinaties, waarbij cliënten in een eigen (huur)woning wonen maar daar indien nodig intensieve begeleiding kunnen krijgen. Sommigen achten daarvoor 'nieuwe producten' nodig, onder noemers als 'beschermd wonen zonder verblijf', 'volledig pakket thuis', 'geclusterd wonen' in een eigen (huur)woning, 'gespikkeld wonen' in de directe nabijheid van de zorgvoorziening. Anderen geven aan dat in zijn algemeenheid de afbouw van het traditionele, 'all-inclusive' BW om een ontwikkeling vraagt van intensievere vormen van ambulante begeleiding dan tot dusverre gebruikelijk. Kern van de plannen lijkt bij veel van de betreffende gemeenten te zijn dat wonen en zorg gescheiden worden, maar dat er tegelijk meer mogelijkheden komen om intensieve zorg te bieden bij mensen die in eigen (huur)woning wonen. Over exacte omvang en tijdpad van deze afbouwplannen c.q. transitieplannen met betrekking tot het 'traditionele' beschermd wonen, laten de meesten respondenten zich nog niet uit. Een enkele respondent geeft aan dat één en ander ook afhankelijk is van een aantal andere ontwikkelingen (toegang tot de Wlz, ambulantisering).

Overigens meldt een aantal van de centrumgemeenten die nog geen concrete afbouwplannen voor het traditionele 'all-inclusive' BW hebben, dat ideeën daarvoor wel in ontwikkeling zijn. Die ideeën zijn veelal in lijn met bovenstaande intenties om scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken in combinatie met de ontwikkeling van intensievere ambulante zorgvormen.

Met betrekking tot de toekomst van (de omvang van) de ambulante begeleiding aan mensen met een psychische kwetsbaarheid, blijven concrete uitspraken ook in 2017 in het algemeen nog achterwege; een grote meerderheid geeft aan met betrekking tot deze voorzieningen (nog) geen concrete uitbreidings- of inkrappingsplannen te hebben. Bovenstaande plannen bij een deel van de gemeenten voor vervanging van het traditionele beschermd wonen, doen daar niets aan af. Een belangrijke rol daarbij speelt dat inmiddels bijna twee derde (63%) van de respondenten (meer dan in 2015) aangeeft dat de gemeente beleid voert (of in voorbereiding heeft) om de ambulante begeleiding van mensen met een psychische kwetsbaarheid (gedeeltelijk) 'non-categoriaal' te organiseren/indiceren. Uit de toelichting van de respondenten blijkt dat enkele daarbij een (gedeeltelijke) overheveling naar de eerste lijn en naar de sociale wijkteams in gedachten hebben; andere lichten toe dat met name de indicaties 'non-categoriaal' worden of al zijn geworden, maar dat aanbieders nog wel specifieke deskundigheden (kunnen) hebben of voor specifieke doelgroepen kunnen werken. Ook met de betrekking tot de voormalige vanuit de AWBZ overgehevelde inloop- en dagbestedingsvoorzieningen meldt anno 2017 inmiddels twee derde (66%) van de respondenten dat het gemeentelijke beleid erop gericht is (of gaat worden) om meer in te gaan zetten op non-categoriale voorzieningen. Enkele gemeenten lichten toe dat ze alleen voor een selecte groep aparte, doelgroepspecifieke voorzieningen in stand willen houden.

³ Een klein aantal gemeenten (in totaal drie) geeft aan het BW juist te willen uitbreiden. Daarbij lijkt het, blijkens de toelichting van de respondenten, veelal het gaan om een 'inhaalslag' op korte termijn voor specifieke doelgroepen. De helft (48%) van de responderende centrumgemeenten geeft aan (nog) geen plannen te hebben voor een afbouw of uitbouw van de capaciteit van het beschermd wonen.

Afstemming in de ambulante zorg voor mensen met en psychische kwetsbaarheid

Ambulante ondersteuning voor mensen met een psychische kwetsbaarheid wordt geboden vanuit verschillende voorzieningen en verschillende financieringskaders. Dat vraagt om afstemming, om te beginnen in de dagelijkse praktijk van die ondersteuning. Alle centrumgemeenten die over sociale wijkteams beschikken, geven aan dat professionals met GGZ-deskundigheid inmiddels participeren in (een deel van) de wijkteams. Ruim een kwart (27%) van de respondenten geeft ook aan dat de gemeente financieel bijdraagt aan de FACT-teams van de GGZ. Volgens de toelichting van de respondenten gaat het doorgaans om een vergoeding voor de bijdrage van de betreffende FACT-teams aan de OGGZ-functie c.q. de bemoeizorg in de regio; twee respondenten melden dat de gemeentelijk bijdrage bestemd is voor de in de betreffende FACT-teams geïntegreerde ambulante begeleiding. Ruim de helft van de respondenten (59%) geeft aan dat in de regio ook afspraken zijn gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de verschillende categorieën ambulante voorzieningen (FACT, wijkteams, gespecialiseerde ambulante begeleiding). In de meeste overige gemeenten zijn er plannen voor het maken van dergelijke afspraken. Blijkens de toelichting van de respondenten gaat het overigens veelal om algemene afspraken op (specifieke) onderdelen en niet zozeer om een integrale samenwerkingsstructuur. Niettemin geven twee respondenten desgevraagd aan dat er inmiddels plannen zijn voor ontwikkeling van een 'geïntegreerde GGZ-infrastructuur in de wijk', gezamenlijk gefinancierd vanuit de Zvw en de Wmo. Een enkele andere gemeente signaleert dat een dergelijke 'geïntegreerde GGZ in de wijk' geen gemeentelijk beleid is, maar dat de aanbieders ermee experimenteren.

Toekomstscenario's

Centrumgemeenten is ook gevraagd naar hun visie op de gewenste opbouw en verdere uitbouw van de ambulante zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Referentiekader bij deze vraag vormden de toekomstscenario's voor de opbouw van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zoals die in 2016 zijn geschetst door een expertgroep onder coördinatie van het Trimbos-instituut. (Trimbos-instituut, 2016) Drie inhoudelijke toekomstscenario's (zie voetnoot bij onderstaande tabel) werden daarbij elk voorzien van een tentatieve berekening van de verdeling van de beschikbare GGZ-middelen (Zvw, Wlz en Wmo) over verschillende categorieën voorzieningen (uitgaand van min of meer gelijk blijvend totaal budget). In de opeenvolgende scenario's worden in toenemende mate middelen verschoven naar de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) c.q. een ernstige psychische kwetsbaarheid.

Tabel 1 Uitgavenverdeling GGZ (Zvw, Wlz en Wmo) in drie scenario's*

	Stand van zaken 2014	Scenario 1 (situatie 2020 bij voortzetting huidige trends)	Scenario 2 (Intensivering opbouw ambulante EPA-zorg)	Scenario 3 (Maximalisering opbouw ambulante EPA-zorg)
<i>Klinisch</i>	38%	35%	27,5%	20%
<i>Beschermd wonen</i>	18%	18%	12,5%	5%
<i>Ambulant EPA</i>	Ca 12%	Ca 15%	30%	50%
<i>Ambulant overig</i>	Ca 32%	Ca 32%	30%	25%
<i>Totaal</i>	100%	100%	100%	100%

* Bron: Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ. Trimbos-instituut 2016.

In de drie scenario's wordt respectievelijk uitgegaan van 1. continuering van de huidige trends, 2. een substantiële opschaling van de bestaande, gespecialiseerde ambulante voorzieningen voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, zodanig dat elk van deze voorzieningen aan de eigen standaarden kan voldoen (waaronder die voor de zorgintensiteit) en dat deze voorzieningen voor een aanzienlijk groter deel van deze populatie bereikbaar worden en 3. een verdergaande opschaling van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in combinatie met een 'kanteling' van de organisatie van die zorg naar een maximaal in de wijk geïntegreerde GGZ.

Desgevraagd meldt de helft (50%) van de respondenten die hierover een oordeel hebben (in totaal 5 respondenten onthouden zich van een oordeel), dat men scenario 2 – ‘*Intensivering opbouw ambulante EPA-zorg*’ – het meest wenselijke scenario vindt. Dat duidt op aanzienlijke ambities, afgezet tegen de feitelijke ontwikkelingen op dit moment (zie scenario 1 en bijlagen 1 en 2 in deze rapportage). Enkele respondenten lichten daarbij toe dat een gedoseerde aanpak en een zorgvuldig traject nodig zijn, maar dat een toekomstige inzet van de beschikbare middelen conform scenario 2 onder die voorwaarden haalbaar moet zijn. Een kwart (25%) opteert voor het nog verdergaande scenario 3 als ‘stip op de horizon’. Eveneens een kwart (25%) acht scenario 1 – het ‘*continueringsscenario*’ – het meest wenselijk. Enkele van deze respondenten lichten toe dat op dit moment naar hun oordeel nog te veel onduidelijk is voor grote veranderingen, dat verdere ambulantisering veel risico’s met zich meebrengt en dat daarvoor ook nog veel kennis en bereidheid ontbreken bij andere maatschappelijk voorzieningen en in de samenleving als geheel.

Bredere lokale beleidsontwikkeling rond de ondersteuning en participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid

Het voorgaande laat zien dat plannen in sommige gemeenten concreter zijn dan in andere, dat ambities in het algemeen niettemin hoog zijn, maar dat de meeste gemeenten kiezen voor de weg der geleidelijkheid. Bij het uitstippelen van die weg blijkt het opstellen van *separate beleidsplannen* voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid voor gemeenten geen vanzelfsprekendheid te zijn. Dat bleek al in de enquête van 2015, toen ruim de helft van alle centrumgemeenten aangaf niet van plan te zijn een beleidsplan te gaan maken specifiek voor de ondersteuning en participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Anno 2017 blijkt de stemming wat dat betreft onveranderd: 56% van de gemeenten heeft geen plannen voor een separaat beleidsplan voor deze doelgroep. Daarbij lichten enkele gemeenten toe dat het beleid voor deze groep geïntegreerd wordt in een nieuw te ontwikkelen beleidskader ‘*sociaal domein*’, onderdeel uitmaakt van een bredere regiovisie voor ‘*kwetsbare burgers*’ in het algemeen of juist voor ‘*kwetsbare burgers met multi-problematiek*’. Een enkele respondent specificeert daarbij dat de gemeente geen ‘*doelgroepenbeleid*’ voert, omdat men “wil uitgaan van de individuele vragen en behoeften van de bewoners” en daarbij een ‘*functioneel perspectief*’ wil hanteren. De specifieke aard van eventuele achterliggende problematiek vindt men daarbij niet van belang (ook omdat wensen en behoeften ook binnen populaties met een zelfde ‘*problematiek*’ aanzienlijk kunnen verschillen). Enkele andere respondenten laten vergelijkbare geluiden horen.

Een minderheid van de gemeenten (34%) geeft aan inmiddels wel een separaat beleidsplan voor mensen met een psychische kwetsbaarheid te hebben opgesteld. De betreffende gemeenten lichten daarbij toe dat het niet zozeer gaat om een breed en ‘*integraal*’ beleidsplan voor de doelgroep, maar meer specifiek om een regionaal plan voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang en voor de ‘*doelgroep van deze voorzieningen*’⁴. (Hetzelfde geldt voor de paar gemeenten die aangeven nog niet over een separaat beleidsplan te beschikken, maar daar wel aan te werken.) Wonen en ondersteuning bij het zelfstandig functioneren zijn in deze plannen doorgaans de ‘*prioritaire*’ thema’s (al komen thema’s als werk, financiën, stigmabestrijding et cetera ook aan bod).

Beleid voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid wordt naar zeggen van de respondenten door veel gemeenten dus geïntegreerd in beleidsplannen voor bredere doelgroepen of bredere beleidsdomeinen. In 2015 bleek al dat er daarbij meer specifieke beleidsaandacht voor deze doelgroep bestaat aan de ‘*opvangkant*’ dan aan de ‘*participatiekant*’ van het lokale beleid. Dat is anno 2017 nog steeds zo. Zo wordt volgens opgave van de respondenten het vaakst aparte beleidsaandacht aan deze doelgroep besteed in beleidsnota’s rond maatschappelijke opvang (88%), de Wmo (78%), wonen (78%) en de openbare gezondheidszorg (73%). Ook in beleidsnota’s rond veiligheid komt deze doelgroep relatief vaak apart aan bod (66%). Nog altijd wat minder vaak is er bij weten van de respondenten specifieke beleidsaandacht voor deze doelgroep in gemeentelijke beleidsnota’s op het gebied van de participatiewet (44%), armoedebeleid (40%) en onderwijsbeleid (28%).

4 Zie ook paragraaf 4 over de voorstellen van de VNG om uiterlijk eind 2017 in elke regio over een regionaal beleidsplan voor Beschermd Wonen en Maatschappelijk Opvang te beschikken.

5.3 Regionale samenwerking

Mede voortvloeiend uit de verschillende transitie is in de afgelopen periode een reeks van, veelal kleinschalige samenwerkingsprojecten, nieuwe initiatieven en innovaties rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid van de grond gekomen. Onder andere in het traject 'Nieuwe wegen voor GGZ en Opvang' worden die initiatieven beschreven en ondersteund. Die beschrijvingen laten een divers palet aan (soms nog startende) projecten zien rond wonen, participatie en herstel, vaak met betrokkenheid van gemeenten en soms ook zorgverzekeraars (zie ook ZN, 2016); zij laten ook zien dat die initiatieven veelal nog een bescheiden plek innemen in het bredere regionale zorglandschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Ondertussen speelt een groot aantal partijen (waaronder een groot aantal financiers) een rol in de verdere ontwikkeling van de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dat vraagt ook op beleids- en bestuurlijk niveau om lokale en regionale samenwerking en regie, bijvoorbeeld rond de planning en financiering van voorzieningen, afstemming van taken en verantwoordelijkheden, beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen. Centrumgemeenten is gevraagd naar de stand van zaken in die lokale/regionale samenwerking tussen de gemeente, GGZ-instellingen, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat anno 2017 en ten opzichte van de situatie in 2015 het (bestuurlijk) overleg over de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid voor een deel een gestructureerder karakter heeft gekregen, met name het overleg tussen gemeenten en zorgaanbieders. Vrijwel alle responderende centrumgemeenten (90%) geven aan dat er inmiddels een vaste overlegstructuur is met GGZ-instellingen. Daarnaast maakt ruim de helft (59%) melding van een vaste overlegstructuur met zorgverzekeraars (een fractie meer dan in 2015). Eén en ander betekent overigens ook dat overleg met de zorgverzekeraars in een derde tot de helft van de centrumgemeenten volgens opgave van de respondenten nog altijd een ad hoc karakter heeft of überhaupt nog weinig plaatsvindt. Waar wel structureel overleg plaatsvindt tussen gemeenten en zorgverzekeraars, betreft dat blijkens de antwoorden van de respondenten doorgaans niet alleen de GGZ maar het volledige zorgveld. Ook structureel overleg met cliëntenorganisaties neemt toe (in 38% van de gemeenten is sprake van een vaste overlegstructuur) maar heeft in een meerderheid van de gemeenten nog een ad hoc karakter.

In paragraaf 3 zagen we dat het pleidooi in het rapport 'Over de brug' voor een structureel, *gezamenlijk* overleg c.q. een 'regiegroep' van gemeente, GGZ, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties, specifiek voor de organisatie van de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid, in 2015 nog maar in een zeer beperkt aantal regio's was omarmd en opgevolgd. Eind 2016 is dat pleidooi nog eens herhaald in het in samenwerking met de koepelorganisaties van gemeenten, zorgverzekeraars, GGZ –aanbieders en cliëntenorganisaties opgestelde *Handvat voor regionale samenwerking* (Trimbos-instituut, 2016). Anno 2017 blijkt het aantal regio's waarin een dergelijke regiegroep actief is te zijn toegenomen, zij het dat het nog altijd gaat om een minderheid: volgens 37% van de centrumgemeenten kent de regio inmiddels een bestuurlijke regiegroep rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid⁵. In de meeste gevallen gaat het om de door Zilveren Kruis geïnitieerde regionale Taskforces EPA, zo blijkt uit de toelichting van de respondenten.

Gemeenten is ook gevraagd of er overleg met de zorgverzekeraars plaatsvindt over de streefdoelen met betrekking tot (de opbouw van de) ambulante zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Ruim een kwart (27%) van de respondenten antwoordt daarop bevestigend. Uit de toelichting van de respondenten blijkt echter ook dat die gesprekken vooralsnog een verkennend karakter hebben en dat van concrete afspraken in het algemeen nog geen sprake is. Van de gemeenten die aangeven dat er geen overleg over streefdoelen met betrekking tot de ambulante zorg plaatsvindt, geeft een deel aan dat overleg wel graag te willen starten.

5 Circa 20% van de gemeenten geeft aan dat een dergelijk regiegroep er nog niet is maar dat er wel plannen voor zijn.

Respondenten oordelen wisselend over de *kwaliteit* van de regionale bestuurlijke samenwerking. De samenwerking met de zorgaanbieders wordt door bijna de helft (45%) van de respondenten als 'goed' beoordeeld (waarbij twee respondenten die samenwerking als 'zeer goed' typeren). Eveneens bijna de helft beoordeelt die samenwerking als 'redelijk'. Per saldo is dat een iets minder positieve score dan in de enquête van 2015. Enkele respondenten lichten toe dat doorgaans de wil er wel is maar dat men gemakkelijk in juridische of financieringsdiscussies belandt. Ook signaleren enkele respondenten dat het maken van afspraken op papier wel lukt maar dat het vaak wachten is op concretisering in de praktijk. Daarbij wordt ook verwezen naar de complexiteit van het huidige stelsel: aanbieders hebben met erg veel verschillende 'opdrachtgevers' c.q. financiers te maken die veelal conflicterende eisen stellen. Dat maakt het voor de aanbieders lastig een consistent en coherent beleid te voeren, zo wordt gesignaleerd.

Minder positief zijn respondenten over de samenwerking met de zorgverzekeraars. Ook in 2015 was dat al het geval. Anno 2017 beoordeelt 24% die samenwerking als 'goed' terwijl 17% de samenwerking als 'slecht' beoordeelt. De overige respondenten beoordelen de samenwerking met de zorgverzekeraars als 'redelijk'. Uit de toelichtingen van de respondenten blijkt dat vooral de vrijblijvendheid in die samenwerking stoort. Initiatief en gevoel van urgentie tot samenwerking ontbreken volgens sommige respondenten bij de zorgverzekeraars. "Je moet er erg achteraan." Tegelijk wordt gesignaleerd dat zorgverzekeraars op een geheel andere geografische schaal opereren en derhalve met erg veel lokale partners te maken hebben. (Vermoeud wordt dat de personele capaciteit bij de zorgverzekeraars vaak te beperkt is om overal die inhoudelijke samenwerking op lokaal niveau aan te gaan.⁶) Maar ook wordt gesignaleerd dat, ook als men wel in gesprek is, acties nogal eens uitblijven: "Zorgverzekeraars lijken niet in staat om binnen huidige financieringskaders te bewegen", zo signaleert één van de respondenten.

5.4 Oordelen over de landelijke kaders

De oordelen van de respondenten over de (knelpunten) in de regionale samenwerking rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid hangen samen met die over de landelijke beleids- en financiële kaders rond de ondersteuning van deze doelgroep. Die landelijke kaders worden door slechts 10% van de respondenten als 'positief' beoordeeld. Ruim een derde (35%) geeft een 'negatief' oordeel; de overige respondenten oordelen 'neutraal'. In hun commentaren onderschrijven de meeste respondenten de inhoudelijke visie van het landelijk beleid maar verwijzen velen ook naar problemen bij de uitvoering daarvan. Met name wordt gewezen op de grote complexiteit van het (financierings)systeem zoals zich dat in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Opgemerkt wordt dat er erg veel partijen met elk hun individuele belangen (en financiële taakstellingen) zijn, waardoor samenwerking erg stroef verloopt, ook als de wil daartoe er wel degelijk is. Het ontbreekt aan de ruimte om samen te kijken wat nodig is en daar afspraken over te maken, zo luidt het. Ook schotten tussen financieringskaders worden veel genoemd als knelpunt; de financieringskaders sluiten niet op elkaar aan (waardoor bijvoorbeeld ook in de dagelijkse praktijk op- en afschalen tussen Zvw- en Wmo erg ingewikkeld is). Vergelijkbare problemen worden gesignaleerd rond preventie (weinig prikkels tot investeringen daarin vanuit de Zvw, terwijl opbrengsten van gemeentelijke investeringen in preventie wel vooral bij de Zvw terecht komen).

Gevraagd naar de toereikendheid van de beschikbare middelen geeft iets meer dan de helft (52%) van de respondenten aan dat deze niet toereikend zijn voor een adequate ondersteuning aan de doelgroep. Bijna een derde (31%) vindt de middelen wel toereikend (de rest heeft 'geen oordeel'). Van de respondenten die de middelen ontoereikend achten, nuanceren enkelen dat oordeel met de opmerking dat het niet per se om een tekort aan geld gaat, maar om het niet 'meebewegen' van middelen van verblijfsvoorzieningen naar gemeentelijke voorzieningen, van klinische zorg naar ambulante behandeling, van beschermd wonen naar ambulante begeleiding, of tussen ambulante voorzieningen in de Wmo en de Zvw onderling. "Zolang

⁶ Een van de respondenten merkt op dat in de eigen regio geen van de zorgverzekeraars er qua marktaandeel bovenuit steekt en dat om die reden geen van de zorgverzekeraars een groot belang lijkt te hechten aan (immateriële of materiële) investeringen in samenwerking en goede zorg in deze regio. Deze regio wordt volgens de respondent gekenmerkt door een erg lage beddenscapaciteit in combinatie met een erg trage (en nog nauwelijks op gang gekomen) opbouw van ambulante specialistische GGZ (FACT) voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

er financieringsschotten zijn, zal er een tekort blijven. Flexibele inzet van middelen kan ruimte bieden voor maatwerk". Eén van de respondenten merkt op dat schotten in de financiering zaken ingewikkelder, inefficiënter en daarmee duurder maken. Andere respondenten signaleren overigens ook dat tekorten niet opgelost zullen worden zolang de gevolgen van andere maatschappelijke problemen (een tekort aan betaalbare woningen, tekorten in de budgetten van de participatiewet) naar de zorg worden doorgeschoven.

Samengevat geven de resultaten van de enquête onder de centrumgemeenten de indruk dat er veel goede wil is als het gaat om de regionale samenwerking en dat er veel overeenstemming is over de algemene inhoudelijke doelen, maar dat het systeem waarbinnen tot afspraken moet worden gekomen over het realiseren van die doelen erg complex en rigide wordt gevonden en teveel contraproductieve prikkels bevat. Dat geeft het risico dat ontwikkelingen blijven steken in algemene afspraken over de gezamenlijke goede bedoelingen en dat de maatregelen die nodig zijn om die goede bedoelingen in praktijk te brengen, achterwege blijven.

Voor veel respondenten is dat een zorg omdat er naar hun inzicht nog veel moet gebeuren. Per saldo geeft de helft tot twee derde (59%) van de respondenten desgevraagd aan dat het actuele voorzieningenaanbod voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in de gemeente (nog) niet toereikend is. Respondenten verwijzen daarbij met name naar tekorten aan ambulante begeleiding vanuit de gemeente én aan ambulante zorg vanuit de FACT-teams, het nog onvoldoende opgetuigd zijn van een ondersteuningsstructuur vanuit welzijn (maar ook zaken als herstelacademies) en het nog niet op mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid ingericht zijn van generalistische voorzieningen.

6 Externe bronnen over de actuele situatie

De bevindingen in de vorige paragraaf zijn gebaseerd op de indrukken en ervaringen van de betreffende medewerkers van de centrumgemeenten. 'Hardere' gegevens over de exacte ontwikkelingen in de infrastructuur van zorg en welzijn (en het gebruik daarvan) in het gemeentelijk domein zijn voornamelijk niet voorhanden maar zijn om een aantal redenen ook lastig te genereren, zeker als het specifiek gaat om het voorzieningenaanbod voor en -gebruik door mensen met een psychische kwetsbaarheid. Daar liggen verschillende oorzaken aan ten grondslag: aanspraken op en omschrijvingen van voorzieningen binnen het gemeentelijke domein zijn niet landelijk voorgeschreven en worden derhalve per gemeente op eigen wijze ingevuld en (al dan niet) geregistreerd; een groot deel van die voorzieningen is niet geïndiceerd maar algemeen toegankelijk (zorggebruik wordt dan niet geregistreerd); waar het wel om geïndiceerde zorg gaat, worden mensen met een psychische kwetsbaarheid, zoals we zagen, door veel gemeenten niet meer als een separaat te bedienen doelgroep gezien en geregistreerd; verder is in de nieuwe structuren niet altijd scherp wat de grens is tussen 'gemeentelijk gefinancierde GGZ' en ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid vanuit het bredere 'sociaal domein'.

Het aantal externe bronnen dat zicht biedt op de ontwikkelingen in de praktijk van het gemeentelijke domein (en in het bijzonder op de 'gemeentelijke' ondersteuning van mensen met een psychisch kwetsbaarheid) is dan ook beperkt. Ook de opstellers van de Monitor Sociaal Domein van het SCP geven aan dat het feit dat iedere gemeente eigen beleids-, inhoudelijke en registratiekeuzen maakt, het monitoren van de ontwikkelingen in het gemeentelijk domein belemmert (SCP, 2016). Mede om bovenstaande redenen wordt in de eerste rapportage van de Monitor Sociaal Domein⁷ ook geen aparte aandacht besteed aan de ondersteuning aan mensen met psychische kwetsbaarheid. Niettemin bevat de rapportage van de Monitor Sociaal Domein een aantal algemene en ook voor de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid relevante kernboodschappen.

De eerste is dat het aantal 'kwetsbare burgers' (weinig inkomen, geen werk, laagopgeleid, fysieke of psychische beperkingen) de afgelopen jaren gestaag is toegenomen. De uitdagingen voor gemeenten nemen daarmee toe. (Ook het aantal mensen met een bijstandsuitkering neemt toe, terwijl reïntegratiebudgetten van gemeenten juist al lange tijd dalen.) (Zie ook Divosa, 2016a, 2016b)

Een tweede kernboodschap van de Monitor Sociaal Domein is dat de ambitie van 'integrale en samenhangende' dienstverlening, zoals die volgens het SCP met de decentralisaties wordt beoogd, vragen om 'een langdurig ontwikkelingsproces en een cultuuromslag (transformatie) die nog jaren zullen vergen'. Mede op basis van deelonderzoeken onder gemeenten en gemeenteambtenaren signaleren de opstellers van de monitor: 'Nieuwe instrumenten zoals bijvoorbeeld de multidisciplinaire wijkteams en integrale intakes zijn geen garantie voor integrale dienstverlening en kunnen belemmerend werken wanneer zij voor een nieuwe bureaucratische laag zorgen'. Specifiek met betrekking tot de wijze waarop de Participatiewet wordt uitgevoerd, merkt het SCP op grond van de signalen vanuit de gemeenten op dat daarin vaak te weinig ruimte wordt geboden voor het beoogde maatwerk. Interne procedures zijn rigide. In die zin staat de werkwijze in de praktijk vaak haaks op de bredere beleidsontwikkelingen waarin de principes centraal staan van eigen regie, ondersteuning op individuele maat en aansluiting bij hulpbronnen, wensen en behoeften van mensen.

Een derde boodschap van de Monitor Sociaal Domein is dat de 'regie' in individuele ondersteuningstrajecten vaak nog ontbreekt. Daarin sluiten de bevindingen van het SCP aan bij die van het 'Toezicht sociaal domein' in een recente onderzoeksrapportage over de sociale wijkteams (TSG, 2017). Daarin wordt vastgesteld dat de eindverantwoordelijkheid voor het 'integrale' ondersteuningstraject aan kwetsbare burgers niet goed is geregeld en belegd. "Iedereen verantwoordelijk, niemand verantwoordelijk", zo vat de Toezichthouder de situatie samen. Mede daardoor ontbreekt het vaak aan een analyse en aanpak van onderliggende problemen,

⁷ De eerste rapportage van de Monitor Sociaal Domein dateert van medio 2016 en bevat nog geen trendgegevens. Een tweede rapportage is gepland voor eind 2017.

worden deelproblemen door verschillende betrokkenen geïsoleerd aangepakt en ligt per saldo het accent op symptoombestrijding, zo luidt het. Het ontbreken van 'generalisten' en van mandaat vanuit moederorganisaties draagt daar verder toe bij. Werkwijzen van specialisten en procedures van de moederorganisaties blijven leidend. De auteurs verwoorden hun eindconclusie tamelijk scherp: "Kwetsbare burgers hebben een andere aanpak nodig dan die de professionals momenteel vanuit de wijkteams kunnen bieden".

Overigens is een actueel landelijk overzicht van de stand van zaken rond de ontwikkeling (omvang, samenstelling, et cetera) van de sociale wijkteams niet voorhanden. Een laatste inventarisatie dateert van medio 2016. Daarin stelt Movisie vast dat Nederland op dat moment circa 600 sociale wijkteams telt (Movisie, 2016). Eerder onderzoek van Divosa liet zien dat destijds de capaciteit van de wijkteams nog erg beperkt was; in doorsnee 3 tot 7 fte per team (Divosa, 2014). Deze tot dusverre bekende cijfers extrapolierend zou dat betekenen dat wijkteams in Nederland medio 2016 in totaal over circa 2.500 tot 3.500 fte beschikten. De inventarisatie van Movisie bevestigt overigens ook de eerdere indrukken dat er aanzienlijke verschillen tussen wijkteams bestaan in samenstelling, aansturing, taakomschrijving, doelgroep, omvang en adherentiegebieden van de teams en dat in veel gevallen handelingsbereik, bevoegdheden, verantwoordingsrelaties en financieringsrelaties nog moeten uitkristalliseren. Opmerkelijk is overigens ook dat, waar nagenoeg alle gemeenten in de LMA-enquête aangegeven dat de GGZ-expertise in (tenminste enkele) wijkteams participeert, de inventarisatie van Movisie uitkomt op een participatiegraad van de GGZ in de wijkteams van circa 36%.

Cliëntervaringen

Inmiddels hebben ook enkele eerste onderzoeken plaatsgevonden naar de ervaringen van cliënten met de nieuwe gemeentelijke taken en verantwoordelijkheden. Ook die onderzoeken zijn doorgaans niet specifiek toegespitst op de ervaringen van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Een uitzondering daarop vormen de peilingen van het panel Psychisch Gezien, waarover in bijlagen 7 en 8 van deze rapportage wordt gerapporteerd. De resultaten van deze peilingen laten zien dat gemeenten in de ogen van de panelleden nog veel werk te doen hebben in de ondersteuning van mensen met psychische problemen. Minder dan 10% vindt dat gemeenten zicht hebben op de zorgbehoeften die mensen hebben (zie ook de recente SCP-rapportage over de ervaringen van 'melders' en mantelzorgers met de Wmo 2015; SCP, 2017). Het 'rapportcijfer' van de panelleden voor de gemeentelijke (niet GGZ-)voorzieningen (Wmo-loketten, sociale wijkteams, dienst Werk en Inkomen, schuldhulpverlening) is gemiddeld laag, al lijkt dat over de periode 2016-2017 wel iets te verbeteren (van een 6- naar een 6+).

In de AVI-cliëntenmonitor van eind 2016 onder voormalige ABWZ-geïndiceerden (waarin 53% van de respondenten te kampen heeft met een psychische aandoening), geeft bijna de helft van de deelnemers aan dat de feitelijke zorg niet zoveel veranderd is, sinds die naar de Wmo is gegaan (NPCF e.a., 2017). Wel worden zorgen geuit over ontwikkelingen op het gebied van dagbesteding (schraller geworden), over het ontbreken van langdurige indicaties en over een toenemende druk vanuit gemeenten op het inschakelen van mantelzorgers. Het recente Trend- en signaleringsrapport 2017 van MEE Nederland vermeldt deels vergelijkbare bevindingen (MEE Nederland, 2017): de kortdurende indicaties en het gegeven dat instellingen elk hun eigen systeem en procedures hanteren en bijbehorende bureaucratie, leidt MEE Nederland tot de conclusie dat het systeem nog niet 'cliëntvolgend' is. Daarnaast signaleert MEE Nederland dat ondersteuning bij onderwijs en werk nog steeds een blinde vlek is en systematischer aandacht behoeft.

7 Conclusie

Gemeenten werken aan de ontwikkeling van ondersteuningsstructuren voor kwetsbare burgers, waaronder mensen met een psychische kwetsbaarheid. Meer dan voorheen zet een deel van de gemeenten inmiddels in op het creëren van alternatieven voor het traditionele 'all-inclusive' beschermd wonen en op mogelijkheden van intensievere ambulante ondersteuning in eigen omgeving en de eigen (huur)woning. Daarnaast zoeken gemeenten naar mogelijkheden om mensen met een psychische kwetsbaarheid meer te laten profiteren van algemene voorzieningen.

De ambities zijn daarbij in het algemeen hoog, maar concrete 'targets' worden doorgaans niet gehanteerd; gemeenten kiezen vooral voor de weg der geleidelijkheid.

Daarbij staan gemeenten blijkens de bevindingen in deze bijlage nog wel voor de nodige uitdagingen. Die uitdagingen liggen met name op de volgende terreinen:

- De participatie en sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid vragen niet alleen om adequate ondersteuning maar ook om een aantal bredere maatschappelijke randvoorwaarden. Eén van de meest genoemde randvoorwaarden is de beschikbaarheid van betaalbare en passende huisvesting. In veel gemeenten schort het daar ernstig aan.
- Bij veel gemeenten wordt de aandacht vooralsnog meer getrokken door 'opvangvraagstukken' dan door 'participatievraagstukken'. Met name rond de participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid is er derhalve nog veel ontwikkelwerk te verrichten. Extra knelpunt daarbij zijn de gestaag afnemende reïntegratiebudgetten (en de soms formalistische werkwijze) binnen de participatiewet.
- Een groot aantal voorzieningen en hulpverleners (bekostigd vanuit verschillende financieringskaders) speelt inmiddels een (potentiële) rol in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid (naast FACT en de gespecialiseerde ambulante begeleiding inmiddels ook de wijkteams, de POH-GGZ, andere generalistische voorzieningen). Dat biedt toenemende kansen maar maakt ook de uitdaging groter om tot een regionale infrastructuur te komen die leidt tot integrale, samenhangende ondersteuningstrajecten, waarin eindverantwoordelijkheden helder zijn en cliënten daadwerkelijk in de positie zijn om 'eigen regie te voeren'.
- De ontwikkeling van die infrastructuur vraagt ook om een goede bestuurlijke samenwerkingsstructuur, die de gewenste ontwikkelingen in de praktijk kan faciliteren, stimuleren en waar nodig coördineren. Ook hier geldt het risico: 'waar iedereen verantwoordelijk is, is niemand verantwoordelijk'. Ook in deze bestuurlijke aansturing ligt dan nog een belangrijke uitdaging, niet alleen voor gemeenten maar ook voor andere regionale spelers en mogelijk ook voor landelijke partijen.

Bijlage 4

Deelrapportage Visies en ambities GGZ-bestuurders

Frank van Hoof
Aafje Knispel

Inhoud

1	Inleiding	95
2	Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ - ontwikkelingen in de afgelopen jaren en oordelen over de stand van zaken	97
3	Toekomstvisies en ambities	101
4	Uitdagingen en knelpunten	107
5	Oplossingsrichtingen en randvoorwaarden	113

1 Inleiding

In 2012 zijn landelijke afspraken gemaakt over de omvang van de afbouw van de *intramurale* GGZ. Over de opbouw, uitbouw en organisatie van de *ambulante* GGZ, ontbreken dergelijke landelijke afspraken. Daarmee worden de doelstellingen van de opbouwkant van het ambulantiseringsproces in belangrijke mate bepaald door de 'ontwikkelingen in het veld' en door de visies van de belangrijkste spelers in dat veld op wat wenselijk, nodig en mogelijk is.

In deze monitorrapportage wordt speciale aandacht besteed aan die visies en aan de vraag waar verschillende partijen en de vertegenwoordigers daarvan, naartoe willen en wat daarvoor in hun ogen nodig is. In deze bijlage gaan we in het bijzonder in op de visies en ambities van de bestuurders van de GGZ-instellingen. (In de bijlagen 3 en 5 komen de visies van de financiers – respectievelijk de gemeenten en de zorgverzekeraars - aan bod.)

De inventarisatie van de toekomstvisies en de ambities van de GGZ-bestuurders vond plaats door middel van een telefonische interviewronde in de periode mei-juli 2017. Voor de interviewronde werden de bestuurders benaderd van de vijftien grootste geïntegreerde GGZ instellingen en de tien grootste RIBW's (tezamen verantwoordelijk voor naar schatting twee derde van totale landelijke GGZ-uitgaven in de Zvw, Wlz en Wmo). Alle 25 benaderde bestuurders verleenden hun medewerking.

In de interviews werd de bestuurders gevraagd naar hun oordeel over de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ tot dusver, hun ambities met betrekking tot het vervolg en hun visies op eventuele knelpunten en randvoorwaarden. In het vervolg van deze bijlage zetten we de bevindingen op een rij.

2 Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ – ontwikkelingen in de afgelopen jaren en oordelen over de stand van zaken

Ontwikkeling ambulante zorg en ondersteuning

In de afgelopen jaren hebben alle geïntegreerde instellingen gewerkt aan de ontwikkeling van de ambulante zorg. Alle bestuurders maken melding van met name de opbouw van FACT in de eigen instelling. Uitgangssituaties en fasering lopen daarbij wel (soms sterk) uiteen. Waar de FACT-ontwikkeling in enkele instellingen een decennium geleden al was ingezet, is deze in een aantal andere pas enkele jaren geleden op gang gebracht. Relatief nieuw maar ook door nagenoeg alle bestuurders expliciet genoemd is de ontwikkeling van Intensive Home Treatment. De meeste instellingen staan nog aan begin van de uitrol van deze (opnamevervangende of –voorkomende) intensieve ambulante zorgvorm, een paar zijn al een aantal stappen verder.

Bestuurders signaleren ook dat over de brede linie het aantal cliënten in de specialistische GGZ de afgelopen jaren is afgenomen en dat cliëntenstromen voor een deel verplaatst zijn naar de basis-GGZ en naar de POH-GGZ (zie ook bijlagen 1 en 2). Een deel van de bestuurders geeft aan dat daar ook expliciet vanuit de instelling op is gestuurd (zie verder).

Van de bestuurders van RIBW's (en van geïntegreerde instellingen die ook gemeentelijke gefinancierde zorg bieden) maakt een deel expliciet melding van een uitbreiding van het aantal ambulante cliënten in de afgelopen periode. Daarnaast hebben veel RIBW's naar zeggen van de bestuurders vooral gewerkt aan ontwikkeling van een meer gedifferentieerd en meer genormaliseerd ondersteuningsaanbod (en bijbehorend netwerk) op het gebied van werk en participatie (waarbij instellingen overigens verschillende keuzen maken en verschillende routes bewandelen; zie paragraaf 3).

Ontwikkeling intramurale zorg

De bestuurders van de geïntegreerde GGZ-instellingen maken allen melding van afbouw van de klinische zorg in de afgelopen periode. Met wederom die kanttekening dat ook daarin uitgangssituaties en fasering (soms sterk) uiteenlopen. Een aantal instellingen was al ruim voor de afspraken van het Bestuurlijk Akkoord met beddenafbouw begonnen, anderen hebben die beweging veel recenter pas ingezet. Een algemeen patroon is wel dat het accent tot dusverre vooral heeft gelegen op de afbouw van Zvw-gefinancierde bedden (zie ook bijlage 1 en 2). Een aanzienlijk deel van de bestuurders geeft aan dat voor wat betreft de afbouw van de Zvw-bedden de afgesproken 'targets' inmiddels zijn gehaald; de overige geven aan 'bijna klaar te zijn'. De afbouw van Wlz-gefinancierde bedden is bij nagenoeg alle instellingen later (en bij sommige pas recent) op gang gekomen. Bestuurders van betreffende instellingen geven doorgaans aan dat wat betreft die Wlz-bedden in de komende periode nog een slag gemaakt moet worden. Overigens geven de meeste bestuurders van de geïntegreerde instellingen ook aan dat men bezig is met de ontwikkeling van HIC (High Intensive Care), een klinische zorgvorm die gekenmerkt wordt door intensieve zorg (ook hier lopen sommige instellingen voorop). Uit de interviews werd nog niet duidelijk welke consequenties dat zal hebben voor de (verdere ontwikkeling van de) omvang van de aan klinische zorg bestemde capaciteit.

De bestuurders van de geïntegreerde instellingen is gevraagd in hoeverre men in de afgelopen periode de gelegenheid heeft gekregen de uit de beddenafbouw vrijkomende middelen te herinvesteren in ambulante zorg. De reacties op deze vraag lopen sterk uiteen. Gelegenheid tot volledige herinvestering heeft, afgaande op de antwoorden van de bestuurders, geen enkele instelling gehad. Vaker genoemd wordt dat men een deel

heeft kunnen 'overhevelen'. Volgens één bestuurder hebben zorgverzekeraars steeds expliciet aangegeven dat maximaal 30% van de vrijkomende middelen mocht worden geherinvesteerd. Enkele andere bestuurders geven aan dat wel het zorgdeel maar niet het huisvestingsdeel mocht worden geherinvesteerd; en weer andere melden dat daar geen expliciete afspraken over zijn gemaakt maar dat in de praktijk wel een deel is 'teruggevloeid' naar de ambulante zorg. Het overblijvende deel werd dan 'geconsumeerd' door de zorgverzekeraar, zoals één van de bestuurders het uitdrukt. Maar een paar bestuurders geven ook aan dat herinvestering in het geheel niet mogelijk was en dat de instelling de middelen die wegvloeiden vanwege de beddenafbouw, volledig en definitief kwijt was¹. Naar het oordeel van enkele bestuurders is de beschikbare ruimte voor het herinvesteren van de uit intramurale afbouw vrijkomende middelen, vooral het resultaat geweest van individuele onderhandelingen van instellingen met de zorgverzekeraars. Overigens signaleren enkele bestuurders ook dat de ruimte voor herinvesteren in de loop van de jaren gaandeweg beperkter is geworden².

Landelijke afspraken over de 'afbouw' van beschermd wonen zijn er niet (ook niet iedereen wenst beschermd wonen als 'intramurale zorg' te betitelen). Wel lijkt sinds het rapport van de Commissie Toekomst Beschermd Wonen ('Dannenberg') het draagvlak te zijn gegroeid voor een (gedeeltelijke) ontmanteling van het beschermd wonen (als geïntegreerd woonzorgpakket). Bijlage 1 in deze rapportage laat zien dat in de afgelopen periode over de gehele linie genomen nog niet tot grote capaciteitsverschuivingen heeft geleid. De interviews met de GGZ-bestuurders bevestigen dat beeld: de meeste maken melding van een gelijkblijvende of maximaal licht gedaald BW-capaciteit, bij een enkele is die capaciteit fors afgenomen. Wel wordt over de hele linie melding gemaakt van een beweging van schaalverkleining, differentiatie in (en 'verdunding' van) woonvormen en soms ook nieuwe huurvormen (omklapcontracten). Ook die inhoudelijke beweging is, afgaande op oordelen van de bestuurders, nog pril (zie ook paragraaf 3).

Oordelen over de stand van zaken

Gevraagd naar een oordeel over de actuele stand van zaken in de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ, geeft een tweetal bestuurders aan tevreden te zijn met de huidige situatie: de ambulante zorg is op orde en beddenafbouw is nagenoeg afgerond, zo stellen deze beide bestuurders vast.

Verreweg de meeste bestuurders zijn echter een andere mening toegedaan. De overheersende mening is dat met name de ambulante zorg voor mensen met EPA nog altijd tekort schiet, volgens sommige in ernstige mate. Zo wordt gesignaleerd dat de FACT-teams nog lang niet voldoen aan de aan zichzelf gestelde eisen. Met name de zorgintensiteit, het op- en afschalen en de 7x 24 uren zorg (zorg buiten kantooruren) zijn nog niet op orde. Ook inhoudelijk zijn er nog veel slagen te maken, zo luidt het.

Overigens wordt niet alleen gesignaleerd dat de intensiteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met EPA, nog ontoereikend zijn, maar ook dat deze in de afgelopen periode onder toenemende druk zijn komen te staan en het gevaar dreigen te lopen juist achteruit te gaan. Die druk komt, afgaand op de indrukken van de bestuurders, van twee kanten: van de 'vraagkant' en van de 'systeemkant'. Een ontwikkeling aan de vraagkant lijkt dat, met het bredere beschikbaar komen, bekender worden en toegankelijker worden van meer outreachende zorgvormen zoals FACT, ook meer mensen in beeld komen c.q. de weg vinden of verwezen worden naar de FACT-teams. Daarbij lijkt het ook niet per se te gaan om mensen met 'lichtere' problematiek. Integendeel, veel bestuurders signaleren juist dat een groeiende groep zorgvragers met complexe c.q. meervoudige problemen te kampen heeft³. De druk vanuit de *systeemkant* bestaat, afgaande op de reactie van de bestuurders, met name uit de combinatie van a. een betaalsysteem op

1 De betreffende instellingen hadden in de afgelopen periode te maken met forse omzetzalingen. Volgens de betrokkenen bestuurders maakten de instellingen in de afgelopen periode daardoor ook bedrijfsmatig een zeer zware periode door.

2 Een gegeven is in ieder geval dat omzetten van nagenoeg alle geïntegreerde GGZ-instellingen in de periode 2013-2016 zijn gedaald, gemiddeld met circa 5% (niet-gecorrigeerd voor prijsontwikkelingen) (zie bijlage 2).

3 Bestuurders zijn niet eensluidend over de oorzaken die aan die verzwarende te grondslag zouden liggen. Enkele wijzen op de uitstroom uit de verblijfsvoorzieningen; kanttekening daarbij is dat dat verhoudingsgewijs om een zeer kleine groep cliënten gaat. Andere wijzen erop dat een groeiend aantal mensen bij de basis GGZ en de POH terecht komt waardoor per saldo de clientèle van de gespecialiseerde GGZ 'zwaarder' wordt; kanttekening daarbij is dat deze gedachtegang wel een relatieve zorgverzwaring in de gespecialiseerde GGZ verklaart (minder cliënten met gemiddeld zwaardere problemen) maar niet een absolute zorgverzwaring (meer cliënten met zwaardere problemen). Resteren verschillende maatschappelijke ontwikkelingen die er mogelijk toe bijdragen dat meer mensen op meer fronten in zwaardere problemen komen. (Overigens signaleren niet alleen bestuurders van de geïntegreerde instellingen c.q. de FACT-teams maar ook die van de RIBW's een toename van het aantal cliënten met 'zware', 'meervoudige' of 'complexe' problemen.)

basis van individuele contacturen en b. een door de zorgverzekeraars opgelegd maximum aan de gemiddelde uitgaven per klant. Met name dit laatste gegeven wordt door veel bestuurders gezien als belangrijkste actuele knelpunt in de ambulante zorg aan mensen met een intensieve zorgbehoefte. (In paragraaf 4 wordt uitgebreider ingegaan op de belangrijkste door de bestuurders gesignaleerde systeemknelpunten.) Bovenstaande factoren bij elkaar maken dat per saldo caseloads blijven groeien, de werkdruk blijft toenemen (en volgens enkele bestuurders “een grens heeft bereikt”) en de intensiteit en kwaliteit van de zorg onder toenemende druk staan.

Eén van de consequenties van deze ontwikkelingen is dat een aantal instellingen overweegt om af te gaan zien van certificering van de FACT-teams (omdat men niet meer aan de kwaliteitsnormen kan voldoen). Een consequentie is ook dat een deel van de bestuurders aangeeft dat de instelling inmiddels qua aantallen FACT-teams weliswaar (bijna) op het niveau zit waarop men in de afgelopen jaren had gemikt (de meeste bestuurders noemen een aantal van 1 FACT-team per circa 50.000 inwoners), maar dat men nu moet vaststellen dat men daar (bij lange na) niet mee uitkomt, althans niet met de huidige capaciteit van de betreffende teams. Enkele bestuurders geven aan dat zich daarmee ook met betrekking tot de uitstroom een almaar groeiend dilemma aandient. Die uitstroom is in de afgelopen periode (dankzij actief beleid daarop) gestaag gegroeid. Tegelijk is de continuïteit van zorg en het flexibel op- en afschalen zonder van zorgverlener te hoeven veranderen juist voor de doelgroep van de FACT-teams cruciaal; betrokken bestuurders vrezen mede vanwege bovenstaande ontwikkelingen een doorschieten van de uitstroombestellingen / -vereisten.

Samenvattend geven de bestuurders in meerderheid signalen af dat het bereik van de ambulante zorg voor mensen met EPA, in ieder geval in de vorm van de FACT-teams, weliswaar groter is geworden, maar dat ondertussen de intensiteit en de kwaliteit van die zorg in toenemende mate onder druk zijn komen te staan (en wellicht juist afnemen). “Dit is een soort verdunde langdurige begeleiding” en “dit is onvoldoende om chroniciteit terug te dringen”, concludeert één van de bestuurders.

In het bovenstaande gaat het vooral over de ontwikkelingen in het Zvw-domein. Verderop in deze bijlage wordt uitgebreider ingegaan op de visie van de bestuurders op de ontwikkelingen in het gemeentelijke domein. In zijn algemeenheid lijken de verschuivingen daarin tot dusverre beperkter te zijn, maar de meeste bestuurders verwachten wel dat die nog gaan komen. De meeste zijn ook van mening dat die veranderingen ook wenselijk en mogelijk zijn (zie volgende paragraaf).

3 Toekomstvisies en ambities

In de vorige paragraaf zagen we dat oordelen van bestuurders over de actuele situatie uiteenlopen, dat een aantal bestuurders aangeeft 'tevreden' te zijn maar dat een meerderheid van oordeel is dat met name de ambulante zorg voor mensen met een EPA (volgens sommigen ernstig) tekort schiet. Die verschillende oordelen weerspiegelen zich in de ambities van de bestuurders met betrekking tot het vervolg van het ambulantisering- en hervormingstraject.

Een klein aantal bestuurders, met name van enkele geïntegreerde instellingen, heeft geen plannen voor een verdere opbouw /uitbouw van de ambulante zorg. Op nog een enkel extra FACT-team of IHT-team na, is de zaak op orde, zo luidt het. Een ander deel van de bestuurders geeft aan voor een deel nog in het proces van de uitrol van FACT en met name IHT te zitten en dat proces in de komende periode te willen voltooien. Het eerste doel is dan een regionaal dekkend aanbod van met name FACT en IHT.

Maar veel van de bestuurders van de geïntegreerde instellingen geven ook expliciet aan het daar niet bij te willen laten en ook in te willen zetten op verdere intensivering en kwaliteitsverbetering van met name de (reeds voor handen zijnde én nog te ontwikkelen) ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een aantal van deze bestuurders geeft daarbij expliciet aan met name de onderbehandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen serieus te willen adresseren, onder andere door middel van herdiagnostiek en het nadrukkelijker aanbieden van behandeling (waaronder met name ook traumabehandeling). Dat vraagt dan wel om een forse verhoging van de zorgintensiteit; één van de bestuurders rekent voor dat het om een verdubbeling gaat. De betrokken bestuurders zijn van mening dat één en ander nu om een investering vraagt maar dat die zich zal terugverdienen in het verminderen van chroniciteit (en maatschappelijk uitval) op de langere termijn.

Ook voor wat betreft klinische zorg bevinden de meeste instellingen zich nog in het proces van afbouw conform de 'targets' zoals die in een eerder stadium zijn afgesproken en waarbij streefcijfers voor de Zvw-bedden bij veel instelling in zicht komen (en bij enkele al bereikt zijn) en die voor de Wlz-bedden doorgaans nog wat verder weg liggen. Bij slechts een enkele instelling gaan ambities voor een (forse) intensivering van de ambulante zorg voor mensen met EPA gepaard met een expliciet voornemen om ook voor wat betreft de klinische afbouw de doelstellingen in de toekomst verder op te schroeven. De meeste bestuurders doen daarover echter (nog) geen uitspraken. Enkele geven wel aan in te willen zetten op verdere verkorting van de opnameduur. Maar ook de ontwikkeling van HIC staat bij veel bestuurders op de agenda. Een aantal bestuurders geeft aan enigszins in een spagaat te zitten omdat men ambulant wel verder wil uitbreiden/intensiveren maar tegelijk al een forse druk op klinische zorg ervaart⁴.

Het bovenstaande gaat vooral over de geïntegreerde GGZ-instellingen. Ook bij de bestuurder van de RIBW's lopen de ambities uiteen. Dat geldt om te beginnen voor de afbouw van het traditionele, 'all-inclusive' beschermd wonen. Een enkele bestuurder is van mening dat de huidige BW-(groeps)woningen, wellicht in een kleinschaliger vorm, in een belangrijke behoefte (vooral voor jongeren) voorzien en heeft geen afbouwplannen. De meeste bestuurders hebben die afbouwplannen wel. Een aantal daarvan denkt aan afbouwpercentages van circa 15 tot 25%. Maar er is ook een aantal bestuurders van mening dat minimaal een halvering van de capaciteit BW-mogelijk en wenselijk is. Eén van de bestuurders licht die keuze toe met de constatering dat het traditionele all-inclusive BW te hospitaliserend is gebleken. "We moeten die hospitalisering voor zijn", zo luidt het. En: "Iedere cliënt kan huurder zijn, zolang op- en afschalen goed geregeld is en er echt flexibiliteit van zorg is". Ook enkele andere bestuurders zijn van mening dat de all-inclusive variant van het beschermd wonen zoveel mogelijk moet verdwijnen. Waar deze nog wel in stand blijft, zal het volgens betrokkenen vooral gaan om kortcyclische voorzieningen met bijvoorbeeld een trainingskarakter, maar niet meer om langdurige woonvormen. Voor het wonen zelf wordt dan gekozen voor eigen huurcontracten voor cliënten, daarbij mikkend op de beschikbaarheid van een breder palet van op zichzelf staande, 'gespikkelde'

4 Die druk op de beschikbare bedden wordt overigens niet door alle bestuurders herkend. Zo meldt juist de bestuurder van een instelling met een van oudsher al relatief lage klinische capaciteit (maar met wel een wat verder ontwikkeld aanbod van IHT) dat die bedden nog altijd niet volledig worden gebruikt en dat er nog altijd 'plaats over is'.

(in elkaars nabijheid) of geclusterde woningen. Ook de zogeheten 'omklapcontracten' moeten volgens één van de bestuurders in de toekomst zoveel mogelijk worden vermeden ten faveure van 'direct huren'. Meer in zijn algemeenheid pleiten de betrokken bestuurders vooral voor veel meer maatwerk en een veel grote flexibiliteit in combinaties van woonvormen en zorgvormen.

Afbouw van het BW zal naar de verwachting (en volgens de intentie) van de betrokken bestuurders gepaard gaan met een gedeeltelijke intensivering van de ambulante begeleiding (bijvoorbeeld ook in de vorm van 7x24 uren ambulante begeleiding); intensieve zorgbehoeften zullen er immers blijven. De bestuurders verschillen echter in hun verwachtingen c.q. intenties met betrekking tot de omvang van de ambulante clientèle van de eigen instelling. Een deel verwacht dat die omvang zal toenemen. Andere bestuurders verwachten juist (en sturen voor een deel ook op) een grotere rol van voorzieningen vanuit het sociale domein (wijkteams, maar ook zaken als buurtcirkels, cliëntgestuurde voorzieningen) in de ondersteuning en in het leven van de 'doelgroep' en een navenante afname van de ambulante cliënten van de eigen instelling; die eigen ambulante clientèle zal dan vooral nog bestaan uit die leden van de voormalig doelgroep die te kampen hebben met de meest complexe en zwaardere zorgvragen, zo luidt het.

Toekomstscenario's ambulante zorg voor mensen met EPA

Ambities van de bestuurders lopen dus uiteen. Een uitzondering daargelaten (en anders dan bij de intramurale afbouw), blijven concrete 'targets' of streefcijfers voor de verdere ontwikkeling van de ambulante zorg vooralsnog echter achterwege, ook bij de bestuurders die op dit vlak juist nog grote slagen willen maken.

Om toch een 'kwantitatieve' indruk van ambities van de bestuurders te krijgen, vroegen we hen om hun visie op de toekomstscenario's voor de opbouw en uitbouw van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening, zoals die worden geschetst in het *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ* (Kroon e.a., 2016). In dat Advies worden drie inhoudelijke toekomstscenario's (zie voetnoot bij onderstaande tabel) elk voorzien van een tentatieve berekening van de verdeling van de beschikbare GGZ-middelen (Zvw, Wlz en Wmo) over vier categorieën voorzieningen (uitgaand van min of meer gelijk blijvend totaalbudget). In de opeenvolgende scenario's worden in toenemende mate middelen verschoven naar de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) c.q. een ernstige psychische kwetsbaarheid.

Tabel 1 Uitgavenverdeling GGZ (Zvw, Wlz en Wmo) in drie scenario's*

	Stand van zaken 2014	Scenario 1 (situatie 2020 bij voortzetting huidige trends)	Scenario 2 (Intensivering opbouw ambulante EPA-zorg)	Scenario 3 (Maximalisering opbouw ambulante EPA-zorg)
<i>Klinisch</i>	38%	35%	27,5%	20%
<i>Beschermd wonen</i>	18%	18%	12,5%	5%
<i>Ambulant EPA</i>	Ca 12%	Ca 15%	30%	50%
<i>Ambulant overig</i>	Ca 32%	Ca 32%	30%	25%
Totaal	100%	100%	100%	100%

* Bron: Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ. Trimbos-instituut 2016.

In de drie scenario's wordt respectievelijk uitgegaan van 1. continuïteit van de huidige trends, 2. een substantiële opschaling van de bestaande, gespecialiseerde ambulante voorzieningen voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, zodanig dat elk van deze voorzieningen aan de eigen standaarden kan voldoen (waaronder die voor de zorgintensiteit) en dat deze voorzieningen voor een aanzienlijk groter deel van deze populatie bereikbaar worden en 3. een verdergaande opschaling van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in combinatie met een maximaal in de wijk geïntegreerde organisatie van die GGZ.

We vroegen de bestuurders welke van deze scenario's zij het meeste wenselijk achten. Scenario 1 - het scenario waar de GGZ volgens de laatste trends momenteel op koerst - geeft de meest bescheiden verschuivingen in de besteding en van de beschikbare middelen en ook de meest bescheiden toename van de uitgaven aan ambulante zorg voor mensen met EPA. Twee bestuurders vinden scenario 1 het meest wenselijke scenario. Eén van deze bestuurders licht toe een aandeel van 15% voor ambulante EPA-zorg in de totale GGZ-uitgaven voldoende te vinden. De beide voorstanders van scenario 1 zijn ook van mening dat het onverstandig zou

zijn om in te boeten op de uitgaven aan ambulante zorg voor mensen met 'common disorders', omdat juist daar veel resultaat en gezondheidswinst te halen zou zijn en EPA voorkomen kan worden⁵.

De voorstanders van scenario 1 zijn onder de bestuurders echter sterk in de minderheid. Bijna de helft van de bestuurders kiest juist voor scenario 3, waarin wordt ingezet op een maximale verschuiving van uitgaven voor klinische zorg, beschermd wonen en ambulante zorg voor mensen met minder ernstige (enkelvoudige) aandoeningen enerzijds naar de ambulante zorg voor mensen met (een risico op) EPA anderzijds. De overige bestuurders (eveneens bij de helft) kiezen voor de middenweg van scenario 2 (nog altijd een verdubbeling van de uitgaven aan ambulante zorg voor mensen met EPA). Commentaren bij de keuze voor scenario 3 luiden dat "we moeten streven naar het maximum" en dat scenario 3 in ieder geval de ambitie moet zijn, "ook als we daar niet helemaal uitkomen" (gesproken wordt van een "stip op de horizon"). Eén van de bestuurders legitimeert diens keuze vanuit de overweging "dat we het nog te vroeg vinden om te zeggen dat dat niet kan". Enkele bestuurders doen nog wel aanvullende suggesties: zo is één van de bestuurders van mening dat de uitgaven aan de categorie 'Ambulant overig' met de juiste maatregelen nog wel verder omlaag zouden moet kunnen (naar 10-15%); een andere bestuurder doet een vergelijkbare suggestie voor de klinische zorg; enkele bestuurders suggereren om iets voorzichter te zijn met de afbouw van het BW dan het in scenario 3 voorgestelde.

Ambities lopen uiteen, zo signaleerden we al. Maar de reacties op de toekomstscenario's laten ook zien dat bij het merendeel van bestuurders de ambities hoog lijken te zijn. Wil men die ambities daadwerkelijk realiseren, dan zal dat primair om nog veel nadrukkelijker en ingrijpender keuzen van de instellingen zelf vragen⁶. Maar van belang is ook dat het scenario-advies gebaseerd is op de premisse van min of meer gelijkblijvende totale uitgaven aan de GGZ (vanuit Zvw, Wlz en Wmo tezamen) en dat het de financiers zijn die de voorwaarden bepalen waarbinnen instellingen hun keuzen en afwegingen moeten maken (zie ook paragraaf 4).

Visies op organisatie van de zorg

Het transitietraject in en rond de GGZ gaat niet alleen over verschuivingen van capaciteit tussen verschillende categorieën voorzieningen; het gaat ook om een dusdanige ontwikkeling en verbetering van de *organisatie* van de zorg, dat die zorg zo goed mogelijk aansluit bij de wensen, behoeften en ambities van mensen. Daarbij is de inzet van de transitie om met name de zorg voor mensen met ernstige aandoeningen c.q. meervoudige problemen te verbeteren en tot een samenhangender, herstelondersteunender en inkluderender geheel te maken.

In dit verband is de term 'integrale zorg' of 'geïntegreerde zorg' gemeengoed geworden. In de praktijk wordt die term dan op verschillende manieren gebruikt:

- a. Als aanduiding van de gedachte dat het van belang is om problemen en wensen van mensen niet geïsoleerd maar in samenhang en in hun context te *benaderen* en te bekijken en 'de mens als geheel te bezien' ('symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand').
- b. Als aanduiding van de wenselijkheid dat de *samenwerkingsverbanden en -netwerken* van de verschillende voorzieningen, instanties, personen, zorgverleners van waaruit de zorg en ondersteuning wordt verleend en georganiseerd, optimaal functioneren. In deze betekenis wordt aan de term 'integrale zorg' vaak de geografische categorie 'in de wijk' toegevoegd.
- c. Als aanduiding van een *organisatievorm* waarbij zorg wordt verleend vanuit een onderling nauw samenwerkend team (organisatorische eenheid) van professionals met verschillende vakinhoudelijke of sectorale achtergronden.
- d. Als aanduiding van een - de diverse levensgebieden overstijgende - *eindverantwoordelijkheid* van een bepaalde persoon, instantie of team voor de (totstandkoming van) ondersteuning van een specifieke persoon of populatie (vaak wederom gekoppeld aan een bepaald geografische verantwoordelijkheidsgebied).

5 Te ver voerend voor de interviewronde maar wel relevant in het licht van dit commentaar van de beide bestuurders is dat in het derde scenario van het *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ* ook de behandeling, ondersteuning en begeleiding van mensen 'met een risico op chroniciteit' tot de 50% van de GGZ-uitgaven voor de 'ambulante EPA-zorg' worden gerekend.

6 Bijlagen 1 en 2 laten zien dat, ondanks de beddenafbouw, de uitgaven aan klinische zorg in de afgelopen jaren nauwelijks zijn gedaald, vermoedelijk omdat enerzijds vooral de 'lichte bedden' zijn afgebouwd en anderzijds omdat niet alleen relatief maar ook in absolute cijfers het gebruik van het aantal 'intensieve' klinische zorgplekken' is toegenomen. Ondertussen geven enkele bestuurders aan dat de druk op de bedden momenteel hoog is en dat het draagvlak in de instelling voor verdere afbouw zeer gering is (al maken juist de bestuurders van de instellingen die al wat langer voorop lopen in het ambulantiseringstraject, melding van het tegenovergestelde). Eén en ander impliceert dat ook beleidskeuzen van de instellingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van die klinische zorg (waaronder bijvoorbeeld HIC) van belang zijn voor het vervolg van het ambulantiseringstraject.

In het dagelijks taalgebruik lopen deze vier betekenissen nogal eens door elkaar heen. In de interviews hebben we de bestuurders vooral bevraagd op hun visie op en ambities met betrekking tot de 'integrale zorg' in de betekenissen zoals omschreven ad b. (samen te vatten als 'in de wijk geïntegreerde GGZ') en ad c. (samen te vatten als 'geïntegreerde GGZ in de wijk'). Als referentie hanteerden we daarbij de recente ideeën en enkele regionale initiatieven om de organisatie van de GGZ nadrukkelijker te 'kantelen' van de op dit moment nog overheersende diagnosegebonden ordening (met specialistische afdelingen per diagnosecategorie) naar multidisciplinaire GGZ-wijkcentra met een integrale gebiedsverantwoordelijkheid.

Deze 'kanteling' blijkt een aantal pleitbezorgers onder de bestuurders te kennen (uiteraard bij de bestuurders van die paar instellingen die al aanzetten tot deze kanteling hebben gedaan, maar ook bij een aantal andere). Belangrijkste overwegingen van de voorstanders zijn dat de huidige FACT-cliënten in een dergelijke nieuwe organisatiestructuur meer toegang tot de diverse specialismen krijgen, dat ook voor de niet-FACT-cliënten van de specialistische GGZ een 'integralere benadering' van hun zorgbehoeften (in de eigen context van de betrokkenen) beter mogelijk wordt, dat op wijkniveau een betere toegankelijkheid, benaderbaarheid en herkenbaarheid van de GGZ ontstaat en dat door een nadrukkelijker (en veel ruimer bemenste) aanwezigheid in de wijk ook de benodigde samenwerkingsverbanden en netwerken met andere voorzieningen (en met cliënten en hun naasten) beter tot stand kunnen komen en een minder institutioneel en meer persoonlijk karakter kunnen krijgen (kortere lijnen, meer vertrouwen). Ook een aantal van de RIBW-bestuurders uit zich in positieve zin over een dergelijke kanteling en zou daar met de ambulante begeleiding van de eigen organisatie wel in willen participeren⁷. Enkele bestuurders signaleren dat ook rond andere maatschappelijke voorzieningen (genoemd wordt onder andere de schuldhulpverlening) een dergelijke beweging naar een meer geïntegreerde en decentrale, bij de wijkstructuren aansluitende organisatiestructuur gaande is.

Toch lijkt een meerderheid van de bestuurders op dit moment niet te voelen voor een dergelijke organisatorische verandering. Men vreest onder andere voor het 'verwateren' van de diverse stoornisspecifieke specialismen wanneer deze niet meer georganiseerd zijn in stoornisspecifieke specialistische afdelingen⁸. Eén van de bestuurders merkt op dat één en ander zou leiden tot versnippering (van specialistische zorg), maar ook tot het wegebben van goede zorg voor mensen met 'common disorders'. Een andere bestuurder geeft aan dat diens instelling nadrukkelijk kiest voor profilering als gespecialiseerde instelling, met specialistische behandelingen per type stoornis. Daar is de GGZ goed in geworden, zo luidt het. "Dat ondermijn je als je alles weer op een generalistische hoop in de wijk gaat gooien". Verder lijken veel bestuurders vooral te vrezen dat erg veel energie weg zal lekken en het 'te veel heisa' geeft als 'alles overhoop gehaald wordt'. Beargumenteerd wordt dat de doelen van een dergelijke kanteling ook langs een meer organische weg en binnen de huidige organisatiestructuren te realiseren zijn (meer 'behandeling' voor mensen met EPA vanuit de specialistische afdelingen 'invliegen' wanneer nodig; , 'integralere hulp op die specialistische afdelingen zelf; aanhalen van samenwerkingsverbanden met andere voorzieningen in de wijk)⁹.

Van een andere aard is het commentaar van één van de bestuurders dat een 'kanteling' voorlopig nog niet aan de orde is, juist omdat eerst alle energie gericht moet worden op het veel meer en veel beter behandelen van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die behandeling (met name ook bij EPA) is de primaire taak van de GGZ en daarin schiet ze nu ernstige tekort, aldus deze bestuurder. Daar zal dus eerst fors in geïnvesteerd moeten worden. "Anders krijg je straks een geïntegreerd team waarin mensen niet goed weten wat ze moeten doen." De gedachte van een 'kanteling' wijst de betrokkenen bestuurder op zich niet af, "maar eerst moeten andere dingen op orde gebracht worden".

Overigens wordt ook in de diverse pilots en voorhoedepraktijken van een meer 'geïntegreerde GGZ in de wijk' voor uiteenlopende organisatiestructuren gekozen (zie ook bijlage 6). Zo bestaan er in één van de regio's plannen om tot 'geïntegreerde, wijkgebonden' teams te komen, die niet alleen bestaan uit mensen vanuit de GGZ (FACT, verslavingszorg, ambulante begeleiding) maar ook vanuit de sociale wijkteams, de

7 Een van RIBW-bestuurders stelt daarbij wel de voorwaarde dat een dergelijke nieuwe GGZ-organisatie niet met een medicaliserende visie de wijk in moet stappen; de herstelvisie moet dan wel echt omarmd worden, zo luidt het. Eén van de bestuurders van de geïntegreerde instellingen benadrukt juist dat de GGZ ook in een dergelijke nieuwe organisatiestructuur wel als specialistische voorziening herkenbaar moet blijven (bijvoorbeeld ook in relatie tot het werk van de sociale wijkteams).

8 Voorstanders van een 'kanteling' van de GGZ naar een wijkgebonden organisatiestructuur wijzen overigens op verschillende manieren om het risico van het afkalven van de specialistische expertise voor te zijn.

9 Eén van de bestuurders vraagt zich ook af of mensen hun behandelaar wel in de wijk willen hebben. Dat kan ook beklemmend (en privacy-ondermijnend) werken, zo is de overweging.

thuiszorg en mogelijk ook andere niet-GGZ voorzieningen¹⁰. Bij de overige voorhoedepraktijken en plannen beperkt de team-integratie zich vooralsnog tot de verschillende disciplines en afdelingen binnen de GGZ zelf, maar verschilt het per praktijk weer welke disciplines, afdelingen of deelsectoren precies 'geïntegreerd' worden; bijvoorbeeld als het gaat om de vanuit de Wmo gefinancierde ambulante begeleiding. Zo is het bijeen brengen van ambulante begeleiding en FACT (samen met verslavingszorg en voorzieningen rond participatie) de kern van de aanpak in één van de proeftuinen. In een andere ligt de nadruk op bijeenbrengen van specialistische afdelingen en FACT-teams, maar blijft de Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding (hoewel geboden vanuit dezelfde instelling) juist buiten de geïntegreerde teams¹¹.

Meer in zijn algemeenheid wordt ook verschillend aangekeken tegen de rol van de Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding binnen huidige en de toekomstige organisatie van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Waar sommige bestuurders integratie van ambulante begeleiding en FACT (al dan niet binnen een verder naar de wijk 'gekantelde' organisatie) een goed plan vinden, melden anderen de ambulante begeleiding recent juist nadrukkelijker losgekoppeld te hebben van de FACT-teams: "We maken nu een veel scherper onderscheid tussen begeleiding en behandeling". Ook enkele andere bestuurders geven aan geen voorstander te zijn van "geïntegreerd behandelen en begeleiden". Integratie van de vanuit de GGZ geboden ambulante begeleiding in de sociale wijkteams, wordt overigens door geen enkele bestuurder voorgestaan. Doorgaans participeert men wel gedeeltelijk in die teams, maar volgens de meeste (RIBW-) bestuurders ligt de meerwaarde van de ambulante begeleiding van de eigen organisatie toch vooral in de functie van specialistische, categorale voorziening.

Een aantal bestuurders geeft ondertussen wel aan dat het maken van verbindingen tussen de GGZ enerzijds en wijkvoorzieningen en rest van de samenleving anderzijds in hun ogen de grootste opgave is voor de komende tijd. Betrokkenen zijn van mening dat ontwikkelingen wat dat betreft nog helemaal aan het begin staan. Met name een aantal RIBW-bestuurders lijkt daarbij voor de eigen organisatie ook een soort van sociale opbouwfunctie te zien weggelegd, niet als primaire taak, maar wel als afgeleide van de diverse activiteiten voor cliënten en de aandacht daarbij voor de sociale en maatschappelijke context van betrokkenen (buurtcirkels, betrekken van de buurt bij activiteiten en voorzieningen). Sociale inclusie en participatie zijn dan belangrijk doelstellingen voor de ondersteuning van individuele cliënten maar ook voor het bijdragen aan de ontwikkeling van een 'inclusievere' infrastructuur. Qua aanpak verschillen de accenten dan weer per instelling. Enkele instellingen werken volgens betrokken bestuurders vooral aan het samen met andere organisaties toegankelijker en aantrekkelijker maken van algemene (welzijns)voorzieningen, culturele centra e.d. voor kwetsbare burgers (de oude dagactiviteitencentra worden dan grotendeels ontmanteld). Enkele andere bestuurders denken vooral aan de ontwikkeling van een brede infrastructuur van zelfregiecentra, initiatieven 'in eigen beheer', peer support netwerken et cetera. Nog weer andere geven aan dat de oude dagactiviteitencentra niet worden opgeheven maar wel een veel bredere functie voor een bredere populatie in de wijk zullen gaan krijgen en dat banden met andere voorzieningen voor welzijn en participatie in de wijk strak worden aangehaald (om zo ook bij te dragen aan het in bredere zin 'stutten' van de wijk, zoals één van de bestuurders het formuleert). Voor wat betreft de ondersteuning bij de maatschappelijk participatie (werk, opleiding) ten slotte, is de algemene tendens, afgaande op de intenties van de bestuurders, dat men deze steeds meer tracht te individualiseren en dat mede om die reden steeds meer wordt samengewerkt met een breed scala aan bedrijven, onderaannemers, et cetera.

10 Specialistische behandelafdelingen worden juist weer niet in deze proeftuin geïntegreerd; volgens de betrokken bestuurder omdat behandeling bij mensen met EPA niet aan orde is (nogal in afwijking van enkele eerder genoemde visies meent deze bestuurder: "EPA-patiënten genezen kunnen we niet.").

11 Op de achtergrond lijken verschillende visies op de ambulante begeleiding mee te spelen. Waar in eerstgenoemde regio de ambulante begeleiding een belangrijke functie en rol wordt toebedacht bij het creëren van een ondersteunend netwerk en het bevorderen van de participatiemogelijkheden van cliënten, lijkt die rol in de visie van de andere regio beperkt te blijven tot een min of meer huishoudelijke (boodschappen doen, schoonmaken).

4 Uitdagingen en knelpunten

Ambities van bestuurders lopen uiteen en inhoudelijke visies en prioriteiten verschillen. Tegelijk is het duidelijk dat nagenoeg alle bestuurders de intentie hebben om nog forse slagen te gaan maken in de opbouw en verbetering van de (ambulante) zorg en ondersteuning van met name mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat proberen zij te doen in nauwe samenwerking met andere partijen in de regio, waaronder financiers, andere zorginstellingen, cliëntenorganisaties en andere maatschappelijke organisaties.

Veel bestuurders signaleren daarbij veel goede wil bij alle betrokkenen. Tegelijk stellen nagenoeg alle bestuurders vast dat een aantal zaken voor extra uitdagingen zorgen en dat een aantal knelpunten de benodigde vernieuwingen, intensiveringen et cetera tegenwerken. De belangrijkste daarvan liggen volgens veel bestuurders op het vlak van de financiering en bekostiging: genoemd worden met name knelpunten die het gevolg zijn van een verkokerd financieringssysteem en voor een deel ook van 'knellende' bekostigingssystemen. De bestuurders erkennen overigens dat het in de eerste plaats aan de betrokkenen regionale partijen is om de (voor een deel wellicht ook onvermijdelijke) 'systeemuitedagingen' in gezamenlijkheid te adresseren. Kernprobleem is echter, zo lijkt de ervaring van veel bestuurders, dat met name het speelveld op het gebied van de regionale *aansturing* (met vele afzonderlijke financiers, ook per afzonderlijk financieringskader) te complex is geworden om die 'gezamenlijkheid' te creëren die nodig is om de systeemproblemen te omzeilen of op te lossen. Ontwikkelingen dreigen daardoor te stagneren.

We lichten de signalen van de bestuurders kort toe.

Verkokerde financiering

De financiering van de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen is de afgelopen tien jaar steeds meer verspreid geraakt over verschillende financieringskaders. De belangrijkste zijn momenteel de Zvw, de Wlz en de Wmo (met daarnaast onder andere de Participatiewet en het 'Justitiële kader'). Geen van de bestuurders lijkt per se negatief over de nieuwe financieringsstructuren op zich. Wel problematisch zijn volgens veel bestuurders de 'schotten' tussen deze financieringskaders. Die geven problemen op zowel het niveau van de transitie op regionaal niveau als op het niveau van de uitvoering.

Op het regionale niveau, waar de beoogde transitie de nodige verschuivingen impliceren in de (volumes aan) zorg en ondersteuning die men wil bieden, is een kernprobleem dat de benodigde middelen niet met die gewenste substituties meebewegen. De bestuurders geven verschillende voorbeelden. Zo werd eerder al door enkele bestuurders gesignaleerd dat middelen die vrijkomen uit de afbouw van Zvw-bedden niet volledig (of soms helemaal niet) konden worden geherinvesteerd in de opbouw van de ambulante zorg. Op zichzelf is dat nog geen 'systeemprobleem'; een dergelijke herinvestering is niet principieel onmogelijk. Anders ligt dat bij de afbouw van Wlz-gefinancierde bedden (die nog voor een groot deel moet gaan plaatsvinden). Bestuurders wijzen erop dat de middelen die uit de afbouw van Wlz-bedden vrijkomen volledig zullen wegvloeien, omdat overheveling naar andere financieringskaders (Zvw of Wmo) binnen de huidige regelgeving niet mogelijk is. Dat betekent dat de beschikbare middelen voor de zorg aan mensen met EPA zullen afnemen terwijl binnen de Zvw en de Wmo wel de toestroom van mensen vanuit de Wlz moet worden opgevangen. Afbouw van Wlz-bedden is vanwege deze schotten tussen de diverse financieringskaders niet alleen onaantrekkelijk voor aanbieders, maar ook voor zorgverzekeraars en gemeenten¹².

Enkele bestuurders wijzen erop dat om vergelijkbare redenen bij veel gemeenten huiver bestaat voor verdere beddenafbouw in de Zvw. Wanneer de benodigde ambulante alternatieven niet voldoende worden opgebouwd binnen de kaders van de Zvw, vrezen sommige gemeenten, bij het ontbreken van de mogelijkheden van overheveling van middelen vanuit de Zvw naar de Wmo, een toenemende druk op de

¹² Elders in deze rapportage zagen we dat de afbouw van Zvw-bedden voor ligt op die van de Wlz-bedden. Dat betekent ook dat het genoemde knelpunt met name de komende periode nog zal gaan spelen.

gemeentelijke middelen. Dat leidt tot 'behoudzucht'. Gewezen wordt overigens ook op schotten binnen de afzonderlijke financieringskaders zelf, bijvoorbeeld binnen het gemeentelijke domein: afbouw van beschermd wonen en opbouw van ambulante begeleiding impliceert een verschuiving van benodigde uitgaven van centrumgemeenten naar randgemeenten of van de ene gemeentelijke afdeling naar een andere. Ook dat leidt volgens sommige bestuurders tot complicaties en soms stagnaties.

Schotten tussen de financieringskaders hinderen volgens veel bestuurders dus de gewenste substituties en transitie¹³. Ondertussen leiden ze tot steeds terugkerende discussies over de vraag onder welk kader specifieke activiteiten vallen (bijvoorbeeld rond het 'niet-curatieve' deel van FACT¹⁴, of rond IPS¹⁵) en wie wat moet betalen en per saldo tot een neiging tot afwenteling van taken en van cliënten. Het gevolg is volgens veel bestuurders ook een (noodgedwongen) voorzichtige en soms zelfs behoudende en defensieve houding bij de diverse partijen, vooral als het gaat om (voorstellen) voor substitutie (het risico iets "weg te geven" zonder daar iets voor "terug te krijgen" is groot). Het feit dat ook binnen de diverse financieringskaders sprake is een voortdurende druk op de beschikbare middelen, versterkt die voorzichtigheid. Eén van de bestuurders vat de situatie samen met de vaststelling: "Er zit geen beweging in". Betrokkene voegt er aan toe: "Iedereen erkent het en heeft er zorgen over".

Schotten in de uitvoering

Schotten tussen financieringskaders worden niet alleen als knelpunt ervaren op het niveau van de regionale transitie maar ook op uitvoeringsniveau. Het voorgaande liet al zien dat meer geïntegreerde zorgvormen zoals FACT en IPS, onder druk staan respectievelijk niet goed van de grond komen vanwege afbakeningsdiscussies met (en tussen) financiers. Van proeftuinen waar gewerkt wordt met samengestelde GGZ-teams, waarbij medewerkers vanuit verschillende financieringskaders worden betaald, komen signalen dat de schotten doorwerken in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld in de zin van verschillende administratieve en verantwoordingsverplichtingen voor dezelfde cliënt maar ook in de zin van botsende productie- en andere vereisten (zie bijlage 6). Meer in zijn algemeenheid wordt gesignaleerd dat het steeds weer opnieuw moeten regelen van toegang tot specifieke voorzieningen (nieuwe indicaties, nieuw te openen DBC's) de benodigde flexibiliteit (waaronder het flexibel- op en afschalen van verschillende typen zorg) belemmert.

Enkele bestuurders wijzen er overigens op dat die flexibiliteit ook onder druk staat van bekostigingssystemen op basis van per individuele cliënt te declareren face-to-face contacten (gekoppeld aan uitgebreide, geïndividualiseerde verantwoordingsverplichtingen). Dat haalt de ruimte weg voor consultatief en preventief werk, voor het ontwikkelen van 'netwerken in de wijk', voor regie en voor het met de cliënt en anderen afstemmen van de zorg op wat rondom individuele cliënten nodig is.

Veel bestuurders concluderen dat het systeem vanwege de complexiteit van de (niet-communicerende) financieringskaders, ongelukkige systeemprikkels binnen die kaders en de knellende uitwerking van de bekostigingssystemen op de uitvoering van de zorg, niet helpt bij het realiseren van die transitie die nodig zijn om te komen tot een effectieve infrastructuur van de herstelondersteunende zorg en begeleiding voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Complex speelveld, ontbreken van regie

Bestuurders erkennen als gezegd dat er primair bij de regionale partijen een verantwoordelijkheid ligt om in gezamenlijkheid de 'systeemuitdagingen' te adresseren. De belangrijkste bottleneck lijkt in de ogen van veel bestuurders echter te zijn dat die 'gezamenlijkheid' niet van de grond komt vanwege het complexe

13 Daar komt volgens veel bestuurders bij dat ook de prikkels binnen de afzonderlijke financieringskaders soms ongelukkig zijn: zo wordt er op gewezen dat klinische zorg in bedrijfsmatige zin nog altijd een zekerder en voordeliger inkomstenbron is dan (intensieve) ambulante zorg. Gewezen wordt ook op het feit dat het afboeken van vastgoed (van afgebouwde intramurale voorzieningen) vooralsnog voor rekening van de instelling komt. Anderen wijzen op het gegeven dat, vanwege het niet vergoed worden van 'lege opnameplaatsen', er een prikkel is tot maximale bedbezetting, waardoor er per saldo voortdurend een bedden tekort wordt ervaren.

14 Zorgverzekeraars wijzen erop dat zij formeel alleen gerechtigd zijn het curatieve deel van de FACT-teams te vergoeden. Overheveling van de middelen voor het nu nog door verzekeraars vergoede niet-curatieve deel naar gemeenten, is vooralsnog echter niet aan de orde. Per saldo ontstaat een druk op FACT-teams om zich op het curatieve deel terug te trekken terwijl alternatieven voor het wegvallende niet-curatieve deel uitblijven.

15 IPS komt nog steeds slechts in beperkte mate van de grond. Juist het feit dat IPS elementen van verschillende financieringskaders in zich draagt en er dus meerdere potentiële co-financiers zijn (zorgverzekeraars, gemeenten, UWV), lijkt daar mede debet aan.

speelveld op het gebied van de regionale aansturing. Gezamenlijk beleid maken en regie voeren, in wederzijds vertrouwen risico's en ingrijpende beslissingen nemen en daarbij tot een gezamenlijk plan komen om de uitdagingen en knelpunten het hoofd te bieden is wellicht mogelijk als het aantal betrokken partijen tot drie of misschien vier beperkt blijft. De praktijk is echter, zo wordt gesignaleerd, dat een gemiddelde regio alleen al twintig tot dertig afzonderlijke – en voor een deel ook met elkaar concurrerende – financiers telt (waaronder vijf tot zeven zorgverzekeraars, vijftien tot twintig gemeenten en een zorgkantoor). Dat maakt gezamenlijke, effectieve regionale aansturing van de transities de facto onmogelijk, temeer omdat een boven de partijen staande, gemandateerde regievoerder of probleemeigenaar ontbreekt.

Het resultaat is volgens veel bestuurders dat alle partijen zich (min of meer noodgedwongen) primair terugtrekken op de eigen (financiële) organisatiebelangen. Dat leidt er toe dat men elkaar op algemene visies en algemene doelstellingen (sociale inclusie, meer herstel, 'integrale zorg' et cetera) nog wel weet te vinden, maar dat het vervolgens stopt op de uitwerking en de uitvoering (c.q. de inkoop), waar de uiteenlopende individuele belangen de boventoon in de onderhandelingen gaan voeren. Ook bestuurders die werkzaam zijn in de regio's waar inmiddels regionale regiegroepen (veelal onder de noemer van Taskforces EPA) zijn ingesteld, komen tot deze bevindingen¹⁶.

Gesignaleerd wordt ook dat het zorginkoopproces ondertussen een zeer ingewikkeld en omvattend gebeuren is geworden, waarbij vanuit de aanbieders tegemoet gekomen moet worden aan de soms zeer uiteenlopende (en soms ook tegengestelde) eisen van de financiers¹⁷. In de volgende paragrafen gaan we kort in op de ervaringen van de bestuurders met die visies, eisen en inkoopcriteria van de afzonderlijke zorgverzekeraars en gemeenten.

Bestuurders over de zorgverzekeraars.

De meeste bestuurders signaleren 'goede bedoelingen' bij de zorgverzekeraars. Een aantal instellingen heeft ook meerjarencontracten met één van de zorgverzekeraars kunnen sluiten of is daarover in onderhandeling. Bestuurders signaleren wel dat ook zorgverzekeraars elk hun eigen beleid hanteren. Het gegeven dat over wensen en knelpunten met vijf tot zeven zorgverzekeraars afzonderlijk onderhandeld moet worden, geeft erg veel werk maar maakt het ook lastig een consistent beleid voor de eigen instelling aan te houden.

Bestuurders signaleren ook dat zorgverzekeraars inhoudelijk wel meedenken (de één meer dan de ander) maar de ontwikkeling en uitvoering van het zorginhoudelijk beleid per saldo aan de instellingen overlaten, ook als het gaat om de ambulante opbouw, de gewenste omvang en kwaliteit van de FACT-teams, et cetera. Kerncriterium voor de zorgverzekeraars bij de zorginkoop is en blijft naar de ervaring van de GGZ-bestuurders de schadelastbeheersing. Dat is de ook de primaire prikkel voor de zorgverzekeraars in het concurrerende stelsel waarbinnen zij opereren (premies - en daarmee zorguitgaven - in toom houden ten opzichte van die van de concurrenten).

Concreet signaleren de bestuurders dat alle zorgverzekeraars twee kerncriteria hanteren bij de zorginkoop: een maximum aan het volume aan de te bieden zorg en een maximum aan gemiddelde kosten per cliënt (c.q. per DBC in de gespecialiseerde GGZ). Bij overschrijding op één van beide criteria worden de feitelijk geboden zorg en de feitelijke gemaakte kosten vergoed (maar worden soms normen voor de volgende inkoopronde navenant naar beneden bijgesteld). Bij overschrijding draait in principe de instelling voor de extra kosten op.

Een meerderheid van de bestuurders noemt met name het maximum aan de gemiddelde productiekosten (gemiddelde kosten per cliënt) de belangrijkste belemmering voor het verder optuigen voor de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het geeft een prikkel om intensieve zorgtrajecten zoveel mogelijk te vermijden¹⁸. Het gehanteerde maximum is volgens veel bestuurders in het algemeen ook ontoereikend om de EPA-zorg (en met name de FACT-zorg) te bieden die men zou willen bieden. De

16 Overigens zitten ook in deze Taskforces EPA zelden alle partijen om tafel; met name randgemeenten en andere dan de dominante zorgverzekeraar in de regio, ontbreken doorgaans (en voelen zich dan ook niet gehouden aan hetgeen in de Taskforces wordt besproken).

17 Eén van de bestuurders spreekt in dit verband van een 'idiotie aan diversiteit'.

18 Omdat er veel meer ambulante cliënten zijn dan klinische, zijn gemiddelde kosten vooral afhankelijk van de intensiteit van de zorgtrajecten aan ambulante cliënten.

maximumnormen staan bovendien voortdurend onder druk. Zo wijzen bestuurders erop dat zorgverzekeraars niet (of hooguit gedeeltelijk) meegaan in het gegeven dat, vanwege het verschuiven van zorg van de specialistische GGZ naar basis-GGZ en POH, het aantal cliënten in de specialistisch GGZ kleiner wordt maar de zorgbehoefte van betrokken cliënten gemiddeld navenant intensiever. Bestuurders stellen vast dat instellingen per saldo voor de keuze staan om hetzij minder intensieve zorg te bieden dan men zou willen (of eerder af te schalen naar de basis-GGZ of POH dan gewenst), hetzij die meerzorg uit eigen zak te betalen. Volgens één van de bestuurders resulteert één en ander erin dat met name IHT en FACT op dit moment 'onder de markt worden weggezet'.

Een aantal bestuurders becommentarieert het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars als 'penny wise pound foolish'. Investerings in - zo nodig intensieve - ambulante zorg nu, kunnen chroniciteit en bijbehorende zorgkosten op langere termijn verminderen. In die lijn zouden betrokken bestuurders ook meerjarencontracten met zorgverzekeraars willen afsluiten. De bestuurders geven ook aan daarover met zorginkopers het gesprek wordt aangegaan. Een belangrijke complicatie is daarbij volgens sommige bestuurders dat inkopers veelal het mandaat vanuit de eigen organisatie ontberen om afspraken buiten de centraal vastgestelde 'inkooptargets' te maken. Maar vermoedelijk speelt ook de overweging bij de zorgverzekeraars een rol dat de onderlinge concurrentieverhoudingen het risicovol maken om eenzijdig extra investeringen te doen (en kosten te maken) tegen onzekere opbrengsten op langere termijn. De reacties van de bestuurders suggereren dat het vooral in regio's waar geen van de zorgverzekeraars de expliciete marktleider is, lastig is om überhaupt in gesprek te komen over deze thema's.

Overigens hanteren zorgverzekeraars doorgaans ook een aantal secundaire criteria bij de zorginkoop (een bepaald percentage beddenafbouw, uitstroom uit FACT, et cetera). Die criteria kunnen per instelling uiteen lopen. Idem de gehanteerde tarieven. Zo meldt één van de bestuurders met een zorgverzekeraar een lagere prijs dan gemiddeld voor klinische zorg te hebben afgesproken in ruil voor een hogere prijs dan gemiddeld voor ambulante zorg. Eén en ander suggereert dat er wel degelijk marges zijn waarbinnen in de inkoopafspraken met de zorgverzekeraars bewogen kan worden.

Tegelijk hebben veel bestuurders de indruk dat er per saldo "geld bij de zorgverzekeraars blijft liggen". De omzetsdaling in de afgelopen jaren bij de meeste van hen en de signalen vanuit het ministerie van VWS van een zich al een aantal achtereenvolgende jaren manifesterende onderschrijding van het makro kader, sterkt hen in die indruk. Veel bestuurders hebben ook de indruk dat de meeste zorgverzekeraars, wederom ingegeven door de onderlinge concurrentieverhoudingen op de zorgverzekeringsmarkt, nadrukkelijk op vermindering van de GGZ-uitgaven koersen, ook omdat, gegeven de afspraken over de beddenafbouw in de GGZ, die vermindering binnen de GGZ eenvoudiger te realiseren is dan in andere sectoren.

Eén van de bestuurders resumeert: "De zorgverzekeraars praten in algemene termen ver mee, maar bij de afrekening gaat het dan toch steeds weer mis".

Bestuurders over de gemeenten

Ervaringen van de bestuurders met gemeenten zijn nog iets gedifferentieerder dan die met de zorgverzekeraars. Daarbij lijkt een algemeen patroon te zijn dat die ervaringen positiever zijn in de grote steden dan in de meer rurale gebieden. Grotere gemeenten beschikken over meer kennis en capaciteit maar naar het oordeel van veel bestuurders ook over meer gevoel voor urgentie. Pluspunt voor de bestuurders van instellingen die in de grote steden actief zijn, is bovendien dat betreffende gemeente veelal ook de enige of in ieder geval verreweg grootste financier is. Dat maakt het eenvoudiger om tot constructieve en consistente afspraken te komen¹⁹.

Waar bestuurders melding maken van positieve ervaringen, signaleren zij dat betreffende gemeenten hard bezig zijn met visieontwikkeling en met de uitrol daarvan in de praktijk. Een echt meerjarenplan ontbreekt doorgaans nog maar is in betreffende gemeenten wel volop in ontwikkeling. Ook heeft een aantal bestuurders inmiddels op onderdelen meerjarenafspraken met de gemeenten kunnen afsluiten. Meer inhoudelijk zien bestuurders dat vanuit de 'voorop lopende' gemeenten meegedacht wordt over de benodigde

¹⁹ Een enkele instelling is ook actief in de Maatschappelijke Opvang en heeft om die reden al veel langer banden met de gemeente; ook dat helpt, aldus de betrokken bestuurder.

differentiatie van zorgvormen en over de ontwikkeling van zorgvormen die minder intensief zijn dan het traditionele beschermd wonen maar intensiever dan de traditionele ambulante begeleiding. Gesignaleerd wordt ook dat de aandacht toeneemt voor participatie, voor de ontwikkeling van 'herstelondersteunende netwerken' (herstelacademies, et cetera) en voor de voorwaarden voor 'sociale inclusie' en 'preventie van maatschappelijke uitval' in de bredere zin (goede infrastructuur rond wonen, werk, welzijn). Zo zijn in een enkele grote gemeente inmiddels ook vergaande afspraken gemaakt over het realiseren en beschikbaar stellen van woningen voor 'de doelgroep'.

Positief zijn bestuurders ook over het feit dat een aantal grote gemeenten (waaronder drie van de vier grootste gemeenten) de instellingen in de gelegenheid stellen om te werken met een zogeheten 'vierkant budget'. De instelling krijgt dan een totaalbudget voor de begeleiding van diens cliënten en mag zelf bepalen hoe dat budget besteed wordt²⁰. Bestuurders geven aan dat dat erg veel flexibiliteit geeft: er hoeft geen nieuwe aanvraag te worden gedaan als moet worden opgeschaald; en er ontstaat ruimte om te innoveren. (Omgekeerd schept het de verplichting om actie te ondernemen als er nood gezien wordt; maar die ruimte is er dan ook, zo wordt gesignaleerd). Ook rond voorzieningen op het gebied van dagbesteding en participatie (maar bijvoorbeeld ook de herstelacademies) zien bestuurders een ontwikkeling bij enkele gemeenten (of plannen daartoe) van een individuele bekostigingsstructuur naar een budgetstructuur, doorgaans dan wel gekoppeld aan 'prestatieafspraken' rond bijvoorbeeld het creëren van een activerender, herstelondersteunender omgeving. Bestuurders signaleren overigens ook dat in de gemeenten waar het goed gaat, toch nog wel een lange weg te gaan is.

Een ander deel van de bestuurders uit zich echter in aanzienlijk zorgelijker bewoordingen en ziet zich naar eigen zeggen geconfronteerd met gemeenten waar iedere toekomstvisie ontbreekt en uitsluitend het behouden van 'controle op het hier en nu' (en met name op de uitgaven) leidend is. Dat uit zich volgens betrokkenen onder andere in het hanteren van "steeds onwerkbaarder" tarieven, met name voor de ambulante begeleiding, in afbouwplannen voor beschermd wonen zonder daar investeringen in ambulante begeleiding tegenover te stellen en in bezuinigingen op dagbestedingsvoorzieningen zonder daar iets voor in de plaats te organiseren. Bestuurders signaleren bij sommige gemeenten ook een erg procedurele en beheersmatige (en daardoor bureaucratische) aanpak. De bestaande kaders zijn dan leidend, flexibiliteit ontbreekt en meedenken over differentiatie van woon- en zorgvormen blijft dan uit. Indicaties blijven dan in de praktijk beperkt tot hetzij beschermd wonen hetzij een minimale variant van ambulante begeleiding. Tussenvormen zijn dan niet mogelijk, waardoor de stap van beschermd wonen naar zelfstandig wonen voor veel mensen te groot is (en enerzijds de uitstroom stagneert en anderzijds het vaker mis gaat bij mensen die wel uitstromen).

Enkele bestuurders plaatsen ook kanttekeningen bij het inkoopbeleid van gemeenten in hun regio. Een enkele bestuurder typeert dat beleid als ad hoc. Gewezen wordt op het snel groeiende aantal kleine bedrijfjes die met PGB een BW opzetten (geheel tegen alle actuele zorginhoudelijke bewegingen in, zo wordt opgemerkt). Een aantal gemeenten is daarin meegegaan, zo luidt het. Soms heeft dat tot een snelle groei geleid, die nu zijn repercussies heeft. Het heeft volgens sommige bestuurders ook geleid tot een versnipperder en onoverzichtelijker regionale infrastructuur rond BW en ambulante begeleiding. Hetzelfde merken enkele bestuurders op over de door veel gemeenten gehanteerde aanbestedingsprocedures. Die belemmeren met name het in gezamenlijkheid ontwikkelen van beleid en van een samenhangende infrastructuur voor de langere termijn, zo luidt het.

Enkele bestuurders maken ook melding van een neiging bij met name sommige randgemeenten om waar mogelijk eenvoudigweg af te zien van het creëren van of bijdragen aan voorzieningen van mensen met een psychische kwetsbaarheid (vanwege kosten, omdat men het niet nodig vindt of omwille van het weren van de 'doelgroep' als zodanig, zo vermoedt men). Ook het meewerken aan afbouw van voorzieningen voor beschermd wonen die al wel in de betreffende randgemeente staan, stuit nogal eens op weerstand omdat kosten voor ambulante begeleiding dan voor rekening van de randgemeente gaan komen.

De reacties van de bestuurders wijzen er per saldo ook op dat instellingen vaak – en wellicht meer nog dan wanneer het om de zorgverzekeraars gaat – te maken krijgen met uiteenlopende visies, inkoopcriteria,

20 In andere gemeenten vindt bekostiging nog plaats per cliëntcontact en moet het aantal cliëntcontacten per individuele cliënt binnen diens individuele indicatie blijven.

uitvoeringspraktijken, verantwoordingsystemen en ook belangen van de verschillende gemeenten binnen de eigen regio. Die diversiteit kost dan erg veel energie van de instelling. En soms leiden gebrek aan duidelijkheid, eenduidigheid en visie bij gemeenten ook tot voorzichtigheid bij aanbieders: men doet liever nog geen vergaande voorstellen voor de afbouw van BW, zolang er geen zicht is op medewerking van de gemeente aan goede alternatieven.

Diversiteit zien bestuurders overigens ook in het gemeentelijk beleid op het gebied van het sociaal domein in brede zin. Met name de invulling van sociale wijkteams verschilt sterk per gemeente. Dat maakt dat ook de aansluiting vanuit de ambulante begeleiding op de wijkteams per gemeente een andere aanpak vraagt. Gesignaleerd wordt ook dat sommige gemeenten tot de ontdekking gekomen zijn dat de wijkteams “veel minder afvangen” rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid dan vooraf was gehoopt (en weer een sterker beroep doen op GGZ-voorzieningen), terwijl andere gemeenten in het geheel geen specialistische ambulante begeleiding inkopen omdat ze die niet nodig menen te hebben.

In het licht van bovenstaande ‘diversiteit’ zien veel bestuurders de plannen met betrekking tot de toekomstige inkoop van het beschermd wonen met enige verontrusting tegemoet. De intentie is om, in navolging van het advies van de Commissie Toekomst Beschermd Wonen, de regionale inkoop van het beschermd via de centrumgemeenten af te schaffen en die inkoop, net zoals al met de ambulante begeleiding het geval is, bij alle afzonderlijke gemeenten te beleggen. Sommige bestuurders vrezen dat dit zowel de fragmentatie als de bureaucratie verder zal doen toenemen.

Meer in zijn algemeenheid wijzen enkele bestuurders erop dat het gemeentelijke domein niet alleen een domein is met aanzienlijke lokale verschillen in beleid, visie, aanpak, et cetera, maar ook een relatief ‘instabiel’ domein. Die instabiliteit hangt volgens betrokkenen in de eerste plaats samen met het gegeven dat zorgbudgetten van (vooral de kleinere) gemeenten beperkt zijn, het risico van forse over- (of onder) bestedingen relatief groot is en de compensatiemogelijkheden veel minder dan bij bijvoorbeeld de grote, landelijk opererende zorgverzekeraars. Dat leidt gemakkelijker tot ‘paniekvoetbal’, zo signaleert één van de bestuurders. Een tweede factor is dat het gemeentelijk beleid in belangrijke mate afhankelijk is van de lokale politiek en dat daarmee “de termijn van de gemeentelijke visie vaak niet langer is dan de gemeentelijke politiek vooruitkijkt” (c.q. tot de verkiezingen). Ook deze ‘instabiliteit’ van het gemeentelijke domein lijkt met name een risico in regio’s met veel kleine gemeenten.

Personeelstekorten

Het bovenstaande laat zien dat veel van de door de bestuurders genoemde uitdagingen bij de verdere ontwikkelingen van de zorg en ondersteuning voor met name mensen met ernstige psychische aandoeningen, betrekking hebben op de vraag hoe de benodigde transities en substituties te realiseren, gegevens de verkokerde financieringskaders en gegeven het zeer complexe speelveld met de veelheid aan financiers op regionaal niveau.

Van geheel andere orde, maar niet minder relevant zijn de meldingen van een deel van de bestuurders over forse personeelstekorten, vooral van behandelaren (psychologen, psychotherapeuten, psychiaters). Dat tekort wordt niet alleen toegeschreven aan een tekort aan deze beroepsbeoefenaren als zodanig, maar ook aan het feit dat een groot (en volgens sommigen groeiend) deel daarvan ervoor kiest om niet (meer) in een grote geïntegreerde instelling maar als zelfstandig gevestigde of in kleine praktijken te gaan werken. Productiedruk of andere dwingende instellingsprocedures maar ook een keuze voor een andere clientèle ligt volgens betrokken bestuurders ten grondslag aan deze keuzen.

Een gevolg van deze tekorten is dat zorgtrajecten bij het niet beschikbaar zijn van een ‘regiebehandelaar’ soms niet gestart kunnen worden en ‘volumes’ niet gehaald worden. Een gevolg is ook, zo luidt het, dat met name de spoeling van de behandelaren met affiniteit voor en deskundigheid op het gebied van de zorg en behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen en complexere problematiek, vooralsnog veel te dun is.

5 Oplossingsrichtingen en randvoorwaarden

Het overgrote deel van de bestuurders van de GGZ-instellingen vindt dat de GGZ nog lang niet is waar die moet zijn, met name als het gaat om de (ambulante) zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De bestuurders doen uiteenlopende suggesties om te komen tot betere randvoorwaarden voor de voortgang van de transities (en het voorkomen van stagnatie daarvan) en voor oplossingsrichtingen voor gesignaleerde knelpunten. Wij zetten ze op een rij.

De suggesties hebben in de eerste plaats betrekking op de bekostiging van met name de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Gepleit wordt voor een bekostiging die kostendekkend is, ook voor het bieden van intensieve ambulante zorg. Binnen het inkoopstelsel van de zorgverzekeraars vraagt dat om een forse verhoging van het maximum aan de gemiddelde kosten per cliënt (en een vermindering van de druk op de tarieven). Sommigen pleiten voor differentiatie van de normen voor de maximale gemiddelde kosten per subgroep of diagnosecategorie.

Verdergaande voorstellen betreffen een overstap naar een andere vorm van bekostiging voor de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Met name worden pleidooien gehouden voor het vervangen van de huidige geïndividualiseerde bekostigingsstructuur door een budgetstructuur, in ieder geval voor de EPA-populatie. Dat kan een budgetstructuur zijn voor de cliënten in zorg ('vierkant budget'), maar nog meer flexibiliteit zou een bredere beschikbaarheidsfinanciering c.q. populatiebekostiging bieden, zo luidt het. Primair wordt daarbij gedacht aan een budgetfinanciering voor de EPA-zorg binnen de Zvw; sommige pleiten voor een gebiedsgerichte populatiebekostiging met een samengesteld budget vanuit de verschillende financieringskaders.

Enkele bestuurders suggereren dat een eerste stap naar een overgang naar een meer bij de EPA-zorg passende bekostigingsstructuur gezet zou kunnen worden door de scheidslijnen tussen de specialistische GGZ en basis GGZ wat nadrukkelijk te definiëren in termen van EPA-zorg en niet-EPA-zorg. De EPA-zorg betreft dan de zorg voor mensen voor wie omwille van de meervoudigheid van de problematiek en de periodieke wisselingen in benodigde zorg en zorgintensiteit geïntegreerde en flexibele (gemakkelijker op- en afschaalbare) ondersteuning nodig is.

Bestuurders pleiten ook voor vereenvoudiging van het regionale speelveld van zorginkoop en zorgverkoop. Afspraken maken, de uitruil van budgetten en van prestaties en tegenprestaties die nodig is om de benodigde transities en substituties te realiseren, de durf om daar voorstellen in te doen en risico's in te nemen en het wederzijdse vertrouwen dat daarvoor nodig is, vraagt om een onderhandelings situatie waarin, anders dan nu, een beperkt aantal partijen de hoofdverantwoordelijkheid dragen voor die regionale afspraken over de zorg en de financiering daarvan. Een eerste stap zou zijn om te bezien of en hoe enige vorm van representatie in de zorginkoop hersteld kan worden. Sommige bestuurders bepleiten daarbij niet alleen een representatiemodel voor de Zvw-gefinancierde zorg, maar ook voor de gemeentelijke gefinancierde GGZ²¹. Daarbij zullen substantiëlere stappen gezet kunnen worden in het adresseren van de verschillende knelpunten (waarbij voor een deel ook de financiële schotten tussen de financieringskaders), in het maken van gezamenlijke afspraken en een meerjarensvisie voor langere termijn, naarmate het mandaat van de betrokken partijen (met name aan de zijde van de financiers) groter is²².

21 Een voorstel in die richting was eerder al gedaan in het in samenwerking met de koepelorganisaties van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties opgestelde *Handvat voor regionale samenwerking* (Trimbos-instituut, 2016). Daarin werd voorgesteld dat de grootste zorgverzekeraar in een regio en de centrumgemeente gezamenlijk het voortouw nemen in het opstellen en implementeren van een regionale agenda voor sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

22 Eén van de bestuurders doet daarbij ook de suggestie van een 'vereveningsmodel' voor gemeenten, zodat ook binnen dat domein de ontwikkelingen minder grillig worden en een stabielere beleidsontwikkeling kan plaatsvinden.

Meer in het algemeen doen bestuurders voorstellen om nadrukkelijker een aantal vragen te agenderen en beleggen, zoals die door het transitieproces en de ervaringen daarmee tot dusver, naar voren zijn gekomen. In de eerste plaats, in vervolg op bovenstaande suggesties:

- Wat zijn de mogelijkheden om tot een eenvoudiger regionaal speelveld te komen, met name wat betreft de financiering van de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen (welke vormen van representatie en mandatering zijn denkbaar; welke andere oplossingen)? En in het verlengde daarvan: welke oplossingen zijn denkbaar voor de relatief grote vrijblijvendheid die het huidige speelveld de verschillende partijen biedt (en waardoor sommige achterblijven)?
- Welke mogelijkheden zijn er om tot een passender bekostigingssystematiek te komen voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (met als onderdeel daarvan: hoe te zorgen dat financiële prikkels meer in overeenstemming zijn met de doelstellingen, bijvoorbeeld als het gaat om substitutie van klinische door ambulante zorg of als het gaat om het investeren in preventieve, consultatieve en 'netwerkactiviteiten')?

Maar ook:

- Welke mogelijkheden zijn er om te voorkomen dat 'geld op de plank blijft liggen'²³?
- Welke oplossingen zijn denkbaar voor de (momenteel remmende factor van de) kapitaallastenproblematiek?
- Welke mogelijkheden zijn er om de administratieve lasten terug te dringen (en op die manier ruimte te creëren voor meer zorgcapaciteit)?
- Welke maatregelen zijn denkbaar om personeelstekorten aan te pakken en om met name behandelend professionals aan de zorg voor mensen met ernstiger aandoeningen te binden? En in het verlengde daarvan: welke mogelijkheden zijn er om behandelend professionals die buiten de geïntegreerde instellingen werken, een rol te laten vervullen in de 7x24 uurs zorg zoals geïntegreerde instellingen die geacht worden te bieden in acute situaties en aan mensen met ernstige psychische aandoeningen?
- Welke rol kan een landelijke overheid spelen in de regievoering over bovenstaande vraagstukken maar ook in het meewerken aan oplossingen op het gebied van de vereenvoudiging van het regionale speelveld, financiële ontschotting tussen de diverse financieringskaders, een passender bekostigingssystematiek, vermindering van de administratieve lastendruk, waarborgen tegen onderschrijdingen, oplossingen voor kapitaallastenvraagstukken, personeelstekorten, maar ook in vraagstukken op het gebied van de toegankelijkheid van woningen en werk?

De vraag waar en hoe deze vragen exact geagendeerd en belegd kunnen worden, is in de interviews niet aan de orde gekomen. Wel komt uit de interviews het beeld naar voren dat bestuurders de bovenstaande vraagstukken niet beschouwen als particuliere regionale aangelegenheden maar als bredere, landelijk spelende uitdagingen bij de verdere verbetering van de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

23 Verschillende bestuurders beargumenteren dat het nodig is om eerst extra in de ambulante zorg en behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen te investeren, om ervoor te kunnen zorgen dat op termijn de zorgbehoeften en bijbehorende zorgkosten afnemen.

Bijlage 5

Deelrapportage Visies en ambities zorgverzekeraars

Aafje Knispel
Frank van Hoof

Inhoud

1	Inleiding	119
2	Terugblik, de ontwikkeling van de ambulante GGZ tot nu toe	121
3	Doelen en vertaling naar de inkoop	123
4	Bepalende factoren voor het proces	125
5	Landelijke aansturing	127
6	Ten slotte	129

1 Inleiding

Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol in het ambulantiseringproces van de GGZ. Zij onderhandelen met zorgaanbieders over de 'in- en verkoop van de GGZ' en maken afspraken over 'kwaliteit, prijs en het volume van de te leveren zorg' waarbij 'actuele beleidsspeerpunten en maatschappelijke trends worden meegenomen'. Zorgverzekeraars Nederland heeft een vijftal punten omschreven die specifiek voor de GGZ van belang zijn. Eén van deze punten is dat 'zorgverzekeraars ervan uitgaan dat behandelingen zoveel mogelijk ambulant plaatsvinden en gericht zijn op herstel en eigen regie'¹. De mate waarin en manier waarop zorgverzekeraars in hun zorginkoop actief sturen op ambulante opbouw (dan wel er meer vanuit gaan dat behandelingen in de praktijk zoveel mogelijk ambulant plaatsvinden) kan van verzekeraar tot verzekeraar verschillen aangezien zij zelf verantwoordelijk zijn voor de precieze invulling van hun beleid en procedures. Om een beeld te krijgen van de analyse die zorgverzekeraars maken van het opbouwproces van de ambulante GGZ tot nu toe en hun visie voor de toekomst, is dit onderwerp verkend in interviews met een vijftal zorgverzekeraars (waaronder de vier grootste zorgverzekeraars).

In deze deelrapportage komen de resultaten van de gesprekken met zorgverzekeraars aan bod. Beschreven wordt wat de visie is van de zorgverzekeraars op hoe de opbouw van ambulante zorg in Nederland tot nu toe gelopen is, hoe de doelen voor de ambulante opbouw van de zorgverzekeraars eruit zien en welke factoren de zorgverzekeraars² aanmerken als bevorderend en belemmerend voor het opbouwproces van de ambulante zorg.

¹ www.zn.nl

² De (zorginhoudelijke) adviseurs van de GGZ van de zorgverzekeraars zijn geïnterviewd. En bij twee van de vijf zorgverzekeraars namen twee functionarissen deel aan het interview.

2 Terugblik, de ontwikkeling van de ambulante GGZ tot nu toe

De analyse die de zorgverzekeraars maken van het proces en de uitkomsten van de opbouw van ambulante GGZ in Nederland tot nu toe, loopt uiteen; afgaande op de gesprekken met de verzekeraars maken zij elk een eigen afweging over hoe de ambulante opbouw tot nu toe gelopen is. Daarbij focussen zij soms op dezelfde indicatoren voor ambulante opbouw maar niet altijd. Ook geven zij niet altijd dezelfde waardering aan de uitkomsten. Met andere woorden, zorgverzekeraars lijken niet uniform te zijn in de pijlers die zij hanteren om de voortgang van de ambulante opbouw te beoordelen en waar zij dat wel zijn, kan het voorkomen dat zij de pijlers op een andere manier waarderen. Bijvoorbeeld, bij de ambulante opbouw wordt onder andere gelet op de ontwikkeling van FACT maar sommige verzekeraars focussen daarnaast ook op IHT en RACT (waar anderen dit niet noemen). En waar de ene zorgverzekeraar de analyse maakt dat de opbouw van FACT volgens de veldnormen gaat en de ambulante opbouw (daarmee) op schema loopt, meldt een andere verzekeraar dat de volumeontwikkeling van FACT stil staat en dat er wel veel wordt gesproken over IHT maar dat het nog om kleine cliëntaantallen gaat. Weer een ander noemt dat het ambulantiseringproces vast begint te lopen en de gedachte achter het proces begint te verdwijnen. 'De schwung is eruit'. Ook hebben zorgverzekeraars een verschillende kijk op de opbrengsten van lokale projecten; waar de ene deze ziet als de motor van het ambulantiseringproces, is een andere van mening dat het bereik van deze lokale initiatieven en proeftuinen nog erg beperkt is.

De genoemde verschillen in duiding van het ambulantiseringproces hoeven overigens niet te betekenen dat de ene verzekeraar het 'bij het juiste eind heeft' en de andere niet; waar de zorgverzekeraars wel uniform over oordelen, is dat er (grote) regionale verschillen bestaan. Dat maakt het ook moeilijk voor hen om uitspraken te doen over de voortgang van het ambulantiseringproces in Nederland als geheel; er kan bij de ene regio een heel ander beeld zijn dan bij de andere.

Als we inzoomen op de relatie tussen de afbouw van bedden en de opbouw van ambulante zorg, is volgens de zorgverzekeraars in ieder geval een deel van het geld dat vrij kwam door de afbouw van bedden 'teruggeploegd' naar de ambulante zorg. Geïnterviewden plaatsen hier wel een aantal kanttekeningen bij. Zo is een deel van de middelen ook gegaan naar andere instellingen dan waar de klinische afbouw plaats vond, omdat deze andere instellingen claimden dat 'die cliënten nu naar ons komen'. Maar er worden ook afspraken gemaakt met instellingen dat voor elke afgebouwde ligdag een deel van de kosten teruggaat naar de ambulante zorg van die instelling. Dit lijkt van verzekeraar tot verzekeraar te verschillen.

3 Doelen en vertaling naar de inkoop

Omdat landelijk geldende (kwalitatieve) doelen voor de ambulante opbouw ontbreken, is het aan de veldpartijen om hier onderling afspraken over te maken. In de gesprekken met de zorgverzekeraars hebben wij nagevraagd wat de ambities van de zorgverzekeraars zijn voor de ambulante opbouw en op welke wijze zij hierover afspraken maken met zorgaanbieders. Uit de interviews bleek dat voor alle zorgverzekeraars de ontwikkeling van ambulante GGZ een belangrijk onderwerp is, waarbij genoemd wordt dat samenwerking met het sociale domein en de beschikbaarheid van onder andere beschermd wonen steeds belangrijker wordt. De ontwikkeling van de ambulante GGZ is dus zeker een belangrijk aandachtspunt voor verzekeraars, maar de mate waarin zij actief sturen op ambulante opbouw in de inkoop en de middelen die zij hiervoor beschikbaar stellen, verschillen van verzekeraar tot verzekeraar. Zo zijn er verzekeraars die ook voor de toekomst afspraken maken met instellingen over het 'terugploegen van besparingen door afgebouwde bedden naar ambulante zorg' maar een andere handelt vanuit de visie dat de totale kosten omlaag moeten. 'De GGZ kan nog steeds veel doelmatiger werken.' Bij het omlaag brengen van kosten wordt dan benoemd dat dit moet worden gerealiseerd bij (tenminste) een gelijk niveau van kwaliteit. Wat dit betreft lijken sommige verzekeraars nog expliciet in te zetten op het verhogen van kwaliteit, bijvoorbeeld door het certificeren van teams te stimuleren, waar andere meer focussen op behoud van kwaliteit bij vermindering van uitgaven.

Verzekeraars hebben verschillende visies op het hanteren van kwantitatieve doelstellingen voor de ambulante opbouw. Sommige maken gebruik van veldnormen zoals de FACT veldnorm voor onder andere het aantal teams per 100.000 inwoners en sturen op het certificeren van teams. Als het aantal FACT-teams van een instelling niet overeen komt met de veldnorm gaan deze verzekeraars in gesprek met de instelling over de factoren die hierbij een rol spelen om zo samen een analyse van de situatie te maken. De FACT-norm wordt dus niet per se gebruikt om 'meteen een oordeel te vellen'. Andere verzekeraars geven aan geen kwantitatieve doelstellingen te hanteren met het argument dat de situatie overal anders is en het daarom moeilijk is om kwantitatieve doelen te stellen. Dan kan bijvoorbeeld het aantal FACT-teams wel worden uitgebreid maar dat moet de instelling dan zelf aangeven omdat een zorgverzekeraar daar dan niet actief op stuurt. Bewegingen in het veld maken het stellen van kwantitatieve doelen soms ook moeilijk, aldus sommige van de geïnterviewden. Samenwerking met het sociale domein kan bijvoorbeeld volgens één van de geïnterviewden betekenen dat FACT-teams zich door ontwikkelen naar GGZ-in-de-wijkteams. Opbouw van FACT zou dan als pijler wellicht niet zo veel meer zeggen.

Zorgverzekeraars vertalen hun doelstellingen voor de ambulante opbouw naar het inkoopproces. Zij hanteren daarbij parameters zoals (maximum) omzet en (maximum) gemiddelde prijs maar zetten daarnaast elk op een eigen wijze in op het maken van afspraken over de ontwikkeling van de ambulante zorg. Soms worden er heel concrete afspraken gemaakt over de te realiseren afbouw en verschuivingen tussen segmenten, soms wordt er veel meer gekeken naar best practices en hoe deze gefaciliteerd kunnen worden. Een aantal verzekeraars geeft aan dat zij meerjarenafspraken maken om zo meer continuïteit te bieden. Dan wordt elk jaar met de instelling geëvalueerd hoe het proces vordert zowel wat betreft de financiële als de inhoudelijke ontwikkelingen en waar wel en niet bijgestuurd moet worden. Hierbij lijkt de ene zorgverzekeraar meer te focussen op de vraag of aanbieders hun afspraken daadwerkelijk zijn nagekomen dan de andere. Waar aan de ene kant is verteld over deze meerjarenafspraken die gepaard gaan met veel overleg met aanbieders, is aan de andere kant ook gesignaleerd dat de inkoopcriteria steeds meer 'van hogerhand' worden opgelegd waardoor inkopers meer uitvoerend moeten werken en minder mogelijkheden hebben om te overleggen met aanbieders. Ook wat dit betreft lijken er verschillende ontwikkelingen plaats te vinden.

4 Bepalende factoren voor het proces

De zorgverzekeraars hebben tijdens de interviews verschillende factoren genoemd die volgens hen een bevorderende dan wel belemmerende werking hebben op de opbouw van de ambulante zorg. Deze factoren worden in deze paragraaf beschreven.

Keten

Een centrale factor bij het (verder) ambulantiseren van de GGZ is dat er meerdere partijen, werkzaam in verschillende segmenten en met verschillende financieringskaders, nodig zijn om de doelen te bereiken. Zoals genoemd zien de zorgverzekeraars een grote rol voor het sociale domein in het ambulantiseringsproces. De inbreng van gemeenten en de samenwerking met gemeenten is echter nog niet altijd op het door verzekeraars gewenste niveau. Zorgverzekeraars geven aan dat zij veel tijd moeten besteden aan het overleg met gemeenten maar dat de communicatie nog zeker niet altijd vlot verloopt en het gevoel heerst dat 'partijen elkaar dingen toe proberen te schuiven'. Er kunnen snel misverstanden ontstaan omdat de lijnen niet direct zijn ('dan zou een instelling tegen een gemeente hebben gezegd dat zij 50 extra beschermd wonen plaatsen nodig hebben omdat er vijftig klinische bedden afgebouwd moeten worden') en dan is er tijd nodig om de misverstanden op te helderen. 'Dan ben je meer aan het inspelen op actuele problemen dan met het in praktijk brengen van een visie. En heb je minder tijd om echt samen over dingen na te denken.' Ook op andere terreinen moet er een sluitende keten zijn zoals tussen de basis en de gespecialiseerde GGZ en tussen de GGZ en de huisarts zodat in de praktijk tijdig op- en afgeschaald kan worden. Ook dit loopt in de praktijk soms nog niet vlekkeloos, zo wordt gesignaleerd.

GGZ sector

Een andere factor die volgens (een aantal van de) geïnterviewden een belangrijke rol speelt bij het ambulantiseringsproces is de vereiste dat de sector blijft innoveren om een ambulante GGZ mogelijk te maken, zoals gebeurt met Intensive Home Treatment (IHT). Maar het is tegelijk moeilijk om overzicht te krijgen en te behouden van alle 'parels' in het veld. En soms zou de verdere implementatie van innovaties sneller mogen en kunnen gaan, als instellingen de houding 'not invented here' meer loslaten, aldus geïnterviewden. Daarbij werken sommige instellingen (bestuurders) volgens de geïnterviewden ambitieuzer en voortvarender aan het ambulantiseren van de GGZ dan anderen, die zich meer lijken te focussen op het behoud van de eigen organisatie. Ook dit heeft zijn weerslag op de ambulante opbouw. Daarbij is ook meerdere keren genoemd dat de GGZ als sector soms politiek opereert en dat bijvoorbeeld de ROM-actie het vertrouwen in de sector niet heeft doen toenemen.

Geïnterviewden signaleren ook dat (tenminste een deel van de) instellingen te kampen hebben met personeelstekorten, onder meer doordat professionals er vaker voor lijken te kiezen om als zelfstandige of bij kleine aanbieders te gaan werken. Dit, en verzwarende van de problematiek van cliënten³, draagt bij aan een hogere werkdruk. 'FACT staat het water aan de lippen', aldus één van de geïnterviewden. Ook zouden opleidingen voor GGZ-professionals beter moeten aansluiten bij het veranderende veld, door meer nadruk te leggen op sociale psychiatrie.

Financieringsstructuur

In de interviews zijn verschillende punten genoemd met betrekking tot het financieringssysteem die impact hebben op de opbouw van de ambulante zorg. Zorgverzekeraars sturen op gemiddelde prijs en sommige noemen dat zij dit doen bij gebrek aan beter. Vanwege de knip tussen de basis GGZ en de specialistische GGZ werken zij met een gemiddelde prijs voor de gehele SGGZ terwijl zij liever zouden sturen op parameters

3 Zorgverzekeraars vertelden dat zij van de aanbieders horen dat de problematiek van de cliënten in de SGGZ gemiddeld genomen zwaarder wordt, onder andere doordat mensen met lichtere problematiek uitstromen naar andere segmenten van de GGZ.

specifiek gericht op de EPA-groep. De nieuwe productstructuur zou mogelijk soelaas bieden, 'als dan tenminste het klinische en het ambulante worden samengenomen', zodat in ieder geval bepaalde schotten afgebroken worden. Ontwikkelingen van het systeem lopen achter bij de ontwikkelingen in de zorg, aldus één van de geïnterviewden. Er wordt veel tot in details gedifferentieerd met daarop dan weer harde en rigide controle. 'Dat zet de boel vast.' Een voorbeeld dat is genoemd is dat ervaringsdeskundigen niet kunnen 'tijdschrijven' terwijl zij juist een heel belangrijke rol hebben in en impuls geven aan de GGZ. Verzekeraars proberen hier dan oplossingen voor te zoeken maar dit kost tijd en energie terwijl dit met een systeemmaatregel gerealiseerd kan worden.

Genoemd is ook dat de EPA-groep echt andere aandacht verdient. 'Daar moet je je krachten bundelen en niet concurreren.' Volgens één geïnterviewde wordt er wel erg ingezet op de EPA-groep maar is dit tegelijkertijd lastig omdat de kosten voor de baten uit gaan. Geopperd is om de EPA-zorg af te bakenen en voor de bekostiging 'iets apart te doen'. Ook is de wens geuit om voor deze groep het representatiemodel weer in te voeren.

Een punt van een andere orde dat door een aantal van de geïnterviewden genoemd is, is dat zorgverzekeraars veel tijd moeten besteden aan zorg die gedeclareerd wordt door ongecontracteerde aanbieders, terwijl zij geen zicht en vat hebben op de kwaliteit van de door deze aanbieders geleverde zorg.

5 Landelijke aansturing

De geïnterviewde zorgverzekeraars zijn niet eensgezind in het antwoord op de vraag of het ambulantiseringproces meer landelijke coördinatie nodig heeft, bijvoorbeeld in de vorm van een platform; sommige verzekeraars vinden een dergelijk coördinatiepunt of platform overbodig, anderen denken juist dat dit de impuls zal geven aan het ambulantiseringproces die op dit moment nodig is. Volgens de laatste groep is een dergelijk platform nodig om centraal te analyseren welke belemmeringen voor de verdere ambulantisering weggenomen moeten worden en op welke wijze dit kan gebeuren. Ook kan een platform een belangrijke rol spelen bij het delen van informatie over goede initiatieven, ook wat betreft de bedrijfskundige 'achterkant'.

Ook over de kwestie of de landelijke overheid een grotere rol (meer de regierol) op zich moet nemen in het ambulantiseringproces lijken zorgverzekeraars van mening te verschillen. Sommige verzekeraars hebben de visie dat het 'uit de sector zelf moet komen' waarbij er in de zorginkoop dan wel een instrument moet zijn om goede initiatieven te kunnen opschalen (in plaats van dat iedereen zelf het wiel probeert uit te vinden). Anderen noemen dat de landelijke overheid wel een belangrijk rol kan spelen bij het oplossen van bepaalde belemmeringen zoals de problematiek van budgetten op grensdomeinen en het toezicht houden op wat gemeenten doen voor mensen met psychische problematiek.

6 Ten slotte

De geïnterviewde zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de ontwikkeling van de ambulante GGZ een belangrijk onderwerp is voor hun organisatie en hebben oog voor de complexiteit van dit proces. De mate waarin en de wijze waarop dit terug komt in hun inkoopproces kan wel verschillen, zo blijkt uit de gesprekken. Waar de ene zorgverzekeraar niet erg actief lijkt in te zetten op de inhoud en wijze waarop aanbieders opbouwplannen maken, doet de andere dit wel, met meerjarenplannen, evaluaties, het hanteren van veldnormen voor bijvoorbeeld FACT, analyses waarom sommige zaken achterblijven dan wel voortvarend gaan en het bevorderen van innovaties. Soms wordt het stimuleren van het veld om te innoveren (waarbij aangetoond moet worden wat de innovatie financieel oplevert) om daarna te kunnen opschalen, als een manier gezien om de GGZ verder te transformeren. Andere verzekeraars focussen (daarnaast) meer op het belang van regionale samenwerking en op veldnormen. Ook wordt er verschillend omgegaan met het stimuleren van de ambulante opbouw in financiële zin; de ene instelling stuurt op het omlaag brengen van de totale kosten, de andere maakt afspraken met aanbieders over het besteden van euro's van afgebouwde plaatsen aan ambulante zorg (het één hoeft het andere overigens niet uit te sluiten).

Zorgverzekeraars hebben meerdere factoren benoemd die ervoor zorgen dat het ambulantiseringsproces niet altijd loopt zoals het zou kunnen lopen. Samenwerking met het gemeentelijke domein verloopt nog niet altijd naar wens. Ook maken de parameters die nu voorhanden zijn om op te sturen, zoals de gemiddelde prijs, en de veelheid van partijen die betrokken zijn bij het proces, zaken erg complex. Herinvoering van het representatiemodel en het uitwerken van een nieuwe productstructuur zijn genoemd als potentiële oplossingen hiervoor.

Bijlage 6

Deelrapportage Kwalitatieve verdiepings- studie regionale innovaties van geïntegreerde, gebiedsgerichte en maatschappelijk ingebedde zorg

Aafje Knispel
Frank van Hoof

Inhoud

1	Inleiding	135
1.1	Achtergrond en doel van het deelonderzoek	135
1.2	Regio's	135
2	Proeftuinen van de EPA taskforce in Utrecht	137
2.1	Aanleiding tot de zorginnovatie	137
2.2	Uitwerking	137
2.3	Successen en succesfactoren	138
2.4	Knelpunten en uitdagingen	138
2.5	Ten slotte	139
3	Specialisten samen in de wijk bij GGZ Noord-Holland-Noord	141
3.1	Aanleiding tot de zorginnovatie	141
3.2	Uitwerking	141
3.3	Successen en succesfactoren	142
3.4	Knelpunten en uitdagingen	143
3.5	Ten slotte	143
4	GGZ in de wijk in stadsdeel Amsterdam Zuid	145
4.1	Aanleiding tot de zorginnovatie	145
4.2	Uitwerking	145
4.3	Successen en succesfactoren	146
4.4	Knelpunten en uitdagingen	148
4.5	Ten slotte	148
5	Korte beschouwing	149

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en doel van het deelonderzoek

De afgelopen jaren zijn er grote veranderingen ingezet in de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek, zoals de transitie naar een ambulante GGZ, de overheveling van het beschermd wonen en de ambulante (woon-) begeleiding naar het sociale domein van gemeenten en de introductie van de WLz voor mensen die langer dan drie jaar in een GGZ-instelling opgenomen zijn. De veranderingen 'moeten eraan bijdragen dat betrokkenen meer en betere ondersteuning krijgen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en meer mogelijkheden krijgen tot het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven¹'.

Er zijn op dit moment diverse innovaties gaande in de GGZ, op diverse onderwerpen, om het herstel van mensen met psychische problematiek te bevorderen. Sommige innovaties zijn gericht op de *inhoud* van zorg (zoals traumabehandeling en de inzet van resourcegroepen). Andere zijn (tevens) gericht op de *organisatie* van zorg en het versterken van de samenwerking tussen de GGZ en andere sectoren en domeinen zoals het sociale domein², om te komen tot een meer geïntegreerde en (meer) maatschappelijk ingebedde GGZ met een betere integratie van behandeling, begeleiding en ondersteuning op verschillende levensgebieden. Met name gaat het daarbij om innovaties waarin deze geïntegreerde zorg op wijkniveau georganiseerd wordt (of gaat worden) met het idee zo de zorg maximaal toegankelijk te maken en ook vanuit de visie dat een organisatie op wijkniveau de samenwerkingen tussen de professionals van de verschillende domeinen zal verbeteren.

In dit deelonderzoek willen wij een aantal voorbeelden van innovaties op het gebied van de *organisatie* van zorg voor het voetlicht brengen met daarbij aandacht voor hoe de organisatievorm eruit ziet, wat er beoogd wordt met de organisatievorm en wat (verwachte) knelpunten en uitdagingen zijn. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat hiermee noch een uitputtend overzicht gegeven wordt van alle huidige innovaties op het gebied van zorgorganisatie, noch een oordeel wordt gegeven over inhoud van de innovaties. De analyse is vooral bedoeld om enig inzicht te geven in ontwikkelingen die op dit moment gaande zijn en welke succes- en belemmerende factoren hierbij een rol spelen.

1.2 Regio's

Voor deze kwalitatieve studie is gezocht naar drie regio's met nieuwe organisatiestructuren waarbij de nieuwe organisatiestructuren (onder andere) gericht zijn op:

1. een (forse) opschaling van ambulante zorg (voor mensen met ernstige psychische problematiek);
2. een geïntegreerde GGZ-zorginfrastructuur (een organisatorische integratie van behandeling, begeleiding en ondersteuning op verschillende levensgebieden);
3. het organiseren van de geïntegreerde zorginfrastructuur op wijkniveau.

Voor het identificeren van regio's waarin innovaties plaatsvinden die gericht zijn op deze drie doelstellingen, is gebruik gemaakt van het overzicht van voorbeelden van goede ambulante zorg van ZN (2016), voorbeelden van samenwerking tussen GGZ en het sociale domein³ en input van experts over lopende initiatieven.

1 Trimbos-instituut. Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg: Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.

2 Voor de omschrijving van wat het sociaal domein is, volgen wij de enge definitie die het SCP omschrijft, waarbij het sociaal domein wordt afgebakend langs de lijnen van de Participatiewet, de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. (SCP. Overall rapportage sociaal domein 2015. Den Haag: SCP, 2016).

3 Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Verkenning van praktijkvoorbeelden (2016). Utrecht: Trimbos-instituut.

Uit de eerste verkenning van de lopende zorginnovaties (en deelonderzoek 4 van de LMA) bleek dat er nagenoeg geen innovaties zijn die expliciet gericht zijn op het (fors) opschalen van de ambulante zorg. Innovaties zijn vooral gericht op het anders organiseren van de ambulante zorg, zonder dat daarbij expliciet wordt ingezet op een uitbreiding van capaciteit⁴. Verder blijkt er veel variatie te zijn in hoe regionaal invulling wordt gegeven aan het principe van een geïntegreerde zorginfrastructuur en wijkgericht (samen-)werken. Wij kwamen de volgende varianten tegen:

- integratie binnen de GGZ-instelling zoals integratie van FACT-teams met diagnose-specifieke poli's (zorgpaden/ zorgeenheden) tot één wijkteam;
- integratie van voorzieningen van verschillende GGZ-organisaties zoals de ambulante begeleiding van een RIBW (met de introductie van de Wmo 2015 onderdeel van het sociale domein), de behandeling van een verslavingszorginstelling en de behandeling van een GGZ-instelling tot één GGZ-wijkteam;
- (Vergaande) samenwerking tussen voorzieningen van GGZ-aanbieders met voorzieningen binnen het sociale domein die niet van oudsher al tot de GGZ behoren, zoals bijvoorbeeld met een sociaal wijkteam⁵ en buurthuizen.

Ook het wijkgericht werken wordt verschillend ingevuld, variërend van een GGZ-wijkteam met één specifieke wijk als verzorgingsgebied en een fysieke locatie in deze wijk, tot een GGZ-wijkteam waarvan de medewerkers, naast dat zij werkzaam zijn in een specifieke wijk ook actief zijn in andere gebieden (en dus niet exclusief voor één wijk werken), en geen fysieke locatie in de wijk hebben.

Bij het selecteren van de drie zorginnovaties die in dit deelonderzoek nader worden beschreven, is getracht innovaties te kiezen die van elkaar verschillen op bovengenoemde punten, een redelijk grote omvang hebben en/of al gevorderd zijn in de voorbereiding en uitvoering. Wij zijn uitgekomen op de innovatie van de proeftuinen van de 'EPA-taskforce' in Utrecht, de innovatie 'Specialisten samen in de wijk' van GGZ Noord-Holland-Noord en de innovatie 'GGZ in de wijk' in stadsdeel Zuid van Amsterdam omdat deze alle drie gericht zijn op een nieuwe organisatiestructuur om GGZ-zorg meer te integreren, te verbinden en gebiedsgericht te werken, maar dit elk doen op een eigen wijze. Wat dit betreft zijn deze drie innovaties illustratief voor de breedte en reikwijdte van de innovaties die op dit moment gaande zijn (op het gebied van de organisatie van de GGZ). In de volgende hoofdstukken worden deze zorginnovaties afzonderlijk beschreven (hoe ziet de innovatie eruit, wat zijn de doelen, wat zijn de successen tot dusver, welke belemmeringen en uitdagingen zijn er?), op basis van beschikbare documenten over de innovaties eventueel aangevuld met interviews met betrokken sleutelfiguren. In het slothoofdstuk wordt beschreven welke succes- en belemmerende factoren niet alleen van toepassing zijn op één enkele innovatie maar in alle drie de regio's een rol spelen.

4 Wellicht kunnen er door de nieuwe vormen van organiseren van ambulante zorg cliënten wel beter en efficiënter geholpen worden waardoor het bereik van de ambulante zorg wordt vergroot. Hierover kunnen, gelet op het huidige stadium van de innovaties, nog geen uitspraken worden gedaan.

5 Gelet op de genoemde afbakening van het sociale domein van het SCP behoren het beschermd wonen en ambulante woonbegeleiding met de invoering van de Wmo 2015 tot het sociale domein. Deze voorzieningen kunnen nog steeds tot de GGZ sector gerekend worden. Sociale wijkteams en buurthuizen worden van oudsher niet tot de GGZ maar tot de welzijnssector gerekend.

2 Proeftuinen van de EPA-taskforce in Utrecht

2.1 Aanleiding tot de zorginnovatie

In 2014 werd het rapport *Over de brug*⁶ gepresenteerd met daarin analyses van en advies over (voorwaarden voor) goede, op herstel gerichte zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning), voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Naar aanleiding van de adviezen van *Over de brug* en in vervolg op de Utrechtse vignettenstudie, is in Utrecht in 2014 de Taskforce EPA opgericht bestaande uit Zorgverzekeraar Zilveren Kruis, Gemeente Utrecht, Altrecht, Kwintes, Lister, Victas en het Platform Volwaardig Burgerschap GGZ Utrecht. In de nota *Volwaardig burgerschap en psychiatrie*⁷ beschrijft de Taskforce hoe de doelstellingen van *Over de brug* in Utrecht gestalte moeten krijgen. Als één van de centrale doelen is geformuleerd dat de betrokken partijen 'over organisatiebelangen heen bereid moeten zijn bestaande structuren los te laten en aan te passen ten gunste van volwaardig burgerschap voor mensen met een ernstige psychische aandoening'⁷.

2.2 Uitwerking

Eén van de gekozen instrumenten om de aanbevelingen van *Over de brug* te implementeren in Utrecht, is het werken met proeftuinen om zo 'met elkaar te ervaren wat werkt en wat niet werkt'². Er zijn vier proeftuinen gestart (Utrecht Lunetten, Utrecht Overvecht, Woerden en Zeist). Bij de aanvang is vastgelegd dat de volgende onderdelen essentieel zijn:

- meer inzet van GGZ behandeling en begeleiding in de wijk
- die herkenbaar en toegankelijk is en bereikbaar is buiten kantooruren
- met meer lokale mogelijkheden voor op- en afschaling
- met duidelijke samenwerking en afstemming met lokale partners zoals huisartsen en sociale wijkteams
- met ervaringswerkers, steun aan betrokkenheid van naasten en herstelcursussen
- met voldoende intramurale plaatsen en
- met zoveel mogelijk aanbod vanuit gezamenlijke huisvesting in de wijk⁷.

De proeftuinen zijn gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen waarbij ook mensen die relatief stabiel zijn, zelf geen actieve vraag stellen, maar wel geïsoleerd leven, een expliciete doelgroep zijn voor de proeftuinen.

De proeftuinen zijn sinds (eind) 2016 operationeel. In elke proeftuin is een eigen invulling gegeven aan de GGZ-zorginfrastructuur in de wijk, toegespitst op de lokale situatie (bijvoorbeeld of en hoe het sociale wijkteam ingericht is), lokale behoeften en de bewonerspopulatie. Ter illustratie, een beschrijving van twee van vier proeftuinen⁸:

- Het GGZ-wijkteam van de proeftuin Overvecht bestaat uit een team van professionals afkomstig van FACT-Altrecht, Lister (beschermd wonen en ambulante begeleiding), Activering Wij 3.0 (activering en re-integratie) en Jellinek (verslavingszorg). Het GGZ-wijkteam werkt samen met andere organisaties in de wijk zoals het sociale wijkteam, huisartsen en de POH-GGZ. Het proeftuinteam heeft 14 medewerkers (rond de 9,5 fte) met een verzorgingsgebied van ongeveer 17.500 inwoners. De medewerkers werken samen in een team en zijn verantwoordelijk voor de behandeling en begeleiding van de bewoners met EPA in het gebied (vanuit een arbeidscontract bij hun moederorganisatie).
- In de proeftuin Woerden is de opzet anders en is er gekozen voor het werken met een netwerkstructuur bestaande uit medewerkers van FACT-Altrecht, Kwintes (beschermd wonen en ambulante begeleiding),

6 Projectgroep Plan van aanpak ernstige psychische aandoeningen onder auspiciën van Phrenos. *Over de brug: Plan van aanpak voor behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Phrenos, 2014.

7 Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht. *Volwaardig burgerschap en psychiatrie*. Utrecht, 2015.

8 De opzet van de proeftuin Lunetten lijkt op hoofdlijnen op die van de proeftuin Overvecht. De opzet van de proeftuin in Zeist lijkt op hoofdlijnen op de opzet van de proeftuin in Woerden.

Activering Wij 3.0, Abrona (ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking), Het Leger des Heils (voor opvang en bemoeizorg), Welzijn Woerden en Woerden wijzer (Wmo-loket voor alle vragen over zorg, inkomen en opvoeding). De medewerkers van deze organisaties komen één keer per week bijeen voor een casuïstiekbespreking. Er is een proeftuinleider maar de proeftuinleider is niet de leidinggevende van de proeftuinleden; zij ontvangen hun aansturing vanuit de moederorganisatie en voeren voor een (groot) deel van de tijd hun reguliere werkzaamheden uit buiten de proeftuin (maar mogelijk wel voor cliënten die in het gebied van de proeftuin wonen).

2.3 Successen en succesfactoren

Ook al verschilt de precieze zorginfrastructuur per proeftuin, uit interviews met betrokkenen en schriftelijke informatie over de proeftuinen blijkt dat er een aantal gemeenschappelijke factoren zijn die bevorderend dan wel belemmerend werken voor het proces (de mate waarin men erin slaagt om te werken zoals men beoogd had en wil werken) en het bereiken van de doelen van de proeftuinen (de mate waarin de aanpak resulteert in de beoogde veranderingen). Een belangrijke kanttekening is dat bij de duiding van deze factoren rekening gehouden moet worden met looptijd van de proeftuinen tot nu toe en wat wel en niet reëel is om binnen deze looptijd te kunnen verwachten.

De wijkgerichte aanpak wordt gezien als een duidelijke bevorderende factor voor de samenwerking met partners in de wijk. De professionals weten elkaar volgens betrokkenen gemakkelijker en sneller te vinden, voor consultatie en intervisie maar ook voor overdracht en het gezamenlijk optrekken met cliënten. 'Doordat we de ketenpartners in de wijk echt kennen kunnen we dit ook tegen de cliënten zeggen bij de overdracht waardoor de overdracht voor cliënten makkelijker wordt.' Professionals weten elkaar te vinden voor advies en het lijkt gemakkelijker om bijvoorbeeld bij twijfel over wat het beste gedaan kan worden, samen met een partner uit de wijk een cliënt te bezoeken.

Een volgende genoemde bevorderende factor is dat alle betrokkenen 'echt heel erg voor de doelgroep staan'. De partijen zijn betrokken en werken vanuit een visie die gericht is op herstel. Een gezamenlijke doel en benadering lijken het plezier van professionals in het werk en het gemak waarmee zij hun werk kunnen uitvoeren, te bevorderen.

Soms wordt er gewerkt vanuit een fysieke locatie in de wijk, waar dan ook bijvoorbeeld andere zorgaanbieders gevestigd kunnen zijn. Een echte fysieke locatie hebben in de wijk, 'er echt zijn', wordt gezien als bevorderende factor.

De centrumgemeente Utrecht bekostigt het totale pakket van de Wmo-gefinancierde GGZ-voorzieningen (beschermd wonen en ambulante begeleiding) met een zogenoemd 'vierkant budget'. Dit betekent dat er wordt gewerkt met een budget waarbij er geen afrekeningen plaatsvinden per cliënt of verrichting. Dit biedt ruimte voor professionals om te doen wat nodig is, ambulante begeleiding op- en af te schalen zonder tussenkomst van een indicatiesteller en levert daarnaast een grote administratieve lastenverlichting op. Dit vierkante budget wordt gezien als een zeer belangrijke bevorderende factor onder andere omdat het regelruimte en flexibiliteit biedt.

2.4 Knelpunten en uitdagingen

Betrokkenen hebben verschillende punten omschreven die nog voor uitdagingen zorgen. Eén van deze uitdagingen betreft de mate waarin medewerkers (nog steeds) gebonden zijn aan hun moederorganisatie en de mate waarin de cultuur en de regelgeving van deze moederorganisatie nog steeds bepalend zijn voor het dagelijks handelen van de professional. Dit geldt niet alleen voor samenwerkingsverbanden volgens een netwerkstructuur (waar de banden met de moederorganisatie evident zijn en de professionals niet dagelijks samenwerken) maar ook voor teams waarin dagelijks wordt samengewerkt en geopereerd wordt als één team. Een voorbeeld is dat teams aan de ene kant het doel hebben om te innoveren maar aan de andere kant nog steeds werken met bestaande productieafspraken, productiedruk, en de administratie van bijvoorbeeld de DBC-systematiek. Daardoor spelen protocollen en de bedrijfsvoering van de moederorganisatie (het

'oude' werken) nog steeds een grote rol bij de dagelijkse gang van zaken in het team, hetgeen innoveren en flexibel werken kan bemoeilijken.

In de proeftuinen wordt ook gemerkt dat de specialistische afdelingen van de GGZ soms (nog) niet voldoende aansluiten op de werkwijze van de GGZ-wijkteams van de pilots. Vanuit de GGZ-wijkteams is er de wens dat de specialistische afdelingen flexibeler en gemakkelijker toegankelijk zijn en dat deze afdelingen, juist voor deze populatie, outreachender zouden kunnen werken. Hierbij speelt financiering ook een rol: consultatie door professionals van de specialistische afdelingen kent bijvoorbeeld geen financiële grondslag (*binnen* de proeftuinen zijn er afspraken over het financieren van de consultatie die gegeven wordt door het GGZ-wijkteam aan partners in de wijk maar *buiten* de proeftuinen ontbreekt een dergelijke financiering voor GGZ-professionals).

Een volgende uitdaging komt voort uit onduidelijkheid over of het ontbreken van mandaat van het team. Het kan voorkomen dat er wel veel meegedacht en geadviseerd kan worden tussen de professionals onderling maar dat zij vervolgens niet het mandaat hebben om de acties uit te voeren die zij zouden willen uitvoeren. Met als gevolg dat professionals veel 'over cliënten praten terwijl zij juist met cliënten willen praten' en de kansen die zij zien om meer de regie op zich te nemen, vanwege regelgeving en afspraken niet kunnen verzilveren.

De proeftuinen hebben de opdracht gekregen om ook mensen die zorgbehoeften hebben maar dit niet direct uiteten, te bereiken. Dit blijkt in de praktijk nog een moeilijke opgave. Het vergt veel tijd en energie om actief op zoek te gaan naar cliënten en deze cliënten vervolgens toe te leiden naar zorg. Deze tijd ontbreekt helaas.

2.5 Ten slotte

De proeftuinen in Utrecht worden echt gebruikt als proeftuinen: er wordt met verschillende organisatiestructuren gewerkt, er wordt kritisch gekeken naar de meerwaarde van nieuwe werkwijzen en wat onvoldoende werkt, probeert men aan te passen. De professionals in de wijk lijken elkaar in de proeftuinen goed weten te vinden maar het is gelet op de looptijd van de proeftuinen nog te vroeg om (definitieve) uitspraken te doen over de opbrengsten voor de cliënten. Om veranderingen te bewerkstelligen is het belangrijk om een zekere tijd te krijgen en te nemen. Wat in de analyse van de proeftuinen verder opvalt is, dat ook al wordt in de proeftuinen ingezet op flexibel en innovatief werken, de professionals in de praktijk nog steeds (veel) te maken hebben met systeemfactoren zoals de regels van de DBC's en productiedruk, waardoor er minder gemakkelijk geïnnoveerd kan worden dan in een daadwerkelijke regelvrije zone. De impact van systeemfactoren werd bij aanvang van de proeftuinen al onderkend. Om vaart te maken is er op bestuurlijk niveau voor gekozen om te starten met de proeftuinen om vervolgens in de proeftuinen te zoeken naar oplossingen voor systeemfactoren die belemmerend werken voor de doelstellingen. Tot op heden lijkt het moeilijk om (al) deze factoren op het uitvoerend niveau te tackelen en zijn er mogelijk bestuurlijke (of regionale en landelijke) maatregelen nodig.

3 Specialisten samen in de wijk bij GGZ Noord-Holland-Noord

3.1 Aanleiding tot de zorginnovatie

GGZ Noord-Holland-Noord (NHN) heeft (onder andere) naar aanleiding van de doelstelling van *Over de brug* om te komen tot een derde meer herstel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, een analyse gemaakt van de wijze waarop de instelling in de eigen regio hieraan een zo groot mogelijke bijdrage kan leveren. Volgens de visie van GGZ NHN is de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen, met de stelselherziening, 'het kerndomein geworden van de specialistische ggz'⁹. GGZ NHN heeft hier actief op ingezet door mensen die niet tot deze doelgroep behoren waar mogelijk zo veel mogelijk te laten uitstromen, bijvoorbeeld naar de generalistische basis GGZ. De ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek werd tot voor kort geboden vanuit twee divisies; de divisie specialistische centra met expertise in diagnostiek en richtlijnconform behandelen en de divisie maatschappelijke psychiatrie met FACT-teams met onder andere expertise in het integreren van medische en maatschappelijke interventies, het op- en afschalen van zorg en samenwerken met het sociale netwerk. Deze verdeling wordt niet langer als passend bij de veranderde context gezien. De visie van GGZ NHN is dat, met het weghalen van het schot tussen deze twee divisies, het beste van de divisies bij elkaar komt zodat enerzijds de behandelmogelijkheden voor iedereen ontsloten worden en anderzijds alle cliënten kunnen profiteren van de integrale benadering van de FACT-teams. In de loop van 2017 gaan de twee divisies (na een uitvoerig voortraject) op in een nieuwe organisatievorm 1 waarin wijkgericht gewerkt wordt met GGZ-teams, GGZ-regioteams en expertnetwerken, tezamen genaamd 'Specialisten samen in de wijk' (SSIW).

3.2 Uitwerking

'Specialisten samen in de wijk' is gestoeld op de volgende zeven uitgangspunten:

- Jouw patiënt is mijn patiënt
- Positieve psychiatrie
- Herstel als basisvisie voor de hele GGZ
- Wij werken wijkgericht
- Per patiënt wordt een behandelteam geformeerd
- Iedere medewerker is lid van een team
- Borgen van specialistische kennis⁹

Met bovenstaande uitgangspunten wordt erop ingezet cliënten de best passende behandeling te geven waarbij patiënten zich niet hoeven te voegen naar de ingerichte teamstructuur. Collega's kloppen bij elkaar aan en werken samen en vormen zo het behandelteam om de cliënt heen. Het wijkgerichte werken houdt in dat er gewerkt wordt in een afgebakende regio.

Zoals genoemd bestaat Specialisten samen in wijk uit GGZ-teams, GGZ-regioteams en expertnetwerken. De GGZ-teams zijn georganiseerd volgens de principes van het F-ACT model. Alle GGZ-teams bieden:

- integrale richtlijnconforme behandeling, evidence- en practice-based
- de inzet van ervaringsdeskundigheid
- zorgintensivering
- crisisinterventies
- gebruik van e-health en m-health⁹

9 GGZ Noord-Holland-Noord. Specialisten Samen in de Wijk: Vastgestelde versie werkdocument. Heerhugowaard, 2017.

Met het GGZ-team wordt een breed aanbod van behandeling ingezet en tevens IPS, ervaringsdeskundigheid en begeleiding. In totaal worden er 18 GGZ-teams gevormd (met per team een verzorgingsgebied van 30.000 tot 33.000 inwoners). De GGZ-teams werken overigens niet allemaal vanuit een fysieke locatie in de wijk (de 18 teams werken vanuit acht fysieke locaties).

Op inhoudelijke en organisatorische gronden is er voor gekozen om voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen en ouderenpsychiatrie op regionaal niveau GGZ-regioteams in te zetten (drie GGZ-regioteams voor persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en ADHD, en drie GGZ-regioteams frailty (ouderenpsychiatrie) voor het totale verzorgingsgebied van rond de 600.000 inwoners). Naast de GGZ-teams is er forensisch ACT en Intensive Home Treatment.

Naast de GGZ-teams komen er expertnetwerken bestaande uit behandelaren met een bepaalde expertise die zij in kunnen zetten voor cliënten, familieleden en collega's. De behandelaren van de expertnetwerken maken tevens onderdeel uit van een GGZ-team. De kerntaken van de expertnetwerken zijn:

- borging en ontwikkeling van expertise
- consultatie aan en medebehandeling in het GGZ-team
- richtlijnconforme behandeling vanuit het expertnetwerk⁹

De teams van SSIW worden geformeerd met (nagenoeg) de huidige capaciteit. (de huidige capaciteit van de ambulante teams van de huidige twee divisies betreft 296 fte. De 18 GGZ-teams zullen tezamen 202 fte betreffen, de GGZ-regioteams voor persoonlijkheidsstoornissen 42 fte en de GGZ-regioteams voor de ouderenpsychiatrie 42 fte. Alle getallen zijn afgerond.)

Het proces en de effecten van SSIW worden gemonitord en onderzocht, onder andere gebaseerd op opgedane ervaringen met het onderzoek van het implementatieproces en de effecten van FACT.

3.3 Successen en succesfactoren

SSIW bevindt zich in de eerste fase van het implementatietraject. Wat betreft de succesfactoren en uitdagingen zullen wij ons dus beperken tot factoren die in de voorbereiding een rol hebben gespeeld en factoren waarvan verwacht wordt dat zij een rol gaan spelen.

Het omvormen van de twee huidige divisies die de ambulante zorg bieden voor mensen met EPA naar SSIW vergt volgens de betrokkenen het nodige van de medewerkers. Aan het meenemen van de medewerkers (in het nut en de noodzaak van) de verandering is en wordt veel tijd en energie besteed met als doel dat de organisatieverandering breed wordt gedragen. Hierbij wordt benadrukt dat de 'oude' organisatiestructuur goed paste bij de context van toen ('want met de diagnose specifieke zorgpaden is de kwaliteit van zorg verbeterd') maar nu, vanwege de veranderde context, volgens betrokkenen niet meer voldoet. SSIW heeft een uitvoerig voorbereidingstraject gehad in de afgelopen twee jaar waar alle medewerkers op meerdere manieren bij betrokken zijn geweest.

Een bevorderende factor is ook dat de organisatie eerder grote veranderingen heeft doorgevoerd (de organisatie is de ontwikkelaar van FACT en heeft innovaties ontwikkeld en geïmplementeerd in de verblijfs-GGZ) waardoor er én ervaring is met complexe verandertrajecten én medewerkers het belang van een innoverende mentaliteit kennen. Dit wordt gezien als onderdeel van de bedrijfscultuur.

Er is een proef uitgevoerd met een gezamenlijke intake door de twee divisies. Dit werd door verwijzende huisartsen als positief ervaren doordat het én herkenbaarder is waar mensen terecht kunnen én mensen niet meer 'van diagnose naar diagnose gaan en dan steeds weer een andere behandelaar krijgen'.

Een andere bevorderende factor voor het veranderingsproces is dat het proces wordt ondersteund door een grote zorgverzekeraar in de regio (maar met andere zorgverzekeraars verloopt het proces stroever zoals in de volgende paragraaf beschreven wordt).

3.4 Knelpunten en uitdagingen

Zoals eerder aangegeven vereist de organisatorische verandering het nodige van de medewerkers. Het gaat om het samenbrengen van verschillende culturen en het plaatsen van mensen in nieuwe teams en dat kan leiden tot spanningen, aldus de betrokkenen. Er is momenteel redelijk veel verloop van GZ- en klinisch psychologen hetgeen deels gerelateerd is aan een algemene trend (dat psychologen er vaker voor kiezen om als zelfstandige te gaan werken in plaats van in een instelling in verband met werkdruk, salariering en het feit dat het inmiddels eenvoudiger zou zijn om als zelfstandige te werken dan een aantal jaar terug) maar deels mogelijk ook veroorzaakt wordt door de reorganisatie. Er zijn vacatures en dat kan het lastiger maken voor nieuwe teams om te starten. Het was al een speerpunt om meer in te zetten op digitale behandelingen (met 'digitaal normaal'), maar dit komt door vacatures in een extra stroomversnelling. Vooral in plattelandsgebieden lijkt het extra moeilijk om vacatures te vervullen. Daar wordt gezocht naar oplossingen zoals werken met basispsychologen en supervisie op afstand en met meer digitale behandelingen.

Er zijn ook knelpunten wat betreft financiering en de financieringsparameters waarmee gewerkt wordt. Het focussen op een gemiddelde DBC-prijs kan bijvoorbeeld een vertekend beeld geven (van de prijzen ten opzichte van andere instellingen) doordat de instelling actief heeft ingezet op de uitstroom van mensen met minder ernstige klachten (en een lagere DBC-prijs) uit de SGGZ. De mensen die resteren hebben overwegend zware problematiek wat zich vertaalt in een hogere gemiddelde DBC-prijs. Puur focussen op een gemiddelde prijs geeft (dan) geen inzicht in de ontwikkelingen die plaatsvinden en de kwaliteit en maatschappelijke baten van zorg volgens de betrokkenen. Verzekeraars staan op verschillende manieren in deze discussie, ook afhankelijk van het type en het aantal cliënten dat zij in de regio hebben.

De financiering van bepaalde functionarissen en functies laat volgens betrokkenen ook nog te wensen over. Er zou meer mogelijk moeten zijn om vroegdetectie (gericht op gezonde wijken), Individual Placement and Support (IPS) en ervaringsdeskundigheid te financieren. Wat dit betreft zou bijvoorbeeld een innovatiefonds uitkomst bieden om stappen verder te komen. Met hierbij ook de kanttekening dat, mocht er een dergelijk fonds komen, het belangrijk is dat de middelen niet zo veel mogelijk worden verdeeld onder 'achterblijvers' maar dat de reeds door de voorlopers ingezette innovaties ook een extra impuls krijgen. Om daadwerkelijk te kunnen innoveren is wat dit betreft 'bescherming' van voorlopers van belang.

Een andere systeemfactor die belemmerend werkt voor de ontwikkelingen in de ambulantisering betreft de schotten tussen de financieringskaders die het niet mogelijk maken om 'bespaarde' (niet uitgegeven) middelen van het ene kader over te hevelen naar een ander kader. Bijvoorbeeld van een klinische voorziening naar de GGZ-teams. Zodoende blijven er prikkels om binnen bepaalde segmenten te blijven produceren waar je dat eigenlijk niet zou willen. Het is dan de uitdaging voor de organisatie om, ondanks deze prikkels, vast te houden aan de ingezette koers.

Een ander knelpunt betreft de mate waarin de opleiding van GGZ-professionals aansluit bij de huidige ontwikkelingen in de praktijk. In de GGZ is veel en snel veranderd (zoals veel meer werken in teamverband, met ervaringsdeskundigheid en IPS, met andere vormen van ondersteuning, gericht op integrale benadering en gericht op herstel). Soms zijn opleidingen nog erg stoornisgericht terwijl dat niet meer aansluit bij de praktijk.

3.5 Ten slotte

De innovatie van GGZ Noord-Holland-Noord is gericht op een nieuwe manier van organiseren van de ambulante GGZ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, met als doel de gehele groep toegang te bieden tot behandeling en begeleiding, met focus op herstel en een integrale benadering. De innovatie is in eerste instantie gericht op betere behandeling van cliënten, door de eigen organisatie te veranderen. Er wordt wel samengewerkt met andere partijen (zoals voorheen ook al gebeurde) maar er zijn geen plannen om de specialistische ambulante GGZ-teams met teams of professionals van andere organisaties en domeinen te fuseren.

4 GGZ in de wijk in stadsdeel Amsterdam Zuid

4.1 Aanleiding tot de zorginnovatie

Gemeenten hebben door de veranderde wet- en regelgeving een grotere rol gekregen in de begeleiding en ondersteuning van mensen met psychische problemen. Stadsdeel Zuid van de gemeente Amsterdam (een stadsdeel met ruim 140.000 inwoners¹⁰) is op zoek gegaan naar een wijkgerichte aanpak om het welzijn, de zelfredzaamheid, participatie en het herstel van bewoners met psychische problematiek te verbeteren zodat zij volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij. Anticiperend op de transitie en transformatie is het stadsdeel eind 2014 gestart met gesprekken met de doelgroep, ervaringsdeskundigen, GGZ- en welzijnsprofessionals en ambtenaren over wat er nodig zou zijn om te zorgen dat deze doelgroep volwaardig mee kan doen in de wijk. Uit de analyse kwam naar voren dat de welzijnsactiviteiten beter afgestemd konden worden op behoeften en wensen van de doelgroep, dat de toeleiding naar welzijn en (wijk-)zorg beter kon en dat de samenwerking tussen GGZ en welzijn ruimte liet voor verbetering. Om resultaten te boeken op deze drie terreinen is het project 'GGZ in de wijk' gestart waarin samengewerkt wordt tussen Stadsdeel Zuid, TEAM ED (sociaal uitzendbureau voor ervaringsdeskundigen), geïntegreerde GGZ-instelling InGeest en lokale welzijnsorganisaties, zoals Dynamo en Combiwel gericht op de Huizen van de Wijk (de voormalige buurthuizen)¹¹.

4.2 Uitwerking

In de voorbereiding van 'GGZ in de wijk' is de beslissing genomen om ervaringsdeskundigen een prominente rol te geven in het project. Er is voor gekozen om enerzijds een concrete voorziening te starten gericht op bevorderen van herstel van bewoners met psychische problematiek en anderzijds om professionals in te zetten met de taak de verbinding tussen welzijn en GGZ te versterken. 'GGZ in de wijk' is 1 januari 2016 van start is gegaan met twee hoofdactiviteiten:

- het realiseren van een herstelwerkplaats
- het inzetten van GGZ-coaches.

Voor de locatie van de herstelwerkplaats (die de naam EDplaats kreeg) is gekozen voor één van de Huizen van de Wijk in het stadsdeel. De herstelwerkplaats wordt gerund door ervaringsdeskundigen van TEAM ED. De herstelwerkplaats fungeert als een laagdrempelige inloopvoorziening waar mensen samenkomen en bezoekers door ervaringsdeskundigen op weg worden geholpen in hun maatschappelijk en persoonlijk herstelproces. De EDplaats is drie dagen per week open. In de ochtenden zijn er herstelgroepen en in de middagen is er vrije inloop. Ook kan er gezamenlijk geluncht worden¹². Er zijn tevens ervaringsdeskundigen die outreachend werken ('Vliegende brigade') en naar mensen toe gaan om hen op verschillende manieren te ondersteunen (zoals bijvoorbeeld samen met iemand naar een voorziening gaan als het voor deze persoon een drempel is om alleen te gaan).

De GGZ-coaches hebben als taak om welzijn en GGZ sterker te verbinden. Er is voor gekozen om te werken met twee typen GGZ-coaches:

- GGZ-coach *welzijn* met expertise en dienstverband in het welzijnswerk (Welzijnsorganisatie Dynamo). De GGZ-coach welzijn bevordert de toegankelijkheid van de Huizen van de Wijk en andere wijkvoorzieningen, voor mensen met psychische problematiek en zorgt voor de deskundigheidsbevordering van de medewerkers (betaald en onbetaald) van deze wijkvoorzieningen.
- GGZ-coach *zorg* (wordt ook wel participatiecoach genoemd) met expertise en dienstverband in de GGZ (Geïntegreerde GGZ-instelling InGeest). Zij inventariseren de wensen en behoeften van hun cliënten o.a. wat betreft herstel en participatie (zoals vrijwilligerswerk), bouwen aan een netwerk van formele

¹⁰ www.ois.amsterdam.nl

¹¹ Gemeente Amsterdam Zuid. Uitvoeringsbesluit GGZ in de Wijk. Amsterdam, 2015.

¹² Gemeente Amsterdam Zuid. Tussenrapportage GGZ in de Wijk 1 september 2015 tot 1 juli 2016. Amsterdam, 2016.

en informele zorg in de wijk en leiden mensen desgewenst vanuit de zorg toe naar voorzieningen in de wijk. Zij ontsluiten hun GGZ-expertise voor de welzijnsmedewerkers en nemen hun GGZ-collega's zo veel mogelijk mee in de ontwikkelingen.

De coaches zijn aanwezig in de Huizen van de Wijk waar zij spreekuur houden en aanspreekpunt zijn voor de medewerkers (betaald en onbetaald) van de Huizen voor vragen over hoe om te gaan met bewoners met psychische problematiek. Op basis van de vragen van de medewerkers worden er trainingen ontwikkeld die de coaches samen met het TEAM ED verzorgen¹³.

Stadsdeel Zuid financiert in totaal één fte aan inzet van coaches. Deze fte is in de praktijk verdeeld over één GGZ-coach welzijn (1/2 fte) en vier GGZ-coaches zorg (gezamenlijke de overige 1/2 fte)¹⁴. Er is gekozen voor meerdere GGZ-coaches zorg zodat alle ambulante teams van inGeest in het stadsdeel een GGZ-coach zorg hebben en er gebiedsgericht kan worden gewerkt. Daarbij kan worden genoemd, dat GGZ inGeest in ieder FACT-team betaalde ervaringswerkers en woonbegeleiders (van HVO-Querido) inzet.

GGZ in de wijk heeft zich aangesloten bij het landelijk programma 'Nieuwe wegen ggz en opvang'. Nieuwe wegen is een gezamenlijk initiatief van GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en de Federatie Opvang gericht op het vergroten van de samenwerking tussen sectoren en de inbreng van cliënten en ervaringsdeskundigen. GGZ in de wijk krijgt vanuit het programma Nieuwe wegen ondersteuning van Movisie en het Trimbos-instituut onder andere bij het bepalen van de wijze waarop de werkwijzen en opgedane inzichten het beste vastgelegd en verspreid kunnen worden¹⁵.

4.3 Successen en succesfactoren

GGZ in de wijk draait om het beter laten aansluiten van het welzijnsaanbod op de behoeften van bewoners met psychische problematiek, het versterken van de toeleiding van deze bewoners naar de welzijnsactiviteiten en het versterken van de verbinding tussen welzijn en GGZ. Uiteindelijk gaat het om het beter *kunnen ondersteunen* van deze bewoners waarbij de *samenwerking* tussen de sectoren van wezenlijk belang is. Stadsdeel Zuid heeft de Hogeschool van Amsterdam (HvA) de opdracht gegeven om de resultaten van GGZ in de wijk te onderzoeken. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Werkplaats Sociaal Domein van de HvA en de Academische Werkplaats Herstel en Rehabilitatie van GGZ inGeest. In de tussenrapportage van dit onderzoek zijn onder andere successen en knelpunten in de samenwerking van GGZ in de wijk geanalyseerd en gepresenteerd¹⁶. Ook in het kader van Nieuwe wegen is een verkenning gemaakt van succesfactoren van GGZ in de wijk¹⁵. Op basis van deze twee analyses wordt hieronder een overzicht gegeven van de succesfactoren en uitdagingen van GGZ in de wijk tot nu toe.

Betrokkenen geven aan dat de samenwerking tussen GGZ en welzijn duidelijk is verbeterd. Een belangrijke succesfactor hierbij is dat de betrokken partijen eensgezind een gezamenlijk doel nastreven, zowel op bestuurlijk niveau als op de werkvloer. Centraal staat dat er gewerkt wordt vanuit het perspectief van de cliënt (of deelnemer of bewoner), 'het perspectief van degenen om wie het gaat staat centraal'¹⁶. Dit gezamenlijke uitgangspunt en de gezamenlijke doelen hebben volgens betrokkenen een positief effect op de totstandkoming van de samenwerking tussen welzijn en GGZ.

Dat er van twee kanten wordt ingezet op samenwerking, namelijk zowel met een coach vanuit welzijn als coaches vanuit de GGZ, wordt ook als belangrijke succesfactor voor betere samenwerking gezien. De coaches zijn fysiek aanwezig in de Huizen van de Wijk waardoor zij gemakkelijk te vinden en aanspreekbaar zijn en ook zelf kunnen signaleren (als het minder goed lijkt te gaan met mensen, maar ook als mensen goede ideeën hebben) en aanpakken. Dit laatste punt, het 'aanpakken', lijkt een belangrijke succesfactor voor het bereiken van de doelen van GGZ in de wijk. De coaches en andere betrokken medewerkers zijn gericht op het snel inzetten van acties, zowel op clientniveau als naar de andere medewerkers toe en versterken de samenwerking niet alleen door te overleggen over cliënten (of juist niet) maar door samen concrete activiteiten te ondernemen met cliënten.

13 Hogeschool van Amsterdam. Meer herstel in Zuid. Amsterdam, 2017.

14 <https://www.slideshare.net/Nieuwewegenggz/themabijeenkomst-participatie-ggz-in-de-wijk>

15 Integraal werken in de wijk. Integraal werken in de wijk: Good practices. Mensen met LVB en/of GGZ problematiek. Utrecht, 2017.

16 Samenwerken aan herstel – GGZ in de wijk <https://www.youtube.com/watch?v=Pe5NB--ggY0>

Stadsdeel Zuid heeft een belangrijke rol bij het versterken van de samenwerking tussen welzijn en de GGZ. Aan de ene kant door de samenwerking actief te stimuleren op momenten dat deze onvoldoende tot stand komt, aan de andere kant door de samenwerking financieel te faciliteren door 1 fte voor de coaches te financieren. Zodoende hebben de coaches wekelijks tijd om zich in te zetten voor GGZ in de wijk (tijd die zij niet tot hun beschikking hebben in de behandel tijd volgens de DBC-regels).

De resultaten van de tussenevaluatie van de HvA wijzen er tevens op dat het welzijnsaanbod toegankelijker is geworden voor mensen met psychische problematiek en dat meer mensen het aanbod weten te vinden¹⁷. Niet in de minste plaats door de oprichting van de EDplaats; door de EDplaats in één van de Huizen van de Wijk is er niet alleen een voorziening gekomen waar mensen met psychische problematiek kunnen werken aan hun herstel, maar is er tevens contact met de andere bezoekers en medewerkers (betaald en onbetaald) van het Huis van de Wijk. De Vliegende Brigade speelt bij de toeleiding van mensen naar de EDplaats en andere voorzieningen een cruciale rol doordat zij mensen daadwerkelijk kan ondersteunen met het maken van de gang naar de voorziening. Daarnaast werken de ervaringsdeskundigen van de EDplaats steeds vaker samen met anderen in de wijk en worden zij bijvoorbeeld door het FACT-team Kwiksilver gevraagd om mensen te ondersteunen.

Ook in de andere Huizen van de Wijk is gewerkt aan het toegankelijker maken van de voorziening door én met mensen uit de doelgroep in gesprek te gaan over wat zij willen en wat er verbeterd kan worden én doordat er expliciet oog en aandacht is voor mensen die zich niet meteen op hun gemak voelen in de Huizen.

De trainingen die (door de GGZ-coach welzijn, TEAM ED en de preventieafdeling van GGZ inGeest / Prezens) zijn gegeven aan de medewerkers van de Huizen van de Wijk in het omgaan met mensen met psychische problematiek hebben ook een positief effect gehad op de samenwerking tussen welzijn en GGZ. Zij hebben bijgedragen aan een cultuuromslag. Door hetgeen de medewerkers hebben geleerd, lijkt de handelingsverlegenheid te zijn afgenomen en wordt psychische problematiek beter herkend. Ook het feit dat medewerkers makkelijk terecht konden voor vragen en advies bij de coaches heeft een belangrijke rol gespeeld bij de cultuuromslag. Waar men aanvankelijk niet op de doelgroep leek te zitten wachten, heeft de doelgroep nu een duidelijk plek in de Huizen van de Wijk en kunnen zij zich desgewenst inzetten voor andere bewoners als vrijwilliger (bijvoorbeeld een bijdrage leveren aan het koken van maaltijden voor oudere bezoekers of zich als vrijwilliger inzetten voor minder valide bewoners).

Een andere factor die bepalend lijkt te zijn voor het bereiken van de doelgroep is dat de GGZ-coaches zorg cliënten waar gewenst en mogelijk actief toeleiden naar het welzijnsaanbod. Ook is aanbod dat voorheen vanuit en in de GGZ werd georganiseerd (zoals een lunchgroep en een zwemgroep voor cliënten) verplaatst naar de EDplaats en is aanbod van een GGZ-locatie verplaatst naar Huizen van de Wijk. In een aantal gevallen worden de groepen voortgezet door een vrijwilliger met coaching door een GGZ-coach. En indien cliënten actief ondersteund moeten worden, in praktische zin, om een voorziening te bereiken, kan er een beroep worden gedaan op de Vliegende Brigade. Cliënten van de GGZ worden ook bekend gemaakt met het welzijnsaanbod doordat GGZ-hulpverleners gesprekken met cliënten voeren in welzijnsvoorzieningen (zoals de Koffiecorner in één van de Huizen van de Wijk) in plaats van een locatie van de GGZ-instelling. Een andere bevorderende factor voor de toeleiding van cliënten naar zorg en welzijn is dat de GGZ-coaches zorg naast hun taken als coach ook werken als trajectbegeleider. Dit maakt het mogelijk om, als een coach gevraagd wordt om bijvoorbeeld eens aan te sluiten bij een gesprek met een bewoner, de coach vanuit de rol van trajectbegeleider ook direct actie kan ondernemen indien nodig en gewenst. Daar hoeft dan niet weer eerst een extra schakel bij te komen. Verwijzingen tussen welzijn en zorg gaan sneller en gemakkelijker omdat men elkaar heeft leren kennen en beter op de hoogte is van elkaars aanbod.

¹⁷ Er zijn geen cijfers beschikbaar over het gebruik van de welzijnsvoorzieningen door mensen met psychische problematiek, omdat de aard van de problematiek van gebruikers niet geregistreerd wordt omdat dit stigmatiserend zou kunnen zijn. De vaststelling dat er toch een toename van gebruikers van de doelgroep heeft plaatsgevonden is gebaseerd op de indrukken van de medewerkers.

4.4 Knelpunten en uitdagingen

Naast de successen die volgens betrokkenen al zijn geboekt met GGZ in de wijk, is er ook (nog) een aantal uitdagingen. Zo wordt er nog aanbod gemist, voor verschillende doelgroepen. Er wordt bijvoorbeeld aanbod gemist voor mensen die net een opname achter de rug hebben. Deze mensen konden voorheen gebruik maken van de dagactiviteiten van Actenz maar deze zijn en worden afgebouwd. Daarnaast zijn er mensen voor wie de sfeer in de Huizen van de Wijk te bedrijvig zou zijn en die liever activiteiten zouden uitvoeren in een rustigere setting. Ook zijn er nog steeds mensen die moeilijk bereikt kunnen worden doordat zij geen hulp- of ondersteuningsvraag uiten maar wel hulp- en ondersteuningsbehoeften hebben. Er is nog steeds verborgen problematiek. Bij betrokkenen rijst de vraag of het überhaupt wel mogelijk zal zijn om (nagenoeg) iedereen te bereiken.

De financiële situatie van bewoners blijkt in de praktijk ook een rol te spelen bij het kunnen deelnemen aan activiteiten; de financiële situatie van deze doelgroep is vaak niet rooskleurig en het betalen van de (kleine) eigen bijdrage kan dan een obstakel zijn. Betrokkenen zien dit niet zo zeer als een taak voor de gemeente om op te lossen en (financieel) in bij te dragen maar weten aan de andere kant nog niet hoe dit dan wel kan worden aangepakt.

De samenwerking met bepaalde lokale partijen zoals de huisarts, de POH-GGZ, politie en lokale winkeliers kan ook nog versterkt worden. Ook in de breedte van de gehele stad kan nog meer samengewerkt worden. Aan de andere kant is ook genoemd dat er dusdanig veel (kleine) initiatieven zijn dat het moeilijk is om overzicht te krijgen en te houden van alle activiteiten die gaande zijn.

Een andere uitdaging is de hoeveelheid tijd en energie die het kost om mensen naar een activiteit toe te leiden. Hiertoe wordt nauw samengewerkt met de Vliegende Brigade van TEAM ED.

4.5 Ten slotte

In GGZ in de wijk in Stadsdeel Zuid van de Gemeente Amsterdam is zowel met de toevoeging van een nieuwe voorziening (waarmee ook meteen de reikwijdte en impact van ervaringsdeskundigen vergroot is) als met GGZ-coaches zowel in de GGZ- als de welzijnssector, ingezet op het vergroten van de zelfredzaamheid, de participatie en het herstel van mensen met psychische problematiek. Betrokken geven aan dat sinds de start van GGZ in de wijk in 2016 de doelgroep beter wordt bereikt en de professionals elkaar beter vinden en ondersteunen. Dit kost wel veel tijd en energie en Stadsdeel Zuid faciliteert dit financieel met in totaal één fte en de financiering van de EDplaats. Deze financiële impuls lijkt essentieel, want zelfs met de extra uren is het soms zoeken naar tijd en ruimte (wat de indruk wekt dat dit zonder de extra uren een moeilijke zo niet onmogelijke opgave zou zijn). De combinatie van én de doelgroep en ervaringsdeskundigen een centrale rol geven, én een extra voorziening én de inzet op samenwerking en deskundigheidsbevordering van beide kanten (vanuit de GGZ en vanuit welzijn) én waar mogelijk (deels) vanuit dezelfde locatie werken lijkt van belang te zijn (geweest) voor het bereiken van de doelen. Ook het monitoren van het proces met onderzoek en advies lijkt ertoe bij te dragen dat (snel) duidelijk wordt wat al werkt en waar nog meer tijd en energie aan besteed kan worden en welk aanbod in de keten nog ontbreekt.

5 Korte beschouwing

De veranderingen in de GGZ volgen elkaar snel op. Er wordt op dit moment op verschillende manieren invulling gegeven aan de implicaties van herzieningen in de wet- en regelgeving en doelen die partijen in de GGZ-sector stellen, zoals een derde meer herstel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen¹⁸. In de innovaties op het gebied van het anders organiseren van de GGZ wordt op verschillende manieren invulling gegeven aan a. een geïntegreerde zorginfrastructuur en b. wijk (of gebieds-) gericht werken. In dit deelonderzoek van de derde meting van de *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ* beschrijven wij drie organisatorische innovaties waarbij met elk van deze innovaties op een eigen manier invulling wordt gegeven aan geïntegreerd en wijkgericht werken. Het doel van dit deelonderzoek is om een schets te geven van de breedte waarin er op dit moment (organisatorisch) wordt geïnnoveerd, zonder daarbij overigens een waardeoordeel te hechten aan de innovaties. Ook is het de bedoeling dat met de beschrijving van het proces van de drie innovaties enig inzicht wordt verkregen in de succes- en belemmerende factoren.

Aan factoren als 'inhoudelijke gedrevenheid', 'draagvlak' en 'bestuurlijke steun' lijkt het in alle drie de innovaties niet te ontbreken. Het werken aan een gezamenlijk doel vanuit de herstelvisie genereert in alle drie de innovaties het gevoel van urgentie en energie. En ook al zijn dit belangrijke factoren, er lijkt meer nodig te zijn om daadwerkelijk veranderingen door te voeren. Een belangrijke factor (die zorgt voor succes en bij het ontbreken ervan leidt tot stagnatie) is of de professionals daadwerkelijk de ruimte en armslag hebben die nodig is om te innoveren. Op een nieuwe manier willen werken en de opdracht krijgen om te innoveren is moeilijk als men tegelijkertijd verankerd is in een 'oude' manier van werken, de 'oude' cultuur en de 'oude' regelgeving. Systeemfactoren zoals verantwoordings- en productiedruk in de Zvw, besparingen in het ene segment niet kunnen overhevelen naar het andere segment en het ontbreken van de financiering van taken die voor de innovaties van belang zijn (zoals consultatie) leiden tot stagnatie. Dan kan het gebeuren dat men op de werkvloer mogelijkheden ziet om doelen te bereiken maar hierbij worden tegengewerkt door systeemfactoren. Het financieren van nieuwe taken is belangrijk, zeker wanneer deze bovenop al bestaande taken komen. De wil, urgentie en visie om te innoveren is er. De flexibiliteit om te kunnen doen wat nodig is (om mensen te bereiken die hun hulpbehoefte niet direct uiten, om actie te kunnen ondernemen als mensen mogelijkheden zien, om ontbrekend aanbod op te zetten, om besparing in het ene segment in te zetten voor een ander segment et cetera), zeker wanneer er met andere organisaties en binnen verschillende financieringskaders gewerkt wordt, schiet echter soms nog te kort. Om innovaties te bevorderen (en niet te laten stagneren) zal het nodig zijn om op (tenminste een aantal van) de systeemvraagstukken een antwoord te bieden. Vierkantbekostiging en een innovatiefonds kunnen bijvoorbeeld ruimte bieden om met meer flexibiliteit en minder administratiedruk te werk te kunnen gaan.

¹⁸ Bijvoorbeeld, in het Actieplatform Herstel voor iedereen (<http://www.herstelvooriedereen.nl>) hebben (tot nu toe) 12 GGZ-aanbieders zich verenigd met de ambitie om in drie jaar 30 procent meer herstel te bewerkstelligen voor mensen met ernstige psychische problematiek.

Bijlage 7

Deelrapportage Resultaten panel Psychisch Gezien najaarspeiling 2016: gemeentelijke voorzieningen

Caroline Place
Lex Hulsbosch
Harry Michon

2016

De gemeente en maatschappelijke ondersteuning: wat vinden mensen met aanhoudende psychische problemen ervan?

Factsheet panel Psychisch Gezien

Het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problemen

Gemeenten hebben uiteenlopende taken op het gebied van opvang, welzijn en werk. Vanaf 2015 vallen ook diverse GGZ-voorzieningen onder de verantwoordelijkheid en regie van de gemeenten. Het gaat hierbij om individuele begeleiding, dagbesteding (dagactiviteitencentra), ambulante woonbegeleiding (begeleiding waarbij mensen in een eigen huur/koopwoning wonen) en beschermd wonen (woonbegeleiding in een woning van een woonzorginstelling). Gemeenten zijn ervoor verantwoordelijk geworden dat mensen met psychische aandoeningen goede ondersteuning krijgen bij hun zelfredzaamheid en deelname aan sociale en maatschappelijke activiteiten zoals opleiding, vrijetijdsbesteding en werk. Mensen die dergelijke hulp willen, kunnen een beroep doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), bijvoorbeeld voor vervoer, huishoudelijke hulp en dagbesteding. Zij kunnen hiervoor terecht bij een Wmo loket (ook wel Sociaal Loket of Zorg Loket genoemd) of een sociaal wijkteam van de gemeente.

Het panel Psychisch Gezien is het landelijke panel van ruim 2000 mensen met langdurige psychische aandoeningen. Aan 1518 leden is in het najaar van 2016 gevraagd wat hun ervaringen zijn met de ondersteuning door de gemeente. 925 leden (61%) deelden hun visie op dit onderwerp.

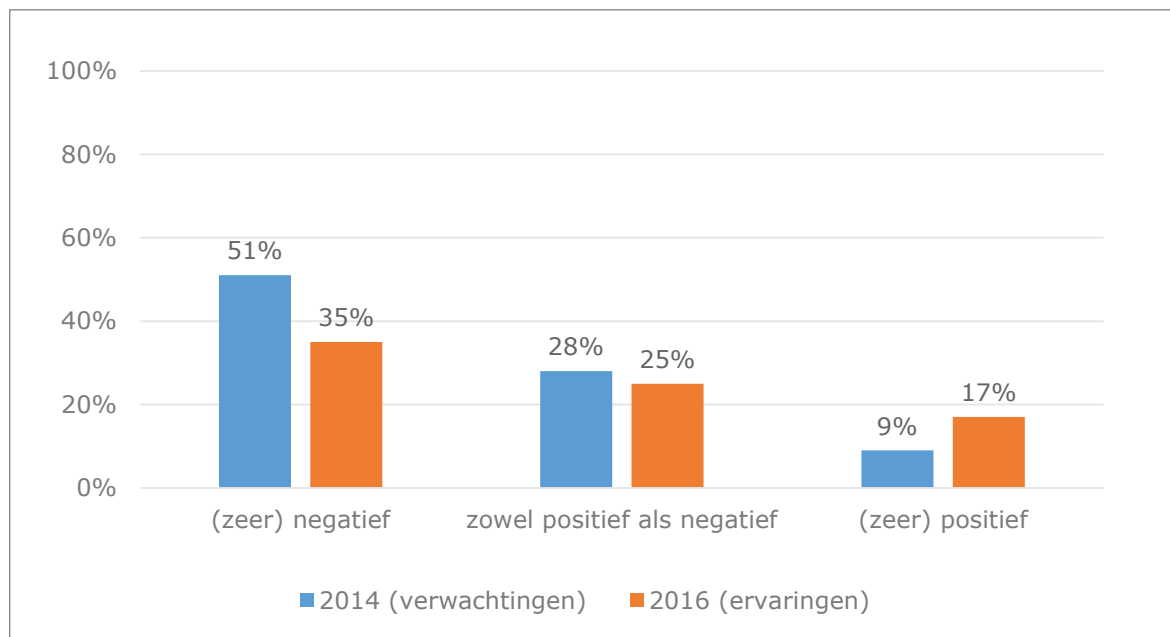
Taken naar de gemeente

Een kwart van de panelleden geeft aan dat het ondersteuningsaanbod via de gemeente is veranderd; 10% zegt dat er meer ondersteuning wordt geboden en 16% geeft aan dat er minder ondersteuning is. Bijna de helft van de panelleden (45%) heeft geen mening of kan er niets over zeggen. Daarnaast is gevraagd hoe leden er in het algemeen tegen aankijken dat de gemeente verantwoordelijk is geworden voor ondersteuning bij dagbesteding, begeleid en beschermd wonen. Ruim een derde (35%) is hierover (zeer) negatief, terwijl 17% er (zeer) positief over is. Voor een kwart van de respondenten zijn de ervaringen zowel positief als negatief.

In 2014 hebben panelleden aangegeven wat hun verwachtingen waren ten aanzien van de verschuiving van deze taken naar de gemeente. De meeste panelleden hadden destijds lage verwachtingen: 51% was (zeer) negatief, 9% (zeer) positief en 28% zowel positief als negatief over de aanstaande veranderingen. Vergeleken met twee jaar geleden denken de leden wat positiever over de rol van de gemeente: het aantal mensen met een negatieve houding daalde met 16%, terwijl er bijna een verdubbeling is van het aantal positief gestemde mensen (zie Figuur 1).

De panelleden vinden het lastig om aan te geven wat de invloed op hun persoonlijke situatie is geweest: 54% onthoudt zich van een mening. Bijna twee op de tien leden (19%) ziet een (zeer) negatieve invloed op de persoonlijke situatie, tegenover ruim één op de tien die een (zeer) positieve invloed waarneemt.

Figuur 1 Hoe staan de panelleden er tegenover dat de gemeente verantwoordelijk is geworden voor ondersteuning bij dagbesteding, begeleid en beschermd wonen? Verwachtingen in 2014 versus ervaringen in 2016.



Panelleden bogen zich ook over een aantal stellingen over de overheveling van taken en verantwoordelijkheden in de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen naar gemeenten. Over de hele linie is het oordeel niet erg positief. Tabel 1 laat zien dat de helft van de panelleden (51%) vindt dat de ondersteuning slechter is geworden omdat er taken naar de gemeenten zijn gegaan. Een minderheid van 16% vindt dat gemeenten veel belang hechten aan een goede ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen, terwijl 38% van mening is dat gemeenten dit niet belangrijk vinden (de overige 46% is op dit punt neutraal). Verder is opvallend dat de meeste panelleden (62%) vinden dat gemeenten niet goed weten wat de zorgbehoeften zijn van mensen met psychische aandoeningen. Nog geen tiende denkt dat gemeenten deze wél goed in beeld hebben. Bij ongeveer de helft (52%) leeft het idee dat gemeenten vooral willen bezuinigen op de taken die zij hebben gekregen in de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen. Eén op de tien leden geeft aan dat de regierol van de gemeente versnippering van de ondersteuning voorkomt en 7% vindt dat de overheveling van taken heeft geleid tot minder vooroordelen over mensen met psychische aandoeningen.

De stellingen van tabel 1 zijn ook in 2014 voorgelegd aan het panel (in iets aangepaste vorm omdat in 2014 de taakverschuiving nog niet had plaatsgevonden)¹. Hierbij valt op dat de visie van panelleden op een aantal punten ongeveer hetzelfde is gebleven en dat zij op enkele punten iets positiever zijn geworden over de gemeente:

- Ondanks dat een groot deel van de panelleden in 2016 van mening is dat de ondersteuning via de gemeenten slechter is geworden (51%), zijn de ervaringen minder negatief dan de verwachtingen die leden in 2014 hadden. Destijds dacht 72% dat de ondersteuning slechter zou worden.
- In 2016 zijn minder panelleden van mening dat gemeenten vooral willen bezuinigen op de taken die ze hebben gekregen (52% versus 66% in 2014).
- Een kleiner deel van de panelleden is in 2016 van mening dat de gemeenten niet goed weten wat de zorgbehoeften zijn van mensen met psychische aandoeningen (62% versus 77% in 2014).

¹ De stellingen waren iets anders geformuleerd en zijn destijds beantwoord door ruim 700 leden. Zie voor de precieze vraagstellingen en de uitkomsten in 2014 het Tabellenboek bij bericht panel Psychisch Gezien [Kijk Op Ambulante Zorg](#).

Tabel 1 Stellingen over de taakverschuiving naar gemeenten in de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen

	(Helemaal) niet mee eens	Niet eens/niet oneens	(Helemaal) mee eens
<i>De ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen is slechter geworden omdat er taken naar gemeenten zijn gegaan</i>	97 (11%)	351 (39%)	464 (51%)
<i>De overheveling van taken naar gemeenten heeft geleid tot minder vooroordelen over mensen met psychische aandoeningen</i>	468 (51%)	377 (41%)	67 (7%)
<i>Gemeenten hechten veel belang aan een goede ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen</i>	350 (38%)	419 (46%)	123 (16%)
<i>Gemeenten willen vooral bezuinigen op de taken die zij hebben gekregen in de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen</i>	92 (10%)	350 (38%)	470 (52%)
<i>Gemeenten weten goed wat de zorgbehoeften zijn van mensen met psychische aandoeningen</i>	569 (62%)	273 (30%)	70 (8%)
<i>Doordat gemeenten meer de regie in handen hebben, wordt versnippering van de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen voorkomen.</i>	421 (46%)	401 (44%)	90 (10%)

Aanvraag bij Wmo-loket of sociaal wijkteam

Ruim een derde van de panelleden (321 mensen) heeft in 2015 of 2016 een aanvraag voor ondersteuning ingediend bij het Wmo-loket of bij een sociaal wijkteam. Meer dan de helft van deze groep is (heel) tevreden over de manier waarop naar hen geluisterd werd bij het gesprek over de aanvraag, tegenover 20% die (heel) ontevreden was. De rest van het panel was hierover neutraal. Bijna de helft van de 321 aanvragers is (heel) tevreden over de deskundigheid van de persoon met wie het gesprek werd gevoerd, terwijl ongeveer een kwart (heel) ontevreden was.

Tevredenheid met de ondersteuning

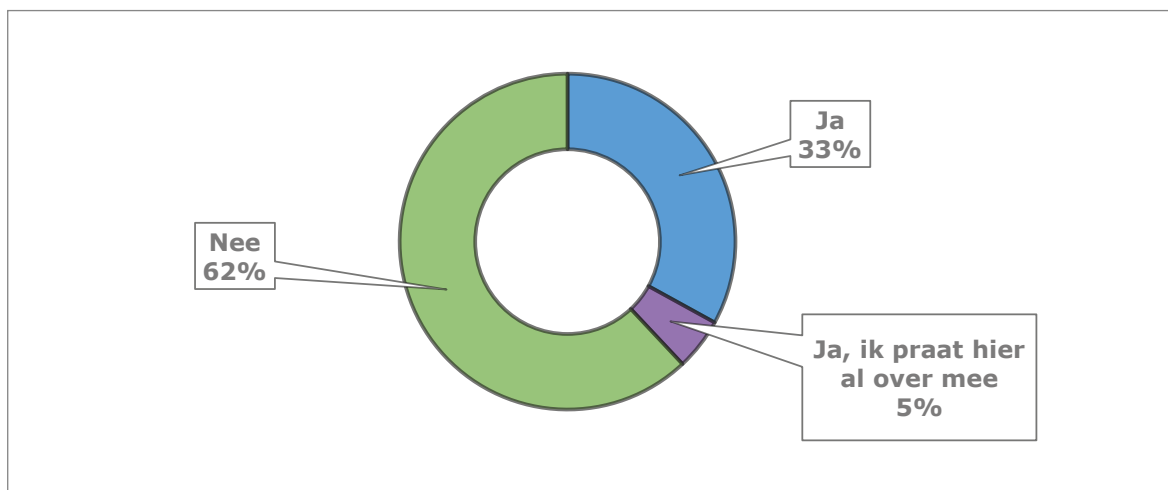
Nagenoeg 300 panelleden – 93% van de aanvragers en 32% van de responderende panelleden – hebben ondersteuning gekregen via de gemeente. Ruim de helft is hier (heel) tevreden mee en bijna een kwart (heel) ontevreden. Bijna twee derde (63%) van deze groep panelleden geeft aan zich door de ondersteuning beter te kunnen redden. Ongeveer een vijfde geeft aan dat dit (helemaal) niet het geval is. De overige leden hebben geen mening of zijn hierover neutraal (respectievelijk 1% en 17%). Naast meer zelfredzaamheid is een hogere kwaliteit van leven een belangrijk doel van de ondersteuning. Bijna zes op de tien panelleden (58%) is van mening dat hun kwaliteit van leven beter is als gevolg van de door de gemeente geregelde ondersteuning. Twee op de tien leden is het hier (helemaal) niet mee eens.

Onafhankelijke cliëntondersteuning

Met de ingang van de Wmo in 2015 kunnen mensen hulp krijgen bij het vinden van de ondersteuning of voorzieningen die zij nodig hebben of bij het oplossen van een probleem. Deze hulp heet ‘onafhankelijke cliëntondersteuning’. Mensen kunnen deze cliëntondersteuning bijvoorbeeld krijgen bij het aanvragen van ondersteuning of voorzieningen, zoals begeleiding, dagbesteding of vervoer. MEE en Zorgbelang zijn voorbeelden van organisaties die deze cliëntondersteuning bieden. Bijna twee derde van de panelleden (64%) wist niet dat er onafhankelijke cliëntondersteuning bestaat. Ruim een derde was hiervan wel op de hoogte (7% via gemeente en 29% via een andere weg).

Van de groep panelleden die op de hoogte was van de onafhankelijke cliëntondersteuning, heeft bijna een vijfde hier ook daadwerkelijk gebruik van gemaakt (wat neerkomt op 7% van alle respondenten). Van de 854 mensen die geen gebruik hebben gemaakt van onafhankelijke cliëntondersteuning had bijna een derde hier wel behoefte aan (29%).

Figuur 2 Willen panelleden meepraten over de regels en plannen van hun gemeente voor mensen met beperkingen?



Panelleden willen actief meedenken over beleid

Relatief veel panelleden geven aan een actieve rol te willen hebben in de totstandkoming van het gemeentelijke beleid. Een derde van de panelleden zou mee willen praten over de regels en plannen van hun gemeente voor mensen met beperkingen, 5% praat hierover al mee en voor 62% is deze wens niet aanwezig (zie Figuur 2). Het Sociaal Cultureel Planbureau legde in 2012 aan Wmo-aanvragers een soortgelijke vraag voor en hieruit bleek dat 13% van de aanvragers zou willen meepraten over het Wmo-beleid en 1% dat al deed (SCP, 2012).

Tot slot

In de ogen van de panelleden is nog veel werk te doen voor gemeenten in de ondersteuning van mensen met psychische problemen. Over het grotere geheel maken leden zich zorgen over de regierol van gemeenten. Minder dan 10% vindt dat gemeente zicht heeft op de behoeften aan zorg die mensen hebben. Wat dat betreft is het begrijpelijk dat panelleden in een eerdere enquête de gemeente een relatief laag rapportcijfer gaven (zie [rapport over de landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige zorg](#)). Echter, als panelleden direct contact hebben (gehad) met de gemeente, bijvoorbeeld via het Wmo-loket of het sociaal wijkteam, zijn ze positiever. De meeste leden zijn namelijk tevreden met het contact rondom de aanvraag en met de ontvangen ondersteuning.

Alle aantallen en percentages zijn terug te vinden in het bijbehorende tabellenboek (zie www.psychischgezien.nl). In eerdere peilingen van het panel Psychisch Gezien zijn ook vragen voorgelegd over de bekendheid met de Wmo en of en waarvoor mensen een beroep doen op de Wmo. Zie voor deze uitkomsten ook de website. Het Sociaal Cultureel Planbureau en het NIVEL hebben enkele vragen – onder andere over onafhankelijke cliëntondersteuning en tevredenheid met de geboden ondersteuning – ook aan hun panels voorgelegd. Deze gegevens worden in 2017 gepubliceerd.

Bijlage 8

Deelrapportage Panel Psychisch Gezien - Leefsituatie en ontvangen zorg

Lex Hulsbosch
Aniek de Lange
Aafje Knispel
Harry Michon

Inhoud

1	Inleiding	161
2	De leef- en zorgsituatie van panelleden	163
2.1	Algemene gegevens	163
2.2	De feitelijke leefsituatie	164
2.3	De feitelijke zorgsituatie	167
3	Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?	171
3.1	De ervaren leefsituatie	171
3.2	De ervaren zorgsituatie	173
4	Zorgsituatie: behoeften en wensen	177
4.1	Ondersteuningsbehoeften per levensdomein	177
4.2	Vervulde en on vervulde zorgbehoeften	178
5	Verdiepende analyses	181
5.1	Veranderingen: 2015 - 2017	181
5.2	Maatschappelijke participatie en ervaren kwaliteit van leven	185
6	Verantwoording	187
	Literatuur	189

1 Inleiding

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een landelijk panel van en voor mensen met psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht te krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Daarnaast is het de bedoeling om de mensen die met deze problemen te maken hebben, een duidelijker stem te geven in maatschappelijke debatten over de GGZ. De missie van het panel is om gedegen kennis te verwerven over de zorg- en leefsituatie en maatschappelijke integratie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening in Nederland.

De doelgroep van het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek in Nederland. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die last hebben (gehad) van psychoses en ernstige depressies. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten beperkingen in het dagelijks leven, gedurende langere tijd. Daarbij kan het in principe om elke psychische aandoening gaan. Deelname aan het panel is overigens niet voorbehouden aan mensen die cliënt zijn van een GGZ-instelling. Wel moeten mensen die zich aanmelden voor het panel vooralsnog minimaal 18 jaar oud zijn.

Het panel Psychisch Gezien kent drie functies:

- a. Monitoren van leefsituatie, welzijn en participatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.
- b. Peilen van de opinies en voorkeuren van panelleden rond actuele kwesties rond mensen uit de doelgroep (GGZ-kwesties; Wmo; publieke discussies rond ernstige psychische problematiek; et cetera).
- c. Genereren van kennis over de doelgroep, die als input kan dienen voor beleid.

De basis van de informatieverzameling van het panel bestaat uit enquêtes onder de leden. Minimaal twee keer per jaar wordt een enquête uitgezet, die panelleden – al naar gelang hun voorkeur – online of schriftelijk kunnen invullen. Naast de terugkerende enquêtes kan, indien financiering beschikbaar is, aanvullend onderzoek gedaan worden. Afhankelijk van de doel- en vraagstelling van het aanvullende onderzoek worden hiervoor bijvoorbeeld focusgroepen, werkconferenties of diepte-interviews ingezet.

Tot 2014 bestond het panel steeds uit zo'n 800 leden¹. Sinds begin 2015 is het panel Psychisch Gezien verbonden aan de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming LGGZ (LMA). Omwille van de datavoorziening voor de LMA, is besloten om het ledenaantal naar minstens 1.500 te verhogen. Hiertoe heeft in de periode november 2014 - juni 2015 een wervingsactie plaatsgevonden waarbij via diverse kanalen naar nieuwe leden is gezocht. Het aantal panelleden is in de wervingsperiode gestegen van zo'n 800 naar ruim 2.000.

In 2017 zijn 2.013 panelleden uitgenodigd om deel te nemen aan de voorjaarspeiling van het panel Psychisch Gezien. In totaal hebben 1205 panelleden de vragenlijst ingevuld en geretourneerd (respons van 60%, zie verder Hoofdstuk Verantwoording).

¹ Vanwege de dynamiek van het ledenbestand (aanmeldingen en uitschrijvingen) is een vast ledenaantal over een langere periode niet te geven.

In de hierna volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de resultaten van de voorjaarspeiling van 2017. Dit is, na de nulmeting, de tweede vervolgmeting voor de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. In 2018 wordt de vierde en laatste meting in het kader van deze monitor uitgevoerd. In hoofdstuk 2 worden de feitelijke leef- en zorgsituatie van de panelleden besproken, hoofdstuk 3 beschrijft hoe de panelleden hun leef- en zorgsituatie ervaren. Hoofdstuk 4 is gericht op de wensen en behoeften op het gebied van zorg en ondersteuning (en de vervulling ervan). In hoofdstuk 5 worden cijfers van de tot nu toe uitgevoerde peilingen vergeleken en vinden enkele verdiepende analyses plaats. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 de gebruikte methodiek toegelicht en worden responscijfers gepresenteerd.

Het aantal panelleden dat een bepaald onderdeel of groep items van de vragenlijst heeft ingevuld varieerde. Daarom wijkt de totale N bij tabellen regelmatig af van het totale aantal van 1205.

Wanneer in dit rapport wordt gesproken van 'de panelleden' of 'het panel' zonder verdere toevoeging worden de panelleden bedoeld die hebben meegedaan aan de voorjaarspeiling van 2017.

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden

2.1 Algemene gegevens

Tabel 2.1 laat zien met welke klachten de panelleden die hebben meegedaan aan de peiling in 2017 te maken hebben. Ten tijde van de aanmelding is aan hen gevraagd aan te geven van welke klachten of problemen ze op dat moment last hadden. De helft van de panelleden had te maken met depressieve klachten, 48% met een angststoornis, 32% met psychosen en/of schizofrenie, en voor ruim een vierde van het panel was er sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Twee derde van de panelleden had ten tijde van de aanmelding te maken met meerdere psychische problemen.

Ten tijde van aanmelding bij het panel hebben vrijwel alle leden (95%) langer dan twee jaar last van psychische klachten. Het merendeel ervaart beperkingen in het dagelijkse leven (91%). Voor de meeste panelleden (86%) is dat op het gebied van werken en/of leren. Drie kwart (75%) van de panelleden voelt zich door hun psychische klachten beperkt in hun sociale contacten. Op het gebied van wonen ligt dit percentage op 48%.

Tabel 2.1 Wilt u aangeven van welke klachten¹ u last heeft? (ten tijde van aanmelding bij het panel; meerdere antwoorden mogelijk) (N=1194)

	n (%)
Depressie	612 (51)
Angsten	582 (49)
Psychosen en/of schizofrenie	377 (32)
Persoonlijkheidsstoornis	324 (27)
Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis)	241 (20)
Eetproblemen	162 (14)
Verslavingsproblemen	145 (12)
Autisme of verwante beperkingen	126 (11)
Andere psychische klachten	305 (26)
Meerdere klachten	828 (69)

¹ Het gaat hier om zelf-gerapporteerde klachten, die niet noodzakelijkerwijs overeenkomen met de formeel door de arts vastgestelde diagnose.

2.2 De feitelijke leefsituatie

Woonsituatie

Het merendeel van de panelleden (86%) woont zelfstandig of begeleid zelfstandig, zie tabel 2.2.

Tabel 2.2 Woonsituatie: hoe woont u?

	N	n (%)
Zelfstandig	1173	868 (74)
Begeleid zelfstandig (in eigen koop- of huurwoning)	1173	138 (12)
Bij mijn ouders/familie	1173	32 (3)
Bij mijn vrienden	1173	1 (0,1)
In een instelling voor maatschappelijke opvang (zoals vrouwenopvang, daklozenopvang, hostel)	1173	5 (0,4)
In een woning/appartement van een zorginstelling in een woonwijk:	1173	48 (4)
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	44	9 (21)
b. Regionale instelling voor beschermd wonen	44	25 (57)
c. Andere zorginstelling	44	10 (23)
In een woning/appartement op het terrein van een zorginstelling:	1173	18 (2)
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	17	8 (47)
b. Regionale instelling voor beschermd wonen	17	7 (41)
c. Andere zorginstelling	17	2 (12)
Op een afdeling binnen een zorginstelling:	1173	11 (1)
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	11	8 (73)
b. Psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis / Psychiatrische Universiteitskliniek	11	0
c. Andere zorginstelling	11	3 (27)
Anders, namelijk:	1173	52 (4)

Zeven op de honderd leden wonen in (een woning/appartement van) een zorginstelling: 1% op de afdeling, 2% op het terrein en 4% in een woonwijk. De zorginstelling is in de meeste gevallen (3%) een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW). De overige leden geven aan bij hun ouders, familie, vrienden, in de opvang of elders te wonen. Van de leden die (begeleid) zelfstandig wonen en die daar ondersteuning bij krijgen (n=917), denkt 58% ook zonder professionele ondersteuning zelfstandig te kunnen blijven wonen, 24% twijfelt hieraan en 17% denkt dat zelfstandig wonen dan niet mogelijk is.

Huishouden, sociale contacten en vrijetijdsbesteding

De meeste panelleden (60%) wonen alleen. Een derde leeft samen met partner en/of kind(eren): 20% woont samen met een partner, 7% met partner en kind(eren) en 5% alleen met kind(eren). Er wonen 36 panelleden (3%) in een groepswoning voor mensen met psychische problemen. De rest van het panel woont met ouders, familie, vrienden/kennissen of anderen (resp. 2%, 0,2%, 0,6%, 2%).

Bijna 80% ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke maand en 16% zelfs dagelijks. Ontmoetingen met familie komen iets minder vaak voor; 63% minstens één keer per maand en 5% dagelijks. De meeste leden ontmoeten (schoon)familie of vrienden/goede kennissen wekelijks (34% en 42%). Sommige leden geven aan geen vrienden/goede kennissen of familie te hebben (5% en 8%) of hen zelden tot nooit te zien (8% en 13%).

Bijna drie kwart (72%) komt dagelijks buitenshuis en bijna een kwart (24%) wekelijks. Een groep van 1% gaat minimaal elke maand ergens naar toe, 1% doet dat minder dan één keer per maand en 1% zelden tot nooit. Ter vergelijking: in 2014 komt van de mensen met een lichamelijke beperking 80% dagelijks buitenshuis, 51% van de mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking, 43% van de mensen met licht of matige verstandelijke beperking en 89% van de ouderen (Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten; Meulenkamp e.a., 2015).

Aan de panelleden is ook gevraagd hoe vaak ze tijd besteden aan hobby's of vrijetijdsactiviteiten. Buitenshuis is dat vaak wekelijks (43%) en thuis dagelijks (40%) of wekelijks (30%). Er zijn ook panelleden die geen hobby's hebben, noch buiten de deur noch thuis (10% en 7%), of hier zelden of nooit tijd aan besteden (15% en 10%).

Werk en opleiding

Tabel 2.3 laat de activiteiten van panelleden zien op het gebied van werk, opleiding en mantelzorg. Een vijfde van de leden (21%) heeft een betaalde baan. Hieronder vallen ook degenen die bij een sociale werkvoorziening aan het werk zijn (4% van alle panelleden, 17% van de leden met betaald werk). Gemiddeld hebben de werkende panelleden een werkweek van 22 uur. Over het algemeen zijn zij in loondienst (66% van de panelleden met betaald werk).

Tabel 2.3 Betaald werk, vrijwilligerswerk, opleiding en werk als mantelzorger ten tijde van de peiling

	N	n (%)
Betaald werk (CBS definitie) ¹	1162	241 (21)
Vrijwilligerswerk	1192	515 (43)
Opleiding / werkgerelateerde cursus ²	1061	97 (9)
Mantelzorg ³	1191	249 (21)

1 Het CBS gebruikt sinds 2015 de volgende definitie voor betaald werk: iedereen met betaald werk in de leeftijd 15 tot 75 jaar (het eerdere criterium van 12 uur per week is losgelaten).

2 Berekend over de groep panelleden < 65 jaar.

3 Mantelzorg betekent dat mensen hulp bieden aan iemand met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk. Het kan intensieve en minder intensieve hulp zijn, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, begeleiding of huishoudelijke hulp. Alleen de zorg voor iemand met gezondheidsproblemen wordt gezien als mantelzorg.

Ruim vier op de tien leden heeft onbetaald werk. Panelleden doen gemiddeld 8 uur per week onbetaald werk, variërend van een uur per week tot ruim een volledige werkweek. Verder biedt één op de vijf panelleden ten tijde van de peiling mantelzorg. Zij bieden hulp aan mensen met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk.

Ongeveer een tiende van het panel (9%) volgt een opleiding of werk-gerelateerde cursus (berekend over de groep leden tot 65 jaar). Het gaat dan om een werkgerelateerde cursus, een deeltijd (vervolg)opleiding en/of een voltijd (vervolg)opleiding (respectievelijk 5%, 3%, 2%).

Verzuim

Van de afgelopen 30 dagen waren 425 panelleden (35%) gemiddeld 11 dagen (SD=10,2) niet in staat om te werken of normale bezigheden uit te voeren. Verder moesten 545 mensen (45%) gemiddeld 13 dagen (SD=9,3) een stapje terug doen. Een groep van 307 panelleden (25%) kon gemiddeld 13 dagen (SD=10,7) minder goed letten op de kwaliteit van zorgvuldigheid van het werk (N = 543).

Arbeids- en opleidingsparticipatie in de algemene bevolking en in andere kwetsbare groepen

Vergeleken met de algemene bevolking zijn relatief weinig mensen met langdurige psychische problemen aan het werk. Zo blijkt uit bevolkingsonderzoek van het CBS dat in het tweede kwartaal van 2016 bijna twee derde (66%) van de beroepsgeschikte bevolking (ofwel: 15 tot 75 jarigen) een betaalde baan heeft (CBS Statline, 12 augustus 2016). De arbeidsparticipatie van panelleden ligt dus ruim drie keer zo laag als in de algemene bevolking in Nederland. De participatie van mensen met aanhoudende psychische problemen kan ook vergeleken worden met andere kwetsbare doelgroepen. Panelonderzoek van het NIVEL in 2014 wijst uit dat ook relatief weinig mensen met een lichamelijke beperking betaald werk hebben (Meulenkamp e.a., 2015). Zo is 34% van de mensen met een lichamelijke beperking aan het werk en 14% van de mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking (berekening volgens oude CBS definitie voor betaald werk, te weten: het aantal mensen tussen de 15-65 jaar met een betaalde baan van 12 uur of meer. In 2017 is het percentage werkenden binnen het panel Psychisch Gezien volgens deze definitie 18%).

Wat betreft onbetaald werk komt het percentage leden dat vrijwilligerswerk doet ongeveer overeen met het percentage vrijwilligers in 2014 in de algemene bevolking en onder ouderen (respectievelijk 43%, 38% en 40%; Meulenkamp e.a., 2015). Vergeleken met mensen met lichamelijke problemen doen relatief veel panelleden vrijwilligerswerk; 27% van de mensen met een lichamelijke beperking en 17% van mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking werkt als vrijwilliger.

Ook wat het volgen van een opleiding of werk-gerelateerde cursus wijkt het panel nauwelijks af van de volwassenen in de algemene bevolking, van wie 12% een opleiding of werk-gerelateerde cursus volgt (Consumentenpanel Gezondheidszorg - cijfers 2014; Meulenkamp e.a., 2015).

Lichamelijke problemen

Uit tabel 2.4 is op te maken dat drie kwart van het panel naast psychische problemen ook lichamelijke problemen heeft. Bij 13% gaat het om ernstige lichamelijke problemen.

Tabel 2.4 Heeft u naast psychische problemen ook lichamelijke problemen? (N=1192)

	Nee	Ja, lichte lichamelijke problemen	Ja, matige lichamelijke problemen	Ja, ernstige lichamelijke problemen
<i>n (%)</i>	313 (26)	384 (32)	335 (28)	160 (13)

2.3 De feitelijke zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Een groot deel van de panelleden (86%) gebruikt medicijnen om de psychische klachten te verminderen of onder controle te houden. Dit gaat in vrijwel alle gevallen (98%) om medicatie op voorschrift van een psychiater of arts.

Ongeveertweederde (66%) van de leden is ten tijde van de peiling cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling, zie tabel 2.5. Van de uitgevraagde zorgtypen (zie tabel 2.5) is het naar de instelling moeten komen voor behandeling en/of begeleiding de meest voorkomende; bijna de helft van de panelleden die cliënt is heeft met dit zorgtype te maken. Voor een kwart van de mensen wordt de zorg aan huis geboden. Ongeveer 1% van alle panelleden is ten tijde van het invullen van de vragenlijst tijdelijk opgenomen.

Tabel 2.5 Bent u op dit moment cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling? Zo ja, wat voor soort zorg krijgt u bij deze instelling? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=1195)

	Nee	Ja: ik kom voor begeleiding/ behandeling naar de instelling	Ja: ik krijg begeleiding/ behandeling aan huis	Ja: ik ben tijdelijk opgenomen	Ja: ik woon in deze instelling	Ja: ik krijg dagbehandeling
<i>n (%)</i>	412 (35)	543 (45)	303 (25)	11 (1)	49 (4)	35 (3)

In tabel 2.6 is te zien dat panelleden met verschillende instanties te maken hebben. De meeste panelleden hebben in de afgelopen 12 maanden contact gehad met de huisarts (69%). Ongeveer zes op de tien leden hadden contact met een GGZ- of een verslavingszorginstelling (61%). 46% van de leden had contact met het UWV. Ongeveer drie op de tien had contact met een (F)ACT-team. Verder had ongeveer een kwart van de panelleden contact met medewerkers van de gemeente rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning. Tevens kregen panelleden ondersteuning van behandelaars met een eigen praktijk (19%), vrijwilligersorganisaties (18%), dagactiviteitencentra (14%) of instellingen voor beschermd wonen (16%). Eén op de zeven leden had het voorgaande jaar contact met de praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts en één op acht leden met een sociaal wijkteam (14% en 13%).

Tabel 2.6 Contact met zorg- en dienstverlenende instanties

	Respons	Contact in afgelopen 12 maanden	Momenteel nog steeds contact
<i>GGZ</i>	<i>N</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	1158	705 (61)	606 (52)
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	1134	176 (16)	162 (14)
ACT/FACT team: assertive community treatment	1146	327 (29)	291 (25)
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	1124	49 (4)	26 (2)
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	1136	64 (6)	42 (4)
VIP team: vroege interventie psychose team	1125	33 (3)	21 (2)
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	1134	68 (6)	49 (4)
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	1128	141 (13)	106 (9)
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	1128	162 (14)	107 (10)
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera)	1122	213 (19)	152 (14)
<i>Dagbesteding/werk en financiën</i>			
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	1133	522 (46)	455 (40)
Schuldhulpverleningsorganisatie	1121	67 (6)	57 (5)
Sociale werkvoorziening	1119	73 (7)	67 (6)
Dagactiviteitencentrum (DAC)	1129	156 (14)	122 (11)
Re-integratiebureau	1112	49 (4)	29 (3)
<i>Overige instanties</i>			
Wijkverpleegkundige	1129	80 (7)	52 (5)
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	1124	42 (4)	24 (2)
Sociaal wijkteam / buurtteam	1123	143 (13)	107 (10)
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente)	1107	69 (6)	48 (4)
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consultant, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	1130	295 (26)	210 (19)
Gemeente: overig	1113	122 (11)	91 (8)
Welzijnsorganisatie	1116	63 (6)	51 (5)
Buurthuis	1117	108 (10)	81 (7)
Vrijwilligersorganisatie	1115	198 (18)	169 (15)
Huisarts	1132	185 (69)	605 (53)
Coach met een eigen praktijk	1112	70 (6)	49 (4)
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	1109	116 (11)	78 (7)

Huisartsenzorg

De meerderheid van het panel Psychisch Gezien heeft in 2016 contact gehad met de huisarts². Vergeleken met de algemene bevolking hebben relatief veel panelleden de huisarts gezien of gesproken (86% tegenover 72%, zie tabel 2.7). Bij mensen met een chronische ziekte is het percentage huisartsbezoekers het hoogst, namelijk 91%. Panelleden komen niet alleen met lichamelijke klachten bij de huisarts. Ruim een derde (37%) van de leden heeft contact met de huisarts gehad vanwege zijn of haar psychische problemen. Dat was in 2016 gemiddeld 4 keer.

2 Het gaat hierbij om alle bezoeken op het spreekuur, visites van de huisarts bij mensen thuis en telefonische consulten (inclusief de contacten met de vervanger van de eigen huisarts, exclusief verlenging van recepten).

Tabel 2.7 Percentage mensen dat in 2016 contact had met de huisarts

	%	Gemiddeld aantal contacten	Periode
Mensen met aanhoudende psychische problemen	86	7	2016
Mensen met een chronische ziekte/lichamelijke beperking ¹	91	5	2010
Algemene Nederlandse bevolking ²	72	6	2013

1 Nationaal panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL (Jansen, Spreeuwenberg & Heijmans, 2012).

2 Bevolkingsonderzoek in 2013 (CBS, 2014).

Wet maatschappelijke ondersteuning

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning en ondersteuning bij zelfredzaamheid van burgers. Het gaat bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding en een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis. Dit alles is geregeld via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Mensen die ondersteuning nodig hebben, kunnen via een Wmo-loket of een sociaal wijkteam een beroep doen op de gemeente.

Ruim een derde van het panel (35%) is niet bekend met het Wmo-loket of sociaal wijkteam van hun gemeente. Een even grote groep kent deze Wmo-ingang wel, maar heeft hier in 2016 geen contact mee gehad. Drie op de tien heeft wel contact met Wmo-loket of sociaal wijkteam gehad, waarbij het in de meeste gevallen (64%) om het indienen van een nieuwe aanvraag ging. Panelleden hadden met name contact over hulp bij het huishouden, persoonsgebonden budget en vervoersvoorzieningen, respectievelijk 45%, 18% en 17% van de contacten gingen hierover. Van de panelleden die met het Wmo-loket of het sociaal wijkteam te maken heeft gehad, was bij 53% de herbeoordeling of verlenging van een indicatie de reden van het contact. Andere redenen waren het indienen van een aanvraag voor een nieuwe voorziening (31%) en het inwinnen van informatie/advies (23%). Een kleine groep richtte zich tot de gemeente om een klacht in te dienen (3%).

Over het algemeen raakten de ruim 750 panelleden die het Wmo-loket of sociaal wijkteam kennen, hiervan op de hoogte via een hulpverlener (21%) en/of via media als internet, folders of kranten (22%). In mindere mate werd kennis genomen van het loket via anderen zoals kennissen of familie (7%), huisarts (7%) of wijkverpleegkundige (3%). Ruim een vierde (28%) weet het niet meer omdat ze het al langere tijd kennen. Ruim een vijfde geeft aan het Wmo-loket of sociaal wijkteam ergens anders van te kennen, bijvoorbeeld via hun (vrijwilligers)werk, contacten met mensen uit de buurt (bijv. via een buurtborrel of in een buurthuis), betrokkenheid bij (Wmo)raden of via (een brief van) de gemeente.

Persoonsgebonden budget

Van het panel heeft 12% ten tijde van de peiling een persoonsgebonden budget (PGB). Net als in 2015 heeft ruim drie kwart van de panelleden (76%) geen behoefte aan een PGB. Van de 289 panelleden die wel behoefte aan een PGB hadden, heeft 61% ook een PGB aangevraagd. Hierbij is bij ongeveer de helft van de mensen de aanvraag (gedeeltelijk) gehonoreerd.

Crisis zorg en opnames

Ongeveer één op de vijf leden (21%) heeft in het afgelopen jaar naar eigen zeggen crisiszorg gehad. Ambulante crisiszorg was hierbij de meest ingezette variant; van de mensen die crisiszorg hebben gehad gaf ruim de helft (52%) aan hiermee te maken te hebben gehad. Van de panelleden die niet met crisiszorg te maken kregen gaf 12% aan dat ze deze zorg wel nodig vonden.

Een groep van 87 panelleden (7%) is in de afgelopen 12 maanden op vrijwillige basis opgenomen. Vijfentwintig panelleden (2%) zijn gedwongen opgenomen, dit betrof meestal een inbewaringstelling (IBS). De leden die in de afgelopen 12 maanden opgenomen zijn geweest, hebben gemiddeld twee keer een opname meegemaakt, ongeacht of dit om een vrijwillige of een gedwongen opname ging. Het gemiddeld aantal opnamedagen in het afgelopen jaar was 88. De voorwaardelijke RM is voor 31 panelleden (3%) ingezet om een gedwongen opname te voorkomen.

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Bijna twee derde van de panelleden (66%) geeft aan op het moment van de peiling zorg of ondersteuning bij hun psychische problemen te krijgen van iemand uit hun eigen netwerk. Tabel 2.8 laat zien welke personen hierbij een rol spelen. Het zijn vooral vrienden, de partner, (schoon)ouders en andere familie die de panelleden bijstaan. Drie kwart heeft in zijn/haar omgeving iemand om mee te praten en die een luisterend oor biedt. Ook hier zijn vrienden, partner en familieleden de meest voorkomende ondersteuners. Lotgenoten zijn een belangrijke steunpilaar voor een vijfde van de panelleden die informele zorg krijgen.

Tabel 2.8 Personen uit eigen netwerk die zorg of ondersteuning bieden¹

	Ondersteuning Algemeen (N=778)	Ondersteuning Luisterend oor (N=896)
	n (%)	n (%)
Vriend(en)	327 (42)	443 (49)
Partner	290 (37)	316 (35)
(Schoon)ouders	242 (31)	258 (29)
Andere familie	323 (30)	285 (32)
Lotgenoten	171 (22)	194 (22)
Kind(eren)	134 (17)	132 (15)
Anders	119 (15)	139 (16)
Kennis(sen)	106 (14)	148 (17)
Buren of buurtgenoten	92 (12)	102 (11)
Leidinggevende	64 (8)	76 (9)
Collega's	61 (8)	94 (11)
Ex-partner	21 (3)	30 (3)

¹ De vermelde percentages hebben betrekking op de groep panelleden die aangeeft zorg of ondersteuning te krijgen van iemand uit hun netwerk.

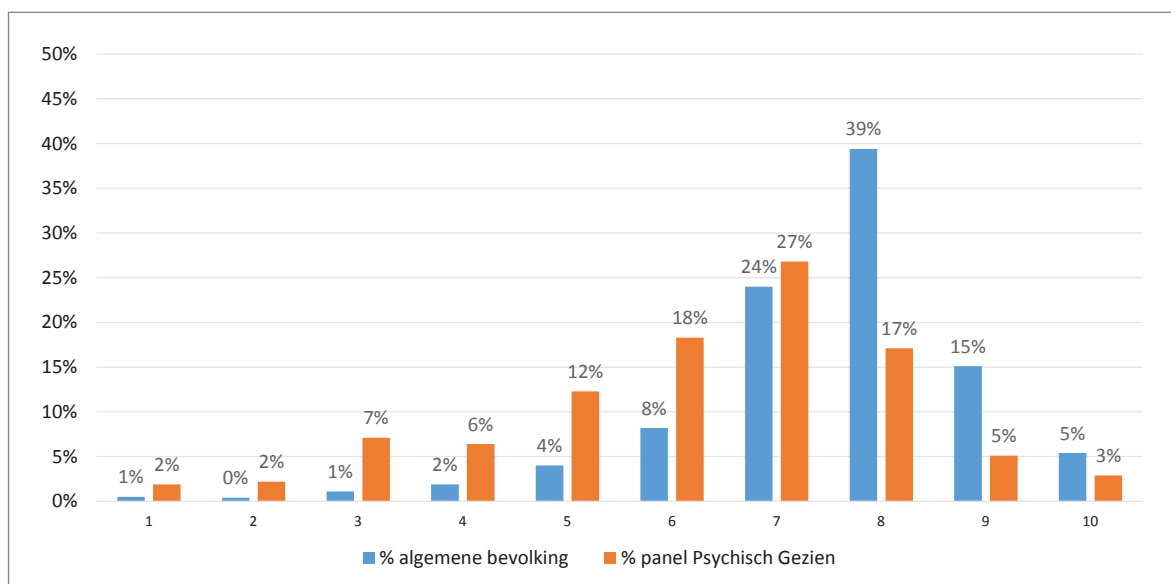
3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?

3.1 De ervaren leefsituatie

Tevredenheid: leven als geheel en per leefgebied

De panelleden beoordelen het leven dat ze nu (voorjaar 2017) leiden gemiddeld met een 6,2 (SD=1,9; op een schaal van 1 tot 10, waarbij een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden). Vergeleken met andere mensen in Nederland is dat relatief laag, zie figuur 3.1. Nederlanders geven hun leven in 2013 gemiddeld een 7,8 (CBS, 2015a). Ook bevolkingscijfers uit 2014 en 2015 bevestigen dit beeld: 84% van de algemene bevolking is in 2015 tevreden met hun leven (cijfer >6) tegenover 52% van de panelleden; 4% is ontevreden en geeft een cijfer onder de vijf tegenover 18% van het panel (CBS, 2015a; 2015b). Ruim één op de tien panelleden geeft zijn/haar eigen leven ten hoogste een 3.

Figuur 3.1 Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?*



* Panel Psychisch Gezien peiljaar 2017. Algemene bevolking peiljaar 2015 (CBS, 2015a, 2015b).

Aan de panelleden is ook voor verschillende leefgebieden gevraagd hoe tevreden ze hierover zijn (op een schaal van 1=helemaal niet tevreden, tot en met 7=zeer tevreden). De resultaten zijn te zien in tabel 3.1. De panelleden zijn – gemiddeld genomen – het meest tevreden met hun woonsituatie en de hulpverlening die zij krijgen (zie paragraaf 3.2 voor meer informatie over tevredenheid met de zorg). Het minst tevreden zijn zij met hun lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid. Ongeveer een kwart van de panelleden heeft het gevoel mee te tellen in de maatschappij, een derde van de leden heeft dit gevoel een beetje. Bij een kwart ontbreekt het gevoel mee te tellen in de maatschappij.

Tabel 3.1 Gemiddelde scores met betrekking tot de tevredenheid over verschillende leefgebieden¹

	n	M	SD
Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?	1192	5,5	1,5
Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt?	1038	5,2	1,6
Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?	1192	4,8	1,6
Hoe tevreden bent u met uw dagelijkse bezigheden?	1191	4,7	1,6
Hoe tevreden bent u met uw sociale contacten?	1192	4,6	1,7
Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	1186	4,6	1,8
Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	1192	4,2	1,7
Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	1183	4,1	1,7

1 Scores op een 7-puntsschaal, lopend van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 7 (zeer tevreden).

Gezondheid

Meer dan de helft (54%) van de leden geeft aan hun gezondheid matig tot slecht te vinden tegenover 16% van de algemene bevolking (Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL; Brabers, e.a., 2014). Een groep van 7% beoordeelt hun gezondheid als “zeer goed” of “uitstekend” (31% in de algemene bevolking) en de resterende 38% bestempelt deze als “goed” (53% in de algemene bevolking).

De [MHI-5](#) is gebruikt om de actuele mentale gezondheid van de panelleden te meten. Twee derde van de panelleden (67%) bleek zich de afgelopen vier weken geestelijk ongezond te voelen (zie tabel 3.2). Onder de algemene bevolking was 11% in 2013 psychisch ongezond (CBS, 2014). De gemiddelde score op de MHI-5 van de panelleden is 52 (op een schaal van 1 tot 100, waarbij hoe hoger de score hoe gezonder; SD=20,7).

Tabel 3.2 MHI-5 resultaten: mentale gezondheid in de afgelopen vier weken (n=1181)

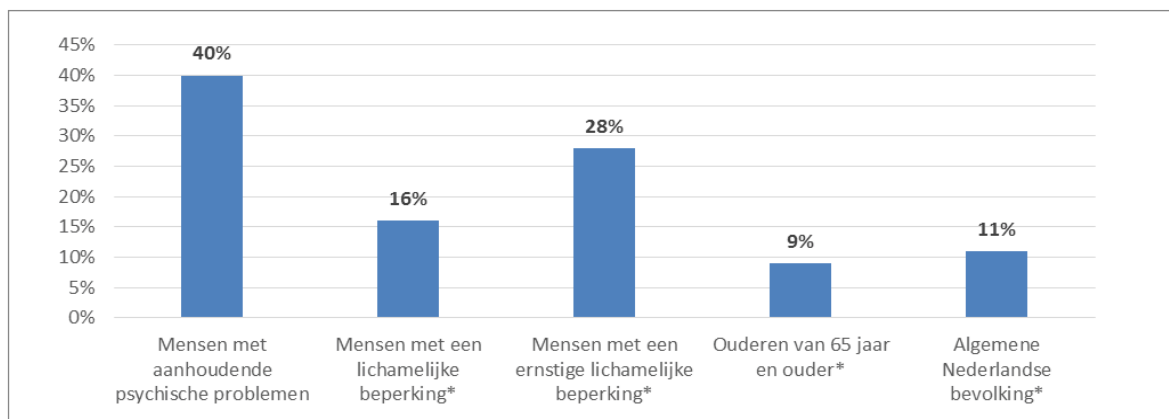
	n (%)
Psychisch gezond ¹	394 (33)
Psychisch licht ongezond	363 (31)
Psychisch matig ongezond	198 (17)
Psychisch ernstig ongezond	226 (19)

1 De MHI-5 is de Mental Health Inventory en wordt door het CBS gebruikt. De MHI-5 is een internationale standaard voor het meten van geestelijke gezondheid en bestaat uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde. De scores lopen van 0 tot 100 waarbij geldt: hoe lager de score, hoe slechter de psychische gezondheid van de persoon. Het CBS hanteert als afkappunt 60 of hoger om mensen in de categorie psychisch gezond in te delen.

Eenzaamheid en discriminatie

Eenzaamheid komt veel voor binnen de groep panelleden; 81% voelt zich in enige mate eenzaam (gemeten met de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis, 1985). Meer specifiek: 41% van de leden is matig eenzaam, 22% erg eenzaam en 18% is heel erg eenzaam. Figuur 3.2 laat zien dat de groep panelleden die zich in 2016 (heel) erg eenzaam voelt, relatief groot is vergeleken met het percentage bij mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking, ouderen en de algemene bevolking in 2014 (Meulen Kamp e.a, 2015).

Figuur 3.2 Percentage mensen dat zich (heel) erg eenzaam voelt



* De gepresenteerde percentages hebben betrekking op 2014 en zijn overgenomen uit de Participatiemonitor van het NIVEL (Meulenkamp e.a., 2015). Eveneens gemeten met de schaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985).

Ruim een kwart (29%) van de panelleden heeft zich – in de afgelopen 12 maanden – wel eens gediscrimineerd gevoeld vanwege zijn of haar psychische problemen. Voor drie kwart van deze groep panelleden gebeurde dit soms tot regelmatig, bij 15% vaak tot zeer vaak en 10% gaf aan één keer te zijn gediscrimineerd.

3.2 De ervaren zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Ongeveer één op de tien panelleden (12%) krijgt geen professionele zorg of ondersteuning, maar heeft dit naar eigen zeggen ook niet nodig. De overige panelleden krijgen professionele zorg. Bijna twee derde (65%) krijgt professionele zorg en ondersteuning en vindt dit voldoende. Voor 273 panelleden (23%) is naar eigen zeggen onvoldoende zorg beschikbaar, hetzij omdat ze geen zorg en ondersteuning krijgen maar dit wel nodig hebben (57 mensen, 5% van alle panelleden), hetzij omdat de reeds aanwezige ondersteuning niet toereikend is (216 mensen, 18% van alle panelleden). Deze laatste groep panelleden noemt verschillende redenen voor deze ontbrekende of ontoereikende zorg (zie tabel 3.3).

De twee grootste struikelblokken voor het krijgen van (voldoende) professionele zorg zijn het ontbreken van geschikt aanbod en het onbegrip ten aanzien van de hulpvraag bij anderen (in beide gevallen 32% van de mensen die geen of onvoldoende zorg krijgen). Een vijfde van de panelleden die aangeeft onvoldoende zorg/ondersteuning te krijgen wijt dit aan wachtlijsten. Verschillende persoonlijke redenen - niet weten hoe ondersteuning te regelen, opzien tegen het regelwerk en rompslomp, niet om ondersteuning durven vragen - zijn steeds voor ruim 15% van de panelleden een reden voor het tekort aan zorg en ondersteuning. Wat financiële barrières betreft: 15% geeft aan dat de benodigde ondersteuning niet wordt vergoed en 17% kan de eigen bijdrage niet betalen.

Tabel 3.3 Redenen voor het ontbreken van (voldoende) professionele zorg volgens panelleden die geen of onvoldoende zorg krijgen (n=316) Meerdere antwoorden mogelijk

	n (%)
De ondersteuning die ik nodig heb, is niet beschikbaar / wordt niet aangeboden	86 (32)
Anderen begrijpen mijn hulpvraag niet	86 (32)
Andere reden dan hier genoemd	80 (29)
Er zijn wachtlijsten voor de zorg en ondersteuning die ik nodig heb	54 (20)
Ik durf niet om deze ondersteuning te vragen	47 (17)
Ik weet niet hoe ik deze ondersteuning moet regelen	45 (17)
Ik moet een eigen bijdrage betalen en ik heb het geld hier niet voor	45 (17)
Ik zie op tegen het regelen van deze ondersteuning (bijvoorbeeld door het regelwerk, rompslomp)	44 (16)
De ondersteuning die ik nodig heb, wordt niet vergoed	40 (15)
Ik kom niet in aanmerking voor deze ondersteuning / speciale voorzieningen	31 (11)

Over de ontvangen professionele zorg is 70% van het panel (heel) tevreden en 7% (heel) ontevreden. De overige panelleden (23%) hebben gemengde ervaringen en zijn zowel tevreden als ontevreden. De geleverde professionele zorg en ondersteuning worden door de panelleden met een gemiddeld rapportcijfer van 6,9 (SD=1,7) beoordeeld (op een schaal van 1 tot 10).

Bijna 80% van de panelleden is het er (sterk) mee eens dat het panellid en de hulpverlener een goede samenwerkingsrelatie hebben. Met de stelling "Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen" is drie kwart het (sterk) eens. Ongeveer twee derde van de panelleden vindt verder dat de hulpverlener er is als deze nodig is en dat de hulpverlening goed aansluit bij zijn/haar leven.

In tabel 3.4 is voor diverse instanties het rapportcijfer van de panelleden te zien op een schaal van 1 tot en met 10. Er is een onderverdeling gemaakt in drie categorieën: 1) GGZ, 2) dagbesteding/werk en financiën, 3) overige instanties. Binnen de GGZ is een behandelaar met een eigen praktijk de best scorende met een gemiddeld rapportcijfer van 7,1. Het IHT-team is met een 6,2 de laagst scorende GGZ-voorziening. Van de instanties en voorzieningen voor dagbesteding, werk en financiën, scoort de sociale werkvoorziening het best, met een gemiddelde van 6,5. Re-integratiebureaus scoren gemiddeld het laagst met 5,6. Van de groep overige zorgverleners en instanties waarden panelleden met name de huisarts, alternatieve zorgverleners, de wijkverpleegkundige en de coach met een eigen praktijk (allen een score van 7,3). De Dienst Werk en Inkomen van de gemeente scoort het laagst: 5,9.

Tabel 3.4 Gemiddelde rapportcijfers voor diverse professionele zorginstanties¹

GGZ	n ²	* M	SD
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera)	177	7,1	2,0
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	178	7,0	2,1
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	146	6,9	2,0
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	130	6,9	2,0
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	641	6,8	1,9
ACT/FACT team: assertive community treatment	319	6,8	2,1
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	67	6,7	2,2
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	81	6,6	2,4
VIP team: vroege interventie psychose team	35	* 6,2	2,8
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	43	6,2	2,3
Dagbesteding/werk en financiën	n	M	SD
Sociale werkvoorziening	81	* 6,5	2,3
Dagactiviteitencentrum (DAC)	156	6,4	2,2
Schuldhulpverleningsorganisatie	80	* 6,3	2,3
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	486	* 6,0	2,3
Re-integratiebureau	56	5,6	2,6
Overige instanties	n	M	SD
Huisarts	696	* 7,3	1,8
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	95	* 7,3	2,0
Wijkverpleegkundige	76	* 7,3	2,0
Coach met een eigen praktijk	61	* 7,3	2,0
Vrijwilligersorganisatie	157	7,1	1,7
Buurthuis	98	6,7	1,8
Welzijnsorganisatie	53	* 6,5	1,9
Sociaal wijkteam / buurtteam	133	* 6,3	2,4
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	311	* 6,2	2,0
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)*	48	* 6,2	2,3
Gemeente: overig	163	* 6,1	2,3
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente)	73	5,9	2,6

¹ Scores op een 10-puntsschaal, lopend van 1 (heel erg slecht) tot en met 10 (uitstekend).

² Aantallen kunnen enigszins afwijken van de aantallen in tabel 2.6 vanwege ontbrekende gegevens.

* In alle gevallen is de mediaan iets hoger dan het gemiddelde. Een mediaan van 6 betekent dat 50% van de panelleden een cijfer onder de 6 geeft en 50% boven de 6. Bij de organisaties met het * -teken is de mediaan 0,5 – 1 punt hoger dan het gemiddelde.

Afstemming tussen verschillende professionals

Voor 80% van de panelleden is er sprake van hulp door verschillende zorgverleners. Van deze leden geeft 46% aan dat de verschillende instanties zaken goed met elkaar afstemmen. Voor een kwart is de afstemming daarentegen slecht geregeld, aldus de panelleden. Een klein deel (8%) geeft aan dat de verschillende personen en/of instanties niet met elkaar afstemmen en dat dat wat hen betreft ook niet hoeft. Andersom zijn 8 panelleden (1%) het niet eens met de onderlinge afstemming. Een vijfde van de leden geeft aan onvoldoende zicht te hebben op de samenwerking tussen verschillende instanties. Ruim een derde (36%) van de panelleden die zorg van meerdere hulpverleners heeft gekregen geeft aan dat er één hulpverlener eindverantwoordelijk was voor de zorg, tegenover 17% die antwoordt dat er niet één duidelijke eindverantwoordelijke was.

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Ruim twee derde van de panelleden is (heel) tevreden met de hulp die door mensen uit de eigen omgeving wordt geboden. Daar tegenover staat 6% die (heel) ontevreden met deze hulp. De hulp uit eigen omgeving wordt door de panelleden gewaardeerd met een gemiddeld rapportcijfer van 6,8 (SD=1,8).

4 Zorgsituatie: behoeften en wensen

4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

Tabel 4.1 laat zien op welke gebieden panelleden zorgbehoeften hebben. Met name (het omgaan met) psychische klachten en het krijgen van de juiste hulpverlening blijken belangrijke aandachtsgebieden: respectievelijk 86 en 85% van de panelleden wil hierbij zorg en/of ondersteuning. Leefgebieden die hier dicht op volgen, zijn: lichamelijke gezondheid (81%) en het omgaan met medicatie (79%).

Ongeveer drie kwart van de panelleden heeft behoefte aan professionele ondersteuning bij alcohol- en/of druggebruik en bij het vinden van zingeving en perspectief. Twee derde van de leden geeft aan hulp nodig te hebben bij dagelijkse bezigheden en bij huisvesting. Ruim de helft heeft ondersteuning nodig bij sociale contacten, het huishouden en persoonlijke verzorging. Seksualiteit en intimiteit is het leefgebied waarvoor de behoefte aan professionele ondersteuning het laagst is, 44% van de leden geeft aan hier behoefte aan te hebben.

Tabel 4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

		Ondersteuning door professionals		Ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk	
		Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen	Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen
	N	n (%) ¹	n (%) ²	n (%) ¹	n (%) ²
Sociale contacten	965	552 (57)	394 (71)	293 (30)	218 (74)
Dagelijkse bezigheden	762	508 (67)	323 (64)	130 (17)	77 (59)
Financiële situatie	548	338 (62)	220 (65)	132 (24)	94 (71)
Psychische gezondheid	1016	873 (86)	732 (84)	67 (7)	41 (61)
Lichamelijke gezondheid	904	736 (81)	577 (78)	87 (10)	43 (49)
Krijgen van juiste hulpverlening	880	750 (85)	549 (73)	31 (4)	14 (45)
Alcohol- en/of druggebruik	213	157 (74)	85 (54)	28 (13)	13 (46)
Persoonlijke verzorging	250	131 (52)	72 (55)	72 (29)	38 (53)
Huishouden	632	344 (54)	218 (63)	201 (32)	143 (71)
Seksualiteit en intimiteit	351	155 (44)	55 (35)	142 (40)	80 (56)
Huisvesting	324	218 (67)	102 (47)	54 (17)	31 (57)
Zingeving en perspectief	771	563 (73)	362 (64)	112 (15)	65 (58)
Omgaan met medicatie	685	540 (79)	433 (80)	52 (8)	31 (60)

1 Het percentage over de totale groep responderende panelleden (N) voor het betreffende leefdomein.

2 Het percentage over de groep panelleden die aangeeft ondersteuningsbehoefte te hebben voor het betreffende leefdomein.

Panelleden lijken in de meeste gevallen steun te willen door professionals; voor vrijwel alle leefdomeinen in tabel 4.1 ligt het behoeftepercentage duidelijk hoger voor zorgprofessionals dan voor zorg door mensen uit het eigen netwerk. Het enige domein waar de behoeftepercentages gelijk op lopen is seksualiteit en intimiteit.

Vanuit het eigen netwerk willen panelleden vooral steun bij seksualiteit en intimiteit, het huishouden, sociale contacten en persoonlijke verzorging. Wat betreft het huishouden en de sociale contacten wordt voor rond de 70% van de panelleden in de behoefte voorzien. Voor seksualiteit/intimiteit en persoonlijke verzorging liggen deze percentages op respectievelijk 56 en 53%.

4.2 Vervulde en onvervulde zorgbehoeften

Aan de panelleden is gevraagd of de huidige ondersteuning naar tevredenheid was, of dat aanpassingen gewenst zouden zijn (zowel in aard als intensiteit van de ondersteuning). Iets meer dan de helft van de panelleden is tevreden met de huidige ondersteuning (zowel 52 % bij ondersteuning door professionals als bij ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving). Een aantal panelleden wil graag meer ondersteuning dan zij nu krijgen (van professionals: 17 %, van mensen uit eigen omgeving: 24 %). Een vijfde van de panelleden geeft verder aan dat ook de aard van de professionele ondersteuning zou mogen veranderen (al dan niet gecombineerd met ook meer ondersteuning).

Het komt zelden voor dat leden minder zorg zouden willen krijgen; drie procent van de panelleden zou dit wenselijk vinden voor de professionele ondersteuning en twee procent voor de ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk.

Ook is gevraagd naar ervaringen rond tijdelijke op- en/of afschaling van de zorg in de afgelopen 12 maanden. Voor 36 % van de panelleden was dit niet aan de orde. Voor ruim de helft (53 %) was op enig moment meer zorg nodig dan gebruikelijk, een tiende van de panelleden kon tijdelijk met minder zorg toe en bij 1 % van de leden was in de afgelopen 12 maanden zowel op- als afschaling van de zorg nodig.

Tabel 4.2 laat zien in hoeverre aan deze wensen tegemoet is gekomen. Al met al is voor bijna de helft (44 %) alles naar volle tevredenheid opgepakt, terwijl een kwart van de panelleden ten dele tevreden was over de tijdelijke aanpassingen. Voor een derde van de panelleden is ofwel niets geregeld, of de tijdelijke aanpassing was niet naar tevredenheid.

Tabel 4.2 In hoeverre is aan de wens tot op- en/of afschaling van zorg tegemoet gekomen? (N=628)

	n (%)
Op- en/of afschaling geregeld: naar tevredenheid	277 (44)
Op- en/of afschaling geregeld: deels naar tevredenheid	154 (25)
Op- en/of afschaling geregeld: niet naar tevredenheid	30 (5)
Er is niets geregeld	167 (27)

Ook is nagegaan in hoeverre de specifieke voorkeur van panelleden voor het type ondersteuning (door het formele netwerk, informele netwerk of beiden) overeenkomt met de ontvangen zorg. In tabel 4.3 zijn de resultaten te zien. De ondersteuning blijkt het minst goed aan te sluiten voor de leefdomeinen 'sociale contacten', 'dagelijkse bezigheden' en 'het krijgen van de juiste hulpverlening'. Voor de sociale contacten is voor 45 % van de panelleden niet de gewenste ondersteuning aanwezig. Dit blijkt vooral gerelateerd aan het krijgen van hulp door een andere hulpverlener dan gewenst (21 %). Ook voor de dagelijkse bezigheden en het krijgen van de juiste ondersteuning is dit de meest voorkomende mismatch.

Tabel 4.3 Match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg per levensdomein¹

		Mismatch				Match	
		Totaal	Wil hulp, krijgt geen hulp	Wil hulp, krijgt hulp van andere zorgverlener dan gewenst	Wil geen hulp, krijgt hulp	Wil geen hulp, krijgt geen hulp	Wil hulp, krijgt hulp van gewenste zorgverlener
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sociale contacten	1147	511 (45)	146 (13)	245 (21)	120 (11)	182 (16)	454 (40)
Dagelijkse bezigheden	1130	492 (44)	167 (15)	201 (18)	124 (11)	368 (33)	270 (24)
Zingeving en perspectief	1122	445 (40)	177 (16)	172 (15)	96 (9)	351 (31)	326 (29)
Krijgen van juiste hulpverlening	1130	482 (43)	185 (16)	198 (18)	99 (9)	250 (22)	398 (35)
Psychische gezondheid	1152	441 (38)	107 (9)	258 (22)	76 (7)	136 (12)	575 (50)
Lichamelijke gezondheid	1150	451 (39)	153 (13)	217 (19)	81 (7)	246 (21)	453 (39)
Financiële situatie	1136	277 (24)	115 (10)	84 (7)	78 (7)	588 (52)	271 (24)
Omgaan met medicatie	1150	284 (25)	101 (9)	90 (8)	93 (8)	465 (40)	401 (35)
Huishouden	1144	330 (29)	136 (12)	107 (9)	87 (8)	512 (45)	302 (26)
Seksualiteit en intimiteit	1127	230 (20)	149 (13)	27 (2)	54 (5)	776 (69)	121 (11)
Huisvesting	1124	219 (19)	121 (11)	46 (4)	52 (5)	800 (71)	105 (9)
Persoonlijke verzorging	1122	153 (14)	81 (7)	25 (2)	47 (4)	872 (78)	97 (9)
Alcohol en/of druggebruik	1111	140 (13)	76 (7)	36 (3)	28 (3)	898 (81)	73 (7)

¹ De zorgverlener kan zijn: a) een professional, b) iemand uit de eigen omgeving, c) zowel een professional als iemand uit de eigen omgeving. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op twee afzonderlijke vragen; 1) of iemand behoefte heeft aan zorg/ondersteuning en zo ja, van wie 2) of iemand zorg/ondersteuning krijgt en zo ja, van wie.

5 Verdiepende analyses

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op twee centrale onderwerpen van het panel. In paragraaf 5.1 gaan we in op de vraag of in het dagelijkse leven van mensen met een langdurige psychische aandoening ontwikkelingen hebben plaatsgevonden tussen 2015 en 2017. In 5.2 komt het verband tussen participatie en kwaliteit van leven aan de orde. We analyseerden de gegevens van die leden die op alle drie de metingen oftewel peilingen meegedaan hebben (N=930; zie ook Hoofdstuk 6, Verantwoording).

5.1 Veranderingen: 2015 - 2017

De hoofdbevinding is dat op de meeste onderzochte aspecten op groepsniveau geen veranderingen plaats vonden bij de onderzochte panelleden. Op het terrein van ontvangen en ervaren zorg zijn wel enkele verschillen gevonden. We brengen de bevindingen per rubriek samenvattend in beeld.

Feitelijke leefsituatie

Wat de feitelijke leefsituatie betreft zijn alleen overeenkomsten gevonden over de jaren, geen verschillen. Zo is er geen verschil in de drie metingen voor wat betreft diverse maten van participatie, zoals betaald werk, vrijwilligerswerk en het volgen van een opleiding of cursus. Ook nadere kenmerken van bijvoorbeeld werk, zoals het aantal uren dat men werkt, zijn gemiddeld genomen niet veranderd.

Feitelijke zorgsituatie

Voor veel aparte voorzieningen is zowel in kaart gebracht of men op het moment van invullen van de vragenlijst contact had, en of men het afgelopen jaar contact ermee had. Op veel van die kenmerken komen de panelleden over de drie jaren overeen: we zien geen veranderingen optreden in het aantal leden dat woont in een beschermende woonvorm, en dat gebruik maakte van ambulante voorzieningen als: ACT/FACT, IHT, PIT, VIP, Steunpunten GGZ en POH-GGZ. En behalve voor VIP gold die bevinding zowel voor het zorggebruik in afgelopen 12 maanden als het zorggebruik op het moment van het invullen van de vragenlijst. Ook vonden we vooral overeenkomsten wat gebruik betreft van allerlei maatschappelijke organisaties en zorgvoorziening, zoals re-integratie voorzieningen, gemeentelijke voorzieningen zoals DWI, het aantal en de aard van de contacten met de huisarts. In totaal werd zo in 37 sub-analyses per contact met een voorziening geen verschil gevonden.

Ook werden geen verschillen op diverse andere contactsoorten: aantal en aard van de contacten met Wmo-loket bijvoorbeeld, noch wat betreft de aard en het aantal contacten in verband met informele zorg. Op het vlak van het feitelijke zorggebruik zijn behalve overeenkomsten ook enkele verschillen zichtbaar over de jaren. Minder panelleden hadden in de loop der jaren contact met een GGZ-instelling en/of met hulpverleners met een eigen praktijk. Meer panelleden hadden in de loop van de drie jaren contact met een VIP-team, cliëntinitiatieven die herstelondersteuning bieden en enkele voorzieningen op het terrein van participatie en inkomen (vrijwilligerswerk, sociale werkvoorziening, UWV). Ook het aantal leden dat contact had met welzijnsvoorzieningen en zorg vanuit de gemeente nam toe (meer contact met wijkverpleegkundige, wijkteam en welzijnsorganisaties). Zie voor alle cijfers van verschillen over de jaren de tabellen 5.1a t/m 5.1c, achter in deze paragraaf.

Er zijn niet alleen wat veranderingen te zien op de vragen naar het contact met de afzonderlijke instellingen. Ten opzichte van 2015 krijgt in de jaren erna een groter deel van de panelleden zorg of ondersteuning vanwege de psychische problemen (61% in 2015 naar 65% in 2017). Op de algemene vraag naar het contact met GGZ of Verslavingszorg-instellingen antwoorden minder panelleden dat zij cliënt zijn van een GGZ-instelling (35% tegen 24%). Degenen die wel contact hebben met de GGZ, krijgen wel vaker die zorg aan huis. Het aantal panelleden dat een beroep deed op een crisistoelating daalde (van 33% naar 26%).

Ervaren leefsituatie

Wat betreft de ervaren leefsituatie zijn geen verschillen gevonden in ervaren kwaliteit van leven, empowerment en eenzaamheid. Een kleine maar significante verandering is te zien wat betreft ervaren psychische gezondheid (iets positiever) en ervaren lichamelijke gezondheid (iets negatiever). Het gaat om verschillen die in absolute zin klein zijn (één of twee tiende punt hoger dan wel lager, op een schaal van 1 tot en met 7). Ter aanvulling: er werd geen verschil gevonden in de loop der jaren als gerekend wordt met de 'cut-off' score die het CBS hanteert om groepen mensen te onderscheiden die relatief psychisch gezond zijn in vergelijking tot mensen wier score op psychische klachten kunnen duiden.

Ook op ervaren discriminatie is geen verschil gevonden.

Ervaren zorgsituatie

Ook voor de meeste antwoorden op vragen wat betreft ervaren zorgsituatie geldt dat vooral weinig verschil gevonden wordt in de loop van de drie jaren. Men is bijvoorbeeld niet anders gaan antwoorden op de vraag of men voldoende zorg krijgt (ja/nee) over het algemeen. Ook is men geen ander rapportcijfer toe gaan kennen aan een groot deel van de instanties (23) die bevraagd zijn (GGZ, ambulante GGZ, re-integratie, welzijn, et cetera).

Toch zijn hier ook enkele verschillen te zien. Het rapportcijfer voor POH-GGZ, gemeentelijke medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning, overige gemeentelijke medewerkers en het buurthuis was hoger in 2017 ten opzichte van 2016 (deels niet bevraagd in 2015). Die cijfers schommelden in 2016 rond de 5,5 a 6 en gingen drie tiende tot acht tiende omhoog (in het geval van POH-GGZ).

Ook de bekendheid met het Wmo-loket is toegenomen (65% was ermee bekend in het voorjaar van 2017 tegenover 59% in 2016).

Tot slot: de match tussen zorgbehoefte (geen behoefte, zorg/ondersteuning door professional, zorg/ondersteuning voor iemand uit het eigen netwerk, zorg/ondersteuning door zowel professionals als iemand uit het eigen netwerk) en ontvangen zorg leverde voor alle variabelen op dat er geen verschillen waren - op één na: het huishouden (de ervaren match werd beter, maar nam ook weer af).

Tabel 5.1a Contact met voorzieningen: verschillen binnen de groep panelleden die aan drie metingen deelnamen (peilingen 7, 9 en 12 in resp. in 2015, 2016 en 2017)¹

		Eerste meting (peiling 7, 2015)	Tweede meting (peiling 9, 2016)	Derde meting (peiling 12, 2017)
	N	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Is iemand cliënt bij een instelling voor GGZ of VZ?</i>				
Nee	894	216 (24) ^{9, 12}	256 (29) ^{7, 12}	314 (35) ^{7, 9}
Ja, ik kom voor begeleiding/behandeling naar de instelling	894	448 (50) ¹²	467 (52) ¹²	401 (45) ^{7, 9}
Ja: ik krijg begeleiding/behandeling aan huis	894	165 (19) ^{9, 12}	228 (26) ⁷	226 (25) ⁷
<i>Contact met instanties en professionals die zorg en ondersteuning bieden²</i>				
GGZ- of verslavingszorginstelling (contact afgelopen jaar)	814	557 (68) ^{9, 12}	541 (67) ^{7, 12}	500 (61) ^{7, 9}
GGZ- of verslavingszorginstelling momenteel contact	814	507 (62) ^{9, 12}	474 (58) ^{7, 12}	428 (53) ^{7, 9}
VIP -vroeg interventie psychose (contact afgelopen jaar)	750	9 (1) ¹²	14 (2)	22 (3) ⁷
Andere cliënteninitiatieven herstel- zelfregie (contact afgelopen 12 mnd)	776	52 (7) ^{9, 12}	86 (11) ⁷	89 (12) ⁷
Idem (momenteel contact)	776	37 (5) ^{9, 12}	70 (9) ⁷	66 (9) ⁷
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut vrijgevestigd (contact in afgelopen 12 mnd)	778	178 (23) ^{9, 12}	134 (17) ⁷	137 (18) ⁷
Idem (momenteel contact)	778	139 (18) ^{9, 12}	108 (14) ⁷	98 (13) ⁷
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (contact in afgelopen 12 mnd)	795	213 (27) ^{9, 12}	369 (46) ⁷	365 (46) ⁷
Idem (momenteel contact)	795	163 (21) ^{9, 12}	327 (41) ⁷	321 (40) ⁷
Sociale werkvoorziening (momenteel contact)	778	37 (5) ⁹	54 (7) ⁷	48 (6)
Wijkverpleegkundige (contact in afgelopen 12 mnd)	787	30 (4) ¹²	40 (5)	50 (6) ⁷
Sociaal wijkteam / buurtteam (contact afgelopen 12 mnd)	791	53 (7) ^{9, 12}	89 (11) ⁷	95 (12) ⁷
Sociaal wijkteam / buurtteam (momenteel contact)	791	38 (5) ^{9, 12}	58 (7) ⁷	72 (9) ⁷
Welzijnsorganisatie (contact in afgelopen 12 mnd)	782	16 (2) ^{9, 12}	37 (5) ⁷	43 (6) ⁷
Welzijnsorganisatie (momenteel contact)	782	10 (1) ^{9, 12}	30 (4) ⁷	34 (4) ⁷
Vrijwilligersorganisatie (contact in afgelopen 12 mnd)	779	101 (13) ^{9, 12}	130 (17) ⁷	139 (18) ⁷
Vrijwilligersorganisatie (momenteel contact)	779	74 (10) ^{9, 12}	107 (14) ⁷	119 (15) ⁷

¹ De vergelijking voor een item betreft steeds alle panelleden die voor het bewuste item op alle relevante peilingen hebben gerespondeerd. Er is geanalyseerd met toetsen voor gepaarde proporties (Cochran's Q test), met een toetsdrempel (α) van 0,05. Voor meer informatie over de gebruikte methoden, zie hoofdstuk 6 (verantwoording). In superscript staat per cel steeds aangegeven met welke peiling(en) een statistisch significant verschil is gevonden; 7=peiling 7, 9=peiling 9, 12=peiling 12.

² 'Contact in de afgelopen 12 maanden' betreft zowel contacten die zijn afgesloten als actief contact op het moment van de peiling. 'Momenteel contact' betreft alleen contacten die actief zijn ten tijde van de peiling.

Tabel 5.1b Contact met voorzieningen: verschillen binnen de groep panelleden die aan drie metingen deelnamen
(peilingen 7, 9 en 12 in resp. in 2015, 2016 en 2017)¹

		Peiling 7 (2015)	Peiling 9 (2016)	Peiling 12 (2017)
	N	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Wmo-loket (niet uitgevraagd in peiling 7)</i>				
Bekend met het Wmo-loket?	902	-	529 (59) ¹²	590 (65) ⁹
<i>Ervaringen met crisis en/of crisisvoorziening?</i>				
Nee	855	579 (67) ^{9, 12}	624 (73) ⁷	628 (74) ⁷
<i>Krijgt u op dit moment zorg of ondersteuning omdat u last heeft van psychische problemen?</i>				
Ja	892	542 (61) ^{9, 12}	583 (65) ⁷	581 (65) ⁷

1 De vergelijking voor een item betreft steeds alle panelleden die voor het bewuste item op alle relevante peilingen hebben gerespondeerd. Er zijn steeds toetsen gedaan voor gepaarde proporties (Cochran's Q test), met een toetsdrempel (α) van 0,05. Voor meer informatie over de gebruikte methoden, zie hoofdstuk 6 (verantwoording). In superscript staat per cel steeds aangegeven met welke peiling(en) een statistisch significant verschil is gevonden; 7=peiling 7, 9=peiling 9, 12=peiling 12.

Tabel 5.1c Rapportcijfer over voorzieningen: verschillen binnen de groep panelleden die aan drie metingen deelnamen
(peilingen 7, 9 en 12 in resp. in 2015, 2016 en 2017)¹

			Peiling 7 (2015)	Peiling 9 (2016)	Peiling 12 (2017)
	N	Schaal (min-max)	M (SD) ²	M (SD) ²	M (SD) ²
<i>Tevredenheid op leefgebieden (hogere score is een hogere mate van tevredenheid)</i>					
Psychische gezondheid	908	1-7	4,0 (1,7)	4,2 (1,7)	4,2 (1,7)
Lichamelijke gezondheid	910	1-7	4,4 (1,6)	4,3 (1,7)	4,3 (1,6)
Hulpverlening die wordt ontvangen	902	1-7	5,5 (1,7)	5,6 (1,7)	5,6 (1,7)
<i>Rapportcijfer voor instanties en professionals die zorg en ondersteuning bieden</i>					
POH-GGZ ³	119	1-10	-	6,1 (2,4)	6,9 (2,0)
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning ³	238	1-10	-	5,9 (2,1)	6,2 (2,0)
Gemeente: overig ³	115	1-10	-	5,6 (2,1)	6,1 (2,3)
Buurthuis	64	1-10	6,0 (2,2)	6,2 (2,1)	6,6 (1,7)

1 Er is voor deze data gebruik gemaakt van Mixed Models, met een toetsdrempel (α) van 0,05. Er is gekeken naar de gegevens van panelleden die aan alle voor de toetsing relevante peilingen hebben meegedaan. De in de tabel genoemde N is de laagste waarde voor het betreffende item. Voor meer informatie over de gebruikte methoden, zie hoofdstuk 6 (verantwoording).

2 M=gemiddelde; SD=standaarddeviatie.

3 Deze items zijn niet uitgevraagd in peiling 7.

5.2 Maatschappelijke participatie en ervaren kwaliteit van leven

Een centrale ambitie van het ambulantiseringproces is het vergroten van inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. In dat kader monitoren we met het panel onder andere de maatschappelijke participatie van panelleden, zoals het hebben van (betaald) werk en bezigheden buitenshuis. De gedachte is dat participatie samen gaat met een hoge(re) ervaren kwaliteit van leven, alhoewel dat verband nog niet afdoende is aangetoond. Er zijn wel steeds meer aanwijzingen dat werk - met name betaald werk - positief samenhangt met kwaliteit van leven, zoals bij onderzoek naar de arbeidsbegeleidingsmethodiek Individuele Plaatsing & Steun (o.a. Michon e.a. 2014). Er is echter nog weinig onderzoek naar de vraag of dit verband ook te vinden is bij mensen met ernstige psychische aandoeningen in het algemeen.

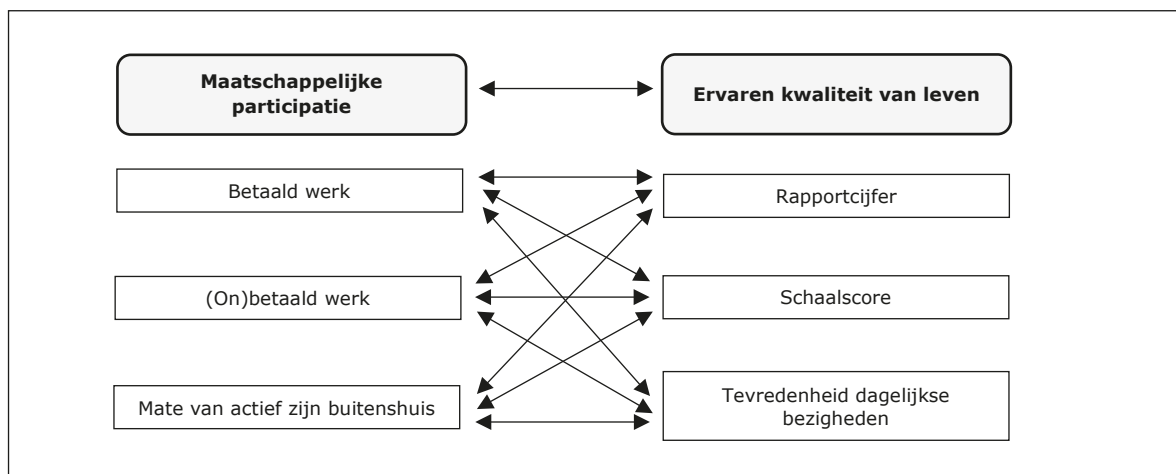
Vandaar dat enkele verdiepende analyses uitgevoerd zijn met de volgende centrale vraag: *Hangt maatschappelijke participatie samen met ervaren kwaliteit van leven?* Hiertoe zijn de data van twee (voorjaars)peilingen (2015 en 2016) gebruikt. In deze paragraaf worden de resultaten van deze analyses gepresenteerd.

Begrippen en definities

Het verband tussen maatschappelijke participatie en de ervaren kwaliteit van leven is onderzocht onder ruim 1.600 panelleden die tot de beroepsbevolking behoren³. Maatschappelijke participatie is op drie manieren geoperationaliseerd. Ten eerste is gekeken naar de panelleden die al dan niet betaald werk hadden. Daarnaast is gekeken naar de relatie tussen werk in bredere zin (waarbij iedere vorm van werk is meegerekend: onbetaald dan wel betaald, of beide) en kwaliteit van leven. Ten slotte is de mate van actief zijn buitenshuis (d.w.z. hobby's, vrijetijdsactiviteiten) bekeken.

Ook de ervaren kwaliteit van leven is op drie manieren geoperationaliseerd. Zo was er een rapportcijfer (van 1 t/m 10), waarbij panelleden aangaven in welke mate ze tevreden waren over het leven dat zij leidden. Ook is gekeken naar een maat waarbij panelleden over verschillende levensdomeinen (woonsituatie, sociale contacten, et cetera) konden aangeven in hoeverre zij er tevreden over waren⁴. Ten slotte is een specifiekere vorm van de ervaren kwaliteit van leven geanalyseerd, namelijk de tevredenheid met dagelijkse bezigheden⁵. Figuur 5.1 geeft alle onderzochte variabelen en verbanden schematisch weer.

Figuur 5.1 Onderzochte relaties verband Participatie - Kwaliteit van leven



3 'Personen van 15 tot 75 jaar die ofwel betaald werk hebben (werkzame beroepsbevolking), of recent naar betaald werk hebben gezocht en daarvoor direct beschikbaar zijn (werkloze beroepsbevolking).' Van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2017/20/beroepsbevolking> In dit kader zijn panelleden van 15 tot 75 jaar geselecteerd.

4 Op een schaal van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 7 (zeer tevreden).

5 Op een schaal van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 7 (zeer tevreden).

Analyse

Voor de analyses is gebruikt gemaakt van *Mixed Models*, een analysetechniek die goed omgaat met (de afhankelijkheid binnen) data uit meerdere meetmomenten⁶. De techniek corrigeert ook voor de samenhang in de metingen *binnen* personen. Waar gesproken wordt van een verband, betekent dit hier: een statistisch significant verband, over de tijd gemeten.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het verband tussen maatschappelijke participatie en de ervaren kwaliteit van leven, zijn in de analyse factoren meegenomen die mogelijk een storende werking hebben op het verband⁷. Hiertoe zijn de volgende factoren meegenomen: leeftijd, geslacht en ernst van de actuele psychische problematiek⁸.

Zoals gezegd is de kwaliteit van leven in het algemeen met twee verschillende uitkomstmaten onderzocht (rapportcijfer en vragen op diverse levensgebieden). Aangezien de uitkomsten van deze twee maten niet substantieel van elkaar blijken af te wijken, worden de uitkomsten van de 'ervaren kwaliteit van leven in het algemeen' alleen gepresenteerd door middel van het rapportcijfer.

Uitkomsten

Uit de analyses blijkt dat er een positief, significant verband is tussen maatschappelijke participatie en de ervaren kwaliteit van leven door de tijd heen. Dit verband blijft significant na controle voor de mogelijk 'verstorende' invloed van de eerder genoemde factoren (zie tabel 5.2): leeftijd, geslacht en ernst van de actuele psychische problematiek. Het verband tussen (on)betaald werk en tevredenheid met dagelijkse bezigheden is het sterkst.

Tabel 5.2 Verband tussen participatie en kwaliteit van leven: uitkomsten Mixed models analyse
(regressiecoëfficiënten "b" en de p-waarde)

	Ervaren kwaliteit van leven (rapportcijfer)	Ervaren kwaliteit van leven (dagelijkse bezigheden)
Betaald werk	b = .270; p=.001	b = .423; p=.000
(On)betaald werk ¹	b = .464; p=.000	b = .508; p=.000
Actief zijn buitenshuis	b = .472; p=.000	b = .478; p=.000

1 D.w.z.: betaald werk en/of vrijwilligerswerk.

De cijfers in de tweede kolom uit tabel 5.2 geven verschillen in rapportcijfers weer: Bijvoorbeeld, de score van de kwaliteit van leven is voor degenen die werk hebben (in vergelijking met degenen die geen werk hebben) 0,27 eenheden hoger, gemiddeld, over de tijd, ongeacht de invloed van andere factoren.

Conclusie en discussie

Er is een duidelijk, significant en robuust verband tussen participatie en kwaliteit van leven. Dat verband is aanwezig, ongeacht de precieze aard van de participatie en ongeacht de precieze manier waarop kwaliteit van leven gemeten wordt. Ook lijken de verbanden geen gevolg van een ander, op de achtergrond spelend verband, zoals een verband tussen ernst van psychische klachten en kwaliteit van leven.

De genoemde verbanden zijn strikt genomen geen oorzakelijke verbanden. We kunnen op basis van deze analyses dus niet vaststellen of maatschappelijke participatie daadwerkelijk *leidt* tot een hoge(re) kwaliteit van leven. Wel weten we nu dat maatschappelijke participatie en de ervaren kwaliteit van leven met elkaar samenhangen, door de tijd heen.

⁶ Niet van alle respondenten zijn gegevens over twee meetmomenten bekend.

⁷ Als deze 'storende factoren' niet worden meegenomen kan het bijvoorbeeld lijken alsof er een verband is tussen maatschappelijke participatie en de ervaren kwaliteit van leven, terwijl dit er eigenlijk niet is. Door rekening te houden met deze zogenoemde 'storende factoren', kan het verband zuiverder geschat worden.

⁸ Laatste genoemde factor is gemeten d.m.v. de Mental Health Inventory 5 (MHI-5).

6 Verantwoording

Tussen april en juli 2017 vond peiling 12 plaats onder de leden van het panel Psychisch Gezien. De volgende thema's werden aan de panelleden voorgelegd:

Leefsituatie

- Hoe ziet uw leefsituatie eruit?
- Wat vindt u van uw leefsituatie?

Zorgsituatie

- Krijgt u zorg en ondersteuning, en zo ja welke?
- Wat vindt u van de zorg en ondersteuning?
- Wat zijn uw behoeften en wensen wat betreft zorg en ondersteuning?

De peiling is in 2017 uitgezet onder 2.013 panelleden, waarvan er 1.205 de vragen hebben beantwoord (60% respons)⁹. Het merendeel (62%) van de deelnemers is vrouw. Het aandeel autochtone panelleden is 86%. De leden zijn gemiddeld 50 jaar oud.

De vragenlijst is in de jaren 2015, 2016 en/of 2017 verstuurd naar in totaal 2069 panelleden. Hiervan hebben 1638 panelleden minstens één vragenlijst op tijd en voldoende ingevuld teruggestuurd (79%) en 930 leden alle vragenlijsten (45%), zie tabel 6.1.

Tabel 6.1 Respons panelleden in 2015, 2016 en 2017 (N=2069)

	n (%)
Alle peilingen	930 (45)
Uitsluitend peiling 2015	189 (9)
Uitsluitend peiling 2016	55 (3)
Uitsluitend peiling 2017	32 (2)
Peiling 2015 + 2016	236 (11)
Peiling 2015 + 2017	69 (3)
Peiling 2016 + 2017	127 (6)
Geen van de peilingen	431 (21)

Uit de non-responsanalyses¹⁰ op enkele kernvariabelen blijkt dat mannen, allochtonen en panelleden die bij aanmelding in een RIBW dan wel psychiatrische instelling verbleven minder vaak meedoen aan de peilingen. Voor leeftijd (ten tijde van de peiling) wordt geen verschil gevonden in responsgedrag. De mentale gezondheid (ten tijde van aanmelding bij het panel; gemeten met de [MHI-5](#)¹¹) van de groep non-responders is significant lager dan die van de mensen die wel deelnamen.

De analyses naar de verschillen over de verschillende peilingen (verschillen in de tijd) zijn gedaan met:

- Cochran's Q test (dichotome uitkomstvariabelen)
- Mixed Models (continue uitkomstvariabelen)

9 Dit is het aantal panelleden dat (een substantieel deel van) de vragenlijst heeft ingevuld en geretourneerd. De respons per item van de vragenlijst kan lager uitvallen, aangezien het voorkomt dat niet iedereen alle vragen in de lijst daadwerkelijk beantwoordt.

10 Er zijn twee non-responsanalyses gedaan: deelname 2016 (respons) versus geen deelname 2016 (non-respons) en deelname 2015 en/of 2016 (respons) versus geen deelname 2015 én 2016 (non-respons).

11 De MHI-5 is de Mental Health Inventory en wordt door het CBS gebruikt. De MHI-5 is een internationale standaard voor het meten van geestelijke gezondheid en bestaat uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde.

Voor alle analyses is gewerkt met een toetsdrempel (α) van 0,05. In de Mixed Models analyses is gecontroleerd voor sekse, etniciteit en leeftijd. In de gevallen waar de Cochran's Q test een significant toetsresultaat opleverde is een post-hoc analyse gedaan door alle mogelijke paren met elkaar te vergelijken middels McNemar toetsen. De mogelijke te vergelijken paren per item:

- Peiling 7 vs. Peiling 9
- Peiling 7 vs. Peiling 12
- Peiling 9 vs. Peiling 12

Literatuur

Brabers, A.E.M., Dijk, M. van, Rooijen, M.R. van, & J.D. de Jong (2014). Consumentenpanel Gezondheidszorg Basisrapport met informatie over het panel (2014). Utrecht: NIVEL.

Centraal Bureau voor Statistiek (2014). Gezondheid en zorg in cijfers. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor Statistiek (2015a). Welzijn in Nederland 2015. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor Statistiek (2015b). Sociale samenhang en welzijn. Den Haag: CBS.

CBS Statline (12 augustus 2016). Arbeidsdeelname; kerncijfers. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82309ned&D1=a&D2=0&D3=0&D4=0&D5=55-58,60-63,I&VW=T>.

Jansen, D., Spreeuwenberg, P., & M. Heijmans (2012). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht: NIVEL.

Meulenkamp, T., Waverijn, G., Langelaan, M., Hoek, L. van der, Boeije, H. & M. Rijken (2015) Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking. Rapportage participatiemonitor 2015 Utrecht: NIVEL.

Michon H, Busschbach JT van, Stant AD, Vugt MD, Weeghel Jv & Kroon H (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: a 30 months Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37 (2) 129-136.

Kromhout, M., Feijten, P., Vonk, F., Klerk, M. de, Marangos, A.M., Mensink, W., Draak, M. den, & A. de Boer (2014). Wmo in beweging. Evaluatie wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Bijlage 9

Deelrapportage Regionale uitgaven aan klinische en ambulante GGZ 2015 en een overzicht van EPA-vignetten per regio in 2015

Aafje Knispel
Frank van Hoof
Lex Hulsbosch

mmv
Vektis:
Guus de Ruiter
Malou van Greuningen
Ronald Luijk

Inhoud

1	Inleiding	195
2	Zvw-uitgaven GGZ-kader per verzekerde per zorgkantorregio	197
3	Wlz-uitgaven GGZ-kader per zorgkantorregio	201
4	Aantal mensen met EPA in zorg	203
5	Samenvatting	207

1 Inleiding

De invulling van het GGZ aanbod en (daaraan gekoppeld) de uitgaven aan de GGZ, kunnen per regio verschillen. Om een beeld te krijgen van regionale verschillen in uitgaven aan klinische en ambulante GGZ heeft Vektis voor de derde meting van de Landelijke monitor ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ (LMA) op de voor Vektis beschikbare data van 2015 een aantal analyses uitgevoerd. Ook is een analyse gemaakt van de EPA vignetten in 2015, per zorgkantoorregio. In deze rapportage wordt verslag gedaan van de uitkomsten van deze analyses.

2 Zvw-uitgaven GGZ-kader per verzekerde per zorgkantoorregio

In Tabel 1 worden de cijfers weergegeven van de Zvw-uitgaven per verzekerde in 2015 in het GGZ kader¹ voor mensen van 18 jaar en ouder, per zorgkantoorregio. De tabel bevat de cijfers voor de Zvw-gefinancierde *klinische* zorg, de Zvw-gefinancierde *ambulante* zorg (gespecialiseerde en generalistische basis GGZ tezamen) en een post onbekend.

¹ Dit is exclusief de uitgaven aan de POH-GGZ.

Tabel 1 Zvw-uitgaven GGZ-kader per verzekerde (18+) per zorgkantorregio, 2015

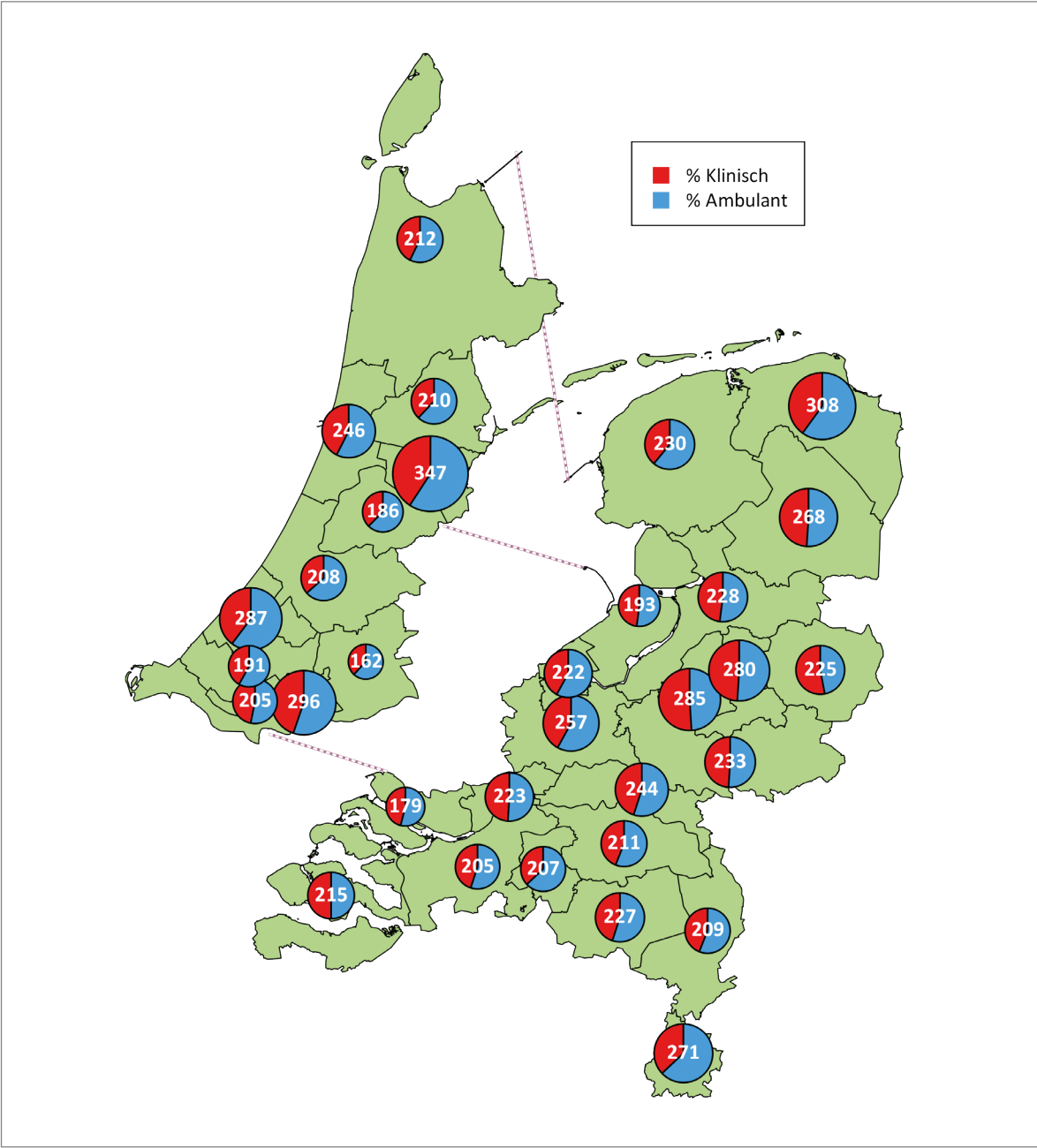
Zorgkantorregio	Zvw ambulante*		Zvw klinisch**		Zvw onbekend		Zvw totaal
	€ per verzekerde	%	€ per verzekerde	%	€ per verzekerde	%	€ per verzekerde
't Gooi	129,30	57,6	92,36	41,1	2,90	1,3	224,56
Amstelland En De Meerlanden	116,15	61,4	70,20	37,1	2,94	1,6	189,28
Amsterdam	205,26	58,3	141,38	40,2	5,43	1,5	352,06
Apeldoorn/Zutphen E.O.	139,90	48,9	145,13	50,7	1,33	0,5	286,36
Arnhem	119,49	51,0	113,22	48,3	1,60	0,7	234,31
Delft Westland Oostland	111,07	57,6	79,96	41,5	1,80	0,9	192,83
Drenthe	137,89	51,3	129,86	48,4	0,80	0,3	268,55
Flevoland	100,21	51,7	92,31	47,7	1,17	0,6	193,69
Friesland	141,48	61,3	88,80	38,5	0,36	0,2	230,65
Groningen	185,10	59,7	122,83	39,6	1,88	0,6	309,81
Haaglanden	173,29	59,7	114,17	39,3	2,88	1,0	290,34
Kennemerland	141,46	56,8	104,68	42,0	3,02	1,2	249,16
Midden-Brabant	129,93	60,4	77,54	36,1	7,62	3,5	215,08
Midden-Holland	99,95	61,0	61,60	37,6	2,42	1,5	163,98
Midden-IJssel	142,36	50,7	137,40	49,0	0,75	0,3	280,51
Nieuwe Waterweg-Noord	108,75	52,6	96,00	46,5	1,82	0,9	206,58
Nijmegen	134,32	54,3	109,37	44,2	3,61	1,5	247,30
Noord Holland Noord	117,39	55,9	91,19	43,5	1,27	0,6	209,84
Noord-Limburg	121,11	55,5	90,77	41,6	6,18	2,8	218,05
Noordoost Brabant	118,57	55,2	92,73	43,2	3,42	1,6	214,72
Rotterdam	163,56	54,8	132,46	44,3	2,71	0,9	298,74
Twente	106,64	47,2	118,70	52,5	0,75	0,3	226,08
Utrecht	147,85	56,9	109,00	41,9	3,20	1,2	260,06
Waardenland	113,35	50,3	109,82	48,7	2,33	1,0	225,51
West-Brabant	113,28	53,4	92,13	43,5	6,58	3,1	212,00
Zaanstreek/Waterland	130,26	61,5	79,74	37,7	1,64	0,8	211,64
Zeeland	107,79	49,1	107,13	48,8	4,63	2,1	219,54
Zuid-Holland Noord	131,94	62,9	76,15	36,3	1,69	0,8	209,78
Zuid-Hollandse Eilanden	97,62	53,4	81,54	44,6	3,53	1,9	182,69
Zuid-Limburg	170,75	59,6	100,13	34,9	15,76	5,5	286,65
Zuidoost-Brabant	124,70	53,5	101,82	43,7	6,35	2,7	232,88
Zwolle	119,28	52,1	108,53	47,4	1,30	0,6	229,11
Onbekend	16,23	48,5	16,58	49,5	0,69	2,1	33,51
Totaal	133,45	55,7	102,55	42,8	3,43	1,4	239,43

* Uitgaven generalistische basis GGZ + SGGZ zonder verblijf.

** Uitgaven SGGZ met verblijf + Zvw-gefinancierde langdurige GGZ.

Uit de gegevens van Tabel 1 blijkt dat in 2015 landelijk 55,7 procent van de Zvw uitgaven binnen het GGZ kader uitgaven aan ambulante zorg betreft en 42,8 procent uitgaven aan klinische zorg. Per zorgkantorregio verschilt deze verhouding. De Zvw-uitgaven binnen het GGZ kader per verzekerde variëren van €163,98 (zorgkantorregio Midden-Holland) tot €352,06 (zorgkantorregio Amsterdam) (Zie tevens Figuur 1).

Figuur 1 ZVW-uitgaven GGZ-kader per verzekerde (18+) per zorgkantoorregio, 2015 (exclusief de post Zvw onbekend)



3 Wlz-uitgaven GGZ-kader per zorgkantoorregio

In Tabel 2 worden de cijfers van de Wlz-uitgaven voor ZZP-B in 2015 (totale kosten en kosten per verzekerde) binnen het GGZ-kader per zorgkantoorregio weergegeven. Uit deze gegevens blijkt dat er grote verschillen zijn tussen zorgkantoorregio's wat betreft de Wlz-uitgaven (in totaal en per verzekerde in de Zvw). Dit komt (onder andere) doordat er regionale verschillen zijn in het aantal opnameplaatsen voor langdurige opnamen en opnameplaatsen met een bovenregionale functie.

Tabel 2 Wlz-uitgaven in 2015, totaal en per verzekerde (18+), per zorgkantoorregio

Zorgkantoorregio	Wlz-uitgaven totaal (in €)	Wlz-uitgaven per verzekerde (in €)
't Gooi	5.778.010	16,27
Amstelland En De Meerlanden	3.583.365	15,04
Amsterdam	15.417.794	22,23
Apeldoorn/Zutphen E.O.	19.123.705	76,36
Arnhem	32.987.561	44,75
Delft Westland Oostland	9.867.638	37,89
Drenthe	38.950.479	99,13
Flevoland	2.417.885	15,59
Friesland	13.813.993	26,90
Groningen	4.225.863	8,93
Haaglanden	39.606.223	63,39
Kennemerland	23.465.179	68,70
Midden-Brabant	11.451.517	32,20
Midden-Holland	414.756	2,33
Midden-IJssel	20.106.098	143,81
Nieuwe Waterweg-Noord	1.502.752	10,21
Nijmegen	14.201.997	34,16
Noord Holland Noord	14.273.527	29,19
Noord-Limburg	23.898.416	59,77
Noordoost Brabant	40.281.518	76,68
Rotterdam	22.144.957	38,20
Twente	11.044.713	22,28
Utrecht	44.870.114	43,94
Waardenland	6.449.111	20,40
West-Brabant	32.662.783	58,38
Zaanstreek/Waterland	1.540.897	5,82
Zeeland	7.289.708	24,12
Zuid-Holland Noord	15.673.387	35,71
Zuid-Hollandse Eilanden	19.799.974	60,61
Zuid-Limburg	17.062.614	34,58
Zuidoost-Brabant	22.441.481	36,93
Zwolle	21.749.763	51,35
Onbekend	508.993	1,49
Totaal	558.606.773	40,31

4 Aantal mensen met EPA in zorg

Aanbieders in Midden Westelijk Utrecht van geestelijke gezondheidszorg hebben in 2013, in samenwerking met KPMG Plexus, een model ontwikkeld met negen vignetten van behandelings- en ondersteuningscombinaties voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)². Vektis genereert jaarlijks informatie over de vignetten op basis van de voor Vektis beschikbare data³.

Voor het selecteren van mensen met EPA, hanteert Vektis de volgende criteria (mensen die aan tenminste één van deze criteria voldoen, worden geselecteerd):

1. Een persoon heeft in de afgelopen drie jaar een DBC schizofrenie gehad. (Wanneer gekeken wordt naar 2015, betekent dit dat een persoon in 2013, 2014 of 2015 minimaal één DBC schizofrenie gehad heeft.)
2. De verzekerde heeft voor elk van de afgelopen drie jaar een DBC met openingsdatum in dat jaar (exclusief: korte DBC's, diagnostiek, indirecte tijd en DBC's alcohol en andere verslavingen en dementie/delirium) en/of het product chronisch in de generalistische basis GGZ.
3. De verzekerde heeft in het jaar waar het om gaat een ZZP-B (4 of hoger) of een ZZP-C gehad. Omdat gegevens over de ZZP-C pakketten voor 2015 ontbreken, wordt dit voor 2015 geschat op basis van de beschikbare gegevens voor 2014. Voor 2015 zijn zowel de mensen meegenomen die een ZZP-B in de Wlz vergoed kregen, als vanuit de Zvw.
4. De verzekerde heeft in het jaar waar het om gaat een farmaciekostengroep (FKG) bipolair of psychose.

De geselecteerde personen worden vervolgens toegewezen aan één van de onderstaande negen vignetten (als meerdere vignetten van toepassing zijn, dan wordt de persoon toegewezen aan het zwaarste vignet met als volgorde van hoog naar laag vignet 5, 0, 8, 7, 6, 4, 3, 2, 1).

Tabel 3 Omschrijving van de EPA vignetten

Vignet 0 Bemoeizorg	Wanneer een patiënt bemoeizorg heeft gehad, valt hij/zij in dit vignet.
Vignet 1 Ambulante DBC licht	Indien een patiënt alleen een ambulante DBC tot 800 minuten heeft gehad en verder geen zorg heeft gehad, valt deze patiënt in dit vignet.
Vignet 2 Ambulante WLZ zorg licht*	Wanneer een patiënt gemiddeld tot 4 uur zorg per week heeft gehad binnen de Wlz en een ambulante DBC tot 800 minuten of geen DBC heeft gehad, valt deze patiënt in dit vignet.
Vignet 3 Ambulant matig	Wanneer een patiënt gemiddeld tot 4 uur zorg per week heeft gehad binnen de Wlz en daarnaast een ambulante DBC van 800 - 1800 minuten heeft gehad, valt een patiënt in vignet 3. Een patiënt valt ook in vignet 3 wanneer deze gemiddeld 4 - 7 uur zorg binnen de Wlz gehad heeft en daarnaast een ambulante DBC heeft gehad tot 1800 minuten. Ook wanneer een patiënt alleen een ambulante DBC tussen 800- 1800 minuten gehad heeft, valt deze in vignet 3.
Vignet 4 Ambulant zwaar	Wanneer een patiënt meer dan 7 uur gemiddeld per week zorg heeft gehad binnen de Wlz of een ambulante DBC van meer dan 1800 minuten heeft gehad, valt deze patiënt in vignet 4.
Vignet 5 DBC Klinisch	Wanneer een patiënt een DBC met verblijf gehad heeft, valt deze in vignet 5.
Vignet 6 ZZP C licht	Wanneer een persoon een ZZP C 1,2,3 of 4 gehad heeft en daarnaast een ambulante DBC tot 800 minuten of geen DBC, dan valt deze patiënt in vignet 6.
Vignet 7 ZZP C zwaar	Wanneer een persoon een ZZP C 5 of 6 of een ZZP C 1,2,3 of 4 samen met een ambulante DBC van 800 minuten of meer, dan valt deze patiënt in vignet 7.
Vignet 8 ZZP B/ Langdurige GGZ (2015)	Wanneer een patiënt een ZZP B 4,5,6 of 7 heeft gehad (hetzij vanuit de Wlz, hetzij vanuit de Zvw gefinancierd), dan valt deze patiënt in vignet 8.

* Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding kon vanwege het ontbreken van registratiedata hierover, niet meegenomen worden bij het toewijzen van personen aan de vignetten.

2 Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht. Volwaardig Burgerschap en psychiatrie. Utrecht, 2015.

3 De definities van de vignetten zijn in 2016 uitgebreid, na consultatie van experts, om ook mensen met het product chronisch in de Basis GGZ en mensen met chronische GGZ-medicatie te includeren.

Vektis heeft voor de derde meting van de LMA een analyse gemaakt van de mensen die volgens de genoemde criteria behoren tot de groep mensen met EPA in 2015. Er werden 220.320 personen geselecteerd. Deze zijn op basis van hun zorggebruik verdeeld over de vignetten⁴. De cijfers van Tabel 4 geven de prevalentie van het aantal mensen met EPA (18+) per vignet, per zorgkantoorregio weer.

Tabel 4 Aantal mensen met EPA in zorg per zorgkantoorregio, per vignet, per 100.000 inwoners (18+)

Zorgkantoorregio	Vignet									geen toewijzing	totaal
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Groningen	37	231	6	381	584	168	52	76	21	197	1753
Friesland	25	312	10	288	374	149	61	72	42	229	1562
Drenthe	27	249	9	290	453	174	80	71	137	202	1694
Zwolle	20	240	7	308	349	155	85	77	70	188	1498
Twente	9	255	8	285	332	164	47	53	31	170	1357
Apeldoorn/Zutphen E.O.	6	284	8	315	425	212	112	138	100	210	1809
Arnhem	13	269	7	284	340	165	96	99	58	216	1547
Nijmegen	18	286	7	290	361	176	55	70	51	209	1522
Utrecht	16	288	6	357	470	192	56	85	53	215	1739
Flevoland	*	206	6	226	235	132	100	100	29	184	1219
't Gooi	*	217	7	291	352	142	63	61	24	203	1360
Noord Holland Noord	25	209	8	268	419	135	36	63	37	188	1380
Kennemerland	15	263	7	362	441	171	67	86	92	202	1707
Zaanstreek/Waterland	49	234	8	347	330	136	21	51	9	196	1382
Amsterdam	9	378	8	549	712	224	85	138	35	283	2420
Amstelland En De Meerlanden	*	267	6	323	353	115	42	48	21	155	1331
Zuid-Holland Noord	*	334	7	398	477	136	35	54	44	157	1642
Haaglanden	47	399	6	535	607	202	54	109	86	219	2264
Delft Westland Oostland	48	225	10	323	330	134	42	60	40	159	1371
Midden-Holland	*	272	6	284	270	98	37	67	*	143	1177
Rotterdam	124	299	8	474	463	232	64	114	55	242	2076
Nieuwe Waterweg-Noord	41	268	14	408	265	180	68	68	17	241	1569
Zuid-Hollandse Eilanden	12	294	9	272	263	121	31	41	86	156	1286
Waardenland	24	262	8	242	353	160	35	79	30	196	1388
Zeeland	17	301	7	326	374	184	63	109	38	237	1655
West-Brabant	9	251	10	229	331	136	46	49	73	189	1323
Midden-Brabant	14	225	11	245	378	135	94	89	42	204	1437
Noordoost Brabant	2	266	8	277	365	139	45	43	100	184	1427
Zuidoost-Brabant	2	250	7	307	415	154	46	72	49	183	1485
Noord-Limburg	*	260	8	278	358	148	63	61	83	174	1431
Zuid-Limburg	*	312	7	395	477	171	66	111	51	279	1869
Midden-IJssel	*	247	7	300	490	186	50	54	164	229	1727
Landelijk	20	278	8	338	420	165	60	80	56	205	1630

* In deze cellen worden geen cijfers weergegeven omdat de combinatie van vignet en regio minder dan 10 EPA patiënten opleverde. Vanwege privacy redenen is er voor gekozen om dit weer te geven als <10. Zodoende kunnen er geen prevalentiecijfers gepresenteerd worden.

4 Het kan voorkomen dat personen wel in de EPA doelgroep vallen, maar niet aan één van de vignetten toegewezen kunnen worden, omdat zij geen zorg vanuit de basis ggz, gespecialiseerde ggz of Wlz hebben ontvangen in het betreffende jaar. Deze mensen kunnen nog wel zorg via de huisarts, POH GGZ of medicatie ontvangen. Het gaat om personen die:

- een schizofrenie DBC hebben gehad in een van de afgelopen jaren, maar nu geen zorg meer hebben.
- Op basis van een FKG bipolair of psychose in de doelgroep vallen, maar geen zorg hebben ontvangen.
27.775 mensen die volgens de selectiecriteria van Vektis tot de EPA doelgroep behoren, hebben geen vignet toegewezen gekregen.

De cijfers van Tabel 4 laten zien dat er een behoorlijke spreiding is in de prevalentie van het aantal mensen met EPA (in zorg) per zorgkantoorregio, met een grotere prevalentie van mensen met EPA (in zorg) in Amsterdam, Haaglanden en Rotterdam.

In Tabel 5 wordt weergegeven wat de procentuele verdeling is van het aantal mensen met EPA (in zorg), per zorgkantoorregio. Deze cijfers laten zien dat, landelijk, het vignet 'ambulant zwaar' (vignet 4) het meest voorkomt (25,8 procent), gevolgd door het vignet 'ambulant matig' (vignet 3). Bij elkaar genomen kreeg 13,5 procent van de geselecteerde mensen een vignet toegewezen voor een klinische opname (10,1 % kreeg het vignet 'klinische DBC' toegewezen en 3,4 procent het vignet ZZP B/ langdurige GGZ).

Tabel 5 Aandeel per vignet (in %) in het totaal aantal mensen met EPA in zorg per zorgkantoorregio, 2015

Zorgkantoorregio	Vignet (%)									geen toewijzing
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Groningen	2,1	13,2	0,4	21,7	33,3	9,6	3,0	4,3	1,2	11,2
Friesland	1,6	20,0	0,6	18,5	23,9	9,5	3,9	4,6	2,7	14,7
Drenthe	1,6	14,7	0,5	17,1	26,7	10,3	4,7	4,2	8,1	11,9
Zwolle	1,3	16,0	0,5	20,6	23,3	10,3	5,7	5,1	4,6	12,5
Twente	0,7	18,8	0,6	21,0	24,5	12,1	3,5	3,9	2,3	12,6
Apeldoorn/Zutphen E.O.	0,3	15,7	0,4	17,4	23,5	11,7	6,2	7,6	5,5	11,6
Arnhem	0,8	17,4	0,4	18,4	22,0	10,7	6,2	6,4	3,8	13,9
Nijmegen	1,2	18,8	0,5	19,0	23,7	11,5	3,6	4,6	3,3	13,7
Utrecht	0,9	16,6	0,4	20,5	27,0	11,1	3,2	4,9	3,1	12,4
Flevoland	*	16,9	0,5	18,5	19,3	10,8	8,2	8,2	2,4	15,1
T Gooi	*	15,9	0,5	21,4	25,9	10,5	4,7	4,5	1,8	14,9
Noord Holland Noord	1,3	15,1	0,6	19,4	30,4	9,8	2,6	4,6	2,7	13,6
Kennemerland	0,9	15,4	0,4	21,2	25,8	10,0	3,9	5,1	5,4	11,8
Zaanstreek/Waterland	3,6	16,9	0,5	25,1	23,9	9,8	1,5	3,7	0,7	14,2
Amsterdam	0,4	15,6	0,3	22,7	29,4	9,3	3,5	5,7	1,4	11,7
Amstelland En De Meerlanden	*	20,0	0,5	24,3	26,5	8,7	3,2	3,6	1,6	11,7
Zuid-Holland Noord	*	20,3	0,4	24,2	29,1	8,3	2,2	3,3	2,7	9,6
Haaglanden	2,1	17,6	0,3	23,6	26,8	8,9	2,4	4,8	3,8	9,7
Delft Westland Oostland	3,5	16,4	0,7	23,5	24,1	9,8	3,1	4,3	2,9	11,6
Midden-Holland	*	23,2	0,5	24,1	22,9	8,4	3,1	5,7	*	12,2
Rotterdam	6,0	14,4	0,4	22,9	22,3	11,2	3,1	5,5	2,7	11,7
Nieuwe Waterweg-Noord	2,6	17,1	0,9	26,0	16,9	11,5	4,3	4,3	1,1	15,4
Zuid-Hollandse Eilanden	1,0	22,9	0,7	21,2	20,5	9,4	2,4	3,2	6,7	12,1
Waardenland	1,7	18,9	0,6	17,4	25,4	11,5	2,5	5,7	2,2	14,1
Zeeland	1,0	18,2	0,4	19,7	22,6	11,1	3,8	6,6	2,3	14,3
West-Brabant	0,7	19,0	0,7	17,3	25,0	10,3	3,5	3,7	5,5	14,3
Midden-Brabant	1,0	15,7	0,8	17,0	26,3	9,4	6,6	6,2	2,9	14,2
Noordoost Brabant	0,1	18,6	0,5	19,4	25,6	9,7	3,1	3,0	7,0	12,9
Zuidoost-Brabant	0,2	16,8	0,4	20,7	28,0	10,4	3,1	4,8	3,3	12,4
Noord-Limburg	*	18,2	0,5	19,4	25,0	10,3	4,4	4,3	5,8	12,2
Zuid-Limburg	*	16,7	0,4	21,1	25,5	9,2	3,5	6,0	2,7	14,9
Midden-IJssel	*	14,3	0,4	17,4	28,4	10,8	2,9	3,1	9,5	13,3
Landelijk	1,2	17,0	0,5	20,7	25,8	10,1	3,7	4,9	3,4	12,6

* In deze cellen worden geen cijfers weergegeven omdat de combinatie van vignet en regio minder dan 10 EPA patiënten opleverde. Vanwege privacy redenen is er voor gekozen om dit weer te geven als <10. Zodoende kunnen in deze cellen geen cijfers gepresenteerd worden.

5 Samenvatting

Uit de door Vektis gegenereerde cijfers blijkt dat in 2015 binnen het GGZ kader 55,7 procent van de Zvw-uitgaven naar de ambulante zorg ging en 42,8 procent naar de klinische zorg (1,4 procent staat op de post SGGZ onbekend). Landelijk werd er wat betreft de Zvw-uitgaven binnen het GGZ kader per verzekerde €133,45 euro uitgegeven aan ambulante zorg en €102,55 euro aan klinische zorg. De gepresenteerde gegevens laten zien dat zowel de verhouding tussen de ambulante en klinische Zvw-uitgaven als de uitgaven per verzekerde, tussen zorgkantorregio's verschillen. Dit geldt ook voor de Wlz-uitgaven.

Cijfers over de EPA-vignetten laten zien dat er in 2015 volgens de criteria die voor de EPA-vignetten worden gebruikt, 220.320 personen behoorden tot de EPA groep. Per 100.000 inwoners zijn er 1.630 mensen die in 2015 aan deze EPA criteria voldeden, met grote prevalentieverschillen tussen zorgkantorregio's. Het vignet 'ambulant zwaar' is landelijk het meest voorkomende vignet (25,8 procent).

Samenstelling begeleidingscommissie

Jaap van Weeghel (voorzitter) – Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg
Gonne Kelder – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Lotte van Galen – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Jurriaan Jansen – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Nic Vos de Wael – MIND
Marijke Verbeek – GGZ Nederland
Jaap van der Rijst – Zorgverzekeraars Nederland
Ico Kloppenburg – Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Rina Beers – Federatie Opvang
Elsbeth de Ruijter – GGZ inGeest, NVvP
Martijn Kole – Enik, Lister
José Manshanden – Gemeente Utrecht / GGD Gemeente Amsterdam
Rob Laane – Zorgverzekeraar ASR
Ellen Visser – Robert Giel Onderzoekscentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen
Philippe Delespaul – Mondriaan, Universiteit Maastricht
Linda van den Brink – RIBW Alliantie
Hans Kroon – Trimbos-instituut

Referenties

- Algemene Rekenkamer. Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4. Den Haag, 2016.
- Brabers, A.E.M., Dijk, M. van, Rooijen, M.R. van, & J.D. de Jong (2014). Consumentenpanel Gezondheidszorg Basisrapport met informatie over het panel (2014). Utrecht: NIVEL.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). Gezondheid en zorg in cijfers. Den Haag: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015a). Welzijn in Nederland 2015. Den Haag: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015b). Sociale samenhang en welzijn. Den Haag: CBS.
- CBS Statline (12 augustus 2016). Arbeidsdeelname; kerncijfers. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via
- Delespaul, P.A.E.G. en de consensusgroep EPA Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2012), p. 427-437.
- Dienst Justitiële inrichtingen. Forensische zorg in getal 2012-2016. Den Haag, 2017.
- Divosa-monitor factsheet. Ontwikkelingen bijstands- en participatiebudget. Utrecht, 2016.
- Ernst en Young. Barometer Nederlandse gezondheidszorg. 2017.
- Jansen, D., Spreeuwenberg, P., & M. Heijmans (2012). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht: NIVEL.
- KPMG Plexus. Monitor Generalistische Basis GGZ. Amsterdam, 2017.
- Kromhout, M., Feijten, P., Vonk, F., Klerk, M. de, Marangos, A.M., Mensink, W., Draak, M. den, & A. de Boer (2014). Wmo in beweging. Evaluatie wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- MEE. Trend- en signaleringsrapport 2017. 2017.
- Meulenkamp, T., Waverijn, G., Langelaan, M., Hoek, L. van der, Boeije, H. & M. Rijken (2015) Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking. Rapportage participatiemonitor 2015 Utrecht: NIVEL.
- Michon H, Busschbach JT van, Stant AD, Vugt MD, Weeghel Jv & Kroon H (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: a 30 months Randomized Controlled Trial. Psychiatric Rehabilitation Journal 37 (2) 129-136.
- Ministerie van VWS. Jaarverslag 2016. Den Haag, 2017.
- Movisie. Sociale wijkteams in beeld. Utrecht, 2016.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2016. Utrecht, 2017.
- Nederlandse Zorgautoriteit. DBC's zonder verblijf. Databestand ten behoeve van het Ministerie van VWS. Utrecht, 2017.

NIVEL. Huisarts en POH. Factsheet 1. Utrecht, 2017.

NPCF. Avi-cliëntenmonitor. Zorg naar gemeenten: op weg naar de bedoeling van de Wmo. Utrecht, 2016.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Overall rapportage sociaal domein 2015. Den Haag, 2016.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Zicht op de Wmo 2015. Den Haag, 2017.

Toezicht Sociaal Domein. Het wijkteam en kwetsbare gezinnen. Utrecht, 2017.

Trimbos-instituut. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Trimbos-instituut. Landelijk Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016a.

Trimbos-instituut. Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016b.

Trimbos-instituut. Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016c.

Trimbos-instituut. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht, 2014.

Vektis. Landelijke uitgaven GGZ. Databestand ten behoeve van de LMA. Zeist, 2017.

Vektis. Intensieve DBC's zonder verblijf. Databestand ten behoeve van de LMA. Zeist, 2017.

Vektis. Regionale uitgaven klinische en ambulante GGZ. Databestand ten behoeve van de LMA. Zeist, 2017.

Verstegen accountants, Intrakoop. Jaarverslagenanalyse 2016. Sectorrapport Geestelijke Gezondheidszorg. 2017.

www.azwinfo.nl. Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en welzijn.

www.cbs.nl/nl-nl/maatwerkCBS

www.jaarverantwoordingzorg.nl. Dataset verantwoordingsgegevens zorginstellingen.

www.nieuwewegenggzopvang.nl

www.statline.cbs.nl

Zorginstituut Nederland. www.zorgcijfersdatabank.nl.

Zorginstituut Nederland. Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Diemen, 2017.

Zorgverzekeraars Nederland. Goede voorbeelden ambulante GGZ. Notitie. Zeist, 2016.

Afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BW	Beschermd wonen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCAF	Centrum Certificering ACT en FACT
CPB	Centraal Planbureau
DBBC	Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstige Psychische Aandoening
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPZ	Forensisch Psychiatrische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IHT	Intensive Home Treatment
LMA	Landelijke Monitor Ambulantisering
LPGGz	Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PIT	Psychiatrische Intensieve Thuiszorg
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RACT	Resource Assertive Community Treatment
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VIP	Vroege Interventie Psychose
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VPT	Volledig Pakket Thuis
VV	Voortgezet verblijf
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet Langdurige Zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket



De geestelijke gezondheidszorg ondergaat een aantal ingrijpende transities. Belangrijke onderdelen van deze transities zijn de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd per 2015 de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Deze rapportage doet verslag van de resultaten van het derde meetjaar van de monitor.