Hans Kroon, Harry Michon, Aafje Knispel, Nicole van Erp
Lex Hulsbosch, Aniek de Lange, Jenny Boumans

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019

# Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2019

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Colofon

*Opdrachtgever*
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Financier*
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Projectleiding*
Hans Kroon en Harry Michon

*Auteurs*
Hans Kroon, Harry Michon, Aafje Knispel, Nicole van Erp,
Lex Hulsbosch, Aniek de Lange, Jenny Boumans

*Met medewerking van*
Harry van Haastrecht
Yolande Voskes (VU Metamedica)

*Productie*
Martin Fraterman

*Project-assistentie*
Freeke Perdok

*Met dank aan*
De geïnterviewde experts
De leden van het panel Psychisch Gezien
De hulpverleners die hebben deelgenomen aan de enquête en de moreel beraad bijeenkomsten
De respondenten van de geënquêteerde instellingen
Vektis

*Vormgeving en productie*
Canon Nederland N.V.

*Beeld*
www.istockphoto.com

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

Deze uitgave is gratis te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1722**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoudsopgave


**1 Inleiding** **7**

**2 Resultaten kernmonitor transities GGZ-voorzieningen** **13**
Inleiding 13
Ontwikkelingen intramurale GGZ 14
Ontwikkeling beschermd wonen 14
Ontwikkeling Jeugdwet-gefinancierde opnamen 15
Ambulante zorg 15
Dwangtoepassingen 16
Ontwikkeling van GGZ uitgaven en verschuivingen van middelen van verblijfszorg naar ambulante zorg 16
Nadere analyse op basis van Vektis cijfers 18
Ontwikkelingen per diagnosegroep 19
Toenemende verkaveling? 20
Regionale zorgpatronen 20

**3 Resultaten peilingen panel Psychisch Gezien** **25**
Inleiding 25
Kenmerken van psychische problematiek 25
Algemene beeld ervaren leefsituatie 25
Ervaren leefsituatie en kwaliteit van leven 26
Voorzieningengebruik 28
Ervaringen met zorg 28
Trends 29

**4 Stigma vanuit de GGZ** **33**
Inleiding 33
Over het vóórkomen van stigmatisering 33
Ervaringen van cliënten en hulpverleners 34
Aanpak van stigmatisering in de GGZ 35
Lessons learned 36

**5 Zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, samenwerking in de regio, financiële en arbeidsmarktproblematiek** **41**
Inleiding 41
Belemmerende factoren in het systeem 41
Samenwerking in de regio 42
Verbetering behandeling 43
Financiële situatie en de arbeidsmarkt 43

**6 Terugblik en beschouwing** **47**
Afbouw van intramurale capaciteit 47
Opbouwambities 48
Systeemperikelen 49
Scenario's voor opbouwdoelstellingen en regionale samenwerkingsagenda 51
Bijkleuring van ambities: omgaan met personen met verward gedrag 52
Tussenbalans: het continueringsscenario 53
Tussenbalans: welbevinden van de doelgroep 54
Toekomst en vervolgwegen 54

**Deelonderzoeken** **57**
Deelonderzoek 1: Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen 59
Deelonderzoek 2: Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik - Analyse van secundaire bronnen 101
Deelonderzoek 3: Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg 133
Deelonderzoek 4: Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ 167

**Samenstelling begeleidingscommissie** **211**

**Referenties** **213**

**Afkortingen** **219**

# 1

# Inleiding

# 1 Inleiding

Voorliggend rapport beschrijft de resultaten van de vijfde meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA). De LMA volgt het in Nederland in 2012 ingezette beleid rond ambulantisering, in het bijzonder de ontwikkeling van de klinische capaciteit en het beschermd wonen, de beoogde op- en uitbouw van ambulante zorg en de betekenis van dit proces voor mensen met (ernstige) psychische kwetsbaarheden.

Het ambulantiseringsbeleid dat in 2012 door het ministerie en overlegpartners is geformuleerd, had als kernmotief dat mensen met psychische aandoeningen bij voorkeur in de eigen omgeving worden behandeld. Afgezet tegen inwonertallen had binnen Europa alleen België een grotere capaciteit aan intramurale voorzieningen. Een opname zou meer een intermezzo binnen een ambulante behandeling moeten zijn, waarbij de behoeften van de patiënten om participatie, herstel en burgerschap te bevorderen centraal staan. Men voorzag dat dit een integrale aanpak vergde met aandacht voor behandeling en begeleiding, wonen, werk en inkomen. Dit zou op regionaal niveau samenwerking vergen van GGZ en andere zorginstellingen, gemeenten, verzekeraars, maatschappelijke organisaties en het sociaal netwerk om degene met psychische problematiek.

Met vergelijkbare oogmerken vond in 2015 een stelselwijziging plaats in de langdurige GGZ. Een deel van de voorheen vanuit de AWBZ gefinancierde GGZ voorzieningen werd overgeheveld naar gemeenten (Wmo), met name beschermd wonen en ambulante begeleiding (zonder behandelcomponent). Gemeenten kregen daarbij ook een expliciete taak in het ondersteunen van mensen met psychische aandoeningen bij hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. De financiering van opnamen van langer dan drie jaar werd vanaf 2015 ondergebracht in de Wet langdurige zorg (Wlz). Opnamen korter dan drie jaar werden vanaf 2015 gefinancierd vanuit de Zvw.

Het ministerie van VWS hechtte eraan om de transities en de resultaten daarvan goed te kunnen volgen, en heeft het Trimbos-instituut daarom gevraagd de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ vanaf 2015 te monitoren. Er zijn tussen landelijke overheid en partners destijds (of naderhand) geen specifieke, concrete indicatoren met gewenste veranderpercentages afgesproken.

Onderstaand is een niet uitputtende lijst procesindicatoren van voortschrijdende ambulantisering die af te leiden zijn uit de destijds aangegeven motieven en gewenste richting van de ambulantisering:

- Minder plaatsen[1,2].
- Minder grootschaligheid (klinische zorg op een groot algemeen psychiatrisch ziekenhuisterrein, groepswonen), meer kleinschalig (gevarieerd, op maat, individueel) wonen/verblijf in de samenleving.
- Meer persoonlijke vrijheid: minder dwang- en drangtoepassing, minder plaatsen op gesloten afdelingen.
- Een verschuiving van middelen van intramurale naar ambulante zorg[3] (behandeling, begeleiding en ondersteuning). Bij deze beoogde verschuiving is niet expliciet gemaakt of ambulantisering ook een bezuinigingsdoelstelling had. Het bestuurlijk akkoord 2012 als geheel was wel mede gemotiveerd om de kosten van de GGZ te beheersen.
- Intensivering van ambulante zorg als substitutie voor de afname van de intramurale plaatsen.
- De ambulante zorg is kwalitatief hoogwaardig en voldoet aan geldende relevante standaarden (voor zorgmodellen zoals FACT en Intensive Home Treatment (IHT) en zoals beschreven in standaarden over psychose, ernstige psychische aandoeningen en herstelondersteuning). Verantwoordelijkheden en samenwerking in de regio zijn in de praktijk zodanig georganiseerd dat iedereen toegang heeft en kan krijgen tot passende zorg en mensen niet tussen wal en schip vallen.

Het ambulantiseringsbeleid in Nederland heeft positieve ambities. De afbouw van verblijfscapaciteit is geen doel op zich, maar beoogt een verbetering voor mensen met psychische aandoeningen in termen van:

- Toegenomen kwaliteit van leven.
- Herstel(-mogelijkheden).
- Mogelijkheden om een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden.
- Sociale inclusie en vermindering van publiek stigma.

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

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

3 Hier wordt in navolging van onder meer Over de brug (2014) en Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen (2017) de brede opvatting van zorg aangehouden. Bij de beoogde verschuiving van middelen is destijds niet expliciet gemaakt of ambulantisering ook een bezuinigingsdoelstelling had. Het bestuurlijk akkoord 2012 als geheel was wel mede gemotiveerd om de kosten van de GGZ te beheersen.

De LMA 2019 bestaat uit de volgende onderdelen:

- Kernmonitor transities GGZ-voorzieningen: ontwikkelingen in capaciteit, zorggebruik en GGZ-uitgaven; op basis van een herhaalde uitvraag bij GGZ-instellingen (Deelonderzoek 1), en analyse van secundaire bronnen (Deelonderzoek 2).
- Kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen; op basis van een herhaalde uitvraag bij het panel Psychisch Gezien (Deelonderzoek 3).
- Contextmonitor: Naast bovenstaande vaste onderdelen van de LMA is in deze monitorronde speciale aandacht besteed aan het onderwerp stigma vanuit de GGZ[4], via desksearch, interviews met experts, focusgroepen met paneldeelnemers, moreel beraad gesprekken met GGZ professionals, en twee landelijke enquêtes: één onder panelleden en één onder hulpverleners uit zowel GGZ als verslavingszorg (Deelonderzoek 4 ).

In het vervolg van deze hoofdtekst van de monitor presenteren we eerst per deelonderzoek de belangrijkste bevindingen van het afgelopen jaar. Aan het slot blikken we terug op het monitorproces als geheel. Wat heeft het ons geleerd en hoe ver zijn we in Nederland gevorderd gegeven de oorspronkelijke ambities?

4 De precieze invulling van de contextmonitor verschilt per meetjaar. Zo is voor de LMA 2015 regionale samenwerking rond geïntegreerde zorg onderzocht en was de contextmonitor van de LMA 2016 gericht op de ontwikkelingen rondom FACT, IHT, VIP en maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. In de LMA 2017 lag de focus op de ervaringen en toekomstwensen van de veldpartijen (GGZ-aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) aangaande ambulantisering en op het beschrijven en analyseren van regionale innovaties van geïntegreerde, gebiedsgerichte en maatschappelijk ingebedde zorg. In 2018 lag de nadruk op participatie in (betaald dan wel onbetaald) werk van mensen met ernstige psychische aandoeningen waarbij met name het perspectief van mensen met ernstige psychische aandoeningen op dit thema uitgediept werd.

# 2

# Resultaten kernmonitor transities GGZ-voorzieningen

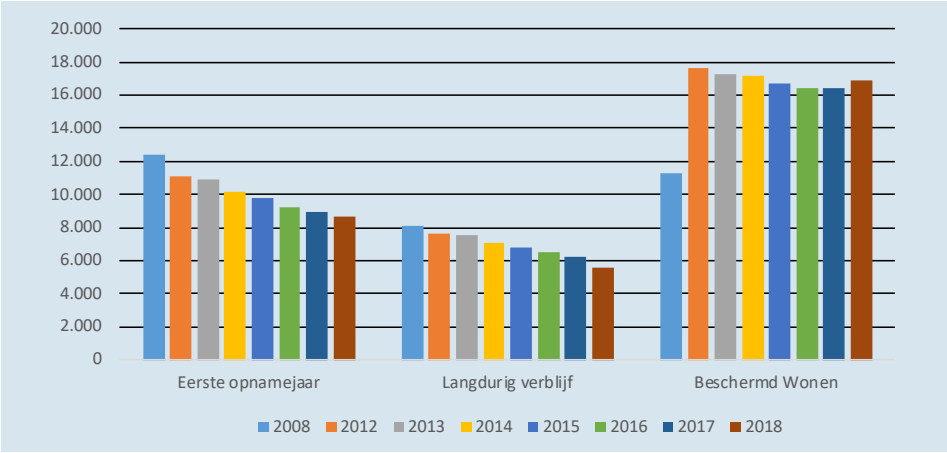
# 2 Resultaten kernmonitor transities GGZ-voorzieningen

## Inleiding

Om zo recent mogelijke cijfers te verkrijgen over veranderingen in klinische zorg, beschermd wonen en ambulante zorg wordt binnen de LMA jaarlijks een uitvraag onder GGZ-aanbieders over de geboden zorg van het voorgaande jaar gedaan (Deelonderzoek 1). De respons is dit jaar met 46 deelnemende instellingen nagenoeg even hoog als in het vorig meetjaar (n=47). Best vertegenwoordigd zijn de geïntegreerde GGZ-instellingen (deelnamepercentage 74 procent) en RIBW's (deelnamepercentage 68 procent). Aanvullend is een analyse gemaakt van trendcijfers over capaciteit en gebruik van en uitgaven aan de ambulante en intramurale GGZ-voorzieningen op basis van secundaire bronnen waaronder cijfers van Vektis (Deelonderzoek 2).

In onderstaande figuur is een totaalbeeld te zien van de landelijke capaciteitsontwikkelingen van klinische GGZ en beschermd wonen in de afgelopen tien jaar. We gaan daar in de volgende paragrafen nader op in.

**Figuur 1 Capaciteitsontwikkelingen klinische GGZ en beschermd wonen 2008-2018 (aantal plaatsen*)**




** Op basis van aantal verblijfdagen in kalenderjaar en omgerekend naar plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats. Gegevens over 2008 op basis van NZa cijfers, zoals gerapporteerd in de Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ (Trimbos-instituut, 2012). Cijfers langdurig verblijf 2008 inclusief AWBZ overig. (De productiecijfers langdurig verblijf van 2008 liggen beduidend lager dan de AWBZ-productiecijfers van de omliggende jaren en zijn daarmee mogelijk een onderrapportage.) Gegevens over 2012-2018 op basis van extrapolatie van de LMA-uitvraag bij GGZ-aanbieders met bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMV). Gegevens over 2015-2018 inclusief Jeugdwet.*

De veranderingen in financiële kaders tussen 2012 en 2018 maken het steeds moeilijker consistente jaartrends van zorgpatronen te presenteren. We gaan daarom met name in op de veranderingen tussen 2015 en 2018.

## Ontwikkelingen intramurale GGZ

In de afgelopen jaren heeft een gestage afbouw plaatsgevonden van de klinische GGZ-voorzieningen met gemiddeld 4% per jaar (Deelonderzoek 1). De afbouw van klinische capaciteit was in 2018 met -7% wat groter. Dit is toe te schrijven aan een relatief grote daling (11%) van langdurig verblijf (langer dan één jaar opname SGGZ en Wlz). Beperkt tot het eerste opnamejaar was er tussen 2015 en 2018 een ongeveer even grote daling (5 à 6 %) van het aantal opnamen als van het aantal cliënten (Deelonderzoek 1).

In eerdere monitorrapportages werd geconstateerd dat de (resterende) klinische plaatsen steeds intensiever werden, maar dat deze trend ook afvlakte. Deze afvlakkende trend zet door. In 2018 was er nagenoeg geen stijging van het aandeel intensieve deelprestaties (0,6%) in het eerste opnamejaar. De in 2017 geïntroduceerde deelprestatie H voor High Intensive Care voor kortdurende klinische opnamen steeg in 2018 naar 10% van het totale aanbod binnen het eerste opnamejaar (Deelonderzoek 1).

Nieuw in 2018 is de deelprestatie waarin verblijf om medische redenen wordt gecontinueerd vanwege het ontbreken van noodzakelijke ambulante of vervolgvoorzieningen. Daarvan is afgaande op de gegevens van de aan de LMA-deelnemende aanbieders nagenoeg geen gebruik gemaakt (0,1% van het Zvw-gefinancierde intramurale aanbod) (Deelonderzoek 1).

## Ontwikkeling beschermd wonen

In voorgaande jaren stabiliseerde het aantal beschermd wonen plaatsen van de aan de LMA-uitvraag deelnemende aanbieders, maar in 2018 was er een beperkte stijging van 2,5%. Bij de geïntegreerde instellingen daalde het aantal BW-plaatsen, bij de zelfstandige RIBW's was sprake van een stijging. Het aandeel individuele woningen steeg door, naar 57% van het totale aanbod aan woonvoorzieningen in 2018. De deelnemende instellingen hebben naast het BW-aanbod ook Volledig Pakket Thuis (VPT) plaatsen. Net als in 2017 steeg het aantal VPT-plaatsen fors: 29% in 2018. De zorg met verblijf vanuit het beschermd wonen krijgt dus steeds meer een individueel karakter (Deelonderzoek 1).

## Ontwikkeling Jeugdwet-gefinancierde opnamen

In 2018 kon binnen de Jeugdwet niet langer worden gedeclareerd volgens de DBC-systematiek wegens beëindiging van de overgangsregeling. Gemeenten kunnen werken met drie bekostigingsvarianten (lumpsum populatiebekostiging, inspanningsgerichte en outputgerichte bekostiging). Omdat instellingen met meerdere gemeenten te maken hebben, heeft het merendeel te maken met een combinatie van deze bekostigingsvarianten. Anders dan in de Volwassenenzorg was er tussen 2015 en 2018 een stijging van het aantal Jeugdwet-gefinancierde plaatsen onder de aan de LMA-uitvraag deelnemende aanbieders, namelijk met 9 procent. Van het ook in de Jeugdwet beschikbare HIC-tarief werd in 2018 (nog) nauwelijks gebruik gemaakt (0,1%) (Deelonderzoek 1).

## Ambulante zorg

Na de introductie van de Basis GGZ (BGGZ) waren er aanvankelijk grote jaarlijkse verschuivingen binnen de Zvw-gefinancierde zorg. Deze zijn inmiddels meer gestabiliseerd (Deelonderzoeken 1 en 2). In 2018 daalde het aantal cliënten binnen de Specialistische GGZ (SGGZ) onder de deelnemende aanbieders met 3% en steeg het aantal cliënten binnen de BGGZ eveneens met 3%. Omdat de SGGZ een veel groter aandeel heeft dan de BGGZ was er een totale daling binnen de Zvw-gefinancierde zorg van 2% (Deelonderzoek 1).

Bij een beleid gericht op het voorkomen en in lengte beperken van opnamen, zou een toename van het aantal intensieve ambulante DBC's (>3000 minuten, ofwel minimaal 1 uur per week) te verwachten zijn. Het aantal intensieve ambulante DBC's vertoont bij de aan de LMA-uitvraag deelnemende aanbieders de laatste jaren een grillig patroon met een stijging in het ene jaar en een daling in het daaropvolgende. Tussen 2017 en 2018 was er wel een duidelijke stijging van 10% (Deelonderzoek 1).

Ook het aantal cliënten dat gebruik maakte van het Wmo-gefinancierde ambulante begeleidingsaanbod van de aan de LMA-uitvraag deelnemende instellingen is in 2018 gestegen ten opzichte van het voorgaande jaar. En ook hier zijn er van jaar tot jaar fluctuaties. Na een daling met 11% tussen 2015 en 2016 en stabiliteit tussen 2016 en 2017, was er tussen 2017 en 2018 een stijging met 13%. Het resultaat van deze fluctuaties leidt tot een gering verschil tussen 2015 en 2018: een stijging van 1%. Daarbij zijn er verschillen tussen de deelnemende geïntegreerde GGZ-aanbieders en de deelnemende RIBW's; bij de geïntegreerde GGZ-aanbieders nam het aantal cliënten met Wmo-gefinancierde begeleiding af, bij de RIBW's nam het aantal cliënten met Wmo-gefinancierde begeleiding toe (Deelonderzoek 1). Dit is in lijn met de ontwikkelingen in het verblijf: de instellingen lijken zich meer te richten naar hun belangrijkste financieringsstroom; de overwegend Zvw-gefinancierde geïntegreerde instellingen bieden steeds minder Wmo-gefinancierde zorg; de RIBW's juist meer.

Er was in het laatste jaar ook een stijging in de beschikbare professionele menskracht voor ambulante Wmo-begeleiding bij de aan de LMA-uitvraag deelnemende aanbieders. De individuele begeleiding wordt in 2018 door deze aanbieders doorgaans geboden vanuit een aparte voorziening voor (specialistische) begeleiding, maar soms ook ingezet in samenwerking met en als onderdeel van een lokaal sociaal wijkteam (28%) of als onderdeel van een FACT-team (31% van de aanbieders) (Deelonderzoek 1).

Binnen het gehele ambulante aanbod van de deelnemende aanbieders heeft de Wmo-gefinancierde ambulante ondersteuning een beperkt aandeel; het aantal gebruikers van de SGGZ was in 2018 tien maal groter (Deelonderzoek 1).

De binnen de Jeugdwet gefinancierde ambulante GGZ, heeft een vergelijkbaar patroon als de ontwikkelingen binnen de volwassenenzorg, namelijk een lichte daling in de specialistische ambulante hulp en een lichte stijging in de generalistische ambulante hulp (Deelonderzoek 1).

## Dwangtoepassingen

De Raad voor de Rechtspraak verstrekte gegevens over aanvragen voor onvrijwillige opnamen in het kader van de BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) tot en met 2018. Vanaf 2009 is er elk jaar een stijging geweest van het aantal aanvragen voor deze dwangtoepassingen (Deelonderzoek 2). De jaarlijkse toename van deze aanvragen was in 2018 7%; dit is een grotere toename dan in voorgaande jaren (gemiddeld een jaarlijkse stijging van 4% tussen 2012 en 2017). Met name IBS (+10%) en voorlopige Rechterlijke Machtiging (+9%) lieten – veel meer dan in voorgaande jaren – een stijging zien. De stijging van de voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging (+7%) was juist wat minder groot dan in voorgaande jaren. Dit is een machtiging die ambulant wordt opgelegd om een gedwongen opname te voorkomen (Deelonderzoek 2).

## Ontwikkeling van GGZ uitgaven en verschuivingen van middelen van verblijfszorg naar ambulante zorg

Op basis van de uitvraag onder aanbieders bleef het verblijfsaandeel (inclusief beschermd wonen) van de totale opbrengsten tussen 2015 en 2018 onveranderd op 60%. Bij beperking tot Zvw en Wlz (dus exclusief Wmo) is de verhouding klinisch/ambulant in de opbrengsten 38% (klinisch) versus 62% (ambulant) (Deelonderzoek 1).

Op basis van landelijke bronnen stegen de uitgaven aan de GGZ (inclusief uitgaven aan Jeugd-GGZ, Wmo en POH-GGZ) tussen 2015 en 2018 (Deelonderzoek 2). Dit betreft niet-geïndexeerde cijfers. Uitgedrukt als quotum van het Bruto Binnenlands Product

was er (op basis van CBS-cijfers, met ramingen voor 2018) in deze periode een relatieve daling in GGZ-uitgaven van 0,91% naar 0,86% van het BBP. Als ingezoomd wordt op de Zvw en Wlz uitgaven aan de GGZ, dan laten de cijfers zien dat het aandeel van de uitgaven aan ambulante GGZ stijgen; in 2015 was de verhouding tussen de ambulante en de intramurale uitgaven 50-50, in 2018 werd 53 procent uitgegeven aan de ambulante GGZ. Voor 2018 betreft dit ramingen waarbij deels Vektis-cijfers en deels ramingen van Zin zijn gebruikt (zie Tabel 1).

**Tabel 1 GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 2015 - 2018 in miljoenen euro's**

| | 2015* | % | 2016* | % | 2017* | % | 2018** | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Ambulant* | | | | | | | | |
| POH-GGZ*** | 138 | 3,4 | 155 | 3,8 | 163 | 3,9 | 173* | 4,0 |
| Zvw Generalistische Basis GGZ | 185 | 4,5 | 200 | 4,9 | 213 | 5,0 | 228 | 5,3 |
| Zvw Gespecialseerde GGZ zonder verblijf | 1.716 | 42,1 | 1.769 | 43,0 | 1.896 | 44,8 | 1.890 | 43,8 |
| Ambulant totaal | 2.039 | 50,0 | 2.124 | 51,6 | 2.272 | 53,7 | 2.291 | 53,1 |
| Klinisch | | | | | | | | |
| Zvw SGGZ met verblijf tot 1 jaar | 1.379 | 33,8 | 1.340 | 32,6 | 1.315 | 31,1 | 1.401 | 32,5 |
| Zvw SGGZ met verblijf 2 en 3 jaar | 51 | 1,3 | 130 | 3,2 | 150 | 3,5 | 151 | 3,5 |
| Wlz | 609 | 14,9 | 522 | 12,7 | 495 | 11,7 | 468* | 10,9 |
| Klinisch totaal | 2.039 | 50,0 | 1.992 | 48,4 | 1.960 | 46,3 | 2.020 | 46,9 |
| **Totaal** | **4.078** | **100** | **4.116** | **100** | **4.232** | **100** | **4.311** | **100** |

* *Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2019. De uitgaven aan de POH-GGZ omvatten zowel consulten als inschrijftarieven.*

** *ZIN cijfers betreffen een raming voor het gehele jaar.*

*** *In de Rijksbegroting voor 2019 van het ministerie van VWS (Ministerie van VWS, 2018). Rijksbegroting 2019 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 35 000 XVI, nr.1) worden bij het totaal aantal middelen voor de Zvw-gefinancierde GGZ, de uitgaven aan de POH-GGZ meegenomen. De POH-GGZ uitgaven worden daarom ook in Tabel 1 gepresenteerd.*

Zowel de uitvraag onder aanbieders voor de LMA als de andere landelijke bronnen wijzen erop dat de afname aan uitgaven aan klinische GGZ tussen 2015 en 2018 nihil tot gering (1%) was. In absolute zin kan de toename van de uitgaven aan ambulante GGZ dus maar voor een deel door eventuele overheveling van klinische uitgaven verklaard worden. De (voorlopige cijfers van de) uitgaven voor 2018 laten daarbij zien dat de uitgaven aan specialistische GGZ zonder verblijf niet langer stijgen; de stijging van de

ambulante GGZ komt in 2018 voor rekening van de POH-GGZ en de generalistische basis GGZ. Deze ontwikkelingen wijzen erop dat de ambulante opbouw (binnen het Zvw-domein) niet alleen (of zelfs niet zozeer) mogelijk wordt gemaakt door afname van klinische uitgaven en dat een deel van de ambulante opbouw en uitbreiding juist in de lichtere echelons plaatsvindt.

## Nadere analyse op basis van Vektis cijfers

Net als in eerdere jaren zijn aanvullende gegevens opgevraagd bij Vektis over de via de Zvw en Wlz gefinancierde GGZ (Deelonderzoek 2). 2017 is het laatste meetjaar waarover volledige gegevens beschikbaar zijn. Bij de uitvraag van gegevens is (naast de algemene trends in uitgaven en productie) in het bijzonder aandacht geweest voor drie onderwerpen:

- *Ontwikkelingen per diagnosegroep:* In het vorige monitorjaar viel op dat afbouw van klinische capaciteit en opbouw van ambulante zorg niet evenredig verdeeld waren over de diagnosegroepen. De analyse is dit jaar verdiept met aanvullende parameters om een beter (en recenter) beeld te krijgen van dit patroon.

- *Toenemende verkaveling van zorg:* Er zijn signalen (uit eerdere interviewrondes binnen de LMA en rapporten van IGJ en de Onderzoeksraad voor de Veiligheid) dat de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen dreigt te fragmenteren, onder meer vanwege schotten in het financieringsstelsel, onduidelijk belegde verantwoordelijkheden en opkomst van nieuwe aanbieders en zorgvormen (zoals sociale wijkteams en BuurtzorgT) die om nieuwe vormen van samenwerking vragen. Eén vorm van fragmentatie is de verruiming van het type aanbieders dat zich richt op de behandeling van mensen met (ernstige) psychische problematiek. Bijvoorbeeld met een verschuiving van geïntegreerde GGZ-aanbieders naar andere typen aanbieders. Met behulp van Vektis cijfers is dit laatste geanalyseerd.

- Regionale zorgpatronen: Eerdere monitorrapportages gaven in hoofdzaak een landelijk beeld van de ontwikkelingen in het zorgaanbod. Uit een in 2018 gehouden verkenning onder stakeholders kwam een grote behoefte aan regionale verdieping naar voren. Zijn de landelijke trends in alle regio's zichtbaar of is er veel onderlinge variatie?

Anders dan bij de resultaten van de uitvraag onder zorgaanbieders, past bij deze analyses het voorbehoud dat beschermd wonen en andere Wmo-gefinancierde zorg zoals ambulante begeleiding ontbreken, omdat deze zorg sinds de decentralisatie naar gemeenten in 2015 niet meer is opgenomen in de database van Vektis.

## Ontwikkelingen per diagnosegroep

Cijfers van Vektis (Deelonderzoek 2) laten zien dat tussen 2012 en 2017 het aantal verblijfsdagen (Zvw, eerste opnamejaar) afnam, in totaal en voor nagenoeg alle diagnosegroepen. In dezelfde periode nam het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 behandelminuten (intensieve ambulante DBC's) toe, in totaal en voor alle diagnosegroepen. Het totaal aan uitgaven aan gespecialiseerde GGZ steeg in deze periode, maar niet voor alle diagnosegroepen. In nadere analyse van de zorgpatronen per diagnosegroep (Deelonderzoek 2) lieten met name de volgende groepen een opvallend patroon zien:

- Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen: net als bij de meeste andere diagnosegroepen daalt het aantal klinische verblijfsdagen. Anders dan bij alle andere diagnosegroepen gaat dit nauwelijks gepaard met een stijging van intensieve ambulante DBC's (+1% tussen 2012 en 2017). In 2017 is de daling van het aantal opnamedagen (eerste verblijfsjaar) het grootst (-14%) en de stijging van intensieve ambulante DBC's (> 3000 minuten) het kleinst (+2%) van alle diagnosegroepen. In 2017 was er (tegen de algemene trend in) een daling in uitgaven binnen de SGGZ voor deze diagnosegroep van 5%. Bij deze groep is er dus – ook recent - een klinische zorgvermindering die niet wordt gecompenseerd door toenemende ambulante gespecialiseerde zorg.

- Pervasieve ontwikkelingsstoornis (waaronder autisme): deze groep vormt in vrijwel alle opzichten de tegenhanger van de groep psychotische aandoeningen. Uitgaven voor de zorg binnen de SGGZ stegen tussen 2012 en 2017 het meest, zowel over het totaal (+64%), als binnen de klinische GGZ (+44%) en de ambulante intensieve SGGZ (+88%) in het bijzonder. Hier is dus niet zozeer een ambulantisering van de zorg te zien, maar een algeheel groter zorggebruik.

Bovenstaande groepen volgen dus niet een 'ambulantiseringspatroon' van minder klinische en meer (intensieve) ambulante zorg. Bij de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische aandoeningen zijn er aanwijzingen van een mogelijke algehele zorgverschraling, met vermindering van de uitgaven, vermindering van de klinische zorg en een relatief kleine stijging van de intensieve ambulante DBC's. In de andere gevallen zijn er aanwijzingen van een toegenomen zorggebruik en inzet. Het is niet duidelijk of hier sprake is van bedoeld beleid of een onbedoelde optelsom van ontwikkelingen in de (financiering van de) zorg.

Twee andere diagnosegroepen laten in de Vektis-cijfers wel een ambulantiseringspatroon zien. Dit zijn de persoonlijkheidsstoornissen en de stoornissen in het gebruik van alcohol. Hier gaat een daling van het klinische uitgaven gepaard met een stijging van uitgaven aan intensieve ambulante zorg.

Meest opmerkelijk zijn de resultaten voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Deze groep is en was de grootste gebruiker van klinische voorzieningen. Het lijkt geen goed teken van prioritering in het ambulantiseringsproces dat het juist bij deze groep nagenoeg ontbroken heeft aan intensivering van ambulante zorg.

## Toenemende verkaveling?

Er is op allerlei manieren te onderzoeken of de zorg al dan niet meer versnipperd is geraakt. In deze analyse hebben we een beperkte operationalisatie daarvan onderzocht: is in de zorgpatronen te zien dat de zorg steeds minder door de geïntegreerde GGZ-instellingen wordt geboden, en steeds meer door andere (en nieuwe) aanbieders? We vonden daarvan tussen 2012 en 2017 geen duidelijke signalen (Deelonderzoek 2). Binnen de SGGZ hebben de geïntegreerde aanbieders nog steeds een marktaandeel van rond de 70%, en het zijn vrijwel alleen deze aanbieders die declareren op DBC's voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische aandoeningen. Vanzelfsprekend is dit geen sluitend bewijs voor het ontbreken van fragmentatie. De fragmentatie kan ook binnen de geïntegreerde instellingen plaatsvinden, en de analyse is geen indicator voor samenhang in het bredere speelveld van zorg en ondersteuning (waarover later meer).

## Regionale zorgpatronen

Analyses op basis van Vektis cijfers (Deelonderzoek 2) laten grote regionale verschillen zien op het niveau van zorgkantoorregio's. Zo is er een groot verschil in de mate waarin de zorg ambulant wordt aangeboden. Het aandeel van de klinische (Zvw- en Wlz-) gefinancierde uitgaven op het totaal van de Zvw- en Wlz-gefinancierde GGZ (inclusief SGGZ, BGGZ en POH-GGZ) varieert tussen de 31 zorgkantoorregio's van 34% tot 65% (zie tabel 2).

In regio's met een relatief grote klinische capaciteit werd verhoudingsgewijs meer afgebouwd: de capaciteit varieerde van 37 tot 102 plaatsen (voor het eerste opnamejaar) per 100.000 verzekerden in 2012 en van 31 tot 72 plaatsen per 100.000 verzekerden in 2017. In dit opzicht daalden de onderlinge verschillen.

Nagegaan werd of het eerder beschreven zorgpatroon bij de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische aandoeningen in alle regio's aantoonbaar was. Er waren ook in dat opzicht grote regionale verschillen. Als voorbeeld: de range in toe/afname van intensieve ambulante DBC's (> 3000 minuten) tussen 2012 en 2017 voor deze diagnosegroep verschilde van -42% tot +56%. Over het geheel van de intensieve ambulante DBC's gemeten stegen de regionale verschillen. Er is dus anno 2017 minder klinische variatie aan zorguitgaven, maar een toenemende variatie in ambulante zorguitgaven.

**Tabel 2 Uitgaven per verzekerde aan GGZ, het aandeel van klinische uitgaven en het aandeel van Wlz uitgaven, per zorgkantoorregio in 2017**

| Zorgkantoorregio | Uitgaven per verzekerde aan GGZ (inclusief POH-GGZ) in euro's | Aandeel uitgaven klinisch (Zvw en Wlz) in totale uitgaven (%) | Aandeel Wlz in totale uitgaven (%) |
|---|---|---|---|
| Midden-Holland | 192 | 38,0 | 0,6 |
| Amstelland en de Meerlanden | 208 | 35,3 | 3,6 |
| Flevoland | 216 | 44,5 | 4,6 |
| Westland Schieland en Delfland | 232 | 45,3 | 9,7 |
| Zaanstreek/Waterland | 248 | 38,4 | 1,9 |
| Noord Holland Noord | 250 | 43,9 | 8,1 |
| Het Gooi | 254 | 37,6 | 4,6 |
| Zuid-Holland Noord | 256 | 41,1 | 11,6 |
| Zuid-Hollandse eilanden | 262 | 52,7 | 18,1 |
| Waardenland | 264 | 49,6 | 6,8 |
| Midden-Brabant | 265 | 42,4 | 11,3 |
| Twente | 266 | 48,9 | 7,0 |
| Zeeland | 271 | 49,3 | 7,2 |
| West-Brabant | 274 | 51,5 | 17,2 |
| Zuidoost-Brabant | 277 | 48,6 | 12,0 |
| Noord-Limburg | 279 | 48,2 | 18,1 |
| Friesland | 280 | 43,1 | 9,0 |
| Zwolle | 285 | 48,9 | 14,0 |
| Arnhem | 289 | 48,2 | 12,2 |
| Nijmegen | 295 | 43,5 | 7,8 |
| Noordoost Brabant | 307 | 52,4 | 21,6 |
| Utrecht | 326 | 44,9 | 12,6 |
| Groningen | 334 | 33,6 | 1,9 |
| Rotterdam | 334 | 47,4 | 8,8 |
| Zuid-Limburg | 341 | 41,6 | 7,2 |
| Kennemerland | 342 | 51,8 | 18,9 |
| Apeldoorn/Zutphen e.o. | 358 | 53,9 | 14,5 |
| Haaglanden | 359 | 47,0 | 15,7 |
| Amsterdam | 412 | 42,0 | 6,5 |
| Drenthe | 429 | 64,9 | 32,0 |
| Midden-IJssel | 453 | 63,1 | 30,4 |

# 3

# Resultaten peilingen panel Psychisch Gezien

# 3 Resultaten peilingen panel Psychisch Gezien

## Inleiding

De belangrijkste bron voor de kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen is een periodieke, jaarlijkse peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien, waarin ten tijde van de meting circa 1500 mensen met langdurige psychische aandoeningen participeren (Deelonderzoek 3). Wij zetten de belangrijkste bevindingen van de peiling in 2019, en de resultaten van een vergelijking met de voorgaande jaren, op een rij.

## Kenmerken van psychische problematiek

De gegevens met betrekking tot de psychische problematiek / psychische gezondheid laten ook dit jaar zien dat het panel een goede weerspiegeling is van de doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zo kampt 96% al langer dan twee jaar met (een of meer soorten) psychische klachten. Rond 85% gebruikt psychofarmaca. Twee derde van de leden geeft aan twee of meer typen psychische klachten te ervaren, zoals depressie en angst. Negen op de tien leden ervaren beperkingen in het functioneren op levensdomeinen zoals werk, opleiding, sociale contacten, en wonen.

## Algemene beeld ervaren leefsituatie

De eerste monitorpeiling onder het panel, voorjaar 2015, liet zien dat de omstandigheden van de panelleden van persoon tot persoon verschilden, maar dat in doorsnee de kwaliteit van leven van betrokkenen fors achterbleef bij die van de algemene bevolking. De maatschappelijke participatiegraad was laag en de eenzaamheidsproblematiek groot. Tegelijkertijd zouden de nodige panelleden een sociaal actiever leven willen hebben en willen meetellen in de maatschappij.

In opeenvolgende monitorjaren zagen we dat voor velen de realiteit achterbleef bij die wensen. Gemiddeld genomen bleef de situatie voor mensen uit het panel en hun ervaren kwaliteit van leven ongeveer hetzelfde.

De meest recente, vijfde monitorpeiling onder de panelleden, van voorjaar 2019, laat hetzelfde beeld zien. Over het algemeen zijn de leefsituatie en het gemiddelde oordeel over gezondheid, ervaren inclusie en de eigen kwaliteit van leven voor de groep als geheel opnieuw ongewijzigd gebleven. Dit wil niet zeggen dat er voor individuele leden niets is veranderd in gunstige of ongunstige zin, maar per saldo is er onvoldoende vooruitgang geweest om op groepsniveau van een duidelijke verbetering (of verslechtering) te kunnen spreken.

### Arbeidsparticipatie

Iets meer dan een vijfde van de leden heeft betaald werk (22%). Dat is ruim drie keer zo laag als het percentage werkenden in de algemene beroepsbevolking. Het aantal panelleden dat vrijwilligerswerk doet, is ruim 40%. Dat is ongeveer hetzelfde als in de Nederlandse bevolking.

Ruim een vijfde van degenen die geen betaald werk hebben zou wel graag een betaalde baan vinden, en ongeveer een kwart van degenen die geen vrijwilligerswerk hebben zou dit graag wel gaan doen.

## Ervaren leefsituatie en kwaliteit van leven

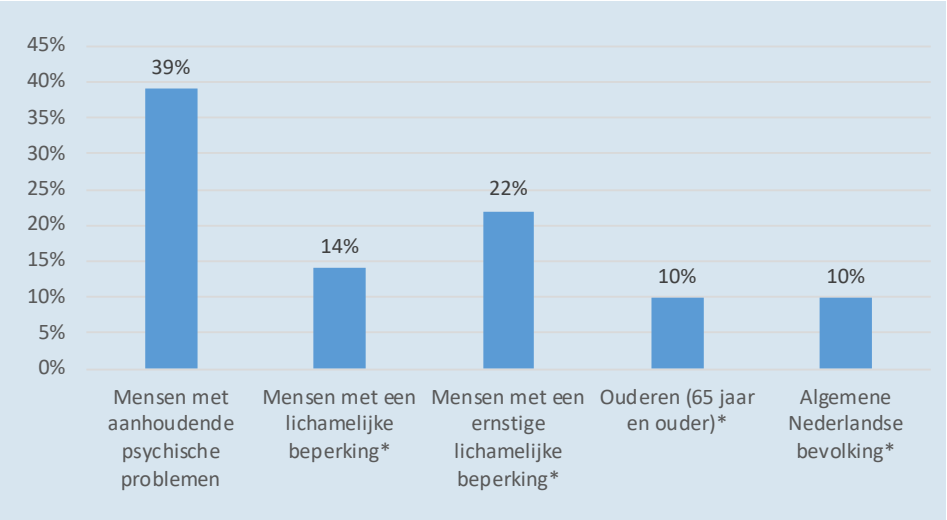
Net als in eerdere jaren geeft ruim vier op de vijf panelleden (80%) aan in enige mate eenzaam te zijn en is ongeveer twee op de vijf (40%) erg of heel erg eenzaam. Circa 40% van de panelleden geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij.

Overall geven panelleden de eigen kwaliteit van leven gemiddeld een rapportcijfer van 6,4 (ongewijzigd gebleven ten opzichte van vorig jaar).

In vergelijking met *andere groepen in de bevolking* is met name de eenzaamheid onder de panelleden groot, bijvoorbeeld ook vergeleken met ouderen en mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen (Figuur 2). Maar ook op andere vlakken is duidelijk dat de panelleden er minder goed voorstaan. Zo is ook de ervaren kwaliteit van leven lager dan die in de algemene bevolking (6,4 tegen 7,6; 57% is tevreden met het leven; tegen 86% in de bevolking; Figuur 3).

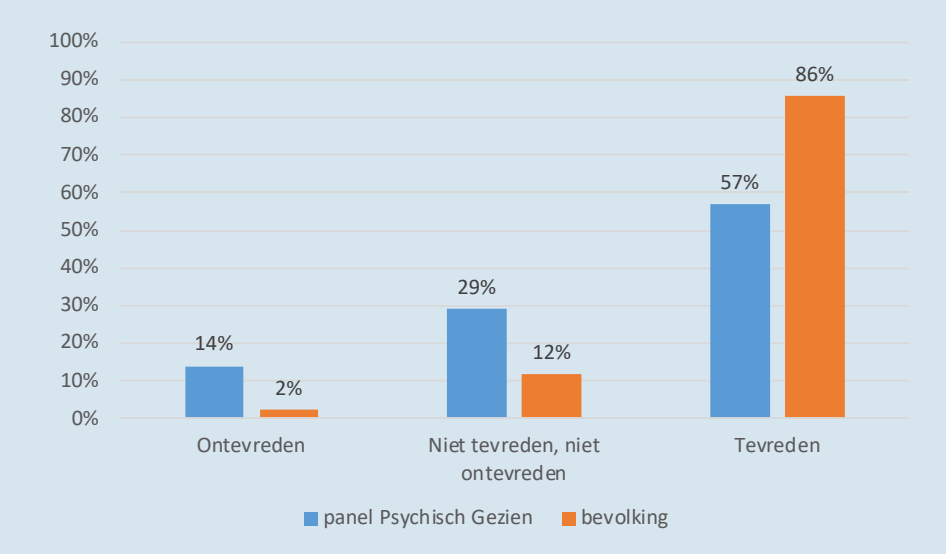
In combinatie met elkaar laten de bevindingen een duurzaam patroon zien dat veel panelleden een in maatschappelijk opzicht geïsoleerd leven leiden.

**Figuur 2 Percentage mensen dat zich (heel) erg eenzaam voelt**




* *De gepresenteerde percentages hebben betrekking op 2016 en zijn overgenomen uit de Participatie-monitor van het Nivel (van Hees e.a., 2018). Eveneens gemeten met de schaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985).*

**Figuur 3 Hoe tevreden zijn mensen met het leven dat ze nu leiden?***




* *Panel Psychisch Gezien peiljaar 2019. Algemene bevolking peiljaar 2018 (CBS, StatLine). De cijfers zijn gebaseerd op de vraag: 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?' De drie categorieën zijn als volgt gedefinieerd: ontevreden (cijfers 1 t/m 4), niet tevreden/niet ontevreden (cijfers 5 en 6), tevreden (cijfers 7 t/m 10).*

## Voorzieningengebruik

Ook het aandeel van de verschillende GGZ- en andere voorzieningen in de zorg en ondersteuning van de panelleden is, voor de groep als geheel, over de periode 2015-2019 in hoofdlijnen onveranderd gebleven. Het grootste deel van de panelleden (84%) is (nu, of in het afgelopen jaar) in zorg bij de GGZ - doorgaans bij een instelling, 19% (ook) bij een vrijgevestigde. Ruim een kwart (26%) van de panelleden was in het afgelopen jaar in zorg bij een ACT- of FACT-team.

Wel is het aantal panelleden in zorg bij de GGZ - d.w.z. inclusief degenen die begeleiding krijgen vanuit beschermende woonvormen - in de periode 2015-2019 iets afgenomen. Het aantal panelleden dat (in de twaalf maanden voorafgaande aan de peiling) contact heeft gehad met het sociaal wijkteam was na het eerste jaar met enkele procentpunten gegroeid. Datzelfde geldt voor het aantal panelleden dat gebruik maakt van 'cliënten-initiatieven voor herstel en zelfregie'. Het aandeel van de panelleden dat in de twaalf maanden voorafgaand aan de peiling contact heeft gehad met de POH-GGZ is iets gegroeid (van circa 13% naar 18%).

## Ervaringen met zorg

De waardering van panelleden voor de voorzieningen in het (geestelijke) gezondheidszorgdomein is in het algemeen met een ruime voldoende (rapportcijfer rond de zeven) hetzelfde gebleven. Die voor gemeentelijke (niet-GGZ) voorzieningen en voorzieningen op het gebied van werk en inkomen is net als vorige jaren lager (gemiddeld een zes). De trend van een lichte positieve verandering in de waardering van de panelleden voor een aantal gemeentelijke voorzieningen (buurthuizen, Wmo-medewerkers, overige gemeentelijke diensten) is ten opzichte van 2018 niet meer verder doorgezet (nu rond 6,4). In 2018 waren panelleden gemiddeld genomen positiever dan voorheen over de POH-GGZ (rapportcijfer van een zes naar een zeven) en dat is min of meer stabiel gebleven.

### Zorgbehoeften

De grootste ondersteuningsbehoefte bij panelleden is te zien op de gebieden psychische gezondheid, sociale contacten, lichamelijke gezondheid en het vinden van de juiste hulpverlening. Bij de meeste gebieden verschillen panelleden in de aard van de gewenste ondersteuning: sommigen willen vooral informele steun, anderen professionele, en weer anderen een mix van die twee. Psychische en lichamelijke gezondheid zijn bij uitstek gebieden waar relatief veel leden professionele steun wensen.

Rond de helft van de panelleden geeft aan dat aanpassingen in aard of intensiteit van de geboden professionele hulp wenselijk zouden zijn. In de meeste gevallen gaat het ofwel om meer ondersteuning, ofwel om andere ondersteuning (bijna niemand geeft aan minder of geen ondersteuning te willen, waar die wel geboden wordt).

Op veel gebieden is bij rond de 40% van de leden sprake van een zekere 'mismatch' tussen zorgbehoefte en -aanbod (ofwel men wil hulp, maar krijgt het niet; ofwel men wil hulp van een andere zorgverlener). Zo geeft ongeveer 40% tot bijna de helft van de leden aan dat zij geen, of niet de goede, passende professionele steun krijgen bij het aangaan van sociale contacten, bij dagelijkse bezigheden, zingeving & perspectief, het vinden van de juiste hulpverlening.

Deze domeinen van mismatch lijken op het eerste oog wellicht overwegend in het 'sociale domein' te liggen. Echter, vanuit het perspectief van mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn behoeften onderling veelal sterk verweven en leiden niet tot een exclusieve 'behandelings-' of een 'begeleidingsvraag' aan één actor of vanuit één specifieke financieringsvorm. Ondersteuning bij werkvragen ligt bijvoorbeeld op het snijvlak van Wmo, Participatiewet en Zvw.

## Trends

In de feitelijke leefsituatie zijn er nauwelijks (duidelijke) veranderingen gevonden over de jaren. Het aantal leden dat betaald werk of vrijwilligerswerk heeft is nagenoeg hetzelfde gebleven (respectievelijk 20 a 22%, en rond de 40%). Ook op overige gebieden, zoals het volgen van een opleiding of cursus, zijn gemiddeld genomen geen veranderingen waarneembaar.

Over het geheel genomen werden er geen significante verschillen gevonden in ervaren leefsituatie. Noch op eenzaamheid, noch op ervaren inclusie, noch op ervaren actuele psychische gezondheid zijn verschillen waarneembaar over de monitorperiode. Wel is het rapportcijfer over het leven als geheel licht gestegen van 6,3 in 2015 naar 6,4 in 2019.

Ook voor de ervaren discriminatie geldt dat geen verschil gevonden is in de monitorperiode. Het percentage mensen die zich gediscrimineerd of achtergesteld voelden vanwege psychische klachten varieert door de jaren heen van 27 tot 29%.

Het contact met de GGZ is, alles meegerekend, noch toegenomen, noch afgenomen. Wel is er een kleine verschuiving waarneembaar van contact met de 'GGZ-instelling ongeacht het aanbod' naar contact met meer laagdrempelige 'nuldelijnszorg' van POH-GGZ, herstelgerichte initiatieven en wijkgericht aanbod (sociaal wijkteam).

De ervaringen met zorgaanbieders (uitgedrukt in een rapportcijfer) laten in de vijf monitorjaren weinig verschillen zien.

De ervaren match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg is op vijf van de dertien aspecten of leefgebieden enigszins veranderd. Op de leefgebieden 'sociale contacten', 'financiële situatie', 'persoonlijke verzorging', 'seksualiteit en intimiteit' en 'geschikte huisvesting (helpen vinden)' is een stijging gevonden van het percentage panelleden met een match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg (kleine verbeteringen van 4 tot 7 procentpunten; in drie gevallen significant). Dit wijst mogelijk op een beginnende trend naar meer gepaste ondersteuning op deze 'gewone' levensterreinen.

# 4

# Stigma vanuit de GGZ

# 4 Stigma vanuit de GGZ

## Inleiding

De contextmonitor van de Landelijke Monitor Ambulantisering 2019 richt zich op stigmatisering door hulpverleners in de GGZ (inclusief verslavingszorg). Dit zou wellicht een mede verklarende factor in het achterwege blijven van substantiële verbeteringen in maatschappelijk herstel kunnen zijn, met name in participatie in werk en de samenleving. Dit deelonderzoek (Deelonderzoek 4) is gericht op het beantwoorden van de volgende vragen:

1. Wat is stigmatisering door hulpverleners? Op welke manier uit zich dergelijke stigmatisering?
2. Welke ervaringen hebben hulpverleners en cliënten met dergelijke stigmatisering?
3. Hoe gaan hulpverleners om met eventuele waargenomen eigen stigmatisering of die van collega-hulpverleners? Hoe denken zij over concrete aanpakken om stigmatisering te verminderen?
4. Welke lessen zijn te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende onderzoeksmethoden gebruikt: literatuuronderzoek, interviews met experts, focusgroepen met mensen met een psychische aandoening, moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners, en digitale enquêtes, één bij leden van het panel Psychisch Gezien (n=628), en één onder hulpverleners (n=471).

## Over het vóórkomen van stigmatisering

Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering in de GGZ regelmatig voorkomt. Ongeveer een kwart van de stigma-ervaringen van mensen met psychische problematiek is gelinkt aan stigmatisering in de GGZ, blijkt uit internationale gegevens. Nederlands onderzoek laat zien dat bijna een kwart van de cliënten zich gediscrimineerd voelt binnen de GGZ. Attitudes van GGZ-hulpverleners ten opzichte van (mensen met) psychische problematiek verschillen niet erg van attitudes in de algemene bevolking. De schaarse onderzoeken over de attitudes van Nederlandse GGZ-hulpverleners laten zien dat stigmatiserende attitudes voorkomen, al zijn de attitudes positiever dan verwacht op grond van buitenlandse studies.

Bij GGZ-hulpverleners spelen processen van stigmatisering die tevens bij de algemene bevolking spelen, zoals:

- Sociale categorisering, sociale afstand, *out-grouping* (wij-zij denken);
- Cognities over geweld en gevaar door mensen met psychische problematiek;
- Cognities over controle over problematiek en eigen verantwoordelijkheid.

Daarnaast zijn er processen die specifiek bij (GGZ-) professionals een rol spelen, zoals *clinicians bias* (een negatief gekleurd perspectief van hulpverleners omdat zij mensen vooral in tijden van crisis en zorgelijke momenten zien), *diagnostic overshadowing* (fysieke problemen en andere typen problemen worden overschaduwd door de psychische aandoening en krijgen daardoor minder aandacht of worden over het hoofd gezien), behandelpessimisme (opvattingen over onbehandelbaarheid en gevoelens van machteloosheid) en opvattingen over openheid over eigen ervaringen.

## Ervaringen van cliënten en hulpverleners

Uit de peiling bij leden van het panel Psychisch Gezien blijkt dat stigmatisering in het algemeen een veel voorkomend probleem is. Drie kwart van hen heeft hier de afgelopen twee jaar mee te maken gehad. Zowel panelleden als hulpverleners zien zelfstigma van cliënten als het belangrijkste probleem. Aangezien het bij zelfstigma gaat om geïnternaliseerd stigma (vanuit de samenleving), zegt dit niet alleen iets over de individuele cliënten, maar ook over de samenleving als geheel. Of zoals Holder e.a. (2019) aangeven: hoe meer mensen zich veroordeeld en onbegrepen voelen, hoe groter de kans dat ze zich deze opvattingen eigen maken (zelfstigma) en hoe kleiner de kans dat ze deelnemen aan behandeling en begeleiding/re-integratie.

Bij de andere vormen van stigmatisering verschilt het perspectief van cliënten enigszins van dat van de hulpverleners. Zo ervaren panelleden stigmatisering door familie en naasten - na zelfstigma - als belangrijkste probleem, hulpverleners zien stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, in de wijk) als belangrijkste probleem voor cliënten.

Zowel panelleden als hulpverleners geven aan dat stigmatisering binnen de GGZ tot de minst voorkomende vormen van stigmatisering behoort. Dit neemt niet weg dat een aanzienlijk deel van de panelleden (ruim de helft) met stigmatisering in de GGZ te maken heeft gehad. Wat opvalt is dat hulpverleners hoger scoren op de vraag of het een probleem is dan cliënten: hulpverleners geven stigmatisering in de GGZ gemiddeld een 6,7 en panelleden een 5,4 (1=geen probleem, 10=groot probleem). De meest genoemde nadelige gevolgen die panelleden hiervan ondervinden zijn een negatief zelfbeeld, verminderd zelfvertrouwen en hoop op de toekomst, minder contacten, trager herstel en een lagere kwaliteit van leven.

Over de manier waarop stigmatisering door GGZ-hulpverleners tot uiting komt, verschillen de meningen van cliënten en hulpverleners enigszins. Panelleden benoemen hierbij vooral de afstandelijke houding en het taalgebruik van hulpverleners (betuttelend/beschermend) en de focus van hulpverleners op beperkingen en het vermijden van risico's, de bejegening (betuttelend/beschermend) en het taalgebruik over cliënten tussen hulpverleners onderling ('die borderliner'). Deze uitingsvormen komen overeen met de in de literatuur genoemde aspecten, zoals behandelpessimisme, weinig oog voor herstel, de bejegening, het benadrukken van wij-zij verschillen (*outgrouping*) en in het taalgebruik mensen reduceren tot een medische diagnose (Castelein e.a., 2016).

De hulpverleners die panelleden het vaakst als stigmatiserende actor noemen, behoren tot de kernprofessies in de GGZ. Bijna de helft van de cliënten geeft aan door een psychiater te zijn gestigmatiseerd, gevolgd door een psycholoog/psychotherapeut en verpleegkundige/verpleegkundig specialist. Duiding hiervan is lastig. Betekent dit bijvoorbeeld dat psychiaters het meest stigmatiseren of spelen ervaren machtsverschillen tussen professional en cliënt hier de grootste rol? Naar verschillen tussen de beroepsgroepen is nog weinig onderzoek gedaan en het bestaande onderzoek geeft hierover geen uitsluitsel. Wel zijn er enkele aanwijzingen dat psychiaters gemiddeld genomen pessimistischer zijn over de behandeling en meer (negatieve) stereotype opvattingen hebben dan psychologen en verpleegkundigen (Schulze e.a., 2007).

Een kwart van de panelleden met stigma-ervaringen in de GGZ heeft hier nooit met iemand over gesproken. Ruim een derde heeft het met de betreffende hulpverlener zelf besproken. Ook hulpverleners geven aan dat stigmatisering nog geen regelmatig terugkerend gespreksonderwerp is binnen het team. Wat opvalt is dat hulpverleners de eigen psychische problemen wel vaker bespreken. Van de responderende hulpverleners heeft bijna twee derde zelf psychische klachten of een verslavingsprobleem gehad. Negen op de tien heeft dit verteld aan een of meer collega's en/of cliënten.

## Aanpak van stigmatisering in de GGZ

In de literatuur worden aanbevelingen gedaan om stigmatisering in de GGZ te voorkomen of te verminderen. Meer aansluiten bij de beleving van de cliënt in plaats van duiden vanuit het medische model, bewustwording van de impact van taalgebruik en gebruik van diagnoses en het nemen van herstel als uitgangspunt voor het professionele handelen, zijn belangrijke aanbevelingen. Wat betreft de methoden om gedragsverandering bij professionals te bewerkstelligen, is contact met ervaringsdeskundigen van belang, evenals het onderwerp stigma bespreekbaar maken bij cliënten, binnen het team en in de organisatie (Van Weeghel e.a., 2016; NKO/Akwa, 2017). Bij de aanbevelingen valt op dat dit in essentie ook aanbevelingen zijn voor goede, herstelondersteunende zorg.

De aanbevelingen van de door ons geïnterviewde experts komen hier in grote lijnen mee overeen. Zij pleiten ervoor om klachten en verschijnselen zoveel mogelijk te normaliseren, om stigma bespreekbaar te maken (met behulp van programma's en interventies), en om aandacht te besteden aan het levensverhaal, de betekenisgeving en de context van de cliënt. Het principe 'niets over ons, zonder ons', moet in de hele GGZ leidend zijn. Dat betekent onder meer dat hulpverleners altijd samen met cliënten (en hun familie) beslissen over de behandeling en dat zij ervaringskennis erkennen als een belangrijke bron van kennis. De experts zien als positieve ontwikkeling dat steeds meer hulpverleners zich kwetsbaar durven opstellen en hun persoonlijke ervaringen leren inzetten in hun professioneel handelen.

De uitkomsten van de enquête onder hulpverleners geven enige reden voor optimisme over de bereidheid om met destigmatisering aan de slag te gaan. Ongeveer de helft van de hulpverleners verwacht dat er binnen het team zeker bereidheid is om met destigmatisering aan de slag te gaan. De eigen bereidheid is veel groter: bijna drie kwart wil zelf actief met destigmatisering aan de slag gaan. Mogelijk wordt dit beeld enigszins vertekend doordat naar verwachting vooral hulpverleners met affiniteit met het onderwerp aan de enquête hebben deelgenomen.

De door hulpverleners en cliënten genoemde maatregelen om stigmatisering binnen de GGZ te verminderen, komen grotendeels overeen met die van experts en hetgeen uit de wetenschappelijke literatuur naar voren is gekomen. Beide groepen benadrukken het belang van normalisering van psychische en verslavingsproblemen. Daarnaast pleiten zij voor terughoudendheid bij het gebruik van psychiatrische labels, meer herstelgericht werken en samen beslissingen nemen. Hulpverleners voegen hier nog de reflectie binnen het team (en de organisatie) op de eigen bejegening, houding en taalgebruik, aan toe.

## Lessons learned

Welke lessen zijn er nu te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat stigmatisering binnen de GGZ een veelvormig en niet eenduidig probleem is. Wat wel of niet als stigmatiserend wordt ervaren, kan per cliënt, per hulpverlener en ook per situatie verschillen. Zo kan het advies van een hulpverlener aan een cliënt om niet te veel hooi op de vork te nemen in de ene situatie nuttig zijn (bijv. wanneer een cliënt herhaaldelijk de neiging heeft om over zijn grenzen te gaan) en binnen een andere context als (over)beschermend worden gezien (bijv. als een cliënt een eerste voorzichtige poging doet om iets te gaan ondernemen). In de laatste situatie komt de beschermende houding van de hulpverlener wellicht voort uit zijn pessimistische opvattingen over het verloop van het herstelproces bij psychische aandoeningen. Het complexe karakter maakt dat er geen snelle 'one size fits all' oplos-

singen mogelijk zijn. Destigmatiserend werken zal vooral een zoektocht (en wellicht soms een worsteling) zijn, waarvan het (gezamenlijk) reflecteren op het eigen professionele handelen een essentieel onderdeel uitmaakt.

Uit de enquêtes onder panelleden en hulpverleners komt het zelfstigma van cliënten als belangrijkste probleem naar voren. Daarom is het voor hulpverleners van belang om extra alert te zijn op (de effecten van) zelfstigma. Zelfstigma (h)erkennen gaat om het serieus nemen van de ervaringen van de cliënt en de betekenis die hij of zij eraan geeft. Mensen kunnen bijvoorbeeld overdreven negatieve verwachtingen hebben of de vooroordelen bij anderen overschatten.

Een belangrijk punt in het omgaan met zelfstigma is hoe open iemand wil zijn over zijn of haar aandoening, ook wel 'disclosure' genoemd. Daarom is ondersteuning bij het geven van openheid belangrijk. Interventies die daarbij helpen zijn Coming out Proud (doorontwikkeld als Honest, Open and Proud) en de CORAL beslishulp. Daarnaast zijn veelbelovende behandelvormen beschikbaar om zelfstigma te verminderen en het zelfbeeld te versterken, zoals COMET[5], NECT[6], CGT[7] en ACT[8] (Staring e.a., 2016; NKO/Akwa, 2017).

Dat herstelprocessen en stigmatisering elkaar wederzijds beïnvloeden ligt voor de hand. Zoals stigma herstel kan belemmeren, kan herstel stigma ook uitdagen. Verwacht wordt dat het 'hersteldenken' met zijn nadruk op hoop en zelfregie, een tegenwicht kan bieden tegen negatieve opvattingen over psychische aandoeningen. Zo kan het inzicht dat herstel wel mogelijk is, tot een kleinere sociale afstand leiden. De boodschap van herstel vormt daarom een onmisbaar onderdeel van een destigmatiseringsaanpak (Stuart e.a., 2012).

Het is aannemelijk dat herstelpraktijken gerund door ervaringsdeskundigen hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Zij stralen naar de buitenwereld de krachtige boodschap uit dat mensen kunnen herstellen en kunnen participeren in de samenleving. Dat betekent overigens niet dat het stigma verdwijnt als cliënten hersteld zijn. Er zijn geen aanwijzingen dat mensen die met succes een herstelprogramma hebben doorgemaakt minder vatbaar zijn voor publiek stigma. Dit maakt dat we er niet zonder meer van uit kunnen gaan dat het doormaken van een herstelproces of deelname aan een rehabilitatietraject vanzelf tot vermindering van (zelf)stigma zal leiden (Boumans & Van Weeghel, 2016).

Panelleden geven aan dat zij stigmatisering door familie en naasten - na zelfstigma – als de belangrijkste vorm van stigmatisering ervaren. Hieruit blijkt dat familieleden, evenals

5 Competitive Memory Training
6 Narrative Enhancement and Cognitive Therapy
7 Cognitieve Gedragstherapie
8 Acceptance and Commitment Therapy

hulpverleners, zowel een destigmatiserende als een stigmatiserende rol kunnen vervullen. In de literatuur over stigmatisering van psychische problemen spelen familieleden en naasten tot nu toe een ondergeschikte rol. De schaarse studies richten zich vooral op het 'associatieve stigma' dat mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening ervaren wanneer zij voor hun naaste zorgen (zie o.a. Catthoor e.a., 2014). Onze bevindingen geven aanleiding om de rol van familie bij (de)stigmatisering meer in de breedte voor het voetlicht te brengen door niet alleen aandacht te besteden aan hun rol als subject (iemand die gestigmatiseerd wordt), maar ook als object (iemand die stigmatiseert) en actor (iemand die een destigmatiserende rol kan spelen). Ook GGZ-hulpverleners kunnen hieraan bijdragen, enerzijds door in het contact met de cliënt aandacht te besteden aan mogelijk stigmatiserende opvattingen in de directe omgeving van de cliënt en anderzijds door familieleden en naasten zoveel mogelijk mee te nemen in een herstelondersteunende en normaliserende omgang met de cliënt.

Stigmatisering is weliswaar geen totaal taboe meer binnen de GGZ, maar de bespreking van stigmatisering met de cliënt is nog zeker geen gemeengoed. Gezien de vele negatieve gevolgen zou stigmatisering een vast aandachtspunt moeten zijn binnen begeleidingsgesprekken en in casuïstiekbesprekingen. Tijdens begeleidingsgesprekken kan een hulpverlener (indien nodig) de cliënt inzicht bieden in de werking van (zelf) stigma en met de cliënt uitzoeken welke manieren van omgaan met stigma bij hem of haar passen. Ook kan de hulpverlener cliënten ondersteunen bij het vergroten van hun stigmaweerstand ('resilience') via een daarop toegespitste cognitieve therapie (zoals NECT) en empowerment door ervaringsdeskundigen of zelfhulp- en herstelgroepen (zoals Honest, Open and Proud, WRAP en Fotovoice).

Ook de bespreking van stigmatisering tussen hulpverleners onderling is nog geen gemeengoed. Reflectie op en uitwisseling over het eigen handelen binnen het team is hiervoor essentieel. Dit kan bijvoorbeeld binnen casuïstiekbesprekingen of moreel beraad bijeenkomsten of met behulp van interventies van Samen Sterk zonder Stigma (zoals de dialoogdag, de elearning Destigmatiserend werken, Beyond the label). Hierin kunnen vragen aan de orde komen als: is het team zich ervan bewust dat we allemaal kunnen stigmatiseren? Hoe ziet dat er dan uit? Gebruiken we ook onderling respectvolle taal? Spreken we elkaar aan op stigmatiserende taal of attitudes? Wat kunnen we doen om meer openheid en acceptatie te creëren? Op deze manier kunnen GGZ-hulpverleners leren een bijdrage te leveren aan destigmatiserend communiceren over psychische aandoeningen.

# 5

# Zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, samenwerking in de regio, financiële en arbeidsmarktproblematiek

# 5 Zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, samenwerking in de regio, financiële en arbeidsmarktproblematiek

## Inleiding

Het ambulantiseringsproces speelt zich vanzelfsprekend niet af in een vacuüm maar is afhankelijk van en wordt beïnvloed door algemene ontwikkelingen in de GGZ-sector, het sociale domein en sectoren zoals de arbeidsmarkt en de woningmarkt. Samenwerking tussen verschillende aanbieders en financiers is cruciaal voor de voortgang van de ontwikkelingen. In dit hoofdstuk wordt op deze factoren ingegaan (op basis van Deelonderzoek 2).

## Belemmerende factoren in het systeem

Samenwerking in de regio, tussen aanbieders van zorg en het sociale domein (en de financiers hiervan) is essentieel voor het zo veel mogelijk realiseren van zorg in de eigen omgeving van mensen en het versterken van participatie. Deze regionale taakopvatting en samenwerking is nog lang niet overal hoe het zou kunnen en moeten zijn, zo werd vorig jaar in de LMA (2018) geconcludeerd, onder andere op basis van onderzoeken van de IGJ (2018) en het Trimbos-instituut (2018).

Het afgelopen jaar verschenen er verschillende onderzoeken over de huidige stand van zaken van de kwaliteit van zorg en (regionale) samenwerking in zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. Om te beginnen bevestigen nieuwe toezichtrondes van de IGJ in 2019 op de regionale zorgnetwerken voor mensen met ernstige psychische aandoeningen het eerder geschetste beeld (IGJ, 2018) dat de capaciteit van de ambulante zorg veelal niet voldoende is en dat er in afstemming en samenwerking tussen ketenpartners nog veel te verbeteren valt, waardoor er risico's zijn in de continuïteit en passendheid van de zorg (IGJ, 2019). De Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019) deed op basis van casusanalyses onderzoek naar 'onveilige situaties rondom personen met een EPA' (ernstige psychische aandoening) met als doel te onderzoeken welke factoren bijdragen aan het ontstaan van onveilige situaties voor personen met ernstige psychische problematiek en hun omgeving. De Onderzoeksraad is tot de conclusie gekomen 'dat veiligheid van kwetsbare personen met een EPA en de veiligheid van

hun omgeving onvoldoende gewaarborgd is'. Als voornaamste oorzaak wordt genoemd dat de zorg onvoldoende aansluit op de zorgnood. Dit komt onder andere doordat de huidige wet- en regelgeving de benodigde complexe zorg niet faciliteert. Bijvoorbeeld doordat werken met gemiddelde prijzen deze (dure) zorg onaantrekkelijk maakt voor zorgaanbieders. Financieringsstromen sluiten niet op elkaar aan en sluiten elkaar uit en volgens de Onderzoeksraad hebben prikkels tot specialisatie ertoe geleid dat de zorg niet aansluit bij mensen met meervoudige hulpbehoeften. Wachttijden bij de GGZ en het beschermd wonen leiden ook tot veiligheidsrisico's. En het speelt mee dat de betrokken partijen niet altijd goed zicht hebben op de veiligheidsrisico's. Er is versnippering van informatie en dossiervorming en informatie wordt onvoldoende gedeeld.

Een andere belangrijke factor die speelt, is dat de medewerkers te weinig professionele ruimte hebben om de zorg te leveren die nodig is en te veel volgens regels en protocollen moeten werken die niet altijd passend zijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De zorg voor deze mensen is complex, waarbij meerdere dilemma's kunnen spelen. Hierdoor kan handelingsverlegenheid ontstaan bij professionals, aldus de Onderzoeksraad. Als antwoord op wat nodig is om de veiligheid te vergroten, adviseert de Onderzoeksraad dat financiële schotten worden verwijderd. En dat professionals de professionele ruimte meer benutten. Dit vergt een open houding en overleg tussen de verschillende betrokken beroepsgroepen.

De Onderzoeksraad concludeert dat de multi-problematiek van mensen met ernstige psychische aandoeningen zich niet goed verhoudt tot 'het werken vanuit afgebakende domeinen, verschillende financieringsstromen en een strikte interpretatie van regels en procedures, maar vereist een gezamenlijke aanpak waarbij zorg- en hulpverleners steeds opnieuw met elkaar naar de beste aanpak binnen een gegeven situatie zoeken'. De organisatie van het zorgaanbod is centraal komen te staan in plaats van de cliënt, aldus de Onderzoeksraad en de fragmentatie van zorg en diversiteit aan financieringsstromen maakt het bijna onmogelijk om in alle gevallen de juiste zorg te bieden.

## Samenwerking in de regio

Deze obstakels zijn al (veel) vaker genoemd in onderzoeken en eerdere rapportages van de LMA en blijven dus een rol spelen. Dergelijke belemmeringen keren ook terug in de (tussen-) evaluatie van de taskforces EPA voor regionale samenwerking van de GGZ en het sociaal domein. Begin 2019 heeft Kenniscentrum Phrenos een rapportage gepubliceerd over de stand van zaken van deze taskforces. In totaal waren er tien verzorgingsgebieden met (sinds 2015) een taskforce. Uit het onderzoek van Phrenos blijkt dat de helft van de taskforces ten tijde van het onderzoek nog bezig was met de uitvoering, twee taskforces waren gestopt door gebrek aan (financiële) middelen en draagvlak en drie taskforces 'afgerond' waren waarbij de werkwijze van de taskforce geborgd was binnen de betrokken organisaties.

Dat twee taskforces genoodzaakt waren te stoppen en vijf anderen nog tijd nodig hebben om tot structurele veranderingen te komen, is een indicatie voor de complexiteit van het regionale samenwerkingsproces en de complexiteit van het versterken van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. Uit eerdere analyses van het Trimbos-instituut (2017, 2018) blijkt dat de oplossing gezocht moet worden in het meer werken vanuit vertrouwen (tussen aanbieders, tussen aanbieders en financiers) en het minder zoeken naar beheersing met regels. Contractafspraken moeten realistischer en voor langere termijn, met meerjarenafspraken, wat in de praktijk in sommige regio's ook al gebeurt. Het leren van wat regionaal wel en niet werkt is van belang voor de totale verandering. Experimenteerruimte en regelvrijheid zijn hierbij zeer belangrijk. KPMG (2019) bevestigt het belang van meerjarenafspraken en benadrukt ook de waarde van buitenlandse voorbeelden zoals van Triëst, Italië (Muusse & van Rooijen, 2015).

## Verbetering behandeling

Een ander punt van aandacht is de kwaliteit van behandeling van mensen met een psychose. In een vragenlijstonderzoek van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCt) (2019) is bij 189 psychoseteams nagegaan in welke mate mensen met een psychose de standaardzorg (volgens de Zorgstandaard Psychose) Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp) kregen. Uit het onderzoek bleek dat 20 tot 25 procent van de cliënten met psychose in de afgelopen drie jaar CGTp had gekregen. Ook bleek dat meer dan de helft van de CGTp werd gegeven door professionals met onvoldoende opleiding op dit gebied. De overgrote meerderheid van de cliënten met psychose krijgt dus niet de standaardbehandeling en als deze wel wordt gegeven dan kan het zijn dat de therapeut onvoldoende hierin is opgeleid. De onderzoekers pleiten dan ook voor meer inzet van psychologen en meer opleidings- en scholingsmogelijkheden.

Er zijn diverse andere veelbelovende (onderzoeks)initiatieven om de zorg voor mensen met ernstige psychische kwetsbaarheden te verbeteren, zoals aandacht voor leefstijl, cognitieve vaardigheidstraining in aansluiting op arbeidsrehabilitatie, herstelacademies, respijthuizen, samenwerking tussen cliënten en het informele en formele steunsysteem via resourcegroepen en Open Dialogue, en herstelondersteuning in de langdurige zorg (Active Recovery Triad). De implementatiegraad van deze initiatieven is over het algemeen nog bescheiden.

## Financiële situatie en de arbeidsmarkt

Financiële analyses van de GGZ-sector tonen aan dat het rendement in 2018 verslechterd is. Een groot deel van de financiële resultaten in de GGZ is incidenteel, op basis van boekwinsten door verkoop van vastgoed. De GGZ heeft het moeilijk, zo wordt geconcludeerd. Met onder andere stijgende loonkosten, deels door de grote omvang van het aantal personeelsleden niet in loondienst. Er is hoge werkdruk, veel verloop en veel openstaande vacatures. Deze omstandigheden kunnen het moeilijk maken om te innoveren en ambulante zorg verder op te bouwen.

# 6

# Terugblik en beschouwing

# 6 Terugblik en beschouwing

In deze vijfde monitorrapportage maken we de balans op van de inzet en opbrengsten van het ambulantiseringsbeleid van de afgelopen jaren. Dit is te zien als een tussenbalans, omdat de aanvankelijke beleidshorizon een langere was (tot 2020) en in het Hoofdlijnenakkoord geestelijke gezondheidszorg 2019 t/m 2022 het streven naar 'thuis, tenzij' wordt voortgezet. We blikken daarbij terug op de 'afbouw-' en 'opbouwmissie' van de ambulantisering.

## Afbouw van intramurale capaciteit

Het ambulantiseringsbeleid kent een 'afbouw en opbouwmissie'. We gaan eerst in op de beoogde afbouw van verblijf in een GGZ-voorziening. De – meest bekende – invulling van het ambulantiseringsbeleid was een voorgenomen afbouw van de verblijfscapaciteit tot 2020 met een derde, met 2008 als referentiejaar. De klinische capaciteit is tussen 2008 en 2018 naar schatting met 30% gedaald. Zo bezien is de doelstelling reeds in 2018 nagenoeg gehaald. Met inbegrip van beschermd wonen was er tussen 2008 en 2018 slechts een afname van 2% van de plaatsen. In de praktijk betrof de afbouw dus de klinische psychiatrie en niet het beschermd wonen.

Vanuit internationaal perspectief lijkt de in Nederland ingezette beweging niet meer dan logisch. Nederland had een relatief hoge klinische capaciteit en vanuit het oogpunt van mensenrechten hebben mensen met psychische kwetsbaarheden net als ieder ander recht op een zelfstandig leven. De klinische capaciteit is in Nederland verhoudingsgewijs weliswaar nog steeds hoger dan het gemiddelde van de EU-28, maar de daling was de laatste jaren sterker dan in de meeste andere Europese landen.

Beschermd wonen kende een andere ontwikkeling dan het klinisch verblijf; de afbouw van het aantal plaatsen was duidelijk minder sterk, met daarbinnen een toename van het aantal individuele beschermd wonen plaatsen en een afname van de groepswoningen. Een mogelijke verklaring voor de relatief kleine afname van het aantal beschermd wonen plaatsen (ten opzichte van het aantal klinische plaatsen) is dat de financiering van het beschermd wonen in 2015 binnen het sociaal domein kwam te liggen. Zorgverzekeraars stuurden nadrukkelijker op afbouw dan gemeenten. Ook heeft mogelijk meegespeeld dat beschermd wonen meer als een 'normaliserende' tussenvorm tussen klinisch verblijf en zelfstandig wonen in de samenleving werd gezien.

We hebben geen systematische analyse gemaakt van mediaberichten over de afbouw van klinische capaciteit, maar de stellige indruk is dat het aantal negatieve berichten veel groter is geweest dan het aantal positieve berichten. Ambulantisering, hier smal opgevat als beddenafbouw, kreeg een negatieve connotatie (zie ook Significant, 2018; Koekkoek, 2017):

- Het zou een bezuinigingsoperatie zijn geweest, waarbij geen rekening is gehouden met het beroep op de stagnerende woningmarkt en maatschappelijke mogelijkheden om mensen op te vangen.

- Het zou hebben bijgedragen aan een toename van incidenten veroorzaakt door mensen met verward gedrag. Door de ambulantisering knelde lokaal soms de opnamecapaciteit om mensen in nood op te kunnen nemen of waren hulpverleners extra terughoudend om tot een opname over te gaan.

- Te midden van de algehele stelselherziening en veranderingen van de financiering in de zorg, droeg de klinische afbouw bij aan financiële problemen van GGZ-instellingen, waardoor gewenste innovaties in de zorg stagneerden.

We gaan hier niet in op de waarheid of onwaarheid van deze signalementen. Zij lijken te weerspiegelen dat volgens sommigen de klinische afbouw te hard is gegaan en dat we nu toenemend met de gevolgen daarvan worden geconfronteerd. Daarbij lijkt de veronderstelling te zijn dat mensen met ernstige psychische kwetsbaarheden meer dan voorheen in een gewone wijk in de stad (in plaats van in een kliniek) wonen. Dat is maar ten dele het geval (zie ook Koekkoek, 2017). Deze doelgroep van ambulantisering heeft de afgelopen decennia steeds in grote meerderheid in de samenleving en buiten de kliniek gewoond. Wellicht is het draagvlak voor ambulantisering de laatste jaren wel minder groot geworden.

## Opbouwambities

Ook in eerdere decennia zijn er in Nederland met golfbewegingen grote zorgen geweest over het welzijn van deze doelgroep bij een toenemende ambulantisering, soms meer met de nadruk op risico's, overlast en ongemak (zoals Giel, 1984), soms meer met een brede behoefte aan lotsverbetering, innovatie van de zorg en rehabilitatie.

De beoogde opbouw van ambulante zorg begon zeker niet bij nul. In verhouding tot omliggende landen was er rond 2012 in Nederland reeds een verhoudingsgewijs grote beschikbaarheid van ambulante, multidisciplinair samengestelde zorgteams, die mensen thuis ondersteuning gaven. Er was echter ook nog veel te verbeteren.

Kort voor de start van de LMA verscheen in 2014 het rapport "Over de Brug" met een pleidooi voor een ambitieuze aanpak van de zorg aan mensen met ernstige psychische

aandoeningen die zou moeten leiden tot 'een derde meer herstel' van deze doelgroep. Onder meer met middelen vanuit het ZonMw programma GGZ waren in het voorgaande decennium zogenaamde evidence-based practices beschikbaar gekomen. Die konden beter worden ingevoerd, en om alle ambities te realiseren moest er ook een beter samenwerkingsverband tussen GGZ, andere partijen en het sociaal netwerk van de cliënt bereikt worden. De doelgroep stond landelijk immers nog steeds op flinke achterstand. In deze (herstelondersteunende) geest was het Bestuurlijk Akkoord van 2012 ook geformuleerd: ambulante zorg moet het uitgangspunt zijn, samenwerking met partners in de somatiek en in andere domeinen moet tot integrale zorg leiden teneinde herstel en zelfmanagement te stimuleren.

## Systeemperikelen

Reeds in de eerste monitorrapportage van de LMA werden grote belemmeringen geconstateerd om de opbouwambities waar te maken. Daarbij speelden vooral de gevolgen van de ingezette transities in de GGZ. Deze transities waren weliswaar gemotiveerd vanuit congruente motieven met het ambulantiseringsbeleid: de gedachte dat mensen met ernstige psychische aandoeningen meer in de gelegenheid gesteld zouden moeten worden om sociaal en maatschappelijk te participeren. In de praktijk leken zij echter eerder te fungeren als een struikelblok dan als een katalysator van dit proces.

Treffend in dit opzicht was een peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien aan de vooravond van de transitie in 2014. Een meerderheid van het panel onderschreef het ambulantiseringsbeleid, maar vreesde dat de ambulante uitbreiding er de facto niet zou komen en dat het accent eenzijdig op de beddenafbouw zou komen te liggen, met volgens veel panelleden negatieve consequenties. Het vertrouwen bij de panelleden in de afloop van decentralisatie van de GGZ en overheveling van taken naar gemeenten was niet groot. Circa drie kwart van de panelleden verwachtte een verslechtering in de ondersteuning als gevolg van deze overheveling. Het appel dat in dit verband werd gedaan op meer mantelzorg, achtten de meeste panelleden niet reëel. Familie en kennissen deden al heel veel en hadden juist zelf meer ondersteuning nodig, zo was de overheersende mening. Als het gaat om alle veranderingen in de zorg tezamen, overheersten bij veel panelleden vooral gevoelens van onzekerheid. 'Eerst zien, dan geloven' was het motto.

In de eerste monitorrapportage werd de zorg geuit of het tempo van intensivering van ambulante zorg niet veel te laag was om de ambities te realiseren. Zorginstellingen signaleerden dat de vanuit de beddenafbouw vrijkomende middelen niet volledig mochten worden geherinvesteerd in ambulante zorg. Het lage opbouwtempo werd vooral toegeschreven aan het ingewikkelde speelveld dat inmiddels was ontstaan. We nemen de gesignaleerde problemen hier vrijwel integraal over:

- Zeer veel partijen, elk met eigen geografische werkgebieden, waren inmiddels bij de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen betrokken.

- Het complexe speelveld en soms ook het beperkte mandaat van de directe gesprekspartners, maakten dat betrokkenen niet goed in de gelegenheid waren om over de directe eigen belangen heen te stappen (ook waar werd ingezien dat dat nodig was).

- Visies en aanpak van de financiers verschilden onderling - ook van de zorgverzekeraars onderling en van gemeenten onderling. Daarbij was elke zorgverzekeraar georiënteerd op afspraken voor eigen verzekerden en elke gemeente voor de eigen lokale bevolking.

- Waar intenties tot samenwerking bestonden, werkten schotten tussen verschillende financieringskaders en uiteenlopende regelgeving binnen die kaders, belemmerend.

- Er was een spanningsveld tussen enerzijds de behoefte aan bewegingsruimte en flexibiliteit in het veld en anderzijds de controlebehoeften en verantwoordingsvereisten vanuit de financiers. Mogelijkheden tot schuiven met middelen waren beperkt. (Financiële) experimenteerruimte ontbrak.

- Bredere en meer gestructureerde samenwerking rond de ontwikkeling van een toekomstvisie en een toekomstig zorglandschap stonden op veel plaatsen nog in de kinderschoenen, met enerzijds een aantal voorlopers en anderzijds regio's waar überhaupt geen plannen in deze richting bestonden.

- Ook door de voorlopers werd geconstateerd dat de uitvoering van een gezamenlijke agenda nog een forse uitdaging was, gezien de uiteenlopende belangen, financieringskaders en andere gesignaleerde knelpunten.

Afgaande op alle signalen waren er serieuze risico's op een versnippering van de zorg en het zorgsysteem, discontinuïteit, zorgverschraling in brede zin en gebrekkige ondersteuning op het gebied van participatie in het bijzonder, zo werd in de eerste monitorrapportage geconcludeerd.

Een centrale vraag die daarbij opdook, was in hoeverre met name op systeemniveau de randvoorwaarden aanwezig waren voor een 'kanteling' ten positieve. In sommige regio's werd door sommigen, waaronder vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars, de vraag opgeworpen of het huidige, ten dele sterk gedecentraliseerde en ten dele concurrentiële - en daarmee de facto sterk gefragmenteerde - systeem geschikt was voor de aansturing en bekostiging van de (integrale) ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De eerste monitorrapportage vervolgde met de vraag hoe deze negatieve ontwikkeling kon worden afgewend. Gepleit werd voor impulsen voor het wegnemen van wettelijke belemmeringen tegen regionale samenwerking, het bijdragen aan de totstandkoming van een eenduidige geografische regio-indeling, de coördinatie en ontwikkeling van gezamenlijke referentiekaders voor de ambulante opbouw en de ontwikkeling van een stimuleringsfonds (eventueel te financieren uit de beddenafbouw) voor de ontwikkeling en implementatie van good practices op het gebied van regionale samenwerking, integrale zorg en ondersteuning bij participatie en herstel. Ook zou er meer aandacht voor flankerend beleid rond woningmarkt, arbeidsmarkt en het tegengaan van stigmatisering en discriminatie moeten zijn.

Daarnaast zou met name het faciliteren van een meer geïntegreerde bekostiging op de landelijke beleidsagenda moeten worden geplaatst. Mogelijkheden zouden verkend kunnen worden van één integraal (regionaal) budget, eventueel te beginnen met een gezamenlijk budget voor specifieke onderdelen van de zorg (ondersteuning bij participatie) en uit te bouwen naar integrale zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In essentie ging het daarbij om het bijeen brengen van de voor die integrale zorg benodigde middelen vanuit verschillende bronnen onder één regievoerder, hetzij op individueel niveau (persoonsvolgend) hetzij op groepsniveau. Een dergelijk traject vraagt, zo luidde het in de rapportage, om een boven de regionale partijen staande landelijke regievoerder met doorzettingsmacht.

## Scenario's voor opbouwdoelstellingen en regionale samenwerkingsagenda

Een overkoepelende bevinding in de eerste monitorrapportage was dat er wel een doelstelling was voor de afbouw van verblijfscapaciteit, maar geen duidelijke formulering van opbouwdoelstellingen, en hoe die te realiseren. Er was in het land geen gezamenlijk gedragen beeld over hoe het ambulantiseringsproces eruit zou moeten zien. Bovendien was de gewenste ontwikkeling van het aanbod minder duidelijk geworden, te midden van parallelle beleidsontwikkelingen (bijvoorbeeld rond de Basis GGZ, POH-GGZ en sociale wijkteams). Moest er nu meer intensieve of juist minder intensieve ambulante zorg komen? Of heel andere manieren om de zorg te organiseren?

Het Trimbos-instituut werd gevraagd om, samen met een aantal experts, scenario's te ontwikkelen voor de opbouw van ambulante ondersteuning in een bredere samenwerkingsagenda gericht op sociale inclusie en verbindende zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheden.

Inmiddels was in de LMA-rapportage gebleken dat de afbouw van klinische capaciteit en beschermd wonen niet leidde tot extra middelen voor ambulante zorg. Eén van de verklaringen was dat de resterende verblijfscapaciteit een intensiever en daardoor

kostbaarder karakter had, waardoor er per saldo geen middelen voor ambulante zorg vrijkwamen.

Er werden daarom drie scenario's onderscheiden (Kroon e.a., 2016; Van Hoof e.a., 2016):

- een continueringsscenario waarin de beddenafbouw zou doorzetten, maar er geen fundamentele verbeteringen in de ambulante zorg en ondersteuning zouden zijn;
- íntensieve ambulante opbouw met een substantiële opschaling van bestaande ambulante zorgarrangementen, zoals FACT en IHT.
- GGZ in de wijk waarin naast de opschaling ook een veel nauwere aansluiting met voorzieningen in de wijk wordt gemaakt.

Onder stakeholders was er desgevraagd draagvlak voor het tweede en derde scenario, zo bleek in de monitorrapportage van 2017. Maar men realiseerde zich meteen ook de uitdagingen die in de voorgaande paragraaf werden geschetst.

Per saldo kunnen we inmiddels constateren dat de meer ambitieuze scenario's wel werden onderschreven, maar niet werden omarmd en landelijk uitgedragen. Aan de scenario's en het handvat voor regionale samenwerking was geen landelijke implementatie-agenda verbonden, zoals dat bijvoorbeeld bij de aanpak van de wachtlijstproblematiek wel het geval is. De bekendheid op de werkvloer was niet groot en de scenario's speelden geen rol van betekenis in de onderhandelingen tussen financiers en aanbieders. Daarbij was er inmiddels ook enige terughoudendheid ontstaan om op een – aan de meer ambitieuze scenario's verbonden – verdere beddenafbouw in te zetten. Hierbij speelden ook zorgen over de kennelijke toename van personen met verward gedrag in de openbare ruimte.

## Bijkleuring van ambities: omgaan met personen met verward gedrag

Het is een bekend historisch gegeven uit andere landen met innovatieve deïnstitutionaliseringsambities: nare incidenten in de experimentele fase kunnen toegeschreven worden aan de innovatie en zo de koers van het ingezette proces ingrijpend wijzigen. In Nederland deed zich in 2014 zo'n gebeurtenis voor: de moord op voormalig minister Borst. Duidelijk was dat er in de aanloop tot deze moord veel was misgegaan, nog het meest in het opsporingsapparaat, maar ook in de zorg.

Dat actie geboden was, was iedereen duidelijk. Er kwam daarom na lancering van "Over de Brug" niet zozeer een groot GGZ-vervolgprogramma van ZonMw gericht op herstel of bevordering van participatie en inclusie, maar een actieprogramma en een aanjaag- en schakelteam rond personen met verward gedrag. Ook al is er in de missie

een zekere overlap, het aangrijpingspunt voor actie was een andere. Nog in de eerste monitorrapportage van 2015 werd het volgende opgemerkt: "*De focus op potentiële misstanden draagt echter ook het risico in zich dat, zodra zaken rond onder andere de samenwerking in de crisisopvang verbeteren, de opdracht als 'geslaagd' en 'voltooid' wordt beschouwd en de ambities van het ambulantiseringstraject zelf worden vergeten. Die ambitie luidde immers niet zozeer te voorkomen dat zaken mis gaan maar te zorgen dat dingen verbeteren; dat mensen met ernstige psychische aandoeningen meer en betere ondersteuning krijgen bij hun persoonlijke en maatschappelijke herstel en meer in de gelegenheid worden gesteld om een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden.*"

Ook al is in het actieprogramma zeker ook aandacht geweest voor deze bredere missie, de grootste zorgen in media, politiek en onderzoek gingen vooral naar analyse en preventie van deze potentiële misstanden. Met als risico dat de aandacht minder prominent lag bij de totstandkoming van een zo goed mogelijke regionaal samenhangende ondersteuning van herstel, participatie en inclusie.

## Tussenbalans: het continueringsscenario

Als we na vijf jaar monitoren de balans opmaken (zie de eerder beschreven hoofdbevindingen uit deze monitorrapportage), is de conclusie dat de ambulantisering zich in grote lijnen heeft voltrokken volgens het continueringsscenario. Er is wel klinische capaciteit afgebouwd, maar er is veel minder sprake geweest van fundamentele verbeteringen in de ambulante zorg en ondersteuning. Er zijn zeker (ook lokaal) lichtpunten aan te wijzen, maar de progressie als geheel is beperkt.

Als struikelblok wordt nog steeds melding gemaakt van systeem- en financieringsproblemen. Een voorbeeld betreft de sturing binnen Zvw en Wmo. Sinds de financiering van het beschermd wonen en ambulante begeleiding verschoven is naar de gemeente, worden de beschermd wonen aanbieders meer gezien als onderdeel van het sociaal domein in plaats van de GGZ, met een eigen beleidsagenda en aansturing. Mede als gevolg van indicatieprocedures en financiële sturing is er – zo blijkt uit enkele regionale samenwerkingsexperimenten - minder overlap in de populatie van het beschermd wonen en geïntegreerde GGZ-instellingen dan voorheen. De beoogde ontwikkeling van FACT-teams en soortgelijke vormen van intensieve ambulante, geïntegreerde zorg is na een aanmerkelijke stijging tot 2015 getalsmatig gestagneerd. Er zijn onder financiers terugkerende discussies over de vraag onder welk kader specifieke activiteiten vallen (onder andere rond het 'niet-curatieve' deel van de FACT-zorg), wat een neiging tot afwenteling van taken en van cliënten in de hand werkt. De integrale verantwoordelijkheid voor mensen met ernstige psychische kwetsbaarheden is daardoor onvoldoende duidelijk belegd; iedereen is verantwoordelijk voor de eigen cliënten en niet voor het geheel (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2019).

In een nadere uitvraag heeft het Trimbos-instituut in 2018 aandacht besteed aan het in- en verkoopproces tussen zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders binnen de Zvw. De centrale zorg van de aanbieders ging uit naar een meer financieel gezonde organisatie, met betere afdekking van risico's, betere tarieven en bij contractering als er door cliënten van een bepaalde zorgverzekeraar een groter dan verwacht beroep op de zorg zou worden gedaan. Ambulantisering was slechts één van de aandachtspunten van financiers en aanbieders. Personeelsgebrek en beteugeling van wachtlijsten waren nieuwe knellende prioriteiten geworden. Vergaande ambulantiseringsplannen zouden bij personeelsgebrek of in de regionale samenwerking gemakkelijk stranden. Van aanbieders met ambitieuze (maar ten tijde van de rapportage nog niet geaccordeerde) ambulantiseringsplannen werd naderhand vernomen, dat deze niet waren gehonoreerd als hieraan extra middelen waren verbonden. Veel GGZ-instellingen voelden zich, met andere woorden, te weinig vitaal om ambitieuze innovaties door te voeren.

## Tussenbalans: welbevinden van de doelgroep

Een belangrijke, terugkerende bevinding in de vijf monitorjaren is dat er in het leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen nog nauwelijks verbeteringen ten goede zijn aan te wijzen, zo blijkt uit de peilingen van het panel Psychisch Gezien. Zij leiden overwegend nog steeds een geïsoleerd leven en ervaren op veel onderdelen dat er onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan hun behoeften aan ondersteuning. Participatie wordt belemmerd door stigma-ervaringen.

Door sommige experts wordt bij deze resultaten als verzachtende omstandigheid aangedragen dat er wellicht sprake is van een 'mammoettanker' (de transities) die meer tijd nodig heeft om zich te vertalen in gunstige uitkomsten op cliëntniveau.

## Toekomst en vervolgwegen

We komen tot de conclusie dat er in de afgelopen vijf jaar weinig substantiële progressie was in het proces van ambulantisering en in de betekenis daarvan voor het leven van mensen met ernstige psychische kwetsbaarheden. We komen ook tot de conclusie dat in de eerste monitorrapportage voorboden zaten van dit stagnerende proces. De destijds – ook door geïnterviewde bestuurders en andere stakeholders aangedragen – aanbevelingen om het proces vlot te trekken, lijken nog steeds valide (zie paragrafen over opbouwambities en systeemperikelen) en klinken ook door in het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019 t/m 2022.

Meer geïntegreerde, samenhangende zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische kwetsbaarheden vergt een eenduidiger (financiële) aansturing, waarbij de eerste zorg zou moeten zijn dat regionaal gedaan kan worden wat nodig is, in plaats

van uit welke geldstroom het gefinancierd kan of zou moeten worden. Een integraal budget vanuit diverse financieringsstromen, met een eenduidiger regio-indeling zou daarbij behulpzaam kunnen zijn.

Het ambulantiseringsproces wordt beïnvloed door processen binnen andere sectoren en de samenleving als geheel. De situatie op de arbeidsmarkt en schaarste van GGZ-professionals heeft bijvoorbeeld een relatie met het kunnen uitbreiden van voorzieningen. De financiële situatie van GGZ-aanbieders heeft ook impact op het ambulantiseringsproces. Voor het bereiken van het uiteindelijke doel van het ambulantiseringsproces, namelijk het vergroten van de sociale inclusie van mensen met (ernstige) psychische problematiek, heeft de samenleving ook een belangrijke opdracht. Het tegengaan van stigma is daarbij zeer belangrijk. Ontwikkelingen rondom de beeldvorming over mogelijke effecten van ambulantisering en personen met verward gedrag hebben hier impact op.

Internationale voorbeelden van een sterk geambulantiseerde zorgorganisatie (zoals in Lille, Triëst en Finland) zouden als inspiratie kunnen dienen. Oplossingen dienen te worden toegesneden op de regionale situatie, maar kunnen niet zonder een landelijk gedragen kader van gezamenlijk gedragen ambities met bijpassende indicatoren. Het ontbreekt in het ambulantiseringsbeleid aan dergelijke gezamenlijk gedragen ambities en indicatoren, waardoor ontwikkelingen op lokaal niveau afhankelijk zijn van lokale inzichten en daardoor ook variabel en soms wat vrijblijvend zijn.

Deze monitorrapportage laat zien dat regionale verschillen in de ontwikkeling van de ambulante zorg de laatste jaren groter zijn geworden. Het is voer voor nader onderzoek op regionaal niveau in hoeverre dit gewenste ontwikkelingen waren, toegesneden op de lokale situatie. En wat er voor nodig is om het proces in de gewenste richting te buigen. Dit vergt geïntegreerde monitoring en analyse op meerdere niveaus (van het bestuurlijke niveau tot de werkvloer en naast de zorg ook het bredere sociale domein). Inzichten daaruit kunnen weer bijdragen aan de landelijke beleidsagenda.

De afgelopen jaren is het beroep op de geestelijke gezondheidszorg gegroeid. Er is in Hoofdlijnenakkoord en Rijksbegroting mede daarom aandacht voor een duurzaam, betaalbaar zorgstelsel. In de analyse binnen onderhavige monitorrapportage blijkt dat mensen uit sommige diagnosegroepen de laatste jaren meer zorg kregen en andere juist minder. De diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische aandoeningen – die juist relatief veel werd en wordt opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis – kreeg relatief minder klinische én ambulante zorg. Omgekeerd kregen mensen binnen de diagnosegroep angststoornissen juist meer klinische én ambulante zorg. Dit op voorhand onverwachte patroon kan allerlei verklaringen hebben. Wellicht maken mensen met een psychose toenemend en naar tevredenheid gebruik van alternatieve steunbronnen (al zien we dat niet terug in de resultaten van het panel Psychisch Gezien). En zijn er in de behandeling van angststoornissen toenemend intensieve therapievormen beschikbaar gekomen (zoals exposure en EMDR) die voorheen onvoldoende werden

toegepast (al signaleren Staring e.a. (2019) eerder een overmaat aan toepassing van EMDR en waarschuwt Cuijpers (2018) voor de inzet van GGZ-behandeling bij relatief milde problemen). Er zijn dus twijfels over de onderbouwing en rationaliteit van deze zorgontwikkelingen. Nadere verdiepende analyse op regionaal niveau kan helpen bij een meer onderbouwde verdeling van de inzet van middelen.

De gewenste ontwikkelingen vergen een goed samenspel van werkvloer (cliënten, informeel netwerk en hulpverlening), middenmanagers, lokale en landelijke bestuurders. De afgelopen jaren waren de ontwikkelingen binnen de diverse gremia relatief gescheiden. Cruciaal in een geslaagd ambulantiseringsproces is een waardengestuurde, gemotiveerde en goed geëquipeerde werkvloer, duurzaam gefaciliteerd door regionale en landelijke kaders. Met als doel dat mensen met psychische problematiek kunnen herstellen, zich in de samenleving verbonden voelen en hun leven naar wens vorm kunnen geven.

# DEELONDERZOEKEN

## 1 T/M 4

# DEELONDERZOEK 1

## Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen


**1 Inleiding** **61**

**2 Opzet en methode** **63**

**3 Resultaten van de uitvraag van de vijfde meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders** **67**

**4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing** **85**

Bijlage I Klankbordgroep data-uitvraag 87

Bijlage II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ 98

Bijlage III Deelnemende instellingen LMA en LMIG 91

Bijlage IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ 99

*Auteurs*
Aafje Knispel
Lex Hulsbosch
Hans Kroon

# 1 Inleiding

Eén van de onderdelen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) is de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-aanbieders over de ontwikkeling (wat betreft de omvang en het zorggebruik) van de klinische zorg en de ambulante GGZ (de ambulante GGZ vooral gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen). Ook worden de ontwikkelingen van het beschermd wonen gevolgd. In deze achtergrondstudie wordt verslag gedaan van de uitvraag over het jaar 2018.

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

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

Met de uitvraag die we doen bij de instellingen verzamelen we zo compleet en zo recent mogelijke informatie over capaciteit en zorggebruik. We vragen dit rechtstreeks uit bij zorgaanbieders omdat in bestaande (lopende) databestanden van declaraties en zorggebruik, bepaalde gegevens ontbreken (bijvoorbeeld over beschermd wonen en ambulante begeleiding) en omdat de gegevens in andere bestanden nog niet volledig zijn over het afgelopen jaar.

# 2 Opzet en methode

## 2.1 Doelstelling en opzet

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

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

Voor deelname aan de vijfde meting van de LMA zijn de leden van GGZ Nederland benaderd[1], ook als zij niet deelnamen aan een vorige meting. Voor alle metingen van de LMA zijn naast de leden van GGZ Nederland, ook aanbieders van intramurale voorzieningen die geen lid zijn van GGZ Nederland benaderd.

## 2.2 Vragenlijst

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

1 De leden van GGZ Nederland vertegenwoordigen een zeer groot deel van de GGZ-capaciteit in Nederland. GGZ-organisaties die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland beschikken doorgaans over een relatief beperkt aantal plaatsen voor zover zij al over intramurale capaciteit beschikken.

De vragenlijst bestaat uit de volgende rubrieken:
A. Productie en gebruik Zvw-gefinancierde zorg
B. Productie en gebruik Jeugdwet-gefinancierde zorg
C. Productie en gebruik Wlz-gefinancierde zorg
D. Productie en gebruik Wmo-gefinancierde zorg
E. Productie en gebruik DJI-gefinancierde zorg
F. Verdeling opbrengsten
G. Overige kenmerken intramurale zorg (overige vragen)

## 2.3 Dataverzameling en respons

62 aanbieders gaven aan deel te willen nemen en hebben de vragenlijst toegestuurd gekregen. 46 aanbieders hebben daadwerkelijk data aangeleverd. De aangeleverde data van de deelnemende aanbieders zijn door de onderzoekers uitvoerig gecontroleerd.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen door de jaren heen, gerangschikt naar type instelling. Het ledenbestand van GGZ Nederland kent zes typen instellingen: geïntegreerde GGZ-instellingen, RIBW's, gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg, gespecialiseerde forensische psychiatrische centra en Riagg's/aanbieders met uitsluitend ambulante zorg. Daaraan wordt voor deze monitor de categorie 'overige aanbieders met intramurale capaciteit' toegevoegd[2].

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

**Tabel 2.1 Typering deelnemende instellingen 2012 (LMIG), 2013 (LMIG), 2014 (LMA), 2015 (LMA), 2016 (LMA), 2017 (LMA) en 2018 (LMA)**

| | Aantal 2012 | Aantal 2013 | Aantal 2014 | Aantal 2015 | Aantal 2016 | Aantal 2017 | Aantal 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geïntegreerde GGZ-instelling | 30 | 30 | 29 | 24 | 23 | 24 | 23 |
| RIBW | 19 | 16 | 17 | 13 | 15 | 14 | 13 |
| Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie | 10 | 9 | 9 | 6 | 5 | 4 | 3 |
| Verslavingszorginstelling | 6 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Forensisch psychiatrisch centrum* | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | - | 1 |
| Aanbieders intramurale voorzieningen - overig | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| Riagg/ambulante zorg | | | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| **Totaal** | **71** | **66** | **69** | **54** | **49** | **47** | **46** |

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

Bovenstaande cijfers laten zien dat de respons op de vijfde meting van de LMA ongeveer vergelijkbaar is met de vierde meting. De respons van de geïntegreerde GGZ-instellingen en de RIBW's is hoger dan die van de andere typen instellingen. Van de geïntegreerde GGZ-instellingen respondeerde 74 procent op de vijfde meting van de LMA en van de RIBW's 68 procent.

De voornaamste redenen waarom deelname voor een aantal aanbieders niet haalbaar was, waren gebrek aan tijd en personeel om de gegevens te verzamelen.

## 2.4 Beperkingen

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

- De verandering van de financiële kaders in 2015 maakt dat de vergelijking van de cijfers vanaf 2015 met die van eerdere jaargangen niet altijd eenvoudig of mogelijk is (zie ook de volgende kanttekening). Waar mogelijk wordt deze vergelijking wel gemaakt, met de kanttekening dat enige voorzichtigheid geboden is bij het duiden van de trendcijfers.
- Vanaf 2018 is de overgangsregeling voor het blijven bekostigen van de Jeugdwet-gefinancierde GGZ in DBC-taal gestopt. Dit betekent dat er een administratief verschil is tussen de Jeugdwetregistratie voor en na 2018. In voorgaande rapportages zijn, omwille van het kunnen maken van vergelijkingen vanaf 2012, voor

sommige variabelen de data van de Jeugdwet samengevoegd met de data van de Zvw. Dat doen we, vanwege de administratieve wijziging, dit keer niet waardoor vooral ontwikkelingen vanaf 2015 gepresenteerd worden. Omwille van de leesbaarheid van de rapportage van het deelonderzoek worden de ontwikkelingen tussen 2012 en 2017 niet gepresenteerd. Voor deze ontwikkelingen wordt verwezen naar de rapportage van de LMA 2018.

- De respons is door de jaren heen lager geworden. Het kan niet (volledig) uitgesloten worden dat bij de aanbieders die niet deelnamen, de ontwikkeling van de capaciteit en het gebruik van de GGZ anders verliep dan bij de deelnemende instellingen.

# 3 Resultaten van de uitvraag van de vijfde meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders

## 3.1 Inleiding

De dataverzameling van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders heeft geresulteerd in een omvangrijk databestand over de omvang en het gebruik van de klinische en ambulante GGZ-voorzieningen, het beschermd wonen en de begeleiding en ondersteuning in het sociale domein van de deelnemende aanbieders in 2018. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze uitvraag en de vergelijking met de voorgaande uitvragen gepresenteerd. De ontwikkelingen door de tijd zijn geanalyseerd op basis van data van organisaties die aan alle betreffende metingen deelnamen (n=33[3] voor de laatste vier metingen van de LMA).

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

Eén van de belangrijkste meeteenheden voor de omvang van de klinische en beschermd wonen voorzieningen is de 'gerealiseerde productie' (uitgedrukt in verblijfsdagen). Voor de leesbaarheid van het rapport worden de verblijfsdagen omgerekend tot plaatsen[4] volgens de formule dat in 2018 365 verblijfsdagen gelijk stonden aan één plaats.

3 33 instellingen hebben aan elk van de laatste vier metingen deelgenomen. Per analyse kan de n echter verschillen. Bijvoorbeeld, bij analyses van de data van de RIBW's is de n vanzelfsprekend lager dan 33.

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

Gespecificeerd naar type instelling en financieringskader[5] zien de capaciteitscijfers van de instellingen die deelnamen aan de uitvraag er als volgt uit (zie Tabel 3.1):

**Tabel 3.1 Capaciteit klinische GGZ en beschermd wonen gespecificeerd naar type instelling en financieringskader, deelnemers 2018**

| | Zvw | | | Jeugd-wet | Wlz | Wmo 2015 beschermd wonen | Totaal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zvw-DBC | Zvw-ZZP | Zvw totaal | | | | |
| Geïntegreerde GGZ-instelling | 4.040 | 1.037 | 5.078 | 297 | 3.211 | 3.144 | 11.730 |
| RIBW | - | - | - | 53 | 7 | 6.967 | 7.028 |
| Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie | 8 | - | 8 | 57 | - | 114 | 179 |
| Aanbieders intramurale voorzieningen – overig**** | 160 | 12 | 172 | 15 | 15 | 125 | 327 |
| **Totaal** | **4.208** | **1.049** | **5.258** | **422*** | **3.234**** | **10.350***** | **19.263** |
| (% van het totaal aantal plaatsen) | 21,8% | 5,4% | 27,3% | 2,2% | 16,8% | 53,7% | |

* *Exclusief 233 overige Jeugdwet-gefinancierde plaatsen (plaatsen die voorheen niet in DBC-parameters gedeclareerd werden)*

** *Exclusief 148 sectorvreemde Wlz plaatsen*

*** *Exclusief 920 VPT-plaatsen en 394 maatschappelijke opvang plaatsen*

**** *Inclusief instellingen voor verslavingszorg en forensische zorg*

De cijfers van Tabel 3.1 laten zien dat de deelnemende instellingen in 2018 over circa 5.250 Zvw-gefinancierde en circa 3.250 Wlz-gefinancierde plaatsen beschikten. De deelnemers hadden tezamen 10.350 plaatsen voor beschermd wonen, waarvan twee derde werd geboden door de deelnemende RIBW's.

5 Voor de cijfers van de DJI-gefinancierde intramurale capaciteit wordt verwezen naar Bijlage I.

**Tabel 3.2 Ontwikkeling klinische capaciteit en beschermd wonen deelnemende instellingen (%), 2015-2018**

| | Mutatie 2015 - 2016 (%) | Mutatie 2016 - 2017 (%) | Mutatie 2017 - 2018 (%) | Mutatie 2015 - 2018 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Eerste opnamejaar* (n=19) | -3,3 | -5,5 | -3,3 | -11,7 |
| Langdurig verblijf ** (vanaf het tweede opnamejaar) (n=15) | -3,2 | -4,7 | -11,1 | -18,0 |
| **Totaal klinische voorzieningen** | **-3,3** | **-5,1** | **-7,4** | **-15,0** |
| Beschermd Wonen (n=20) | -0,9 | 0,2 | 2,5 | 1,8 |

* *Zvw-DBC gefinancierd*

** *Zvw-ZZP en Wlz gefinancierd*

Uit de data van de instellingen die aan de laatste vier metingen van de LMA deelnamen, blijkt dat het aantal klinische plaatsen tussen 2015 en 2018 elk jaar daalde. Tussen 2017 en 2018 daalde het aantal klinische plaatsen voor langdurige opnamen sterker dan in de voorgaande jaren. De daling van het aantal beschermd wonen plaatsen zet niet langer door; tussen 2017 en 2018 is er een lichte stijging van het aantal beschermd wonen plaatsen.

✓ De omvang van de klinische GGZ plaatsen nam tussen 2017 en 2018 verder af.
✓ Het aantal beschermd wonen plaatsen neemt, bij de deelnemende aanbieders, vanaf 2016 niet langer af maar stijgt licht.

## 3.3 Open en gesloten plaatsen

Met de uitvraag zijn ook gegevens verzameld over het aantal plaatsen op gesloten afdelingen. Uit de data blijkt dat in 2018, bij de deelnemende instellingen, 42 procent van de plaatsen voor opnamen met een duur van maximaal een jaar, plaatsen op gesloten afdelingen waren. Voor langdurige opnameplaatsen was dit 19 procent. Tussen 2015 en 2018 daalde het aantal gesloten plaatsen - voor het eerste opnamejaar - van de instellingen die voor al deze jaren deelnamen aan de LMA, met acht procent. Bij langdurige opnamen was er in deze periode een afname van zes procent van het aantal plaatsen op gesloten afdelingen.

## 3.4 Individuele en groepswoningen

Aan de deelnemende instellingen is ook gevraagd gegevens aan te leveren over de verhouding tussen het aantal individuele woningen en het aantal groepswoningen. Uit de aangeleverde gegevens blijkt dat, bij de deelnemende instellingen, in 2018 43 procent van de woonvoorzieningen *groeps*woonvoorzieningen betrof en 57 procent *individuele* woonvoorzieningen. Tussen 2015 en 2018 nam, bij de deelnemende aanbieders, het aantal individuele woonvoorzieningen toe en het aantal groepswoningen af waardoor er verhoudingsgewijs in 2018 meer individuele woningen zijn dan groepswoningen.

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

In deze paragraaf worden de stand van zaken in 2018 en de ontwikkelingen door de jaren heen van het zorggebruik van de klinische GGZ-voorzieningen en het beschermd wonen beschreven. Eerst komen ontwikkelingen in het gebruik van de intramurale Zvw-gefinancierde voorzieningen aan bod, daarna die van de Wlz-gefinancierde voorzieningen en de Wmo-gefinancierde beschermd wonen voorzieningen. De paragraaf eindigt met de Jeugdwet-gefinancierde intramurale voorzieningen.

### Eerste opnamejaar - Zvw-gefinancierde opnamen

In 2018 werden door de deelnemende instellingen 27.500 unieke cliënten opgenomen in de Zvw-gefinancierde voorzieningen en er werden in totaal 36.200 opnameperioden (opnamen gestart in 2018) geregistreerd. Uit de verhouding tussen deze twee cijfers blijkt dat een deel van de cliënten meerdere malen opgenomen is geweest. 18 procent van het totaal aantal Zvw-gefinancierde opnamen betrof een opname in verband met een crisis en 15 procent van de cliënten werd opgenomen vanwege een crisis. De cijfers wijzen erop dat een deel van de mensen die opgenomen werd wegens een crisis, in dat jaar nog een (of meerdere) keer (keren) is opgenomen vanwege een crisis. Verder hadden de deelnemende aanbieders in 2018 134 crisisplaatsen (afgaande op het aantal verblijfsdagen van crisis-DBC's).

Uit de resultaten van de LMA 2018 bleek dat tussen 2013 en 2015 het aantal opnameperioden afnam maar het aantal unieke opgenomen cliënten tegelijkertijd nagenoeg gelijk bleef. Als we kijken naar de periode 2015-2018 laten de cijfers (zie tabel 3.3) zien dat het aantal opnameperioden en het aantal opgenomen personen tussen 2015 en 2016 stegen en daarna daalden. Per saldo daalde tussen 2015 en 2018 het aantal opgenomen personen. Het aantal crisisopnamen en cliënten met een crisisopname daalden al de hele tijdreeks.

**Tabel 3.3 Ontwikkeling aantal opnamen en opgenomen personen bij de deelnemende instellingen (n=14) , 2015-2018**

| | Mutatie 2015 - 2016 (%) | Mutatie 2016 - 2017 (%) | Mutatie 2017 - 2018 (%) | Mutatie 2015 - 2018 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Aantal opnameperioden | 5,5 | -5,5 | -5,5 | -5,8 |
| Aantal unieke cliënten | 2,7 | -4,6 | -3,4 | -5,4 |
| Aantal opnameperioden vanwege een crisisinterventie | -15,2 | -18,1 | -19,7 | -44,2 |
| Aantal unieke cliënten | -11,4 | -11,4 | -14,2 | -32,7 |

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de verblijfsduur in 2018 van de cliënten in voorzieningen die Zvw-DBC-gefinancierd (opnamen tot maximaal één jaar) werden. De cijfers in deze tabel laten zien dat bijna een kwart van de cliënten van de Zvw-DBC-gefinancierde intramurale voorzieningen binnen een week werd ontslagen en dat ruim de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd.

**Tabel 3.4 Verblijfsduur uitgestroomde cliënten (Zvw-DBC-gefinancierd), in percentages, deelnemers 2018**

| | 1 tm 7 dagen (%) | 8 tm 30 dagen (%) | 31 tm 90 dagen (%) | 91 tm 180 dagen (%) | 181 tm 365 dagen (%) | Totaal (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zvw-DBC | 25 | 27 | 23 | 11 | 13 | 100 |

**Tabel 3.5 Verblijfsduur Zvw-gefinancierde klinische voorzieningen voor opnamen tot maximaal één jaar (bij uitstroom), in percentages, deelnemende instellingen 2015-2018 (n=15)**

| | ≤ 7 dagen (%) | 8 - 30 dagen ( %) | 31 - 90 dagen (%) | 91 - 365 dagen (%) | Totaal (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2015 | 24 | 31 | 26 | 19 | 100 |
| 2016 | 24 | 32 | 27 | 17 | 100 |
| 2017 | 20 | 28 | 24 | 28 | 100 |
| 2018 | 20 | 27 | 24 | 29 | 100 |

In de afgelopen jaren is het aandeel van de korte opnames kleiner geworden (zie Tabel 3.5).

Tabel 3.6 laat de verdeling zien van het aantal Zvw-gefinancierde intramurale DBC-dagen over de deelprestaties. Nieuw in 2018 is deelprestatie 'Verblijf met rechtvaardigingsgrond'. Deze deelprestatie 'is bedoeld voor uitzonderlijke situaties waarin ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen' (http://dbcregels.nza.nl). Uit tabel 3.6 blijkt

dat deze deelprestatie inderdaad uitzonderlijk was (0,1%) in 2018. De cijfers laten verder zien dat twee derde van het aantal Zvw-gefinancierde plaatsen, plaatsen betrof met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad (deelprestaties E tot en met H).

**Tabel 3.6 Aandeel deelprestaties in het totaal aantal Zvw-DBC-gefinancierde plaatsen, in percentages, deelnemers 2018**

| Deelprestatie | Percentage |
|---|---|
| Deelprestatie A lichte verzorgingsgraad | 1,9 |
| Deelprestatie B beperkte verzorgingsgraad | 4,4 |
| Deelprestatie C matige verzorgingsgraad | 11,6 |
| Deelprestatie D gemiddelde verzorgingsgraad | 16,1 |
| Deelprestatie E intensieve verzorgingsgraad | 33,4 |
| Deelprestatie F extra intensieve verzorgingsgraad | 18,9 |
| Deelprestatie G zeer intensieve verzorgingsgraad | 3,2 |
| Deelprestatie H High Intensive Care | 10,4 |
| Deelprestatie Verblijf met rechtvaardigingsgrond | 0,1 |

**Tabel 3.7 Ontwikkeling intramurale deelprestaties deelnemende instellingen (n=18), in percentages, 2015-2018**

| | Mutatiecijfer 2015 - 2016 (%)* | Mutatiecijfer 2016 - 2017 (%)** | Mutatiecijfer 2017 - 2018 (%) | Mutatiecijfer 2015 - 2018 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Deelprestatie A | -27,3 | -2,9 | -12,5 | -38,2 |
| Deelprestatie B | 36,1 | -17,2 | -1,2 | 11,3 |
| Deelprestatie C | -14,2 | -8,0 | -16,2 | -33,8 |
| Deelprestatie D | -14,7 | -8,9 | -4,4 | -25,6 |
| Deelprestatie E | -0,7 | -5,0 | -8,2 | -13,4 |
| Deelprestatie F | 7,0 | -22,7 | -0,8 | -17,9 |
| Deelprestatie G | 3,0 | 8,4 | -27,2 | -18,8 |
| Deelprestatie H | *** | *** | 74,4 | *** |
| Deelprestaties E tot en met H | 2,4 | -1,2 | 0,6 | 1,7 |
| Totaal | -3,0 | -4,4 | -3,0 | -10,0 |

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

** *Door de introductie van deelprestatie H in 2017 vindt er een verschuiving plaats van het aantal plaatsen per deelprestaties. De mutatiecijfers van met name de hogere deelprestaties dienen daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.*

*** *Deelprestatie H is in 2017 ingevoerd. Daarom kan er nog geen mutatiecijfer worden berekend.*

Tussen 2015 en 2018 nam het aandeel van plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad (E, F en G en voor 2017 en 2018 inclusief H) in het totaal aantal plaatsen elk jaar toe (van 58 procent naar 65 procent). Uit de resultaten van de LMA 2018 bleek dat ook in *absolute* zin het aantal plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad tussen 2013 en 2015 toenam, met zes procent tussen 2013 en 2014 en 1,6 procent tussen 2014 en 2015. Uit de cijfers van Tabel 3.7 blijkt dat het aantal intensieve plaatsen tussen 2015 en 2016 verder steeg, met 2,4 procent, tussen 2016 en 2017 heel licht daalde en daarna gelijk bleef. In totaal steeg het aantal plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad tussen 2015 en 2018 beperkt (1,7%), waarbij opvalt dat deze stijging wordt veroorzaakt door ontwikkelingen van (en mogelijke verschuivingen naar) plaatsen met deelprestatie H.

- ✓ Waar het aantal unieke opgenomen cliënten tussen 2013 en 2016 nagenoeg stabiel was, daalde het aantal opgenomen cliënten na 2016.
- ✓ Het aantal opnameperioden nam ook in het afgelopen jaar af.
- ✓ Het aandeel van de langere opnamen (>90 dagen) neemt vanaf 2017 toe.
- ✓ Het aandeel van het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad in het totaal aantal verblijfsdagen (voor opnamen tot één jaar) nam tussen 2015 en 2018 toe. In absolute zin steeg het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad nauwelijks tussen 2015 en 2018. Tussen 2013 en 2015 was hier sprake van een grotere stijging.

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

De resultaten van de uitvraag bij de instellingen laten zien dat bij de ZZP-dagen (Zvw-ZZP en Wlz-ZZP) het overgrote deel van de productie bestond uit de productie van de zwaardere pakketten (ZZP 5 en hoger) (zie Tabel 3.8).

**Tabel 3.8 Aandeel ZZP-pakketdagen in het totaal aantal ZZP-dagen, in percentages, deelnemers 2018**

| Zvw-ZZP | Zvw-ZZP | Wlz-ZZP | Totaal |
|---|---|---|---|
| ZZP 1 | | 0,0 | 0,0 |
| ZZP 2 | | 0,0 | 0,0 |
| ZZP 3 | 4,9 | 2,7 | 3,3 |
| ZZP 4 | 13,8 | 11,5 | 12,0 |
| ZZP 5 | 53,1 | 51,9 | 52,2 |
| ZZP 6 | 9,8 | 12,1 | 11,5 |
| ZZP 7 | 18,4 | 21,9 | 21,0 |
| **Totaal** | **100** | **100** | **100** |

Tabel 3.9 bevat de cijfers van de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten voor langdurig verblijf tussen 2015 en 2018.

**Tabel 3.9 Ontwikkeling intramurale capaciteit vanaf ZZP 5 (Zvw en Wlz) deelnemende instellingen (n=14), in percentages, 2015-2018**

| | Mutatie 2015-2016 (%) | Mutatie 2016-2017 (%) | Mutatie 2017-2018 (%) | Mutatie 2015-2018 (%) |
|---|---|---|---|---|
| ZZP 5 | -0,8 | -1,8 | -9,5 | -11,8 |
| ZZP 6 | -6,7 | -7,2 | -12,2 | -24,0 |
| ZZP 7 | -3,2 | -3,1 | -12,5 | -18,0 |

✓ Het grootste deel van de productie van het langdurig verblijf betreft in 2018, net als in de afgelopen jaren, de zwaardere ZZP-en.
✓ Het aantal ZZP-dagen neemt (het laatste monitorjaar versterkt) af, ook in de zwaardere categorieën.

## Beschermd wonen: Wmo 2015 – gefinancierde plaatsen

In totaal woonden er gedurende het jaar in 2018 12.872 cliënten in de beschermd wonen voorzieningen van de deelnemende instellingen (32 procent van deze mensen woonde in een beschermd wonen voorziening van een geïntegreerde GGZ-instelling, 64 procent woonde in een RIBW). 2.265 cliënten stroomden in, 2.193 cliënten stroomden uit. Dit betekent dat de deelnemende beschermd wonen voorzieningen tezamen een uitstroompercentage kenden van circa 17 procent.

Bij de aanbieders die zowel in 2015, als in 2016, 2017 en 2018 data leverden voor het aantal cliënten van het beschermd wonen (n=18), daalde het aantal cliënten tussen 2015 en 2018 met 13 procent. De daling was het grootst bij de deelnemende geïntegreerde GGZ-aanbieders. Bij de deelnemende RIBW's groeide het aantal cliënten met 3 procent in deze periode. Gegevens over de zorgzwaarte van de beschermd wonen plaatsen konden vanwege wijzigingen in financiering en registratie niet langer uitgevraagd worden.

In 2018 hadden de deelnemende aanbieders 920 Volledig Pakket Thuis (VPT)[6] plaatsen. Uit de resultaten van de LMA 2018 bleek dat het aantal VPT-plaatsen van de deelnemende aanbieders nagenoeg stabiel bleef tussen 2015 en 2016 maar aanzienlijk steeg (met 38%) in 2017. Er waren toen wel meer aanbieders met een daling van het aantal VPT-plaatsen dan aanbieders met een toename. Omdat dit dan wel om forse toenames

6 'Bij VPT ontvangen cliënten met een indicatie voor verblijf (intensieve) zorg in hun eigen huis' (RIBW Alliantie, Trendrapportage 2011). VPT is een overgangsrecht (CAK, Factsheet Beschermd wonen, www.hetcak.nl). Dat VPT toch toeneemt kan komen doordat aanbieders afspraken maken met gemeenten over producten die vergelijkbaar zijn met VPT en dus ook als zodanig geregistreerd worden.

ging, was er in het totaal toch een stijging waarneembaar. Vergelijking van de cijfers tussen 2017 en 2018 laten hetzelfde patroon zien: er is een stijging van het aantal VPT-plaatsen van 29 procent waarbij deze stijging vooral wordt veroorzaakt door een forse toename bij een beperkt aantal deelnemende aanbieders.

## Jeugdwet-gefinancierde opnamen

*Bekostiging*

Op 1 januari 2018 verviel de overgangsregeling voor de Jeugdwet, om nog in te kopen en te declareren volgens de DBC-systematiek[7]. Voor de bekostiging van de jeugd-GGZ zijn per 2018 drie landelijke uitvoeringsvarianten beschikbaar, namelijk:

- De inspanningsgerichte uitvoeringsvariant (afspraken tussen gemeenten en zorgaanbieder over levering product tegen een afgesproken tarief);
- De outputgerichte uitvoeringsvariant (afspraken over levering van een prestatie voor een vast bedrag zonder specifieke vastlegging over hoe de prestatie behaald wordt) en
- De taakgerichte uitvoeringsvariant (afspraken over taken voor een populatie zonder verantwoording op individueel niveau, wordt ook lumpsum of populatiebekostiging genoemd[8].)

In sommige regio's is overigens al voor 2018 een nieuwe bekostigingsvariant ingevoerd. Aan de deelnemers is gevraagd met welke bekostigingsvarianten gewerkt werd in 2018. 29 respondenten hebben deze vraag beantwoord, met daarbij de mogelijkheid om voor meerdere bekostigingsvarianten te kiezen. Van deze 29 respondenten gaf 72 procent aan te werken met de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant, 93 procent werkte met de outputgerichte uitvoeringsvariant, 31 procent gaf aan te werken met de taakgerichte uitvoeringsvariant en vier instellingen werkten (ook) met een andere variant zoals een combinatie van inspannings- en outputgerichte bekostiging. Tien van de 29 respondenten gaf aan te werken met één bekostigingsvariant, zeven aanbieders werkten met twee bekostigingsvarianten, 11 met drie en één aanbieder werkte met 4 bekostigingsvarianten. Het merendeel van de deelnemende aanbieders werkt dus met tenminste twee bekostigingsvarianten (omdat aanbieders in meerdere regio's actief kunnen zijn en per regio met een andere bekostigingsvariant moeten werken).

Aan de respondenten is ook gevraagd met hoeveel gemeenten contracten zijn gesloten in 2018 voor de Jeugdwet. Dit varieerde van één tot 180 gemeenten, met een gemiddelde van 23 gemeenten. Ook als de uitschieter (van 180 gemeenten) buiten beschouwing wordt gelaten, blijft het gemiddelde van het aantal gemeenten waarvoor wordt gewerkt met 12 gemeenten, hoog.

7 https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/nieuws/bekostiging-jeugd-ggz-per-2018-advies-van-vng-en-ggz-nl
8 https://i-sociaaldomein.nl/drie-uitvoeringsvarianten-wmo-en-jeugdwet

Wat ook per gemeente verschilde is of afwezigheidsdagen[9] wel of niet gedeclareerd mogen worden. 27 instellingen hebben over dit onderwerp informatie aangeleverd. Bijna 60 procent van deze groep gaf aan (bij tenminste een deel van de regio's/gemeenten) afwezigheidsdagen in rekening te mogen brengen.

Het aantal gemeenten waarmee samengewerkt wordt, de afspraken over wat wel en niet gefinancierd wordt, gecombineerd met het feit dat een groot deel van de aanbieders met verschillende bekostigingsvarianten tegelijk werkt, geeft de complexiteit van de in- en verkoop van Jeugd-GGZ weer.

### *Capaciteit en zorggebruik*

Door de deelnemende instellingen werden in 2018 1.578 cliënten opgenomen in Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen, met in totaal 3.385 opnameperioden. 12 procent van de opnamen betrof een opname vanwege een crisis. 31 procent van de personen die werd opgenomen in een Jeugdwet-gefinancierde voorziening werd opgenomen vanwege een crisis.

Het aantal Jeugdwet-gefinancierde plaatsen nam bij de instellingen die data leverden voor elk van de laatste vier metingen, tussen 2015 en 2018 per saldo toe met 8,8 procent (n=13). Tussen 2015 en 2018 steeg het aantal opnameperioden met 26 procent (met tussen 2015 en 2017 een sterke stijging en een daling tussen 2017 en 2018). Het aantal unieke opgenomen personen steeg tussen 2015 en 2018 met 17 procent.

Tabel 3.10 geeft een overzicht van de verblijfsduur in 2018 van de cliënten in voorzieningen met Jeugdwet-gefinancierde opnamen. De cijfers in deze tabel laten zien dat bijna een derde van de cliënten binnen een week werd ontslagen en dat ruim de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd.

**Tabel 3.10 Verblijfsduur uitgestroomde cliënten (Jeugdwet-gefinancierde opnamen), in percentages, deelnemers 2018 (n=18)**

| | 1 tm 7 dagen (%) | 8 tm 30 dagen (%) | 31 tm 90 dagen (%) | 91 tm 180 dagen (%) | 181 tm 365 dagen (%) | Meer dan 365 dagen (%) | Totaal (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jeugdwet | 32 | 22 | 22 | 13 | 9 | 2 | 100 |

Van de Jeugdwet-gefinancierde plaatsen betrof 88 procent van de plaatsen, plaatsen met een deelprestatie in de categorie E tot en met G. (Plaatsen met deelprestatie A tot en met D komen maar in zeer beperkte mate voor, idem voor deelprestatie H, met 0,1 procent in het totaal). 42 procent van de jeugdwet-gefinancierde plaatsen betrof plaatsen op gesloten afdelingen.

9 Dagen waarop een cliënt die verblijft in een instelling afwezig is. Bijvoorbeeld in verband met een verlofdag.

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

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

### Zorggebruik ambulante behandeling in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ – Zvw-gefinancierd

De cijfers van Tabel 3.11 laten zien dat in 2018 door de deelnemende instellingen bijna 59.500 cliënten werden behandeld in de generalistische basis GGZ en er afgerond 320.500 cliënten ambulant werden behandeld in de gespecialiseerde GGZ.

**Tabel 3.11 Aantal cliënten met een Zvw-gefinancierde ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2018**

| | Generalistische basis GGZ | Specialistische behandeling |
|---|---|---|
| Aantal cliënten* | 59.442 | 320.543 |

**Cliënten kunnen in meerdere categorieën zijn meegeteld.*

Tussen 2015 en 2018 daalde bij de deelnemende instellingen het totaal aantal cliënten met een ambulante behandeling (zie Tabel 3.12). Het aantal cliënten in de basis GGZ steeg maar compenseerde niet voor een nog sterkere daling van het aantal cliënten met een ambulante behandeling in de gespecialiseerde GGZ bij de deelnemende instellingen; het totaal aantal cliënten in de specialistische en basis GGZ (tezamen) daalde de laatste vier jaar met 4,5 procent.

**Tabel 3.12 Ontwikkeling cliënten met een Zvw-gefinancierde ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2015-2018**

| | Mutatiecijfer 2015-2016 (%) | Mutatiecijfer 2016-2017 (%) | Mutatiecijfer 2017-2018 (%) | Mutatiecijfer 2015-2018 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Aantal cliënten met een behandeling met een DBC (n=23) | -3,3 | -2,1 | -3,1 | -8,3 |
| Aantal cliënten met een behandeling met een product van de generalistische basis GGZ (n=10) | 16,8 | 1,1 | 3,0 | 21,8 |
| **Totaal*** | **-0,8** | **-1,6** | **-2,2** | **-4,5** |

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

## Productie generalistische basis GGZ

In Tabel 3.13 worden de cijfers gepresenteerd van de afgesloten producten van de generalistische basis GGZ van de deelnemende instellingen in 2018. Uit deze cijfers blijkt dat ruim veertig procent van de gesloten producten het product 'intensief' betrof.

**Tabel 3.13 Gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemers 2018**

| | Zvw | Percentage totaal |
|---|---|---|
| Product Kort (ca. 300 minuten) | 2.766 | 6,0 |
| Product Middel (ca. 500 minuten) | 6.646 | 14,5 |
| Product Intensief (ca. 750 minuten) | 20.255 | 44,3 |
| Product Chronisch (ca. 750 minuten) | 12.766 | 27,9 |
| Product Onvolledig behandeltraject | 3.309 | 7,2 |
| **Totaal** | **45.742** | **100** |

Tabel 3.14 bevat de gegevens van de ontwikkelingen van de gesloten producten van de generalistische basis GGZ. Uit vergelijking van de cijfers van 2015 tot en met 2018 komt naar voren dat de omvang van het aantal producten van de generalistische basis GGZ bij de deelnemende instellingen tussen 2015 en 2018 fors toenam door vooral een forse stijging tussen 2015 en 2017 van de producten 'intensief' en 'chronisch'. Voor deze twee producten was er tussen 2017 en 2018 geen verdere stijging maar een lichte daling. Het product 'kort' nam in deze periode juist wel fors toe.

**Tabel 3.14 Ontwikkeling gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemende instellingen 2015-2018 (n=9)**

| | Mutatiecijfer 2015-2016 (%) | Mutatiecijfer 2016-2017 (%) | Mutatiecijfer 2017-2018 (%) | Mutatiecijfer 2015-2018 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Product Kort (ca. 300 minuten) | 35,0 | -10,2 | 43,5 | 74,0 |
| Product Middel (ca. 500 minuten) | 5,7 | -9,2 | 10,9 | 6,5 |
| Product Intensief (ca. 750 minuten) | 38,5 | 4,7 | -3,2 | 40,3 |
| Product Chronisch (ca. 750 minuten) | 113,6 | 14,4 | -6,6 | 128,4 |
| **Totaal** | **44,0** | **4,7** | **-0,5** | **49,9** |

## Productie ambulante gespecialiseerde GGZ

In 2018 werden bij de deelnemende instellingen bijna 300.000 ambulante DBC's afgesloten. DBC's kennen verschillende minutencategorieën. Tabel 3.15 bevat de gegevens over hoe groot het aandeel per minutencategorie is in het totaal aantal afgesloten ambulante DBC's. Uit deze cijfers blijkt dat 36,5 procent van alle afgesloten DBC's betrekking had op behandeltrajecten van maximaal 799 minuten; 18,4 procent van de trajecten bestond uit intensieve trajecten (trajecten van 3.000 minuten of meer).

**Tabel 3.15 Gesloten ambulante DBC's per minutencategorie, deelnemers 2018**

| | Percentage DBC's | Cumulatief percentage totaal |
|---|---|---|
| Aantal gesloten ambulante DBC's - tot 200 minuten* | 6,6 | 6,6 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 200 t/m 399 minuten* | 11,6 | 18,1 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 250 t/m 799 minuten | 18,4 | 36,5 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 800 t/m 1799 minuten | 27,9 | 64,4 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 1800 t/m 2999 minuten | 17,2 | 81,6 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 3000 t/m 5999 minuten | 12,7 | 94,3 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 6000 t/m 11999 minuten | 4,3 | 98,6 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 12000 t/m 17999 minuten | 0,6 | 99,2 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's - 18000 en meer minuten | 0,8 | 100 |
| **Totaal** | **100** | **(totaal 299.746 DBC's)** |

** Deze minutencategorieën zijn van toepassing op enkele specifieke productgroepen*

**Tabel 3.16 Ontwikkeling van de Zvw-gefinancierde ambulante DBC's, deelnemende instellingen 2015-2018 (n=17)**

| | Mutatie 2015-2016 (%) | Mutatie 2016-2017 (%) | Mutatie 2017-2018 (%) | Mutatie 2015-2018 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Aantal gesloten ambulante DBC's tot 1800 minuten | -6,7 | -2,1 | -5,5 | -13,8 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's 1800-2999 minuten | 2,6 | 1,5 | 0,5 | 4,7 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's 3000-5999 minuten | 5,9 | 0,5 | 2,7 | 9,3 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's 6000 minuten en meer | 0,4 | -14,9 | 29,9 | 11,0 |
| Aantal gesloten ambulante DBC's met meer dan 3000 minuten | 4,2 | -3,9 | 9,7 | 9,8 |
| Totaal | -3,6 | -1,8 | -2,0 | -7,2 |

Uit de cijfers van tabel 3.16 blijkt dat het aantal Zvw-gefinancierde ambulante DBC's tussen 2015 en 2018 afnam. Deze daling komt door de daling van het aantal DBC's tot 1.800 minuten en het relatief grote aantal van deze DBC's tot 1.800 minuten; de DBC's met meer minuten stijgen. Het aantal DBC's met meer dan 3.000 minuten steeg per saldo tussen 2015 en 2018 met alleen een daling tussen 2016 en 2017.

## Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning – onderdeel sociaal domein

35 respondenten gaven aan Wmo-gefinancierde *individuele* begeleiding en ondersteuning te bieden en eveneens 35 respondenten boden Wmo-gefinancierde *groeps*activiteiten (het merendeel van deze respondenten bood beide typen ambulante begeleiding aan). Van de respondenten die ambulante begeleiding boden, was ruim de helft een geïntegreerde GGZ-instelling en ruim een derde een RIBW.

In Tabel 3.17 staat vermeld hoeveel cliënten er gebruik maakten van respectievelijk individuele en groepsbegeleiding. In totaal maakten ruim 34.000 mensen gebruik van ambulante begeleiding (individueel en/of groepsgewijs). Dit is een kleinere groep dan het aantal mensen met een ambulante behandeling in de basis GGZ (ruim 59.000 mensen) en het aantal mensen met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ (ruim 320.000 mensen) bij de deelnemende aanbieders.

**Tabel 3.17 Aantal cliënten ambulante begeleiding, deelnemers 2018**

| | Aantal cliënten |
|---|---|
| Individuele begeleiding | 25.946 |
| Groepsbegeleiding | 11.278 |
| Anders (zoals vervoer) | 721 |

Uit de cijfers van 2015 tot en met 2018 blijkt dat het aantal cliënten dat gebruik maakte van Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen (groeps- en individuele voorzieningen *tezamen*) tussen 2015 en 2018 per saldo nagenoeg gelijk was (stijging van één procent). Van jaar tot jaar zijn er echter wel verschillen: tussen 2015 en 2016 daalde het aantal cliënten met ambulante begeleiding met elf procent, tussen 2016 en 2017 was het cijfer stabiel en tussen 2017 en 2018 steeg het aantal cliënten met ambulante begeleiding met 13 procent. Zowel het aantal cliënten met individuele als groepsbegeleiding groeide tussen 2017 en 2018, met vooral een sterke groei (van bijna een derde) van cliënten met individuele begeleiding.

Als we inzoomen op de verschillen tussen de deelnemende geïntegreerde GGZ-aanbieders en RIBW's, dan valt op dat de mensen met Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding (/ ondersteuning) in 2018 voor het grootste deel (59%) cliënten van de deelnemende RIBW's waren. Als naar de ontwikkeling tussen 2015 en 2018 van het aantal cliënten met Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding per type aanbieder gekeken wordt, dan laten de cijfers zien dat het aantal cliënten met deze ondersteuning bij de deelnemende geïntegreerde GGZ-aanbieders fors afnam (afname van 32%) en bij de RIBW's sterk toenam (toename van 44%).

Aan de instellingen is gevraagd aan te geven uit hoeveel fte de betreffende voorzieningen voor ambulante begeleiding bestonden, als indicatie voor de omvang van deze

voorzieningen. Niet alle aanbieders die ambulante begeleiding en ondersteuning boden, konden gegevens aanleveren over het aantal fte; 26 aanbieders hebben gegevens aangeleverd van het aantal fte van de individuele voorzieningen en van de groepsvoorzieningen. Deze aanbieders hadden tezamen afgerond 1.150 fte voor individuele begeleiding en ondersteuning en 725 fte voor groepsactiviteiten. Om een indruk te krijgen van de verhouding tussen het aantal fte en het aantal cliënten, is gekeken naar het aantal cliënten met ambulante begeleiding van deze 26 aanbieders. Uit deze cijfers blijkt dat de verhouding tussen het aantal fte en het aantal cliënten één op tien is.

Elf deelnemende aanbieders hebben alle laatste drie metingen de vragen beantwoord over het aantal fte voor individuele begeleiding en 13 deelnemers de vragen over de fte's voor groepsbegeleiding. Uit deze data blijkt dat bij deze aanbieders het aantal fte voor individuele begeleiding tussen 2016 en 2018 met 56 procent steeg (met vooral een sterke toename tussen 2016 en 2017 van 43 procent en een toename van negen procent tussen 2017 en 2018). Het aantal fte voor groepsbegeleiding steeg met 29 procent (met vooral een sterke stijging tussen 2016 en 2017 van 23 procent en een stijging van vijf procent tussen 2017 en 2018).

De individuele begeleiding werd door de deelnemende aanbieders in 2018 doorgaans aangeboden vanuit een aparte voorziening (80%), maar maakte daarnaast soms ook onderdeel uit van een sociaal wijkteam (bij 28% van deze instellingen) of een FACT-team (bij 31%[10] van deze instellingen). Deze verdeling is grotendeels gelijk aan het jaar daarvoor.

Bijna driekwart van de aanbieders met groepsbegeleiding in het aanbod, gaf aan dat er aparte groepsvoorzieningen waren voor mensen met psychische problematiek. 28 procent gaf aan dat er (daarnaast) ook groepsvoorzieningen waren waar de groepsbegeleiding voor mensen met psychische problematiek geïntegreerd was in de begeleiding voor andere doelgroepen. Deze verdeling is grotendeels gelijk aan het jaar daarvoor.

## Jeugdwet ambulant

Aan de deelnemende instellingen is gevraagd hoeveel (unieke) cliënten ambulante hulp ontvingen op basis van een reguliere, generalistische behandeling (Jeugdwet-gefinancierd), in 2018. Drie deelnemende aanbieders gaven aan deze zorg te bieden, met in totaal 374 cliënten. Aan de deelnemende instellingen is ook gevraagd hoeveel (unieke) cliënten specialistische ambulante hulp ontvingen, Jeugdwet-gefinancierd, in 2018. Dit waren in totaal 38.774 cliënten (n=27). Het aantal cliënten met specialistische ambulante hulp daalde tussen 2015 en 2018 met 12 procent, met tussen 2017 en 2018 wel een heel lichte stijging (1,5%, n=17).

10 Er zijn meerdere aanbiedingsvormen per aanbieder mogelijk. Daarom is het totaal groter dan 100%.

- ✓ De deelnemende aanbieders hadden tezamen ruim 59.000 cliënten met een ambulante behandeling in de basis GGZ, ruim 320.000 cliënten met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ en bijna 26.000 cliënten met individuele ambulante begeleiding vanuit het sociale domein.
- ✓ Het aantal cliënten van de deelnemende instellingen met een ambulante *behandeling* daalde met 4,5 tussen 2015 en 2018. Het aantal mensen met een behandeling in de *generalistische* basis GGZ groeit, maar deze groei compenseert de daling van het aantal mensen met een *specialistische* ambulante behandeling niet.
- ✓ Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde tussen 2015 en 2018. Het aantal intensieve ambulante DBC's (met 3.000 minuten of meer) steeg tussen 2015 en 2018, met wel een grillige ontwikkeling van jaar tot jaar.
- ✓ Het totaal aantal cliënten dat gebruik maakte van ambulante Wmo-gefinancierde voorzieningen was in 2018 nagenoeg even groot als in 2015 met wel een grillige ontwikkeling van jaar tot jaar. Tussen 2017 en 2018 was er sprake van een stijging: zowel het aantal cliënten met individuele begeleiding als met een groepsbegeleiding steeg tussen 2017 en 2018.

## 3.7 Opbrengsten

Tabel 3.18 bevat de gegevens over de verdeling van de opbrengsten van de deelnemende instellingen over de ambulante GGZ-voorzieningen, de klinische voorzieningen en het beschermd wonen.

**Tabel 3.18 Aandeel opbrengsten ambulante GGZ-voorzieningen, klinische voorzieningen en beschermd wonen*, deelnemers 2018**

| Intramurale Zvw (%) | Intramurale Jeugdwet (%) | Intramurale Wlz (%) | Intramurale Wmo – beschermd wonen (%) | Ambulante Zvw (%) | Ambulante Jeugdwet (%) | Ambulante Wmo (%) | Totaal (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14,2 | 2,4 | 5,5 | 30,7 | 32,4 | 7,8 | 7,0 | 100 |

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

Uit de cijfers van Tabel 3.18 blijkt dat ruim de helft van de opbrengsten van de deelnemende instellingen in 2018 werd gegenereerd door klinische en beschermd wonen plaatsen. Als alleen naar de financieringskaders *Zvw en Wlz tezamen* gekeken wordt, dan is het aandeel van de opbrengsten uit klinische voorzieningen 38 procent en is 62 procent van de opbrengsten afkomstig uit ambulante voorzieningen.

**Tabel 3.19 Aandeel opbrengsten klinische voorzieningen en beschermd wonen enerzijds en ambulante GGZ anderzijds, deelnemende instellingen 2015-2018***

| | Totaal aandeel klinische zorg en beschermd wonen (%) | Totaal ambulant aandeel (%) | Totaal (%) |
|---|---|---|---|
| 2015 | 60% | 40% | 100 |
| 2016 | 61% | 39% | 100 |
| 2017 | 60% | 40% | 100 |
| 2018 (n=20) | 60% | 40% | 100 |

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

De verdeling tussen de opbrengsten uit aan de ene kant klinische en beschermd wonen voorzieningen en aan de andere kant opbrengsten uit ambulante voorzieningen schommelt bij de instellingen die aan de laatste vier metingen deelnamen enigszins, maar ligt bij benadering steeds rond een 60 – 40 procent verdeling, met 60 procent van de opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen en 40 procent van de opbrengsten uit ambulante voorzieningen (zie Tabel 3.19).

✓ Tussen 2015 en 2018 schommelt de verdeling tussen enerzijds opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen en anderzijds ambulante opbrengsten rond een 60 – 40 procent verdeling.

# 4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing

Aan de vijfde meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) namen 46 GGZ-aanbieders deel. De verkregen dataset bestaat uit registratiegegevens en ondanks checks kunnen administratieve fouten niet uitgesloten worden. Dit gezegd hebbende laten de data van de deelnemende instellingen zien dat het aantal klinische plaatsen in 2018 opnieuw gedaald is, met voor het langdurig verblijf een sterkere afname van plaatsen dan in eerdere jaren. Of deze sterkere afname eenmalig is of doorzet moeten toekomstige cijfers laten zien.

Waar uit eerdere rapportages van de LMA bleek dat tot aan 2015 tegelijkertijd met de afname van klinische plaatsen, het aantal plaatsen (voor het eerste opnamejaar) met een *intensievere* verzorgingsgraad toenam, lijkt deze toename vanaf 2016 te zijn verminderd; tussen 2016 en 2017 nam het aantal intensievere plaatsen (licht) af en tussen 2017 en 2018 was het aantal intensieve plaatsen stabiel.

Het aantal unieke personen dat opgenomen werd, was tot 2016 relatief stabiel, zo blijkt (ook) uit een eerdere LMA-rapportage. De cijfers wijzen uit dat het aantal opgenomen personen na 2016 daalt. De daling van het aantal opnameperioden was al eerder ingezet (met tussen 2015 en 2016 een tot dusver eenmalige stijging). Het aandeel van de kortdurende opnamen daalde enigszins vanaf 2017 ten opzichte van de jaren ervoor. Bij elkaar genomen impliceren deze trendcijfers dat de afname van het aantal klinische plaatsen niet zozeer is gerealiseerd door middel van een verkorting van de opnameduur per opname, maar door een vermindering van het aantal opnamen en ook een vermindering van het aantal unieke opgenomen personen.

Naast de afname van het aantal klinische plaatsen wijzen de resultaten uit dat het aantal cliënten met een ambulante *behandeling* bij de deelnemende instellingen de laatste jaren afnam, ook weer in 2018. Er werden wederom wel meer mensen behandeld in de generalistische GGZ maar dit groeiende aantal compenseerde het dalend aantal cliënten met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ niet. Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde tussen 2015 en 2018. Waar uit eerdere LMA-rapportages bleek dat het aantal gesloten intensieve ambulante DBC's (DBC's met 3.000 minuten of meer) tussen 2012 en 2015 daalde, is er tussen 2015 en 2018 sprake van groei, met daarbij wel een wisselende ontwikkeling van jaar tot jaar.

Vorig jaar werd al gesignaleerd dat de afname van het aantal plaatsen voor beschermd wonen niet doorzette in 2017 en de cijfers wezen op een stabilisatie van het aantal

beschermd wonen plaatsen. De cijfers van 2018 laten een toename zien van het aantal beschermd wonen plaatsen. Het totaal aantal mensen dat gebruik maakte van de Wmo-gefinancierde *ambulante* voorzieningen (individueel en groepsgericht samen genomen) van de deelnemende instellingen veranderde per saldo nauwelijks tussen 2015 en 2018, met van jaar tot jaar een grillig verloop. De cijfers wijzen daarbij wel op een toename tussen 2017 en 2018 van het aantal mensen met ambulante begeleiding (met zowel voor individuele begeleiding als voor groepsbegeleiding een toename). Het aantal fte voor zowel de individuele ambulante begeleiding als de ambulante groepsbegeleiding nam de afgelopen jaren toe.

Vanwege de genoemde beperkingen van de dataset is terughoudendheid geboden om louter op basis van deze resultaten uitspraken te doen over de voortgang van de ambulantisering in Nederland. In de hoofdtekst van deze monitorrapportage worden de resultaten geduid in de context van de resultaten van de andere deelonderzoeken van de monitor.

# Bijlage I Klankbordgroep data-uitvraag

**Cordaan:**
Fleur van Eeden

**HVO Querido:**
Cyriel Reestman

**Parnassia Groep:**
Hans van den Berg
Marina Geschiere
Armelle van Helden
Miranda Moens
Marieke Nekeman
Hans Noordtzij

# Bijlage II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ

Uit de cijfers van Tabel 1 blijkt dat bij de instellingen die aan de laatste vier metingen van de LMA deelnamen, het aantal DJI-gefinancierde plaatsen tussen 2015 en 2018 toenam met afgerond vijf procent. Met de kanttekening dat er in de periode 2015-2018 soms sprake was van een (forse) stijging en dan weer een daling.

**Tabel 1 Intramurale DJI-gefinancierde plaatsen, deelnemers 2018 en mutatiecijfers 2015-2018**

| | Plaatsen 2018 | Mutatiecijfer 2015-2016 (%) | Mutatiecijfer 2016-2017 (%) | Mutatiecijfer 2017-2018 (%) | Mutatiecijfer 2015-2018 (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Totaal | 880 (n=21) | 10,1 (n=16) | 0,1 | -4,9 | 4,8 |

# Bijlage III Deelnemende instellingen LMA en LMIG

## Geïntegreerde GGZ-instellingen

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deelname LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Altrecht | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Arkin | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGZ Breburg | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| De Viersprong | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Delta Psychiatrisch Centrum | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Dimence | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Eleos | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee |
| Emergis | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Ja | Ja |
| Stichting Fier Fryslân | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGNet | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGZ Centraal | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGZ Delfland | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGZ Drenthe | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee |
| GGZ Friesland | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGZ inGeest | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Ja | Ja |
| GGZ Noord-Holland-Noord | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGZ Oost Brabant | Ja | Ja | Ja | Nee | Ja | Ja | Ja |
| GGZ Eindhoven en de Kempen | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| GGZ Westelijk Noord Brabant | Nee | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Leger des Heils Gelderland | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Lentis | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Lievegoed Zorg-groep | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Mediant | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deelname LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MET ggz (Mensana) | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Mondriaan | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Ja | Ja |
| Parnassia Groep | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Pro Persona | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee |
| Reinier van Arkel Groep | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Ja |
| Rivierduinen | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Sinai Centrum | Ja | Nee | (Gefuseerd met Arkin) | (Gefuseerd met Arkin) | (Gefuseerd met Arkin) | (Gefuseerd met Arkin) | (Gefuseerd met Arkin) |
| Stichting Centrum '45 | Nee | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Ja |
| Vincent van Gogh | Ja | Ja | Ja | Nee | Ja | Ja | Nee |
| Yulius | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee |

## RIBW's

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deelname LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cordaan | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| RIBW Fonteynenburg | Ja | Nee | Nee | Nee | Ja | Ja | Ja |
| RIBW Groep Overijssel | Ja | Ja (maar geen gegevens per locatie) | Ja | Nee | Ja | Ja | Ja |
| HVO/Querido | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Kwintes | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Stichting Pameijer | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Stichting PerspeKtief | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee |
| Promens Care | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| RIBW Arnhem en Veluwevallei | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| RIBW Brabant | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee |
| RIBW Gooi en Vechtstreek | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee |
| RIBW Heuvelland en Maasvallei (LEVANTO groep) | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| RIBW Kennemer-land/Amstelland en de Meerlanden | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Ja | Nee |
| RIBW Nijmegen & Rivierenland | Ja | Ja | Ja | Nee | Ja | Nee | Nee |
| RIBW Zaanstreek/ Waterland en West-Friesland | Ja | Ja | Nee | Nee | Ja | Nee | Nee |
| Stichting Riwis Zorg & Welzijn | Ja | Nee | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Lister (voorheen SBWU) | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Stichting Anton Constandse | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Woonzorgnet B.V. | - | - | Ja | Ja | Nee | Ja | Ja |

## Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deelname LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Accare | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| De Bascule | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Curium-LUMC | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Dr. Leo Kannerhuis | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| De Jutters | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Karakter | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee |
| LSG-Rentray (Intermetzo) | Ja | Ja (maar geen gegevens per locatie) | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Mutsaersstich-ting | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee |
| Triversum | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Yorneo | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Stichting Elker | - | - | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee |
| Amarant groep | - | - | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Autistart bv | - | - | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee |

## Gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deel-name LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bouman GGZ | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Castle Craig | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| IrisZorg | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Novadic-Kentron | Nee | Ja (maar geen gegevens per locatie) | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Rodersana BV | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Stichting De Hoop | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Tactus Verslavings-zorg | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Verslavings-zorg Noord Nederland | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Ja |
| Victas | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| IGHD verslavings-zorg bv | - | - | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Ready For Change bv | - | - | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |

## Gespecialiseerde forensisch psychiatrische centra

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deelname LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FPC De Rooyse Wissel | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee | Ja |
| FPC Oldenkotte | Ja | Ja | Ja | (Olden-kotte bestaat niet meer) | - | - | - |
| FPC De Oostvaarders-kliniek | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee |
| FPC Veldzicht | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nee | Nee |
| FPC De Kijvelanden | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |
| Forensische zorg-specialisten | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee | Nee |

## Andere aanbieders met intramurale GGZ voorzieningen

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deelname LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Stichting maatschappelijke opvang Breda | - | - | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Stichting de Hezenberg | - | - | Ja | Ja | Nee | Ja | Ja |
| Zuyderland (voorheen Orbis) | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |

## Aanbieders met uitsluitend ambulante GGZ voorzieningen

| | Deelname LMIG 1 (data over 2012) | Deelname LMIG 2 (data over 2013) | Deelname LMA 1 (data over 2014) | Deelname LMA 2 (data over 2015) | Deelname LMA 3 (data over 2016) | Deelname LMA 4 (data over 2017) | Deelname LMA 5 (data over 2018) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GGD Amsterdam | - | - | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Mentaal Beter | - | - | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee |
| Stichting Kadera aanpak huiselijk geweld | - | - | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee |
| Stichting Odibaan | - | - | Ja | Ja | Nee | Nee | Nee |

# Bijlage IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ

Op basis van de data van de deelnemers van de LMIG en LMA, imputatie van data van missende jaren van deelnemers (voor bijvoorbeeld deelnemers die wel over 2012 en 2013 data hebben aangeleverd maar niet over 2014) en bijschatting (op basis van DigiMV data) van de capaciteit van klinische voorzieningen en beschermd wonen van de instellingen die niet deelnemen of deelgenomen hebben is een schatting verkregen van de totale Nederlandse klinische en beschermd wonen capaciteit in 2012, 2013 en 2014 (zie onderstaande tabel voor de afgeronde schattingen). De schatting van de klinische en beschermd wonen plaatsen in 2015 is gemaakt op basis van de cijfers van 2014 en de groeicijfers van 2014-2015 van de aan de LMA deelnemende instellingen. De schatting van het aantal plaatsen in 2016, 2017 en 2018 is op dezelfde wijze gemaakt. Voor deze methode is gekozen omdat de DigiMV cijfers vanaf 2015 te onvolledig waren om een juiste bijschatting te maken van de plaatsen van de instellingen die niet aan de tweede, derde, vierde en vijfde meting van de LMA deelnamen.

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

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Plaatsen eerste opnamejaar | 11.100 | 10.900 | 10.200 | 9.750 | 9.250 | 8.900 | 8.700 |
| Plaatsen langdurig verblijf | 7.600 | 7.500 | 7.100 | 6.800 | 6.550 | 6.250 | 5.550 |
| *Totaal aantal klinische plaatsen* | *18.700* | *18.400* | *17.300* | *16.550* | *15.800* | *15.150* | *14.250* |
| Plaatsen beschermd wonen | 17.600 | 17.300 | 17.200 | 16.700 | 16.450 | 16.470 | 16.900 |

# DEELONDERZOEK 2

## Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik: Analyse van secundaire bronnen


1 Inleiding 103

2 Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven 105

3 Capaciteit en zorggebruik 109

4 Werkenden in de GGZ 125

5 Financiële situatie 127

6 Samenwerking in de regio en zorg voor mensen met EPA 129

7 Samenvatting 131

*Auteurs:*
Aafje Knispel
Hans Kroon

*Met medewerking van:*
Malou van Greuningen - Vektis
Bas Borgs - Vektis
Ilona Verburg - Vektis

# 1 Inleiding

De meest recente trends in GGZ-capaciteit en -gebruik worden in het kader van de LMA gemonitord met de jaarlijkse uitvraag bij de GGZ-instellingen. Ter aanvulling en validatie is gezocht naar verschillende secundaire bronnen die recente informatie over uitgaven, capaciteit en gebruik van de GGZ leveren. In dit deelonderzoek updaten we de informatie van eerdere analyses van secundaire bronnen (voor eerdere rapportages van de LMA) met zo recent mogelijke gegevens. Door Vektis zijn voor de LMA analyses uitgevoerd op declaratiegegevens (peilmoment augustus 2019). Verder zijn beschikbare openbare bronnen geraadpleegd. Naast bronnen over uitgaven, capaciteit en zorggebruik zijn ook andere verschenen onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het volgen van het ambulantiseringsproces, zoals over samenwerking in de regio, betrokken bij de analyse van secundaire bronnen.

Bronnen kunnen onderling verschillen in de toerekening van uitgaven en productie aan jaren. Zo gaat het in de LMA-uitvraag over verblijf bij instellingen om de *in dat jaar* geleverde zorg, terwijl voor Vektis het moment van het *openen van een DBC* bepalend is voor toerekening aan een bepaald jaar. Daardoor zit een deel van de in 2018 geleverde productie al in de cijfers van Vektis van 2017. Bij de rapportage in de hoofdtekst van dit rapport houden we bij het analyseren van trends rekening met dergelijke verschillen.

# 2 Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven

## 2.1 Uitgaven Zvw- en Wlz-gefinancierde zorg

Op basis van aangeleverde cijfers door Vektis voor de LMA 2019, kan een overzicht gegeven worden van de GGZ-uitgaven voor 2015, 2016 en 2017. De huidige cijfers van Vektis voor 2018 zijn voor de POH-GGZ en de Wlz (nagenoeg) volledig, maar voor de andere segmenten nog niet. Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft gegevens verzameld bij zorgverzekeraars en zorgkantoren en op basis hiervan een raming gemaakt voor 2018 (www.zorgcijfersdatabank.nl). In Tabel 1 worden de cijfers van Vektis en van ZIN gepresenteerd.

**Tabel 1 GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 2015-2018 in miljoenen euro's**

| | 2015* | % | 2016* | % | 2017 * | % | 2018 ** | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ambulant** | | | | | | | | |
| POH GGZ*** | 138 | 3,4 | 155 | 3,8 | 163 | 3,9 | 173* | 4,0 |
| Zvw Generalistische Basis GGZ | 185 | 4,5 | 200 | 4,9 | 213 | 5,0 | 228 | 5,3 |
| Zvw Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf | 1.716 | 42,1 | 1.769 | 43,0 | 1.896 | 44,8 | 1.890 | 43,8 |
| Ambulant totaal | 2.039 | 50,0 | 2.124 | 51,6 | 2.272 | 53,7 | 2.291 | 53,1 |
| **Klinisch** | | | | | | | | |
| Zvw SGGZ met verblijf tot 1 jaar | 1.379 | 33,8 | 1.340 | 32,6 | 1.315 | 31,1 | 1.401 | 32,5 |
| Zvw SGGZ met verblijf 2 en 3 jaar | 51 | 1,3 | 130 | 3,2 | 150 | 3,5 | 151 | 3,5 |
| Wlz | 609 | 14,9 | 522 | 12,7 | 495 | 11,7 | 468* | 10,9 |
| Klinisch totaal | 2.039 | 50,0 | 1.992 | 48,4 | 1.960 | 46,3 | 2.020 | 46,9 |
| **Totaal** | **4.078** | **100** | **4.116** | **100** | **4.232** | **100** | **4.311** | **100** |

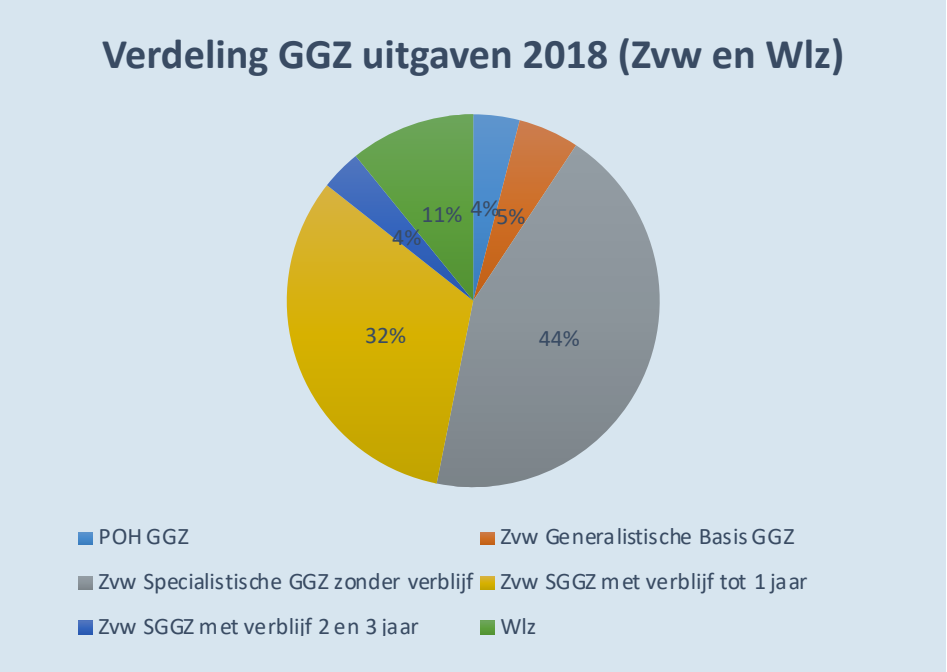
* *Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2019. De uitgaven aan de POH-GGZ omvatten zowel consulten als inschrijftarieven.*

** *ZIN cijfers betreffen een raming voor het gehele jaar.*

*** *In de Rijksbegroting voor 2019 van het ministerie van VWS (Ministerie van VWS, 2018),Rijksbegroting 2019 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport,Tweede Kamer, (vergaderjaar 2018-2019, 35 000 XVI, nr.1) worden bij het totaal aantal middelen voor de Zvw-gefinancierde GGZ, de uitgaven aan de POH-GGZ meegenomen in de berekeningen. De POH-GGZ uitgaven worden daarom ook in Tabel 1 gepresenteerd.*

Afgaande op de cijfers van de uitgaven zien we in totaal een stijging tussen 2015-2018 en een verschuiving van uitgaven aan intramurale GGZ naar ambulante GGZ. In het laatste rapportagejaar (2018) zet deze trend niet door (uitgaven aan klinische zorg nemen toe), maar dit zijn nog voorlopige cijfers.

**Figuur 1 Verdeling GGZ uitgaven 2018 – Zvw en Wlz***




**Gebaseerd op ramingen van ZIN en cijfers van Vektis voor de POH-GGZ en Wlz*

Naast Vektis en ZIN heeft ook het CBS (2019) cijfers[1] gepresenteerd over uitgaven aan de GGZ. Ook deze cijfers laten een stijging van Zvw-uitgaven zien en een daling van de Wlz-uitgaven. De trends van de CBS-cijfers komen overeen met de trends op basis van de andere bronnen, met de kanttekening dat het CBS in de uitgaven voor de GGZ ook de post 'overheid' meeneemt. Deze post 'overheid' bestaat onder meer uit uitgaven aan de jeugd-GGZ vanuit de *Jeugdwet*, zorguitgaven vanuit de *Wmo* (o.a. maatschappelijke opvang en beschermd wonen) en zorg gefinancierd door het *ministerie van Justitie en Veiligheid*. Deze post zorgt ervoor dat de uitgaven per jaar in de CBS-cijfers meer dan 2 miljard euro hoger liggen. De trendcijfers van het CBS (2019) worden gepresenteerd in Tabel 2.

1 De belangrijkste bronnen voor het CBS voor de cijfers over zorguitgaven zijn CBS-statistieken van zorgaanbieders, Nationale rekeningen, prijs- en tariefinformatie (interne bronnen van CBS). En financieringsgegevens van Zorginstituut Nederland, budgetinformatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, tariefinformatie van de Nederlandse Zorgautoriteit, jaarverslagen, financiële overzichten (externe bronnen van CBS).

**Tabel 2 Uitgaven GGZ in miljoenen euro's - CBS**

| | 2015 | 2016* | 2017* | 2018** |
|---|---|---|---|---|
| Overheid | 2.221 | 2.363 | 2.392 | 2.465 |
| Zvw | 2.689 | 2.825 | 2.920 | 3.020 |
| Wlz | 633 | 498 | 474 | 436 |
| Vrijw ziektek verz | 245 | 261 | 260 | 256 |
| Eigen betaling | 494 | 503 | 466 | 465 |
| **Totaal** | **6.283** | **6.450** | **6.511** | **6.641** |
| GGZ Quote (uitgaven gerelateerd aan het BBP) | 0,91% | 0,91% | 0,88% | 0,86% |

* *nadere voorlopige cijfers*

** *voorlopige cijfers*

# 3 Capaciteit en zorggebruik

## 3.1 Ontwikkelingen en stand van zaken GGZ-gebruik – Zvw- en Wlz-gefinancierd

Vektis heeft voor de LMA 2019 cijfers geleverd over het aantal cliënten per echelon tussen 2015 en 2017. Deze cijfers worden gepresenteerd in Tabel 3.

**Tabel 3 Aantal cliënten per echelon (leeftijd 18+)**

| | 2015 | 2016 | 2017 | Mutatie 2015 - 2017 (%) |
|---|---|---|---|---|
| POH-GGZ | 427.654 | 470.411 | 517.199 | 20,9 |
| Generalistische basis GGZ | 207.756 | 221.938 | 227.072 | 9,3 |
| Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf | 511.157 | 512.816 | 517.502 | 1,2 |
| Gespecialiseerde GGZ met verblijf (eerste opnamejaar) | 46.803 | 45.383 | 44.439 | -5,1 |
| Langdurige GGZ (SGGZ tweede en derde opnamejaar) | 1.308 | 2.309 | 2.700 | 106,4* |
| Wlz | 7.665 | 6.423 | 6.021 | -21,4** |
| **Totaal*** ** | **1.202.343** | **1.259.280** | **1.314.933** | **9,4** |

*Bron: Vektis cijfers, aangeleverd voor de LMA 2019*

* *Dit groeicijfer is relatief hoog. Dit komt doordat in 2015 voor het eerst cliënten instroomden in dit segment. De eventuele doorstroom naar de Wlz zal pas in latere jaren plaatsvinden (na het eventuele derde opnamejaar) waardoor het aantal cliënten in eerste instantie zal groeien.*

** *In de Wlz kan pas vanaf 2017 instroom plaatsvinden, in verband met het feit dat het tweede en derde opnamejaar sinds 2015 vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Uitstroom uit de Wlz vindt in de tussentijd wel al plaats.*

*** *Het totaalcijfer bevat dubbeltellingen voor de mensen die in meerdere echelons zorg hebben ontvangen.*

Uit de cijfers van Tabel 3 blijkt dat als de clienten in 2017 van de afzonderlijke echelons bij elkaar worden opgeteld, ruim 1.300.000[2] mensen gebruik maakten van de Zvw- en Wlz-gefinancierde GGZ. Afgezet tegen het aantal verzekerden in 2017 komt dit neer op 9,4 procent van de verzekerden (18 jaar en ouder). Uit de cijfers blijkt ook dat het aantal mensen[3] dat gebruik maakt van de GGZ tussen 2015 en 2017 toenam met 9,4 procent (als de cliënten van de POH-GGZ buiten beschouwing worden

2 Dit zijn geen unieke personen, omdat het totaalcijfer dubbeltellingen van mensen die in meerdere echelons zorg hebben gehad, bevat.

3 Dit zijn geen unieke personen, omdat het totaalcijfer dubbeltellingen van mensen die in meerdere echelons zorg hebben gehad, bevat.

gelaten, is de toename drie procent). Het percentage cliënten met een opname in de SGGZ (eerste, tweede en derde opnamejaar) ligt tussen 2015 en 2017 rond de vier procent. Het totaal aantal opgenomen personen (inclusief Wlz) nam tussen 2015 en 2017 af met 4,7 procent en bestond in 2017 uit 53.160 personen. Het aantal cliënten met een specialistisch ambulante behandeling zonder verblijf nam enigszins toe tussen 2015 en 2017, met in 2017 in totaal 517.502 cliënten.

De cijfers van Vektis voor 2018 voor het aantal cliënten van de POH-GGZ waren op het moment van het opstellen van deze rapportage al (nagenoeg) compleet (de cijfers voor de andere segmenten, uitgezonderd de Wlz, nog niet). Uit de cijfers blijkt dat in 2018 535.961 mensen cliënt waren van de POH-GGZ. Het aantal cliënten van de POH-GGZ nam dus weer toe, maar wel in mindere mate dan in de jaren daarvoor (3,6% tussen 2017 en 2018, ten opzichte van 10 procent tussen zowel 2015 en 2016 als tussen 2016 en 2017). Uit eerder onderzoek van Vektis bleek al dat het grootste deel van de mensen met zorg van de POH-GGZ, nieuwe cliënten betreft (ofwel het jaar daarvoor niet in zorg waren) (zie LMA 2018).

## 3.2 Ontwikkeling verblijfsdagen en intensieve ambulante trajecten per diagnosegroep

Vektis heeft voor de LMA 2019 een analyse uitgevoerd om het aantal verblijfsdagen per diagnosegroep weer te kunnen geven. Ook zijn cijfers opgeleverd over het aantal SGGZ-declaraties zonder verblijf, met meer dan 3.000 minuten[4]. In deze paragraaf worden de ontwikkelingen door de jaren heen voor de acht grootste diagnosecategorieën op een rij gezet.

4 3.000 behandelminuten (50 uur) of meer wordt in dit verband gezien als een intensieve behandeling en als indicator voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante GGZ.

**Tabel 4 Aantal verblijfsdagen SGGZ-eerste opnamejaar per diagnosegroep (18+), 2012-2017**

| | 2017* | Mutatie 2012 - 2017 (%) | Mutatie 2016 - 2017 (%) |
|---|---|---|---|
| Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | 602.842 | -26,8 | -14,2 |
| Bipolaire en overige stemmingsstoornissen | 177.154 | -21,6 | -12,4 |
| Depressieve stoornissen | 346.454 | -28,5 | -9,0 |
| Angststoornissen | 134.223 | -17,5 | -10,7 |
| Persoonlijkheidsstoornissen | 174.350 | -34,6 | -10,1 |
| Aan alcohol gebonden stoornis | 242.998 | -35,9 | -10,6 |
| Overige aan een middel gebonden stoornissen | 245.788 | -20,3 | -3,4 |
| Pervasieve ontwikkelingsstoornis | 95.025 | 16,9 | 3,3 |
| **Alle diagnosegroepen (inclusief de overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)** | **2.502.650** | **-20,4** | **-4,2** |

** De groep 'diagnose onbekend' is vooralsnog in 2017 groter dan in voorgaande jaren. Indien in updates van de informatie een deel van deze groep alsnog over diagnosecategorieën verdeeld wordt, kunnen de cijfers van deze tabel enigszins veranderen.*

Het aantal verblijfsdagen nam tussen 2012 en 2017 af met 20 procent (zie Tabel 4). Bij alle diagnosegroepen is een daling waarneembaar, uitgezonderd de diagnosegroep pervasieve ontwikkelingsstoornis (waaronder autisme valt).

**Tabel 5 Aantal DBC's (declaraties) zonder verblijf met >3.000 minuten per diagnosegroep (leeftijd 18+), 2012-2017**

| | 2017* | Mutatie 2012 - 2017 (%) | Mutatie 2016 - 2017 (%) |
|---|---|---|---|
| Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | 11.032 | 1,2 | 2,2 |
| Bipolaire en overige stemmingsstoornissen | 3.348 | 29,6 | 5,8 |
| Depressieve stoornissen | 14.287 | 20,9 | 7,3 |
| Angststoornissen | 13.217 | 56,8 | 10,6 |
| Persoonlijkheidsstoornissen | 16.276 | 30,0 | 4,6 |
| Aan alcohol gebonden stoornis | 3.911 | 31,8 | 7,2 |
| Overige aan een middel gebonden stoornissen | 5.114 | 19,7 | 5,9 |
| Pervasieve ontwikkelingsstoornis | 5.417 | 73,2 | 12,5 |
| **Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)** | **89.008**** | **32,4** | **11,2** |

** De groep 'diagnose onbekend' is vooralsnog in 2017 groter dan in voorgaande jaren. Indien in updates van de informatie een deel van deze groep alsnog over diagnosecategorieën verdeeld wordt, kunnen de cijfers van deze tabel enigszins veranderen. Het totaalcijfer kan dan nog naar beneden bijgesteld worden.*

De cijfers van Tabel 5 laten zien dat het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 minuten tussen 2012 en 2017 steeg met ruim 30 procent. Van jaar tot jaar bekeken, was er steeds een stijging, met uitzondering van de periode 2013-2014 (toen was het aantal intensieve ambulante DBC's stabiel).

De meeste diagnosegroepen hebben afgaande op bovenstaande cijfers een typerend extramuraliseringspatroon: een daling van het aantal verblijfsdagen, gekoppeld aan een (nagenoeg) even grote stijging van het aantal DBC's zonder verblijf met meer dan 3.000 minuten. De cijfers van de diagnosegroep Schizofrenie en andere psychotische stoornissen laten dit beeld echter niet zien; bij deze diagnosegroep neemt het aantal verblijfsdagen aanzienlijk af tussen 2012 en 2017 maar neemt het aantal intensieve ambulante DBC's maar heel licht, en zeker niet in dezelfde mate als de afname van het aantal verblijfsdagen, toe. Voor de diagnosegroep Pervasieve ontwikkelingsstoornis is het beeld ook afwijkend; bij deze diagnosegroep nemen zowel het aantal verblijfsdagen als het aantal intensieve ambulante DBC's toe, wat wijst op intensivering op beide fronten.

## 3.3 Ontwikkeling uitgaven per diagnosegroep

De gegevens van de verblijfsdagen en intensieve ambulante DBC's laten voor de meeste diagnosecategorieën een ambulantiseringspatroon zien. Voor de diagnosegroepen Schizofrenie en andere psychotische stoornissen en Pervasieve ontwikkelingsstoornis is dit beeld anders. Welk beeld laten de *uitgaven* per diagnosegroep wat dit betreft zien?

**Tabel 6 Uitgaven in miljoen euro, per diagnosegroep, SGGZ (leeftijd 18+)***

| | 2017* | % van de totale uitgaven in 2017 | Mutatie 2012 - 2017 (%) | Mutatie 2016 - 2017 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | 495,6 | 15,8 | -2,1 | -5,0 |
| Bipolaire en overige stemmingsstoornissen | 166,8 | 5,3 | 10,7 | -2,5 |
| Depressieve stoornissen | 530,2 | 16,9 | 10,4 | 3,1 |
| Angststoornissen | 376,4 | 12,0 | 41,2 | 6,0 |
| Persoonlijkheidsstoornissen | 400,6 | 12,8 | 17,6 | 1,5 |
| Aan alcohol gebonden stoornis | 185,0 | 5,9 | -9,6 | -1,8 |
| Overige aan een middel gebonden stoornissen | 199,9 | 6,4 | 4,9 | 1,6 |
| Pervasieve ontwikkelingsstoornis | 139,8 | 4,5 | 64,2 | 12,2 |
| **Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)** | **3.139,2** | **100** | **14,4** | **2,9** |

** De groep 'diagnose onbekend' is vooralsnog in 2017 groter dan in voorgaande jaren. Indien in updates van de informatie een deel van deze groep alsnog over diagnosecategorieën verdeeld wordt, kunnen de cijfers van deze tabel enigszins veranderen.*

Uit de cijfers van de uitgaven[5] (zie Tabel 6) blijkt dat 'depressieve stoornissen', 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'persoonlijkheidsstoornissen' de top 3 vormen wat betreft uitgaven in 2017. Voor het totaal zijn de uitgaven gestegen tussen 2012 en 2017 met afgerond 14 procent. Er was echter niet voor alle diagnosegroepen een stijging; voor de groepen schizofrenie en andere psychotische stoornissen en aan alcohol gebonden stoornis daalden de uitgaven tussen 2012 en 2017. De groep pervasieve ontwikkelingsstoornis en angststoornissen laten met afstand de grootste stijging van uitgaven zien.

**Tabel 7 Uitgaven in miljoen euro aan klinische zorg per diagnosegroep, SGGZ (leeftijd 18+)**

| | 2017* | % van de totale uitgaven aan klinische zorg in 2017 | Mutatie 2012 - 2017 (%) | Mutatie 2016 - 2017 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | 318,2 | 24,2 | -8,2 | -9,6 |
| Bipolaire en overige stemmingsstoornissen | 99,9 | 7,6 | 2,6 | -6,7 |
| Depressieve stoornissen | 185,5 | 14,1 | -4,8 | -4,7 |
| Angststoornissen | 78,0 | 5,9 | 17,7 | -5,0 |
| Persoonlijkheidsstoornissen | 101,8 | 7,7 | -14,3 | -5,8 |
| Aan alcohol gebonden stoornis | 125,0 | 9,5 | -18,7 | -6,4 |
| Overige aan een middel gebonden stoornissen | 125,6 | 9,6 | 0,6 | 0,6 |
| Pervasieve ontwikkelingsstoornis | 48,6 | 3,7 | 43,5 | 5,4 |
| **Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)** | **1.314,2** | **100** | **0,6** | **-1,9** |

** De groep 'diagnose onbekend' is vooralsnog in 2017 groter dan in voorgaande jaren. Indien in updates van de informatie een deel van deze groep alsnog over diagnosecategorieën verdeeld wordt, kunnen de cijfers van deze tabel enigszins veranderen.*

De diagnosegroepen 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'depressieve stoornissen' hebben relatief gezien het grootste aandeel in de uitgaven aan klinische zorg (zie Tabel 7). Voor alle diagnosegroepen tezamen zijn de uitgaven aan klinische zorg tussen 2012 en 2017 nauwelijks veranderd, met wel een lichte daling in de laatste jaren. Per diagnosegroep is de ontwikkeling van uitgaven aan klinische zorg wisselend met bijvoorbeeld voor aan alcohol gebonden stoornissen een sterke daling en voor pervasieve ontwikkelingsstoornis en ook voor angststoornissen een aanzienlijke stijging. Bij de ontwikkeling van de uitgaven tussen 2016 en 2017 valt op dat vooral de uitgaven voor de groep Schizofrenie en andere psychotische stoornissen sterk gedaald zijn.

5 In de kostenontwikkeling speelt ook de algemene kostenstijging een rol. De prijzen zijn niet geïndexeerd.

**Tabel 8 Uitgaven intensieve ambulante zorg (meer dan 3.000 minuten) per diagnosegroep, SGGZ (leeftijd 18+)**

| | 2017* | % van de totale uitgaven aan intensieve ambulante trajecten 2017 | Mutatie 2012 - 2017 (%) | Mutatie 2016 - 2017 (%) |
|---|---|---|---|---|
| Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | 112,2 | 13,9 | 13,9 | 9,1 |
| Bipolaire en overige stemmingsstoornissen | 34,1 | 4,2 | 42,4 | 14,1 |
| Depressieve stoornissen | 136,6 | 16,9 | 31,8 | 11,6 |
| Angststoornissen | 120,9 | 15,0 | 71,1 | 14,2 |
| Persoonlijkheidsstoornissen | 166,3 | 20,6 | 42,2 | 6,6 |
| Aan alcohol gebonden stoornis | 33,7 | 4,2 | 27,2 | 11,9 |
| Overige aan een middel gebonden stoornissen | 44,3 | 5,5 | 18,7 | 7,0 |
| Pervasieve ontwikkelingsstoornis | 51,1 | 6,3 | 88,2 | 19,4 |
| **Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)** | **806,0** | **100** | **37,6** | **10,1** |

** De groep 'diagnose onbekend' is vooralsnog in 2017 groter dan in voorgaande jaren. Indien in updates van informatie een deel van deze groep alsnog over diagnosecategorieën verdeeld wordt, kunnen de cijfers van deze tabel enigszins veranderen.*

Uit bovenstaande tabel blijkt dat binnen de uitgaven aan intensieve ambulante zorg, de diagnosegroepen 'persoonlijkheidsstoornissen', 'depressieve stoornissen' en 'angststoornissen' de top drie vormen wat betreft de uitgaven. Voor alle diagnosegroepen tezamen geldt dat de uitgaven aan intensieve ambulante zorg met ruim een derde zijn gestegen tussen 2012 en 2017, met vooral een forse stijging in het laatste jaar. Bij sommige diagnosegroepen, zoals schizofrenie en andere psychotische stoornissen en overige aan een middel gebonden stoornissen, was de toename aan uitgaven aan intensieve ambulante zorg tussen 2012 en 2017 (beduidend) lager dan dit totaalcijfer.

De cijfers van de uitgaven laten zien dat de uitgaven voor de meeste diagnosegroepen toenamen, maar niet voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen en aan alcohol gebonden stoornis. Bij de diagnosegroepen bipolaire en overige stemmingsstoornissen en bij angststoornissen stegen de uitgaven aan klinische zorg terwijl we eerder zagen dat het aantal verblijfsdagen wel was gedaald. Dit duidt erop dat de overgebleven verblijfsdagen duurder zijn geworden. Voor alle acht genoemde diagnosegroepen stegen de uitgaven aan de intensieve ambulante zorg, waarbij opvalt dat bij de diagnosegroepen schizofrenie en andere psychotische stoornissen en overige aan een middel gebonden stoornissen deze stijging relatief kleiner was dan bij andere diagnosegroepen.

## 3.4 Crisis

Vektis heeft voor de LMA 2019 een analyse uitgevoerd over het aantal crisis-declaraties en verblijfsdagen (zie Tabel 9). Uit deze cijfers blijkt dat in de periode 2013-2017 het aantal declaraties voor crisiszorg is verminderd, zowel wat betreft ambulante interventies als opnamen.

**Tabel 9 Crisisdeclaraties en verblijfsdagen**

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Mutatie 2013-2017 | Mutatie 2016-2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aantal DBC's | | | | | | | |
| - Crisisinterventie zonder opname | 45.667 | 43.218 | 44.973 | 42.236 | 40.900 | -10,4 | -3,2 |
| - Crisisinterventie met opname | 21.466 | 19.502 | 19.208 | 17.328 | 16.183 | -24,6 | -6,6 |
| Aantal verblijfsdagen* | 350.374 | 302.575 | 295.153 | 266.151 | 245.007 | -30,1 | -7,9 |

** Er is gekeken naar het aantal dagen dat iemand wordt opgenomen in de eerste 28 dagen vanaf de crisis.*

## 3.5 Ontwikkeling regionale verschillen

Met de door Vektis geleverde informatie zijn verschillende analyses op zorgkantoorregioniveau gedaan.

Anno 2017 is er per zorgkantoorregio een groot verschil in de relatieve uitgaven aan klinische (Zvw- en Wlz-gefinancierde) GGZ: van 34 procent van de totale Zvw- en Wlz-gefinancierde GGZ (inclusief POH-GGZ) tot 65 procent. (Zie Tabel 10; het aandeel van de Wlz-uitgaven is meegenomen in het aandeel van de klinische uitgaven en worden ook apart vermeld om te laten zien welk aandeel deze specifieke klinische uitgaven hebben en wat de impact hiervan is op de klinische uitgaven). De uitgaven per verzekerde aan GGZ (inclusief POH-GGZ) verschillen ook sterk per zorgkantoorregio. Zaken als urbanisatiegraad en historisch gegroeid langdurig verblijf spelen hierbij een rol.

**Tabel 10 Uitgaven per verzekerde aan GGZ, het aandeel van klinische uitgaven en het aandeel van Wlz-uitgaven, per zorgkantoorregio in 2017**

| Zorgkantoorregio | Uitgaven per verzekerde aan GGZ (inclusief POH-GGZ) in euro's | Aandeel uitgaven klinisch (Zvw en Wlz) in totale uitgaven (%) | Aandeel Wlz in totale uitgaven (%) |
|---|---|---|---|
| Midden-Holland | 192 | 38,0 | 0,6 |
| Amstelland en de Meerlanden | 208 | 35,3 | 3,6 |
| Flevoland | 216 | 44,5 | 4,6 |
| Westland Schieland en Delfland | 232 | 45,3 | 9,7 |
| Zaanstreek/Waterland | 248 | 38,4 | 1,9 |
| Noord Holland Noord | 250 | 43,9 | 8,1 |
| 'T Gooi | 254 | 37,6 | 4,6 |
| Zuid-Holland Noord | 256 | 41,1 | 11,6 |
| Zuid-Hollandse eilanden | 262 | 52,7 | 18,1 |
| Waardenland | 264 | 49,6 | 6,8 |
| Midden-Brabant | 265 | 42,4 | 11,3 |
| Twente | 266 | 48,9 | 7,0 |
| Zeeland | 271 | 49,3 | 7,2 |
| West-Brabant | 274 | 51,5 | 17,2 |
| Zuidoost-Brabant | 277 | 48,6 | 12,0 |
| Noord-Limburg | 279 | 48,2 | 18,1 |
| Friesland | 280 | 43,1 | 9,0 |
| Zwolle | 285 | 48,9 | 14,0 |
| Arnhem | 289 | 48,2 | 12,2 |
| Nijmegen | 295 | 43,5 | 7,8 |
| Noordoost Brabant | 307 | 52,4 | 21,6 |
| Utrecht | 326 | 44,9 | 12,6 |
| Groningen | 334 | 33,6 | 1,9 |
| Rotterdam | 334 | 47,4 | 8,8 |
| Zuid-Limburg | 341 | 41,6 | 7,2 |
| Kennemerland | 342 | 51,8 | 18,9 |
| Apeldoorn/Zutphen e.o. | 358 | 53,9 | 14,5 |
| Haaglanden | 359 | 47,0 | 15,7 |
| Amsterdam | 412 | 42,0 | 6,5 |
| Drenthe | 429 | 64,9 | 32,0 |
| Midden-IJssel | 453 | 63,1 | 30,4 |

Uit analyse van de ontwikkeling van het aantal verblijfsdagen per zorgkantoorregio (n=31) blijkt dat bij 30 van de 31 regio's het aantal verblijfsdagen is gedaald tussen 2012 en 2017. De ontwikkeling van het aantal verblijfsdagen had een tamelijk grote range, lopend van afbouw van 37 procent tot een toename van twee procent. De standaarddeviatie van het mutatiecijfer was kleiner voor 2016-2017 dan voor 2012-2013. Dit wijst erop dat de verschillen in ontwikkeling tussen regio's kleiner zijn geworden. In regio's met een relatief grote klinische capaciteit werd verhoudingsgewijs meer afgebouwd: de capaciteit varieerde van 37 tot 102 plaatsen (voor het eerste opnamejaar) per 100.000 verzekerden in 2012 en van 31 tot 72 plaatsen per 100.000 verzekerden in 2017.

Bij 30 van de 31 regio's nam het aantal intensieve ambulante DBC's toe tussen 2012 en 2017. Ook hier was de range van de groeicijfers fors (lopend van -21 procent tot 84 procent). Hier nam de standaarddeviatie door de jaren heen juist toe wat erop wijst dat de verschillen in de ontwikkeling van het aantal intensieve ambulante DBC's toenamen.

Omdat eerder bleek dat het aantal intensieve ambulante DBC's voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen minder was gestegen tussen 2012 en 2017 dan bij andere diagnosegroepen is hier op ingezoomd op zorgkantoorregioniveau. Uit deze analyse blijkt dat er grote regionale verschillen zijn; in 18 regio's namen deze DBC's toe en in 13 niet. De range van deze ontwikkeling varieerde voor de periode 2012-2017 van een daling van 42 procent tot een stijging van 56 procent; er zijn dus regio's met een forse toename maar ook regio's met een forse daling. Deze regionale variatie zorgt ervoor dat er in totaal een kleine toename is.

Op de cijfers op zorgkantoorniveau zijn ook analyses uitgevoerd om de samenhang tussen afbouw van intramurale SGGZ en de opbouw van ambulante SGGZ nader te bestuderen. Daarbij was de hypothese dat een regionale daling van uitgaven aan klinische capaciteit gepaard zou gaan met een evenredige toename van ambulante zorguitgaven tussen 2015 en 2017. Een statistische analyse laat zien dat deze relatie er slechts in beperkte mate is: de Spearman correlatie tussen kostenmutatie van DBC's met verblijf en die van ambulante, Zvw-gefinancierde zorg (inclusief POH-GGZ) is -.39. Met andere woorden: afbouw van klinische capaciteit en opbouw van ambulante capaciteit houden op regionaal niveau tussen 2015 en 2017 soms wel, maar lang niet altijd gelijke tred.

## 3.6 Zorg per type aanbieder SGGZ

Om te onderzoeken of er door de jaren heen verschuiving van zorg tussen type aanbieders plaatsvond, is als afgeleide hiervan de verdeling van de uitgaven aan de SGGZ over verschillende typen aanbieders geanalyseerd, met de door Vektis geleverde informatie.

**Tabel 11 Verdeling uitgaven SGGZ (in miljoen euro's) SGGZ (totaal) per type aanbieder**

| | 2012 | % van het totaal 2012 | 2017 | % van het totaal 2017 | Mutatie 2012 - 2017 | Mutatie 2016 - 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulant | 166 | 6,1 | 285 | 8,9 | 71,2 | 15,3 |
| Geïntegreerde instelling | 1.909 | 70,5 | 2.203 | 68,6 | 15,4 | 2,1 |
| K&J | 19 | 0,7 | 20 | 0,6 | 3,8 | -3,5 |
| PAAZ/PUK | 172 | 6,3 | 170 | 5,3 | -1,1 | -4,1 |
| Psychologische zorgverleners | 101 | 3,7 | 139 | 4,3 | 38,4 | 0,9 |
| Verslavingszorg | 179 | 6,6 | 209 | 6,5 | 16,8 | 4,4 |
| Vrijgevestigde psychiaters | 57 | 2,1 | 49 | 1,5 | -13,9 | -3,6 |
| Overig | 106 | 3,9 | 129 | 4,0 | 21,7 | 21,2 |
| **Totaal** | **2.709*** | **100** | **3.204**** | **100** | **17,1** | **3,5** |

* *exclusief 1,2% onbekend*

** *exclusief 0,2% onbekend*

**Tabel 12 Verdeling uitgaven SGGZ (in miljoen euro's) intensieve ambulante zorg, per type aanbieder**

| | 2012 | % van het totaal 2012 | 2017 | % van het totaal 2017 | Mutatie 2012 - 2017 | Mutatie 2016 - 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulant | 47,7 | 8,1 | 96,6 | 11,3 | 102,5 | 14,2 |
| Geïntegreerde instelling | 407,0 | 69,1 | 574,7 | 67,4 | 41,2 | 10,1 |
| K&J | 10,0 | 1,7 | 9,1 | 1,1 | -8,6 | 13,6 |
| PAAZ/PUK | 22,6 | 3,8 | 19,8 | 2,3 | -12,3 | 2,9 |
| Psychologische zorgverleners | 17,9 | 3,0 | 28,2 | 3,3 | 57,5 | -0,4 |
| Verslavingszorg | 31,5 | 5,3 | 57,6 | 6,7 | 83,0 | 13,2 |
| Vrijgevestigde psychiaters | 8,9 | 1,5 | 6,1 | 0,7 | -31,5 | -7,3 |
| Overig | 43,7 | 7,4 | 58,5 | 6,9 | 34,0 | 20,6 |
| **Totaal** | **589,3*** | **100** | **850,7**** | **100** | **43,1** | **10,8** |

* *exclusief 1,2% onbekend*

** *exclusief 0,3% onbekend*

Uit Tabel 11 blijkt dat de geïntegreerde GGZ-aanbieders het overgrote deel van de uitgaven van de SGGZ genereerden in 2017 en dat de uitgaven van deze aanbieders

in de periode 2012-2017 stegen. Dit beeld is hetzelfde voor de intensieve ambulante GGZ (zie Tabel 12). Deze cijfers wijzen er dus niet op dat uitgaven van zorg zich hebben verplaatst van geïntegreerde aanbieders naar andere typen aanbieders.

**Tabel 13 Verdeling uitgaven (in miljoen euro's) SGGZ per type aanbieder, diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen**

| | 2012 | % van het totaal 2012 | 2017 | % van het totaal 2017 | Mutatie 2012 - 2017 | Mutatie 2016 - 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulant | 7,2 | 1,4 | 4,5 | 0,9 | -37,3 | -1,2 |
| Geïntegreerde instelling | 466,2 | 92,3 | 464,9 | 93,7 | -0,3 | -5,1 |
| K&J | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | -43,7 | -23,8 |
| PAAZ/PUK | 25,8 | 5,1 | 21,8 | 4,4 | -15,8 | 2,4 |
| Psychologische zorgverleners | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -18,1 | -13,8 |
| Verslavingszorg | 0,9 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | -82,5 | -75,5 |
| Vrijgevestigde psychiaters | 1,3 | 0,3 | 1,0 | 0,2 | -24,9 | -3,5 |
| Overig | 2,9 | 0,6 | 3,6 | 0,7 | 23,6 | 12,6 |
| **Totaal** | **504,9** | **100** | **496,3** | **100** | **-1,7** | **-4,8** |

**Tabel 14 Verdeling uitgaven (in miljoen euro's) intensieve ambulante zorg, per type aanbieder, diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen**

| | 2012 | % van het totaal 2012 | 2017 | % van het totaal 2017 | Mutatie 2012 - 2017 | Mutatie 2016 - 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulant | 3,8 | 3,9 | 2,4 | 2,1 | -37,3 | -5,6 |
| Geïntegreerde instelling | 91,3 | 92,7 | 107,4 | 95,6 | 17,7 | 9,2 |
| K&J | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | -42,7 | -15,2 |
| PAAZ/PUK | 2,3 | 0,5 | 1,6 | 1,4 | -32,5 | 38,0 |
| Verslavingszorg | 0,0 | 2,3 | 0,1 | 0,1 | * | -6,6 |
| Vrijgevestigde psychiaters | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | -47,4 | -18,5 |
| Overig | 0,5 | 0,2 | 0,6 | 0,5 | 23,3 | 8,5 |
| **Totaal** | **98,4** | **100** | **112,3** | **100** | **14,2** | **9,1** |

** vanwege ontbrekende cijfers is er geen groeicijfer berekend.*

Tabellen 13 en 14 bevatten de cijfers van verdeling van de uitgave-cijfers voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Uit Tabel 13 blijkt dat bij alle type aanbieders (uitgezonderd de categorie overig) de uitgaven aan de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen daalde tussen 2012 en 2017. Dit sluit aan bij eerdere cijfers. Tussen 2016 en 2017 zijn de uitgaven voor deze groep bij de PAAz-en en Puk-en wel gestegen. Specifiek gericht op intensieve ambulante zorg

laten de cijfers zien dat de uitgaven van de geïntegreerde GGZ-instellingen gegroeid zijn en die van de andere typen aanbieders daalden (uitgezonderd de groep overig). In het laatste jaar stegen deze uitgaven ook bij de PAAz-en en Puk-en. Dit kan duiden op enige verschuiving.

## 3.7 RM en IBS

Cijfers van de Raad voor de Rechtspraak laten zien dat het aantal eindbeschikkingen over onvrijwillige opnamen jaarlijks toeneemt (zie Tabel 15). Zowel het aantal inbewaringstellingen (IBS) als het aantal Rechterlijke machtigingen (RM) neemt door de jaren heen toe waarbij wat betreft de RM-en vooral de toename van het aantal voorwaardelijke machtigingen door de jaren heen opvalt. In de cijfers van 2018 ten opzichte van 2017 valt de sterke toename van het aantal IBS-aanvragen en het aantal voorlopige machtigingen op.

**Tabel 15 RM en IBS aanvragen, 2012-2018***

| Type Bopz-aanvraag | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **IBS** | **7.376** | **7.987** | **7.908** | **8.171** | **8.605** | **8.861** | **9.719** |
| **RM** | **13.980** | **14.970** | **15.462** | **16.171** | **17.273** | **17.746** | **18.871** |
| - voorlopige machtiging | 5.938 | 6.199 | 6.197 | 6.516 | 6.677 | 6.657 | 7.268 |
| - machtiging tot voortgezet verblijf | 3.704 | 3.977 | 4.005 | 4.038 | 4.256 | 4.331 | 4.392 |
| - voorwaardelijke machtiging | 4.245 | 4.721 | 5.210 | 5.566 | 6.285 | 6.690 | 7.144 |
| - machtiging op eigen verzoek betrokkene | 92 | 64 | 46 | 45 | 50 | 65 | 63 |
| - zelfbindings-machtiging | 1 | 9 | 4 | 6 | 5 | 3 | 4 |
| **Totaal eindbeschikkingen over onvrijwillige opnamen** | **21.356** | **22.957** | **23.370** | **24.342** | **25.878** | **26.607** | **28.590** |

*Bron: Opgave Raad voor de Rechtspraak, 2018*

** De aantallen betreffen de afgehandelde verzoeken tot machtiging. Uit deze registratie blijkt niet of een verzoek daadwerkelijk is toe- of afgewezen. In de meeste gevallen worden de verzoeken tot IBS'en en de machtigingen toegewezen.*

## 3.8 FACT-teams

Een aanwijzing voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is de ontwikkeling van de (F)ACT-teams. In eerdere LMA-rapportages werd vastgesteld dat het aantal FACT-teams nog was gegroeid, maar dat vanuit de teams werd aangegeven dat de instellingen nauwelijks tot geen groeiplannen met betrekking tot FACT (meer) hadden. De meest recente data van het CCAF bevestigen dat er sinds medio 2016 nauwelijks tot geen gecertificeerde FACT-teams meer zijn bijgekomen. Het totaal aantal gecertificeerde teams blijft min of meer stabiel op ruim 300. (In 2018 is het aantal (F)ACT-teams niet gegroeid, met 308 teams in totaal. De FACT-teams voor de licht verstandelijk beperkten (LVB) zijn niet in de telling meegenomen.)

Als er specifiek naar het type teams wordt gekeken in 2018 dan zijn er zes instellingen met in totaal negen ACT teams en 38 instellingen met in totaal 240 Flexibel ACT (FACT) teams. Overigens zijn er nog twee FACT teams die niet gecertificeerd zijn door het CCAF en één team dat voorlopig gecertificeerd is. Verder zijn er vijf instellingen met elk één Forensisch ACT-team en nog een instelling met twee teams. Ook zijn er 16 Forensische (F)ACT-teams verspreid over 12 instellingen. De laatste groep (F)ACT teams richt zich op jeugdigen, er zijn drie instellingen met ieder één ACT team en er zijn in totaal 30 FACT teams voor jeugdigen.

Uit de in 2016 door het CCAF uitgevoerde audits bij algemene FACT-teams blijkt dat een doorsnee FACT-team uit 15 hulpverleners (10 fte) bestaat en 200 cliënten in zorg heeft. De teams voor specifieke doelgroepen hebben over het algemeen een kleiner aantal cliënten in zorg. Onderzoek van Van Vugt e.a. (2018) op basis van data van het CCAF, wijst daarbij uit dat de modelgetrouwe implementatie van FACT gemiddeld genomen voldoende is, maar dat er wel ontwikkelingen door de tijd heen zijn van relatief minder huisbezoeken, stijgende caseloads en minder aandacht voor herstelondersteunende zorg en participatie.

## 3.9 Beschermd wonen en ambulante begeleiding

Met de invoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn het beschermd wonen, de ambulante begeleiding op grond van psychische problematiek en de Jeugd GGZ niet langer onderdeel van de landelijke registraties met gegevens van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Sinds 2015 verzamelen VNG/ VNG realisatie met de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) gegevens over het gebruik van voorzieningen op het gebied van de Wmo, Jeugdwet en de Participatiewet. Gemeenten leveren voor deze monitor gegevens aan het CBS. Opgemerkt moet worden dat het mogelijk is dat de door gemeenten aangeleverde gegevens (nog) niet volledig zijn (bijvoorbeeld voor wat betreft het gebruik van beschermd wonen). Met aandacht voor deze kanttekeningen

bij de volledigheid van de verzamelde data, kunnen de volgende cijfers van de GMSD gepresenteerd worden.

Volgens de gegevens van de GMSD woonden er in 2018 33.890 mensen in het beschermd wonen. Dit zijn zowel cliënten met zorg in natura als cliënten met een PGB. In 2017 waren dit er 25.655. De toename van het aantal mensen kan (deels) komen doordat in 2018 gemeenten beter geregistreerd hebben dan in 2017 waardoor het niet goed mogelijk is om op basis van deze twee cijfers een groeicijfer te presenteren.

Afgaande op de cijfers van de GMSD maakten in 2018 (tenminste) 279.795 mensen gebruik van een maatwerkvoorziening van de categorie 'ondersteuning thuis'. Cijfers over hoeveel mensen met psychische problematiek deze ambulante begeleiding kregen zijn niet bekend omdat in de gebruikscijfers van maatwerkvoorzieningen geen onderscheid aangebracht wordt naar doelgroep.

## 3.10 Jeugdwet

Zoals eerder vermeld zijn recente gegevens over uitgaven aan en gebruik van de Jeugd GGZ niet voorhanden. Wel zijn er CBS-cijfers beschikbaar over jeugdzorg maar deze omvatten meer dan alleen de Jeugd GGZ. Volgens de CBS-cijfers is het aantal jongeren met jeugdhulp[6] tussen 2015 en 2018 gestegen met 14,4% naar ruim 415.000 jongeren. Het aantal jongeren met ambulante jeugdhulp steeg in die periode met 17,3% naar ruim 390.000 jongeren. Het aantal jongeren met jeugdhulp met verblijf steeg tussen 2015 en 2018 met 5,3% naar 42.600 jongeren. Bij de Jeugdwet-gefinancierde zorg stijgt het aantal clienten met verblijf dus, terwijl het aantal opgenomen volwassen (Zvw-gefinancierd) daalt. Het aantal jongeren met een gesloten plaatsing steeg met 3% naar 2.565 jongeren.

6 Hulp en zorg zoals deze bedoeld en beschreven is in de Jeugdwet (2014). Het betreft hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere, of opvoedingsproblemen van de ouders met psychische-, psychosociale-, gedragsproblemen en/of een verstandelijke beperking

## 3.11 Maatschappelijke opvang

De Federatie Opvang heeft, op basis van registratiegegevens van de leden, cijfers gepubliceerd over het aantal mensen dat een beroep doet op maatschappelijke opvang en beschermd of begeleid wonen. (Deze cliënten kregen verschillende vormen van hulpverlening zoals nachtopvang maar ook ambulante begeleiding ter voorkoming van uithuiszetting.) Tussen 2016 en 2017 steeg deze groep van ruim 60.000 mensen naar meer dan 70.000 mensen. Deze stijging is forser dan de stijging van het aantal cliënten tussen 2015 en 2016 (https://www.opvang.nl/site/item/meer-mensen-dan-ooit-in-daklozenopvang-en-beschermd-wonen).

## 3.12 Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

Analyses van de DJI (2019) laten zien dat het gemiddelde aantal DJI-gefinancierde klinische bezette plaatsen (exclusief tbs) tussen 2016 en 2017 toenam van 965 naar 1.042 bezette plaatsen. Het gemiddeld aantal bezette TBS (FPC) plaatsen daalde van 1.385 naar 1.326 plaatsen. Het aantal DJI-gefinancierde beschermd wonen plaatsen steeg van 965 naar 1.042 plaatsen.

Voor een langere tijdreeks laten de cijfers van DJI (2018) zien dat de tbs-capaciteit is afgenomen tussen 2013 en 2017 met bijna 25 procent. 'Deze afname wordt veroorzaakt door de eerder ingezette afname van het aantal opleggingen tbs met bevel tot verpleging in combinatie met een afnemende behandelduur (over langere tijd)'. Het totaal aan plaatsen overige forensische zorg – klinisch bleef tussen 2013 en 2017 nagenoeg gelijk. Het aantal beschermd wonen plaatsen (overige forensische zorg) verdrievoudigde tussen 2013 en 2017 (er kwamen afgerond 1.000 plaatsen bij).

# 4 Werkenden in de GGZ

Volgens AZW-info[7] is het aantal werknemers in de GGZ tussen 2015 en 2018 gestegen van 87.600 naar 95.000. Uit de werkgevers-enquête van AZW (2018) onder werkgevers blijkt dat bij ruim de helft van de aan het onderzoek deelnemende GGZ-aanbieders het aantal banen in het afgelopen jaar was toegenomen. En 84 procent geeft aan te kampen met moeilijk vervulbare vacatures. Bij een groot deel van de GGZ-aanbieders neemt dus de vraag naar personeel toe en zijn er tegelijkertijd moeilijk opvulbare vacatures. Ook voor het komende jaar verwacht 81 procent van de deelnemende organisaties een tekort aan personeel. De verwachte tekorten zijn het grootst bij de verpleegkundige en de gedragswetenschappelijke beroepen. GGZ-aanbieders gaven aan maatregelen te nemen om uitstroom van personeel te beperken. Er wordt vooral ingezet op het aantrekkelijker maken van arbeidsvoorwaarden, het verbeteren van ontwikkel- en loopbaanmogelijkheden, het verbeteren van de dialoog tussen medewerkers en leidinggevenden en het verbeteren van de werksfeer. Om de tekorten op de arbeidsmarkt tegen te gaan, worden onder andere (meer) stageplaatsen aangeboden, (meer) mensen opgeleid via de duale leerweg en wordt regionale samenwerking gezocht op het gebied van opleiden. Ziekteverzuim en werkdruk worden genoemd als problemen. Vooral werkdruk wordt door de responderende GGZ-aanbieders vaker genoemd dan door aanbieders in andere zorgsectoren. Ingeschat wordt dat de werkdruk het afgelopen jaar is toegenomen. 90 procent van de GGZ-aanbieders geeft aan dat medewerkers in het afgelopen jaar te maken hebben gehad met agressie en geweld in hun werk. Dat is hoger dan bij andere zorgsectoren.

Uit onderzoek van Ernst & Young (2019) blijkt dat het verloop in de GGZ tussen 2016 en 2018 sterk is toegenomen en hoog is ten opzichte van andere zorgsectoren. Zij leggen een link tussen personeelstekort, administratieve lasten, hoge werkdruk en verloop.

In de praktijk wordt er gezocht en gewerkt aan methoden om werkdruk te verminderen. Zo is aanbieder Arkin[8] gestart met 'ontregelexperimenten'. Dit houdt in dat medewerkers minder hoeven te registeren (geen minuten meer registreren) en meer tijd kunnen besteden aan het leveren van zorg, met ook verwachte effecten op het werkplezier. Het experiment wordt gedaan in samenwerking met Zilveren Kruis, het ministerie van VWS en de NZa.

7 https://azwstatline.cbs.nl/portal.html?_la=nl&_catalog=AZW

8 http://www.arkinmagazines.nl/arkin-en-de-stad-8/arkin-ontregelt/

# 5 Financiële situatie

Over de financiële situatie van de GGZ-sector zijn in het afgelopen jaar verschillende onderzoeken en berichten verschenen. KPMG (2019) concludeert in de Healthcheck GGZ dat de GGZ in Nederland onder druk staat waarbij vooral de geïntegreerde GGZ-instellingen in een spanningsveld opereren van parameters zoals omzetplafonds en afspraken over de gemiddelde prijs per cliënt. Dit sluit aan bij de analyse van het Trimbos-instituut (2018) een jaar eerder, over de in- en verkoop van ambulante zorg.

KPMG concludeert dat ondanks dat er sprake is van groei van de omzet van GGZ-aanbieders, het operationeel resultaat verslechterde (gemeten in EBITDA, een maatstaf voor brutowinst min overheadkosten). Daarbij steeg de omzet niet voor alle GGZ-aanbieders; ondanks dat de omzet voor het totaal van GGZ-aanbieders stijgt, heeft een grote groep (meer dan de helft) te maken met een omzetdaling. De spreiding van de in financieel opzicht goed presterende en slechter presterende aanbieders is daarbij toegenomen.

De vermindering van het operationeel resultaat wordt veroorzaakt door de stijging van loonkosten van ruim 5 procent. Deze stijging komt (deels) door de stijging van het aantal personeelsleden dat niet in loondienst is. De kosten voor dit type personeelsleden is tussen 2014 en 2018 bijna verdubbeld.

Ernst & Young (2019) vermeldt in de barometer Nederlandse gezondheidszorg, dat grotere GGZ-aanbieders slechter presteren dan kleinere waarbij scores niet normaal verdeeld zijn, met een grotere groep aanbieders die onder het gemiddelde scoren. Ernst & Young concludeert 'na een positief rendement in 2017, met name veroorzaakt door incidentele baten als gevolg van verkoop van vastgoed en vrijval van afrekeningen uit oude jaren, is het rendement in 2018 verslechterd. Na jaren van transities in de wijze van bekostiging, omvangrijke afbouw van intramurale bedden en administratieve lastenverzwaring, lijkt de GGZ het nog steeds moeilijk te hebben". Een groot deel van de financiële resultaten in de GGZ is incidenteel, op basis van boekwinsten door verkoop van vastgoed. In deze barometer worden ook de stijgende personele kosten genoemd waarbij de vraag wordt gesteld in hoeverre contractpartijen daar aan mee zullen gaan betalen.

Uit Benchmarks van Finance Ideas (2019) en Adstrat Consulting (2019) komt een vergelijkbaar beeld naar voren met daarbij de kanttekening dat de algemene conclusie van Adstrat Consulting enigszins positiever is. Het algemene beeld dat op basis van de verschillende bronnen over de financiële situatie van de GGZ-sector wordt geschetst, is dat de marges klein zijn, vooral door stijging van personele kosten. Deze kleine marges

maken investeren in innovaties moeilijk en zorgen voor kwetsbaarheid. Daarbij zijn er aanwijzingen dat verschillen in financiële situaties tussen aanbieders toenemen.

# 6 Samenwerking in de regio en zorg voor mensen met EPA

Samenwerking in de regio, tussen aanbieders van zorg en het sociale domein (en de financiers hiervan) is essentieel voor het zo veel mogelijk realiseren van zorg in de eigen omgeving van mensen en het versterken van participatie. Deze regionale taakopvatting en samenwerking is nog lang niet overal waar het zou kunnen en moeten zijn, zo werd vorig jaar in de LMA (2018) geconcludeerd, onder andere op basis van onderzoeken van de IGJ (2018) en het Trimbos-instituut (2018).

Het afgelopen jaar verschenen er verschillende onderzoeken over de huidige stand van zaken van de kwaliteit van zorg en (regionale) samenwerking in zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. De Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019) deed op basis van casusanalyses onderzoek naar 'onveilige situaties rondom personen met een EPA' met als doel te onderzoeken welke factoren bijdragen aan het ontstaan van onveilige situaties voor personen met ernstige psychische problematiek en hun omgeving. De Onderzoeksraad is tot de conclusie gekomen 'dat veiligheid van kwetsbare personen met een EPA en de veiligheid van hun omgeving onvoldoende gewaarborgd is'. Als voornaamste oorzaak wordt genoemd dat de zorg onvoldoende aansluit op de zorgnood. Dit komt onder andere doordat de huidige wet- en regelgeving de benodigde complexe zorg niet faciliteert. Bijvoorbeeld doordat werken met gemiddelde prijzen deze (dure) zorg onaantrekkelijk maakt voor zorgaanbieders. Financieringsstromen sluiten niet op elkaar aan en sluiten elkaar uit en volgens de Onderzoeksraad hebben prikkels tot specialisatie ertoe geleid dat de zorg niet aansluit bij mensen met meervoudige hulpbehoeften. Wachttijden bij de GGZ en het beschermd wonen leiden ook tot veiligheidsrisico's. En het speelt mee dat de betrokken partijen niet altijd goed zicht hebben op de veiligheidsrisico's. Er is versnippering van informatie, en dossiervorming en informatie wordt onvoldoende gedeeld.

Een andere belangrijke factor die speelt, is dat de medewerkers te weinig professionele ruimte hebben om de zorg te leveren die nodig is en te veel volgens regels en protocollen moeten werken die niet altijd passend zijn voor mensen met EPA. De zorg voor deze mensen is complex, waarbij meerdere dilemma's kunnen spelen. Hierdoor kan handelingsverlegenheid ontstaan bij professionals, aldus de Onderzoeksraad. Als antwoord op wat nodig is om de veiligheid te vergroten, adviseert de Onderzoeksraad dat financiële schotten worden verwijderd. En dat professionals de professionele ruimte meer benutten. Dit vergt een open houding en overleg tussen de verschillende betrokken beroepsgroepen.

De Onderzoeksraad stelt in de conclusies vast dat de multiproblematiek van mensen met EPA zich niet goed verhoudt tot 'het werken vanuit afgebakende domeinen, verschillende financieringsstromen en een strikte interpretatie van regels en procedures, maar vereist een gezamenlijke aanpak waarbij zorg- en hulpverleners steeds opnieuw met elkaar naar de beste aanpak binnen een gegeven situatie zoeken'. De organisatie van het zorgaanbod is centraal komen te staan in plaats van de cliënt, aldus de Onderzoeksraad en de fragmentatie van zorg en diversiteit aan financieringsstromen maakt het bijna onmogelijk om in alle gevallen de juiste zorg te bieden.

Deze obstakels zijn al (veel) vaker genoemd in onderzoeken en blijven dus een rol spelen. Dergelijke belemmeringen keren ook terug in de (tussen-) evaluatie van de taskforces EPA voor regionale samenwerking van de GGZ en het sociaal domein. Begin 2019 heeft Kenniscentrum Phrenos een rapportage gepubliceerd over de stand van zaken van deze taskforces. In totaal waren er tien verzorgingsgebieden met (sinds 2015) een taskforce. Uit het onderzoek van Phrenos blijkt dat de helft van de taskforces ten tijde van het onderzoek nog bezig was met de uitvoering, twee taskforces waren gestopt door gebrek aan (financiële) middelen en draagvlak en drie taskforces 'afgerond' waren waarbij de werkwijze van de taskforce geborgd was binnen de betrokken organisaties.

Dat twee taskforces genoodzaakt waren te stoppen en vijf anderen nog tijd nodig hebben om tot structurele veranderingen te komen, is een indicatie voor de complexiteit van het regionale samenwerkingsproces en de complexiteit van het versterken van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. Uit eerdere analyses van het Trimbos-instituut (2017, 2018) blijkt dat de oplossing gezocht moet worden in het meer werken vanuit vertrouwen (tussen aanbieders, tussen aanbieders en financiers) en het minder zoeken naar beheersing met regels. Contractafspraken moeten realistischer en voor langere termijn, met meerjarenafspraken, wat in de praktijk in sommige regio's ook al gebeurt. Het leren van wat regionaal wel en niet werkt is van belang voor de totale verandering. Experimenteerruimte en regelvrijheid zijn hierbij zeer belangrijk. KPMG (2019) bevestigt het belang van meerjarenafspraken en benadrukt ook de waarde van buitenlandse voorbeelden zoals van Triëst, Italië (Muusse & van Rooijen, 2015).

Een ander punt van aandacht, is de kwaliteit van behandeling van mensen met een psychose, zo blijkt uit onderzoek van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën (VGCtT, 2019). Door middel van vragenlijstonderzoek bij 189 psychoseteams is nagegaan in welke mate mensen met een psychose de standaardzorg (volgens de Zorgstandaard Psychose) Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp) kregen. Uit het onderzoek bleek dat 20 tot 25 procent van de cliënten met psychose in de afgelopen drie jaar CGTp had gekregen. Ook bleek dat meer dan de helft van de CGTp werd gegeven door professionals met onvoldoende opleiding op dit gebied. De overgrote meerderheid van de cliënten met psychose krijgt dus niet de standaardbehandeling en als deze wel wordt gegeven dan kan het zijn dat de therapeut onvoldoende hierin is opgeleid. De onderzoekers pleiten dan ook voor meer fte voor psychologen en meer opleidings- en scholingsmogelijkheden.

# 7 Samenvatting

In dit deelonderzoek van de LMA 2019 is op een rij gezet wat secundaire bronnen zeggen over de ontwikkelingen in GGZ-uitgaven en zorggebruik. Ook is aandacht besteed aan de signalen van het afgelopen jaar over de stand van zaken van de GGZ als sector en de zorg voor mensen met EPA in het bijzonder.

## Wat laten de ontwikkelingen van de GGZ-uitgaven in totaal zien?

De uitgaven aan de GGZ (inclusief uitgaven aan Jeugd-GGZ en Wmo) stegen. Als ingezoomd wordt op de Zvw en Wlz uitgaven, dan laten de cijfers zien dat het aandeel van de uitgaven aan ambulante GGZ stijgen; in 2015 was de verhouding tussen de ambulante en de intramurale uitgaven 50-50, in 2018 werd 53 procent uitgegeven aan de ambulante GGZ. Opvalt dat de afname van de uitgaven aan klinische GGZ tussen 2015 -2018 klein was (één procent). De (voorlopige cijfers van de) uitgaven voor 2018 laten daarbij zien dat de uitgaven aan specialistische GGZ zonder verblijf niet langer stijgen; de stijging van de ambulante GGZ komt in 2018 voor rekening van de POH-GGZ en de generalistische basis GGZ. Deze ontwikkelingen wijzen erop dat de ambulante opbouw niet alleen (of zelfs niet zozeer) mogelijk wordt gemaakt door afname van klinische uitgaven en dat een deel van de ambulante opbouw dan wel uitbreiding juist in de lichtere echelons plaatsvindt.

## Wat laten de ontwikkelingen van het zorggebruik en de capaciteit zien?

Het aantal cliënten met ambulante GGZ neemt toe, waarbij het aantal cliënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ inmiddels even groot is als het aantal cliënten met ambulante specialistische GGZ (ruim 517.000 mensen). Het aantal mensen met klinische zorg neemt af (in totaal waren er ruim 53.000 mensen met klinische zorg in 2017, waarbij dubbeltellingen mogelijk zijn voor de mensen die in meerdere echelons klinische zorg kregen).

Tussen 2012 en 2017 nam het aantal verblijfsdagen (Zvw, eerste opnamejaar) af, in totaal en voor nagenoeg alle diagnosegroepen. In dezelfde periode nam het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 behandelminuten (intensieve ambulante DBC's) toe, in totaal en voor alle diagnosegroepen. Opvalt is dat (juist) voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen de relatieve toename van het aantal intensieve ambulante DBC's kleiner is dan bij de andere diagnosegroepen. Dit beeld komt ook terug in de uitgaven per diagnosegroep; de uitgaven namen bij de meeste diagnosegroepen toe, maar niet bij de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

## Welke ontwikkelingen zijn er regionaal?

De verschillen tussen het aantal plaatsen per 100.000 verzekerden zijn kleiner geworden tussen de (zorgkantoor-)regio's. Er zijn desalniettemin wel nog steeds grote verschillen in relatieve uitgaven aan klinische GGZ (ten opzichte van de totale uitgaven).

## Welke signalen zijn er over de GGZ als sector en de zorg voor mensen met EPA in het bijzonder?

Financiële analyses van de GGZ-sector tonen aan dat het rendement in 2018 verslechterd is. De GGZ heeft het moeilijk, zo wordt geconcludeerd. Met onder andere stijgende loonkosten, deels door de grote omvang van het aantal personeelsleden niet in loondienst. Er is hoge werkdruk, veel verloop en veel openstaande vacatures.

In de praktijk wordt er op verschillende manieren gewerkt om de zorg en de samenhang van zorg voor mensen met EPA te verbeteren. De algehele situatie van de GGZ-sector en bijvoorbeeld het gebrek aan (goed opgeleid) personeel heeft hier zijn weerslag op. In recente onderzoeken wordt uitgesproken dat de zorg voor mensen met EPA beter moet en kan. 'Door fragmentatie van taken en verantwoordelijkheden, complexe financieringsstructuren en hinderlijke bureaucratie is het zeker voor personen met een EPA, maar ook voor hun hulpverleners, een bijna onmogelijke opgave om in alle gevallen de benodigde zorg en ondersteuning te organiseren', aldus de Onderzoeksraad. Ook de stijging van IBS- en RM-aanvragen en de toename van het aantal mensen in de maatschappelijke opvang zijn signalen dat het beter moet.

# DEELONDERZOEK 3

## Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg


1 Inleiding 135

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden 137

3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie? 149

4 Zorgsituatie: behoeften en wensen 157

5 Trends 161

6 Verantwoording 165

*Auteurs*

Lex Hulsbosch
Aniek de Lange
Aafje Knispel
Harry Michon

# 1 Inleiding

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

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

Het panel Psychisch Gezien kent drie functies:

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

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

Tot 2014 bestond het panel steeds uit zo'n 800 leden[1]. Sinds begin 2015 is het panel Psychisch Gezien verbonden aan de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA). Omwille van de datavoorziening voor de LMA, is besloten om het ledenaantal naar minstens 1.500 te verhogen. Hiertoe heeft in de periode november 2014 - juni 2015 een wervingsactie plaatsgevonden waarbij via diverse kanalen naar nieuwe leden is gezocht. Het aantal panelleden is in de wervingsperiode gestegen van zo'n 800 naar ruim 2.000.

In 2019 zijn 1.579 panelleden uitgenodigd om deel te nemen aan de voorjaarspeiling van het panel Psychisch Gezien. In totaal hebben 925 panelleden de vragenlijst ingevuld en geretourneerd (respons van 59%, zie verder hoofdstuk 6, Verantwoording).

*Leeswijzer*
In de hierna volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de resultaten van de voorjaarspeiling van 2019. Dit is, na de nulmeting, de vierde vervolgmeting voor de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. In hoofdstuk 2 worden de feitelijke leef- en zorgsituatie van de panelleden besproken, hoofdstuk 3 beschrijft hoe de panelleden hun leef- en zorgsituatie ervaren. Hoofdstuk 4 betreft de wensen en behoeften op het gebied van zorg en ondersteuning (en de vervulling ervan). In hoofdstuk 5 worden cijfers van alle uitgevoerde peilingen vergeleken om te zien of er trends zijn waar te nemen. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 de gebruikte methodiek toegelicht en worden responscijfers gepresenteerd.

Het aantal panelleden dat een bepaald onderdeel of groep items van de vragenlijst heeft ingevuld varieerde. Daarom wijkt de totale N bij tabellen regelmatig af van het totale aantal van 925.

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

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

# 2 De leef- en zorgsituatie van panelleden

## 2.1 Algemene gegevens

Tabel 2.1 laat zien met welke klachten de panelleden te maken hebben ten tijde van de aanmelding voor het panel. Ongeveer de helft van de panelleden had te maken met depressieve klachten, en ook ongeveer de helft met een angststoornis. Verder rapporteert 30% psychosen en/of schizofrenie, en voor ruim een vierde van het panel (27%) was er sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Ongeveer zeven op de tien (68%) panelleden had ten tijde van de aanmelding te maken met meerdere psychische problemen.

Ten tijde van aanmelding bij het panel hebben vrijwel alle leden (96%) langer dan twee jaar last van psychische klachten. Het merendeel ervaart beperkingen in het dagelijkse leven (91%). Voor de meeste panelleden (85%) is dat op het gebied van werken en/of leren. Drie kwart (76%) van de panelleden voelt zich door hun psychische klachten beperkt in hun sociale contacten. Op het gebied van wonen ligt dit percentage op 46%.

**Tabel 2.1 Wilt u aangeven van welke klachten[1] u last heeft? (ten tijde van aanmelding bij het panel; meerdere antwoorden mogelijk) (N=919)**

| | n (%) |
|---|---|
| Depressie | 470 (51) |
| Angsten | 453 (49) |
| Psychosen en/of schizofrenie | 273 (30) |
| Persoonlijkheidsstoornis | 250 (27) |
| Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis) | 185 (20) |
| Eetproblemen | 126 (14) |
| Verslavingsproblemen | 111 (12) |
| Autisme of verwante beperkingen | 110 (12) |
| Andere psychische klachten | 229 (25) |
| Meerdere klachten | 628 (68) |

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

## 2.2 De feitelijke leefsituatie

### 2.2.1 Woonsituatie

Het merendeel van de panelleden (88%) woont zelfstandig of begeleid zelfstandig, zie tabel 2.2.

**Tabel 2.2 Woonsituatie: hoe woont u? (N=923)**

| | n (%) |
|---|---|
| Zelfstandig | 698 (76) |
| Begeleid zelfstandig (in eigen koop- of huurwoning) | 112 (12) |
| Bij mijn ouders/familie | 18 (2) |
| Bij mijn vrienden | 2 (0,2) |
| In een instelling voor maatschappelijke opvang (zoals vrouwenopvang, daklozenopvang, hostel) | 3 (0,3) |
| In een woning/appartement van een zorginstelling in een woonwijk[1] | 45 (5) |
| In een woning/appartement op het terrein van een zorginstelling[1] | 11 (1) |
| Op een afdeling binnen een zorginstelling1 | 3 (0,3) |
| Anders, namelijk: | 31 (3) |

1 *In de meeste gevallen betrof dit mensen die bij het wonen begeleid worden vanuit een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen.*

Zes op de honderd leden wonen in (een woning/appartement van) een zorginstelling: 0,3% op de afdeling, 1% op het terrein en 5% in een woonwijk. De zorginstelling is in de meeste gevallen (3%) een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW). De overige leden geven aan bij hun ouders, familie, vrienden, in de opvang of elders te wonen. Van de leden die (begeleid) zelfstandig wonen en die daar ondersteuning bij krijgen (n=742), denkt 62% ook zonder professionele ondersteuning zelfstandig te kunnen blijven wonen, 22% twijfelt hieraan en 16% denkt dat zelfstandig wonen dan niet mogelijk is.

### 2.2.2 Huishouden, sociale contacten en vrijetijdsbesteding

De meeste panelleden (59%) wonen alleen. Een derde leeft samen met partner en/of kind(eren): 22% woont samen met een partner, 8% met partner en kind(eren) en 4% alleen met kind(eren). Er wonen 28 panelleden (3%) in een groepswoning voor mensen met psychische problemen. De rest van het panel woont met ouders, familie, vrienden/kennissen of anderen (bij elkaar genomen 4%).

Ruim drie kwart (77%) ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke maand en 14% zelfs dagelijks. Ontmoetingen met familie komen iets minder vaak voor; 61% minstens één keer per maand en 5% dagelijks. De meeste leden ontmoeten (schoon) familie of vrienden/goede kennissen wekelijks (32% en 43%). Sommige leden geven aan geen vrienden/goede kennissen of familie te hebben (6% en 8%) of hen zelden tot nooit te zien (8% en 13%).

Zeven op de tien (71%) komt dagelijks buitenshuis en een kwart (26%) wekelijks. Een groep van 1% gaat minimaal elke maand ergens naar toe, 1% doet dat minder dan één keer per maand en 1% zelden tot nooit. Ter vergelijking: in 2016 komt van de mensen met een lichamelijke beperking 83% dagelijks buitenshuis, 52% van de mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking, 45% van de mensen met licht of matige verstandelijke beperking en 89% van de ouderen (van Hees e.a., 2018).

Aan de panelleden is ook gevraagd hoe vaak ze tijd besteden aan hobby's of vrijetijdsactiviteiten. Buitenshuis is dat vaak wekelijks (45%) en thuis dagelijks (42%) of wekelijks (30%). Er zijn ook panelleden die geen hobby's hebben, noch buiten de deur noch thuis (7% en 5%), of hier zelden of nooit tijd aan besteden (15% en 10%).

### 2.2.3 Werk en opleiding

Tabel 2.3 laat de activiteiten van panelleden zien op het gebied van werk, opleiding en mantelzorg. Een vijfde van de leden (22%) heeft een betaalde baan. Hieronder vallen ook degenen die bij een sociale werkvoorziening aan het werk zijn (4% van alle panelleden, 16% van de leden met betaald werk). Gemiddeld hebben de werkende panelleden een werkweek van 24 uur. Over het algemeen zijn zij in loondienst (71% van de panelleden met betaald werk). Van de panelleden die op dit moment geen betaald werk hebben, zou 22% wel graag betaald werk willen doen. In 2018 was dit aandeel 27%.

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

| | N | n (%) |
|---|---|---|
| Betaald werk (CBS definitie)[1] | 902 | 199 (22) |
| Vrijwilligerswerk | 921 | 368 (40) |
| Opleiding / werkgerelateerde cursus[2] | 804 | 52 (7) |
| Mantelzorg[3] | 925 | 208 (23) |

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

2 *Berekend over de groep panelleden < 65 jaar.*

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

Vier op de tien leden heeft onbetaald werk. Panelleden doen gemiddeld 8 uur per week onbetaald werk, variërend van een uur per week tot meer dan een volledige werkweek. Van degenen die op dit moment geen vrijwilligerswerk doen, zou 24% dit wel graag willen doen. In 2018 was dit aandeel 27%.

Van de 415 leden die noch betaald, noch onbetaald werk hebben, zou ongeveer een derde wel werk willen vinden (betaald of onbetaald werk, of allebei). Binnen die groep van niet-werkenden gaat het om ongeveer één op de vijf leden die (eventueel naast vrijwilligerswerk) betaald werk zou willen hebben. Speciaal voor arbeidsparticipatie is nagegaan of jongere leden die geen werk hebben anders antwoorden op deze vragen naar de werkwens dan oudere leden. Daarvoor zijn de respondenten in twee ongeveer even grote groepen ingedeeld (ouder of jonger dan 53 jaar in dit geval[2]). Hieruit bleek dat de jongere leden die geen werk hebben vaker betaald werk zouden willen hebben dan de oudere (28% versus 13%). Als het om werkwensen gaat ongeacht de vraag of het betaald dan wel onbetaald werk is, verschillen de relatief jongere leden nog sterker van de oudere: respectievelijk 45% versus 26% zou werk willen hebben.

Verder biedt bijna één op de vier panelleden ten tijde van de peiling mantelzorg (23%). Zij bieden hulp aan mensen met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk.

Van de panelleden volgt 7% een opleiding of werkgerelateerde cursus (berekend over de groep leden tot 65 jaar). Het gaat dan om een werkgerelateerde cursus, een deeltijd (vervolg)opleiding en/of een voltijd (vervolg)opleiding (resp. 4%, 2%, 1%).

2 Op basis van de mediaan (voor leeftijd) is de respondentengroep in tweeën gedeeld. De mediaan is de waarde waar evenveel mensen boven, als onder scoren, in het panel is die waarde voor de huidige peiling 53 jaar.

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

Vergeleken met de algemene bevolking zijn relatief weinig mensen met langdurige psychische problemen aan het werk. Zo blijkt uit bevolkingsonderzoek van het CBS[3] dat in het tweede kwartaal van 2019 twee derde (69%) van de beroepsgeschikte bevolking (ofwel: 15 tot 75 jarigen) een betaalde baan heeft (CBS Statline, najaar 2019). De arbeidsparticipatie van panelleden ligt dus ruim drie keer zo laag als in de algemene bevolking in Nederland. De participatie van mensen met aanhoudende psychische problemen kan ook vergeleken worden met andere kwetsbare doelgroepen. Panelonderzoek van het Nivel in 2016 wijst uit dat ook relatief weinig mensen met een lichamelijke beperking betaald werk hebben (van Hees e.a., 2018). Zo is 29% van de mensen met een lichamelijke beperking aan het werk en 10% van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking (berekening volgens oude CBS definitie voor betaald werk, te weten: het aantal mensen tussen de 15-65 jaar met een betaalde baan van 12 uur of meer. In 2019 is het percentage werkenden binnen het panel Psychisch Gezien volgens deze definitie 20%).

Wat betreft onbetaald werk komt het percentage leden dat vrijwilligerswerk doet ongeveer overeen met het percentage vrijwilligers in 2016 in de algemene bevolking (35%) en onder ouderen (44%). Vergeleken met mensen met lichamelijke problemen doen relatief veel panelleden vrijwilligerswerk; 27% van de mensen met een lichamelijke beperking en 17% van mensen met een ernstige lichamelijke beperking werkt als vrijwilliger (van Hees e.a., 2018).

Ook wat betreft het volgen van een opleiding of werkgerelateerde cursus wijkt het panel nauwelijks af van de volwassenen in de algemene bevolking, van wie 13% een opleiding of werk-gerelateerde cursus volgt (van Hees e.a., 2018).

3 Zie https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82309NED/table?ts=1570712952957

### 2.2.4. Lichamelijke problemen

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

**Tabel 2.4 Heeft u naast psychische problemen ook lichamelijke problemen? (N=923)**

| | n (%) |
|---|---|
| Nee | 240 (26) |
| Ja, lichte lichamelijke problemen | 295 (32) |
| Ja, matige lichamelijke problemen | 273 (30) |
| Ja, ernstige lichamelijke problemen | 115 (13) |

## 2.3 De feitelijke zorgsituatie

### 2.3.1 Professionele zorg en ondersteuning

Een groot deel van de panelleden (84%) gebruikt medicijnen om de psychische klachten te verminderen of onder controle te houden. Dit gaat in vrijwel alle gevallen (97%) om medicatie op voorschrift van een psychiater of arts. Het grootste deel van de panelleden (eveneens 84%) is op enigerlei wijze in beeld bij de GGZ en/of verslavingszorg. Dit houdt in dat iemand cliënt is bij een instelling voor GGZ of verslavingszorg en/of in het afgelopen jaar contact heeft gehad met minstens één van de in tabel 2.6 genoemde GGZ-instanties. Hieronder wordt meer in detail ingegaan op de contacten met GGZ en verslavingszorg.

In tabel 2.5 is te zien dat panelleden met verschillende instanties te maken hebben. Meer dan de helft (55%) had contact met een GGZ- of een verslavingszorginstelling. 40% van de leden had contact met het UWV. Ongeveer een kwart had contact met een (F)ACT-team. Verder had ongeveer een kwart van de panelleden contact met medewerkers van de gemeente rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning. Tevens kregen panelleden ondersteuning van behandelaars met een eigen praktijk (19%), vrijwilligersorganisaties (19%), dagactiviteitencentra (12%) of instellingen voor beschermd wonen (16%). Bijna één op de vijf leden (18%) had het voorgaande jaar contact met de praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts en één op acht leden met een sociaal wijkteam (12%).

**Tabel 2.5 Contact met zorg- en dienstverlenende instanties**

| | Respons | Contact in afgelopen 12 maanden | Momenteel nog steeds contact |
|---|---|---|---|
| **GGZ** | **N** | **n (%)** | **n (%)** |
| GGZ-instelling of verslavingszorginstelling, niet nader gespecificeerd | 903 | 495 (55) | 427 (47) |
| RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt | 894 | 142 (16) | 130 (15) |
| ACT/FACT team: assertive community treatment | 895 | 234 (26) | 212 (24) |
| IHT team: intensive home treatment/intensieve thuis-behandeling | 885 | 24 (3) | 13 (2) |
| PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg | 887 | 24 (3) | 17 (2) |
| VIP team: vroege interventie psychose team | 880 | 22 (3) | 13 (2) |
| Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangen-bureau | 887 | 56 (6) | 39 (4) |
| Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie | 882 | 124 (14) | 91 (10) |
| Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ) | 890 | 161 (18) | 105 (12) |
| Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera) | 883 | 170 (19) | 126 (14) |
| **Dagbesteding/werk en financiën** | **N** | **n (%)** | **n (%)** |
| UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen | 888 | 352 (40) | 317 (36) |
| Schuldhulpverleningsorganisatie | 881 | 48 (5) | 33 (4) |
| Sociale werkvoorziening | 883 | 63 (7) | 54 (6) |
| Dagactiviteitencentrum (DAC) | 881 | 104 (12) | 90 (10) |
| Re-integratiebureau | 880 | 25 (3) | 15 (2) |
| **Overige instanties** | **N** | **n (%)** | **n (%)** |
| Wijkverpleegkundige | 895 | 61 (7) | 43 (5) |
| MEE (ondersteuning bij leven met een beperking) | 890 | 31 (4) | 19 (2) |
| Sociaal wijkteam / buurtteam | 887 | 102 (12) | 65 (7) |
| Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente) | 884 | 56 (6) | 38 (4) |
| Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket) | 892 | 227 (25) | 152 (17) |
| Gemeente: overig | 885 | 84 (10) | 64 (7) |
| Welzijnsorganisatie | 886 | 45 (5) | 35 (4) |
| Buurthuis | 888 | 85 (10) | 66 (7) |
| Vrijwilligersorganisatie | 890 | 168 (19) | 130 (15) |
| Coach met een eigen praktijk | 885 | 52 (6) | 40 (5) |
| Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze | 882 | 114 (13) | 74 (8) |

### 2.3.2 Huisartsenzorg

De meerderheid van het panel Psychisch Gezien heeft in 2018 contact gehad met de huisarts[4]. Vergeleken met de algemene bevolking hebben relatief veel panelleden de huisarts gezien of gesproken (85% tegenover 72%, zie tabel 2.6). Bij mensen met een chronische ziekte is het percentage huisartsbezoekers het hoogst, namelijk 91%. Panelleden komen niet alleen met lichamelijke klachten bij de huisarts. Bijna vier op de tien (38%) leden heeft contact met de huisarts gehad vanwege zijn of haar psychische problemen. Dat was in 2018 gemiddeld 5 keer.

**Tabel 2.6 Percentage mensen dat contact had met de huisarts**

| | % | Gemiddeld aantal contacten | Periode |
|---|---|---|---|
| Mensen met aanhoudende psychische problemen | 85 | 7 | 2018 |
| Mensen met een chronische ziekte/lichamelijke beperking1 | 91 | 5 | 2010 |
| Algemene Nederlandse bevolking2 | 72 | 6 | 2013 |

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

2 *Bevolkingsonderzoek in 2013 (CBS, 2014).*

### 2.3.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

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

Drie op de tien leden (31%) is niet bekend met het Wmo-loket of sociaal wijkteam van hun gemeente. Ruim een derde (37%) kent deze Wmo-ingang wel, maar heeft hier in 2018 geen contact mee gehad. Ongeveer een derde (32%) heeft wel contact met het Wmo-loket of sociaal wijkteam gehad. Panelleden hadden met name contact over hulp bij het huishouden, vervoersvoorzieningen en persoonsgebonden budget, respectievelijk 44%, 19% en 13% van de contacten gingen hierover. Van de panelleden die met het Wmo-loket of het sociaal wijkteam te maken hebben gehad, was bij 55% de herbeoordeling of verlenging van een indicatie de reden van het contact. Andere redenen waren het indienen van een aanvraag voor een nieuwe voorziening (31%)

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

en het inwinnen van informatie/advies (22%). Een kleine groep richtte zich tot de gemeente om een klacht in te dienen (5%).

Over het algemeen raakten de ruim 600 panelleden die het Wmo-loket of sociaal wijkteam kennen, hiervan op de hoogte via een hulpverlener (31%) en/of via media als internet, folders of kranten (18%). In mindere mate werd kennis genomen van het loket via anderen zoals kennissen of familie (8%), huisarts (7%) of wijkverpleegkundige (3%). Drie op de tien (32%) weet het niet meer omdat ze het al langere tijd kennen. Een vijfde (20%) geeft aan het Wmo-loket of sociaal wijkteam ergens anders van te kennen, bijvoorbeeld via hun (vrijwilligers)werk, contacten met mensen uit de buurt (bijvoorbeeld via een buurtborrel of in een buurthuis), betrokkenheid bij (Wmo)raden of via (een brief van) de gemeente.

### 2.3.4 Persoonsgebonden budget

Van het panel heeft 11% ten tijde van de peiling een persoonsgebonden budget (PGB). Net als in 2018 heeft ruim drie kwart van de panelleden (78%) geen behoefte aan een PGB. Van de 197 panelleden die wel behoefte aan een PGB hadden, heeft 59% ook een PGB aangevraagd. Bij 85% van de mensen die een aanvraag hebben ingediend is deze (gedeeltelijk) gehonoreerd.

### 2.3.5 Crisiszorg en opnames

16% van de panelleden heeft in het afgelopen jaar naar eigen zeggen crisiszorg gehad. Ambulante crisiszorg was hierbij de meest ingezette variant; van de mensen die crisiszorg hebben gehad gaf ruim de helft (52%) aan hiermee te maken te hebben gehad. Van de panelleden die niet met crisiszorg te maken kregen gaf 13% aan dat ze deze zorg wel nodig vonden.

Een groep van 56 panelleden (6%) is in de afgelopen 12 maanden op vrijwillige basis opgenomen. Zeventien panelleden (2%) zijn gedwongen opgenomen, dit betrof meestal een inbewaringstelling (IBS). De leden die in de afgelopen 12 maanden opgenomen zijn geweest, hebben gemiddeld twee keer een opname meegemaakt, ongeacht of dit om een vrijwillige of een gedwongen opname ging. Het gemiddeld aantal opnamedagen in het afgelopen jaar was 82. De voorwaardelijke RM is voor 21 panelleden (2%) ingezet om een gedwongen opname te voorkomen.

### 2.3.6 Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Ruim zes op de tien (64%) geeft aan op het moment van de peiling zorg of ondersteuning bij hun psychische problemen te krijgen van iemand uit hun eigen netwerk. Tabel 2.7 laat zien welke personen hierbij een rol spelen. Het zijn vooral vrienden, de partner, (schoon)ouders en andere familie die de panelleden bijstaan. Drie kwart (75%) heeft in zijn/haar omgeving iemand om mee te praten en die een luisterend oor biedt. Ook hier zijn vrienden, partner en familieleden de meest voorkomende ondersteuners. Lotgenoten zijn een belangrijke steunpilaar voor ongeveer een vijfde van de panelleden die informele zorg krijgen.

**Tabel 2.7 Personen uit eigen netwerk die zorg of ondersteuning bieden**[1]

| | Ondersteuning: Algemeen (N=587) | Ondersteuning: Luisterend oor (N=691) |
|---|---|---|
| | n (%) | n (%) |
| Vriend(en) | 237 (40) | 355 (51) |
| Partner | 242 (41) | 266 (39) |
| (Schoon)ouders | 158 (27) | 182 (26) |
| Andere familie | 166 (28) | 206 (30) |
| Lotgenoten | 118 (20) | 158 (23) |
| Kind(eren) | 110 (18) | 109 (16) |
| Anders | 71 (12) | 96 (14) |
| Kennis(sen) | 70 (12) | 97 (14) |
| Buren of buurtgenoten | 76 (13) | 89 (13) |
| Leidinggevende | 52 (9) | 69 (10) |
| Collega's | 53 (9) | 70 (10) |
| Ex-partner | 24 (4) | 27 (4) |

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

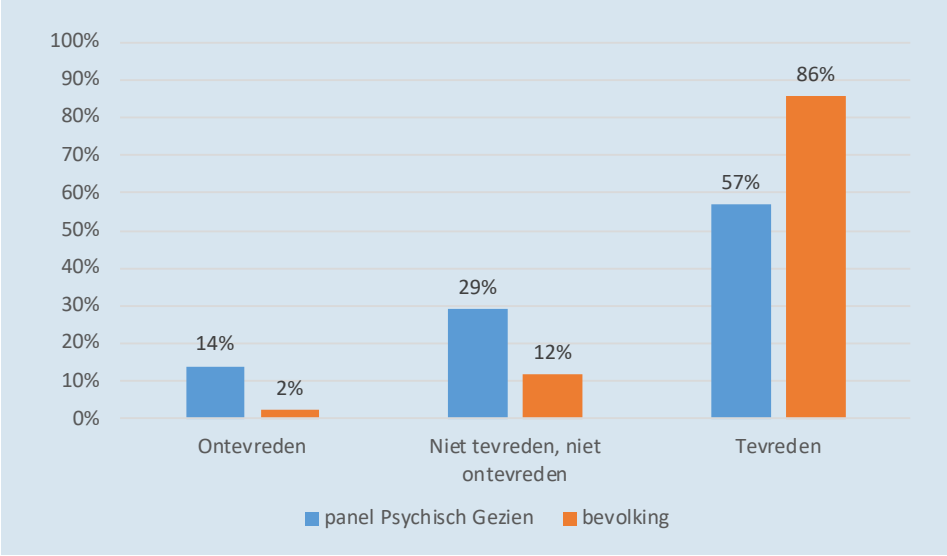
# 3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?

## 3.1 De ervaren leefsituatie

### Tevredenheid: leven als geheel en per leefgebied

De panelleden beoordelen het leven dat ze nu (voorjaar/zomer 2019) leiden gemiddeld met een 6,4 (SD=1,8; op een schaal van 1 tot 10, waarbij een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden). Vergeleken met andere mensen in Nederland is dat relatief laag, de gemiddelde score ligt hier op 7,6 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). Bevolkingscijfers uit 2018 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018) bevestigen dit beeld (zie figuur 3.1): in het panel is de groep ontevreden mensen - procentueel gezien - zeven keer zo groot als in de algemene bevolking. Bijna negen op de tien mensen in de algemene bevolking is tevreden met zijn of haar leven, bij het panel is dat ruim de helft.

**Figuur 3.1 Hoe tevreden zijn mensen met het leven dat ze nu leiden?** [1]




1 *Panel Psychisch Gezien peiljaar 2019. Algemene bevolking peiljaar 2018 (CBS, StatLine). De cijfers zijn gebaseerd op de vraag: 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?' De drie categorieën zijn als volgt gedefinieerd: ontevreden (cijfers 1 t/m 4), niet tevreden/niet ontevreden (cijfers 5 en 6), tevreden (cijfers 7 t/m 10).*

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

**Tabel 3.1 Gemiddelde scores met betrekking tot de tevredenheid over verschillende leefgebieden[1]**

| | n | M | SD |
|---|---|---|---|
| Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie? | 920 | 5,6 | 1,5 |
| Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt?[2] | 766 | 5,2 | 1,6 |
| Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel? | 915 | 4,8 | 1,5 |
| Hoe tevreden bent u met uw dagelijkse bezigheden? | 919 | 4,8 | 1,6 |
| Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie? | 917 | 4,8 | 1,8 |
| Hoe tevreden bent u met uw sociale contacten? | 918 | 4,6 | 1,7 |
| Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid? | 915 | 4,4 | 1,7 |
| Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid? | 916 | 4,3 | 1,7 |

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

*2 Bij dit item kon ook "niet van toepassing" worden gekozen. Vandaar de ogenschijnlijk lage respons.*

## Het gevoel erbij te horen

Een kwart van de panelleden heeft het gevoel mee te tellen in de maatschappij, ruim een derde van de leden (37%) heeft dit gevoel een beetje. Bij ruim één of de vijf (22%) ontbreekt het gevoel mee te tellen in de maatschappij.

## Gezondheid

Meer dan de helft (53%) van de leden geeft aan hun gezondheid matig tot slecht te vinden tegenover 16% van de algemene bevolking (Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel; Brabers, e.a., 2014). Een groep van 8% beoordeelt hun gezondheid als "zeer goed" of "uitstekend" (31% in de algemene bevolking) en de resterende 40% bestempelt deze als "goed" (53% in de algemene bevolking).

De MHI-5 is gebruikt om de actuele mentale gezondheid van de panelleden te meten. Twee derde van de panelleden (64%) bleek zich de afgelopen vier weken geestelijk ongezond te voelen (zie tabel 3.2). Onder de algemene bevolking was 12% in 2018 psychisch ongezond (CBS, 2018). De gemiddelde score op de MHI-5 van de panelleden is 54 (op een schaal van 1 tot 100, waarbij hoe hoger de score hoe gezonder; SD=20,1).

**Tabel 3.2 MHI-5 resultaten: mentale gezondheid in de afgelopen vier weken (N=904)**

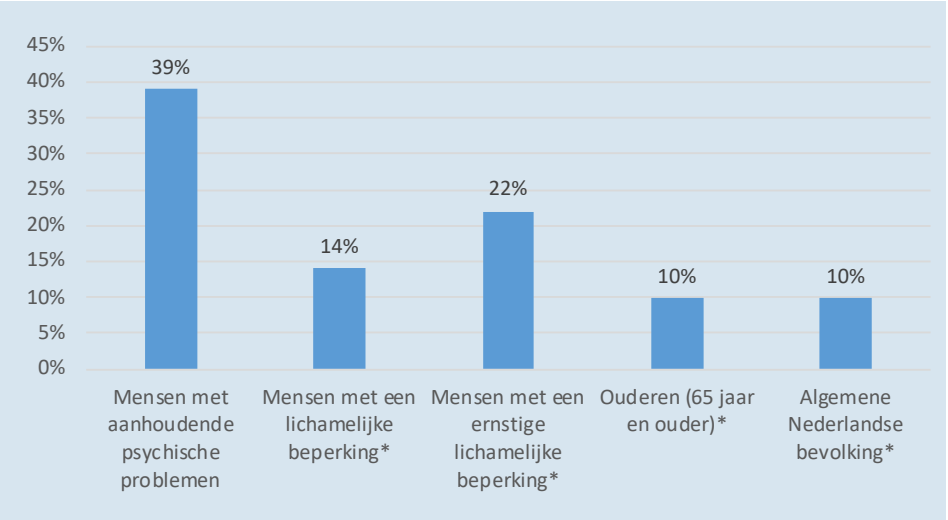
| | n (%) |
|---|---|
| Psychisch gezond[1] | 325 (36) |
| Psychisch licht ongezond | 275 (30) |
| Psychisch matig ongezond | 162 (18) |
| Psychisch ernstig ongezond | 142 (16) |

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

## Eenzaamheid

Eenzaamheid komt veel voor binnen de groep panelleden; 82% voelt zich in enige mate eenzaam (gemeten met de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis, 1985). Meer specifiek: 43% van de leden is matig eenzaam, 21% erg eenzaam en 18% is heel erg eenzaam. Figuur 3.2 laat zien dat de groep panelleden die zich in 2019 (heel) erg eenzaam voelt, relatief groot is vergeleken met het percentage bij mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking, ouderen en de algemene bevolking in 2016 (van Hees e.a., 2018).

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




* *De gepresenteerde percentages hebben betrekking op 2016 en zijn overgenomen uit de Participatiemonitor van het Nivel (van Hees e.a., 2018). Eveneens gemeten met de schaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985).*

## Discriminatie

Drie op de tien (29%) van de panelleden heeft zich – in de afgelopen 12 maanden – wel eens gediscrimineerd gevoeld vanwege zijn of haar psychische problemen. Voor 74% van deze groep panelleden gebeurde dit soms tot regelmatig, bij 17% vaak tot zeer vaak en 10% gaf aan één keer gediscrimineerd te zijn.

## 3.2 De ervaren zorgsituatie

### Professionele zorg en ondersteuning

Een vijfde van de panelleden krijgt geen professionele zorg of ondersteuning; 15% van de panelleden heeft dit naar eigen zeggen ook niet nodig, maar 5% geeft aan wel degelijk zorg nodig te hebben. De overige panelleden krijgen professionele zorg. Bijna twee derde (63%) krijgt professionele zorg en ondersteuning en vindt dit voldoende. Voor 206 panelleden (22%) is naar eigen zeggen onvoldoende zorg beschikbaar, hetzij omdat ze geen zorg en ondersteuning krijgen maar dit wel nodig hebben (46 mensen, 5% van alle panelleden), hetzij omdat de reeds aanwezige ondersteuning niet toereikend is (160 mensen, 17% van alle panelleden). Deze laatste groep panelleden noemt verschillende redenen voor deze ontbrekende of ontoereikende zorg (zie tabel 3.3).

Het grootste struikelblok voor het krijgen van (voldoende) professionele zorg is het ontbreken van geschikt aanbod (36% van de mensen die geen of onvoldoende zorg krijgen). Bijna drie op de tien panelleden (28%) die aangeeft onvoldoende zorg/ondersteuning te krijgen wijt dit aan onbegrip bij anderen ten aanzien van de hulpvraag. Ruim een vierde (27%) benoemt wachtlijsten als belemmering. Verschillende persoonlijke redenen - niet weten hoe ondersteuning te regelen; opzien tegen het regelwerk en rompslomp; niet om ondersteuning durven vragen - zijn steeds voor 16 tot 18% van de panelleden een reden voor het tekort aan zorg en ondersteuning. Wat financiële barrières betreft: 13% geeft aan dat de benodigde ondersteuning niet wordt vergoed en 12% kan de eigen bijdrage niet betalen.

**Tabel 3.3 Redenen voor het ontbreken van (voldoende) professionele zorg volgens panelleden die geen of onvoldoende zorg krijgen (n=205). Meerdere antwoorden mogelijk**

| | n (%) |
|---|---|
| De ondersteuning die ik nodig heb, is niet beschikbaar / wordt niet aangeboden | 74 (36) |
| Anderen begrijpen mijn hulpvraag niet | 58 (28) |
| Er zijn wachtlijsten voor de zorg en ondersteuning die ik nodig heb | 55 (27) |
| Andere reden dan hier genoemd | 54 (26) |
| Ik durf niet om deze ondersteuning te vragen | 36 (18) |
| Ik zie op tegen het regelen van deze ondersteuning (bijvoorbeeld door het regelwerk, rompslomp) | 37 (18) |
| Ik weet niet hoe ik deze ondersteuning moet regelen | 33 (16) |
| De ondersteuning die ik nodig heb, wordt niet vergoed | 26 (13) |
| Ik moet een eigen bijdrage betalen en ik heb het geld hier niet voor | 25 (12) |
| Ik kom niet in aanmerking voor deze ondersteuning / speciale voorzieningen | 22 (11) |

Over de ontvangen professionele zorg is 72% van het panel (heel) tevreden en 8% (heel) ontevreden. De overige panelleden (21%) hebben gemengde ervaringen en zijn zowel tevreden als ontevreden. De geleverde professionele zorg en ondersteuning worden door de panelleden met een gemiddeld rapportcijfer van 6,9 (SD=1,8) beoordeeld (op een schaal van 1 tot 10).

Bijna 80% van de panelleden (79%) is het er (sterk) mee eens dat het panellid en de hulpverlener een goede samenwerkingsrelatie hebben. Met de stelling "Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen" is drie kwart (76%) het (sterk) eens. Ongeveer twee derde van de panelleden vindt verder dat de hulpverlener er is als deze nodig is (65%) en dat de hulpverlening goed aansluit bij zijn/haar leven (67%).

In tabel 3.4 is voor diverse instanties het rapportcijfer van de panelleden te zien op een schaal van 1 tot en met 10. Er is een onderverdeling gemaakt in drie categorieën: 1) GGZ, 2) dagbesteding/werk en financiën, 3) overige instanties. Binnen de GGZ is een behandelaar met een eigen praktijk de best scorende met een gemiddeld rapportcijfer van 7,5. Van de instanties en voorzieningen voor dagbesteding, werk en financiën, scoort het dagactiviteitencentrum het best, met een gemiddelde van 7,5.
Voor de groep overige zorgverleners en instanties waarderen panelleden met name de coach met een eigen praktijk (8,4), alternatieve zorgverleners (8,0), de wijkverpleegkundige (7,7), de vrijwilligersorganisatie (7,5) en de huisarts (7,4).

## Afstemming tussen verschillende professionals

Voor 78% van de panelleden is er sprake van hulp door verschillende zorgverleners. Van deze leden geeft 46% aan dat de verschillende instanties zaken goed met elkaar afstemmen. Voor ruim een vijfde (22%) is de afstemming daarentegen slecht geregeld, aldus de panelleden.
Een vijfde van de leden (22%) geeft aan onvoldoende zicht te hebben op de samenwerking tussen verschillende instanties. Een derde (33%) van de panelleden die zorg van meerdere hulpverleners heeft gekregen geeft aan dat er één hulpverlener eindverantwoordelijk was voor de zorg, tegenover 17% die antwoordt dat er niet één duidelijke eindverantwoordelijke was.

## Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

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

**Tabel 3.4 Gemiddelde rapportcijfers voor diverse professionele zorginstanties[1]**

| GGZ | n[2] | M | SD |
|---|---|---|---|
| Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera) | 74 | * 7,5 | 1,8 |
| RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt | 82 | * 7,2 | 1,8 |
| Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie | 33 | 7,1 | 2,0 |
| Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ) | 62 | 6,8 | 1,9 |
| ACT/FACT team: assertive community treatment | 156 | 6,8 | 2,0 |
| GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen | 327 | 6,9 | 2,0 |

| Dagbesteding/werk en financiën | n[2] | M | SD |
|---|---|---|---|
| Dagactiviteitencentrum (DAC) | 57 | * 7,5 | 1,4 |
| Sociale werkvoorziening | 32 | 7,1 | 1,8 |
| UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen | 183 | * 6,2 | 2,4 |
| Schuldhulpverleningsorganisatie | 25 | * 6,2 | 2,5 |

| Overige instanties | n[2] | M | SD |
|---|---|---|---|
| Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze | 42 | 8,0 | 1,4 |
| Wijkverpleegkundige | 27 | 7,7 | 1,9 |
| Huisarts | 368 | * 7,4 | 1,6 |
| Vrijwilligersorganisatie | 60 | 7,5 | 1,6 |
| Buurthuis | 35 | 7,0 | 1,6 |
| Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket) | 126 | * 6,4 | 2,0 |
| Sociaal wijkteam / buurtteam | 43 | 6,7 | 2,0 |

1 *Scores op een 10-puntsschaal, lopend van 1 (heel erg slecht) tot en met 10 (uitstekend). Rapportcijfers over zorg en dienstverlening zijn bij kleine subgroepen (lager dan 25) weggelaten*

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

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

# 4 Zorgsituatie: behoeften en wensen

## 4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

Tabel 4.1 laat zien op welke gebieden panelleden zorgbehoeften hebben. Wat betreft (het omgaan met) psychische klachten zien we het hoogste percentage panelleden met een steunbehoefte (vier op de vijf). Twee derde tot 70% van de panelleden heeft behoefte aan ondersteuning bij (het aangaan van) sociale contacten, lichamelijke gezondheid en het krijgen van de juiste hulpverlening. Persoonlijke verzorging en alcoholgebruik zijn de gebieden waarop het minst vaak behoefte aan (professionele) ondersteuning wordt gemeld (rond 15% van de leden).
Panelleden lijken vooral behoefte aan *professionele* steun (naast eventuele *informele* steun) te hebben bij gebieden als psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid, en het krijgen van de juiste hulpverlening. Gebieden waarop relatief meer behoefte is aan informele steun (naast eventuele professionele steun) zijn sociale contacten, huishouden, dagelijkse bezigheden en seksualiteit en intimiteit.

**Tabel 4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein**

| Behoefte aan zorg van: | | Alleen van professionals | Alleen uit eigen netwerk | Van zowel professionals als eigen netwerk | Geen van beide |
|---|---|---|---|---|---|
| Gebied[1] | N | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Psychische gezondheid | 899 | 335 (37) | 47 (5) | 328 (36) | 189 (21) |
| Sociale contacten | 897 | 65 (7) | 218 (24) | 350 (39) | 264 (29) |
| Lichamelijke gezondheid | 898 | 337 (38) | 51 (6) | 245 (27) | 265 (30) |
| Krijgen van juiste hulpverlening | 896 | 312 (35) | 32 (4) | 247 (28) | 305 (34) |
| Zingeving en perspectief | 888 | 138 (16) | 83 (9) | 271 (31) | 396 (45) |
| Dagelijkse bezigheden | 892 | 128 (14) | 111 (12) | 235 (26) | 418 (47) |
| Omgaan met medicatie | 896 | 292 (33) | 50 (6) | 97 (11) | 457 (51) |
| Huishouden | 897 | 145 (16) | 156 (17) | 133 (15) | 463 (52) |
| Financiële situatie | 892 | 145 (16) | 101 (11) | 87 (10) | 559 (63) |
| Seksualiteit en intimiteit | 892 | 50 (6) | 107 (12) | 69 (8) | 666 (75) |
| Huisvesting | 894 | 74 (8) | 59 (7) | 90 (10) | 671 (75) |
| Persoonlijke verzorging | 891 | 50 (6) | 64 (7) | 32 (4) | 745 (84) |

**Tabel 4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein (vervolg)**

| Behoefte aan zorg van: | | Alleen van professionals | Alleen uit eigen netwerk | Van zowel professionals als eigen netwerk | Geen van beide |
|---|---|---|---|---|---|
| Alcohol- en/of druggebruik | 893 | 50 (6) | 21 (2) | 53 (6) | 769 (86) |
| Anders[2] | 170 | 15 (3) | 8 (1) | 14 (2) | 393 (66) |

*1 Gesorteerd (behalve "anders") naar mate van zorgbehoefte; meeste zorgbehoefte bovenaan.*

*2 De N bij "Anders" is beduidend lager omdat daar ook de optie "Nvt" kon worden aangevinkt.*

## 4.2 Vervulde en onvervulde zorgbehoeften

Aan de panelleden is gevraagd of de huidige ondersteuning naar tevredenheid was, of dat aanpassingen gewenst zouden zijn (zowel in aard als intensiteit van de ondersteuning). De helft van de panelleden is tevreden met de huidige ondersteuning (zowel 50% bij ondersteuning door professionals als bij ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving). Een aantal panelleden wil graag meer ondersteuning dan zij nu krijgen (van professionals: 18%, van mensen uit eigen omgeving: 25%). Bijna een vijfde van de panelleden (18%) geeft verder aan dat ook de aard van de professionele ondersteuning zou mogen veranderen (al dan niet gecombineerd met ook meer ondersteuning).

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

Ook is gevraagd naar ervaringen rond tijdelijke op- en/of afschaling van de zorg in de afgelopen 12 maanden. Voor 43% van de panelleden was dit niet aan de orde. Voor bijna de helft (48%) was op enig moment meer zorg nodig dan gebruikelijk, bijna een tiende van de panelleden (8%) kon tijdelijk met minder zorg toe en bij 2% van de leden was in de afgelopen 12 maanden zowel op- als afschaling van de zorg nodig.

Tabel 4.2 laat zien in hoeverre aan deze wensen tegemoet is gekomen. Al met al is voor bijna de helft (46%) alles naar volle tevredenheid opgepakt, terwijl één op de vijf panelleden (22%) ten dele tevreden was over de tijdelijke aanpassingen. Voor een derde van de panelleden (32%) is ofwel niets geregeld, of de tijdelijke aanpassing was niet naar tevredenheid.

**Tabel 4.2 In hoeverre is aan de wens tot op- en/of afschaling van zorg tegemoet gekomen[1]? (N=413)**

| | n (%) |
|---|---|
| Op- en/of afschaling geregeld: naar tevredenheid | 189 (46) |
| Op- en/of afschaling geregeld: deels naar tevredenheid | 92 (22) |
| Op- en/of afschaling geregeld: niet naar tevredenheid | 29 (7) |
| Er is niets geregeld | 103 (25) |

1 *Ter toelichting: hierbij is geen navraag gedaan in hoeverre zorgaanbieders op de hoogte waren (gesteld) van de wens.*

Ook is nagegaan in hoeverre de specifieke voorkeur van panelleden voor het type ondersteuning (door het formele netwerk, informele netwerk of beiden) overeenkomt met de ontvangen zorg. In tabel 4.3 zijn de resultaten te zien. De ondersteuning blijkt het minst goed aan te sluiten voor de leefdomeinen 'sociale contacten', 'dagelijkse bezigheden', 'zingeving en perspectief' en 'het krijgen van de juiste hulpverlening'. Voor de sociale contacten is voor 46% van de panelleden niet de gewenste ondersteuning aanwezig. Dit blijkt vooral gerelateerd aan het krijgen van hulp door een andere hulpverlener dan gewenst (21%). Ook voor de dagelijkse bezigheden is dit de meest voorkomende mismatch.

**Tabel 4.3 Match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg per levensdomein[1]**

| | | Mismatch | | | | Match | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Totaal mismatch | Wil hulp, krijgt geen hulp | Wil hulp, krijgt hulp van andere zorgverlener dan gewenst | Wil geen hulp, krijgt hulp | Totaal match | Wil geen hulp, krijgt geen hulp | Wil hulp, krijgt hulp van gewenste zorgverlener |
| | N | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Sociale contacten | 887 | 406 (46) | 127 (14) | 182 (21) | 97 (11) | 481 (54) | 163 (18) | 318 (36) |
| Dagelijkse bezigheden | 872 | 363 (42) | 132 (15) | 138 (16) | 93 (11) | 509 (58) | 316 (36) | 193 (22) |
| Zingeving en perspectief | 872 | 347 (40) | 124 (14) | 130 (15) | 93 (11) | 525 (60) | 295 (34) | 230 (26) |
| Krijgen van juiste hulpverlening | 876 | 348 (40) | 154 (18) | 122 (14) | 72 (8) | 528 (60) | 228 (26) | 300 (34) |
| Psychische gezondheid | 884 | 331 (37) | 87 (10) | 187 (21) | 57 (6) | 553 (63) | 127 (14) | 426 (48) |
| Lichamelijke gezondheid | 884 | 311 (35) | 98 (11) | 146 (17) | 67 (8) | 573 (65) | 195 (22) | 378 (43) |
| Omgaan met medicatie | 876 | 246 (28) | 90 (10) | 78 (9) | 78 (9) | 630 (72) | 371 (42) | 259 (30) |
| Huishouden | 877 | 232 (27) | 111 (13) | 71 (8) | 50 (6) | 645 (74) | 405 (46) | 240 (27) |
| Financiële situatie | 878 | 175 (20) | 75 (9) | 48 (6) | 52 (6) | 703 (80) | 498 (57) | 205 (23) |
| Seksualiteit en intimiteit | 877 | 169 (19) | 105 (12) | 24 (3) | 40 (5) | 708 (81) | 615 (70) | 93 (11) |
| Huisvesting | 873 | 159 (18) | 97 (11) | 33 (4) | 29 (3) | 714 (82) | 626 (72) | 88 (10) |
| Alcohol en/of druggebruik | 874 | 107 (12) | 50 (6) | 22 (3) | 35 (4) | 767 (88) | 718 (82) | 49 (6) |
| Persoonlijke verzorging | 871 | 98 (11) | 48 (6) | 15 (2) | 35 (4) | 773 (89) | 695 (80) | 78 (9) |

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

# 5 Trends

In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen in de periode 2015-2019 beschreven. Voor de longitudinale analyse werden gegevens gebruikt van leden die aan alle peilingen hebben meegedaan (N=767; zie ook hoofdstuk 6, Verantwoording).

## 5.1 Feitelijke leefsituatie en participatie

Wat de feitelijke leefsituatie betreft zijn er nauwelijks veranderingen gevonden over de jaren. Het aantal leden dat betaald werk heeft is nagenoeg hetzelfde gebleven (rond 21 a 22%). Het aantal werkuren per week voor panelleden met betaald werk ligt rond de 22 à 23 uur per week.
Ook op overige gebieden, zoals vrijwilligerswerk en het volgen van een opleiding of cursus, zijn er gemiddeld genomen geen veranderingen.

## 5.2 Feitelijke zorgsituatie

### 5.2.1 GGZ / verslavingszorg

Het percentage panelleden dat in beeld van GGZ zorg is of was het afgelopen jaar, is met enige procentpunten gedaald over de monitorperiode (van 88 naar 83%; alle vormen meegerekend zoals POH-GGZ, herstelacademies).

Het percentage panelleden dat naar een instelling komt voor behandeling is afgenomen; in 2015 ging het nog om 52% van de leden, in 2019 is dat gedaald naar 41%. Het aantal leden dat behandeling aan huis krijgt is daarentegen iets toegenomen; in 2015 gebeurde dit bij 18% van de panelleden, in 2019 was dit opgelopen naar ongeveer een kwart (24%).

Het contact met zorg vanuit diverse specifieke GGZ-voorzieningen, zoals FACT, andere ambulante teams zoals VIP, en RIBW is noch afgenomen noch toegenomen.

Het contact (zowel in afgelopen 12 maanden als momenteel) met aanbod als POH-GGZ, en ondersteuning vanuit cliëntinitiatieven zoals herstelacademies, is toegenomen in de vijf jaar monitorperiode. Hetzelfde geldt voor het aantal leden dat contact had met het sociaal wijkteam.

Gebruik van crisiszorg nam bij panelleden af (met 7 procentpunten van 21% in 2015 naar 14% in 2019). De significante daling vond in het eerste volgjaar plaats, van 2015

op 2016. Sinds 2016 is het percentage panelleden dat gebruik maakte van een crisisvoorziening wel verder afgenomen, maar niet significant.

Plussen en minnen bij elkaar nemend, lijkt het contact met GGZ, alles meegerekend, licht afgenomen, en is een kleine verschuiving waarneembaar van contact met de 'GGZ-instelling waar men als cliënt naar toe gaat' naar contact met meer laagdrempelige 'nuldelijnszorg' van POH-GGZ, en herstelgerichte initiatieven en het wijkgerichte aanbod (sociaal wijkteam).

### 5.2.2 Overige zorg en ondersteuning

Het bezoek aan en gebruik van een DAC is gedurende de periode 2015-2019 ook afgenomen, althans waar het gaat om contact in de afgelopen 12 maanden. Opvallende toenames in contact zijn met name te vinden op het gebied van arbeid: het UWV en vrijwilligersorganisaties.

Voor de overige 19 uitgevraagde instanties[5] werden geen verschillen gevonden. Al met al zijn geen grote verschuivingen gevonden in de periode 2015-2019, zij het dat er een tendens is dat meer leden van meer laagdrempelige, meer generieke zorg gebruik zijn gaan maken, waar het aantal mensen dat contact heeft met een meer 'reguliere' GGZ-instelling, zoals geïntegreerde GGZ, wat afneemt. De meeste verschillen zijn overigens in de eerste jaren naar voren gekomen - de laatste jaren lijkt het contact met zorgaanbieders over de groep genomen stabiel.

Het aantal panelleden dat bekend is met het Wmo-loket is in de loop der jaren toegenomen, van 59% ten tijde van de eerste meting (peiling 9, 2016) tot 70% in peiling 16 (2019).

## 5.3 Ervaren leefsituatie

Wat betreft de ervaren leefsituatie is een klein verschil gevonden in de overall ervaren kwaliteit van leven. Het rapportcijfer voor de algemene kwaliteit van leven stijgt tussen de eerste en vijfde meting van 6,3 naar 6,4 en is statistisch gezien significant toegenomen, maar dat lijkt geen substantiële toename.
In de afgelopen 5 jaar is een significante stijging te zien in het percentage mensen dat (heel) tevreden is met het leven dat zij nu leiden (van 52% in 2015 naar 58% in 2019, met schommelingen in de jaren ertussen).

5 RIBW, ACT/FACT team, IHT team, PIT team, VIP team, Steunpunten GGZ (steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau), psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk, schuldhulpverleningsorganisatie, sociale werkvoorziening, re-integratiebureau, wijkverpleegkundige, MEE (ondersteuning bij leven met een beperking), gemeente: Dienst Werk en Inkomen, gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning, gemeente: overig, buurthuis, huisarts, coach met een eigen praktijk, homeopaat/haptonoom/acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze.

Wat ervaren inclusie (het gevoel mee te tellen) en ervaren eenzaamheid betreft is geen verschil te zien in de monitorperiode. Bij eenzaamheid laten noch de overall score, noch de scores op de dimensies (emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid) verschillen zien – noch op het oog, noch in statistische zin.
Ook het percentage mensen dat (sterke) eenzaamheid rapporteert is ongeveer hetzelfde gebleven en zeker niet afgenomen (dit varieert in de monitorperiode van 37% in 2015 tot 39% in 2019).

Op ervaren psychische gezondheid werd ook geen substantieel verschil gevonden in de monitorperiode. Er wordt bijvoorbeeld geen significant verschil gevonden als gerekend wordt met de 'cut-off' score die het CBS hanteert om groepen mensen te onderscheiden die relatief psychisch gezond zijn in vergelijking tot mensen bij wie de score op psychische klachten kan duiden. Het percentage mensen dat in de groep 'psychisch gezond' scoort, varieert van 33% tot 37%.

Ook voor de ervaren discriminatie geldt dat geen verschil gevonden is in de monitorperiode. Het percentage mensen die zich gediscrimineerd of achtergesteld voelden vanwege psychische klachten varieert van 27 tot 29%.

## 5.4 Ervaren zorgsituatie

Voor de meeste antwoorden op vragen over de ervaren zorgsituatie geldt eveneens dat vooral weinig verschillen gevonden worden in de loop van de vijf monitorjaren. Zo zijn panelleden niet wezenlijk anders gaan antwoorden op de vraag of men voldoende zorg krijgt (ja/nee) over het algemeen. (Percentage mensen die vinden dat ze voldoende zorg ontvangen varieert van 75 tot 79%) .

De rapportcijfers die aan diverse soorten GGZ of GGZ gerelateerde zorg en ondersteuning worden gegeven veranderen niet sterk door de jaren. De meeste cijfers variëren tussen 6,8 en 7,2. Voor RIBW, cliënt-initiatieven, POH-GGZ, en vrijgevestigde professionals zien we lichte trends in die zin dat het rapportcijfer licht stijgt, met 0,2 of 0,3 punt op een schaal van 1-10.

Tot slot: de match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg[6] is voor 13 aspecten of leefgebieden uitgezocht. Op vijf leefgebieden zijn kleine veranderingen, duidend op een betere match, te zien in de monitorperiode (van 4 tot 7 procentpunten). Voor zowel "sociale contacten", "financiële situatie", "persoonlijke verzorging", "seksualiteit en intimiteit" en "geschikte huisvesting (helpen vinden)" wordt een stijging gevonden van het percentage panelleden met een match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg. Het

6 Waarbij samengenomen: (geen behoefte, zorg/ondersteuning door professional, zorg/ondersteuning voor iemand uit het eigen netwerk, zorg/ondersteuning door zowel professionals als iemand uit het eigen netwerk).

percentage panelleden dat een match tussen zorgbehoeften en -aanbod op het terrein van sociale contacten meldt, is bijvoorbeeld toegenomen van 51 naar 57%. Na correctie voor het grote aantal toetsen blijven drie van deze vijf trends significant (financiële situatie, persoonlijke verzorging en seksualiteit & intimiteit).
Op de acht andere gebieden was er geen toe- of afname (dagelijkse bezigheden zoals werk; psychische gezondheid; lichamelijke gezondheid, krijgen van de juiste hulpverlening; alcohol - druggebruik; huishouden; persoonlijk herstel; en omgaan met medicatie).

# 6 Verantwoording

Tussen mei en augustus 2019 vond peiling 16, oftewel de vijfde basismeting voor de Landelijke monitor ambulantisering plaats onder de leden van het panel Psychisch Gezien. De volgende thema's werden aan de panelleden voorgelegd:

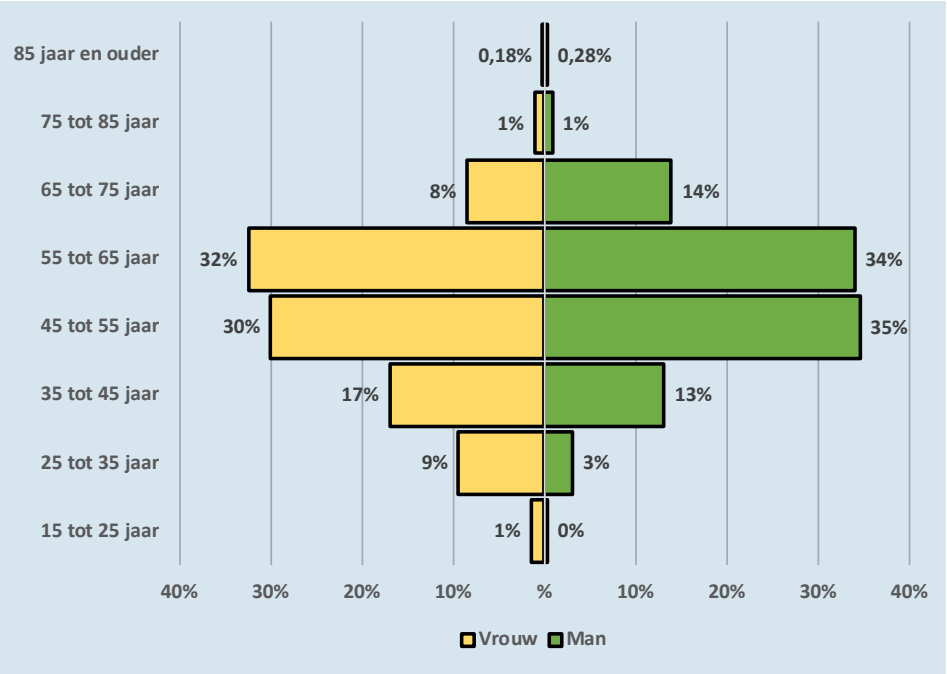
- Leefsituatie
  1. Hoe ziet uw leefsituatie eruit?
  2. Wat vindt u van uw leefsituatie?

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

De peiling is in 2019 uitgezet onder 1.579 panelleden, waarvan er 925 de vragen hebben beantwoord (59% respons)[7]. Bijna twee derde (61%) van de deelnemers is vrouw. Het aandeel autochtone panelleden is 86%. De leden zijn gemiddeld 51 jaar oud (met een spreiding van 19 t/m 95 jaar). In figuur 6.1 is de leeftijdsopbouw voor zowel mannen als vrouwen te zien. Mannen zijn relatief vaak te vinden in de leeftijdsklasse "65 tot 75 jaar", terwijl dit voor vrouwen geldt in de klasse "25 tot 35 jaar" en (in iets mindere mate) de klasse "35 tot 45 jaar".

7 Dit is het aantal panelleden dat ten minste 80% de vragenlijst heeft ingevuld en geretourneerd. De respons per item van de vragenlijst kan lager uitvallen, aangezien het voorkomt dat niet iedereen alle vragen in de lijst daadwerkelijk beantwoordt.

**Figuur 6.1 Verdeling over leeftijdsklassen voor mannen en vrouwen**




In tabel 6.1 is te zien hoe groot de deelnamebereidheid van de panelleden is geweest over de afgelopen vijf jaar: vier op de tien leden heeft aan alle peilingen meegedaan.

**Tabel 6.1 Aantal LMA-peilingen en deelname van panelleden (n=1.693)**

| Deelname aan: | n (%) |
|---|---|
| 0 peilingen | 152 (9) |
| 1 peiling | 133 (8) |
| 2 peilingen | 238 (14) |
| 3 peilingen | 239 (14) |
| 4 peilingen | 322 (19) |
| 5 peilingen | 609 (36) |

Uit de non-responsanalyses[8] op enkele kernvariabelen blijkt dat de mentale gezondheid (ten tijde van aanmelding bij het panel; gemeten met de MHI-5 [9]) van de groep non-responders significant lager is dan die van de mensen die wel deelnamen (respectievelijk 48,7 en 51,7; bij een schaalscore van 1-100).

De analyses naar de verschillen over de verschillende peilingen (verschillen in de tijd) zijn gedaan met: Cochran's Q test (dichotome uitkomstvariabelen) en Mixed Models (continue uitkomstvariabelen). Voor alle analyses is gewerkt met een toetsdrempel ($\alpha$) van 0,05. In de Mixed Models analyses is gecontroleerd voor sekse, etniciteit en leeftijd. In de gevallen waar de Cochran's Q test een significant toetsresultaat opleverde is een post-hoc analyse gedaan door alle mogelijke paren met elkaar te vergelijken middels McNemar toetsen. De mogelijk te vergelijken paren per item:

| 5 beschikbare meetmomenten*, ** | 4 beschikbare meetmomenten*, ** |
|---|---|
| Peiling 7 vs. Peiling 9 | Peiling 9 vs. Peiling 12 |
| Peiling 7 vs. Peiling 12 | Peiling 9 vs. Peiling 14 |
| Peiling 7 vs. Peiling 14 | Peiling 9 vs. Peiling 16 |
| Peiling 7 vs. Peiling 16 | Peiling 12 vs. Peiling 14 |
| Peiling 9 vs. Peiling 12 | Peiling 12 vs. Peiling 16 |
| Peiling 9 vs. Peiling 14 | Peiling 14 vs. Peiling 16 |
| Peiling 9 vs. Peiling 16 | |
| Peiling 12 vs. Peiling 14 | |
| Peiling 12 vs. Peiling 16 | |
| Peiling 14 vs. Peiling 16 | |

* *Niet alle variabelen zijn vanaf het eerste meetmoment in de monitor meegenomen, maar pas vanaf de tweede meting (peiling 9).*

** *Peiling 7: 2015, Peiling 9: 2016, Peiling 12: 2017, Peiling 14: 2018.*

Om te corrigeren voor mogelijke kanskapitalisatie (als voor veel variabelen getoetst wordt, is er automatisch een kans dat één of meer van die toetsen significant zijn) bij de McNemar toetsen is gebruik gemaakt van de Holm-Bonferroni procedure (Holm, 1979).

8 Het vergelijken van de groepen "deelname 2019 (respons)" en "geen deelname 2019 (non-respons)".

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

# DEELONDERZOEK 4

## Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ


1 Inleiding 169

2 Opzet van de studie 171

3 Stigmatisering in de GGZ 173

4 Cliënten over stigmatisering in de GGZ 187

5 Hulpverleners over stigmatisering in de GGZ 193

6 Samenvatting en conclusies 203

Bijlage 1 Geïnterviewde experts 209

*Auteurs*

Nicole van Erp
Aafje Knispel
Harry Michon
Aniek de Lange
Jenny Boumans
Lex Hulsbosch

# 1 Inleiding

De langdurige GGZ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is gewikkeld in een ambulantiseringsproces. Dat is een proces waarbij intramurale zorg plaats inruimt voor betere, meer in de samenleving ingebedde ambulante zorg. Het uiteindelijke doel is dat het proces zodanig vorm krijgt dat de (ervaren) kwaliteit van leven van genoemde mensen stijgt en hun sociale inclusie groeit.

Met de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming in de GGZ (LMA) volgen we dat proces sinds 2015. Hoewel de monitor nodige ontwikkelingen zichtbaar heeft gemaakt, zijn de uiteindelijke doelen (verbetering van kwaliteit van leven, sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen) nog niet zichtbaar dichterbij gekomen. Om erachter te komen hoe het proces verloopt, voeren we ieder jaar een 'contextmonitor' uit waarin we verdieping zoeken en inzoomen op een specifiek thema. Voor de LMA van 2019 focussen wij op verzoek van het ministerie van VWS op het thema stigmatisering in de GGZ en zoomen daarbij vooral in op de rol van hulpverleners.

Stigmatisering en vooroordelen staan misschien wel in het hart van de moeilijkheden rond sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen. Het panel Psychisch Gezien laat in elk geval jaar op jaar zien dat vele mensen uit de doelgroep zich gestigmatiseerd voelen (Place e.a., 2015; Kroon e.a., 2018). Maar ook uit andere, nationale en internationale bronnen wordt duidelijk dat stigma een belangrijk inclusie belemmerend fenomeen is (Corrigan e.a., 2009; Thornicroft et al, 2009).

Ook binnen de GGZ is stigmatisering een belangrijk thema, waarbij hulpverleners zowel een stigmatiserende als een destigmatiserende rol kunnen vervullen. Zij zijn daarmee zowel 'subject' als 'agent' inzake stigma. En eigenlijk zijn ze ook nog 'object' van stigma, omdat ook zij gestigmatiseerd kunnen worden door anderen vanwege de mensen met wie zij werken. Er is dan als het ware sprake van 'stigma by association' bij hulpverleners.

In hoeverre stigmatisering door hulpverleners voorkomt is niet eenvoudig te meten. Mensen met psychische aandoeningen zelf geven aan dat dit regelmatig voorkomt. Zo gaf bijna een kwart van de leden van het panel Psychisch Gezien in 2015 aan dat zij zich gediscrimineerd voelden binnen de GGZ (Place e.a. 2015). Ook uit internationaal onderzoek komt naar voren dat mensen met psychische aandoeningen zich (ook) binnen de GGZ gediscrimineerd voelen (Schulze 2007).

Daarom is in deze contextmonitor gekozen voor een gevarieerd palet aan dataverzameling om zicht te krijgen op stigmatisering binnen de GGZ. Zo is de literatuur rond dit onderwerp verkend, zijn gesprekken gevoerd met experts, zijn (digitale) peilingen

uitgevoerd onder hulpverleners en cliënten (panel Psychisch Gezien), en zijn focusgroepen met cliënten en moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners gehouden. Op deze manier is getracht een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van dit complexe onderwerp.

## Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de opzet van de studie kort toegelicht. Hoofdstuk 2 belicht het thema stigmatisering in de GGZ vanuit wetenschappelijk, professioneel en cliëntenperspectief. Voor het wetenschappelijk perspectief is een literatuurstudie uitgevoerd, voor het professioneel en cliëntenperspectief is gebruik gemaakt van interviews met experts, moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners en focusgroepen met cliënten. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van een peiling onder cliënten (panel Psychisch Gezien) beschreven en in hoofdstuk 4 de uitkomsten van een digitale enquête onder hulpverleners. In deel 5 ten slotte worden de conclusies van deze deelstudie op een rij gezet.

# 2 Opzet van de studie

## 2.1 Vraagstellingen

De contextmonitor van de Landelijke Monitor Ambulantisering 2019 richt zich op stigmatisering door hulpverleners in de GGZ (inclusief verslavingszorg), als medeverklarende factor in het achterwege blijven van substantiële verbeteringen in maatschappelijk herstel, met name in participatie in werk en de samenleving. Dit deelonderzoek is gericht op het beantwoorden van de volgende vragen:

1. Wat is stigmatisering door hulpverleners? Op welke manier uit zich dergelijke stigmatisering?
2. Welke ervaringen hebben hulpverleners en cliënten met dergelijke stigmatisering?
3. Hoe gaan hulpverleners om met eventuele waargenomen eigen stigmatisering of die van collega-hulpverleners? Hoe denken zij over concrete aanpakken om stigmatisering te verminderen?
4. Welke lessen zijn te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

## 2.2 Onderzoeksmethoden

De volgende onderzoeksmethoden zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden:

a) *Literatuuronderzoek* (vraag 1 & 2): in Pubmed (Medline) en PsycInfo is gezocht naar literatuur over:

- De uitingsvormen van stigmatisering vanuit de GGZ (wat is het);
- Het vóórkomen van stigmatisering vanuit de GGZ (hoe vaak komt het voor);
- Wat zijn effectieve/werkzame aanpakken ('interventies') om stigmatisering vanuit de GGZ te bespreken en te verminderen.

Daarnaast is in beperkte mate gezocht in de 'grijze literatuur'. Basisdocumenten hiervoor waren het Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen (Van Weeghel e.a., 2016) en de Generieke module destigmatisering (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ/Akwa, 2017).

b) *Interviews met experts* (vraag 2, 3 & 4): in totaal zijn zeven interviews afgenomen met tien experts (zie bijlage 1).

c) *Focusgroepen met mensen met een psychische aandoening* (vraag 2 & 3): er zijn twee bijeenkomsten gehouden met in totaal vijf mensen met een psychische aandoening. De deelnemers zijn geworven onder leden van het panel Psychisch Gezien en cliënten van instellingen die participeerden in het deelonderzoek. De panelleden en cliënten zijn bevraagd op hun ervaringen met stigmatisering door hulpverleners binnen en buiten de GGZ, de gevolgen hiervan voor hun sociaal en maatschappelijk functioneren, en wat volgens hen kan worden gedaan om stigmatisering binnen de GGZ te verminderen.

d) *Moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners* (vraag 2 & 3): er zijn twee bijeenkomsten gehouden met in totaal 18 hulpverleners uit ambulante GGZ-teams. Hierbij waren verschillende disciplines vertegenwoordigd, zoals psychiater, psycholoog, casemanager, rehabilitatiewerker en ervaringsdeskundige. Tijdens de bijeenkomsten is aan de hand van een (door een deelnemer ingebrachte) casus een aantal morele dilemma's uitgediept. Een externe deskundige van VU Metamedica heeft de bijeenkomsten begeleid.

e) *Digitale peiling bij mensen met een psychische aandoening* (vraag 2): De peiling is in september gehouden onder 1.123 leden van het panel Psychisch Gezien. Het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek in Nederland. Van de 1.123 aangeschreven mensen, hebben er in totaal 628 de vragenlijst ingevuld (56% respons).

f) *Digitale enquête onder hulpverleners* (vraag 3,4): Deze enquête is in september via een open procedure uitgezet onder hulpverleners in verschillende settings van GGZ en verslavingszorg (ambulant, klinisch, beschermd wonen en vrijgevestigden). Voor de verspreiding is gebruik gemaakt van de volgende kanalen: Trimbos-instituut, Verslavingskunde Nederland, Kennisconsortium Destigmatisering, FACT Nederland, Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk zonder Stigma en beroepsorganisaties. In totaal hebben 471 hulpverleners de enquête ingevuld.

# 3 Stigmatisering in de GGZ

Dit hoofdstuk belicht het thema stigmatisering in de GGZ vanuit wetenschappelijk, professioneel en cliëntenperspectief. Hiervoor is gebruik gemaakt van de resultaten van een literatuurstudie, aangevuld met de uitkomsten van interviews met experts, moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners en focusgroepen met cliënten.

## 3.1 Uitingsvormen van stigmatisering in de GGZ: wat is het?

Voordat we ingaan op wat stigmatisering in de GGZ is, besteden we eerst aandacht aan het begrip stigmatisering, in de volle breedte. Van 't Veer e.a. (2016) geven in het Handboek Destigmatisering een overzicht van verschillende definities van stigma en stigmatisering. Goffman wordt genoemd als één van de grondleggers van de sociaal wetenschappelijke theorie over stigma. Hij beschreef stigma als een kenmerk op basis waarvan een persoon geclassificeerd wordt als onwenselijk, met in de ogen van de gemeenschap een lage status. Er worden ongewenste stereotypen aan de persoon gekoppeld. De kenmerken die stigma oproepen kunnen fysiek zijn, verbonden zijn aan de lidmaatschap van een groep (ras, religie) of aan gedrag.

Van 't Veer e.a. (2016) beschrijven dat Link en Phelan (2001) de omschrijving van Goffman hebben uitgebreid; volgens Link en Phelan is er sprake van stigma als er vier aan elkaar gerelateerde factoren in het spel zijn:

1. Een persoon moet eigenschappen hebben die als afwijkend worden gekenmerkt. En dan gaat het om afwijkingen die in sociaal opzicht relevant zijn.
2. Er moet een breed gedragen opvatting bestaan dat deze eigenschap negatief en onwenselijk is. Bij psychische problematiek gaat het dan bijvoorbeeld om associatie met eigenschappen als agressief, onberekenbaar, afhankelijk en gebrek aan capaciteiten.
3. Er wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen de gelabelde, gecategoriseerde groep en de wij-groep. De identiteit van de groep wordt bepaald door het opgeplakte label.
4. De gelabelde groep ervaart de negatieve gevolgen in termen van discriminatie en statusverlies. Volgens Link en Phelan is er pas met het ervaren van negatieve gevolgen sprake van stigmatisering. De machtsrelatie is van belang, waarbij de partij met meer macht de andere groep een zwakkere status oplegt. De zwakkere partij kan ook negatieve opvattingen hebben over de sterkere partij maar de sterkere partij zal zich hier niet wezenlijk door gemarginaliseerd voelen.

Stigmatisering uit zich zoals hierboven beschreven in discriminatie en handelingen die leiden tot statusverlies. Het gaat om sociale uitsluiting, het negeren van mensen en het

op andere manieren benadelen van mensen omwille van hun psychische problemen. Stigma manifesteert zich daarbij op verschillende niveaus, zoals in de samenleving (publiek stigma en structureel stigma) en op individueel niveau bij de gestigmatiseerde (zelfstigma, label avoidance). Stigma kan ook weerslag hebben op de sociale omgeving van de gestigmatiseerde persoon (associatief stigma) (Van Weeghel e.a., 2016).

Het proces van stigmatisering wordt door Van 't Veer e.a. (2016) zowel beschreven vanuit sociologisch als psychologisch perspectief. Vanuit *sociologisch perspectief* wordt stigma opgevat als het resultaat van culturele regels die aangeven wat normaal en abnormaal is in de samenleving. Sociologische theorieën zijn vooral gericht op het sociaal-maatschappelijke niveau waarop het proces van stigmatisering zich afspeelt. Vanuit *psychologisch perspectief* wordt stigma verklaard vanuit cognitieve, affectieve en gedragsmatige factoren. Psychologische modellen zijn gericht op het onderliggende individuele proces van stigmatisering. Met daarbij een belangrijke rol voor informatieverwerkingsprocessen en cognities, stereotiepe denkbeelden over de doelgroep die zich verbreden naar vooroordelen, emotioneel geladen ideeën, discriminerend gedrag en uitsluiting van de doelgroep.

Als we beide benaderingen verbinden, dan spelen de volgende processen een rol bij stigmatisering van mensen met een psychische kwetsbaarheid:

- *Maatschappelijke normen:* Totstandkoming van maatschappelijke opvattingen over wat normaal is en wat afwijkend is, wat wenselijk en onwenselijk is. Van 't Veer e.a. (2016) hebben het hierbij over het sociaal culturele proces waardoor kenmerken wel of geen negatieve betekenis krijgen. Wordt iets gezien als een karaktertrek of gelabeld als een psychische stoornis?
- *Categoriseren in groepen:* Hier gaat het om het cognitieve proces van sociale categorisering, met denken in termen van 'wij' en 'zij' (out-grouping). Met daarbij vaak aandacht voor sociaal negatieve eigenschappen, gebaseerd op de theorie dat mensen tot op zekere hoogte ontvankelijk zijn om alert te zijn op afwijkingen.
- *Relatie cognities, emoties en gedrag:* Bij stigmatisering spelen specifieke cognities over mensen met psychische problematiek een rol, gecategoriseerd naar waargenomen ernst, persoonlijke controle en waargenomen gevaarlijkheid. De mate en combinatie van deze cognities (al dan niet met stereotype beelden) hangen samen met drie typen emoties: angst, medelijden en boosheid. Deze cognities zijn gerelateerd aan de mate van stigmatiserend gedrag (sociale afwijzing en discriminatie).
- *Interactie:* Proces van in contact komen en zijn met mensen met een psychische kwetsbaarheid waarbij meer contact gepaard zou gaan met minder overgeneralisatie (Van 't Veer, Sercu en van Weeghel).

## 3.2 Stigmatisering door hulpverleners

### 3.2.1 Het vóórkomen van stigmatisering in de hulpverlening

Castelein e.a. (2016) geven een literatuuroverzicht van stigmatisering in de hulpverlening waarbij ook onderzoeken naar stigmatisering in de GGZ zijn gebruikt. Zij refereren onder andere aan de review van Schulze (2007) over de (ingewikkelde) relatie tussen stigma en hulpverleners in de GGZ, waar uit blijkt dat ongeveer een kwart van de stigma-ervaringen van cliënten gelinkt is aan stigma-ervaringen met hulpverleners in de GGZ. Nederlandse bevindingen van het panel Psychisch Gezien laten zien dat bijna een kwart van de cliënten (23%) aangeeft dat zij zich gediscrimineerd voelen binnen de GGZ (Place e.a. 2015).

Wat betreft stigmatiserende attitudes ten opzichte van mensen met psychische problematiek verschillen GGZ-hulpverleners niet perse van de algemene bevolking, zo blijkt uit een internationale narratieve review van Schulze (2007). Van de 22 studies die onderdeel waren van deze review, wezen negen studies uit dat er geen verschil is tussen de attitudes van GGZ-hulpverleners en die van de algemene populatie ten opzichte van mensen met psychische problematiek. In zes studies waren de professionals positiever en in zeven negatiever. In de studies die uitkwamen op negatievere attituden van GGZ-hulpverleners ging dit vooral over meer focus op beperkingen (dan op rehabilitatie) en meer bereidheid tot het inzetten van dwangmaatregelen. Maar over het totaal van de studies bleken er geen noemenswaardige verschillen te zijn tussen de attitudes van GGZ-hulpverleners en die van de algemene populatie. Ook in recent onderzoek van Holder e.a. (2019) komt aan de orde dat stigma bij professionals in de gezondheidszorg zich op (grotendeels) dezelfde wijze ontwikkelt als binnen de algemene bevolking. Uit Zweeds onderzoek van Hansson e.a. (2013) blijkt dat zowel hulpverleners als cliënten in meerderheid overwegend negatief oordelen over mensen met psychische aandoeningen. Binnen de onderzochte groep hulpverleners bestaan enkele verschillen. Zo hebben jongere hulpverleners meer vooroordelen dan oudere en zijn de attitudes van hulpverleners in de intramurale setting negatiever dan in de ambulante zorg.

In Nederland zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar stigmatiserende attitudes onder gezondheidszorgprofessionals, waaronder GGZ-professionals, over mensen met psychische problematiek. Het onderzoek van Gras e.a. (2014) vond plaats onder huisartsen, professionals uit de forensische psychiatrie en professionals uit de GGZ, met als doel stigmatiserende attituden ten opzichte van mensen met psychische problematiek van verschillende typen professionals met elkaar te vergelijken. In totaal namen 175 professionals deel. De drie groepen professionals verschilden statistisch significant van elkaar, met de hoogste score bij huisartsen (meer stigmatiserende attitudes), gevolgd door de forensische professionals en daarna professionals van de GGZ (met van de drie groepen dus de minst stigmatiserende attitudes). Eigen ervaringen met psychische problematiek of bekend zijn met familieleden met psychische problematiek ging niet samen met een andere mate van stigmatisering.

Het onderzoek van Van Boekel (2015) is gericht op verschillen tussen huisartsen, professionals in de GGZ en professionals in de verslavingszorg wat betreft hun houding ten opzichte van het werken met mensen met een verslaving. Haar onderzoek laat zien dat huisartsen en zorgverleners in de GGZ, vergeleken met verslavingszorgwerkers, meer moeite hadden met het werken met mensen met een verslaving, vanwege ideeën over gebrek aan therapietrouw en ook over geweld en manipulatie. Opvallend was dat verslavingszorgspecialisten minder verantwoordelijkheid voor de problematiek toeschreven aan cliënten.

Afgaande op deze twee Nederlandse onderzoeken komen stigmatiserende attituden bij GGZ-hulpverleners voor, al wijst het onderzoek van Gras e.a. (2014) uit dat de algemene attitude van GGZ-hulpverleners positief is. Voor zover er negatieve attituden zijn, gaan deze vooral over het zelf delen van ervaringen en over de opvatting de maatschappij te moeten beschermen. Vergelijking met de attitude binnen de algemene bevolking werd in deze twee Nederlandse studies niet gemaakt.

### 3.2.2 Aspecten en processen bij stigmatisering door hulpverleners

Castelein, Slooff, van Boekel en Lohuis (2016) beschrijven een aantal specifieke aspecten bij stigmatisering door hulpverleners. Dit zijn:

- *Clinicians bias:* Hulpverleners zien mensen in tijden van crisis en zorgelijke momenten. Dat is een mogelijke verklaring voor negatieve attituden.
- *Diagnostic overshadowing:* Fysieke problemen en andere typen problemen worden overschaduwd door de psychische aandoening en krijgen daardoor minder aandacht of worden over het hoofd gezien.
- *Iatrogeen stigma:* Stigma door het onnodig of onjuist hanteren van een diagnostisch label.
- *Kennis:* Het ontbreekt zorgverleners dikwijls aan kennis over psychische problematiek en herstel, omdat hier in de opleiding weinig aandacht voor was.
- *Stress:* Zorgverleners ervaren de zorg voor mensen met psychische problematiek als stressvol, met gevoelens van frustratie en onmacht. Dit kan van invloed zijn op attituden ten opzichte van mensen met psychische problematiek.

De processen die zij beschrijven, zijn processen die zich afspelen bij hulpverleners in het algemeen. Onderzoek over de mate waarin deze processen specifiek spelen bij GGZ-professionals ontbreekt grotendeels nog.

Recente onderzoeken geven aanvullende inzichten in de processen die bij stigmatisering door hulpverleners spelen. Zo wordt in een review over stigma bij borderline persoonlijkheidsstoornis aandacht besteed aan de *waargenomen onbehandelb*aarheid en het gevoel van machteloosheid bij hulpverleners omdat behandelingen nauwelijks effect hebben. Deze opvattingen en gevoelens zouden stigma in de hand werken. Dit kan betekenen dat stigma door hulpverleners het effect heeft van een self fulfilling prophecy (door stigma, ingegeven vanuit professionele machteloosheid, weinig moge-

lijkheden tot herstel zien, dit uitdragen naar de cliënt die door (zelf)stigma dan gevoel van empowerment verliest). En het lijkt ook een cirkel te zijn: negatieve verwachtingen en waargenomen onbehandelbaarheid uiten aan cliënten is een vorm van stigma en tegelijkertijd een attitude die samenhangt met (nog meer) stigma door de hulpverlener (Ring en Lawn, 2019).

Het verband tussen gevoelens van machteloosheid en frustratie en stigmatisering kwam ook aan de orde tijdens de moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners. Hulpverleners erkennen dat frustratie soms een rol speelt in de beoordeling van een situatie:

*'Ik doe X te kort met mijn frustratie'. Je wil mensen zo goed mogelijk helpen, maar je kijkt ook naar hoeveel collega's je hebt, hoeveel tijd er is. Je maakt allemaal afwegingen, keuzes. We willen mensen zo goed mogelijk helpen, maar wat is nou juist. Of draaien we in rondjes. Het is moeilijk om het goed te doen. Wat is de link met stigma? Het gaat om complexe mensen, waar veel mee aan de hand is. Waar we dan niet goed uitkomen. Dan ga je denken, het is die vervelende X en je gaat het dan bij die persoon neerleggen. Maar die kan er niets aan doen'.*

Waargenomen onbehandelbaarheid, waargenomen verantwoordelijkheid en angst lijken allemaal een rol te spelen bij stigma, maar lijken verschillende en soms tegengestelde relaties met stigmatisering te hebben. Dit geeft ook meteen de complexiteit aan van de processen die samengaan met stigmatisering. Dat dit voor hulpverleners een worsteling is blijkt uit onderstaand fragment uit een moreel beraad bijeenkomst:

*'Het gaat er ook om waar je je eer uit haalt, in je werk. Vanuit een idee van kijk mij eens mooi hulpverlenen. Als het dan niet lukt, dat je dan toch negatiever over iemand gaat denken. Toch iets als lastpak, wat ik helemaal niet wil. En dan ook weer geïrriteerd raken over dat gevoel van irritatie. Denken over iemand als lastpak. Ik vind dat slecht van mezelf. Dat wordt dan bewust onderling niet besproken, deze gedachten en gevoelens, want dan stigmatiseren we nog meer'.*

Ook vinden hulpverleners het soms lastig om te bepalen waar precies de grens ligt tussen handelen op basis van vooroordelen en op basis van professionele inschattingen (op grond van eerdere ervaringen met andere cliënten).

*‘Zo gaat dat. Dat is wel mijn stigma van iemand met een borderline stoornis. Ik heb een beeld gemaakt van wat er gebeurd zou zijn. In mijn gedachten zat X wel op de bank. X had ook bebloed aangetroffen kunnen worden. Is dat stigma of is het misschien iets anders? Het is misschien wel iets anders, het is een ingewikkelde vraag. Bij borderline speelt het stigma van aandacht vragen. En het is ook je professionele kennis. Je weet dat het zo kan zijn. Je maakt een professionele inschatting. Als je de situatie inschat dan doe je dat ook op basis van eerdere ervaringen. Je vult veel in. Waar ligt de grens tussen stigma en professionele kennis en inschatting?’*

Nog complexer wordt het als een cliënt al eerder een keer een grens is over gegaan. Is het dan een vooroordeel of een reële risicotaxatie om ervan uit te gaan dat dit een volgende keer weer kan gebeuren.

*‘Dan veronderstel je al snel dat als iemand een keer een grens over gaat, dat die dan in staat is om nog meer grenzen over te gaan. Dit is een oordeel, omdat je niet weet of dit ook zo is. Stigmatisering is complex. Het heeft niet alleen te maken met (voor)oordelen, maar ook met iemand buitensluiten. In dit geval is de cliënt uitgesloten: er is over hem gepraat, zonder dat er met hem is gepraat. Negatieve gevoelens ten opzichte van de cliënt zijn hierbij bepalend geweest voor het gedrag. Maar ook als je het gedrag van de cliënt afkeurt, heeft hij nog het recht om zijn stem te laten horen en om gesprekspartner te blijven’.*

De neiging tot *out-grouping* (denken in termen van wij en zij) krijgt in de literatuur ook steeds meer aandacht, als proces dat stigmatisering door hulpverleners versterkt. In recent onderzoek van Wang et al. (2018) wordt benadrukt dat zelfstigma en verlies van empowerment (disempowerment) van cliënten worden vergroot als gevolg van stigmatisering door hulpverleners waarbij het creëren van sociale afstand volgens deze onderzoekers een belangrijke rol speelt. Helmus e.a. (2019) gaan in hun onderzoek bij medewerkers van FACT-teams verder door op het concept out-grouping en het maken van onderscheid tussen ‘wij’ (de professionals) en ‘zij’ (de cliënten). Zij koppelen hieraan dat het maken van onderscheid tussen mensen met en mensen zonder psychische problemen arbitrair is omdat psychische problemen in de hele bevolking voorkomen en door de tijd heen verschillen en daarom beter gezien kunnen worden als een continuüm. Hulpverleners die vanuit deze continuüm opvatting handelen (symptomen zien als een ernstige variant van wat normaal is en dat de intensiteit van problemen door de tijd heen kan variëren), stigmatiseren volgens de onderzoeken die Helmus e.a. aanhalen minder omdat ze minder ‘out-groupen’ en daardoor minder stigmatiserende attituden en gedrag vertonen.

### 3.2.3 Uitingsvormen

Castelein, Slooff, van Boekel en Lohuis (2016) noemen verschillende wijzen waarop stigmatisering in de hulpverlening zich laat zien:

- Te snel en/of te gemakkelijk een negatieve prognose geven en te weinig aandacht hebben voor het herstelproces.
- In het taalgebruik mensen reduceren tot een medische diagnose ('die schizofrenen'); het onnodig of onzorgvuldig hanteren van een label.
- Vormen van bejegening, inclusief (ervaren) onbegrip en respectloze behandeling.
- Fysieke klachten niet serieus (genoeg) nemen omdat alle klachten worden toegeschreven aan de psychische problematiek.

In de focusgroepen met mensen met een psychische aandoening kwamen concrete situaties aan de orde waarbij lichamelijke klachten niet serieus werden genomen omdat ze werden toegeschreven aan hun psychische gesteldheid.

*'Ik ontwikkelde een trombose, ik kreeg pijn en een opgezwollen been. Toen zei de psychiater ja, vocht aanhouden, dat heb ik ook af en toe. Ik zei ja maar ik vertrouw het niet. Nou dat gaat wel weer over. Op een gegeven moment vertrouwde ik het echt niet, ik zeg: ik wil een onderzoek. Er werd onderzoek gedaan, alle alarmbellen gingen af.'*

Charles en Bentley (2018) hebben bij de ontwikkeling van een vragenlijst verschillende categorieën van stigma-ervaringen van cliënten en familieleden gebruikt. Zij baseren zich hierbij op het experience-based model dat Charles ontwikkelde (2013) op basis van een etnografische studie van geschreven ervaringen van cliënten en familieleden. Dit model omvat de volgende vijf thema's:

1. *Schuld en schaamte:* gaat over de ervaringen van cliënten en familieleden dat de hulpverlener hen de schuld geeft voor de problemen en het uitblijven van behandelresultaten en hen het gevoel geeft minder te zijn dan andere mensen vanwege de psychische problematiek.
2. *Desinteresse en ergernis:* duidt op ervaringen van betrokkenen dat de hulpverlener weinig oprechte interesse heeft en geïrriteerd reageert op hulpvragen en vragen om informatie.
3. *Ontmenselijking:* verwijst naar ervaringen behandeld te worden als iemand met een lagere sociale status en dat hulpverleners geen oog te hebben voor persoonlijke kwaliteiten en persoonlijkheid.
4. *Slechte prognose/afhankelijk maken van behandeling:* gaat om ervaringen dat hulpverleners werken vanuit de attitude dat er weinig herstelmogelijkheden zijn en de continue afhankelijkheid van hulpverlening en medicatie stimuleren.

5. *Dwang/gebrek aan 'echte' keuzes:* de ervaringen van cliënten en familieleden met de invloed die hulpverleners uitoefenen op de keuzes van cliënten en het niet daadwerkelijk beschikken over mogelijkheden die andere mensen wel hebben, bijvoorbeeld met betrekking tot zelfstandig wonen.

Het gebrek aan echte keuzes kan worden geïllustreerd door een voorbeeld uit een van de focusgroepen met mensen met een psychische aandoening. Hierin gaf iemand aan dat er weinig overleg mogelijk was over de medicatie:

*'En ze dwingen je ook tot lithium, want ik wilde dat niet, ik wilde helemaal geen medicatie. Toen zeiden ze heel nuchter u krijgt een week de tijd, als u dat niet wil dat respecteren we, maar dan moet u weg hier. Dan ga je afwegen bij jezelf en je wilt uit je depressie komen en ik had van anderen gehoord dat het wel helpt. Ik zei nou doe dat dan maar'.*

Deze categorieën sluiten deels aan bij de door Castelein e.a. (2016) genoemde uitingsvormen 'slechte prognose en bevorderen van afhankelijkheid' en 'desinteresse en irritaties'. De categorie 'ontmenselijking' kan gelinkt worden aan geen of nauwelijks oog hebben voor de kwaliteiten van mensen die een rol spelen in het herstelproces. Deels gaan de categorieën ook nog een stap verder zoals dat cliënten het gevoel krijgen van hulpverleners dat zij debet zijn aan het uitblijven van behandelresultaten en geen volledige keuzemogelijkheden hebben. Hierbij blijft het dan wel wat zoeken naar wat precies maakt dat de cliënt dit zo ervaart; zijn het dingen die de hulpverlener letterlijk zegt of zit het 'm ook in bejegening zoals Castelein e.a. al noemen? Het vertalen van de categorieën van Charles naar precieze uitingsvorming van stigmatisering is niet heel eenvoudig wat niet wegneemt dat de vijf categorieën verhelderend werken voor het begrijpen van de stigma-ervaringen van cliënten en familieleden.

De geïnterviewde experts wijzen er in dit verband op dat het zowel gaat om bewuste als onbewuste oordeelsvorming over cliënten, vaak subtiel en impliciet, waardoor de dialoog tussen hulpverleners en cliënten wordt belemmerd. De voorbeelden die zij noemen komen deels overeen met de categorieën uit de literatuur, namelijk:

- De cliënt niet als gelijkwaardig zien;
- De cliënt als incompetent zien / 'voor cliënten denken' / dingen 'invullen';
- Het bij voorbaat 'beter weten';
- Er vanuit gaan dat er geen gesprek met de cliënt te voeren valt;
- De cliënt niet meenemen in het proces;
- Betutteling, kleineren;
- De cliënt als gevaarlijk zien;
- Onderling over de cliënt spreken in termen van diagnose ('die borderliner');

- Behandelpessisisme/onderschatten van mogelijkheden: cliënten te vertellen dat ze 'niet hoog moeten mikken' en 'dingen nooit meer zullen kunnen'.

Hierbij gaat het niet alleen om woorden en handelingen, maar ook om intonatie en lichaamstaal.

## 3.3 Aanpak stigma binnen de GGZ

### 3.3.1 Aandachtspunten voor hulpverleners

In het Handboek destigmatisering (Van Weeghel e.a., 2016) worden volgende verbeterpunten voor de hulpverlener genoemd:

- Luister onbevooroordeeld. Sluit aan bij de beleving van de cliënt en ga niet duiden vanuit het medisch model.
- Wees je bewust van je eigen taalgebruik en (de impact van) communiceren over diagnoses.
- Voer diagnostiek uit naar zelfstigma en stigma in de omgeving.
- Probeer de betekenis en functie van gedrag te begrijpen om onbegrip tegen te gaan.
- Voer regelmatig een evaluatie van de diagnostiek uit en stel bij waar nodig.

Er worden ook aanbevelingen gedaan voor stigmabestrijding op het niveau van de hulpverlening en het niveau van zorginstellingen en opleidingen. Wat betreft het niveau van de zorgverlening wordt benadrukt dat de behandeling en begeleiding gericht dienen te zijn op het verbeteren van de (sociale) positie van cliënten waarbij empowerment en het versterken van eigenwaarde belangrijk zijn. Op het niveau van zorginstellingen en opleiding wordt benadrukt dat er expliciet aandacht besteed moet worden aan de gevolgen van stigmatisering, wat ook belangrijk is in een breder maatschappelijk kader om te komen tot een integrale benadering voor destigmatisering.

In de Generieke module destigmatisering (NKO/Akwa, 2017) worden verschillende actiepunten genoemd, die ook weer aansluiten bij de aanbevelingen van het Handboek:

- Realiseer je de stigmatiserende effecten van veel psychiatrische labels en gebruik deze niet buiten de context van het diagnosticeren.
- Besteed in het contact met de patiënt aandacht aan het behoud van en focus op rollen (en de dromen, wensen en doelen daarbij) als werknemer, partner, ouder et cetera.
- Bespreek attitudes en openheid in het team.
- Overweeg om ook open te zijn over eigen ervaringen met psychische ontwrichting, behandeling en herstel. Niet open kunnen of durven zijn is een voedingsbodem voor stigmatisering binnen de hulpverlening.
- Verwijs patiënten naar goede informatieve websites, zelfhulpgroepen, peer groups en herstelgroepen om zelfmanagement bij stigma te ondersteunen.
- Zet klachten en verschijnselen in een normaliserend kader. Bijvoorbeeld: psychotische verschijnselen komen regelmatig bij mensen voor, maar slechts een klein deel van de mensen heeft er veel last van.

- Creëer een vertrouwensband en zorg dat de behandeling aansluit op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de persoon.

In een focusgroep vertelt een cliënt over het belang van een menselijke benadering door de hulpverlener bij het creëren van een vertrouwensband:

'We hadden eigenlijk hele interessante therapeutische gesprekken over Ajax en andere dingen. Dat hielp bij mij goed, de vertrouwensband. Hij is helaas gestopt met roken dus ik zag hem daar niet meer. Dat gaf wel een band, je hebt samen iets: je rookt en je bent voor Ajax. Er moet een band zijn, hij was vrij direct, ik vond hem fantastisch, een goede SPV'er'.

Experts geven aan dat het vraagstuk rond stigmatisering in de GGZ geen eenvoudige is. Hulpverleners hebben in dit kader voortdurend te maken met dilemma's. Als je iemands problemen of gedrag benoemt, neem je iemand dan juist serieus of stigmatiseer je dan? Als je iemand wil behoeden voor iets, is dat badinerend of steunend? Het is niet altijd zonneklaar welke actie of welke benadering stigmatiserend uitpakt. Er is dan ook geen 'kant-en-klaar' oplossing. Het gaat om bewustwording en cultuurverandering. En het is ook iets persoonlijks: wat je wel en niet acceptabel vindt, hangt af van je eigen normen en waarden. De experts benoemen de volgende aandachtspunten voor hulpverleners:

- Maak stigma bespreekbaar, met cliënten, maar ook binnen de organisaties, en onder collega's. Programma's om stigmatisering bespreekbaar te maken, moeten bottom-up ontwikkeld worden, gesteund door het management.
- Laat aandacht voor de diagnose veel nadrukkelijker samengaan met aandacht voor het levensverhaal, de betekenisgeving en de context van de cliënt. Omdat er gedacht wordt in termen van diagnose (en een diagnose als iets statisch wordt ervaren) en het daarbij horende stappenplan, is er weinig ruimte het gesprek aan te gaan met de cliënt, en zich te verdiepen in zijn of haar context. Inzicht in het verhaal is nodig om de neiging om controle en overzicht te willen houden, en het 'in hokjes' denken, te doorbreken.
- 'Niets over ons, zonder ons', moet in de hele ggz een leidend principe zijn. Dat betekent dat cliënten (en hun familie) altijd betrokken moeten worden bij beslissingen.
- Erken ervaringskennis als bron van kennis, maar waak ervoor om de thema's herstel en stigmatisering alleen bij hen te beleggen. Stigmatisering is een onderwerp voor de hele organisatie.
- Binnen herstel- en lotgenotengroepen kunnen cliënten ervaringen uitwisselen en leren hoe ze met (zelf)stigma om kunnen gaan. Bijvoorbeeld hoe zij –bijvoorbeeld als ze aan het werk gaan- de afweging kunnen maken wat ze wel of niet willen vertellen over hun psychische problemen.

- Het is positief dat steeds meer hulpverleners zich kwetsbaar durven opstellen, met hun verhaal naar buiten durven te komen, en hun persoonlijke ervaringen leren inzetten in hun professioneel handelen. 'Het praten over moeilijke dingen moet de normaalste zaak van de wereld zijn'.

Ook in de groepsgesprekken met cliënten worden hulpverleners die open zijn over hun eigen kwetsbaarheid als positief gezien.

*'Er was bijvoorbeeld een behandelaar die zelf een depressie had gehad en in behandeling was geweest. (…) Het strookt niet met professionaliteit zoals ze dat noemen, je moet afstand houden, je mag het niet mee naar huis nemen, en toch voel je je als patiënt echt een patiënt. De afstand die er is, zij gaan naar huis en voelen zich prima, en ik moet maar weer terug in de ellende. Maar als je mensen hebt die wat meer empathisch zijn, dat mag kennelijk niet als je behandelaar bent, echt empathisch, en je voelt dat ze dat niet zijn, gewoon de technieken erop loslaten, nee ik ben veel meer voor een menselijkere behandeling, maar het moet niet meehuilen met de wolven in het bos zijn, er zijn grenzen'.*

### 3.3.2 Interventies voor hulpverleners

In de generieke module Destigmatisering wordt een zestal effectieve ingrediënten gegeven waarmee interventies (gericht op hulpverleners) kunnen worden opgebouwd (gebaseerd op Knaak e.a., 2014):

1. *Sociaal contact* in de vorm van een persoonlijk verhaal door een getrainde ervaringsdeskundige;
2. *Inzet van meerdere vormen van sociaal contact*, bijvoorbeeld een spreker en een videopresentatie, meerdere sprekers in de ik-vorm, ontmoetingen tussen deelnemers en patiënten;
3. *Focus op gedragsverandering door praktijkvaardigheden te bieden:* 'wat moet ik doen/zeggen' (om stigmatisering bespreekbaar te maken en handvatten te kunnen bieden aan de patiënt en oog te hebben voor zelfstigma en daarbij helpen);
4. Mythes ondergraven;
5. Uitgangspunt is de persoon, niet de ziekte;
6. Herstel is de belangrijkste boodschap.

Er zijn inmiddels ook interventies specifiek gericht op het tegengaan van stigma bij zorgprofessionals. Zo biedt Samen Sterk zonder Stigma (https://www.samensterkzonderstigma.nl) een toolkit aan voor zorgprofessionals om stigma tegen te gaan, genaamd Beyond the label (Camh, 2005). Dit is een in Canada ontwikkelde toolkit gericht op professionals van de GGZ (inclusief verslavingszorg) waarmee professionals hun eigen vooroordelen en attituden ten opzichte van mensen met psychische problematiek kunnen onderzoeken.

De toolkit heeft 14 werkvormen, die gericht zijn op het creëren van een open dialoog tussen professionals over stigma en de impact op herstel van cliënten.
Verder heeft Samen Sterk zonder Stigma op basis van de generieke module Destigmatisering en het handboek Destigmatisering de Dialoogdag en de e-learningmodule 'Destigmatiserend werken' ontwikkeld. Doel van de Dialoogdag is om met professionals, cliënten en familie een gestructureerde dialoog te voeren over de stand van stigma binnen de instelling. De e-learningmodule 'Destigmatiserend werken' van GGZ Ecademy is bedoeld voor alle GGZ-hulpverleners (in opleiding) die meer willen weten over: (zelf)stigmatisering bij de cliënt en binnen de eigen ggz-organisatie; de impact van stigmatisering op de cliënt; destigmatiserend werken en de eigen rol hierin. De module duurt twee uur en bestaat uit een introductie, theorie, een casus, drie praktijkopdrachten en een samenvatting. De effectiviteit van deze interventies is nog niet onderzocht.

Harris e.a. (2019) beschrijven recent een training 'It's just us' die is ontwikkeld om stigma in de hulpverlening tegen te gaan. De basis voor de training is het doorbreken van het 'zij' (de cliënten) versus 'wij' (de hulpverleners) denken. Een andere relevante component in de training is educatie rond stigma en psychische gezondheid. Hierbij worden de volgende zaken expliciet in de training besproken:

- De impact van stigma op (de kwaliteit van) de hulpverlening en op de kwaliteit van leven van de cliënten.
- Mechanismen binnen de hulpverlenerscultuur die stigma door hulpverleners in stand houden, zoals de bias rond de ernst van de aandoeningen (the clinician's illusion/bias; de clinicus ziet alleen de meest zware 'gevallen' en schat daardoor de ernst van de aandoening hoger in dan realistisch is), cultuur van geslotenheid rond psychische aandoeningen (ook als ze dit zelf hebben ervaren; non-disclosure), en het gebruik van negatieve taaluitingen die kleinerend zijn voor mensen met een psychische aandoening. In Nederland is deze interventie niet geïmplementeerd.

In het eerder genoemde onderzoek van Helmus e.a. (2019) is onderzoek gedaan naar de twee uur durende workshop 'Wat doe jij?' die gericht is op het tegengaan van stigma door meer bewustwording over het onderwerp te creëren en meer begrip te krijgen voor mensen met psychische problematiek. 'Wat doe jij?' maakt mensen bewust van de gevolgen van oordelen en denkt mee over concrete oplossingen om die oordelen aan te pakken. Hierbij gaat speciale aandacht uit naar hulpverleners binnen de GGZ. Zij onderzochten onder FACT-medewerkers de stigmatiserende attitudes en de continuüm opvattingen voor en na de workshop. Wat opviel was dat de hulpverleners minder stigmatiserende attitudes hadden dan verwacht (op basis van ander onderzoek). De eindconclusie was dat de workshop wel effect had op het versterken van continuüm opvattingen maar niet op stigmatiserende attitudes.

Afgaande op bovenstaande voorbeelden, zijn de interventies wat betreft intensiteit en structuur uiteenlopend. Meer implementatie- en effectonderzoek kan belangrijke input leveren over welke interventies in welke situaties het beste zullen werken.

## 3.4 Samenvattend

Het literatuuronderzoek, aangevuld met kwalitatieve bevindingen uit interviews met experts, focusgroepen met cliënten en moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners, is gericht op wat stigmatisering in de GGZ is en hoe het eruit ziet, hoe vaak het voorkomt en wat er bekend is over effectieve bestanddelen van de aanpak van stigmatisering in de GGZ. Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering in de GGZ zeker voorkomt, al ontbreken precieze cijfers. Ongeveer een kwart van de stigma-ervaringen van mensen met psychische problematiek is gelinkt aan stigmatisering in de GGZ, blijkt uit een internationale review. Uit de resultaten van het panel Psychisch Gezien blijkt dat bijna een kwart van de cliënten zich gediscrimineerd voelt binnen de GGZ. Attitudes van GGZ-hulpverleners verschillen niet erg van attitudes in de algemene bevolking ('hulpverleners zijn ook mensen'), volgens de resultaten van een internationale review. De paar onderzoeken die er zijn over de attitudes van Nederlandse GGZ-hulpverleners laten zien dat stigmatiserende attitudes voorkomen bij GGZ-hulpverleners al zijn de attitudes positiever dan verwacht op basis van de internationale literatuur.

Bij GGZ-hulpverleners speelt een aantal algemene processen van stigmatisering een rol, dat wil zeggen dat bepaalde processen die bij de algemene bevolking spelen rondom stigma ook spelen bij professionals. Dat zijn:

- Sociale categorisering, sociale afstand, out-grouping (wij-zij denken).
- Cognities over geweld en gevaar door mensen met psychische problematiek (en daaraan gekoppeld bij de ene diagnosegroep meer stigmatisering dan bij de andere).
- Cognities over controle over problematiek en eigen verantwoordelijkheid (en daaraan gekoppeld bij de ene diagnosegroep meer stigmatisering dan bij de andere).

Naast deze algemene processen zijn er processen die specifiek bij (GGZ) professionals een rol spelen, zoals clinicians bias, diagnostic overshadowing, iatrogeen stigma/labelling, stress die samengaat met negatieve attituden, behandelpessimisme (opvattingen over onbehandelbaarheid en gevoelens van machteloosheid) en opvattingen over openheid over eigen ervaringen.

Op basis van deze inzichten worden in de literatuur aanbevelingen gedaan om stigmatisering in de GGZ te bestrijden. Het belang van aansluiten bij de beleving van de cliënt in plaats van duiden vanuit het medische model, bewustwording van de impact van taalgebruik en gebruik van diagnoses en het nemen van herstel als uitgangspunt voor het professionele handelen zijn belangrijke aanbevelingen. Wat betreft de methode om gedragsverandering bij professionals te bewerkstelligen, is contact met ervaringsdeskundigen van belang. Bij de aanbevelingen valt op dat dit in essentie ook aanbevelingen zijn voor goede, herstelondersteunende zorg.

# 4 Cliënten over stigmatisering in de GGZ

## 4.1 Panel Psychisch Gezien

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een landelijk panel van en voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht te krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om mensen die last hebben (gehad) van psychoses en ernstige depressies. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten beperkingen in het dagelijks leven, gedurende langere tijd. Aan het panel nemen zowel mensen deel die cliënt zijn van een GGZ-instelling als mensen die niet bij de GGZ in zorg zijn. Deelnemers aan het panel zijn minimaal 18 jaar oud.

### 4.1.1 Respons en achtergrondkenmerken

De peiling is in 2019 uitgezet onder 1.123 panelleden, waarvan er 628 de vragen hebben beantwoord (56% respons). Twee derde (66%) van de respondenten is vrouw. De respondenten zijn gemiddeld 52 jaar oud met een spreiding van 21 t/m 82 jaar. Zowel mannen als vrouwen zijn relatief vaak te vinden in de leeftijdsklassen '45 tot 55 jaar' en '55 tot 65 jaar'. Van de responderende panelleden heeft 92% ooit contact gehad met een hulpverlener uit de GGZ, 17% met een hulpverlener uit de verslavingszorg, 38% met cliëntinitiatieven, 35% met een vrijgevestigde psycholoog en 22% met een andere hulpverlener uit de GGZ of verslavingszorg (bijv. crisisdienst, dagopvang, dagbesteding, traumacentrum).

## 4.2 Ervaringen met stigma in het algemeen

Uit tabel 4.1 blijkt dat 73% van de panelleden de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met stigmatisering. De meest voorkomende vormen zijn zelfstigma (35%) en stigmatisering door familie en naasten (29%), gevolgd door stigmatisering door vrienden en kennissen (18%) en in de leefomgeving (17%). 13% van de panelleden gaf aan dat stigmatisering door GGZ-hulpverleners tot de drie belangrijkste vormen van stigmatisering behoort waarmee zij de afgelopen twee jaar te maken hebben gehad.

**Tabel 4.1 Vormen van stigmatisering waarmee men de afgelopen twee jaar vooral te maken heeft gehad (max. 3 antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Achtergesteld of ongelijk behandeld worden door organisaties (structureel stigma) | 90 (14) |
| Stigmatisering door partner/familieleden/naasten | 185 (29) |
| Stigmatisering bij (vrijwilligers)werk en opleiding | 89 (14) |
| Stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, in de wijk) | 109 (17) |
| Stigmatisering door vrienden en kennissen | 115 (18) |
| Stigmatisering door hulpverleners binnen GGZ | 82 (13) |
| Stigmatisering door hulpverleners buiten GGZ | 97 (15) |
| Ik denk (wel eens) dat bepaalde heersende negatieve opvattingen over psychische aandoeningen waar zijn en voel me onzeker over mezelf of over wat ik wel of niet kan (zelfstigma) | 218 (35) |
| Een andere vorm van stigma | 36 (6) |
| Ik heb geen ervaringen gehad met stigmatisering | 168 (27) |

De panelleden die ervaringen hebben met stigmatisering geven aan dat ze hier veel nadelige gevolgen van hebben ondervonden. Zo heeft het hun zelfbeeld aangetast (67%) en het gevoel van vertrouwen in het eigen kunnen en de hoop voor de toekomst (60%). Ook ervaren zij nadelige gevolgen voor hun kwaliteit van leven (58%), de contacten met andere mensen (54%), de psychische en verslavingsproblemen en hun herstelproces (beide 47%).

**Tabel 4.2 Levensgebieden waarop men de afgelopen twee jaar nadelige gevolgen heeft ervaren van stigmatisering n.a.v. psychische problemen/verslaving**

| | n (%) |
|---|---|
| (Vrijwilligers)werk | 160 (25) |
| Geld en inkomen | 196 (31) |
| Contacten met mensen | 338 (54) |
| Zelfbeeld | 420 (67) |
| Kwaliteit van leven | 365 (58) |
| Mate van psychische en/of verslavingsproblemen | 293 (47) |
| Mate van herstel | 294 (47) |
| Gevoel van vertrouwen in eigen kunnen en hoop voor de toekomst | 375 (60) |
| Het zoeken van (professionele) hulp | 178 (28) |
| Lichamelijke gezondheid | 292 (46) |
| Een ander gebied | 38 (11) |

## 4.3 Ervaringen met stigma binnen de GGZ

Tabel 4.3 laat zien dat meer dan de helft (54%) van de totale groep panelleden in de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met stigmatisering door GGZ-hulpverleners (46% heeft hier geen ervaringen mee). Deze stigmatisering wordt op veel manieren ervaren, waarbij een afstandelijke houding door hulpverleners (22%) en de taal die hulpverleners gebruiken (20%) de meest genoemde zijn.

**Tabel 4.3 Vormen van stigmatisering in de GGZ of verslavingszorg waarmee men in de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad**

| | n (%) |
|---|---|
| De taal die hulpverleners gebruiken als zij met u praten | 120 (20) |
| De manier waarop hulpverleners onderling over u praten | 95 (16) |
| Hulpverleners die u betuttelen | 110 (18) |
| Hulpverleners die u negeren | 97 (16) |
| Gebrek aan openheid bij hulpverleners over hun eigen problemen of psychische aandoeningen | 84 (14) |
| Hulpverleners die niet met u over stigmatisering willen praten | 25 (4) |
| Een afstandelijke houding van hulpverleners tegenover u | 135 (22) |
| Pessimisme bij hulpverleners: denken dat (nieuwe) behandeling en begeleiding geen zin hebben en slechte resultaten zullen hebben | 103 (17) |
| Hulpverleners die teveel aandacht hebben voor beperkingen en u willen beschermen tegen risico's, en daardoor uw herstel tegen houden. | 95 (16) |
| Een andere vorm van stigma | 38 (6) |
| Ik heb geen ervaringen met stigmatisering door GGZ-hulpverleners | 283 (46) |

Van de panelleden die aangaven ervaringen te hebben met stigmatisering binnen de GGZ gaf ruim de helft 56% aan dat zij die het afgelopen jaar nog hebben opgedaan.

Ook hierbij geven panelleden aan veel nadelige gevolgen te hebben ondervonden. Met name op hun zelfbeeld en het gevoel van vertrouwen in het eigen kunnen en de hoop voor de toekomst (resp. 70% en 69%). Ook zijn er nadelige gevolgen voor het herstel (60%) en de kwaliteit van leven (58%), de contacten met andere mensen (56%) en de psychische en verslavingsproblemen (55%).

**Tabel 4.4 Levensgebieden waarop men de afgelopen twee jaar nadelige gevolgen heeft ervaren van stigmatisering vanuit de hulpverlening (n=628)**

| | n (%) |
|---|---|
| (Vrijwilligers)werk | 92 (28) |
| Geld en inkomen | 101 (31) |
| Contacten met mensen | 183 (56) |
| Zelfbeeld | 227 (70) |
| Kwaliteit van leven | 200 (61) |
| Mate van psychische en/of verslavingsproblemen | 181 (55) |
| Mate van herstel | 197 (60) |
| Gevoel van vertrouwen in eigen kunnen en hoop voor de toekomst | 226 (69) |
| Het zoeken van (professionele) hulp | 143 (44) |
| Lichamelijke gezondheid | 161 (50) |
| Een ander gebied | 27 (16) |

Op de vraag tot welke beroepsgroep(en) de hulpverlener behoorde door wie men zich gestigmatiseerd voelde, antwoordde bijna de helft de psychiater (47%), gevolgd door de psycholoog/psychotherapeut (41%) en de verpleegkundige/verpleegkundig specialist (36%).

Op de vraag hoe groot de panelleden het probleem van stigmatisering in de GGZ beoordelen op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem) gaven de panelleden gemiddeld een 5,4. Wanneer wordt uitgesplitst naar cliënten die wel en geen stigmatisering vanuit de GGZ hebben ervaren (zie tabel 4.3), dan blijkt dat degenen die geen stigma hebben ervaren vanuit de GGZ een lager cijfer geven (3,7) dan degenen die wel stigma hebben ervaren vanuit de GGZ (6,6).

## 4.4 Bespreekbaar maken

Aan de panelleden is gevraagd of zij de ervaringen met stigmatisering in de GGZ met iemand hebben besproken. Van de panelleden met stigma-ervaringen gaf ruim een kwart (26%) aan dat ze dit nooit met iemand hebben besproken, 51% een enkele keer/soms en 20% regelmatig/vaak (3% weet het niet). De meesten (69%) hebben deze ervaringen gedeeld met iemand in de directe omgeving (bijv. partner, familieleden, naasten, vrienden, kennissen, of iemand anders), meer dan de helft met een andere hulpverlener binnen de GGZ of verslavingszorg (53%) en ruim een derde met de betreffende hulpverlener zelf (37%). Op de vraag of ze hier iets aan gehad hebben, antwoordde ruim een kwart (28%) van niet, 32% enigszins en ruim een derde 36% van wel (4% had geen mening).

Panelleden geven aan dat zij ook gesteund zijn door GGZ-hulpverleners bij stigmatisering door anderen (bijvoorbeeld door familie, kennissen, of buurt, etc.). Van de panelleden met stigma-ervaringen geeft 63% aan dat ze hierbij ondersteund zijn door een hulpverlener. Wat hen vooral hielp was dat ze zich gehoord en begrepen voelden (83%) en dat zij handvatten kregen hoe ze met stigmatisering om kunnen gaan (42%).

## 4.5 Aanpak stigma binnen de GGZ

Bijna de helft van de panelleden (45%) vindt dat het normaliseren van psychische klachten (het kan iedereen overkomen) tot de drie belangrijkste maatregelen behoort om stigmatisering te verminderen (zie tabel 4.5). Op de tweede plaats staat het terughoudend zijn met psychiatrische labels (34%), gevolgd door herstelgericht werken en samen beslissingen nemen (resp. 28 en 27%).

**Tabel 4.5 Wat zou helpen om stigmatisering binnen de GGZ te verminderen (max. 3 antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Meer openheid bij hulpverleners over hun eigen psychische klachten | 110 (17) |
| Een meer gewone kijk op psychische klachten (het kan iedereen overkomen) | 286 (45) |
| Terughoudend zijn met psychiatrische labels | 213 (34) |
| Hulpverleners kunnen meer nadenken over de manier waarop zij met cliënten omgaan en dat onderling bespreken | 165 (26) |
| Herstelgericht werken, gericht op het versterken van eigen regie van cliënten | 178 (28) |
| Cliënt en hulpverlener zouden meer samen beslissingen moeten nemen over de behandeling | 167 (27) |
| Voorlichting door ervaringsdeskundigen aan hulpverleners over stigma en destigmatisering | 162 (26) |
| Meer aandacht voor destigmatisering in het beleid van de organisatie | 97 (15) |
| Training en andere ondersteuning voor hulpverleners in de GGZ en verslavingszorg | 93 (15) |
| Anders, namelijk….. | 53 (8) |

Op de vraag wat er als eerste moet gebeuren om stigmatisering door hulpverleners tegen te gaan, worden de volgende onderwerpen genoemd: minder in hokjes denken, meer gelijkwaardigheid in het contact tussen hulpverlener en cliënt, meer verdiepen in het verhaal van de cliënt, het onderwerp (zelf)stigma bespreekbaar maken, bewustwording bij hulpverleners over stigmatiserende gedragingen, openheid van hulpverleners over eigen kwetsbaarheid, inzet van ervaringsdeskundigheid en meer herstelgericht werken.

## 4.6 Samenvattend

Van de 628 cliënten die aan de peiling hebben deelgenomen is het merendeel vrouw en de gemiddelde leeftijd 52 jaar. Bijna driekwart van hen heeft de afgelopen twee jaar te maken gehad met stigmatisering in het algemeen, vooral met zelfstigma en stigmatisering door naasten. Nadelige gevolgen die zij hierbij hebben ondervonden zijn onder andere een negatief zelfbeeld, verminderd zelfvertrouwen en verminderde hoop op de toekomst, trager herstel en een lagere kwaliteit van leven.

Ruim de helft heeft de afgelopen twee jaar te maken gehad met stigmatisering door GGZ-hulpverleners. De afstandelijke houding en het taalgebruik van hulpverleners (betuttelend/beschermend) worden hierbij het vaakst genoemd. De negatieve gevolgen hiervan komen grotendeels overeen met die van stigmatisering in het algemeen. De hulpverleners door wie ze zijn gestigmatiseerd, behoren tot de kernprofessies in de GGZ: psychiaters, psychologen/psychotherapeuten en - in mindere mate – verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Cliënten gaven stigmatisering in de GGZ gemiddeld een 5,4 op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem), panelleden die ervaring hebben met stigmatisering in de GGZ geven daarbij een hoger rapportcijfer (6,6) dan panelleden die deze ervaring niet hebben (3,7).

Een kwart van de cliënten met stigma-ervaringen in de GGZ heeft hier nooit met iemand over gesproken. Ruim een derde heeft het met de betreffende hulpverlener zelf besproken. Om stigma in de GGZ aan te pakken vinden cliënten normalisering van psychische en verslavingsproblemen van belang, evenals terughoudendheid bij het gebruik van psychiatrische labels, herstelgericht werken en samen beslissingen nemen.

# 5 Hulpverleners over stigmatisering in de GGZ

## 5.1 Werving en respons

De digitale enquête is via een open procedure uitgezet in verschillende sectoren van GGZ en verslavingszorg (ambulant, klinisch, beschermd wonen en vrijgevestigden). Voor de verspreiding is gebruik gemaakt van diverse kanalen: Trimbos-instituut, Verslavingskunde Nederland, Kennisconsortium Destigmatisering, FACT Nederland, Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk zonder Stigma en beroepsorganisaties. In totaal hebben 471 hulpverleners de enquête ingevuld. Omdat er sprake was van een open werving, is de groep respondenten niet representatief voor de totale groep hulpverleners in de GGZ en verslavingszorg. We verwachten dat vooral hulpverleners met affiniteit voor het onderwerp stigmatisering de vragenlijst hebben ingevuld.

## 5.2 Achtergrondkenmerken

Van de hulpverleners die de vragenlijst hebben ingevuld, is het merendeel (61%) werkzaam in een ambulante setting, bijna een derde (31%) werkt binnen een intramurale, klinische setting en 19% in een beschermde woonvorm (tabel 5.1). Een aanzienlijk deel werkt in meerdere settings binnen of (gedeeltelijk) buiten de GGZ of verslavingszorg (bijv. reclassering, wijkteam, maatschappelijke opvang).

**Tabel 5.1 Sectoren waarin hulpverleners werkzaam zijn (meer antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Intramurale / klinische sector ggz | 97 (21) |
| Intramurale / klinische sector verslavingszorg | 48 (10) |
| Ambulante sector ggz | 179 (38) |
| Ambulante sector verslavingszorg | 110 (23) |
| Beschermd wonen ggz | 47 (10) |
| Beschermd wonen verslavingszorg | 41 (9) |
| Eigen praktijk / vrijgevestigd | 12 (2) |
| Anders | 52 (11) |

Het merendeel van de respondenten is verpleegkundige of verpleegkundig specialist (32%), gevolgd door GGZ-agoog (12%), psycholoog/psychotherapeut, maatschappelijk werker (beide 10%). Onder de categorie anders vallen onder andere reclasseringswerker, woonbegeleider en artsen en verpleegkundigen in opleiding (tabel 5.2).

**Tabel 5.2 Functies van de hulpverleners (meer antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Psychiater | 17 (4) |
| Verslavingsarts | 4 (1) |
| Psycholoog/psychotherapeut | 49 (10) |
| Verpleegkundige/verpleegkundig specialist | 152 (32) |
| Ervaringswerker | 35 (7) |
| Vaktherapeut | 16 (3) |
| Systeemtherapeut | 11 (2) |
| Maatschappelijk werker | 48 (10) |
| Sociotherapeut | 23 (5) |
| Sociaal pedagogisch hulpverlener | 41 (9) |
| Activiteitenbegeleider | 10 (2) |
| GGZ–agoog | 56 (12) |
| Anders | 90 (19) |

De hulpverleners zijn gemiddeld 14 jaar werkzaam binnen de GGZ (minimum 1, maximum 45).

## 5.3 Stigma in het algemeen

Aan de hulpverleners is gevraagd met welke vormen van stigmatisering cliënten vooral te maken krijgen. Uit tabel 4.3 blijkt dat hulpverleners bij cliënten vooral zelfstigma (80%) en stigmatisering in de leefomgeving (48%) zien. Vergelijken we dit met het resultaat bij cliënten zelf, dan blijkt dat cliënten ook zelfstigma als eerste noemden maar vervolgens stigmatisering door partner, familie of naasten.

**Tabel 5.3 Vormen van stigmatisering waarmee cliënten te maken krijgen (maximaal 3 antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Zelfstigma of geïnternaliseerd stigma (cliënt heeft negatieve oordelen van anderen verinnerlijkt) | 375 (80) |
| Structureel stigma (ongelijkheid die is verankerd in cultuur en wet- en regelgeving) | 147 (31) |
| Stigmatisering door partner/familieleden/naasten | 165 (35) |
| Stigmatisering bij werk en opleiding | 180 (38) |
| Stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, in de wijk) | 224 (48) |
| Stigmatisering door vrienden en kennissen | 53 (11) |
| Stigmatisering door hulpverleners | 171 (36) |
| Anders, namelijk: | 8 (2) |
| Weet niet / komt nooit ter sprake | 3 (1) |

Evenals cliënten zien ook hulpverleners veel negatieve gevolgen van stigmatisering (tabel 5.4). Hulpverleners denken hierbij vooral aan een negatief zelfbeeld (64%) en sociaal isolement/eenzaamheid (57%) bij cliënten. Daarnaast zien zij nadelige gevolgen voor het herstel van cliënten (43%) en dat cliënten gedemoraliseerd raken (28%).

**Tabel 5.4 Gevolgen die cliënten ervaren door stigmatisering (maximaal 3 antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Werkloosheid | 45 (10) |
| Financiële gevolgen (bijv. inkomensverlies) | 54 (11) |
| Klein sociaal netwerk | 101 (21) |
| Sociaal isolement, eenzaamheid | 271 (57) |
| Lage zelfachting, negatief zelfbeeld | 303 (64) |
| Lage kwaliteit van leven | 85 (18) |
| Toename psychische en/of verslavingsproblemen | 108 (23) |
| Belemmering van herstel | 205 (43) |
| Demoralisatie (ergens al niet meer aan beginnen) | 131 (28) |
| Vermijden van (professionele) hulp | 71 (15) |
| Anders | 5 (1) |

## 5.4 Stigma binnen de GGZ

### 5.4.1 Vóórkomen van stigma

De hulpverleners zien als belangrijkste vormen van stigmatisering binnen de GGZ de focus op de beperkingen van cliënten en het vermijden van risico's in plaats van op hun mogelijkheden en herstel (52%), de betuttelende of beschermende bejegening van cliënten (43%) en het taalgebruik over cliënten tussen hulpverleners onderling (42%). Dit verschilt van wat cliënten hierover opmerkten; zij zagen het taalgebruik en de afstandelijke houding van hulpverleners naar hen toe als belangrijkste vormen van stigmatisering. Een kleine minderheid van de hulpverleners (5%) vindt dat geen van de genoemde vormen behoort tot stigmatisering.

**Tabel 5.5 Vormen van stigmatisering van cliënten in de GGZ, volgens hulpverleners (maximaal 3 antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Taalgebruik naar cliënten | 59 (12) |
| Taalgebruik over cliënten tussen collega's onderling | 198 (42) |
| Bejegening van cliënten (betuttelend/beschermend) | 203 (43) |
| Gebrek aan openheid over eigen psychische aandoeningen | 121 (26) |
| Onderwerp stigmatisering is moeilijk bespreekbaar in het team | 40 (8) |
| Grote afstand tussen hulpverleners en cliënten (wij-zij kloof) | 136 (29) |
| Behandelpessimisme en negatieve prognoses | 166 (35) |
| Focus op beperkingen en vermijden van risico's in plaats van mogelijkheden en herstel | 246 (52) |
| Anders | 14 (3) |
| Geen van bovenstaande vormen van stigmatisering | 22 (5) |

Op de vraag hoe vaak stigmatisering bij het eigen team/de eigen afdeling voorkomt, geeft 2% aan dat dit nooit voorkomt, 58% dat dit een enkele keer of soms voorkomt en 40% dat dit regelmatig of vaak voorkomt.

Op de vraag hoe groot de hulpverleners het probleem van stigmatisering in de GGZ beoordelen op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem) gaven zij gemiddeld een 6,7. Dit betekent dat hulpverleners het een groter probleem vinden dan cliënten, die hier gemiddeld een 5,4 scoorden.

Wanneer we uitsplitsen voor GGZ en verslavingszorg, blijkt dat hulpverleners in de GGZ stigmatisering als een groter probleem zien dan die in de verslavingszorg (resp. 6,8 en 6,2). Hulpverleners die in beide sectoren werkzaam zijn, scoren gemiddeld het hoogst met 7,2. Uitgesplitst naar sectoren (klinisch/ambulant/beschermd wonen) scoren hulpverleners in de klinische sector het hoogst met een 7,0.

## 5.5 Bespreekbaar maken

Aan de hulpverleners is gevraagd of het onderwerp stigmatisering wel eens ter sprake komt in het team- of afdelingsoverleg. Hierop antwoordde 19% dat dit nooit aan de orde komt, 62% een enkele keer of soms en 19% dat dit regelmatig of vaak gebeurt.

Vervolgens is de hulpverleners gevraagd of zij wel eens hebben overwogen om een collega aan te spreken op zijn/haar stigmatiserende bejegening, houding of taalgebruik. 9% heeft dit nooit overwogen, 58% heeft dit een enkele keer of soms overwogen en 33% heeft dit regelmatig of vaak overwogen. 12% heeft in de praktijk nooit een collega aangesproken, 62% een enkele keer of soms, en ruim een kwart (26%) heeft dit regelmatig of vaak gedaan.

Op de vraag of zij bij zichzelf wel eens een bejegening, houding of taalgebruik hebben opgemerkt die als stigmatiserend kan worden gezien, gaf 7% nooit aan, 83% een enkele keer of soms en 10% regelmatig of vaak. Ruim twee derde (68%) geeft aan dat zij nooit door een collega zijn aangesproken op een stigmatiserende houding of taalgebruik, 31% een enkele keer of soms, en vrijwel niemand (minder dan 1%) geeft aan hier regelmatig of vaak op te zijn aangesproken. Datzelfde geldt voor het aangesproken zijn door een cliënt: 68% is hier nooit op aangesproken, 31% een enkele keer of soms, en 1% regelmatig of vaak.

Ruim een kwart van de hulpverleners (26%) heeft nooit aan cliënten gevraagd of zij hun bejegening, taalgebruik of houding als stigmatiserend ervaren, 41% heeft dit een enkele keer of soms gedaan en een derde (33%) regelmatig of vaak.

Van de hulpverleners heeft bijna twee derde (63%) zelf wel eens psychiche klachten of een verslavingsprobleem gehad. Bijna iedereen (91%) heeft dit op het werk verteld: 43% aan het hele team, bijna de helft (49%) aan een of enkele collega's en bijna een derde (31%) aan een of enkele cliënten.

Belangrijke redenen om het wel te bespreken in het team of met collega's zijn onder andere dat men het prettig vond om dit met anderen te delen, als verklaring voor afwezigheid of minder goed functioneren, omdat men openheid belangrijk vindt / om te normaliseren en om steun te ontvangen. Redenen om het met cliënten te bespreken zijn onder meer om het contact (de vertrouwensband) te verbeteren, omdat men eigen ervaringen wil inzetten in het werk, om de afstand met cliënten te verkleinen en om aan te geven dat psychische klachten veel voorkomen / om te normaliseren.

Belangrijke redenen om het niet te bespreken in het team of met collega's zijn onder andere uit angst voor stigma, veroordeling en niet meer serieus te worden genomen, uit schaamte, omdat men sowieso weinig met collega's deelt, en omdat het klimaat op de afdeling onveilig is. Redenen om het niet met cliënten te bespreken zijn onder meer

omdat het tegen je gebruikt kan worden (chantage), omdat ze het niet professioneel vinden, omdat het niet nodig is en omdat het niets toevoegt aan de behandeling.

## 5.6 Aanpak stigma binnen de GGZ

Op de vraag of men verwacht dat er binnen het team of op de afdeling bereidheid is om actief met destigmatisering aan de slag te gaan, antwoordt vrijwel niemand (1%) helemaal niet, de helft (50%) denkt nauwelijks of enigszins en bijna de helft (49%) denkt dat die bereidheid er zeker is. Hun eigen bereidheid om hiermee aan de slag te gaan is nog veel groter: vrijwel niemand wil er niet mee aan de slag (1%), een kwart (25%) nauwelijks of enigszins en maar liefst bijna driekwart (74%) wil hier zelf actief mee aan de slag gaan.

Ruim de helft van de hulpverleners (55%) heeft behoefte aan ondersteuning bij het destigmatiserend werken. De redenen hiervoor zijn dat men graag concrete tips en adviezen wil, dat men zelf niet weet waar te beginnen en wat werkt, dat meer bewustwording nodig is, dat men coaching/casuïstiekbesprekingen/e-learnings/voorlichting (door ervaringsdeskundige) wil, dat men wil leren van anderen, en dat men samen sterker staat.

4% van de hulpverleners is goed bekend met de generieke module destigmatisering (https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/destigmatisering/inleiding),bijna een kwart (24%) kent de kwaliteitsstandaard enigszins. Bijna drie kwart van hen (72%) is niet bekend met deze kwaliteitsstandaard. Op de vraag of deze module wordt toegepast binnen de organisatie geeft 62% aan dit niet te weten, 32% dat deze niet wordt toegepast en 5% dat die wel wordt toegepast.

Ruim een kwart van de hulpverleners (26%) kent geen enkele methodiek of instrument voor destigmatisering. De methodieken die het meest bekend zijn, zijn ervaringsdeskundigen die voorlichting geven over stigma (56%) en Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (36%). Een kwart is bekend met psycho-educatie met aandacht voor (zelf)stigma (25%) en meer dan een vijfde met de e-learning Destigmatiserend werken (tabel 5.6).

**Tabel 5.6 Instrumenten of methodieken voor destigmatisering waarmee hulpverleners bekend zijn (meer antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Beyond the label (Samen Sterk zonder Stigma) | 74 (16) |
| Dialoogdag (Samen Sterk zonder Stigma) | 60 (13) |
| E-learning Destigmatiserend werken (GGZ Ecademy) | 97 (21) |
| Honest, Open & Proud (HOP) | 58 (12) |
| Wellness Recovery Action Plan (WRAP) | 171 (36) |
| Beslissingshulp Conceal or Reveal (CORAL) | 28 (6) |
| Fotovoice | 37 (8) |
| Mensenbieb | 22 (5) |
| Mental Health First Aid (MHFA) | 87 (18) |
| Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) | 25 (5) |
| Psycho-educatie met aandacht voor (zelf)stigma | 116 (25) |
| Ervaringsdeskundigen die voorlichting geven over stigma | 266 (56) |
| Anders | 15 (3) |
| Ik ken geen instrument of methodiek | 123 (26) |

Tabel 5.7 geeft weer wat volgens hulpverleners zou helpen om stigmatisering in de GGZ te verminderen. Hieruit blijkt dat ruim de helft van de hulpverleners (55%) het normaliseren van psychische klachten belangrijk vindt. Daarna volgen reflectie op bejegening, houding en taalgebruik binnen het team of de organisatie en herstelgericht werken (beide 41%). Uit de enquête bij cliënten kwam normalisering eveneens als belangrijkste naar voren, gevolgd door terughoudend zijn met psychiatrische labels. Bij de categorie 'anders' gaven sommige hulpverleners aan dat ze meer opties hadden willen invullen, omdat er meer dan drie maatregelen nodig zijn om een mentaliteitsverandering te bewerkstelligen.

**Tabel 5.7 Wat helpt om stigmatisering in de GGZ te verminderen (max. 3 antwoorden mogelijk)**

| | n (%) |
|---|---|
| Meer openheid bij hulpverleners over hun eigen psychische klachten | 99 (21) |
| Normaliseren van psychische klachten (het kan iedereen overkomen) | 259 (55) |
| Terughoudend zijn met psychiatrische labels | 145 (31) |
| Reflectie op bejegening, houding en taalgebruik binnen het team of de organisatie | 195 (41) |
| Herstelgericht werken, gericht op het versterken van eigen regie van cliënten | 192 (41) |
| Bewustzijn van en reflectie op het eigen taalgebruik en eigen bejegening | 103 (22) |
| Gezamenlijke besluitvorming tussen cliënt en hulpverlener over behandeling | 97 (21) |
| Voorlichting door ervaringsdeskundigen over stigma en destigmatisering | 90 (19) |
| Meer aandacht voor destigmatisering in het beleid van de organisatie | 65 (14) |
| Gebruik van destigmatiserende methodieken zoals Beyond the label, Honest, Open and Proud (HOP) binnen de organisatie | 42 ( 9) |
| Implementatie van de generieke module Destigmatisering binnen de organisatie | 34 (7) |
| Anders, namelijk: | 11 (2) |

Ten slotte is aan de hulpverleners gevraagd welke eerstvolgende stap op het gebied van destigmatisering in de GGZ zij zelf zouden willen zetten. Het meest genoemd werden: het onderwerp stigmatisering meer bespreekbaar maken binnen het team (en daarbij zorgen voor een cultuur waarbij mensen elkaar kunnen aanspreken op stigmatiserende gedragingen/houdingen) en zichzelf verdiepen in de beschikbare instrumenten en methodieken (e-learning) en in de generieke module Destigmatisering. Daarnaast werden genoemd: zelf werken aan meer bewustwording, zelfreflectie en openheid (ook over eigen ervaringen); voorlichting door of meer samenwerken met ervaringsdeskundigen rond dit thema; (zelf)stigma bespreken met cliënten; en meer aandacht vragen voor stigma op beleids- en samenlevingsniveau.

## 5.7 Samenvattend

Van de hulpverleners die aan de enquête hebben deelgenomen, is het merendeel werkzaam in een ambulante setting, bijna een derde werkt binnen een intramurale, klinische setting en een op de vijf in een beschermde woonvorm. Gemiddeld zijn ze 14 jaar werkzaam binnen de GGZ (incl. verslavingszorg). Zij zien bij cliënten vooral veel zelfstigma en stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, wijk). De negatieve gevolgen hiervan bij cliënten zijn vooral een negatief zelfbeeld en sociaal isolement/eenzaamheid.

Binnen de GGZ heeft stigmatisering volgens de hulpverleners vooral te maken met de focus op beperkingen (in plaats van op mogelijkheden en herstel) en het vermijden van risico's , de bejegening (betuttelend/beschermend) en het taalgebruik over cliënten tussen hulpverleners onderling. Vier op de tien hulpverleners geeft aan dat stigmatisering binnen het eigen team regelmatig tot vaak voorkomt. Zij geven stigmatisering in de GGZ gemiddeld een 6,7 op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem).

Stigmatisering door hulpverleners wordt nog weinig besproken, zowel binnen het team als tussen hulpverleners onderling. Ook door cliënten worden zij hier nog weinig op aangesproken. De eigen psychische problemen worden wel vaker besproken. Van de responderende hulpverleners heeft bijna twee derde zelf psychische klachten of een verslavingsprobleem gehad. Negen op de tien van hen heeft dit verteld aan een of meer collega's en/of cliënten.

Ongeveer de helft van de hulpverleners verwacht dat er binnen het team zeker bereidheid is om met destigmatisering aan de slag te gaan. De eigen bereidheid is veel groter: bijna driekwart wil zelf actief met destigmatisering aan de slag gaan. Bijna drie kwart van de hulpverleners is niet bekend met de generieke module Destigmatisering. Van de destigmatiserende methodieken kennen de hulpverleners vooral ervaringsdeskundigen die voorlichting geven over stigma, Wellness Recovery Action Plan (WRAP), psycho-

educatie met aandacht voor (zelf)stigma en de e-learning Destigmatiserend werken. Op de vraag wat volgens hen vooral zou helpen om stigmatisering in de GGZ te verminderen, noemen zij het normaliseren van psychische klachten, reflectie binnen het team/de organisatie op bejegening, houding en taalgebruik, en herstelgericht werken.

# 6 Samenvatting en conclusies

De contextmonitor van de Landelijke Monitor Ambulantisering 2019 richt zich op stigmatisering door hulpverleners in de GGZ (inclusief verslavingszorg). Dit zou wellicht een mede verklarende factor kunnen zijn in het achterwege blijven van substantiële verbeteringen in maatschappelijk herstel, met name in participatie in werk en de samenleving. Dit deelonderzoek is gericht op het beantwoorden van de volgende vragen:

1. Wat is stigmatisering door hulpverleners? Op welke manier uit zich dergelijke stigmatisering?
2. Welke ervaringen hebben hulpverleners en cliënten met dergelijke stigmatisering?
3. Hoe gaan hulpverleners om met eventuele waargenomen eigen stigmatisering of die van collega-hulpverleners? Hoe denken zij over concrete aanpakken om stigmatisering te verminderen?
4. Welke lessen zijn te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende onderzoeksmethoden gebruikt: literatuuronderzoek, interviews met experts, focusgroepen met mensen met een psychische aandoening, moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners, digitale peiling bij leden van het panel Psychisch Gezien (n=628), en een digitale enquête onder hulpverleners (n=471).

## 6.1 Vóórkomen en processen van stigmatisering

Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering in de GGZ regelmatig voorkomt. Ongeveer een kwart van de stigma-ervaringen van mensen met psychische problematiek is gelinkt aan stigmatisering in de GGZ, blijkt uit internationale gegevens. Nederlands onderzoek laat zien dat bijna een kwart van de cliënten zich gediscrimineerd voelt binnen de GGZ. Attitudes van GGZ-hulpverleners ten opzichte van (mensen met) psychische problematiek verschillen niet erg van attitudes in de algemene bevolking. De schaarse onderzoeken over de attitudes van Nederlandse GGZ-hulpverleners laten zien dat stigmatiserende attitudes voorkomen, al zijn de attitudes positiever dan verwacht op grond van buitenlandse studies.

Bij GGZ-hulpverleners spelen onderliggende processen van stigmatisering die tevens bij de algemene bevolking spelen, zoals:

- Sociale categorisering, sociale afstand, out-grouping (wij-zij denken);
- Cognities over geweld en gevaar door mensen met psychische problematiek;
- Cognities over controle over problematiek en eigen verantwoordelijkheid.

Daarnaast zijn er processen die specifiek bij (GGZ) professionals een rol spelen, zoals clinicians bias (een negatief gekleurd perspectief hebben over iemands perspectieven omdat zij mensen vooral in tijden van crisis en zorgelijke momenten zien), diagnostic overshadowing (fysieke problemen en andere typen problemen worden overschaduwd door de psychische aandoening en krijgen daardoor minder aandacht of worden over het hoofd gezien), iatrogeen stigma/labelling, stress die samengaat met negatieve attituden, behandelpessimisme (opvattingen over onbehandelbaarheid en gevoelens van machteloosheid) en opvattingen over openheid over eigen ervaringen.

## 6.2 Ervaringen van cliënten en hulpverleners

Uit de peiling bij leden van het panel Psychisch Gezien blijkt dat stigmatisering in het algemeen een veel voorkomend probleem is, driekwart van hen heeft hier de afgelopen twee jaar mee te maken gehad. Zowel panelleden als hulpverleners zien zelfstigma van cliënten als het belangrijkste probleem. Aangezien het bij zelfstigma gaat om geïnternaliseerd stigma (vanuit de samenleving), zegt dit niet alleen iets over de individuele cliënten, maar ook over de samenleving als geheel. Of zoals Holder e.a. (2019) aangeven: hoe meer mensen zich veroordeeld en onbegrepen voelen, hoe groter de kans dat ze zich deze opvattingen eigen maken (zelfstigma) en hoe kleiner de kans dat ze deelnemen aan behandeling en begeleiding/re-integratie.

Bij de andere vormen van stigmatisering verschilt het perspectief van cliënten enigszins van dat van de hulpverleners. Zo ervaren panelleden stigmatisering door familie en naasten - na zelfstigma - als belangrijkste probleem, hulpverleners zien stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, in de wijk) als belangrijkste probleem voor cliënten.

Zowel panelleden als hulpverleners geven aan dat stigmatisering binnen de GGZ niet tot de belangrijkste vormen van stigmatisering behoort. Dit neemt niet weg dat een aanzienlijk deel van de panelleden (ruim de helft) met stigmatisering in de GGZ te maken heeft gehad. Wat opvalt is dat hulpverleners hoger scoren op de vraag of het een probleem is dan cliënten: hulpverleners geven stigmatisering in de GGZ gemiddeld een 6,7 en panelleden een 5,4 (1=geen probleem, 10=groot probleem). Nadelige gevolgen die panelleden hiervan ondervinden zijn onder andere een negatief zelfbeeld, verminderd zelfvertrouwen en hoop op de toekomst, minder contacten, trager herstel en een lagere kwaliteit van leven.

Over de manier waarop stigmatisering door GGZ-hulpverleners tot uiting komt, verschillen de meningen van cliënten en hulpverleners enigszins. Panelleden benoemen hierbij vooral de afstandelijke houding en het taalgebruik van hulpverleners (betuttelend/beschermend) en de focus van hulpverleners op beperkingen en het vermijden van risico's, de bejegening (betuttelend/beschermend) en het taalgebruik over cliënten tussen hulpverleners onderling ('die borderliner'). Deze uitingsvormen komen overeen

met de in de literatuur genoemde aspecten, zoals behandelpessimisme, weinig oog voor herstel, de bejegening, het benadrukken van wij-zij verschillen (outgrouping) en in het taalgebruik mensen reduceren tot een medische diagnose (Castelein e.a., 2016).

De hulpverleners die panelleden het vaakst als stigmatiserende actor noemen, behoren tot de kernprofessies in de GGZ. Bijna de helft van de cliënten geeft aan door een psychiater te zijn gestigmatiseerd, gevolgd door een psycholoog/psychotherapeut en verpleegkundige/verpleegkundig specialist. Duiding hiervan is lastig. Betekent dit bijvoorbeeld dat psychiaters het meest stigmatiseren of spelen ervaren machtsverschillen tussen professional en cliënt hier de grootste rol? Naar verschillen tussen de beroepsgroepen is nog weinig onderzoek gedaan en het bestaande onderzoek geeft hierover geen uitsluitsel. Wel zijn er enkele aanwijzingen dat psychiaters gemiddeld genomen pessimistischer zijn over de behandeling en meer (negatieve) stereotype opvattingen hebben dan psychologen en verpleegkundigen (Schulze e.a., 2007).

Een kwart van de panelleden met stigma-ervaringen in de GGZ heeft hier nooit met iemand over gesproken. Ruim een derde heeft het met de betreffende hulpverlener zelf besproken.
Ook hulpverleners geven aan dat stigmatisering nog geen regelmatig terugkerend gespreksonderwerp is, dit geldt zowel binnen het team als tussen hulpverleners onderling. Wat opvalt is dat hulpverleners de eigen psychische problemen wel vaker bespreken. Van de responderende hulpverleners heeft bijna twee derde zelf psychische klachten of een verslavingsprobleem gehad. Negen op de tien heeft dit verteld aan een of meer collega's en/of cliënten.

## 6.3 Aanpak van stigmatisering in de GGZ

In de literatuur worden aanbevelingen gedaan om stigmatisering in de GGZ te voorkomen of te verminderen. Meer aansluiten bij de beleving van de cliënt in plaats van duiden vanuit het medische model, bewustwording van de impact van taalgebruik en gebruik van di-agnoses en het nemen van herstel als uitgangspunt voor het professionele handelen, zijn belangrijke aanbevelingen. Wat betreft de methoden om gedragsverandering bij professionals te bewerkstelligen, is contact met ervaringsdeskundigen van belang, evenals het onderwerp stigma bespreekbaar maken bij cliënten, binnen het team en in de organisatie (Van Weeghel e.a., 2016; NKO/Akwa, 2017). Bij de aanbevelingen valt op dat dit in essentie ook aanbevelingen zijn voor goede, herstelondersteunende zorg.

De aanbevelingen van de door ons geïnterviewde experts komen hier in grote lijnen mee overeen. Zij pleiten ervoor om klachten en verschijnselen zoveel mogelijk te normaliseren, om stigma bespreekbaar te maken (met behulp van programma's en interventies), en om aandacht te besteden aan het levensverhaal, de betekenisgeving

en de context van de cliënt. Het principe 'niets over ons, zonder ons', moet in de hele GGZ leidend zijn. Dat betekent onder meer dat hulpverleners altijd samen met cliënten (en hun familie) beslissen over de behandeling en dat zij ervaringskennis erkennen als een belangrijke bron van kennis. De experts zien als positieve ontwikkeling dat steeds meer hulpverleners zich kwetsbaar durven opstellen en hun persoonlijke ervaringen leren inzetten in hun professioneel handelen.

De uitkomsten van de enquête onder hulpverleners geven enige reden voor optimisme over de bereidheid om met destigmatisering aan de slag te gaan. Ongeveer de helft van de hulpverleners verwacht dat er binnen het team zeker bereidheid is om met destigmatisering aan de slag te gaan. De eigen bereidheid is veel groter: bijna driekwart wil zelf actief met destigmatisering aan de slag gaan. Mogelijk wordt dit beeld enigszins vertekend doordat naar verwachting vooral hulpverleners met affiniteit met het onderwerp aan de enquête hebben deelgenomen.

De door hulpverleners en cliënten genoemde maatregelen om stigmatisering binnen de GGZ te verminderen, komen grotendeels overeen met die van experts en hetgeen uit de wetenschappelijke literatuur naar voren is gekomen. Beide groepen benadrukken het belang van normalisering van psychische en verslavingsproblemen. Daarnaast pleiten zij voor terughoudendheid bij het gebruik van psychiatrische labels, meer herstelgericht werken en samen beslissingen nemen. Hulpverleners voegen hier nog de reflectie binnen het team (en de organisatie) op de eigen bejegening, houding en taalgebruik, aan toe.

## 6.4 Lessons learned

Welke lessen zijn er nu te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat stigmatisering binnen de GGZ een veelvormig en niet eenduidig probleem is. Wat wel of niet als stigmatiserend wordt ervaren, kan per cliënt, per hulpverlener en ook per situatie verschillen. Zo kan het advies van een hulpverlener aan een cliënt om niet te veel hooi op de vork te nemen in de ene situatie nuttig zijn (bijv. wanneer een cliënt herhaaldelijk de neiging heeft om over zijn grenzen te gaan) en binnen een andere context als (over)beschermend worden gezien (bijv. als een cliënt een eerste voorzichtige poging doet om iets te gaan ondernemen). In de laatste situatie komt de beschermende houding van de hulpverlener wellicht voort uit zijn pessimistische opvattingen over het verloop van het herstelproces bij psychische aandoeningen. Het complexe karakter maakt dat er geen snelle 'one size fits all' oplossingen mogelijk zijn. Destigmatiserend werken zal vooral een zoektocht (en wellicht soms een worsteling) zijn, waarvan het (gezamenlijk) reflecteren op het eigen professionele handelen een essentieel onderdeel uitmaakt.

Uit de enquêtes onder panelleden en hulpverleners komt het zelfstigma van cliënten als belangrijkste probleem naar voren. Daarom is het voor hulpverleners van belang om extra alert te zijn op (de effecten van) zelfstigma. Zelfstigma (h)erkennen gaat om het serieus nemen van de ervaringen van de cliënt en de betekenis die hij of zij eraan geeft. Mensen kunnen bijvoorbeeld overdreven negatieve verwachtingen hebben of de vooroordelen bij anderen overschatten. Een belangrijk punt in het omgaan met zelfstigma is hoe open iemand wil zijn over zijn of haar aandoening, ook wel 'disclosure' genoemd. Daarom is ondersteuning bij het geven van openheid belangrijk. Interventies die daarbij helpen zijn Coming out Proud (doorontwikkeld als Honest, Open and Proud) en de CORAL beslishulp. Daarnaast zijn veelbelovende behandelvormen beschikbaar om zelfstigma te verminderen en het zelfbeeld te versterken, zoals COMET[1], NECT[2], CGT[3] en ACT[4] (Staring e.a., 2016; NKO/Akwa, 2017).

Dat herstelprocessen en stigmatisering elkaar wederzijds beïnvloeden ligt voor de hand. Zoals stigma herstel kan belemmeren, kan herstel stigma ook uitdagen. Verwacht wordt dat het hersteldenken met zijn nadruk op hoop en zelfregie, een tegenwicht kan bieden tegen negatieve opvattingen over psychische aandoeningen. Zo kan het inzicht dat herstel wel mogelijk is, tot een kleinere sociale afstand leiden. De boodschap van herstel vormt daarom een onmisbaar onderdeel van een destigmatiseringsaanpak (Stuart e.a., 2012).

Het is aannemelijk dat herstelpraktijken gerund door ervaringsdeskundigen hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Zij stralen naar de buitenwereld de krachtige boodschap uit dat mensen kunnen herstellen en kunnen participeren in de samenleving. Dat betekent overigens niet dat het stigma verdwijnt als cliënten hersteld zijn. Er zijn geen aanwijzingen dat mensen die met succes een herstelprogramma hebben doorgemaakt minder vatbaar zijn voor publiek stigma. Dit maakt dat we er niet zonder meer van kunnen uitgaan dat het doormaken van een herstelproces of deelname aan een rehabilitatietraject vanzelf tot vermindering van (zelf)stigma zal leiden (Boumans & Van Weeghel, 2016).

Panelleden geven aan dat zij stigmatisering door familie en naasten - na zelfstigma – als de belangrijkste vorm van stigmatisering ervaren. Hieruit blijkt dat familieleden, evenals hulpverleners, zowel een destigmatiserende als een stigmatiserende rol kunnen vervullen. In de literatuur over stigmatisering van psychische problemen spelen familieleden en naasten tot nu toe een ondergeschikte rol. De schaarse studies richten zich vooral op het 'associative stigma' dat mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening ervaren wanneer zij voor hun naaste zorgen (zie o.a. Catthoor e.a., 2014). Onze bevindingen geven aanleiding om de rol van familie bij (de)stigmatisering meer

1 Competetive Memory Training
2 Narrative Enhancement and Cognitive Therapy
3 Cognitieve Gedragstherapie
4 Acceptance and Commitment Therapy

in de breedte voor het voetlicht te brengen door niet alleen aandacht te besteden aan hun rol als subject (iemand die gestigmatiseerd wordt), maar ook als object (iemand die stigmatiseert) en actor (iemand die een destigmatiserende rol kan spelen). Ook GGZ hulpverleners kunnen hieraan bijdragen, enerzijds door in het contact met de cliënt aandacht te besteden aan mogelijk stigmatiserende opvattingen in de directe omgeving van de cliënt en anderzijds door familieleden en naasten zoveel mogelijk mee te nemen in een herstelondersteunende en normaliserende omgang met de cliënt.

Stigmatisering is weliswaar geen totaal taboe meer binnen de GGZ, maar de bespreking van stigmatisering met de cliënt is nog zeker geen gemeengoed. Gezien de vele negatieve gevolgen zou stigmatisering een vast aandachtspunt moeten zijn binnen begeleidingsgesprekken en in casuïstiekbesprekingen. Tijdens begeleidingsgesprekken kan een hulpverlener (indien nodig) de cliënt inzicht bieden in de werking van (zelf) stigma en met de cliënt uitzoeken welke manieren van omgaan met stigma bij hem of haar passen. Ook kan de hulpverlener cliënten ondersteunen bij het vergroten van hun stigmaweerstand ('resilience').

Ook de bespreking van stigmatisering tussen hulpverleners onderling is nog geen gemeengoed. Reflectie op en uitwisseling over het eigen handelen binnen het team is hiervoor essentieel. Dit kan bijvoorbeeld binnen casuïstiekbesprekingen of moreel beraad bijeenkomsten of met behulp van interventies van Samen Sterk zonder Stigma (zoals de dialoogdag, de elearning Destigmatiserend werken, Beyond the label). Hierin kunnen vragen aan de orde komen als: is het team zich er van bewust dat we allemaal kunnen stigmatiseren? Hoe ziet dat er dan uit? Gebruiken we ook onderling respectvolle taal? Spreken we elkaar aan op stigmatiserende taal of attitudes? Wat kunnen we doen om meer openheid en acceptatie te creëren? Op deze manier kunnen GGZ-hulpverleners leren een bijdrage te leveren aan destigmatiserend communiceren over psychische aandoeningen.

# Bijlage 1 Geïnterviewde experts

| | |
|---|---|
| Dhr. Jaap van Weeghel | Kenniscentrum Phrenos |
| Mw. Suzan Oudejans | Kenniscentrum Phrenos |
| Mw. Luca Koppen | Samen Sterk Zonder Stigma |
| Mw. Gerdien Rabbers | Samen Sterk Zonder Stigma |
| Mw. Marieke Pijnenborg | Universiteit Groningen |
| Mw. Barbara Olthof | Cliëntenbelang Amsterdam / StigMAG |
| Mw. Louise Olij | HVO Querido |
| Mw. Clara Koek | GGZ NHN |
| Mw. Marianne van Bakel | HEE / Trimbos-instituut |
| Dhr. Gerard Lohuis | Buurtzorg T |

# Samenstelling begeleidingscommissie

Jaap van Weeghel (voorzitter) – Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg
Rina Beers – Federatie Opvang
Jan Berndsen - Lister
Linda van den Brink – RIBW Alliantie
Philippe Delespaul – Mondriaan, Universiteit Maastricht
Nicole Houdijk – Zorgverzekeraars Nederland
Gonne Kelder – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Ico Kloppenburg – Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Martijn Kole – Enik, Lister
Rob Laane – Zorgverzekeraar ASR
José Manshanden – GGD Amsterdam
Yvonne Moolenaar – GGZ Nederland
Jaap van der Rijst – Zorgverzekeraars Nederland
Elsbeth de Ruijter – GGZ inGeest, NVvP
Paulien Seeverens - Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Ellen Visser – Robert Giel Onderzoekscentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen
Nic Vos de Wael – Mind

# Referenties


Adstrat Consulting (2019). *GGZ Benchmark 2018*. Naarden: Adstrat Consulting.

AZW (2018). *Werkgevers-enquête 2018*. Den Haag: AZW.

Boekel, L. van (2015). Stigmatization of people with substance use disorders. Gevonden via: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/4848865/Van_Boekel_stigmatization_09_01_2015.pdf

Boumans, J. & Weeghel, J. van (2016). Destigmatisering in breder perspectief. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Castelein, S., Slooff, C., Boekel, L. van & Lohuis, C. (2016). Stigmatisering binnen de hulpverlening. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Catthoor, K., Schrijvers, D., Hutsebaut, J., Feenstra, D., Persoons, P., De Hert, M., Peuskens, J. & Sabbe, B. (2015). Associative stigma in family members of psychotic patients in Flanders: An exploratory study. *World J Psychiatr 2015, 5*(1), 118-125.

Charles, J. L. K. (2013). Mental health provider-based stigma: Understanding the experience of clients and families. *Social Work in Mental Health, 11*(4), 360–375.

Charles J.L.K., & Bentley K.J. (2018). Measuring mental health provider-based stigma: Development and initial psychometric testing of a self-assessment instrument. *Community Mental Health Journal, 54*(1):33-48.

Corrigan, P.W., Larson, J.E. & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the 'why try' effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry, 8*(2), 75-81.

Cuijpers, P. (2018). The challenges of improving treatments for depression. *JAMA, 320*, 2529-2530.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2018). *DJI in getal 2013-2017*. Den Haag: DJI.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2019). *Forensische zorg*. Den Haag: DJI.

Dijker, A.J. & Koomen, W. (1996). Stigmatisering van zieken en gehandicapten: Een integratie van cognitieve en emotionele componenten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 51*, 252-260.

Ernst & Young (2019). *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2019: Rating en rendement dalen door toegenomen verzuim en verloop*. Utrecht: Ernst & Young.

Finance Ideas (2019). *Zorgrating: Benchmark financiële prestaties zorginstellingen*. Utrecht: Finance Ideas.

Giel, R. (1984). Onze moeite met moeilijke mensen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 26*(4), 244 – 261.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gras, L.M., Swart, M., Slooff, C.J., Weeghel, J. van, Knegtering, H., & Castelein, S. (2015). Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: something to worry about? A pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 50*(2):299-306.

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P, Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry, 59*(1), 48-54.

Harris, J.I., Leskela, J., Lakhan, S., Usset, T., De Vries, M., Mittal, D., & Boyd, J. (2019). Developing Organizational Interventions to Address Stigma Among Mental Health Providers: A Pilot Study. *Community Mental Health Journal 55*(6):924-931.

Helmus, K., Kleine Schaars, I., Wieringa, H. Glint, E. de & Os, J. van (2019). Decreasing stigmatization: Reducing the discrepancy between 'us' and 'them'. An intervention for mental health professionals. *Frontiers in Psychiatry, 10, 243*, 1-8.

Henderson C., Noblett J., Parke H., Clement S., Caffrey A., Gale-Grant O., Schulze B., Druss B., & Thornicroft G. (2014). *Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Lancet Psychiatry, 1*(6):467-82.

Holder, S.M., Peterson, E.R. Stephens, R., Crandall, L.A. (2019). Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals. *Community Mental Health Journal, 55*, 369–374.

Hoof, F. van, Knispel, A., Hulsbosch, L., Lange, A. de, Michon, H. & Kroon, H. (2017). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2017*. Utrecht: Trim-bos-instituut.

https://azwstatline.cbs.nl/portal.html?_la=nl&_catalog=AZW

https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84053NED/table?ts=1571829996230

https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83782NED/table?fromstatweb

https://www.opvang.nl/site/item/meer-mensen-dan-ooit-in-daklozenopvang-en-beschermd-wonen

https://www.waarstaatjegemeente.nl/Jive?cat_open_code=c&presel_code=gmsd_h2_7&geoitem=centrumgem_bw106

https://www.zorgcijfersdatabank.nl/

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Toezicht op de ambulante ggz: Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen*. Den Haag: IGJ.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019). Ontwikkelingen toezicht op de ambulante ggz. Diverse regionale rapportages: https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/toezicht-op-ambulante-ggz. Den Haag: IGJ.

Kenniscentrum Phrenos (2019). *Verbeteren van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen: Landelijke lessen en best practices uit de taskforces EPA voor regionale samenwerking van de ggz en het sociaal domein gericht op herstel en burgerschap van mensen met een ernstige psychische aandoening.* Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Knaak, S., Modgill, G. & Patten, S.B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(10), 19-s26.

Koekkoek, B. (2017). *Verward in Nederland: Hoe we omgaan met mensen met een psychische stoornis.* Amsterdam: Lannoo Campus.

KPMG (2019). *Healthcheck: Ontwikkelingen binnen de healthcheck GGZ*. Amstelveen: KPMG.

Kroon, H., Knispel, A. & Hulsbosch, L. (2018). *Opbouw ambulante GGZ: Afspraken over de opbouw van ambulante zorg in de in- en verkoop voor 2018 (quickscan)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L., Lange, A. de, Boumans, J. & Oud, M. (2018). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363–385.

Muusse, C. & Rooijen, S. van (2015). *Freedom First: A Study of the Experiences with Community-based Mental Health Care in Trieste, Italy, and Its Significance for the Netherlands.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Netwerk Kennisontwikkeling GGZ (2017). *Generieke module Ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Netwerk Kennisontwikkeling GGZ.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz/Akwa (2017). *Generieke module destigmatisering*. Utrecht.

Onderzoeksraad voor veiligheid (2019). *Zorg voor veiligheid: Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving*. Den Haag: Onderzoeksraad voor veiligheid.

Place, C., Michon, H. & Hulsbosch L. (2015). *Mensenrechten. Bericht panel Psychisch Gezien. Het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problemen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Projectgroep, Couwenberg, C., & Weeghel, J. van (2014). Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Ring, D., & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 12*, 1–21.

Sastre-Rus, M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut, M.-T., Tomás-Sábado, J., & Zabaleta-Del-Olmo, E. (2019). Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *Journal of Advanced Nursing, 75*(9), 1838-1853.

Schultze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry, 19*(2): 137–155.

Significant (2018). *Ambulantisering in de GGZ: Waarnemingen vanuit actieonderzoek in een regio*. Barneveld: Significant.

Staring, T., Helmus, K., Krieke, L. van der (2016). Zelfstigma voorkomen en tegengaan. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Staring, T., Berg, D. van den, Schuurmans, H. & Vleugel, B. van der (2019). *Praten naast pillen: Krijgt de patiënt met psychose dat wel? Beschikbaarheid van standaardzorg Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp) anno 2019*. Utrecht: VGCt.

Stuart, H.L., Arboleda-Flórez, J & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. & the INDIGO Study Group (2009). Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet, 373*(9661), 408-415.

Veer, J.T.B. van 't, Sercu, C., Weeghel, J. van (2016). Stigmatisering van psychische problemen. In sociologische, sociaalpsychologische en psychiatrisch perspectief. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Vugt, van, M.D., Mulder, C.L., Bähler, M., Delespaul, Ph, Westen, K. & Kroon, H. (2018). Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment (F-ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 60*, 441-448.

Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Wang, K., Link, B.G., Corrigan, P.W., Davidson, L., & Flanagan, E. (2018). Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. *Psychiatry Research, 259*, 526-531.

# Afkortingen

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

Trimbos instituut

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

Deze rapportage doet verslag van de resultaten van het vijfde meetjaar van deze monitor: 2019.