

Frank van Hoof, Aafje Knispel,
Bob van Wijngaarden, Ineke Kok

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Toekomstverkenning intramurale GGZ



Frank van Hoof
Aafje Knispel
Bob van Wijngaarden
Ineke Kok

Toekomstverkenning intramurale GGZ



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction



Colofon

Opdrachtgever

Centrum Zorg en Bouw onderdeel van TNO

Financiering

Centrum Zorg en Bouw onderdeel van TNO

Projectleiding

Drs. Frank van Hoof

Projectuitvoering

Drs. Frank van Hoof

Dr. Bob van Wijngaarden

Drs. Aafje Knispel

Drs. Ineke Kok

Met medewerking van

Drs. Petra van der Schaaf en drs. Hans Elich, Centrum Zorg en Bouw onderdeel van TNO

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde

Productiebegeleiding

Kathy Oskam

Omslagontwerp

Ladenius Communicatie BV Houten

Productie

Ladenius Communicatie BV Houten

Artikelnummer: AF0936

ISBN: 978-90-5253-65-90

Deze uitgave is te bestellen/downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel onder vermelding van artikelnummer **AF0936**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

www.trimbos.nl

© 2009, 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.

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Feiten en cijfers over de vraag naar en het gebruik van (intramurale) GGZ	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Prevalentiecijfers en GGZ-gebruik	8
2.3	Trendcijfers intramurale GGZ	13
2.4	Cliëntkenmerken, woonwensen en zorgbehoeften	23
2.5	Samenvatting	32
3	Determinanten van de vraag naar en het gebruik van intramurale GGZ	33
3.1	Inleiding	33
3.2	Oordeel van het expertpanel	35
3.3	Nederlandse ontwikkelingen in internationaal perspectief	42
3.4	Samenvatting	44
4	Toekomstverkenning intramurale GGZ	45
4.1	Inleiding	45
4.2	Eerdere prognoses van toekomstig intramuraal GGZ-gebruik	46
4.3	Twee toekomstscenario's	48
4.4	Prognoses expertpanel	52
4.5	Samenvatting	57
5	Conclusies	59
5.1	Samenvatting toekomstverkenning	59
5.2	Consequenties voor regionale planning	60
	Bijlagen:	
I.	Geraadpleegde bronnen	63
II.	Samenstelling expertpanel	69

1 Inleiding

De vraagstelling van het Centrum Bouw en Zorg onderdeel van TNO

Het Centrum Zorg en Bouw onderdeel van TNO, is het kenniscentrum voor (ge)bouwen in de zorg. Het Centrum stelt zich ten doel door middel van onderzoek, kennisontwikkeling en innovatie bij te dragen aan de kwaliteit van (ge)bouwen in de zorg. Vanuit deze rol verleent het Centrum ook advies aan zorginstellingen over de kwaliteit, vormgeving en financiering van de gebouwde zorgomgeving.

Eén van de werkdomeinen van het Centrum Zorg en Bouw is de intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Binnen dit werkdomein verkent het Centrum Zorg en Bouw de mogelijkheden voor de ontwikkeling van een vraag - aanbod model om de toekomstige (intramurale) zorgvraag in te kunnen schatten en zo tijdig in te kunnen spelen op toekomstige behoeften. Daarbij gaat het vooral om de doorvertaling van gesignaleerde zorgbehoeften naar de infrastructurele behoefte. Achterliggende vraag voor het Centrum Zorg en Bouw is welke gebouwen en welke verblijfsconcepten in welke omvang nodig zijn om optimaal aan de (toekomstige) zorgvragen tegemoet te kunnen komen. In het kader van dit vraag - aanbod model heeft het Centrum Zorg en Bouw het Trimbos-instituut gevraagd een verkenning uit te voeren naar de toekomstige vraag naar intramurale GGZ, in het bijzonder naar de te verwachten ontwikkelingen tot 2020. In dit rapport wordt verslag gedaan van deze toekomstverkenning.

Het onderzoek

Uitgangspunt voor het onderzoek van het Trimbos-instituut en het Centrum Zorg en Bouw is dat een verkenning van toekomstige ontwikkelingen niet goed mogelijk is zonder een analyse van trends in het verleden en van determinanten van die trends. Daarom is gekozen voor een drieledige opzet:

- A. Een inventarisatie van de beschikbare feiten en cijfers over - trends in - de vraag naar en het gebruik van intramurale GGZ in de afgelopen circa 15 jaar.
- B. Een analyse van de determinanten van de vraag naar en het gebruik van intramurale GGZ, inclusief een analyse van de ad A gevonden trends.
- C. Een kwalitatieve toekomstverkenning en een tentatieve prognose van de omvang van de vraag naar c.q. het gebruik van intramurale GGZ in 2020 aan de hand van een tweetal toekomstscenario's.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van drie typen bronnen:

- registratiegegevens
- onderzoeksliteratuur
- een expertpanel

De registratiegegevens en de onderzoeksliteratuur zijn vooral gebruikt voor de onderdelen A en B (inventarisatie en analyse). Een overzicht van de geraadpleegde schriftelijke en digitale bronnen is te vinden in bijlage I.

Naast de schriftelijke bronnen heeft een expertpanel een belangrijke rol in het onderzoek gehad, in het bijzonder bij de onderdelen B en C (analyse en toekomstverkenning). Het expertpanel werd in twee raadplegingrondes gevraagd om een analyse van de gesignaleerde trends in het verleden en om een oordeel over de te verwachten ontwikkelingen in de toekomst. Het expertpanel bestond uit twaalf personen, elk met een zeer ruime expertise en ervaring in de GGZ, vanuit wetenschap, beleid, bestuur of een combinatie van deze functies. Verder bestond het panel uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bijlage II geeft een overzicht van de samenstelling van het expertpanel.

Een in de aanvankelijke opzet opgenomen voornemen om op basis van registratiegegevens tot cliëntprofielen van de actuele intramurale GGZ-populatie te komen, is wegens het ontbreken van gegevens van voldoende kwalitatief niveau, niet gerealiseerd. In plaats daarvan is het expertpanel gevraagd om in het kader van de toekomstscenario's de kenmerken te benoemen van cliënten die in aanmerking komen voor enkele door het Centrum Zorg en Bouw onderscheiden voorzieningen voor intramurale GGZ.

Het rapport is opgebouwd langs de lijnen van de bovengenoemde deeltrajecten: hoofdstuk twee gaat over resultaten van de inventarisatieronde (onderdeel A); in hoofdstuk drie komen de determinanten- en trendanalyse aan de orde (onderdeel B); en in hoofdstuk vier worden de toekomstscenario's gepresenteerd en uiteengezet (onderdeel C). In hoofdstuk vijf worden de belangrijkste bevindingen en conclusies van de toekomstverkenning samengevat.

De verkenning concentreert zich op de 'reguliere' intramurale GGZ voor volwassenen en ouderen (dat is exclusief gespecialiseerde voorzieningen voor verslavingszorg en forensisch-psihiatrische zorg).

2 Feiten en cijfers over de vraag naar en het gebruik van (intramurale) GGZ

2.1 Inleiding

Een verkenning van de toekomst begint bij een inventarisatie van de actuele stand van zaken en de ontwikkelingen die daaraan vooraf zijn gegaan. In dit hoofdstuk inventariseren we de actuele stand van zaken en de voorafgaande ontwikkelingen rondom de 'vraag naar intramurale GGZ'.

Daarbij onderkennen we dat een expliciet als zodanig gearticuleerde vraag naar intramurale GGZ, of in het algemeen naar een specifiek soort voorziening, in de praktijk niet veel zal voorkomen. Veeleer is er in de praktijk sprake van bepaalde meer of minder scherp af te bakenen, persoonlijk gevoelde of door anderen gesignaleerde psychische of sociale problemen, zorgwensen en zorgbehoeften (aan bescherming, ondersteuning, aandacht, hulp, opvang, etc.), waar in de ogen van betrokkenen *in de gegeven omstandigheden* het beste door een bepaalde voorziening aan tegemoet gekomen kan worden. Tot die betrokkenen behoren potentiële cliënten zelf, familieleden en professionele hulpverleners. Tot de omstandigheden behoort onder andere het beschikbare aanbod, bijvoorbeeld aan intramurale voorzieningen, maar ook aan alternatieven. Het feitelijk gebruik komt uiteindelijk tot stand in de wisselwerking tussen het zorgaanbod en zorgbehoeften.

Zorgbehoeften, zorgaanbod, zorgvragen en zorggebruik zijn, kort gezegd, nauw met elkaar samenhangende grootheden, zowel conceptueel als in de praktijk. In dit hoofdstuk wordt daarom niet alleen gekeken naar trends en ontwikkelingen aan de 'vraagzijde' van de (intramurale) GGZ, maar ook naar het feitelijke gebruik van en de capaciteitsontwikkelingen in de intramurale GGZ. Bij het genereren van dit overzicht wordt vooral gebruikt gemaakt van beschikbare registratiegegevens en onderzoeksmateriaal.

Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk de volgende zaken aan de orde. In paragraaf 2.2 wordt op een rij gezet wat bekend is over (ontwikkelingen) in de prevalentie van psychische aandoeningen en (ontwikkelingen) in het GGZ-gebruik in het algemeen. Daarbij is aparte aandacht voor de prevalentie van ernstiger en langduriger psychische problematiek en het GGZ-gebruik van zogeheten 'langdurig zorgafhankelijken' (de grootverbruikers van de intramurale GGZ). In paragraaf 2.3 worden landelijke gegevens gepresenteerd over capaciteitsontwikkelingen in de intramurale GGZ en worden die gegevens vergeleken met buitenlandse cijfers. Ook komen gegevens aan bod uit eerder onderzoek van het Centrum Zorg en Bouw zelf, waarin de intramurale ggz-capaciteit gespecificeerd wordt naar verschillende functies, settings en locatietypen. Verder worden enkele gegevens aangehaald uit eerder onderzoek naar gebruikspatronen in de intramurale GGZ. In paragraaf 2.4 wordt op een rij gezet wat bekend is over de achtergronden van intramurale GGZ-gebruikers, de zorgbehoeften van langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten en de woonwensen en zorgbehoeften van langverblijvers in de GGZ. In paragraaf 2.5. worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

2.2 Prevalentiecijfers en GGZ-gebruik

Geestelijke gezondheid

Schattingen van de omvang van de populatie van mensen met psychische problemen zijn afhankelijk van de gehanteerde definities, maatstaven en meetinstrumenten (Jorm, 2006). Voor Nederland variëren de schattingen van het aandeel van de volwassen bevolking dat in een jaar problemen heeft op het gebied van hun geestelijke gezondheid (jaarprevalentie) van één op de acht tot één op de vier (Bijl e.a. 1997; Vollebergh e.a., 2003; CBS, 2007; Demyttenaere e.a., 2004; Alonso, e.a., 2004; European Commission, 2004, 2006; Delespaul en Van Os, 2006; Delespaul, 2009; Van Hoof e.a., 2008). Het meest geciteerd worden de gegevens uit het eerste Nemesis-onderzoek – een landelijk bevolkingsonderzoek uit 1996-1999 – waarin werd geconcludeerd dat op jaarbasis bij bijna een kwart (23 %) van de volwassen bevolking tussen de 18 en 65 jaar sprake is van een psychische stoornis; dat waren destijds ruim 2 miljoen personen. Dat is inclusief middelenmisbruik en –afhankelijkheid (9 % van de bevolking; voor het overgrote deel alcoholmisbruik en –afhankelijkheid). (Bijl e.a., 1997; Vollebergh e.a., 2003). (Gegevens over psychische problemen onder 65+ers zijn niet voorhanden).

Een nieuw bevolkingsonderzoek (Nemesis II) is op dit moment in uitvoering, maar gegevens zijn nog niet beschikbaar. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een aangepaste versie van het in Nemesis I gehanteerde meetinstrument (de CIDI). Deze nieuwe versie levert doorgaans lagere prevalentiecijfers op. Zo kwam het kleinschaliger ESEMeD-onderzoek uit 2002-2003 met deze vernieuwde CIDI op een jaarprevalentie uit van circa 15 %. Met name middelenstoornissen, maar ook angst- en stemmingstoornissen worden in het ESEMeD-onderzoek minder vaak aangetroffen dan in het Nemesis-onderzoek (Demyttenaere, 2004; Alonso, 2004).

Gegevens over geestelijke gezondheid en psychische klachten en stoornissen van de Nederlandse bevolking verschillen van die in de ons omringende landen, ook wanneer dezelfde meetinstrumenten worden gebruikt. Daarbij onderscheidt Nederland zich in internationaal perspectief als een land waar relatief veel mensen zich gelukkig zeggen te voelen, relatief weinig mensen 'psychisch ongemak' ('psychological distress') melden, maar toch relatief veel mensen volgens psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek met psychische stoornissen te kampen hebben. In bijvoorbeeld Italië is de situatie precies omgekeerd: Italianen geven relatief vaak aan ongelukkig te zijn en melden relatief veel 'psychological distress', maar maken een relatief kleine kans in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek te worden geregistreerd als lijdend aan een psychische stoornis. De internationale verschillen suggereren dat referentiekaders, verwachtingspatronen en culturele factoren een belangrijke rol spelen bij de beleving van geestelijke (on)gezondheid en daarmee bij prevalentiecijfers over psychische klachten en stoornissen (European Commission, 2004; Alonso e.a., 2004; Demyttenaere e.a., 2004; Van Hoof e.a., 2008).

Een patroon dat in alle landen en in alle onderzoeken terugkeert is dat van een sterke samenhang tussen geestelijke gezondheid enerzijds en een aantal sociaaldemografische en sociaaleconomische factoren anderzijds. Zo worden geestelijke gezondheids-

problemen vaker vastgesteld bij vrouwen dan bij mannen. Verder hebben met name mensen in een sociale achterstandsituatie - lage opleiding, laag inkomen, het ontbreken van een betaalde baan wegens werkloosheid of arbeidsongeschiktheid – beduidend vaker met geestelijke gezondheidsproblemen te kampen dan anderen.

Voor een toekomstverkenning zijn vooral trendcijfers van belang. Neemt het aantal mensen met psychische problemen of stoornissen (afgezien van de exacte meeteenheid en culturele context) toe of af? Bevolkingsonderzoek naar indicatoren voor geestelijke gezondheid is pas in de laatste decennia tot ontwikkeling gekomen, vaak, zoals hierboven al genoemd, met gebruikmaking van uiteenlopende en zich door de tijd ontwikkelende (dus veranderende) meetinstrumenten. Dat maakt trendanalyses lastig. Niettemin hebben Schoemaker e.a., mede dankzij de cumulatie van het beschikbare cijfermateriaal in de afgelopen jaren, kans gezien om tot onderbouwde uitspraken te komen over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking in de afgelopen circa 30 jaar. Daarbij hebben zij gebruik gemaakt van verschillende oudere en nieuwere databronnen. Schoemaker e.a. concluderen dat de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking in de periode 1975 – 2006 ongeveer gelijk is gebleven. Deze conclusie wordt ondersteund, zo signaleren

Schoemaker e.a., door Amerikaans epidemiologisch onderzoek, waaruit blijkt dat in de Verenigde Staten de prevalentie van psychische problematiek niet is toegenomen tussen 1990-2003. Een bevestiging van de bevindingen wordt ook gevonden in enkele langlopende cohortstudies in het buitenland (Schoemaker e.a., 2007). Ook het RIVM constateert in het Nationaal Kompas Volksgezondheid dat er geen aanwijzingen zijn voor veranderingen in het voorkomen van psychische problemen, uitgezonderd een met de bevolkingsgroei samenhangende lichte toename (RIVM, 2009).

GGZ-gebruik

De prevalentie van psychische problemen en de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking mag in de afgelopen decennia min of meer gelijk gebleven zijn, het gebruik van GGZ-voorzieningen is wel fors toegenomen. De Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid becijferde in 2002 dat het aantal personen dat op jaarbasis van de GGZ gebruik maakt tussen 1980 – 1997 bijna verdriedubbelde (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002). Recentere gegevens van GGZ-Nederland laten zien dat het jaarlijkse aantal ingeschreven cliënten bij de lidinstellingen tussen 2001 en 2006 nog met 44 % groeide van 535.000 personen tot 772.000 personen (dat is exclusief cliënten van vrijgevestigden en cliënten van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen) (zie Van Hoof e.a., 2008).

Productiecijfers laten eveneens een stijgende trend zien. Over de trendcijfers in intramurale en semimurale GGZ komen we verderop te spreken. Het aantal ambulante contacten (circa 90 % van de cliënten heeft alleen ambulante contacten met de GGZ) is volgens de cijfers van de NZA tussen 1993 en 2007 meer dan verdubbeld (Hilderink en Van 't Land, in druk). De groei van het GGZ-gebruik is overigens niet gelijkmatig geweest. In de jaren negentig was het groeitempo relatief laag. Na 2000 nam het tempo weer toe (Van Hoof e.a., 2008).

Prevalentie van ernstige en langdurige psychische problematiek

Niet alle psychische problemen zijn even ernstig, ingrijpend of langdurig. Echter, als het gaat om (potentiële) cliënten van de intramurale GGZ, komen vooral diegenen met ernstiger of langduriger psychische problemen in beeld.

Ook schattingen van de omvang van deze groep zijn afhankelijk van de gehanteerde definities, maatstaven en meetinstrumenten. In publicaties over het eerdergenoemde ESEMeD-onderzoek wordt op basis van het type stoornis een onderscheid gemaakt in 'mild disorders', 'moderate disorders' en 'serious disorders'. Volgens deze indeling zou jaarlijks ruim 2 % van de volwassen bevolking tussen 18 en 65 jaar, ten tijde van het onderzoek ruim 250.000 personen, te kampen hebben met *ernstige* psychische stoornissen (Demyttenaere e.a., 2004). Kroon en Pijl lieten recent op basis van de Nemesis I-gegevens een schatting maken van het aantal mensen dat lijdt aan een aantal gespecificeerde psychische stoornissen, die vaak als 'ernstig' worden beschouwd; in het bijzonder ging het om schizofrenie en overige psychotische stoornissen, een depressie met psychotische kenmerken en de bipolaire stoornis. Onder de 18-65-jarigen was jaarprevalentie van deze stoornissen tezamen 1,8%, hetgeen neerkomt op circa 200.000 personen.

Delespaul hanteerde in een recente schatting stringentere criteria: er moet niet alleen sprake zijn van een 'ernstige psychische aandoening' maar ook van een 'actuele zorgbehoefte'. Op basis van internationale onderzoeksliteratuur en Limburgse Zorgmonitorgegevens kwam Delespaul uit op een schatting van het aantal volwassenen met ernstige psychische aandoeningen en actuele zorgbehoeften van 1,6 % van de volwassen bevolking. Geëxtrapoleerd naar Nederland zijn dat circa 160.000 personen (Delespaul, 2009).

Langer geleden hanteerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in een adviesrapport over de intramurale GGZ uit 1996, nog weer andere criteria. De RVZ nam ook de duur van de problematiek en de impact op het dagelijks functioneren mee in de afbakening van de populatie van mensen met ernstige psychische problemen. De Raad kwam tot een "beredeneerde aanname dat 1% van de bevolking langdurig lijdt aan ernstige psychiatrische stoornissen die op verschillende aspecten van het dagelijks leven ernstige beperkingen tot gevolg hebben". Dit zou voor 1996 uitkomen op circa 150.000 personen (inclusief ouderen).

De laatste jaren wordt in de literatuur weer vaak gerefereerd aan een eerdere definitie van Kroon e.a. (1998) van de populatie van mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen. Kroon e.a. omschrijven deze groep aan de hand van vier criteria. Er moet sprake zijn van

1. een psychiatrische stoornis volgens DSM
2. actuele psychische stoornissen
3. beperkingen in het sociaal functioneren
4. een chronisch beloop van de ziekte

Op basis van verschillende onderzoeken raamden Kroon e.a. de omvang van de populatie van mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen in 1997 op (tenminste) 72.000 personen, ofwel 4,5 promille van de bevolking. Een relatief lage schatting in vergelijking met bovengenoemde.

De schattingen lopen dus uiteen, mede afhankelijk van de gehanteerde criteria. Niet bekend is ook of het aantal personen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen, volgens welke criteria of meetinstrumenten dan ook, is toegenomen of afgenomen. Daarvoor ontbreekt de benodigde gestandaardiseerde en in de tijd herhaalde peiling. Weliswaar zagen we hierboven dat prevalentiecijfers over psychische stoornissen door de tijd heen relatief stabiel blijven. Niet bekend is of dat ook geldt voor de ernst of de impact van de psychische problemen, de beperkingen waar betrokkenen mee te kampen hebben, de duur van de problemen en de handicaps die zij in het dagelijks en sociale en maatschappelijk functioneren ervaren. Wel zijn er aanwijzingen dat niet alleen het aantal cliënten van de GGZ snel groeit, maar dat ook het aantal cliënten toeneemt dat langdurig van de GGZ gebruik maakt.

Langdurig GGZ-gebruik

Kroon en Pijl onderzochten recent aan de hand van gegevens uit regionale Psychiatrische Casus Registers (PCR's) de ontwikkeling van het aantal langdurige GGZ-gebruikers (exclusief verslavingszorg, kinder/jeugdklinieken, forensische zorg en verpleeg- en verzorgingshuizen) (Kroon en Pijl, 2009).¹

De groep langdurig GGZ-gebruikers werd door Kroon en Pijl als volgt gedefinieerd: mensen die op enig moment in het jaar van onderzoek ten minste twee jaar ononderbroken in zorg zijn bij een GGZ-instelling. De volgende groepen werden onderscheiden:

- Gebruikers van langdurige institutionele zorg: in de loop van het jaar was het totaal van de aaneengesloten zorgperioden in een intramurale GGZ-setting of in een instelling voor beschermd wonen twee jaar of meer;
- Gebruikers langdurige institutioneel/ambulante zorg: in de loop van het jaar was het totaal van de aangesloten institutionele of ambulante zorgperioden twee jaar of meer;
- Gebruikers van langdurige ambulante zorg: in de loop van het jaar was de aaneengesloten ambulante zorgperiode twee jaar of meer.

¹ In een psychiatrisch casusregister worden per cliënt alle contacten met GGZ-voorzieningen van inwoners uit een bepaald gebied verzameld en gekoppeld. Er zijn in Nederland sinds de jaren tachtig in vier regio's psychiatrische casusregisters in het leven geroepen: in Drenthe, Maastricht en omstreken, Rijnmond en Utrecht.

Tabel 1. Aantallen langdurige GGZ-gebruikers per 1000 inwoners naar zorggebruik (exclusief jeugd, verslavingszorg en forensisch-psychiatrische zorg)

	1995	1997	1999	2002	2003	2004	% groei
Institutioneel	0,79	0,76	0,74	0,85	0,87	0,90	13
Institutioneel/ambulant	0,73	0,92	0,84	0,90	0,94	1,04	41
Ambulant	2,10	2,32	2,31	2,42	2,62	2,86	36
<i>Totaal langdurige ggz-gebruikers</i>	<i>3,62</i>	<i>4,00</i>	<i>3,89</i>	<i>4,17</i>	<i>4,43</i>	<i>4,80</i>	<i>32</i>

Bron: Kroon en Pijl, 2009

Tabel 1 laat zien dat het aantal langdurige GGZ-gebruikers in de PCR-regio's beduidend sneller is gegroeid dan alleen op grond van demografische ontwikkelingen zou mogen worden aangenomen. Geëxtrapoleerd naar de landelijke situatie zouden volgens de gegevens uit de PCR-regio's in 1995 circa 56.000 mensen tenminste twee jaar onafgebroken in zorg zijn in de GGZ. In 2004 was dat aantal met 39 % toegenomen tot 78.000; gecorrigeerd voor bevolkingsgroei is dat een toename van 32 %. De groei vindt over de hele linie plaats, dat wil zeggen zowel in de institutionele als in de ambulante zorg, maar is het grootst in de ambulante zorg en in de gecombineerde institutioneel/ambulante zorg.

Kroon en Pijl analyseerden ook gegevens van het informatiebestand Zorgis van GGZ-Nederland. Anders dan bij de PCR-data werden bij deze analyses geen eisen gesteld aan de hoeveelheid verrichtingen binnen de twee jaar zorg. Alleen gegevens over de periode 2004-2006 waren beschikbaar. In deze periode groeide het aantal langdurige zorggebruikers volgens de Zorgis-gegevens van 92.413 tot 107.785. Dit is een stijging van 17 %, vergelijkbaar met de stijging van 2002 tot 2004 volgens de PCR-data. De stijging van het aantal langdurige zorggebruikers blijft dus na 2004 doorzetten, zo concluderen Kroon en Pijl. Overigens omvat de telling op basis van Zorgis ook de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (circa 2.000 van het totaal aantal langdurige GGZ-gebruikers in 2006).

Verschillende verklaringen zijn in omloop voor de toename van het langdurige GGZ-gebruik. In hoofdstuk drie komen we hierop terug. Voor dit moment noemen we kort als belangrijkste factoren: een groeiende capaciteit, een intensievere zorgtoeleiding en een betere continuïteit van zorg.

Resumerend:

Cijfers over het voorkomen van psychische aandoeningen, al dan niet ernstig of langdurig, lopen uiteen, mede tengevolge van het gebruik van uiteenlopende criteria en meetinstrumenten. Er zijn echter geen aanwijzingen voor stijgende prevalentiecijfers. Wel neemt het GGZ-gebruik toe: het aantal personen dat een beroep doet op de GGZ groeit continu. En ook het aantal mensen dat langdurig van de GGZ (waaronder intramurale GGZ) gebruik maakt, is de afgelopen vijftien jaar toegenomen.

2.3 Trendcijfers intramurale GGZ

Tot dusverre hebben we in algemene zin gesproken over 'de' intramurale GGZ. Maar intramurale GGZ is een verzamelbegrip voor een breed scala aan voorzieningen met verschillende functies. Grofweg kunnen de volgende drie typen intramurale GGZ-voorzieningen onderscheiden worden:

- Voorzieningen met een woonfunctie
- Voorzieningen met een opvang of 'time-out' functie
- Voorzieningen met een behandel functie

Voorzieningen met een woonfunctie zijn vooral bestemd voor diegenen die niet in een eigen woning kunnen of willen wonen. Voorzieningen met een opvang- of time-out-functie zijn vooral bestemd voor diegenen die zich in verband met acute psychische klachten tijdelijk niet goed in de eigen woonomgeving kunnen handhaven. En voorzieningen met een behandel functie (veelal specialistische klinieken) zijn vooral bestemd voor diegenen voor wie de verwachting is dat een intensieve, klinische behandeling de psychische problematiek (ten dele) zal kunnen verhelpen.

Binnen bovenstaande driedeling zijn diverse verdere differentiaties mogelijk, bijvoorbeeld naar locatie van de voorziening, samenstelling van de cliëntenpopulatie, zorgniveau of 'beveiligingsniveau'. Voorzieningen kunnen een gesloten karakter hebben met weinig bewegingsvrijheid voor de cliënt (vooral opvangvoorzieningen) of 'open' zijn (vooral de woonvoorzieningen). Voorzieningen kunnen samen met andere gelokaliseerd zijn op een terrein van een psychiatrisch ziekenhuis, in de nabijheid van een ziekenhuis of elders. Voorzieningen kunnen bestemd zijn voor éénpersoonsbezetting of bezetting door kleine of grotere groepen, al dan niet met individuele voorzieningen. En de aan een verblijf verbonden zorg kan per voorziening verschillen, zowel in aard als in intensiteit.

De intramurale GGZ bestaat dus uit een breed palet aan uiteenlopende voorzieningen die als belangrijkste gemeenschappelijke noemers hebben dat ze aan mensen met psychische problemen de mogelijkheid bieden tot overnachting en dat ze in het bekostigingsstelsel van de zorg geregistreerd worden als 'bedden'.

Een gemis in de beschikbare cijfers over de capaciteit en het gebruik van de intramurale GGZ is dat deze in hoofdzaak betrekking hebben op deze 'bedden' in brede zin. Meer gespecificeerde gegevens zijn nauwelijks voorhanden, behalve in de vorm van een momentopname uit 2004 van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen² (zie verder). Dat impliceert dat het beeld in deze paragraaf voor wat betreft de langere termijn trends, noodgedwongen algemeen blijft, waarbij we overigens nog wel een onderscheid proberen te maken in bedden voor kortdurende opnamen en bedden voor langdurige opnamen verblijf. Ook zullen we gegevens over ontwikkelingen in het zogeheten beschermd wonen presenteren (bij beschermd wonen gaat het om relatief kleinschalige, geclusterde woonvoorzieningen, in beheer van een GGZ-instelling, gesitueerd 'in de wijk'). Weliswaar wordt beschermd wonen doorgaans niet tot de intramurale zorg gerekend, beide typen voorzieningen vervullen gedeeltelijk wel vergelijkbare functies en zijn gedeeltelijk ook op vergelijkbare doelgroepen gericht.

² Het Centrum Zorg en Bouw is voortgekomen uit het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.

Een belangrijke bron voor de informatie in deze paragraaf zijn de productiegegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast maken we gebruik van publicaties op basis van Zorgis, het registratiesysteem van GGZ Nederland, enkele regionale zorgmonitors, bijeengebracht in de Monitor Langdurige Zorg en de eerder genoemde Psychiatrische Casus Registers (PCR's). Uit deze PCR's heeft het Julius Centrum op verzoek van het Trimbos-instituut een aantal aanvullende gegevens gegenereerd. Ten slotte maken we gebruik van een tweetal meer gedetailleerde, eenmalige onderzoeken (geen trendcijfers, uitsluitend momentopnamen) naar respectievelijk de intramurale GGZ (het eerdergenoemde onderzoek van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen) en het beschermd wonen.

Productie- en capaciteitsgegevens intramurale en semimurale ggz

De NZa maakt een onderscheid in formele en feitelijke capaciteit. Niet alle formele beschikbare intramurale en semimurale capaciteit wordt omgezet in feitelijk beschikbare capaciteit. We presenteren hier uitsluitend de gegevens over de feitelijk beschikbare intramurale en semimurale capaciteit. Van de semimurale voorzieningen, waartoe doorgaans zowel beschermende woonvormen als deeltijdbehandelingen worden gerekend, presenteren we uitsluitend gegevens over het beschermd wonen.

In het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn – 2007 – bedroeg de totale intramurale en semimurale capaciteit 33.672 plaatsen. Bij verreweg het grootste deel daarvan – 29.926 plaatsen – ging het om reguliere plaatsen voor volwassenen en ouderen (dat is exclusief gespecialiseerde verslavings- of forensisch psychiatrische klinieken en exclusief jeugd-ggz). Deze reguliere plaatsen voor volwassenen en ouderen waren verdeeld over 11.427 plaatsen in voorzieningen voor beschermd wonen en 18.499 plaatsen in voorzieningen voor intramurale GGZ.

Tabel 2 laat de capaciteitsontwikkeling zien van de intramurale en semimurale capaciteit voor de reguliere volwassenen- en ouderen-GGZ in de periode 1993-2007. Tabel 3 geeft de procentuele veranderingen in de capaciteitscijfers weer.

Tabel 2. Capaciteitsontwikkeling intramurale en semimurale capaciteit voor de reguliere volwassenen- en ouderen-GGZ in de periode 1993-2007 (in aantal feitelijke plaatsen)				
	1993	1996	2004	2007
<i>Intramurale plaatsen</i>	22064	21466	18045	18499
<i>Plaatsen beschermd wonen</i>	4173	5253	7384	11427
<i>Totaal</i>	26237	26719	25429	29926

Bron: NZA – op basis van productiegegevens en uitgaand van een bezettingsgraad van 97 % (op basis van NZA-gegevens over 2007); Hilderink e.a., in voorbereiding.

Tabel 3. Capaciteitsontwikkeling intramurale en semimurale capaciteit voor de reguliere volwassenen- en ouderen-GGZ in de periode 1993-2007 (in procenten)

	<i>Toe-of afname 1993-2007</i>	<i>Gemiddelde jaarlijkse toe-of afname 1993-2007</i>	<i>Gemiddelde jaarlijkse toe- of afname 1993-2004</i>	<i>Gemiddelde jaarlijkse toe-of afname 2004-2007</i>
Intramurale plaatsen	-16,2 %	-1,1 %	-1,7 %	+0,8%
Plaatsen beschermd wonen	+173,8 %	+ 12,4 %	+7,0%	+18,3 %
<i>Totaal</i>	<i>+14,1 %</i>	<i>+ 1 %</i>	<i>-0,3 %</i>	<i>+ 5,9 %</i>

Bron: NZA – op basis van productiecijfers en uitgaand van een bezettingsgraad van 97 % (op basis van NZA-gegevens over 2007); Hilderink e.a., in voorbereiding.

De cijfers laten zien dat de intramurale en semimurale capaciteit in de periode 1993-2007 is gegroeid met ruim 14 % (circa 1 % per jaar). Die groei heeft echter niet gelijkmatig plaatsgevonden. Tot 2004 bleef de capaciteit min of meer stabiel (en nam zelfs licht af). Pas na 2004 is de capaciteit snel gaan groeien, met bijna 6 % per jaar. De cijfers laten ook zien dat de ontwikkeling van de intramurale capaciteit en die voor beschermd wonen sterk uiteenlopen. De intramurale capaciteit is tussen 1993 en 2007 met ruim 16 % afgenomen (maar stijgt na 2004 weer licht). De capaciteit voor beschermd wonen is tussen 1993 en 2007 juist zeer sterk toegenomen (bijna verdriedubbeld). De groei van het beschermd wonen is na 2004 nog verder versneld.

Er heeft tussen 1993 en 2007 dus een uitbreiding van semimurale capaciteit en een afname van intramurale capaciteit plaatsgevonden. Tot 2004 hielden deze ontwikkelingen ongeveer gelijke tred. Vanaf 2004 stijgt de intramurale capaciteit weer en versnelt de groei van het beschermd wonen, waardoor per saldo de totale intramurale en semimurale capaciteit sinds 1993 en vooral sinds 2004 is gestegen.

Internationale vergelijking capaciteitsgegevens

Internationaal gezien beschikt Nederland over een grote intramurale capaciteit. Tabel 4 geeft een overzicht van de capaciteit en capaciteitsontwikkelingen van psychiatrische bedden en voorzieningen voor beschermd wonen in zes Europese landen.

Tabel 4. Vergelijking van voorzieningen op het gebied van klinisch-psychiatrische zorg in zes Europese landen, absoluut per 100.000 van de bevolking en percentageel wat betreft veranderingen in de periode 1990-2002 (exclusief forensische plaatsen)

	<i>Bedden psychiatrisch ziekenhuis</i>		<i>Plaatsen beschermd wonen</i>		<i>Totaal</i>	
	Per 100.000 inwoners	% toe- of afname	Per 100.000 inwoners	% toe- of afname	Per 100.000 inwoners	% toe- of afname
Nederland	135	-15	44	+77	189	+ 3
Engeland	63	-52	22	+40	85	- 42
Duitsland	128	-10	18	+101	146	- 5
Italië	5	0	32	+259	37	+164
Spanje	43	-28	13	+149	56	- 15
Zweden	58	-65	88	+15	146	- 40

Bron: Priebe e.a., 2005

De tabel laat zien dat de intramurale en semimurale capaciteit in Nederland het hoogst is en anders dan in andere landen nagenoeg stabiel is gebleven tussen 1990 en 2002. De tabel laat ook zien dat in de meeste andere landen een afname van intramurale capaciteit slechts gedeeltelijk is opgevangen door een groei van het beschermd wonen. Alleen in Italië is de totale capaciteit relatief gezien fors toegenomen; in absolute zin beschikte Italië in 2004 echter nog steeds over de laagste capaciteit. Verder zij er op gewezen dat de totale capaciteit in Nederland na 2002 in versneld tempo is gegroeid, met name de capaciteit van het beschermd wonen (zie ook CBZ, 2004a; Van Veldhuizen, 2006).

Capaciteit van verschillende voorzieningen voor intramurale zorg

Bovenstaande capaciteitsgegevens hebben betrekking op alle reguliere plaatsen voor volwassenen en ouderen. Hierboven signaleerden we dat onder deze algemene noemer verschillende typen voorzieningen schuil gaan.

Een algemeen onderscheid wordt doorgaans gemaakt in voorzieningen voor kortdurende opnames en voorzieningen voor langdurende behandelingen of verblijf. Volgens gegevens van GGZ Nederland bestond in 2003 circa 42 % van de opnamecapaciteit voor volwassenen en ouderen uit voorzieningen voor kortdurende opnames en 58 % uit voorzieningen voor langdurige behandeling of verblijf. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen kwam voor de totale intramurale capaciteit voor volwassenen en ouderen in 2004 op een verhouding uit van 38 % kortdurende intramurale GGZ en 62 % langdurige intramurale GGZ (zie verder). Eerdere cijfers uit 1999, van Borgesius en Brunenberg, over de verblijfsduur van opgenomen cliënten kwamen op vergelijkbare verhoudingen uit: 59 % van de op de peildatum opgenomen cliënten verbleef meer dan een jaar in de instelling. Gegevens over intramuraal zorggebruik uit de PCR-regio's, zoals aangeleverd door het Julius Centrum, komen voor 2004 weer op iets hogere percentages langdurig verblijf uit. Het aandeel van het aantal verpleegdagen voor cliënten die langer dan een jaar zijn opgenomen bedraagt 62 % tot 70 % van het

totaal aantal verpleegdagen (het percentage is met name wat hoger in de van oudsher op verblijfsvoorzieningen georiënteerde regio's Drenthe en Maastricht).

Wanneer we, naar aanleiding van bovenstaande gegevens, uitgaan van een aandeel van het langdurige verblijf in de totale intramurale productie van ongeveer 60 % en we dit percentage toepassen op de landelijke capaciteitscijfers in 2007 dan betekent dit dat er op dat moment circa 7.400 plaatsen voor kortdurende intramurale GGZ zijn en circa 11.100 intramurale plaatsen voor langdurige opnamen of verblijf.

De gegevens van Borgesius en Brunenberg, maar ook de PCR-gegevens, zoals die ten behoeve van het project zijn aangeleverd door het Julius Centrum, wekken de indruk dat het aandeel van de langdurige zorg in de totale intramurale productie / capaciteit door de jaren heen ook niet sterk is veranderd (zij het dat zich in de PCR-gegevens wel regionale verschillen voordoen). Als we op basis van het voorgaande aannemen dat de capaciteitsverdeling tussen de langdurige en kortdurende intramurale zorg tussen 1993 en 2007 grosso modo onveranderd is gebleven, en deze verdeling toepassen op de capaciteitsgegevens in tabel 2, ontstaat onderstaand overzicht van de geschatte capaciteitsontwikkeling in de kortdurende intramurale, langdurende intramurale en de semimurale ggz.

Tabel 5. Schatting capaciteitsontwikkeling kortdurende intramurale, langdurige intramurale en semimurale zorg voor de reguliere volwassenen- en ouderen-GGZ in de periode 1993-2007 (in aantal feitelijke plaatsen)

	1993	1996	2004	2007
Langdurig intramuraal	13.200	12.800	10.800	11.100
Beschermd wonen	4.200	5.200	7.400	11.400
<i>Totaal langdurig intramuraal en beschermd wonen</i>	<i>17.400</i>	<i>18.000</i>	<i>18.200</i>	<i>22.500</i>
Kortdurend intramuraal	8.800	8.700	7.200	7.400
<i>Totaal intramuraal en beschermd wonen</i>	<i>26.200</i>	<i>26.700</i>	<i>25.400</i>	<i>29.900</i>

De tabel illustreert nog eens dat de totale intramurale en semimurale capaciteit tussen 1993 en 2004 ongeveer gelijk is gebleven maar daarna is gegroeid. De tabel illustreert ook dat, als bovenstaande aannames correct zijn, het aandeel van de capaciteit voor woonvoorzieningen en langdurig verblijf is toegenomen van 66 % naar 75 %. Binnen deze categorie is de verhouding tussen intramurale en semimurale zorg sterk gewijzigd. In 1993 bestaat naar schatting 24 % van de capaciteit voor langdurige verblijfs- en woonvoorzieningen uit plaatsen voor beschermd wonen. In 2007 is dat 51 %.

Bovenstaande schattingen van de capaciteitsontwikkelingen in met name de langdurige intramurale en semimurale GGZ worden in grote lijnen bevestigd door gegevens van de psychiatrische casusregisters. Wiersma en Pijl becijferden op basis van de PCR-gegevens van de regio's Drenthe, Rijnmond en Maastricht het aantal langverblijvers (meer dan 1 jaar) in de GGZ. Geëxtrapoleerd naar de Nederlandse situatie kwam het aantal langverblijvers in de PCR-regio's iets lager uit dan in bovenstaande schat-

tingen, met name in het begin van de jaren '90. De groei van het aantal langverblijvers is in de PCR-regio's juist iets hoger geweest dan op basis van bovenstaande schattingen van de landelijke capaciteitsontwikkeling te verwachten zou zijn. Gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei is het aantal langverblijvers in de PCR-regio's tussen 1991 en 2004 met 9 % toegenomen. Daarbij heeft ook in de PCR-regio's een omvangrijke verschuiving plaatsgevonden van langdurige intramurale naar semimurale zorg. De PCR-gegevens per regio, zoals aangeleverd door het Julius centrum, laten overigens ook zien dat de regionale verschillen tussen het langdurige intramurale en semimurale zorggebruik en de ontwikkelingen daarin, groot zijn.

Meer gespecificeerde trendcijfers over specifieke voorzieningen voor intramurale GGZ zijn niet voorhanden. Wel is er een oudere momentopname van Borgesius en Brunenberg, uit 1999, over de verdeling van de langdurige intramurale GGZ-cliëntèle over verschillende typen afdelingen (Borgesius en Brunenberg, 1999). Daaruit blijkt dat destijds van de intramurale langverblijvers 50 % op een verblijfsafdeling woonde, 29 % op een resocialisatie-afdeling verbleef, 15 % op een afdeling voor langdurige behandeling en 6 % elders. Volgens de gegevens van Borgesius en Brunenberg verbleef overigens slechts een gering aantal langverblijvers op een gesloten afdeling: 2 tot 5 %. Bij de kortdurende opnameafdelingen was het aandeel op een gesloten afdeling opgenomen cliënten aanzienlijk hoger, namelijk circa 45 %.

Recenter, in 2004, maakte het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in een monitor van de gebouwenkwaliteit in de GGZ een eenmalige momentopname van het aantal cliënten van / bezette plaatsen in verschillende typen intramurale GGZ-voorzieningen (CBZ, 2004b). Het CBZ differentieerde onder andere naar de omvang van de locatie (grote terreinen met veel 'bedden' versus kleinschaliger locaties met minder plaatsen), de omvang van de gebouwen (in termen van het aantal aanwezige cliënten), een open of gesloten setting en het zorgcircuit. Ook registreerde het CBZ de verblijfsduur van de aanwezige cliënten. In de publicatie uit 2004 worden geen gespecificeerde gegevens gepresenteerd over de circuits voor volwassenen en ouderen. Op verzoek van het Trimbos-instituut heeft het Centrum Zorg en Bouw - de huidige beheerder van de data - daar voor deze studie op basis van de toenmalige data alsnog een overzicht van gemaakt.

In tabel 6 wordt dit overzicht gepresenteerd. De gegevens hebben betrekking op de 78 % van het totaal aantal in 2004 aanwezige gebouwen voor intramurale GGZ en op 87 % van het totaal aantal op dat moment in de intramurale GGZ aanwezige cliënten. De gegevens zijn exclusief verslavingszorg, jeugdzorg en beschermd wonen.

De tabel laat zien dat twee derde van de opgenomen cliënten op een locatie verblijft met meer dan 200 cliënten. Dat wijst erop dat de psychiatrische ziekenhuisterreinen in 2004 (nog steeds) een dominante plek innemen in de intramurale GGZ (niettegenstaande een deconcentratiebeleid in de voorgaande jaren, zie hoofdstuk 3). Ook in termen van 'gebouwen' lijkt de concentratiegraad tamelijk hoog. Twee derde van alle cliënten is opgenomen in een gebouw met meer dan 25 mensen en een derde in een gebouw met meer dan 50 mensen. De tabel laat verder zien dat een kwart tot een derde van de cliënten op een gesloten afdeling verblijft en dat de helft tot twee derde al meer dan een jaar in de instelling verblijft (zie ook hiervoor). Een kwart van de cliënten is opgenomen in het circuit voor ouderenzorg.

Tabel 6. Cliënten / bezette plaatsen in de intramurale GGZ naar locatieomvang, gebouwenomvang, setting, verblijfsduur en zorgcircuit (gegevens uit 2004; exclusief verslavingzorg, jeugdzorg en beschermd wonen; op basis van 87 % van totaal aantal cliënten / bezette plaatsen).

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
<i>Totaal</i>	16404	100
<i>Locatieomvang*</i>		
1-23 cliënten	357	2
24-200 cliënten	5287	32
201 of meer cliënten	10760	66
<i>Gebouwenomvang</i>		
1-6 cliënten	1127	7
7-25 cliënten	4363	26
26 – 50 cliënten	5568	34
51 of meer cliënten	5346	33
<i>Setting</i>		
Open	11647	71
Gesloten	4757	29
<i>Verblijfsduur</i>		
Kort (< 1 jaar)	6240	38
Lang (> 1 jaar)	10164	62
<i>Circuit</i>		
Volwassenen	12365	75
Ouderen	4039	25

* Totaal aantal aanwezige cliënten / bezette plaatsen op de locatie (bijvoorbeeld het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis)

Bron: CBZ, 2004b, 2009

Uit andere door het Centrum Zorg en Bouw aangeleverde gegevens blijkt overigens dat het aandeel langverblijvers in het ouderencircuit hoger is dan in het volwassenencircuit: 74 % versus 58 %. Ook het aandeel van opgenomen cliënten op gesloten afdelingen is onder ouderen hoger: 39 % versus 26 %. Verder blijkt dat ouderen vaker nog dan de overige volwassen cliënten in geconcentreerde voorzieningen zijn opgenomen: in het ouderencircuit verblijft 75 % op een locatie met meer dan 200 cliënten (tegenover 62 % in het volwassenencircuit) en is 54 % opgenomen in een gebouw met meer dan 50 mensen (tegenover 26 % in het volwassenencircuit).

De concentratiegraad in de intramurale GGZ is dus relatief hoog, met name in de intramurale GGZ voor ouderen. Als gezegd is in de gegevens van het CBZ het beschermd wonen niet meegenomen. Wel hebben de RIBW-alliantie en GGZ Nederland recent een overzicht opgesteld van de kenmerken van de voorzieningen van de zelf-

standige RIBW's (RIBW-alliantie en GGZ Nederland, 2009). Daaruit blijkt dat begin 2009 in verreweg het grootste deel (88%) van de woonvoorzieningen maximaal 5 cliënten wonen, terwijl 71 % van de voorzieningen uit geschakelde wooneenheden bestaat. Hoe groot daarmee precies de concentratiegraad van het beschermd wonen is, of, in CBZ-termen, hoe groot de 'locaties' en de 'gebouwen' van het beschermd wonen zijn, komt niet uit onderzoekscijfers naar voren.

Gebruikers van intramurale GGZ-voorzieningen

Capaciteitscijfers of cijfers over aantallen aanwezige cliënten (puntprevalenties) geven nog geen indicaties van het totaal aantal jaarlijkse opnamen en van het totaal aantal cliënten dat (op jaarbasis) gebruik maakt van intramurale GGZ-voorzieningen. Actuele gegevens zijn daarover niet voorhanden. Wel blijkt uit verschillende bronnen dat het aantal opnamen in ieder geval tot enkele jaren geleden groeide.

Zo blijkt uit gegevens van de NZa dat het jaarlijkse aantal eerste opnamen tussen 1995 en 2001 stabiel bleef, maar daarna begon te stijgen. In 2005 vinden inmiddels ruim 62.000 eerste opnamen plaats, dat is 18 % meer dan in 2001 (Van Hoof e.a., 2008).

Cijfers uit het databestand Zorgis van GGZ Nederland over de periode 2003-2005 bevestigen dit beeld. Het aantal cliënten dat (onder andere) gebruik maakt van 'residentiële' voorzieningen (exclusief jeugd en exclusief beschermd wonen) steeg in deze periode van 55.665 tot 63.156. In de cijfers is vermoedelijk ook een klein percentage heropnamen opgenomen, die geteld zijn als nieuwe cliënten.

Ook volgens de door het Julius Centrum ten behoeve van de toekomstverkenning aangeleverde gegevens van de psychiatrische casusregisters, is het aantal intramurale GGZ-gebruikers toegenomen, met dien verstande dat de regionale verschillen in de groeicijfers groot zijn en trendbreuken door administratieve oorzaken het beeld enigszins vertekenen. Voor zover mogelijk gecorrigeerd voor die trendbreuken groeit het totaal aantal intramurale GGZ-gebruikers in de periode 1991-2004 in de PCR-regio's gemiddeld met circa 2 % per jaar.

Een eerdere publicatie op basis van de PCR-gegevens bevestigt dit beeld. Volgens berekeningen van Pijl nam het jaarlijks aantal klinische cliënten in de PCR-regio's toe van 3.41 per 1000 volwassen inwoners in 1990 tot 4.40 per 1000 volwassen inwoners in 2004; een toename van 29 % in 14 jaar ofwel gemiddeld circa 2 % per jaar.

Recentere cijfers zijn wel voorhanden specifiek voor het aantal onvrijwillige opnamen. Dat aantal blijkt fors te groeien. In 2007 vonden in de hele zorgsector 17.611 onvrijwillige opnamen plaats; een stijging van 57 % ten opzichte van 2000. Vrijwel al deze onvrijwillige opnamen werden gerealiseerd in GGZ-instellingen (en een klein, resterend, deel in verpleeghuizen of instellingen voor gehandicaptenzorg; Hilderink e.a., in voorbereiding). De cijfers duiden er op dat binnen een stijgend totaal aantal jaarlijkse opnamen, niet alleen absoluut, maar ook procentueel het aandeel van de onvrijwillige opnamen toeneemt.

Als gezegd bevatten de opnamecijfers ook een klein aandeel heropnames. In algemene zin kunnen gebruikspatronen van intramurale GGZ sterk uiteenlopen, van een eenmalige opname of een aantal van kortdurende crisisopnamen in een jaar tot een aaneengesloten verblijf gedurende vele jaren. Enkele jaren terug hebben Wennink e.a. aan de hand van PCR-data verschillende gebruiksgroepen onderscheiden op basis van patronen van intramuraal zorggebruik in de vier jaar voorafgaande aan de peildatum. Tabel 7 geeft een overzicht van de bevindingen, waarbij zij aangetekend dat ook deze gegevens al van oudere datum zijn (peildatum 1998) en betrekking hebben op 20-65-jarigen.

Tabel 7. Gebruiksgroepen in de intramurale GGZ voor volwassenen (op basis van meerjarige gebruikspatronen)*

<i>Gebruiksgroep</i>	<i>Typierend voorbeeld</i>	<i>Omvang (% van totaal)</i>
Clïënten met een incidentele periode van intensieve zorg	cliënt is de afgelopen 4 jaar één keer kortdurend opgenomen geweest en heeft daarnaast regelmatig ambulante contacten	43
Draaideurcliënten	cliënt is de afgelopen 7 jaar minstens 4 keer opgenomen, daarnaast veel ambulante contacten	32
Gedwongen opgenomen cliënten	cliënt is de afgelopen 7 jaar minstens 4 keer klinisch opgenomen geweest, waarvan drie keer onvrijwillig	11
Verblijfscliënten	cliënt woont sedert jaren in een kliniek of een beschermende woonvorm	10
Recent opgenomen cliënten zonder GGZ-verleden	cliënt is in het afgelopen jaar opgenomen in kliniek of dagkliniek, heeft nooit eerder gebruik gemaakt van GGZ	4

* Leeftijdscategorie 20 – 65 jaar; peiljaar 1998

Bron: Wennink e.a., 2002

Tabel 7 laat zien dat volgens de gegevens van Wennink e.a. van alle volwassenen GGZ-clïënten die vier jaar voorafgaande aan de peildatum opgenomen zijn geweest, het bij circa de helft om een eenmalige opname ging. Bij iets minder dan de helft ging het om herhaalde opnamen, terwijl één op de tien al enkele jaren in een intramurale voorziening doorbrengt.

Trendcijfers over de omvang van bovenstaande groepen zijn niet voorhanden. Recenter cijfers zijn er wel over de verdeling van de intramurale GGZ-populatie over lang- en kortgebruikers en over de verdeling van de beschikbare capaciteit over beide groepen. Zo laten gegevens van GGZ Nederland uit 2005 zien dat van al diegenen die in dat jaar gebruik maakten van klinische voorzieningen, 22 á 24 % dat inmiddels meer dan een jaar deed (NB: gegevens zijn inclusief jeugdzorg, verslavingszorg en beschermd wonen) (GGZ, Nederland, 2007). De informatie uit de PCR-data, zoals die zijn aangeleverd door het Julius Centrum (en waarin beschermd wonen, jeugdzorg en verslavingszorg geëxcludeerd zijn) komen tot vergelijkbare verhoudingen. Ze laten zien dat van alle cliënten die in 2004 opgenomen zijn geweest, circa 24 tot 32 % in-

middels meer dan een jaar in een klinische voorziening verblijft. De gegevens laten ook zien dat dat aandeel in de loop van de tijd is afgenomen. Ofwel, met name het aantal cliënten dat kortdurend wordt opgenomen is gegroeid.

Zetten we de eerdere capaciteitsgegevens en bovenstaande gebruiksgegevens naast elkaar, dan constateren we dat het grootste deel – circa 60 % - van de intramurale capaciteit wordt bezet door een relatief kleine groep van langverblijvers, dat deze groep in absolute termen kleiner wordt (bij een meer dan compenserende groei van het aantal RIBW-bewoners) en dat de groep die kortdurend van de intramurale GGZ gebruik maakt, groeit. Deze ontwikkelingen kunnen bij de gegeven trends in de capaciteit van de intramurale GGZ overigens niet plaatsvinden zonder een verkorting van de gemiddelde opnameduur. Gegevens van GGZ Nederland wijzen erop dat die verkorting in ieder geval in de periode 2003-2005 inderdaad heeft plaatsgevonden. De gemiddelde opnameduur (van alle opgenomen cliënten, dus ook de langdurige opnamen) daalde in deze periode van 107 dagen naar 97 dagen.

De verkorting van de gemiddelde opnameduur van de totale populatie van intramurale GGZ-gebruikers neemt overigens niet weg dat er aanwijzingen zijn dat, wanneer we het beschermd wonen meetellen, onder de langverblijvers het aandeel groeit van de groep die al meer dan twee jaar in een GGZ-instelling verblijft. Volgens Wiersma en Pijl verbleef in 2004 van diegenen die meer dan een jaar in een GGZ-instelling verbleven, 80 % al tenminste twee jaar in een intramurale of semimurale voorziening. In 1998 bedroeg dit percentage volgens de gegevens van Wiersma en Pijl nog 74 %. Over recentere gegevens over de exacte opnameduur van de langverblijvers zijn geen publicaties voorhanden. Wel geven de data van Borgesius en Brunenberg uit 1999 een indicatie van de aantallen 'zeer lang-verblijvers': van diegenen die destijds tenminste een jaar aaneengesloten in een ggz-instelling doorbrachten, deed 58 % dat al meer dan 10 jaar en 35 % meer dan 20 jaar.

Resumerend:

Nederland beschikt internationaal gezien over een grote intramurale GGZ-capaciteit. Het grootste deel daarvan was in 2004 nog geconcentreerd op de terreinen van de psychiatrische ziekenhuizen (vooral de intramurale voorzieningen voor ouderen). Door de tijd heen volgt de omvang van de intramurale GGZ een golfbeweging. Tussen 1993 en 2004 is deze afgenomen, maar daarna weer licht gegroeid. Gelijktijdig is de capaciteit voor beschermd wonen sinds 1993 continue en vanaf 2004 versneld gegroeid. Per saldo is, anders dan in vrijwel alle ons omringende landen, de totale intramurale en semimurale GGZ-capaciteit tot 2004 min of meer gelijk gebleven en daarna gegroeid. Cliënten die kortdurend worden opgenomen, vormen de grootste en tevens een groeiende groep intramurale GGZ-gebruikers, maar het grootste deel van de intramurale capaciteit wordt bezet door langverblijvers. Tellen we de bewoners van het beschermd wonen mee, dan groeit ook de totale groep van deze langverblijvers in de GGZ.

2.4 Cliëntkenmerken, woonwensen en zorgbehoeften

Wat is bekend over de achtergronden van diegenen die van de intramurale GGZ gebruik maken, over de wensen of zorgbehoeften van betrokkenen en over de mate waarin betreffende voorzieningen daaraan tegemoet komen? Landelijke, representatieve gegevens zijn daarover slechts beperkt voorhanden. Samen met enkele lokale onderzoeken geven ze niettemin een indruk.

Kenmerken van intramurale GGZ-cliënten

Enige indicaties over de kenmerken en achtergronden van de cliënten van de intramurale GGZ, kunnen verkregen worden uit data van Wennink e.a. en van Wiersma en Pijl op basis van de PCR's, gegevens van Smits e.a. op basis van regionale zorgmonitors en gegevens van het eerder onderzoek van Borgesius en Brunenberg (Wennink e.a., 2002; Smits, e.a., 2009; Wiersma en Pijl, 2008; Wiersma, 2008; Borgesius en Brunenberg, 1999). Daarbij zij opgemerkt dat een deel van deze bronnen gedateerd is en dat trendcijfers nagenoeg ontbreken. We zetten kort de bevindingen uit bovenstaande onderzoeken op een rij.

Tabel 8 geeft een overzicht van enkele achtergrondkenmerken van de gebruiksgroepen die Wennink e.a. onderscheidde op basis van PCR-data.

Tabel 8. Kenmerken volwassen cliënten intramurale GGZ*				
<i>Gebruiksgroep</i>	<i>Gemiddelde leeftijd</i>	<i>Mannen (%)</i>	<i>Psychose als hoofddiagnose (%)</i>	<i>Allochtonen (%)</i>
Cliënten met een incidentele periode van intensieve zorg	40	48	28	16
Draaideurcliënten	40	40	29	12
Gedwongen opgenomen cliënten	39	60	58	30
Verblijfscliënten	45	55	57	13
Recent opgenomen cliënten zonder GGZ-verleden	40	45	24	5

* Leeftijdscategorie 20 – 65 jaar; peiljaar 1998
Bron: Wennink e.a., 2002

De tabel laat zien de gemiddelde leeftijd van de cliënten van de intramurale GGZ varieert tussen de 40 en 45 jaar. De verblijfspopulatie is gemiddeld het oudst (maar 65+ers zijn in het onderzoek van Wennink e.a. niet meegenomen). Onder de ver-

blijfspopulatie en bij de groep cliënten die gedwongen opnamen achter de rug hebben, zijn mannen in de meerderheid. Bij de draaideurcliënten en bij de recent opgenomen cliënten zonder GGZ-verleden gaat het in meerderheid om vrouwen. Een psychotische stoornis is relatief vaak (vergeleken bij de totale GGZ-populatie) de hoofddiagnose bij de intramurale GGZ-populatie. Van de verblijfspopulatie en de groep die gedwongen opgenomen is geweest heeft zelfs de meerderheid deze diagnose, bij de overige groepen een kwart tot een derde. Ten slotte laat de tabel zien dat vooral onder de groep die gedwongen opgenomen is geweest het aandeel allochtonen hoog is (bijna een derde). Bij de recent opgenomen cliënten zonder GGZ-verleden is dit aandeel juist laag (één op de twintig). Bij de overige groepen varieert het aandeel allochtonen van één op acht tot één op zes.

In een presentatie van Wiersma worden enkele aanvullende cijfers gegeven over de verblijfspopulatie (Wiersma, 2008). Volgens die gegevens kampt anno 2004 nog steeds het merendeel – 55 % - van de verblijfspopulatie met schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Op de tweede plaats staan persoonlijkheidsstoornissen met 22 %. Deze cijfers stemmen ook overeen met die uit het eerdere onderzoek van Borgesius en Brunenberg naar de verblijfspopulatie van de GGZ. Volgens deze auteurs leed 60 % van de verblijfspopulatie aan een psychotische stoornis en 18 % aan een persoonlijkheidsstoornis. Wiersma signaleert overigens dat het aandeel van de mannen in de verblijfspopulatie tussen 1996 en 2004 licht is toegenomen terwijl de gemiddelde leeftijd licht is afgenomen.

Gegevens van Smits en andere – verzameld in de periode 2004-2006 - zijn afkomstig uit een aantal regionale zorgmonitors en hebben betrekking op langdurig zorgafhankelijke (LZA) GGZ-cliënten. Van de deelpopulatie die (ook) gebruik maakt van intramurale voorzieningen is 60 % man, 20 % allochtoon en de gemiddelde leeftijd 44 jaar. Onder de deelpopulatie die gebruik maakt van beschermd wonen is volgens de gegevens van Smits e.a. 62 % man, 24 % allochtoon en de gemiddelde leeftijd 51 jaar. Over de overige achtergrondkenmerken van de totale LZA-populatie wordt nog gemeld dat 86 % ongehuwd of gescheiden is, dat 84 % geen werk heeft en dat 57 % ten hoogste lager onderwijs of lager beroepsonderwijs heeft gevolgd. Er worden in deze percentages geen grote verschillen gevonden tussen diegenen die recent wel of geen gebruik hebben gemaakt van intramurale voorzieningen of voorzieningen voor beschermd wonen. Het eerdere onderzoek van Borgesius en Brunenberg wees overigens ook al op een gemiddeld laag opleidingsniveau van de verblijfspopulatie: volgens deze gegevens had destijds 73 % maximaal lager beroepsonderwijs genoten. Bij de RIBW-cliënten was het opleidingsniveau iets hoger.

Als gezegd geven de beschikbare onderzoeksgegevens slechts een globale indicatie van de achtergronden van de cliënten van de intramurale GGZ. Ze laten zien dat het om een diverse populatie gaat, dat onder de verblijfspopulatie vooral mensen met psychotische stoornissen te vinden zijn en dat met name bij de LZA-cliënten onder de intramurale GGZ-populatie (niet per se alleen de langdurige verblijfscliënten) het gemiddelde opleidingsniveau laag is en het aandeel ongehuwden en niet-werkenden zeer hoog. Over *trends* in de achtergronden van de cliënten van de intramurale GGZ zijn geen studies voorhanden.

Woonwensen en zorgbehoeften

Intramurale GGZ-voorzieningen vervullen uiteenlopende functies, zo zagen we in paragraaf 2.3. Wat is bekend over de woonwensen, hulpvragen of zorgbehoeften waaraan deze voorzieningen tegemoet komen? Wat is bekend over de wensen en zorgbehoeften van (potentiële) intramurale GGZ-cliënten?

Beginnen we met de algemene zorgbehoeften op GGZ-gebied van de Nederlandse bevolking, dan komen we uit bij het eerste Nemesis-onderzoek uit 1997. Dat liet zien dat van al diegenen in de volwassen bevolking (tot 65 jaar) die volgens het gehanteerde instrumentarium aan een psychische stoornis lijden, ruim een derde enigerlei professionele hulp krijgt. Een zesde deel van de populatie krijgt hulp vanuit de tweedelijns GGZ. Van de groep die geen professionele hulp krijgt (twee derde van de totale populatie van mensen met psychische stoornissen), zegt een zesde deel daar wel behoefte aan te hebben. Deze 'onvervulde zorgbehoeften' komen vooral voor bij vrouwen en mensen met ernstiger symptomen. De Nemesis-data maken verder duidelijk dat vooral mensen die woonachtig zijn in de stedelijke gebieden, alleenwonenden en alleenstaande ouders en werklozen en arbeidsongeschikten een relatief grote behoefte aan GGZ-hulp hebben (van 't Land e.a., 2008).

Niet gespecificeerd wordt in het Nemesis-onderzoek welke soort GGZ-hulp in de zorgbehoeften van betrokkenen zou kunnen voorzien. Niet gespecificeerd is ook voor hoeveel personen intramurale GGZ-voorzieningen *in de gegeven omstandigheden* voor de betrokkenen de meest geschikte hulpvorm zou zijn om aan die behoeften tegemoet te komen.

Uitgebreidere informatie over typen zorgbehoeften is wel voorhanden over de groep langdurige zorgafhankelijke GGZ-cliënten. Met name de Monitor Langdurige Zorg van Smits e.a. (2009) geeft daar zicht op. In de Monitor Langdurige Zorg zijn de gegevens bijeengebracht uit zes regionale zorgmonitors. Elk van deze monitors heeft betrekking op de zorg voor (en soms op specifieke zorgvormen voor) mensen die langdurig op GGZ-hulp zijn aangewezen. De gegevens hebben betrekking op de jaren 2004-2006. Bij het verzamelen van de gegevens over zorgbehoeften is grotendeels gebruik gemaakt van de Camberwell Assessment of Need. Tabel 9 geeft een overzicht van de resultaten.

De tabel laat zien dat zorgbehoeften van LZA-cliënten zich vooral bevinden op psychisch gebied (onwelbevinden, psychotische symptomen en zingeving/herstel), sociale relaties (gezelschap) en activiteiten overdag. Over het geheel genomen ervaart men op 39 % van de domeinen een zorgbehoefte, bij bovenstaande domeinen is dat boven de 60 %. Belangrijk zijn echter ook de 'onvervulde zorgbehoeften'. In algemene zin zijn volgens Smits e.a. 42 % van de zorgbehoeften niet vervuld. In absolute zin zijn er vooral onvervulde zorgbehoeften op de terreinen gezelschap, zingeving/herstel, activiteiten overdag, psychisch onwelbevinden en intieme relaties. Op deze terreinen ervaart 35 % of meer een onvervulde zorgbehoefte. In relatieve zin, dat wil zeggen alleen wanneer er een zorgbehoefte op het betreffende domein is, concentreren de onvervulde zorgbehoeften zich op het sociale terrein: intieme relaties, seksualiteit, gezelschap, betaald werk en zingeving/herstel. Voor twee derde tot drie kwart van diegenen die op deze terreinen een zorgbehoefte hebben, is die behoefte niet vervuld. "Het zijn met name deze terreinen waarbij de hulpverlening geen passend antwoord heeft," aldus Smits e.a. (2009).

Er zijn overigens ook domeinen waar de hulpverlening naar verhouding juist goed mee uit de voeten kan: vervulde zorgbehoeften. Hier figureren vooral de basale behoeften: zorg voor het huishouden, voeding, veiligheid voor zichzelf, uitkeringen en informatieverstrekking over de toestand en de behandeling. Voor steeds ongeveer drie kwart van diegenen die op deze terreinen een zorgbehoefte hebben, is die behoefte vervuld, zo geven Smits e.a. aan. Kijken we specifiek naar het domein 'wonen', dan zien we dat deze een middenpositie inneemt, zowel in de lijst van zorgbehoeften (46 %), als in die van de onvervulde zorgbehoeften (16 %). Wat precies de (onvervulde) behoeften zijn op het gebied van wonen, kan uit de data van Smits e.a. niet worden opge- maakt.

Tabel 9. Zorgbehoeften en onvervulde zorgbehoeften van LZA-cliënten (N=3195-3610)

<i>Domein</i>	<i>Zorgbehoefte(%)</i>	<i>Onvervulde zorgbehoefte (%)</i>
Wonen	46,4	16,0
Voeding	44,8	12,6
Zorg voor het huishouden	52,2	12,3
Zelfverzorging	30,4	11,0
Activiteiten overdag	64,3	36,4
Lichamelijke gezondheid	47,8	19,0
Psychotische symptomen	65,4	22,9
Informatie	45,4	14,2
Psychisch onwelbevinden	76,5	35,1
Veiligheid voor zichzelf	25,3	7,2
Veiligheid voor anderen	20,0	6,9
Alcohol	19,3	7,5
Drugs	25,7	15,2
Gezelschap	60,5	39,7
Intieme relaties	45,2	35,0
Beleving van de seksualiteit	32,0	24,3
Zorgen voor de kinderen	16,1	6,8
Elementair onderwijs	17,4	6,5
Telefoon	11,9	4,5
Vervoer	20,8	7,5
Geld	53,0	16,7
Uitkeringen	32,4	9,1
Betaald werk ¹	52,1	32,5
Bijwerkingen medicatie ¹	38,7	16,8
Zingeving en herstel ¹	61,9	38,2

¹ Deze items behoren niet tot de standaarditems van de CAN en zijn daarom niet overal gebruikt.

Bron: Smits e.a., 2009

Zorgbehoeften van cliënten zijn in de rapportage van Smits e.a. ook geordend naar het type zorg waarvan de cliënt op dat moment gebruik maakt. Onderscheiden worden: extensief ambulante hulp, intensief ambulante hulp, dagklinische/deeltijdbehandeling, beschermd wonen en intramurale GGZ. Daarbij blijkt dat het percentage zorgbehoeften bij de intramurale cliënten iets boven het gemiddelde ligt (42 % versus 39 %) en het percentage onvervulde zorgbehoeften ongeveer op het gemiddelde (17 % versus 16 %). Meer dan gemiddeld hebben intramurale cliënten zorgbehoeften op het domein van activiteiten overdag (73 %). Ook hebben intramurale cliënten meer dan gemiddeld zorgbehoeften op het terrein van psychotische symptomen (71 %). Bij de onvervulde zorgbehoeften staan bij de intramurale cliënten de domeinen gezelschap, activiteiten overdag, betaald werk en intieme relaties bovenaan. Op elk van deze terreinen is het percentage onvervulde zorgbehoeften ook iets hoger dan bij de andere LZA-clieënten. Opmerkelijk is verder dat in het beschermd wonen het grootste percentage zorgbehoeften genoteerd wordt (48 %), terwijl het percentage onvervulde zorgbehoeften er juist het laagst is (11 %).

Ook bij een ordening van cliënten naar leeftijdscategorieën ontstaat een opvallend patroon: hoe ouder de patiënten, hoe meer behoeften, maar ook hoe minder onvervulde zorgbehoeften. De behoeften van ouderen concentreren zich meer op basale behoeften rond wonen, huishouding, voeding, lichamelijke gezondheid en vervoer, terwijl de jongeren meer zorgbehoeften hebben op de domeinen intieme relaties/seksualiteit, betaald werk en alcohol en drugs.

In het algemeen concluderen Smits e.a. dat de zorg die LZA-clieënten ontvangen passender is op het terrein van de bescherming en praktische zorg dan op het terrein van ontplooiing. Relaties, sociale contacten, activiteiten, werk en zingeving zijn de domeinen waarop de zorg het antwoord gedeeltelijk nog schuldig moet blijven. Dat lijkt in de intramurale GGZ nog in iets sterkere mate te gelden dan daarbuiten.

Het onderzoek van Smits e.a. oriënteerde zich op de gehele LZA-populatie. Sinds 1996 heeft een aantal andere onderzoeken plaatsgevonden, die zich toespitsen op de zorgbehoeften, de kwaliteit van leven en/of de woonwensen van intramurale GGZ-clientèle.

Een eerste, brede rapportage over de intramurale GGZ-clieënten dateert al van 1996 en is afkomstig van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De RVZ concentreerde zich op de vraag naar de huisvestingsbehoefte van de 'zittende' intramurale GGZ-populatie en concludeerde dat met name een groot deel van de populatie die op dat moment langdurig in de intramurale GGZ verbleef, beter af zou zijn in minder geïnstitutionaliseerde voorzieningen of in zelfstandige huisvesting.

Volgens de beredeneerde maar 'tentatieve' schatting van de RVZ zou slechts 10 tot 30 % (1.200 tot 3.600 personen) van de op dat moment langdurig in de intramurale GGZ verblijvende patiënten dusdanig gehandicapt zijn dat ze zich niet in maatschappij kunnen handhaven, niet willen of kunnen normaliseren en intensief beschermd moeten worden. Die bescherming dient dan een tweeledig doel: de patiënt beschermen tegen de samenleving en tegelijkertijd ook de samenleving tegen de patiënt. Kenmerken van de populatie zijn volgens de RVZ: onvoldoende copingmechanismen, ernstige cognitieve desoriëntaties, onvoldoende mogelijkheden om prikkels van de samenleving aan te kunnen en de aanwezigheid van ernstige gedragsstoornissen.

Naast bovenstaande groep zou ongeveer 20 % (2.400 personen) van de op dat moment langdurig in de intramurale GGZ verblijvende patiënten zeer verplegings- en verzorgingsbehoefstig zijn (de kenmerken van deze groep worden niet nader gespecificeerd). Bij elkaar opgeteld betekent dit dat in totaal 3.600 tot 6.000 patiënten aanwezig zouden zijn op intensieve bescherming of verpleging.

De andere 50 % tot 70 % van de feitelijke verblijfspopulatie (6.000 tot 8.400 personen) zou elders kunnen wonen en zou dat volgens de RVZ ook willen. Zij zouden kunnen doorstromen naar zelfstandig wonen met aanvullende zorg ('wonen plus'), beschermd wonen of naar een verzorgingshuis. Ook moet voor een deel van deze groep de mogelijkheid blijven bestaan om met ondersteuning (begeleiding, dagbesteding) op of in nabijheid van het APZ te blijven wonen, aldus het RVZ.

Op basis van deze tentatieve berekeningen becijferde het RVZ de *totale* benodigde (kortdurende en langdurende) intramurale en semimurale capaciteit voor 2005 op 23.000 bedden. Dat zou vanaf 1996 een afbouw van circa 6.000 bedden betekenen. Van die 23.000 plaatsen zouden er 12.250 bestemd zijn voor het chronisch circuit, inclusief beschermd wonen.

In 1999, kort na het verschijnen van het RVZ-rapport, voerden Borgesius en Brunenberg een uitgebreid empirisch onderzoek uit naar de woonwensen en zorgbehoeften van een representatieve populatie van langverblijvers in de GGZ. Ze kwamen tot vergelijkbare conclusies als de RVZ.

Bij een steekproef van 1.135 langdurig (langer dan een jaar) in de intramurale ggz verblijvende patiënten onderzochten Borgesius en Brunenberg de kenmerken, zorgbehoeften en woonwensen van betrokkenen. Zij stelden vast dat 8 % van de patiënten volgens het oordeel van de hulpverleners het beste af is op een afdeling van een psychiatisch ziekenhuis. Voor de overigen is wonen op of nabij het terrein of in een eigen woning 'in de wijk' aangewezen. Tabel 10 geeft een overzicht van de door hulpverleners meest geschikt geachte en door patiënten zelf gewenste verblijfplaats.

(Borgesius en Brunenberg geven overigens geen nadere typering van de verschillende categorieën verblijfplaatsen).

Tabel 10. De door hulpverleners als meest geschikt geachte en door langdurig intramuraal verblijvende patiënten zelf gewenste verblijfplaats (in procenten)

	<i>Hulpverlener</i>	<i>Patiënt</i>
Afdeling van het APZ	8	12
Een woning op het terrein	29	18
Een afdeling of woning dichtbij het APZ	32	14
Een gewoon woonhuis in een dorp of stad	32	55

Bron: Borgesius en Brunenberg, 2008.

De tabel laat zien dat slechts een klein deel van de cliënten volgens de hulpverleners, maar ook volgens de cliënten zelf het beste af is op een afdeling van het ziekenhuis (zij het dat iets meer cliënten dan hulpverleners hiervoor kiezen). De tabel laat ook

zien dat volgens de hulpverleners een derde geheel zelfstandig (ook niet per se in de buurt van het ziekenhuis) kan wonen, maar dat meer dan de helft van de cliënten voor deze variant kiest. Verder laat de tabel zien dat volgens de hulpverleners voor twee derde een woning op of bij het ziekenhuisterrein het meest geschikt is; van de cliënten kiest slechts een derde voor deze variant.

Hulpverleners en cliënten werden in het onderzoek van Borgesius en Brunenberg ook naar een aantal aanvullende kenmerken van de meeste geschikte/gewenste huisvesting gevraagd. Van de cliënten sprak 31 % de wens uit voor een geheel eigen woning en 60 % voor een woning met een paar andere mensen. Hulpverleners achtten slechts voor 10 % een eigen woning geschikt en koos voor 88 % van de cliënten voor een woning met anderen. Patiënten hadden wel behoefte aan regelmatige ondersteuning, hulp en/of verpleging: een kwart het liefst dag en nacht, een derde tot de helft alleen overdag en een derde enkele keren per week of naar behoefte. Hulpverleners kwamen tot vergelijkbare oordelen over de benodigde ondersteuning.

Borgesius en Brunenberg constateerden ook dat de door hulpverleners geschikt geachte woonplekken deels los staan van de zorgbehoeften van de patiënten. Tabel 11 geeft een overzicht van de meest geschikt geachte woonplek voor patiëntengroepen met respectievelijk een grote, matige en kleine zorgbehoefte, geëxtrapoleerd naar alle volgens de gegevens van Borgesius en Brunenberg in 1996 in intramurale en semimurale voorzieningen verblijvende patiënten.

Tabel 11. Door hulpverleners geschikt geachte verblijfplaats voor patiëntengroepen met een kleine, matige en grote zorgbehoefte (in absolute aantallen, geëxtrapoleerd naar de landelijke situatie)

<i>Meest geschikte verblijfplaats</i>	<i>Pat. met kleine zorgbehoefte</i>	<i>Pat. met matige zorgbehoefte</i>	<i>Pat. met grote zorgbehoefte</i>	<i>Totaal</i>
Afdeling APZ	160	1000	400	1560
Wonen op het terrein	1200	2550	600	4350
Wonen bij het ziekenhuis	2200	2950	600	5750
Wonen in de wijk	4540	1400	0	5940
<i>Totaal</i>	<i>8100</i>	<i>7900</i>	<i>1600</i>	<i>17600</i>

Bron: Borgesius en Brunenberg, 1999

De tabel laat zien dat lang niet al diegenen met een grote zorgbehoefte volgens de hulpverleners het beste af zijn op een afdeling van een APZ. De tabel laat ook zien dat voor een kleine groep cliënten met een kleine zorgbehoefte wel wordt gekozen voor een APZ-afdeling. Klaarblijkelijk spelen ook andere factoren een rol bij de keuze voor de meest geschikte verblijfsplaats (bijvoorbeeld de door het RVZ genoemde factoren zoals copingvaardigheden, het cognitieve functioneren en eventuele gedragsstoornissen).

Tabel 11 laat ook zien dat voor circa 6.000 cliënten wonen in een ziekenhuisafdeling of op terrein van het ziekenhuis het meest geschikt geacht wordt. Dat komt ongeveer overeen met het aantal dat volgens het RVZ is aangewezen op intensieve bescherming danwel intensieve verzorging en verpleging. Het is echter beduidend minder dan

de hierboven in paragraaf 2.3 voor 2005 berekende feitelijk intramurale capaciteit voor langdurige zorg / verblijf (bijna 11.000 plaatsen). De door het RVZ voorziene afbouw van circa 6.000 bedden tussen 1996 en 2005 heeft klaarblijkelijk maar voor een klein deel plaatsgevonden (zie ook paragraaf 4.2).

Na het onderzoek van Borgesius en Brunenberg hebben nog een aantal andere, waaronder lokale onderzoeken plaatsgevonden naar enerzijds de kwaliteit van zorg en anderzijds de woonwensen, zorgbehoefte en de kwaliteit van leven van cliënten in de intramurale GGZ. Deze onderzoeken bevestigen het beeld dat ook uit het onderzoek van Smits e.a. naar voren komt, namelijk dat van een gebrek aan bezigheden, sociale relaties en zingeving. Van Wijngaarden e.a. publiceerden in 2001 het onderzoeksrapport *Een keten van lege zondagen* over de zorg aan cliënten in 23 intramurale afdelingen van zes psychiatrische ziekenhuizen. Uit het onderzoek bleek dat met name op het gebied van dagactiviteiten de zorg tekort schoot en de kwaliteit van leven laag was. Een door hulpverleners ontwikkelde standaard schreef voor dat per week per cliënt vijf tot tien uur per week aan dagactiviteiten besteed zou moeten worden. In de praktijk bleek gemiddeld 35 minuten geleverd te worden. 'Patiënten brengen driekwart van de dag door met niets doen', zo stelden de onderzoekers vast. De beeldspraak "Een keten van lege zondagen" is ontleend aan het beeld van de cliënt voor wie elke dag vergelijkbaar is met een zondag waarop men tot niet veel meer komt dan op bed liggen, eten, koffie drinken, roken en misschien een korte wandeling of kijken naar TV. Ook op andere terreinen werden tekortenesignaleerd. Zo werd van de vereiste minimale contacttijd tussen hulpverlener en cliënt (80 minuten per dag), gemiddeld slechts 35 minuten gerealiseerd. Van Wijngaarden e.a. constateerden verder dat "er grote tekorten [zijn] in psychiatrische ziekenhuizen op het gebied van het aanbod van behandeling en activiteiten, van materialen, voorzieningen en diensten. Bovendien beschikken patiënten over te weinig vrij te besteden financiële middelen." (Van Wijngaarden e.a., 2001)

Het CBZ voerde naar aanleiding van het onderzoek van Van Wijngaarden e.a. in 2003 en in 2004 onderzoek uit, specifiek naar de huisvestingssituatie van cliënten in de intramurale GGZ. Uit dat onderzoek bleek dat, hoewel er verbeteringen hadden plaats gevonden ten opzichte van een eerdere peiling in 1996, ruim een derde van de cliënten in algemene GGZ-instellingen op kamers verbleef die niet voldoen aan de minimumeisen voor bestaande bouw. Het ging met name om langdurige verblijfspatiënten, waaronder ouderen en patiënten op afdelingen voor (zeer) intensieve behandeling (CBZ, 2003, 2004a).

Nieuw onderzoek van Van Wijngaarden e.a. uit 2003, naar de zorgbehoefte van cliënten van zes intramurale GGZ-voorzieningen, bevestigde nogmaals het beeld dat juist de cliënten van de LZA-afdelingen op het terrein van een APZ in een weinig benijdenswaardige positie verkeren. Van de cliënten van zeven verschillende typen ('modulen') van intramurale GGZ-voorzieningen waren de zorgbehoefte van de cliënten op de LZA-afdelingen het grootst, maar werden deze zorgbehoefte tegelijk het minst vervuld. "Het beeld wat hier opdoemt is dat wat in de afgelopen jaren als 'zorgverschraling' of 'tekorten in de zorg' is aangeduid", aldus Van Wijngaarden e.a.. Het onderzoek bevestigde verder het beeld dat cliënten van de intramurale GGZ vooral behoefte hebben aan enerzijds hulp bij het psychische functioneren (70 %) en anderzijds hulp bij dagactiviteiten (56 %) en sociale contacten (54 %). Maar ook gaf

53 % van de intramurale GGZ-cliënten aan behoefte aan hulp te hebben op het gebied van huisvesting; daarvan gaf 43 % aan niet voldoende hulp op dit terrein te krijgen en 46 % gaf aan niet de juiste hulp te krijgen (Van Wijngaarden e.a., 2003).

In 2005 herhaalden van Wijngaarden e.a. bij twee GGZ-instellingen nog eens het eerdere onderzoek van *Een keten van lege zondagen* (Van Wijngaarden e.a., 2005a, 2005b). Naast cliënten op klinische afdelingen werden ook cliënten van de beschermende woonvormen (Bw) en van het begeleid zelfstandig wonen (Bzw) in het onderzoek betrokken. Verder werden de kwaliteit van leven en de zorgwensen van de cliënt als uitkomstmaat meegenomen. Uit de resultaten bleek dat bij de cliënten van Bw en Bzw, vergeleken met de cliënten op de klinische afdelingen, sprake was van een meer genormaliseerd en sociaal geïntegreerd leven. Bij de klinische afdelingen "is het leven meer naar binnen gekeerd" en is de zorg vooral gericht op "de verzorgende en verpleegkundige aspecten van het verblijf op een afdeling." Toch verblijven ook de BW en BZW-cliënten het overgrote deel van de dag alleen in huis, en gaat een groot deel van dag op aan ongerichte activiteiten als koffie drinken en een shagje roken. "Er is misschien geen sprake meer van 'lege zondagen', maar ook niet van een goedgevulde dag" (Van Wijngaarden e.a, 2005b).

We noemen tot slot een onderzoek van Kwekkeboom e.a., uit 2006, naar de woonwensen, kwaliteit van leven en zorgbehoeften van de bewoners van beschermende woonvormen (Kwekkeboom e.a., 2006). Kwekkeboom e.a. stellen vast dat het zo zelfstandig mogelijk wonen, het hebben van een eigen ruimte en (meer) zeggenschap over doen en laten voor de respondenten in hun onderzoek bijzonder belangrijk zijn. Dat zelfstandig wonen ook betekent dat men vaker alleen is en meer moeite moet doen om sociale contacten te leggen, werd door betrokkenen niet als een probleem gezien. De eenzaamheid die velen zeiden te ervaren, werd niet aan het alleen wonen geweten; ook in een instelling, te midden van een groep mensen, kan men zich eenzaam voelen. Verder gaven de meeste respondenten aan dat men weer wil gaan werken en deelnemen aan de samenleving (Kwekkeboom, 2006). Overigens blijkt ook uit ander onderzoek dat cliënten van voorzieningen voor langdurige GGZ in meerderheid (weer) betaald zouden willen werken (Van Hoof e.a., 2004).

Resumerend:

De enigszins gefragmenteerde onderzoeksgegevens over de achtergronden, woonwensen en de zorgbehoeften van (potentiële) intramurale GGZ-gebruikers laten zien dat het veelal om personen gaat met een lage opleiding, zonder werk en - vooral in de langdurige, intramurale GGZ - relatief vaak met psychotische klachten. De gegevens laten ook zien dat het overgrote deel het liefst zo zelfstandig mogelijk woont, al dan niet samen met anderen. De behoefte aan zorg staat voor een belangrijk deel los van deze woonwensen. We concluderen verder dat LZA-cliënten en in het bijzonder de cliënten van intramurale GGZ-voorzieningen vooral behoefte hebben aan (hulp bij) sociale contacten, relaties, een zinvolle dagbesteding, zingeving en het psychisch welzijn. De intramurale GGZ, zo laten verschillende onderzoeken zien, heeft cliënten in dit opzicht (te) weinig te bieden en is vooral gericht op het vervullen van de dagelijkse verpleegkundige en verzorgende taken.

2.5 Samenvatting

Cijfers over het voorkomen van psychische aandoeningen, al dan niet ernstig of langdurig, lopen uiteen, mede tengevolge van het gebruik van uiteenlopende criteria en meetinstrumenten. Er zijn echter geen aanwijzingen voor stijgende prevalentiecijfers in de afgelopen decennia. Wel neemt het GGZ-gebruik toe: het aantal personen dat een beroep doet op de GGZ groeit continu. Ook het aantal mensen dat langdurig van de GGZ (waaronder intramurale GGZ) gebruik maakt, is de afgelopen periode toegenomen.

Nederland beschikt internationaal gezien over een grote intramurale GGZ-capaciteit. Het grootste deel daarvan was in 2004 nog geconcentreerd op de terreinen van de psychiatrische ziekenhuizen (vooral de intramurale voorzieningen voor ouderen) (recentere cijfers zijn niet voorhanden). Door de tijd heen volgt de omvang van de intramurale GGZ in Nederland een golfbeweging. Tussen 1993 en 2004 is deze afgenomen, maar daarna weer licht gegroeid. Gelijktijdig is de capaciteit voor het beschermd wonen sinds 1993 continu en vanaf 2004 versneld gegroeid. Per saldo is, anders dan in vrijwel alle ons omringende landen, de totale intramurale en semimurale GGZ-capaciteit tot 2004 min of meer gelijk gebleven en daarna gegroeid.

Cliënten die kortdurend worden opgenomen, vormen de grootste en tevens een groeiende groep intramurale GGZ-gebruikers, maar het grootste deel van de intramurale capaciteit wordt bezet door langverblijvers. Tellen we de bewoners van het beschermd wonen mee, dan groeit ook de totale groep van deze langverblijvers in de GGZ.

Zetten we de enigszins gefragmenteerde onderzoeksgegevens op een rij over de achtergronden, woonwensen en de zorgbehoeften van (potentiële) intramurale GGZ-gebruikers, dan laten deze zien dat het veelal gaat om personen met een lage opleiding, zonder werk en - vooral in de langdurige, intramurale GGZ - relatief vaak psychotische klachten. De gegevens laten ook zien dat het overgrote deel het liefst zo zelfstandig mogelijk woont, al dan niet samen met anderen. De behoefte aan zorg staat voor een belangrijk deel los van deze woonwensen. LZA-cliënten en in het bijzonder de cliënten van intramurale GGZ-voorzieningen hebben vooral behoefte aan (hulp bij) sociale contacten, relaties, een zinvolle dagbesteding, zingeving en het psychisch welzijn. De intramurale GGZ, zo laat een reeks van onderzoeken in de afgelopen jaren zien, heeft cliënten op deze terreinen te weinig te bieden.

3 Determinanten van de vraag naar en het gebruik van intramurale GGZ

3.1 Inleiding

In de inleiding van hoofdstuk 2 stelden we al vast dat een gearticuleerde vraag naar intramurale GGZ in de praktijk niet veel voorkomt. Eerder zal er sprake zijn, zo gaven we aan, van bepaalde "meer of minder scherp af te bakenen, persoonlijk gevoelde of door anderen gesignaleerde psychische of sociale problemen, zorgwensen en zorgbehoeften (aan bescherming, ondersteuning, aandacht, hulp, opvang, etc.), waar in de ogen van betrokkenen *in de gegeven omstandigheden* het beste door een bepaalde voorziening aan tegemoet gekomen kan worden".

Zo beschouwd is de "vraag naar intramurale GGZ" de resultante van een complex samenstel van factoren, waar problemen, wensen en zorgbehoeften in de bevolking, maar ook het bestaande intramurale aanbod, de aard van dat aanbod en de beschikbaarheid van alternatieven een belangrijke rol in spelen. Die lijst van potentiële factoren en determinanten is lang en omvat onder andere:

Rondom zorgbehoeften:

- Prevalentie van psychische stoornissen
- Ervaren beperkingen van mensen met psychische stoornissen
- Draaglast van mensen met psychische stoornissen
- Beschikbare informele ondersteuning voor mensen met psychische stoornissen
- Draaglast van de omgeving
- Ervaren handicaps van mensen met psychische stoornissen
- Sociale en maatschappelijke omstandigheden van mensen met psychische stoornissen
- Ervaren sociale en maatschappelijke barrières voor mensen met psychische stoornissen

Rondom het beschikbare intramurale aanbod:

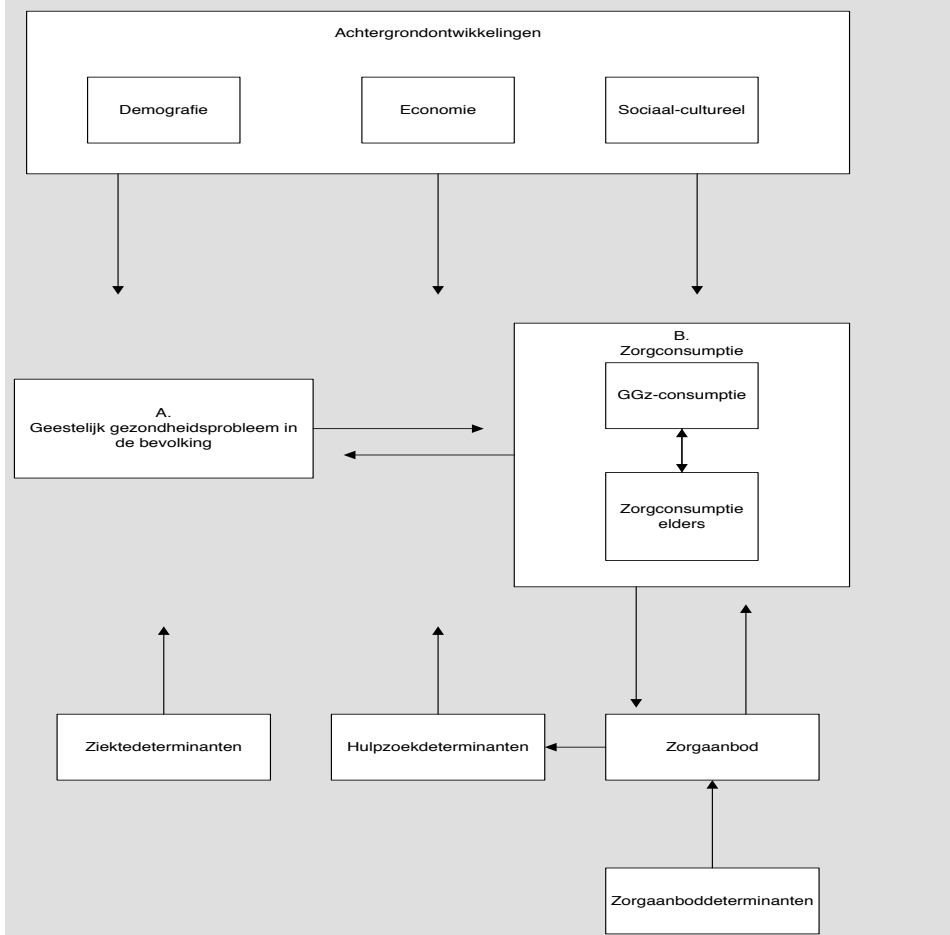
- Beschikbare middelen voor intramurale capaciteit
- Economische incentives voor het ontwikkelen van intramurale voorzieningen
- Bezettingsgraad van en wachtlijsten voor deze capaciteit
- Zorginhoudelijke ontwikkelingen (visie, kennis, methodieken) in de GGZ
- Beleidsontwikkelingen in de zorg en de GGZ
- Ontwikkelingen in het zorgstelsel
- Overige historische, culturele en maatschappelijke factoren

Rondom de alternatieven voor intramurale zorg:

- Beschikbaarheid van intensieve ambulante ondersteuningsvormen
- Beschikbaarheid van voor- en nazorg
- Beschikbaarheid van acute ambulante hulp
- Beschikbaarheid van een maatschappelijk ondersteuningsaanbod ('steunsysteem').
- Organisatie van de zorg (verwijspatronen, e.d.)
- Zorginhoudelijke ontwikkelingen (visie, kennis, methodieken)
- Financieringsmogelijkheden van deze alternatieven
- Draagvlak voor deze alternatieven onder stakeholders
- Maatschappelijke acceptatie van deze alternatieven

Het overzicht laat zien dat in essentie een veelheid aan epidemiologische, sociaal-psychologische, maatschappelijke, culturele, financieel-economische, beleidsmatige en andere factoren, elk langs verschillende wegen, maar ook in voortdurende wisselwerking met elkaar, bepalen hoe de uiteindelijke constellatie van zorgbehoeften, zorgaanbod, zorgvragen en zorggebruik er op enig moment in een bepaald land of een bepaalde regio uit ziet. Pogingen om die interdependenties te modelleren zijn altijd simplificaties van de werkelijkheid, al geven sommige modellen wel een goede indruk van de complexiteit van de vraagstukken rond zorgvraag en zorggebruik. Een goed voorbeeld daarvan is het model dat in 1990 werd ontwikkeld door de Scenario-commissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke gezondheidszorg (1990). Figuur 1 toont dit model.

Figuur 1. Determinanten van GGZ-gebruik volgens de Scenario-commissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke gezondheidszorg.



Bron: Scenario-commissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke gezondheidszorg (1990).

Het complex van factoren dat, in onderlinge wisselwerking, de vraag naar en het gebruik van de (intramurale) GGZ bepaalt, maakt ook dat er grote regionale en interna-

tionale verschillen kunnen ontstaan in het gebruik van intramurale GGZ (zie hoofdstuk 2). Voor de doelstelling van dit rapport is het dan ook niet zinvol lang stil te staan bij de *potentiële* determinanten van de vraag naar of het gebruik van intramurale GGZ en de *potentiële* interdependenties daartussen. Belangrijker is de vraag wat de drijvende factoren zijn geweest, gegeven de complexe interdependenties, achter de *feitelijke* ontwikkelingen in de Nederlandse intramurale GGZ in de afgelopen vijftien jaar, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk.

Deze vraag hebben we voorgelegd aan het expertpanel. In de volgende paragraaf bespreken we de analyses en verklaringen van het panel. Vervolgens plaatsen we het oordeel van het expertpanel naast de verklaringen zoals die naar voren komt uit internationale literatuur over de ontwikkelingen van de intramurale GGZ in de West-Europese landen. In paragraaf 3.4 vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

3.2 Oordeel van het expertpanel

In de periode juli-augustus 2009 hield het Trimbos-instituut een schriftelijke raadpleging onder een expertpanel over de ontwikkelingen in de intramurale GGZ voor volwassenen en ouderen (exclusief de verslavingszorg en de forensische GGZ). Deze schriftelijke ronde werd gevolgd door twee consensusbijeenkomsten in september 2009. Het expertpanel bestond uit twaalf personen, elk met een zeer ruime expertise en ervaring in de GGZ, vanuit wetenschap, beleid, bestuur of een combinatie van deze werkvelden. Verder bestond het panel uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliënten en de inspectie.

Het expertpanel werd gevraagd om een duiding van de trends in de intramurale GGZ in de voorbije periode en om een prognose van toekomstige ontwikkelingen. In deze paragraaf bespreken we het eerste deel van vraagstelling aan het panel: de duiding van de trends tot nu toe.

In een korte notitie bij de schriftelijke raadplegingsronde werden de belangrijkste cijfermatige trends, zoals uitgebreid besproken in het vorige hoofdstuk, voor de panelleden samengevat. Het panel werd gevraagd om een verklaring van de volgende vijf trends:

- I. de krimp van de intramurale GGZ tussen 1996 en 2004;
- II. de trendbreuk in de ontwikkeling van de intramurale GGZ in 2004 en de lichte groei van de intramurale GGZ tussen 2004 en 2007;
- III. de gestage groei van het beschermd wonen tussen 1995 en 2004 en de versnelde groei vanaf 2004;
- IV. de stijging van de totale capaciteit voor intramurale en semimurale GGZ tussen 1995 en 2007;
- V. de relatief grote intramurale GGZ in Nederland in vergelijking tot die in de omliggende landen.

Hieronder presenteren we antwoorden van de panelleden. Uiteraard waren de afzonderlijke reacties van de panelleden niet altijd identiek. Ze waren wel aanvullend op elkaar. Gezamenlijk resulteerden ze over het algemeen in een coherent beeld van de achtergronden en belangrijkste determinanten van de gesignaleerde trends.

I. Verklaringen voor de krimp van de intramurale GGZ tussen 1996 en 2004:

** Draagvlak voor vermaatschappelijking:*

- Er bestond in deze periode een breed draagvlak voor substitutie van bedden naar semimurale en extramurale zorg, voor vermaatschappelijking, voor regionalisering, voor het korter opnemen van mensen met psychische aandoeningen en voor revalidatie en maatschappelijke participatie van mensen met langdurige psychische aandoeningen.

** Beleid met betrekking tot extramuralisering en zorgvernieuwing:*

- Cruciaal was volgens vrijwel alle panelleden dat er in het kader van dit streven naar vermaatschappelijking, sprake was van een gericht beleid en gerichte sturing van de overheid.
- Onderdeel van dit beleid was een sterke financiële prikkel om semimurale en ambulante alternatieven te ontwikkelen en om intramurale capaciteit af te bouwen.
- Tengevolge van het streven naar vermaatschappelijking en van het ondersteunende beleid ontstond er een groei van het aantal deeltijdvoorzieningen, extramurale voorzieningen als psychiatrische thuiszorg, begeleid wonen, casemanagement en later ACT (Assertive Community Treatment) en van de beschermende woonvormen.

** Samenvattend:* De krimp van de intramurale GGZ tussen 1996 en 2004 was volgens het expertpanel vooral het resultaat van gericht extramuraliserings- en zorgvernieuwingbeleid van de rijksoverheid in een breder klimaat van vermaatschappelijking en van een streven naar maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen.

II. Verklaringen voor de trendbreuk in de ontwikkeling van de intramurale GGZ in 2004 en de lichte groei van de intramurale GGZ tussen 2004 en 2007:

** Maatschappelijke context verhardt:*

- De samenleving betoonde zich weinig uitnodigend tegenover mensen met ernstige psychische beperkingen. Het psychiatrisch stigma bleek hardnekkig.
- De angst voor overlast nam toe.
- De intolerantie tegenover mensen met ernstige psychische beperkingen groeide. De houding tegenover deze groep verhardde.
- Het maatschappelijke klimaat keerde in deze periode tegen verdere beddenreductie.

** Beleidsomslag:*

- Vermaatschappelijking, extramuralisering en participatie zijn in korte tijd geheel van de beleidsagenda van de rijksoverheid verdwenen.
- De overheid biedt weer meer ruimte voor extra bedden.

* *Financiële prikkel voor intramurale groei:*

- De overheid biedt niet alleen meer ruimte; het loont ook weer om mensen op te nemen; er is een financiële prikkel voor meer klinische productie.
- Na overheveling van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet neemt de stimulans tot intramurale productie nog verder toe; door marktwerking zijn bedden nog belangrijker 'cash-cows' voor de instellingen geworden; met name AWBZ bedden zijn een grote en zekere bron van inkomsten.
- Volgens sommige panelleden vindt de groei vooral plaats in de vorm van specialistische klinieken of woonvoorzieningen (bovenop de bestaande capaciteit) voor bijvoorbeeld mensen met een dubbele diagnose of autisten.

* *Financiële rem op ambulante alternatieven:*

- Als onderdeel van de omschakeling in het overheidsbeleid zijn ook het zorgvernieuwingbeleid en zorgvernieuwingsgelden weggefallen.
- Substitutiemogelijkheden zijn vanaf 2004/2005 weggefallen: het vervangen van intramurale zorg door intensieve ambulante zorg is nauwelijks meer mogelijk want financieel onaantrekkelijk geworden.
- Druk van de verzekeraars op de prijzen remt de verdere ontwikkeling van ambulante alternatieven voor intramurale GGZ.

* *Zorginhoudelijke ontwikkelingen:*

- Een van de panelleden geeft aan dat de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkeling en uitbouw van rehabilitatie- en herstelactiviteiten en -methoden in de GGZ onvoldoende heeft plaatsgevonden en de laatste jaren is gestagneerd.

* *Vraagontwikkelingen:*

- Een van de panelleden wijst ook nog op mogelijke verklaringen aan de vraagkant: een groeiende groep oudere en verzorgingsbehoeftiger cliënten en het gegeven dat door actievere outreach meer mensen in zorg zijn.

* *Samenvattend:* de trendbreuk in de ontwikkeling van de intramurale GGZ in 2004 en de lichte groei van de intramurale GGZ tussen 2004 en 2007 is volgens het panel vooral een trendbreuk geweest in het beleid bij een verhardend maatschappelijk klimaat. Die beleidsverandering resulteerde in financiële prikkels voor intramurale groei en een financiële rem op ambulante alternatieven.

III. Verklaringen voor de gestage groei van het beschermd wonen tussen 1995 en 2004 en de versnelde groei vanaf 2004.

* *Overheidsbeleid gericht op groei van beschermd wonen:*

- Van overheidswege is op de groei van het beschermd wonen geen rem gezet. Integendeel: er is gedurende deze gehele periode sprake geweest van een actief, politiek gedragen stimuleringsbeleid voor beschermd wonen.
- In aanzet werd het stimuleren van het beschermd wonen beschouwd als een substitutiebeweging, als een ontwikkeling naar een meer genormaliseerd alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis.
- Gesignaleerd wordt dat de laatste jaren vanuit VWS ook actief nieuwe BW-plaatsen worden 'uitgezet' voor specifieke groepen (waaronder verslaafden en autisten).

* *Financiële prikkels voor beschermd wonen:*

Voor beschermd wonen gelden geen planningsplafonds.

- Aan het begin van de eeuw kreeg het beschermd wonen een extra stimulans in de vorm van een sterke verbetering van de vergoeding van kapitaallasten.
- De laatste jaren is substitutie van beschermd naar begeleid wonen niet meer mogelijk (vermoedelijk vanuit de overweging dat het bij begeleid wonen om lichtere problematiek gaat, die niet (meer) des AWBZ's is). Daardoor zetten instellingen (nog) sterker in op het beschermd wonen-segment, waar men wel volop de ruimte krijgt.
- Een aantal voormalige maatschappelijke opvangvoorzieningen heeft de laatste jaren een AWBZ-erkenning voor beschermd wonen aangevraagd en gekregen. Deze ontwikkeling verklaart volgens panelleden mogelijk een deel van de versnelde groei na 2004.

* *Maatschappelijke context pro beschermd wonen:*

- Enkele panelleden wijzen erop dat de groei van het beschermd wonen niet alleen door een uitstroom uit de intramurale GGZ werd gerealiseerd ("men vergat de APZ-en evenzeer te verkleinen als de BW groeide"). Ook is er sprake geweest, vooral de laatste jaren, van nieuwe aanwas vanuit de samenleving (waaronder 'de straat'). Panelleden noemen:
 - Groeiende aandacht voor de OGGZ en overlastproblematiek.
 - Het in beeld komen van nieuwe doelgroepen: allochtonen, daklozen, verslaafden.
 - Diversificatie van BW-vormen voor specifieke doelgroepen.
 - Het afkalven van primaire sociale verbanden die voor opvang zouden kunnen zorgen: de maatschappelijke trend dat mensen minder in het gezin blijven wonen, eerder alleenstaand blijven en minder steun vanuit andere sociale kringen ontvangen.
- "Er is veel vraag van familie", zo wordt gesignaleerd.

* *Zorgorganisatie remt doorstroming:*

- De organisatie van de GGZ-voorzieningen maakt dat de doorstroming vanuit de beschermende woonvormen naar zelfstandig wonen stagneert. Mensen blijven in de beschermende woonvormen wonen. Wachtlijsten worden opgelost door uitbreiding.

* *Samenvattend:* de continue groei van het beschermd wonen is volgens het panel vooral het resultaat van continue, actief stimuleringsbeleid van de rijksoverheid. Aanvankelijk gold het beschermd wonen als genormaliseerd alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis. Na verloop tijd vindt de groei van het beschermd wonen steeds meer plaats op basis van aanwas van buiten de (intramurale) GGZ.

IV. Verklaringen voor de stijging van de totale capaciteit voor intramurale en semi-murale GGZ tussen 1995 en 2007.

Bij deze vraagstelling verwezen de panelleden voor een deel naar de antwoorden ad II en III. In aanvulling daarop werden de volgende factoren genoemd en analyses gegeven.

** Vermaatschappelijkingsbeleid niet doorgezet:*

- Panelleden geven aan dat een consequent, stimulerend beleid gericht op extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg niet is doorgezet en op een gegeven moment geheel is gestagneerd.
- Gesignaleerd wordt dat vanaf 2000 de visie rondom GGZ-bedden en rondom extramuralisering en vermaatschappelijking alweer begon te verwateren.
- Gesignaleerd wordt dat de echte wil en overtuiging om een dergelijk beleid tot een succes te maken, heeft ontbroken en nog steeds ontbreekt. Aarzelende pogingen werden al snel weer teruggedraaid toen er maatschappelijke weerstand ontstond.

** Draagvlak voor vermaatschappelijking binnen de GGZ onvoldoende:*

- Er bestond en bestaat weerstand tegen extramuralisering en vermaatschappelijking bij een deel van de professionals.
- Die weerstand komt gedeeltelijk voort uit de opvatting dat intramurale zorg "toch niet zo gek is" voor mensen met ernstige psychische problemen en voor een deel uit de overweging dat intramuraal of semimuraal werken prettiger is dan werken in de wijk of buurt.
- Omgevingsfactoren, vermaatschappelijking en deinstitutionalisering hebben weinig aandacht gekregen in de opleidingen.
- Ook cliënten- en familieorganisaties oefenden weinig pressie uit om de zorg te vermaatschappelijken, soms eerder het tegendeel. Cliëntenraden in de instellingen richtten zich vooral op verbetering van de klinische levensomstandigheden.

** Financiële prikkels pro bedden:*

- Bedden en beschermende woonvormen blijven en worden in steeds sterkere mate de belangrijkste inkomstbronnen voor instellingen; daar wordt geen rem op gezet.
- "De veiligste weg was en is om als zorgaanbieder bovenop je bedden te blijven zitten." Vooral in de nieuwe marktverhoudingen, waarin concurrentie de inkomsten onder druk zet.
- Panelleden wijzen erop dat de GGZ-instellingen in Nederland vanwege de financiële aspecten nooit voortvarend zijn geweest met extramuralisering en vermaatschappelijking, maar de laatste jaren steeds sterkere prikkels krijgen om van extramuraliseren af te zien en te remuraliseren.
- Ambulante innovatie in de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen wordt financieel afgestraft.

* *Samenvattend*: de stijging van de totale capaciteit voor intramurale en semimurale GGZ tussen 1995 en 2007 wordt door het panel vooral toegeschreven aan het overheidsbeleid, aan het ontbreken van voldoende draagvlak c.q. motivatie voor afbouw en voor vermaatschappelijking bij professionals en bestuurders in de GGZ zelf, aan het ontbreken van een doortastend vermaatschappelijkingsbeleid van de overheid en als onderdeel daarvan aan de terugkeer van financiële prikkels pro bedden.

Enkele panelleden geven overigens aan de indruk te hebben dat de weer groeiende intramurale en de versneld doorgroeiende beschermd wonen capaciteit in toenemende mate bezet wordt door cliënten met lichtere problematiek. Tegelijk zouden intramurale voorzieningen minder toegankelijk zijn geworden voor cliënten met de zwaarste en meest complexe problemen. Dat zou mede de voortdurende roep om meer forenische, high-care en 'duurzaam verblijf'-achtige plaatsen verklaren.

V. Verklaringen voor de relatief grote intramurale GGZ in Nederland in vergelijking tot die in de omliggende landen.

* *Cultuur van caritas en netheid*:

- Panelleden noemen de volgende kenmerken van de Nederlandse cultuur als verklaring voor de in internationaal opzicht grote intramurale GGZ-capaciteit in Nederland:
- Een combinatie van goed willen zorgen voor en tegelijk wegstoppen van wat een vlekje heeft.
- Een caritas-cultuur: zorgplicht gecombineerd met paternalisme en het overnemen van verantwoordelijkheden.
- Een hang naar orde, netheid, controle, "opgeruimd staat netjes".
- Een voedingsbodem voor medicalisering van sociale, economische en maatschappelijke problemen.
- Overlegcultuur, voorzichtigheid, "rustig aan dan breekt het lijntje niet".

* *Wet van de remmende voorsprong*:

- Enkele panelleden wijzen erop dat Nederland geen grote misstanden in APZ-en heeft gekend, waardoor de druk op afbouw minder is geweest dan in sommige andere landen.

* *Overheidsbeleid*:

- Het ontbreekt in Nederland aan een duidelijk en gericht beleid van vermaatschappelijking, maatschappelijke participatie, etc..
- Enkele panelleden wijzen erop dat in landen als Italië en Engeland vermaatschappelijking veel meer door de overheid is afgedwongen. "Veel meer mensen wonen daar met intensieve hulp in een eigen woning. Veel is geïnvesteerd in het opzetten van intensieve, ambulante, outreachende behandelteams en in korte intensieve opnames. Verblijf in een kliniek of woonsetting is slechts een intermezzo in een ambulante traject en zelden life-long."
- Een panellid wijst erop dat een aantal Nederlandse regio's wel heeft geprobeerd de internationale trend van actieve extramuralisering te volgen, maar nu financieel in zwaar weer verkeert.

* *Categorale en non-categorale plaatsen:*

- Een panellid wijst erop dat in landen met geen of beperkte categorale psychiatrische voorzieningen, opnames vaak gerealiseerd worden in somatische ziekenhuizen en/of de residentiële zorg buiten de klinische omgeving is gelokaliseerd. De plaatsen zijn er nog wel maar in meer genormaliseerde omgevingen en (financiële) kaders.

* *Samenvattend:* De relatief grote categorale intramurale GGZ-capaciteit in Nederland wordt door het expertpanel in hoofdzaak verklaard uit culturele factoren. Daarnaast speelt een rol dat mede dankzij de Nederlandse zorg- en caritascultuur, grote misstanden in psychiatrische ziekenhuizen zijn uitgebleven en de druk om af te bouwen minder aanwezig was. Verder vindt in andere landen vermoedelijk een groter deel van de klinisch hulp en residentiële zorg aan mensen met psychische problemen plaats in niet-categorale voorzieningen.

Resumerend is de rode draad in de schriftelijke verklaringen en analyses van het expertpanel dat niet epidemiologische ontwikkelingen of andere ontwikkelingen aan de vraagzijde van de zorg, maar beleidskeuzen en financieringskaders bepalend zijn geweest voor de ontwikkelingen in de omvang van de intramurale en semimurale GGZ in Nederland in de voorbije periode. Een rode draad is ook dat het panel de beleidskeuzen die resulteerden in de groei van de totale intramurale en semimurale GGZ sinds 2004, in uiteenlopende bewoordingen (overigens ongevraagd) afwijst.

In de beide plenaire panelbijeenkomsten werd dit beeld bevestigd. Unaniem luidde het oordeel van het plenaire panel dat capaciteitsontwikkelingen in de intramurale GGZ in de afgelopen periode vooral afhankelijk zijn geweest van ontwikkelingen op het gebied van financiering. Daarbij werd in de discussie de toevoeging gemaakt dat tot 2001-2002 de financiering integraal onderdeel uitmaakte van een gericht GGZ-beleid. De periode sinds 2003-2004 is voor de GGZ een beleidsarme periode geweest, waardoor financiële prikkels in nog sterkere mate maar ongericht (want niet meer als onderdeel van inhoudelijk beleid) de boventoon voerden.

In grote meerderheid onderschreef het panel in de plenaire bijeenkomsten ook nog eens de stelling dat capaciteitsontwikkelingen in de intramurale GGZ in de afgelopen periode zo goed als onafhankelijk zijn geweest van epidemiologische ontwikkelingen; met overigens de kanttekening van de enkele panelleden dat bij de uitbreiding van intramurale GGZ wel is ingezet op nieuwe doelgroepen (zonder dat er aanwijzingen waren dat die groep in omvang toenam; uitgezonderd verslaving). Eveneens in grote meerderheid onderschreef het plenaire panel de stelling dat de groei van het beschermd wonen steeds meer plaatsvindt onder voorheen niet geïnstitutionaliseerde doelgroepen en daarom te beschouwen is als een vorm van "reinstitutionalisering". Unaniem luidde ook het oordeel van het panel dat de in internationaal perspectief grote categorale intramurale GGZ-capaciteit in Nederland vooral te beschouwen is als een cultuurfenomeen.

3.3 Nederlandse ontwikkelingen in internationaal perspectief

In hoofdstuk 2 bleek al dat de ontwikkeling van de intramurale GGZ-capaciteit in Nederland afwijkt van die in een aantal omringende landen. Een blik op de internationale literatuur laat zien dat ook het Nederlandse beleid met betrekking tot de GGZ in internationaal perspectief atypisch te noemen is; met name het beleid van de laatste jaren.

Centrale thema's in de zorg aan mensen met ernstige psychische problemen zijn in veel Westerse landen het bevorderen van sociale inclusie, maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie. Daaraan verbonden is een streven naar het omzetten van institutionele zorg in psychiatrische ziekenhuizen naar meer flexibele, ambulante, maatschappelijke georiënteerde zorg in de 'community'. Dit 'deinstitutionaliseringbeleid' is niet nieuw, maar is al enkele decennia gaande. Medeiros e.a. (2008) schrijven daarover op basis van de bevindingen van het Mental Health Economics European Network (MHEEN): "It has now been more than five decades in some countries since the start of the process of shifting care and support of people with mental health problems from psychiatric institutions to community-based settings. The closure or downsizing of the asylums has had a significant effect on long-term care. There is a widely held consensus today that delivering mental health services within the community is more appropriate than offering long-stay residence in institutions. It is widely recognized that community-based services have the potential to be more effective in achieving good quality of life for people with long-term needs for support. It is also recognized that community care is not necessarily more expensive than institutional care. ...Most importantly, care in community settings is generally preferred by service users."

Met Medeiros e.a. constateren veel Europese onderzoekers overigens dat het proces van deinstitutionalisering weliswaar zeer breed wordt gedragen, maar ook elders lang niet altijd probleemloos verloopt. Gevestigde belangen bij de status quo en de organisatorische complexiteit van de ontwikkeling van community care en van integratie van GGZ-voorzieningen met andere voorzieningen, vormen soms belangrijke obstakels. Zo wijzen Knapp en McDaid (2007) er in een recent artikel over de financiering van de GGZ in Europa op, dat de financieringssystemen in sommige landen nog sterk geënt zijn op institutionele zorg en die institutionele zorg onbedoeld promoten. Onder andere Amaddeo e.a. (2007) en McDaid en Thornicroft (2005) wijzen erop dat gewoonten, voorkeuren en vaardigheden van professionals soms een belemmering vormen voor het omzetten van institutionele zorg in community care. Weerstand tegen deinstitutionalisering komt ook voort, zo signaleren veel auteurs, uit het stigma dat rust op psychiatrische problemen (Sayce en Curran, 2007; Plooy en Van Weeghel, 2007; McDaid, 2005; zie ook Priebe e.a., 2005; Schanda, 2008). Andere belemmeringen liggen in de complicaties bij het opbouwen van een nieuwe zorginfrastructuur voor mensen met ernstige psychische problemen. Ondersteuning dient, anders dan bij institutionele zorg, vanuit verschillende partijen en vanuit verschillende financieringskaders te worden georganiseerd. De zorg komt terecht in een complexe 'multi-services' en 'multi-budget' wereld, aldus McDaid en Thornicroft (2007), en het managen van de organisatorische en intersectorale 'interfaces' wordt een nieuwe uitdaging (zie ook Knapp en McDaid, 2007; Medeiros e.a., 2008).

Ondanks of wellicht juist vanwege deze complicaties (en vanwege de kosten van maatschappelijke uitval) is sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen de afgelopen jaren nog nadrukkelijker op de Europese beleidagenda komen te staan, onder ander op de agenda van de Europese Commissie. In 2005 meldt de Commissie in het Green Paper over *Mental health policy* dat "deinstitutionalisation of mental health services ... is in line with patient and family needs and can support social inclusion. Large mental hospitals or asylums can easily contribute to stigma." (European Commission, 2005.) In de WHO European Ministerial Declaration on Mental Health en het bijbehorende actieplan (WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005a, 2005b) wordt sociale inclusie tot topprioriteit van het Europese geestelijke gezondheidsbeleid verklaard. In een overzicht van de Europese beleidsontwikkelingen rond de GGZ in de afgelopen zeven á acht jaar concluderen Wait en Harding dat in het algemeen "recent European policies have made a significant step in moving mental health from the strict confines of the specialist psychiatric domain, to recognising it as a wider societal issue with broad implications for cross-sectoral care, family life, the workplace and the community" (Wait en Harding, 2006).

Keren we terug naar de Nederlandse situatie, dan lijkt allereerst de conclusie gerechtvaardigd dat een aantal van bovenstaande belemmeringen de deïstitutionalisering in Nederland in sterkere mate hebben tegen gehouden dan in andere landen. Met name het financieringsstelsel lijkt daarbij een belangrijke rol te hebben gespeeld. De Trendrapportage GGZ 2009 van het Trimbos-instituut bevestigt dit beeld (Van Hoof e.a., in druk). In deze rapportage komen onder andere GGZ-bestuurders aan het woord, die aangeven dat intramurale zorg, al dan niet tot hun spijt, als de 'cash cow' van de grote instellingen moet worden beschouwd. "Het systeem is pro-kliniek," zo wordt gesignaleerd. En: "Bedden zijn geld." Sommige bestuurders geven aan van mening te zijn dat met het vervangen van bedden door goede ambulante zorg nog heel wat winst te behalen is, maar dat op dit moment niet te doen, omdat het financieel te on aantrekkelijk is. Ook Wiersma en Pijl constateren dat vooral de laatste jaren "veel instellingen om puur financiële redenen [aarzelen] om psychiatrische patiënten zelfstandiger te laten wonen. Langdurige psychiatrische zorg buiten de instelling is niet gegarandeerd in de ziektekostenverzekering en de verzekeraars hebben liever dat die zorg binnen de instelling (en binnen de AWBZ) blijft. Wat al met al neerkomt op een prikkel tot behoud van dure klinische zorg..." (Wiersma en Pijl, 2008).

Eerder gaf het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in een internationale vergelijkende studie als verklaring voor het 'achterblijven van de deïstitutionalisering in Nederland' dat in Nederland, in tegenstelling tot een aantal andere landen, noch door de overheid, noch door de GGZ kwantitatieve doelstellingen zijn geformuleerd omtrent de afbouw van klinische capaciteit. Afbouw van intramurale voorzieningen (en de ontwikkeling van ambulante, maatschappelijk georiënteerde alternatieven), is tot circa 2003 wel een overheidsstreven, maar nooit een harde, politieke doelstelling geweest (CBZ, 2004a). Ook Ravelli constateerde in zijn proefschrift over de deïstitutionalisering van de GGZ in Nederland dat de ontwikkelingen bij het overheidsstreven zijn achtergebleven en dat dit in belangrijke mate te wijten is aan een onvoldoende breed en integraal ingezet beleid (Ravelli, 2005, 2006).

Kort gezegd ontstaat uit de internationale literatuur en de expertraadpleging het beeld dat, waar op Europees niveau al lange tijd en de laatste jaren steeds krachtiger wordt gepleit voor een stevig en gecoördineerd beleid gericht op deinstitutionalisering en op het ontwikkelen van meer maatschappelijk georiënteerde steunsystemen voor mensen met psychische problemen, de Nederlandse overheid daarin niet voorop heeft gelopen en sinds 2003-2004 voor andere prioriteiten heeft gekozen.

3.4 Samenvatting

In potentie bepaalt een veelheid aan epidemiologische, sociaal-psychologische, maatschappelijke, culturele, financieel-economische, beleidsmatige en andere factoren, elk langs verschillende wegen, maar ook in voortdurende wisselwerking met elkaar, hoe de uiteindelijke constellatie van zorgbehoeften, zorgaanbod, zorgvragen en zorggebruik er op enig moment in een bepaalde regio land of een bepaald land uit ziet. In het kader van deze toekomstverkenning is een expertpanel gevraagd wat de drijvende factoren zijn geweest achter de ontwikkelingen in de Nederlands intramurale GGZ in de afgelopen vijftien jaar. De rode draad in de verklaringen en analyses van het panel is dat niet epidemiologische ontwikkelingen of andere ontwikkelingen aan de vraagzijde van de zorg, maar vooral beleidskeuzen en financieringskaders de ontwikkelingen in de omvang en het gebruik van de intramurale en semimurale GGZ in Nederland hebben bepaald. Tot 2003-2004 werden dat beleid en die financieringskaders gekenmerkt door stimulering van ambulante en semimurale alternatieven voor en (voorzichtige) afbouw van intramurale zorg. In 2003-2004 volgde een beleidsomslag die resulteerde in een stagnatie van het voorzichtige deinstitutionaliseringproces en in een gedeeltelijke reïstitutionalisering. Invoering van een nieuw financieringsstelsel in 2008 heeft GGZ-instellingen in Nederland een extra impuls gegeven om in te zetten op behoud en uitbreiding van intramurale capaciteit.

Het Nederlandse beleid met betrekking tot de intramurale GGZ en met name het beleid van de laatste jaren, is vanuit internationaal perspectief atypisch te noemen. Internationaal is er al vele jaren sprake van een streven naar deinstitutionalisering, naar normalisering van de woon- en leefomstandigheden en naar sociale inclusie van mensen met ernstige psychisch problemen. In veel landen heeft dit beleid geleid tot een afbouw van klinische capaciteit. Wel doen zich ook in andere landen belemmeringen voor bij omzetting van institutionele zorg in goed 'community care'. Belangrijke obstakels zijn: gevestigde belangen van instellingen en professionals, (groeïende) stigmatisering van mensen met ernstige psychische problemen, onvoldoende investeringen in (een goede organisatie) van community care en onvoldoende investeringen in frictiekosten bij de overgang van het ene naar het andere stelsel.

Ondanks of misschien juist vanwege die obstakels staan deinstitutionalisering en 'sociale inclusie' inmiddels ook bovenaan de agenda van de Europese Commissie. Daarbij wordt gesignaleerd dat het realiseren van deze doelstellingen om een krachtig en gecoördineerd beleid vraagt. De Nederlandse en internationale literatuur en ook de panelraadpleging laten zien dat de Nederlandse overheid daarin internationaal gezien niet voorop heeft gelopen en met name sinds 2003 - 2004 andere prioriteiten heeft gesteld. De bronnen laten ook zien dat de in internationaal perspectief (blijvend) hoge intramurale GGZ-capaciteit in belangrijke mate het gevolg is van deze beleidskeuzen.

4 Toekomstverkenning intramurale GGZ

4.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken hebben we geconstateerd dat in potentie een veelheid aan factoren de vraag naar, het aanbod van en het gebruik van (intramurale) geestelijke gezondheidszorg bepaalt. Dat samenstel van factoren maakt een prognose niet eenvoudiger. Wel hebben we kunnen constateren dat ontwikkelingen aan de vraagzijde maar van zeer beperkte invloed zijn geweest op de ontwikkelingen in de omvang van de intramurale GGZ in de afgelopen vijftien jaar. Beleidskeuzen hebben een grote rol gespeeld.

Vooralsnog is niet te verwachten dat de impact van vraagfactoren in de komende periode groter zal worden. Er zijn ook geen aanwijzingen voor een toe- of afname van het voorkomen van psychische problemen in de komende jaren, uitgezonderd een met de bevolkingsgroei samenhangende lichte toename (RIVM, 2009). De meeste leden van het expertpanel verwachten ook in bredere zin geen grote veranderingen aan de vraagzijde van (intramurale) ggz in de komende jaren. Anderen verwachten wel kleinere verschuivingen, maar menen dat die geen consequenties hebben voor de benodigde intramurale capaciteit. Genoemd worden met name:

- Een lichte relatieve stijging van chronische problematiek ten gevolge van veranderingen in de bevolkingssamenstelling – vergrijzing;
- Een toename van verslavingsproblematiek;
- Een mogelijke toename van de omvang van de hulpbehoeften van mensen met ernstige en langduriger psychische aandoeningen, ten gevolge van maatschappelijke ontwikkelingen (afkalvende primaire sociale verbanden, hogere eisen vanuit de samenleving).

Veel meer dan vraagfactoren zijn beleidsfactoren in de afgelopen periode van invloed geweest op de ontwikkelingen in de omvang van het gebruik van intramurale GGZ. Met name beleidskeuzen met betrekking tot de vormgeving van de zorg aan mensen met ernstige psychische problemen en met betrekking tot de financiering van deze zorg hebben een belangrijke rol gespeeld. Zo beschouwd lijkt het bij een prognose van de ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van intramurale GGZ niet zozeer om een ramingsvraagstuk, maar vooral om een beleids- en planningsvraagstuk te gaan.

In dit hoofdstuk over toekomstige ontwikkelingen in de (benodigde) omvang van de intramurale GGZ hebben we maximaal met deze beleidsaspecten rekening proberen te houden door prognoses te koppelen aan een tweetal beleidsscenario's. Zowel voor de inhoudelijke als voor de kwantitatieve invulling van deze beleidsscenario's werd wederom het expertpanel geraadpleegd. In de paragrafen 4.3 en 4.4 doen we verslag van de bevindingen en presenteren we een tweetal toekomstscenario's met bijbehorende prognoses over de kwantitatieve ontwikkelingen in de intramurale GGZ in Nederland.

Prognoses en ramingen over de (benodigde) omvang van de intramurale GGZ zijn recent en in een verder verleden ook al door anderen gemaakt. Als opmaat naar de actuele prognoses van het expertpanel geven we eerst een kort overzicht van deze eerdere voorspellingen; een overzicht dat vooral laat zien dat de schattingen, afhankelijk van de gekozen uitgangspunten, zeer sterk uiteenlopen.

4.2 Eerdere prognoses van toekomstig intramuraal GGZ-gebruik

In het verleden zijn verschillende toekomstverkenningen uitgevoerd naar de benodigde intramurale GGZ-capaciteit. In hoofdstuk twee kwamen al het rapport van de RVZ uit 1996 en het onderzoek van Borgesius en Brunenberg uit 1999 ter sprake (RVZ, 1996; Borgesius en Brunenberg, 1999). In 2005 publiceerde het College Bouw Zorgvoorzieningen een onderzoek naar de bouwbehoefte voor de geestelijke gezondheidszorg in de periode 2004 – 2012 (CBZ, 2005). Een jaar later, in 2006, verscheen een raming van de behoefte aan intramurale GGZ van Delespaul en Van Os (Delespaul en Van Os, 2006; zie ook Delespaul, 2009). En in 2008 verscheen van het Ministerie van VWS de *Vaststelling Bouwprogramma Langdurige Zorg 2008-2010* (Ministerie van VWS, 2008).

De twee oudere ramingen, van het RVZ en van Borgesius en Brunenberg, vertoonden een sterke congruentie, zo zagen we al in hoofdstuk 2. Volgens de inschatting van de RVZ zou slechts 10 tot 30 % (1.200 tot 3.600 personen) van de op dat moment langdurig in de intramurale GGZ verblijvende patiënten dusdanig gehandicapt zijn dat ze zich niet in de maatschappij kunnen handhaven, niet willen of kunnen normaliseren en intensief beschermd moeten worden. Naast bovenstaande groep zou ongeveer 20 % (2.400 personen) van de op dat moment langdurig in de intramurale GGZ verblijvende patiënten zeer verplegings- en verzorgingsbehoefstig zijn (de kenmerken van deze groep worden niet nader gespecificeerd). Bij elkaar opgeteld betekent dit dat in totaal 3.600 tot 6.000 patiënten aangewezen zouden zijn op intensieve bescherming of verpleging. De andere 50 % tot 70 % van de feitelijke verblijfspopulatie (6.000 tot 8.400 personen) zou, als de juiste ondersteuning wordt geboden, elders kunnen wonen en zou dat volgens het RVZ ook willen.

Borgesius en Brunenberg kwamen op basis van hun onderzoek naar de woonwensen en zorgbehoeften van een representatieve populatie van langverblijvers in de GGZ tot vergelijkbare conclusies als de RVZ. Zij stelden vast dat 8 % van de patiënten volgens het oordeel van de hulpverleners het beste af is op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Voor de overigen zou wonen op of nabij het terrein of in een eigen woning 'in de wijk' zijn aangewezen. In totaal zou voor circa 6.000 cliënten wonen in een ziekenhuisafdeling of op terrein van het ziekenhuis het meest geschikt zijn. Dit komt ongeveer overeen met het aantal dat volgens het RVZ is aangewezen op intensieve bescherming of intensieve verzorging en verpleging.

De prognoses c.q. voorstellen van de RVZ en van Borgesius en Brunenberg zijn niet gerealiseerd. Het RVZ becijferde in 1996 dat het voor 2005 benodigde aantal intramurale en semimurale plaatsen in het chronische circuit zou kunnen uitkomen op 12.250 en het totaal aantal benodigde intramurale en semimurale plaatsen op 23.000 plaatsen. Dat zou vanaf 1996 een afbouw van circa 6.000 plaatsen betekenen. De feitelijke intramurale en semimurale capaciteit groeide en bedroeg in 2005 circa 20.500 plaat-

sen voor het chronische circuit respectievelijk 30.500 voor de totale GGZ (zie hoofdstuk 2).

Niettemin kwamen Delespaul en Van Os in 2006 tot nieuwe ramingen, die nog iets lager uitvielen dan de eerdere prognoses van het RVZ en van Borgesius en Brunenberg (Delespaul en Van Os, 2006; zie ook Delespaul, 2009). Op basis van internationale literatuur, een eigen zorgmonitor in de regio Zuid-Limburg, en de input van panels van managers en hulpverleners raamden Delespaul en Van Os de benodigde intramurale GGZ-capaciteit voor een 'gemiddelde' regio. Geëxtrapoleerd naar landelijk niveau en exclusief forensische zorg en beschermd wonen kwamen de cijfers uit op circa 2.800 residentiële plaatsen ('asielplaatsen') voor volwassenen en ouderen. Dat is een kwart tot een derde van de feitelijke, landelijke intramurale verblijfs capaciteit in 2005. Van deze klinische asielplaatsen zou ongeveer 10 % bestemd zijn voor intensieve zorg ('residential high care'). Verder zouden circa 7.500 plaatsen nodig zijn voor verschillende typen voorzieningen voor kortdurende opnamen/behandeling (waaronder circa 2.000 plaatsen voor gespecialiseerde bovenregionale voorzieningen) en circa 1.300 'avond-nachthospitaalplaatsen' (voor laagdrempelige crisisopnames). Delespaul en Van Os gaven nog wel aan dat ramingen voor afzonderlijke regio's tot een factor drie uiteen kunnen lopen, afhankelijk van onder andere verschillen in de sociaaldemografische samenstelling van de regio's (o.a. etniciteit, urbaniteit). Belangrijk te vermelden is ook dat Delespaul en van Os zeer nadrukkelijk pleiten voor (en hun ramingen baseren op) de verdere ontwikkeling en forse uitbreiding van intensieve ambulante ondersteuningsvormen (ACT en FACT). (Delespaul en Van Os, 2006; zie ook Delespaul, 2009.)

In contrast tot de voorgaande ramingen staan die van het CBZ uit 2005 en van het Ministerie van VWS uit 2008.

Het CBZ becijferde in 2005 dat in de periode 2004 – 2012 niet zozeer een inkrimping maar juist een uitbreiding nodig was van de reguliere intramurale GGZ voor volwassenen en ouderen. Die uitbreiding zou circa 600 plaatsen moeten bedragen (CBZ, 2005). Het CBZ baseerde dit cijfer vooral op de actuele capaciteit in 2004 en de verwachte bevolkingstoename van circa 3 % tot 2012. Verder zou een klein deel van de capaciteitsuitbreiding nodig zijn om de (op dat moment volgens het CBZ overigens al dalende) wachtlijsten verder te verminderen. Een expliciete, maar niet nader toegelichte aanname van het CBZ was dat "de ambulantisering zich niet verder voortzet". Overigens zou de totale intramurale GGZ volgens het CBZ nog aanzienlijk meer moeten groeien (in totaal met 1.300 plaatsen) om ook specifieke 'knelpunten' in de forensische zorg en de jeugdpsychiatrie weg te werken.

Bij de notitie uit 2008, van het Ministerie van VWS, gaat het in feite niet om een raming, maar om de vaststelling van een bouwprogramma voor AWBZ-voorzieningen in de gehandicaptenzorg en de sector verpleging en verzorging en voor ABWZ- en ZVW-voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. Geconstateerd wordt dat zorgaanbieders in groten getale bouwplannen hebben ontwikkeld. "Gelukkig laten de verzoeken om een toelating met bouw zien dat zorgaanbieders veel extra capaciteit willen gaan realiseren de komende jaren," zo luidt het. Vastgesteld wordt ook dat "alle ingediende initiatieven passen binnen het financiële kader én voldoen aan de in de beleidsregels WTZI neergelegd prioriteringscriteria". In de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg gaat het in totaal (ZVW en AWBZ) om een uitbreiding van 2.278 plaatsen voor de periode 2008 – 2010 (Ministerie van VWS, 2008).

Het voorgaande laat zien dat eerdere ramingen en inschattingen over de benodigde en gewenste intramurale GGZ-capaciteit sterk uiteenlopen. Die verschillen lijken vooral te wijten aan uiteenlopende uitgangspunten en aannames. De lage schattingen van het RVZ, Borgesius en Brunenberg en Delespaul en Van Os, die de facto een forse inkrimping van de intramurale GGZ zouden betekenen, zijn vooral gebaseerd op inschattingen van en onderzoek naar wensen en ondersteuningsbehoeften van (potentiële) cliënten. Ze zijn ook gekoppeld aan een streven naar versterking van de (intensieve) ambulante zorg en liggen grotendeels in lijn met de internationale deïstitutionaliseringstendens. De voor uitbreiding van de intramurale GGZ pleitende cijfers van het CBZ en van het Ministerie van VWS zijn hoofdzakelijke gebaseerd op de bestaande intramurale capaciteit, wachtlijsten en uitbreidingsplannen van instellingen.

4.3 Twee toekomstscenario's

Als de eerdere ramingen iets duidelijk maken, dan is het dat verschillende scenario's denkbaar zijn met betrekking tot de toekomst van de intramurale GGZ. In hoofdlijnen is daarbij een onderscheid te maken in twee typen scenario's:

- een *optimaliserings-scenario*, waarin wordt uitgegaan van een optimale afstemming van de omstandigheden en van het beleid van de overheid en anderen op de wensen en op de ondersteuningsbehoeften van de (potentiële) cliënten.
- een *continuerings-scenario*, ofwel een scenario van ongewijzigd beleid, waarin actuele trends en beleidslijnen worden voortgezet.

Het expertpanel is gevraagd om voor de ontwikkelingen van de intramurale GGZ tot 2020, een kwalitatieve en kwantitatieve invulling te geven aan zowel een optimaliserings- als een continuerings-scenario. In deze paragraaf bespreken we de inhoudelijke visie van de panelleden op de beide scenario's. In de daaropvolgende paragraaf komen de kwantitatieve prognoses aan bod.

Vooraf merken we op dat ook met betrekking tot de toekomstscenario's de afzonderlijke, schriftelijke reacties van de panelleden niet altijd identiek waren, maar vooral aanvullend op elkaar. Gezamenlijk resulteren ze in een samenhangend beeld, waarin bij beide scenario's de volgende aspecten aan bod komen:

- Beleid/politiek
- Financieringssysteem
- Zorginhoudelijke aspecten
- Zorgorganisatie
- Maatschappelijk klimaat

Kenmerken van het optimaliserings-scenario

Beleid:

- Er wordt werk gemaakt van vermaatschappelijking.
- Er is sprake van een duidelijk en goed geïnstrumenteerd beleid inzake extramuralisering en vermaatschappelijking van de langdurige zorg.
- Dat beleid faciliteert en stimuleert vermaatschappelijking op een breed front.
- Dat beleid is gericht op de wensen en behoeften van cliënten.

Financiering- en bekostigingsysteem:

- Financiering van de zorg 'volgt' de wensen van de cliënt.
- Het financieringssysteem stimuleert succesvolle vermaatschappelijking van de zorg.
- Er is een financiële prikkel voor intensieve ambulante hulpverlening.
- Regelgeving faciliteert substitutie van intramurale zorg voor ambulante zorg.
- Het besef heerst dat "investeren in ambulante voorzieningen investeringen bespaart in kostbare intramurale voorzieningen die verdergaande invaliderende effecten kunnen hebben voor cliënten".
- Enkele panelleden voorzien ook dat in het optimaliserings-scenario de samenwerking en samenhang in de zorg wordt bevorderd door een integrale financieringsstematiek of door:
 - o Bekostiging van ketens; ontwikkeling van keten-DBC's.
 - o Regionale budgettering en regievoering ten aanzien van de groep langdurig zorgafhankelijken.
 - o Afstemming van de verschillende vigerende financieringsstelsels: WMO, AWBZ, ZVW, Justitie.

Zorgaanbod:

- De zorgverlening is afgestemd op de vragen, wensen en behoeften van cliënten en gericht op rehabilitatie en herstel.
- Ten aanzien van de woonsituatie zijn de woonwensen het uitgangspunt. Aard en intensiteit van de geboden ondersteuning is daar onafhankelijk van (wonen en zorg zijn in dit opzicht geen 'package deal' meer):
 - o Woonwensen en ondersteuningsbehoeften worden periodiek gepeild.
 - o Aangezien het grootste deel van de cliënten de voorkeur geeft aan zelfstandig wonen, is reguliere huisvesting de standaard, al of niet in de vorm van clustering van zelfstandige eenheden, al of niet in de vorm van clustering van reguliere woningen.
 - o Er zijn woningen die flexibel aanpasbaar zijn aan de wensen en mogelijkheden van cliënten. Zo ontstaat een variëteit aan mogelijke woonzorgarrangementen.
 - o Cliënten kunnen kennis maken en ervaring opdoen met verschillende mogelijkheden.
- Flexibele, zo nodig intensieve, integrale, in bestaande steunsystemen ingebedde ambulante hulp is in voldoende mate beschikbaar (onder andere in de vorm van Assertive Community Treatment – ACT – en Functional Assertive Community Treatment - FACT).
- Ondersteuning bij maatschappelijke participatie is in voldoende mate voorhanden (onder andere in de vorm van de methodiek van Individual Placement and Support - IPS - of de Individuele Rehabilitatie Benadering – IRB).
- De brede invoering van ACT, FACT, IPS en IRB wordt ondersteund door bekendheid bij de financiers met de beschikbare 'evidence' voor deze werkwijzen.
- Acute deeltijd behandeling en vormen van intensieve opnamevoorkomende (crisis)zorg thuis zijn in voldoende mate voorhanden.

Zorgorganisatie

- De GGZ werkt intensief samen met betrokken ketenpartners zoals de gemeente, de sociale werkvoorziening, woningbouwcorporaties, welzijnsdiensten. Dit vanuit de overweging dat goede huisvesting, werk en dagbesteding opnamevoorkomend en herstelbevorderend zijn. (Eén van de panelleden citeert Thornicroft & Strathdee (1994), die stellen dat: "*The debate on numbers of hospital beds should be widened to include the contributions of agencies other than health providers, such as social services, housing, and voluntary agencies, which substantially reduce the need for inpatient care...*").
- Er is sprake van regionale regievoering ten behoeve van de ondersteuning van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Maatschappelijke steunsystemen zijn ontwikkeld, waar huisvestingsbeleid en beleid rond onderwijs- en arbeidsparticipatie deel van uitmaken.
- Vanuit de landelijke overheid zijn de voorwaarden voor regionale samenwerking en regievoering gecreëerd.
- Enkele panelleden geven aan dat samenwerking niet alleen gestalte krijgt op institutioneel niveau, maar ook op het niveau van de individuele casuïstiek, bijvoorbeeld in de vorm van de multidisciplinaire FACT teams, waarin "een complex netwerk van zorgaanbieders wordt teruggebracht tot de schaal van een team en van daaruit tot individuele, integrale hulpverlening".

Maatschappelijk klimaat:

- Er is een klimaat van inclusie.
- Dat klimaat is mede het gevolg van een brede anti-stigmacampagne.

Tot zover een schets van het optimaliserings-scenario, zoals dat naar voren komt uit de inhoudelijke inbreng van het expertpanel. Het continuerings-scenario is in veel opzichten het spiegelbeeld van het optimaliserings-scenario.

Kenmerken van het continuerings-scenario

Beleid

- GGZ-beleid is een afgeleide van breder zorg(financierings)beleid.
- Specifiek beleids- en politieke aandacht voor de zorg voor mensen met ernstiger psychische aandoeningen is gering.
- Een overheidsvisie of een mental health strategie op het gebied van de zorg voor mensen met ernstiger psychische aandoeningen blijft achterwege.
- Sturing op dit vlak blijft achterwege.
- Een van de panelleden geeft aan dat, voor zover er een overheidsvisie op 'psychische vraagstukken' is, deze sterk medicaliserend en individualiserend van aard is en een stimulans voor uitstoting en marginalisering.

Financieringssysteem

- Het financieringssysteem geeft een prikkel voor intramurale productie en voor behoud of indien mogelijk uitbreiding van intramurale capaciteit en capaciteit voor beschermd wonen.
- De nieuwe marktverhoudingen versterken deze prikkels.
- Het financieringssysteem, de marktverhoudingen, compartimentering van de financiering over verschillende stelsels en het ontbreken van mogelijkheden tot substitutie, remmen de ontwikkeling van ambulante alternatieven.
- Een van de panelleden geeft het volgende concrete voorbeeld: door 'zware' FACT-teams kunnen meer 'zware' cliënten ambulant blijven. Dat maakt ZVW-kosten hoger, maar AWBZ-kosten aanzienlijk lager en is grosso modo kostenbesparend. Hogere ZVW-kosten voor ambulante hulp worden door zorgverzekeraars echter niet geaccepteerd; onderproductie bij de AWBZ wordt niet gecompenseerd.
- Middelen voor ondersteuning bij participatie blijven in de WMO ongeoormerkt met blijvend risico van versnippering en verdamping.

Zorgaanbod

- Een op beheersing gerichte zorgattitude prevaleert.
- Planning in termen van 'stenen voorzieningen' prevaleert.
- Zorgvernieuwing bouwt voort op de bestaande infrastructuur en verloopt traag.
- Drempels voor intramurale en semimurale zorg zijn relatief laag.
- Bestaande voorzieningen creëren een iatrogene behoefte.
- De ambulante zorg voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen is onderbedeeld; de ambulante hulp die beschikbaar is, is hoofdzakelijk gericht op mensen met lichte tot matige problemen.

Zorgorganisatie

- Het zorgaanbod is monodisciplinair, gefragmenteerd en inflexibel.
- Een verzuilde organisatie van zorg en welzijn belemmert samenwerking en samenhang.
- Gescheiden financieringskaders en marktverhoudingen vormen extra belemmeringen voor samenwerking tussen zorgvoorzieningen.
- Afstemming met en kennisontwikkeling bij andere maatschappelijke organisaties blijft op een laag peil (woningbouwverenigingen, arbeidssector).
- Een krappe woningmarkt zorgt voor stagnatie van uitstroom bij het beschermd wonen en de intramurale GGZ.
- Gemeenten zijn onvoldoende geëquipeerd voor de regierol.
- Maatschappelijke steunsystemen komen moeizaam van de grond.

Maatschappelijk klimaat

- Er is een klimaat van marginalisering en stigmatisering.
- De sector draagt daar zelf aan bij.
- Er is sprake van een toenemende intolerantie tegenover afwijkend gedrag.
- Er is tegelijk sprake van een klimaat van het afschuiven van de verantwoordelijkheden naar de zorg.
- Het maatschappelijk klimaat, gekoppeld aan de caritas-gedachte, draagt bij aan een hang naar het toch maar liever in een beschermde omgeving huisvesten ("op een terrein").

Tot zover een inhoudelijke beschrijving van de beide toekomstscenario's. De scenario's zijn gebaseerd op de individuele, schriftelijke reacties van de afzonderlijke panelleden en vervolgens besproken in de plenaire panelbijeenkomsten. In de plenaire bijeenkomsten werden de beschrijvingen van de beide scenario's panelbreed onderschreven. Ook werden parallellen getrokken tussen het optimaliserings-scenario en eerdere, Nederlandse en internationale literatuur over de optimale organisatie en vormgeving van de zorg aan mensen met (ernstige) psychische problemen en over concepten als 'community support systems' of maatschappelijke steunsystemen. Ook werden parallellen getrokken met het Visiedocument Langdurige Zorg van GGZ Nederland (GGZ Nederland, 2008).

In de plenaire bijeenkomsten kwamen ook het realiteitsgehalte en de haalbaarheid van de beide scenario's ter sprake. Daarbij kwam het beeld naar voren dat velen het continuerings-scenario waarschijnlijk achten, maar tevens dat het voltallige expertpanel het optimaliserings-scenario niet utopisch of onhaalbaar acht. Gewezen wordt op regio's waar, binnen de marges die het huidige beleid biedt, actief gewerkt wordt aan het creëren van de voorwaarden van het optimaliserings-scenario. Gesiganleerd wordt ook dat het aantal ACT- en FACT-team, ondanks financieringsproblemen, groeit. Sommige panelleden verwachten ook dat de negatieve consequenties van een ongewijzigd beleid (bijvoorbeeld in termen van kosten) op enig moment de wal gaan vormen die het schip van continuerings-scenario zal keren. Vooral wordt er echter op gewezen dat uiteindelijk niet de waarschijnlijkheid van de beide scenario's de belangrijkste kwestie is, maar de (politieke) steun ervoor: "Het is een keuze," zo stelt het expertpanel unaniem vast.

4.4 Prognoses expertpanel

Ten behoeve van de kwantitatieve prognoses van de (benodigde) intramurale GGZ in 2020, werd in de panelraadpleging een onderscheid gemaakt in residentiële voorzieningen (woonvormen) en voorzieningen voor kortdurende intramurale GGZ. De woonvormen werden op geleide van categorisering van het Centrum Zorg en Bouw in vier groepen verdeeld:

I. Afgeschermd wonen

Een individuele of met anderen gedeelde specifieke, afgezonderde woonvoorziening, met beveiligingsmogelijkheden (bijvoorbeeld op een afdeling van een psychiatrische ziekenhuis).

II. Beschut wonen

Een individuele of met anderen gedeelde woonvoorziening in de directe nabijheid van een breed scala aan gemeenschappelijke (zorg)voorzieningen (bijvoorbeeld een woning op een terrein van een psychiatrische ziekenhuis).

III. Beschermd wonen

Een met andere cliënten gedeelde woonvoorziening, niet per se in de nabijheid van gemeenschappelijk (zorg)voorzieningen.

IV. Zelfstandig wonen

Een eigen woning, niet per se in de nabijheid van gemeenschappelijk (zorg)voorzieningen.

Op geleide van de informatiebehoefte van het Centrum Zorg en Bouw werd het panel gevraagd om, voorafgaand aan de prognosticering, voor elke woonvorm aan te geven wat de kenmerken zijn van de cliënten voor wie de betreffende woonvorm de meest geschikte is.

Een aantal panelleden wees de indeling op voorhand van de hand, om de volgende redenen:

- In de indeling van het Centrum Zorg en Bouw wordt de verzorgings/verplegings-intensiteit gekoppeld aan de woonplek. Dat is 'denken vanuit het bestaande aanbod'.
- De indeling gaat ervan uit dat de behandel- of zorgintensiteit van een bepaald woonmilieu stabiel is en dat de cliënt daarom bij verbetering of verslechtering moet worden overgeplaatst. Dat is ongewenst.
- De woonsituatie moet los staan van de zorgbehoefte. Woonwensen (t.a.v. locatie en t.a.v. groepscontactmogelijkheden of buurtcontactmogelijkheden) moeten het uitgangspunt zijn voor de woonsituatie. De zorg en behandeling moeten op maat en flexibel in de eigen woonsituatie kunnen worden aangepast aan de dagelijkse behoeften.
- Het is – o.a. om bovenstaande redenen - niet gewenst en ook onmogelijk om cliënten op basis van een overzichtelijk aantal kenmerken op voorhand te verbinden aan de één of andere vorm van huisvesting.
- Mogelijkheden, wensen en behoeften van cliënten zijn niet statisch en/of los van de omgeving waarin zij functioneren vast te stellen.
- Het is belangrijk om uit te gaan van de individuele cliënt met zijn, soms veranderende respectievelijk ontwikkelende mogelijkheden, wensen en behoeften.
- Een van de panelleden merkt ook op dat de veronderstelling dat er op het APZ-terrein veel voorzieningen zijn (ad woonvorm II), "obsoleet begint te worden. Er is nog wat arbeidstherapie en soms een inloop of restaurant, maar de terreinen zijn door eerdere deconcentratie en uitbesteding van diensten allang niet meer wat velen nog altijd denken."

De meeste panelleden, ook enkele van diegenen die bezwaren tegen de indeling uitte-ten, hebben niettemin aangegeven wat volgens hen de kenmerken zijn van de cliënten voor wie de betreffende woonvorm de meest geschikte zou zijn. Dat resulteert in het volgende overzicht:

Ad I. Kenmerken van cliënten voor wie *afgeschermd wonen* de meest geschikte woonvorm is:

Juridische kenmerken:

- Ernstige forensische problematiek.
- Strafrechtelijke veroordelingen.

Gedragskenmerken:

- Ernstig "onhandelbare en gevaarlijke" gedragsgestoorden die niet in de maatschappij kunnen wonen.
- Mensen met ernstige psychische en gedragsstoornissen, in combinatie met verslavingsproblematiek en/of zwakbegaafdheid en/of cognitieve stoornissen.

Kenmerken met betrekking tot participatiemogelijkheden danwel -wensen:

- Cliënten met stoornissen die een onafhankelijk bestaan onmogelijk maken.
- Cliënten die niet in staat zijn de regie over het eigen leven te voeren.
- Cliënten die niet willen participeren in de maatschappij.

Ad II. Kenmerken van cliënten voor wie *beschut wonen* de meest geschikte woonvorm is:

Kenmerken met betrekking tot zorgbehoeften:

- Cliënten met een grote en complexe zorgbehoefte.
- Kwetsbare, ouder wordende personen, met ernstige beperkingen in de zelfzorg.
- Kenmerken met betrekking tot woonwensen
- Cliënten die zelf niet in een woning buiten het APZ-terrein willen wonen.
- Cliënten die bescherming en steun zoeken, vanwege maatschappelijke uitstoting.

Ad III. Kenmerken van cliënten voor wie *beschermde wonen* de meest geschikte woonvorm is:

Kenmerken met betrekking tot woonwensen en/of behoefte aan bescherming:

- Cliënten die de veiligheid van een gedeelde woning wensen en die zelf ook voor deze woonvorm kiezen.

Kenmerken met betrekking tot handicaps bij het zelfstandig wonen:

- In combinatie met voorgaande: mensen die dagelijks begeleiding in de directe omgeving nodig hebben om zich staande te kunnen houden.
- Cliënten die afhankelijk zijn van anderen voor zelfzorg en wonen.
- Cliënten voor wie deze woonvorm een 'trainingsfase' kan zijn naar zelfstandig wonen.

Ad IV. Kenmerken van cliënten voor wie *zelfstandig wonen* de meest geschikte woonvorm is:

- Iedereen voor wie dat, met een adequaat steunsysteem, maar enigszins mogelijk is.
- "Zelfstandig wonen is een burgerrecht; daar hoef je geen 'kenmerken' voor te hebben."

Prognoses

Panelleden werd gevraagd prognoses te geven voor de benodigde c.q. feitelijke intramurale capaciteit in 2020, onder het optimaliserings-scenario respectievelijk het continuerings-scenario en gespecificeerd voor kortdurende intramurale GGZ en voor de hierboven onderscheiden varianten van langdurige intramurale of semimurale GGZ.

Een deel van het panel zag van kwantitatieve ramingen af. De volgende redenen werden daarvoor genoemd:

- Enkele panelleden gaven aan niet over voldoende kennis te beschikken voor het maken van een raming.
- Eén van de panelleden gaf aan dat voor een zinvolle raming meer gegevens nodig zijn over kenmerken en omvang van cliëntenpopulaties in verschillende settings.
- Enkele panelleden gaven aan een raming c.q. planning in termen van "stenen" en "instituten" ongewenst te vinden. Intramurale voorzieningen zijn te statische en inflexibele planningseenheden. "Het gevaar dreigt dat het dan met name om gebouwen gaat, terwijl het om begeleidings- en behandelingsbehoeften moet gaan, om sociale en maatschappelijke netwerken (en hoe deze te versterken), om sociale en maatschappelijke participatie." Wensen en zorgbehoeften van cliënten dienen de uitgangspunten voor zorgplanning te zijn.
- Enkele panelleden wezen, als gezegd, mede om bovenstaande redenen de categorisering van de woonvoorzieningen van de hand.

Uiteindelijk heeft ruim de helft van de panelleden een poging gedaan om tot een prognose te komen van de intramurale GGZ-capaciteit in 2020 in het continuerings-scenario respectievelijk het optimaliserings-scenario. In tabel 12 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 12. Prognose 2020 intramurale en semimurale GGZ-plaatsen voor volwassenen en ouderen (exclusief forensische en verslavingszorg) op basis van expertraadpleging; bandbreedte exclusief de laagste en de hoogste prognose.

	<i>Continuerings-scenario</i>	<i>Optimaliserings-scenario</i>
<i>Afgeschermd wonen</i>	1.750 – 4.000	1.000 – 1.750
<i>Beschut wonen</i>	6.500 – 9.000	2.500 – 5.000
<i>Beschermd wonen</i>	15.000 – 17.500	6.000 – 11.000
<i>Intramuraal kortdurend</i>	9.000 – 11.000	4.500 – 7.500

De tabel leidt tot de volgende bevindingen:

- Binnen elk van de twee scenario's kenmerken de prognoses voor de afzonderlijke voorzieningen zich soms door een smalle en soms door een bredere bandbreedte.
- Consequent prognosticeren de panelleden de benodigde capaciteit in het optimaliserings-scenario lager dan de capaciteit in het continuerings-scenario. Het oordeel van de panelleden is hierin volledig eensluidend.
- Het verschil tussen de prognoses onder het optimaliserings-scenario respectievelijk het continuerings-scenario is groot en bedraagt een factor 1,5 á 2.

Tabel 13 zet de feitelijke capaciteitscijfers voor de intramurale en semimurale GGZ in 2007 (exclusief forensische en verslavingszorg) af tegen de gemiddelden van de prognoses van het expertpanel voor 2020.

Tabel 13. Capaciteitscijfers intramurale en semimurale GGZ 2007 (exclusief forensische en verslavingszorg) en prognoses 2020 op basis van expertraadpleging; gemiddelde van de individuele prognoses, exclusief de laagste en de hoogste prognose

	2007*	2020 continuerings- scenario	2020 optimaliserings- scenario
<i>Intramuraal lang (afgeschermd/beschut)</i>	11.000	10.625	5.125
<i>Intramuraal kort</i>	7.400	10.000	6.000
<i>Beschermd wonen</i>	11.400	16.250	8.500
<i>Totaal intramuraal</i>	18.500	20.625	11.125
<i>Totaal intramuraal lang en beschermd wonen</i>	22.500	26.875	13.625
<i>Totaal intramuraal en beschermd wonen</i>	29.900	36.875	19.625

* Bron feitelijke capaciteit 2007: NZA, in Hilderink e.a., in voorbereiding.

Tabel 13 leidt tot de volgende conclusies:

- In het continuerings-scenario zal de totale intramurale capaciteit en capaciteit voor beschermd wonen voor volwassenen en ouderen (exclusief verslavingszorg en forensische GGZ) tussen 2007 en 2020 met circa 25 % groeien. In het optimaliserings-scenario zou deze capaciteit tussen 2007 en 2020 met circa 30 % af kunnen nemen.
- De capaciteit voor langdurige intramurale ggz (afgeschermd en beschut wonen) voor volwassenen en ouderen blijft in het continuerings-scenario tussen 2007 en 2020 nagenoeg gelijk en halveert in deze periode in het optimaliserings-scenario.
- De capaciteit voor het beschermd wonen voor volwassenen en ouderen neemt in het continuerings-scenario tussen 2007 en 2020 toe met circa 50 % en neemt in het optimaliserings-scenario in deze periode met 20 á 25 % af.
- De capaciteit voor kortdurende intramurale GGZ voor volwassenen en ouderen neemt in het continuerings-scenario tussen 2007 en 2020 toe met circa 30 % en neemt in het optimaliserings-scenario in deze periode af met circa 20 %.

In de twee consensusbijeenkomsten van het expertpanel werden bovenstaande bevindingen ook nog plenair besproken. De vier conclusies onder tabel 13 werden daarbij als stellingen ingebracht. Over de inhoud van de stellingen en de richting van de capaciteitsontwikkelingen in de verschillende scenario's bestond unanimiteit. Ook in de aanduidingen van de omvang van de groei of krimp onder de verschillende scenario's konden de panelleden zich over het algemeen vinden, al waagden sommigen zich liever niet aan exacte voorspellingen.

4.5 Samenvatting

In het verleden zijn verschillende prognoses en inschattingen gemaakt van de benodigde en gewenste intramurale GGZ-capaciteit. Die prognoses en inschattingen liepen sterk uiteen. Daarbij is een onderscheid te maken tussen prognoses op basis van veronderstelde en gedeeltelijk ook onderzochte wensen en ondersteuningsbehoeften van (potentiële) cliënten en prognoses op basis van bestaande intramurale capaciteit, wachtlijsten en uitbreidingsplannen van instellingen.

Het expertpanel is verzocht om een kwalitatieve en een kwantitatieve prognose van de ontwikkelingen in de intramurale GGZ tot 2020, in een tweetal scenario's:

- een *optimaliserings-scenario*, waarin wordt uitgegaan van een optimale afstemming van de omstandigheden en van het beleid van de overheid en anderen op de wensen en op de ondersteuningsbehoeften van de (potentiële) cliënten.
- een *continuerings-scenario*, ofwel een scenario van ongewijzigd beleid, waarin actuele trends en beleidslijnen worden voortgezet.

Het optimaliserings-scenario kenmerkt zich volgens het panel in hoofdlijnen door een goed geïnstrumenteerd integraal, op vermaatschappelijking en op de wensen en behoeften van cliënten geënt beleid; door een financieringssysteem die intensieve ambulante hulpverlening en samenhang in de zorg bevordert; door de totstandkoming van flexibele, integrale op rehabilitatie en herstel gerichte zorg, afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënt, ongeacht diens woonplek; door nauwe regionale samenwerking tussen de GGZ en voorzieningen en instellingen op het gebied van huisvesting, arbeid en onderwijs; door lokale, regionale en landelijke regie; en door actieve beeldvormingscampagnes gericht op sociale inclusie.

Het continuerings-scenario kenmerkt zich volgens het panel in hoofdlijnen door een gebrek aan beleids- en politieke aandacht voor mensen met ernstige psychische problemen; door een financieringssysteem die intramurale zorg stimuleert, intensieve ambulante zorg bemoeilijkt en fragmentering in de hand werkt; door dominantie van een 'behoudend', op beperkingen georiënteerd hulpaanbod; door onvoldoende samenwerking en regie; en door een klimaat van stigmatisering.

Kwantitatieve prognoses van het expertpanel voor de benodigde danwel feitelijke intramurale capaciteit in 2020 komen voor het optimaliserings-scenario beduidend lager uit dan voor het continuerings-scenario. Het oordeel van de panelleden is hierin volledig eensluidend. Het verschil tussen de prognoses onder het optimaliserings-scenario respectievelijk het continuerings-scenario is groot en bedraagt een factor 1,5 á 2. De facto is de verwachting van het panel dat de intramurale en semimurale capaciteit onder het optimaliserings-scenario fors kan afnemen maar onder het continuerings-scenario nog zal blijven doorgroeien.

In het expertpanel werd tot slot geconstateerd dat, gegeven de algemene tendensen en verwachtingen, exacte cijfermatige prognoses, ook binnen de afzonderlijke scenario's, niet goed te maken zijn. Ten eerste door de bandbreedtes van en de vele overblijvende onbekenden binnen die scenario's zelf. Ten tweede omdat 'bedden' feitelijk te statische en inflexibele ramings- of planningseenheden zijn voor een toekomstige GGZ, waarin individuele wensen en behoeften het uitgangspunt zijn, waarin woonwensen leidend zijn voor de woonsituatie van cliënten en waarin de zorg en behandeling op maat en flexibel in de eigen woonsituatie worden aangepast aan de dagelijkse behoeften.

5 Conclusies

5.1 Samenvatting toekomstverkenning

In de voorgaande hoofdstukken is verslag gedaan van een verkenning van de toekomstige vraag naar intramurale GGZ, in het bijzonder naar de te verwachten ontwikkelingen tot 2020. De verkenning bestond uit een inventarisatie van de beschikbare feiten en cijfers over - trends in - de vraag naar en het gebruik van intramurale GGZ in de afgelopen vijftien jaar, een analyse van de determinanten van ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van intramurale GGZ en een kwalitatieve en kwantitatieve prognose van de ontwikkelingen tot 2020 binnen een tweetal scenario's. Voor de verkenning is gebruikgemaakt van onderzoeksliteratuur, registratiebestanden en de oordelen van een expertpanel.

Feiten en cijfers over de vraag naar en het gebruik van (intramurale) GGZ

Hoewel er geen aanwijzingen zijn voor een stijgende prevalentie van psychische problemen in de afgelopen decennia, is het GGZ-gebruik wel voortdurend gegroeid. Volgens de beschikbare cijfers geldt dat ook voor het aantal intramurale GGZ-gebruikers. Cliënten die kortdurend worden opgenomen, vormen de grootste groep intramurale GGZ-gebruikers, maar het grootste deel van de intramurale capaciteit wordt bezet door langverblijvers. De omvang van de capaciteit van de intramurale GGZ in Nederland volgde de afgelopen vijftien jaar een golfbeweging. Tussen 1993 en 2004 is deze afgenomen, daarna weer licht gegroeid. Gelijktijdig is de capaciteit voor het beschermd wonen sinds 1993 continu en vanaf 2004 versneld gegroeid.

Onderzoeken onder mensen met ernstige psychische problemen, waaronder onderzoeken onder langverblijvers in de intramurale GGZ, laten zien dat betrokkenen voor het overgrote deel het liefst zo zelfstandig mogelijk wonen, al dan niet samen met anderen. Cliënten en in het bijzonder de cliënten van intramurale GGZ-voorzieningen hebben vooral behoefte aan (hulp bij) sociale contacten, relaties, een zinvolle dagbesteding, zingeving en het psychisch welzijn. De intramurale GGZ, zo laat een reeks van onderzoeken zien, heeft cliënten op deze levensdomeinen te weinig te bieden.

Determinanten van de vraag naar en het gebruik van de intramurale GGZ

In potentie bepaalt een veelheid aan epidemiologische, sociaal-psychologische, maatschappelijke, culturele, financieel-economische, beleidsmatige en andere factoren in onderlinge wisselwerking de specifieke constellatie van zorgbehoeften, zorgaanbod, zorgvragen en zorggebruik die op enig moment in een bepaalde regio wordt aangetroffen. Drijvende factoren achter de ontwikkeling van de Nederlandse intramurale GGZ zijn volgens het expertpanel niet zozeer factoren aan de vraagzijde van de zorg geweest, maar vooral beleidskeuzen en financieringskaders van de overheid. Van begin jaren '90 tot 2003-2004 werden dat beleid en die financieringskaders gekenmerkt door stimulering van ambulante en semimurale alternatieven voor en (voorzichtige) afbouw van intramurale zorg. In 2003-2004 volgde een beleidsomslag die resulteerde in de gedeeltelijke reïstitutionalisering en de versnelde groei van het beschermd wonen.

Het Nederlandse beleid met betrekking tot de intramurale GGZ en met name het beleid van de laatste jaren, is vanuit internationaal perspectief atypisch te noemen. Internationaal staan deinstitutionalisering en 'sociale inclusie' al enkele decennia bovenaan de beleidsagenda en inmiddels ook op de agenda van de Europese Commissie. De Nederlandse en internationale literatuur en ook de panelraadpleging laten zien dat de Nederlandse overheid hierin internationaal gezien niet voorop heeft gelopen en met name sinds 2003 - 2004 andere prioriteiten heeft gesteld.

Toekomstverkenning

Het expertpanel is verzocht een kwalitatieve en een kwantitatieve prognose te maken van de ontwikkelingen in de intramurale GGZ tot 2020, in een tweetal scenario's:

- een *optimaliserings-scenario*, waarin het beleid, de financieringskaders, het zorgaanbod en de organisatie van de zorg optimaal zijn afgestemd op de wensen en de ondersteuningsbehoeften van (potentiële) cliënten.
- een *continuerings-scenario*, ofwel een scenario van ongewijzigd beleid, waarin bestaande trends en beleidslijnen worden voortgezet.

Kwantitatieve prognoses van het expertpanel voor de benodigde danwel feitelijke intramurale capaciteit in 2020 komen voor het optimaliserings-scenario beduidend lager uit dan voor het continuerings-scenario. De verwachting van het panel is dat de intramurale zowel als de semimurale capaciteit onder het optimaliserings-scenario fors kan afnemen maar onder het continuerings-scenario blijft doorgroeien. Het oordeel van de panelleden is hierin eensluidend. Het verschil tussen de prognoses onder het optimaliserings-scenario respectievelijk het continuerings-scenario is groot en bedraagt een factor 1,5 á 2.

Het expertpanel schat de kans hoog in dat het continuerings-scenario (voorlopig) de boventoon voert, maar acht het optimaliserings-scenario niet onrealistisch of onhaalbaar. "Het is een kwestie van kiezen," zo stelt het expertpanel vast. Het expertpanel signaleert ook dat 'bedden' eigenlijk te statische en inflexibele ramings- of plannings-eenheden zijn voor een toekomstige GGZ, waarin zorg op maat het uitgangspunt is.

5.2 Consequenties voor regionale planning

Een belangrijke aanleiding voor het verzoek van het Centrum Zorg en Bouw om een toekomstverkenning en een prognose van de vraag naar intramurale GGZ, was de behoefte aan een landelijk kader voor regionale zorgplanning. Hoewel dit buiten de directe onderzoeksvraag ligt, willen we tot slot kort stil staan bij de consequenties van de bevindingen voor die regionale zorgplanning.

Daarbij is met name de constatering van belang dat regionale planning van intramurale GGZ-voorzieningen geen kwestie is van een eenvoudige extrapolatie (al dan niet gecorrigeerd voor specifieke regiokenmerken) van landelijke referentiecijfers. Ten eerste omdat regionale zorgplanning primair een vraagstuk is van zorginhoudelijke keuzen: verschillende opties c.q. verschillende scenario's voor het inzetten van de beschikbare budgetten staan open. Ten tweede omdat de regionale context en de constellatie en bijdragen van andere maatschappelijke voorzieningen (huisvesting,

welzijn, arbeid) belangrijke factoren in de planning zijn. En ten derde omdat algemene, landelijk te hanteren eenheden als "intramurale bedden" of "semimurale plaatsen" onvoldoende tegemoet komen aan de grote diversiteit aan zorgvormen en aan combinaties van woon- en zorgvormen, die denkbaar en gewenst zijn in een op wensen en ondersteuningsbehoeften van individuele cliënten afgestemde GGZ.

De vraag dient zich aan wat wel de vereisten zijn van een gefundeerde regionale zorgplanning. Mede op geleide van de afsluitende besprekingen in het expertpanel lichten we er drie aspecten uit.

1 Integrale planning

De resultaten van de toekomstverkenning pleiten ervoor om regionale plannen voor nieuwe voorzieningen en eventuele bijbehorende gebouwen in te bedden in een bredere visie op de zorg aan mensen met (ernstige) psychische problemen. In die visie moet duidelijk zijn op basis van welke uitgangspunten keuzen voor bepaalde zorgvormen worden gemaakt; wat willen we in de regio voor wie betekenen en hoe willen we dat bereiken en vormgeven? In een regionale planning dient ook concreet aangegeven te worden aan welke bij cliënten in de regio levende wensen en behoeften de voorzieningen tegemoet komen (cliëntenonderzoeken), hoe de voorzieningen en de daarbinnen te bieden zorg aan die wensen en behoeften tegemoet komen, hoe de voorzieningen zijn ingebed in het bredere geheel van ondersteuningsarrangementen in de regio, wat de bijdragen zijn van andere partijen aan de ondersteuning van betrokkenen en hoe eventuele hiaten in dit ondersteuningsaanbod ondervangen zullen worden. Aandacht dient met name ook besteed te worden aan de ondersteuning op sociaal en maatschappelijk vlak. In de woorden van één van de panelleden: het moet niet gaan om gebouwen maar "om begeleidings- en behandelingsbehoeften, om sociale en maatschappelijke netwerken (en hoe deze te versterken), om sociale en maatschappelijke participatie." Enkele panelleden suggereerden dat in het geval van nieuwe plannen voor intramurale voorzieningen ook duidelijk gemaakt dient te worden welke inspanningen er al zijn geleverd om betrokkenen ambulant te ondersteunen en waarom de mogelijkheden daarvan zijn uitgeput. Enkelen wijzen overigens ook op de onwenselijkheid van afbouw van bestaande voorzieningen, zonder de ontwikkeling van alternatieve ondersteuningsvormen en -arrangementen voor de betrokken cliënten; een in tijden van financiële crisis en marktwerking voor sommige partijen mogelijk aantrekkelijke optie. Een transitietraject en specificatie van de bijbehorende transitiekosten dienen volgens betrokkenen onlosmakelijk onderdeel te zijn van de regionale zorgplanning.

2 Nieuwe planningtaal

"Intramurale bedden" en "semimurale plaatsen" blijken geen toekomstbestendige planningseenheden te zijn voor de GGZ. De RVZ bepleitte in 1996 al "een rijk geschaakt palet aan woonvormen voor chronisch psychiatrische patiënten". In 2004 pleitte het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen voor een 'gevarieerd en individu-gericht' aanbod aan voorzieningen, voor een breed scala aan combinaties van wonen en zorg en voor lokale woonwensenonderzoeken om de benodigde voorzieningen en de kenmerken van die voorzieningen in kaart te brengen (CBZ, 2004c). Het CBZ pleitte vooral voor een grote mate van flexibiliteit: "In wezen gaat het erom dat de omgeving makkelijk kan worden aangepast aan de toestand van de cliënt en niet andersom." Het expertpanel onderschreef deze pleidooien wees erop dat ook de kortdurende intramurale GGZ feitelijk een grote diversiteit aan voorzieningen omvat (time-out, op-

vang, behandeling), die zich niet onder één noemer laten samenvoegen en die ieder hun eigen functie hebben in de bredere context van de regionale zorginfrastructuur. Een en ander vraagt ook om een meer gedifferentieerde en genuanceerde planningstaal. In die taal, zo wordt in het expertpanel geopperd, moeten gebouwen niet het vertrekpunt, maar het eindpunt van de planning zijn.

3. Een normatief kader

Het opstellen van een landelijk normatief kader is, ook na bovenstaande kanttekeningen, een optie. Enkele panelleden pleitten daar ook nadrukkelijk voor. Dat normatieve kader dient een brede reikwijdte te hebben en vanuit een inhoudelijke, landelijke beleidsvisie opgesteld te worden. Zo'n landelijke visie kan ook als referentiepunt fungeren voor de regionale visies en voor de rol van verschillende partijen (instellingen, professionals, cliëntenorganisaties en financiers) in de regionale planning en vormgeving van de zorg aan mensen met psychische problemen. Onderdeel van een landelijk, normatief kader kan een minimale set van benodigde regionale voorzieningen zijn voor de meest hulpbehoevende cliënten. Sommige panelleden pleitten ervoor om daarnaast voor een bredere doelgroep normen op te stellen met betrekking tot de minimaal beschikbare hulp op verschillende terreinen of rond verschillende functies (bijvoorbeeld de regionale ACT- en FACT-capaciteit). Een en ander vraagt wel om een actieve en richtinggevende overheid. In dit opzicht wordt het Engelse GGZ-stelsel wel als voorbeeld aangehaald van een sterk ambulant en maatschappelijk georiënteerde GGZ, aangestuurd door een actieve, normenstellende overheid. Of een dergelijk stelsel voor Nederland haalbaar is, is vooralsnog niet duidelijk. Enige vorm van een normatief kader zou in ieder geval kunnen voorkomen dat fragmentarisatie en regionale willekeur ontstaan in de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen, vooral wanneer die zorg minder in stenen wordt vervat.

Regionale zorgplanning, zo vatten we samen, is geholpen bij ramingen en prognoses, maar vraagt allereerst om keuzen van de betrokkenen (financiers, aanbieders, cliënten) met betrekking tot de vormgeving en organisatie van de ondersteuning van mensen met psychische problemen in de regio. Regionale zorgplanning vraagt daarmee ook om een sterke regionale regiefunctie. Belangrijkste uitdaging voor de komende periode is vermoedelijk niet zozeer het verder preciseren van ramingen en prognoses met betrekking tot de toekomstige vraag naar intramurale GGZ, maar het tot stand brengen en faciliteren, zo mogelijk vanuit een landelijk beleidskader, van die regionale regie.

Bijlage I

Geraadpleegde bronnen

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., De Girolamo, G. et al (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Supplement 420): 21-27.

Amadeo, F., Becker, T. Fioritti, A., Burti, L. & Tansella, M. (2007). Reforms in community care: the balance between hospital and community based mental health care. In M. Knapp, D. McDavid, E. Mossialos, & G. Thornicroft ed.: *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care* (pp. 280-307). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Anderson, R., Wynne, R., & McDavid, D. (2007). Housing and employment. In M. Knapp, D. McDavid, E. Mossialos, & G. Thornicroft ed.: *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care* (pp. 280-307). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Bijl, R.V., Van Zessen, G., Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek: II: prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 141(50): 2453-2460.

Borgesius, E. and Brunenberg, W.. *Behoeftte aan asiel?: Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl*. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?ip=Search/Search>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). *Gezondheid en zorg in cijfers 2006*. Voorburg/Heerlen: CBS.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2003). *Huisvestingssituatie in de GGZ – een quickscan*. Utrecht: CBZ.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2004a). *Signaleringsrapport gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg in andere Europese landen*. Utrecht: CBZ.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2004b). *Monitoring gebouwenkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: CBZ.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2004c). *Langdurig verblijf in een beschermende/beveiligde setting*. Utrecht: CBZ.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2005). *Onderzoek bouwbehoefte geestelijke gezondheidszorg 2004-2012*. Utrecht: CBZ.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., Angermeyer, M.C. et al (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21): 2581-2590.

Delespaul, P. en Os, J. van (2006). (F)ACT-planning met een schone lei voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. In: C.L. Mulder en H. Kroon (red.). *Assertive Community Treatment* (pp 19-39). Amsterdam: Boom.

Delespaul, P.A.E.G. (2009). Planning van wijkgerichte integrale zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen op basis van (F)ACT. In: N. Mulder en H. Kroon (red.). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen* (pp 103-126). Amsterdam: Boom.

Denneman, A. (2008). *Geestelijke gezondheidszorg, een methode voor het bepalen van volume- en prijsontwikkelingen*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor Statistiek.

European Commission (2004). *The state of mental health in the European Union*. Brussel: European Commission.

European Commission (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussel: European Commission.

European Commission (2006). *Mental well-being: eurobarometer*. Brussel: European Commission.

GGZ Nederland (2007). *Toenemende zorg: update*. Sectorrapport ggz 2004-2006. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2008). *Visiedocument Langdurige Zorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Hasker, J. Quick scan eerste ervaringen WMO (2008). In: F. van Hoof, L. Fotiadis, J. Vijselaar, J. Hasker (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hilderink I, Land H van 't (2009). *GGZ in tabellen 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut. In voorbereiding.

Hoof, F. van, Geelen, K., Rooijen, S. van, Weeghel, J. van (2004). *Meedoen. maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof F. van, Fotiadis, L., Vijselaar, J., Hasker, J. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof F. van, Knispel, A., Vijselaar, J. *Tendrapportage GGZ 2009. Themarapportage Nieuwe Financieringskaders GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut. In druk.

Idenburg, Ph., Ketting, E., Bijl, R., Janssen, M. en Kroon, J. (1990). *Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010, Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.

Jorm, A.F. (2006). National surveys of mental disorders: are they researching scientific facts or constructing useful myths? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10): 830-834.

Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B., Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24): 2515-2523.

Knapp, M., & McDaid, D. (2007). Financing and funding mental health care services. In M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, & G. Thornicroft (red.), *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care* (pp. 60-99). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Kroon, H. en Pijl, B. *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: trends in de periode 1995 - 2004 op basis van psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.

Kroon, H., Theunissen, J.R., Busschbach, J. van, Raven E.M.I.E., Wiersma, D. "Epidemiologisch onderzoek naar chronische psychiatrische patienten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40.4 (1998): 199-211

Kwekkeboom, M.H. (red.), Boer, A.H. de, Campen, C. van, Dorrestein, A.E.G. (2006). *Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Land H. van 't, Grolleman J., Mutsaers K., Smits C. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en zorggebruik. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen: eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS.

McDaid, D. (2005). *Mental Health I: key issues in the development of policy and practice across Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.

McDaid, D., Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on health Systems and Policies.

Medeiros, H. McDaid, D. Knapp, M. and the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.

Ministerie van VWS. *Vaststelling Bouwprogramma Langdurige Zorg 2008-2010 DLZ/SFI-U-2845700*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2008.

Plooy, A., Weeghel, J. van (2007). Stigmatisering en discriminatie van mensen met psychische aandoeningen: een update. In: A.H. Schene (red.). *Jaarboek van psychiatrie en psychotherapie 2007-2008*, p. 323-334. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Priebe, S, Badesconyi, A. Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* (330); 123-126.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1996). *Thuis in de GGZ*. Zoetermeer: RVZ.

Ravelli, D.P. (2005). *Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands from 1993-2004 [proefschrift Universiteit Utrecht]*. S.l.: s.n.

Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care*, 6(15 March): 1-11.

RIVM (2009). Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. <http://nationaalkompas.nl>

Sayce, L., Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft ed. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 34-59. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke gezondheidszorg. *Zorgen Voor Geestelijke Gezondheid in De Toekomst: Toekomstscenario's Geestelijke Volksgezondheid En Geestelijke Gezondheidszorg 1990 - 2010*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1990.

Schanda, H. (2008). Re-institutionalisation of the severely mentally ill – who or what is to blame? *European Psychiatry* 23(2), pp.15.

Schoemaker, C., Ten Have, M., Verhaak, P. (2007). Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62(10): 824-835.

Smits C, Kroon H, Hoof F van, Blom, A. e.a. (2009). *Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit de regionale zorgmonitors*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Thornicroft, G. and Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 185, 283-90.

Tuijn, A. van, Gijsselaers, J., de Haan, E. de (2009). *Rapportage huisvestingsenquête 2009*. Amersfoort: RIBW Alliantie i.s.m. GGZ Nederland.

Veldhuizen, J.R. (2006). Almaar ambulanter, een overzicht. In: J.R. van Veldhuizen en A. Snij-dewind (red.): *Almaar ambulanter* (pp 11-23). Badhoevedorp: Mension.

Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wait, S., Harding, E. (2006). *Moving to social integration of people with severe mental illness: from policy to practice*. London: International Longevity Centre – UK.

Wennink H.J., Kwartel, A.J.J. van der, Pijl, Y.J., Stevens, J.A.M., Arnold, E.J.E.(2002). *Denkt aler gij doende zijt. Toekomstscenario's GGZ: Modernisering van de AWBZ en de consequenties voor kosten en gebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut

Werf, B. v.d. en Tuijn, A. van (2001). Bij zinnen. Psychiatrisch asiel en het recht om gehoord te worden. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 56, pp. 342-351.

Wierdsma, A., Pijl, B., Driessen, G., Sytema, S. (2006). Extramuralisering van de GGZ: landelijk beleid of regiovisie? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61(5): 427-434.

Wiersma, D., Pijl, B. (2008). Langverblijvers in de psychiatrie. Een epidemiologische beschouwing over hun omvang en samenstelling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*; 2008(2), 4-12.

Wiersma D. (2008). *Langverblijvers in de psychiatrie: epidemiologische beschouwingen over hun omvang en behoefte aan asiel en rehabilitatie*. Presentatie Amersfoort 31 januari 2008.

Wijngaarden, B. van, Bransen, M.E.M., Wennink, H.J. (2001). *Een keten van lege zondagen: tekorten in de zorg voor langdurige zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard*. Utrecht: GGZ Nederland.

Wijngaarden, B. van, Wennink, H.J., Greshof, D. (2003). *Verblijf in de GGZ. Een beschrijvend en vergelijkend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut, Prismant. Groningen: RGOc.

Wijngaarden, B. van, Hoof, F. van, Wennink, H.J. en Kok, I. (2005). *De kwaliteit van de langdurige zorg in de SBWU*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wijngaarden, B. van, Wennink, H.J. en Kok, I. (2005). *De kwaliteit van de langdurige zorg in GGZ Westelijk Noord-Brabant*. Utrecht: Trimbos-instituut.

World Health Organization (WHO) (2005). *Mental Health Atlas -- 2005*. Geneve: World Health Organization (WHO).

World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005a). *Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions*. Helsinki: WHO.

World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005b). *Mental health action plan for Europe*. Helsinki: WHO.

Bijlage II

Samenstelling expertpanel

Philippe Delespaul

Associate professor Mental health services research and development, School for Mental Health & Neurosciences, Maastricht University

Jaap van Weeghel

Directeur Kenniscentrum Rehabilitatie, bijzonder hoogleraar Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Universiteit van Tilburg

Durk Wiersma

Hoogleraar klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen, Universitair Medisch Centrum Groningen

Dick Kaasjager

Voormalig Directeur GGZ, Ministerie van VWS; heden zelfstandig beleidsadviseur en onder andere voorzitter Platform Langdurige Zorg GGZ

Remmers van Veldhuizen

Directeur Zorgontwikkeling, GGZ Noord-Holland Noord

Armand Höppener

Adviseur GGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Hans Kroon

Programmahoofd Reïntegratie, Trimbos-instituut

Steven Makkink

Beleidsmedewerker Landelijk Platform GGZ

Rob Laane

Account Manager Zorginkoop GGZ, Uvit

Ed van Hoorn

Adviseur, afgevaardigde Landelijk Platform GGZ

Marijke van Putten

Directeur Behandelzaken Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland Noord

Hans Goeman

Directeur RIBW Nijmegen



Ongeveer de helft van de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland wordt besteed aan intramurale zorg. In vergelijking met andere Europese landen beschikt Nederland over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. Welke functies vervullen deze voorzieningen? Aan welke zorgvragen komen ze tegemoet? En hoe zal de behoefte aan deze voorzieningen zich in het komende decennium ontwikkelen?

Deze vragen liggen ten grondslag aan dit rapport over de toekomst van de intramurale GGZ. Het rapport bevat een trendanalyse van de vraag naar en het gebruik van de intramurale GGZ in de afgelopen vijftien jaar. Het laat zien dat fluctuaties in intramurale capaciteit voor het grootste deel te verklaren zijn vanuit beleidsontwikkelingen en nauwelijks door demografische of epidemiologische factoren. De toekomst van de intramurale GGZ wordt verkend aan de hand van twee beleidsscenario's: een continuerings-scenario, waarin de huidige beleidslijnen worden voortgezet, en een optimaliserings-scenario, waarin wensen van cliënten veel nadrukkelijker centraal komen te staan.

De toekomstverkenning is door het Trimbos-instituut uitgevoerd in opdracht van het Centrum Zorg en Bouw onderdeel van TNO en in samenwerking met een panel van deskundigen uit wetenschap, beleid en praktijk van de GGZ.