A. Knispel, M.E. Haggenburg, F. van Hoof

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Landelijke Monitor Intramurale GGZ

Eerste meting - 2012

A. Knispel
M.E. Haggenburg
F. van Hoof

Landelijke Monitor Intramurale GGZ

Eerste meting - 2012

Trimbos-instituut, Utrecht, 2013

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financier
Ministerie van VWS

Projectleiding
F. van Hoof

Projectuitvoering
A. Knispel
M. Haggenburg

Met medewerking van
L. Hulsbosch

Stuurgroep
N. Schell, Ministerie van VWS
M. Jongeling, Ministerie van VWS
M. Oosterkamp, GGZ Nederland
E. Mulder, RIBW Alliantie
M. Potjens, Zorgverzekeraars Nederland
H. Noordtzij, Parnassia groep

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.

ISBN

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1257**

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

© 2013, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

1	**Inleiding**	**7**
2	**Opzet en methode**	**11**
2.1	Doelstelling en opzet	11
2.2	Vragenlijst	11
2.3	Dataverzameling en respons	12
3	**Resultaten van de eerste landelijke monitormeting - 2012**	**15**
3.1	Inleiding	15
3.2	Omvang van de totale intramurale capaciteit in 2012	15
3.3	Kenmerken intramurale voorzieningen	16
3.4	Intramuraal zorggebruik	19
3.5	Regionale spreiding	21
4	**Trends in omvang en gebruik van de intramurale GGZ 2010 - 2012**	**27**
4.1	Inleiding	27
4.2	Trends geïntegreerde GGZ-instellingen	27
4.3	Trends RIBW's	30
4.4	Expertraadpleging gesignaleerde trends	31
5	**Samenvatting en beschouwing**	**35**
Bijlage I	**Stuurgroep**	**39**
Bijlage II	**Rubrieken van de LMIG vragenlijst**	**41**
Bijlage III	**Deelnemende instellingen LMIG**	**43**
Bijlage IV	**Expertpanel**	**47**
Afkortingen		**49**

1 Inleiding

Intramurale GGZ in Nederland

Nederland beschikt in vergelijking tot andere Europese landen over een grote intramurale GGZ capaciteit. Tabel 1.1 geeft voor een aantal Europese landen een overzicht van de psychiatrische beddencapaciteit anno 2009 en van de ontwikkeling van die capaciteit in de voorafgaande decennia. Deze capaciteitscijfers laten zien dat in veel Europese landen het aantal psychiatrische bedden in de afgelopen periode fors is afgebouwd. In Nederland is die afbouw maar heel bescheiden geweest, waardoor Nederland, na België (en van de genoemde Europese landen) anno 2009 over de meeste psychiatrische bedden per 100.000 inwoners beschikt[1].

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

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

Bron: World Health Organization (2012). *WHO European Health for all database.* http://www.euro.who.int/hfadb.

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

Het beschermd wonen is in de WHO-cijfers niet meegenomen. In veel landen ging de afbouw van klinische GGZ-capaciteit gepaard met de opbouw van kleinschalige residentiële voorzieningen. Daarbij verliep de opbouw van deze residentiële voorzieningen doorgaans wel veel minder snel dan de

[1] Bij onderlinge vergelijking van nationale cijfers is altijd enige voorzichtigheid geboden. Ondanks scherpe definities vanuit de WHO kunnen exacte inclusiecriteria en de beschikbaarheid van gegevens tussen de landen uiteenlopen. Dat neemt niet weg dat, uitgaande van in de tijd gelijkblijvende criteria op nationaal niveau, in Nederland duidelijk minder intramurale capaciteit is afgebouwd dan in andere Europese landen.

afbouw van de klinische voorzieningen. Nederland neemt echter ook in deze ontwikkeling een uitzonderingspositie in: in Nederland zijn aanzienlijk meer plaatsen voor beschermd wonen opgebouwd dan er klinische plaatsen zijn afgebouwd.

Tabel 1.2 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de intramurale GGZ capaciteit in Nederland tussen 1993 en 2009, onderscheiden naar (verschillende circuits van) klinische beden en plaatsen voor beschermd wonen.

Tabel 1.2 Psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen in Nederland, 1993-2009

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

Bron: Hoof, F. van, M. van Vugt, A. Knispel, H. Kroon (2012). Bedden tellen. Afbouw van de intramurale GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 67, 6, 298-209.

* Op basis van jaarlijkse productiecijfers (verblijfdagen) AWBZ en ZVW, omgerekend naar plaatsen/plaatsen op basis van 100% bezetting (365 verblijfdagen is 1 bed); exclusief forensisch psychiatrische zorg

De tabel laat zien dat het aantal klinische plaatsen tussen 1993 en 2002 daalde en daarna weer steeg. De tabel laat ook zien dat met name het beschermd wonen hard is gegroeid. Tussen 1993 en 2009 verdrievoudigde de beschermd wonen capaciteit, met vooral in de laatste paar jaar een zeer forse groei. In totaal daalde de intramurale capaciteit (dus inclusief beschermd wonen) tussen 1996 en 2002 licht, maar daarna groeide de totale capaciteit met bijna een derde (periode 2002-2009).

Beleidsontwikkelingen

Verklaringen voor de trends in de capaciteit van de intramurale GGZ in Nederland worden over het algemeen meer gezocht in algemene beleidsontwikkelingen, dan in epidemiologische ontwikkelingen. Nederland heeft nooit een erg directief afbouwbeleid gekend. Het jaar 2010 lijkt wat dit betreft een keerpunt te zijn. In dat jaar werd de wenselijkheid van beddenreductie nadrukkelijk verwoord in beleidsdocumenten van de landelijke overheid. Inmiddels is de beddenafbouw uitgegroeid tot het kernthema van een *Bestuurlijk Akkoord* tussen overheid, aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties over de toekomst van de GGZ (Ministerie van VWS, *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2012-2014,* Den Haag, 2012). In dit *Bestuurlijk Akkoord* spreken de betrokken partijen onder andere af dat de totale intramurale capaciteit van de GGZ in 2020 met een derde zal zijn afgebouwd ten opzichte van de capaciteit in 2008.

Om deze omvangrijke zorgtransitie goed te kunnen volgen zijn de betrokken partijen overeengekomen dat het Trimbos-instituut de gedeeltelijke afbouw van de intramurale GGZ de komende jaren intensief zal volgen door middel van een monitor, de *Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG)*. Met de LMIG zullen jaarlijks gegevens worden gegenereerd en geanalyseerd over de omvang, de aard en het gebruik van intramurale GGZ voorzieningen in Nederland. Deze jaarlijkse metingen ma-

ken het mogelijk de voortgang van en de trends in het afbouwproces nauwlettend te volgen en het proces waar nodig bij te sturen.

Het Trimbos-instituut voert de LMIG uit en wordt daarin bijgestaan door een stuurgroep met vertegenwoordigers van de instellingen, GGZ Nederland, de RIBW Alliantie, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS (zie Bijlage I voor de samenstelling van de stuurgroep).

In dit rapport wordt verslag gedaan van de eerste meting van de LMIG. In hoofdstuk 2 wordt de opzet van de monitor beschreven. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd van de eerste landelijke meting over 2012. Hoofdstuk 4 gaat, op basis van eerdere metingen bij een deel van de monitordeelnemers, in op een aantal trends in de periode 2010 - 2012. Hoofdstuk 5 geeft een samenvatting van en een korte beschouwing over de belangrijkste bevindingen.

2 Opzet en methode

2.1 *Doelstelling en opzet*

Het doel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG) is het jaarlijks genereren van gegevens over de omvang, de aard en het gebruik van de intramurale GGZ in Nederland. De monitor heeft betrekking op alle ZVW- (Zorgverzekeringswet), AWBZ- (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en DJI- (Dienst Justitiële Inrichtingen) gefinancierde intramurale GGZ, inclusief beschermd wonen.

Het belangrijkste onderdeel van de monitor is de jaarlijkse uitvraag van gegevens bij GGZ organisaties. Dit gebeurt met een vragenlijst. (In de volgende paragraaf wordt de ontwikkeling en inhoud van deze vragenlijst beschreven.) Om zo veel mogelijk instellingen met intramurale GGZ capaciteit te includeren in de monitor en tegelijkertijd organisaties met een relatief kleine intramurale capaciteit niet onnodig te belasten met het invullen van de (omvangrijke) vragenlijst is er, in samenspraak met de stuurgroep, voor gekozen om uitsluitend de leden van GGZ Nederland met intramurale capaciteit te includeren[1]. Voor gegevens over instellingen die wel intramurale GGZ leverden in 2012 maar niet geïncludeerd zijn in de primaire dataverzameling van de LMIG, werd de DigiMV[2] geraadpleegd.

2.2 *Vragenlijst*

De primaire dataverzameling van de LMIG vindt plaats door middel van een vragenlijst over de AWBZ-, ZVW- en DJI- gefinancierde intramurale capaciteit, inclusief beschermd wonen. De vragenlijst is doorontwikkeld op basis van een vragenlijst die eerder werd gebruikt voor de Monitor Intramurale GGZ van de Raden van Bestuur voor Reductie van Plaatsen (RvB²)[3]. De monitor van de RvB² werd door het Trimbos-instituut uitgevoerd in opdracht van 33 organisaties die zich hadden verenigd in de RvB². Met deze monitor werd de intramurale capaciteit in 2010 en 2011 van de aangesloten organisaties in kaart gebracht. De 'RvB² vragenlijst' kwam in samenspraak met vertegenwoordigers van de betrokken instellingen tot stand. Deze vragenlijst is op enkele punten aangepast voor de LMIG en vastgesteld in samenspraak met de LMIG stuurgroep.

De uitvraag voor de LMIG vindt in hoofdzaak op instellingsniveau plaats, gespecificeerd naar typen voorzieningen en naar locatie van de voorzieningen (gemeenten). De belangrijkste meeteenheid is de 'gerealiseerde productie' (uitgedrukt in verblijfdagen). De onderzoekers hebben op geleide van de ervaringen in de RvB2- monitor en in samenspraak met stuurgroep voor deze maat gekozen vanwege de eenduidigheid en betrouwbaarheid ervan. Voor de leesbaarheid van het rapport worden de pro-

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

[2] DigiMV is het voorgestructureerde deel van het jaardocument voor zorginstellingen over de feitelijke productiegegevens, capaciteitsgegevens etc.. DigiMV-gegevens worden landelijk verzameld en in een centraal bestand opgeslagen door het CIBG. Het aanleveren van de DigiMV-gegevens uit het jaardocument ten behoeve van dit centrale CIBG-bestand is verplicht (tenzij uitdrukkelijk anders vermeld).

[3] De RvB² werd in 2010 opgericht en is in 2013 weer opgeheven.

ductiedagen omgerekend tot intramurale plaatsen[1] volgens de formule dat in 2012 366 verblijfdagen gelijk stonden aan één plaats.

De volledige vragenlijst bestaat uit de volgende rubrieken (zie ook bijlage II):
A. Productie en gebruik ZVW-gefinancierde intramurale zorg
B. Productie en gebruik AWBZ-gefinancierde intramurale zorg
C. Productie en gebruik DJI-gefinancierde intramurale zorg
D. Opbrengsten intramurale zorg
E. Overige kenmerken intramurale zorg
F. Capaciteit per gemeente
G. Productie en gebruik ambulante zorg

2.3 *Dataverzameling en respons*

78 leden van GGZ Nederland (de leden met intramurale capaciteit) zijn benaderd om deel te nemen aan de primaire dataverzameling van de LMIG. Drie instellingen gaven aan niet mee te willen werken. Vier instellingen bleken niet in staat om de gegevens tijdig aan te leveren. Uiteindelijk retourneerden 71 organisaties de vragenlijst, een responsrate van 91 % (zie Bijlage III voor een overzicht van de organisaties die deelnamen).

De aangeleverde data zijn door de onderzoekers van het Trimbos-instituut uitvoerig gecheckt. In deze fase van het project is er uitgebreid contact geweest tussen de onderzoekers en de (meeste) contactpersonen van de instellingen voor de LMIG.

In het ledenbestand van GGZ Nederland zijn vijf typen instellingen te onderscheiden: geïntegreerde GGZ-instellingen, RIBW's, gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg en gespecialiseerde forensische psychiatrische centra. Elk van deze typen instellingen is goed vertegenwoordigd in de dataset van de LMIG. Alleen voor de verslavingszorginstellingen geldt dat in iets mindere mate: van de tien benaderde verslavingszorginstellingen leverden er zes data aan voor de monitor. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen, gerangschikt naar type instelling.

Tabel 2.1 Typering deelnemende instellingen

	Aantal
Geïntegreerde GGZ-instelling	30
RIBW	20
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10
Verslavingszorginstelling	6
Forensisch psychiatrisch centrum*	5
Totaal	**71**

* Exclusief de FPK's die onderdeel zijn van een geïntegreerde instelling.

[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.

Om zicht te krijgen op het aandeel van de deelnemende organisaties in de totale intramurale GGZ capaciteit in Nederland (exclusief PAAZ- en Puk capaciteit), zijn analyses uitgevoerd op de data van de DigiMV[1]. Deze analyses wijzen uit dat de deelnemende GGZ-instellingen een zeer groot deel van de totale ZVW en AWBZ gefinancierde intramurale dagen produceerden, namelijk afgerond 87 %. De overige intramurale capaciteit was voor rekening van de zeven non-responderende leden van GGZ Nederland (tezamen afgerond zes % van de landelijke productie) en de 41, doorgaans erg kleine intramurale GGZ-aanbieders die geen lid zijn van GGZ Nederland (tezamen ook afgerond zes % van de landelijke productie).

[1] De data van de DigiMV 2012 waren ten tijden van de analyses van het project niet beschikbaar. Daarom zijn de gegevens van de DigiMV2011 gebruikt.

3 Resultaten van de eerste landelijke monitormeting - 2012

3.1 *Inleiding*

De dataverzameling van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ heeft geresulteerd in een omvangrijk databestand over de omvang, aard en het gebruik van de intramurale GGZ voorzieningen in 2012. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze eerste landelijke monitor meting beschreven.

3.2 *Omvang van de totale intramurale capaciteit in 2012*

De 71 GGZ organisaties die deelnemen aan de LMIG produceerden in 2012 tezamen 12.510.951 verblijfdagen, omgerekend 34.183 plaatsen. De overige GGZ organisaties produceerden tezamen, afgaande op data van DigiMV en DJI, naar schatting ruim 5.800 plaatsen. In totaal beschikten de intramurale GGZ voorzieningen over ruim 40.000 plaatsen. Tabel 3.1 bevat het totaaloverzicht van de cijfers van de intramurale GGZ capaciteit in 2012.

Tabel 3.1 Intramurale GGZ capaciteit GGZ 2012

	ZVW plaatsen	AWBZ plaatsen	DJI plaatsen	Totaal aantal plaatsen
Deelnemende organisaties LMIG (n=71)* (alle lid van GGZ NL)	9.461**	22.733	1.989	34.183
Non-responderende leden GGZ NL (n=7) ***	669	1.646	214****	2.529
Restgroep (n=43)***	840	1.581	133****	2.554
PAAZ/PUK (n=28)***	758	*****	*****	758
Totaal	**11.728**	**25.960**	**2.336**	**40.024**

* Bron: LMIG
** Inclusief afwezigheidsdagen
*** Bron: DigiMV
**** Bron: DJI
***** De klinische verpleegdagen van de PAAZ/Puk-en zijn alle gerekend tot de ZVW gefinancierde intramurale GGZ

In het vervolg van dit rapport concentreren we ons op de gegevens over de intramurale voorzieningen van deelnemers aan de LMIG (tenzij anders vermeld).

3.3 *Kenmerken intramurale voorzieningen*

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van kenmerken van het in 2012 beschikbare intramurale GGZ-aanbod van de LMIG-deelnemers in termen financieringskaders, typen aanbieders, zorgcircuits en concentratie en functionele setting van de voorzieningen.

Type instelling en financieringskaders
Gespecificeerd naar type instelling en financieringskader zien de capaciteitscijfers van de instellingen die deelnamen aan de LMIG er als volgt uit:

Tabel 3.2 Intramurale capaciteit gespecificeerd naar type instelling

	ZVW		**AWBZ-Voortgezet Verblijf**		**AWBZ BW**		**DJI**		**Totaal**	
	Plaatsen	*%*	*Plaatsen*	*%*	*Plaatsen*	*%*	*Plaatsen*	*%*	*Plaatsen*	*%*
Geïntegreerde GGZ-instelling	8.124	85,9	8.124	90,2	4.077	29,7	893	44,9	21.218	62,1
RIBW	1	0,0	287	3,2	9.200	67,1	89	4,5	9.577	28,0
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	499	5,3	244	2,7	16	0,1	0	0,0	760	2,2
Verslavingszorginstelling	835	8,8	356	4,0	428	3,1	163	8,2	1.782	5,2
Forensisch Psychiatrisch Centrum	2	0,0	0	0,0	0	0,0	844	42,4	846	2,5
Totaal	**9.461**	**100**	**9.011**	**100**	**13.721**	**100**	**1.989**	**100**	**34.183**	**100**

De tabel laat zien dat in 2012 het grootste deel van de intramurale plaatsen vanuit de AWBZ gefinancierd werd, namelijk circa tweederde. Het merendeel daarvan betreft BW-plaatsen (circa 40 % van de totale productie). ZVW-plaatsen en AWBZ-plaatsen voor voortgezet verblijf maken elk (ruim) een kwart van het totaal aantal plaatsen uit. DJI-gefinancierde plaatsen beslaan circa 6 % van de totale capaciteit. Kijken we naar de productie per type in stelling dan zien we dat de geïntegreerde instellingen en de RIBW's tezamen circa 90 % van de totale productie voor hun rekening nemen. De gespecialiseerde instellingen komen samen tot een aandeel van 10 %.

Opbrengsten
Gegevens over het aandeel van de intramurale zorg in de totale opbrengsten van de instellingen, geven het volgende beeld te zien:

Tabel 3.3 Aandeel opbrengsten ambulante en intramurale productie per financieringskader in totale opbrengsten 2012 in percentages

	Intra-murale ZVW	Intra-murale AWBZ	Intra-murale DJI	*Totaal intra-muraal aandeel*	Ambu-lante ZVW	Ambu-lante AWBZ	Ambu-lante DJI	*Totaal ambu-lant aandeel*	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	23,8	24,9	3,2	*51,9*	44,6	3,0	0,5	*48,1*	100
RIBW	0,1	77,5	2,7	*80,2*	0,0	16,9	2,8	*19,7*	100
Instelling voor kinder- en jeugd-psychiatrie	25,8	13,8	0,0	*39,6*	57,1	3,3	0,1	*60,5*	100
Verslavingszorg-instelling	36,9	19,1	8,4	*64,4*	25,3	7,4	2,9	*35,6*	100
Forensisch Psychiatrisch Centrum	0,0	0,0	67,3	*67,3*	5,5	0,0	27,2	*32,7*	100

Tabel 3.3 laat zien dat bij geïntegreerde GGZ-instellingen, gemiddeld genomen, ruim de helft van de opbrengsten werd voortgebracht door intramurale productie. Bij de RIBW's was dit gemiddeld genomen 80 %. Ook bij de gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg en de forensisch psychiatrische centra was de intramurale productie in 2012 een grotere bron van inkomsten dan de ambulante productie. Alleen bij de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie werden er meer opbrengsten gegenereerd door de ambulante productie dan door de intramurale productie.

Zorgcircuits

De NZa onderscheidt zorgcircuits ('deelmarkten') voor volwassenen en ouderen, beschermd wonen, kinderen en jeugd, verslavingszorg en forensische psychiatrische zorg. De indeling naar circuits loopt niet volledig parallel aan de indeling naar typen instelling; bijvoorbeeld intramurale zorg in de circuits voor kinderen en jeugd, verslavingszorg of beschermd wonen, wordt niet alleen geboden door desbetreffende gespecialiseerde instellingen, maar ook door geïntegreerde instellingen. Aan de deelnemende GGZ-organisaties is gevraagd hoeveel verblijfdagen er per circuit zijn geproduceerd in 2012.

Tabel 3.4 Totale capaciteit per zorgcircuit

	Plaatsen	Percentage van het totaal
Volwassenen & ouderen	13.986	42%
Kinderen & jeugd	1.126	3%
Verslaving	1.978	6%
FPZ+DJI	2.429	7%
Beschermd wonen	13.721	41%
Totaal	**33.240***	**100%**

* Dit totaal is lager dan het totaal in Tabel 3.1 doordat enkele instellingen niet alle verblijfdagen aan circuits konden toewijzen

Tabel 3.4 laat zien dat de instellingen de meeste intramurale productie leverden in de circuits Volwassen & ouderen en Beschermd wonen, met elk een aandeel van ruim 40 % in de totale productie. De overige circuits namen samen circa een zesde van de totale intramurale productie voor hun rekening.

Concentratiegraad en functionele setting
Bij de geïntegreerde GGZ-instellingen bevindt 38 % van de plaatsen zich op een locatie met meer dan 200 plaatsen. Bij de overige instellingen is de concentratiegraad lager. Bij de RIBW's bevindt 69 % van de plaatsen zich op locaties met minder dan 20 plaatsen. De FPC's, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en de instellingen voor verslavingszorg hebben vooral plaatsen op middelgrote locaties, met tussen de 20 en 200 plaatsen (respectievelijk 71, 87 en 86 % van het totaal aantal plaatsen).

Tabel 3.5 geeft een overzicht van de verdeling van de capaciteit over de klinische opnamevoorzieningen en woonvoorzieningen (waarbij voortgezet verblijf in de AWBZ een klinische opnamefunctie of een woonfunctie kan hebben).

Tabel 3.5 Functionele setting intramurale voorzieningen in percentages

	Klinische opnamevoorzieningen	Groepswoonvoorzieningen	Individuele woonvoorzieningen	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	63,4	25,4	11,2	100
RIBW	0,0	59,2	40,8	100
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	73,0	24,7	2,3	100
Verslavingszorginstelling	53,1	35,8	11,1	100
Forensisch Psychiatrisch Centrum	95,2	3,9	0,9	100
Totaal	**45,1**	**35,4**	**19,5**	**100**

De tabel laat zien dat iets minder dan de helft van het totaal aantal plaatsen getypeerd wordt als een klinische opnamevoorziening. Bij de geïntegreerde GGZ-instellingen is het aandeel klinische opnamevoorzieningen bijna twee derde. De FPC's beschikken nagenoeg uitsluitend over plaatsen met een klinische opnamefunctie en ook bij instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie zijn de klinische plaatsen sterk vertegenwoordigd. De tabel laat ook zien dat meer dan helft van de intramurale plaatsen getypeerd wordt als woonvoorziening en dat het daarbij in ruim een derde van gevallen om individuele woonvoorzieningen gaat. De RIBW's beschikten (vanzelfsprekend) uitsluitend over woonvoorzieningen, maar ook bij de verslavingszorginstellingen is het aandeel woonvoorzieningen met ruim 47 % relatief groot.

Open en gesloten plaatsen

Uit de LMIG dataset blijkt dat de deelnemende instellingen in 2012 tezamen over ruim 3000 ZVW- of AWBZ-gefinancierde plaatsen op gesloten afdelingen beschikten. Dat is circa een zesde van de totale intramurale capaciteit binnen de ZVW en het voortgezet verblijf (AWBZ exclusief BW).

3.4 *Intramuraal zorggebruik*

Tabel 3.6 laat zien dat in 2012 in totaal ruim 57.000 cliënten instroomden in de intramurale voorzieningen van de deelnemende GGZ-organisaties. Daarvan stroomden ruim 46.000 mensen in via de ZVW, bijna 8.000 via de AWBZ en ruim 3.000 via de DJI. Verreweg het grootst deel van de instroom vond plaats bij de geïntegreerde instellingen.

Tabel 3.6 Aantal ingestroomde cliënten 2012

	ZVW	AWBZ	DJI	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	40.700	4.057	1.777	46.534
RIBW	5	1.847	75	1.927
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	1.395	238	0	1.633
Verslavingszorginstelling	4.490	1.623	527	6.640
Forensisch Psychiatrisch Centrum	4	0	657	661
Totaal	**46.594**	**7.765**	**3.036**	**57.395**

Tabel 3.7 geeft een overzicht van de verblijfsduur van uitgestroomde intramurale ZVW-cliënten. De tabel laat zien dat op het moment van ontslag, de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen is geweest. Bij de geïntegreerde instellingen werd één op vijf cliënten al binnen een week ontslagen. Circa één op de tien cliënten is bij ontslag meer dan een half jaar opgenomen geweest.

Tabel 3.7 Verblijfsduur uitgestroomde intramurale ZVW-cliënten in percentages

	1 tot 7 dagen	8 tot 30 dagen	31 tot 90 dagen	91 tot 168 dagen	168 tot 252 dagen	252 tot 265 dagen	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	20,9	30,1	28,9	11,7	4,9	3,5	100
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	13,0	25,9	27,2	20,7	10,7	2,5	100
Verslavingszorginstelling	13,1	33,3	24,1	17,8	7,9	3,8	100
Totaal	**20,1**	**30,2**	**28,5**	**12,4**	**5,3**	**3,5**	**100**

Tabel 3.8 geeft een overzicht van de verblijfsduur van 'AWBZ-cliënten' op peildatum. De tabel laat zien dat zowel bij de geïntegreerde GGZ-instellingen als de RIBW's een relatief groot deel - bijna de helft - van de cliënten al langer dan vier jaar in de instelling verblijft (daarbij is er binnen geïntegreerde GGZ-instellingen zowel in het voortgezet verblijf als het beschermd wonen een grote groep langverblijvers). In de instellingen voor verslavingszorg verbleven de meeste 'AWBZ-clienten' op peildatum maximaal twee jaar.

Tabel 3.8 Verblijfsduur aanwezige intramurale AWBZ-clienten op peildatum in percentages

	<1 jaar	1 tot 2 jaar	2 tot 4 jaar	> 4 jaar	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	17,2	19,7	18,2	44,9	100
RIBW	22,4	14,8	22,3	40,6	100
Verslavingszorginstelling	36,3	41,3	18,6	3,9	100

Verdeling ZVW productie naar diagnosegroepen

Aan de deelnemende organisaties is gevraagd gegevens aan te leveren over de intramurale ZVW-productie en intramurale instroom in 2012 per DBC-diagnosegroep. Tabel 3.9 geeft een overzicht van het aandeel van de vijf meest voorkomende hoofddiagnosegroepen in de intramurale ZVW-productie.

Tabel 3.9. Aandeel DBC Hoofddiagnosegroepen in de intramurale productie

Diagnose	Percentage
Schizofrenie	26
Depressie	13
Persoonlijkheidsstoornissen	9
Aan alcohol gebonden stoornissen	9
Aan overige middelen verbonden stoornissen	7

Uit Tabel 3.9 blijkt dat met een aandeel van ruim een kwart, de diagnosegroep 'schizofrenie' het grootste beroep deed op de ZVW gefinancierde intramurale capaciteit. Ook in de instroom had deze diagnosegroep het grootste aandeel.

Verdeling AWBZ productie naar zorgzwaartepakketten

Voor de AWBZ-gefinancierde intramurale zorg zijn gegevens verzameld over de productie per geïndiceerde zorgzwaarte van de betreffende AWBZ-clienten. Van alle ZZP-dagen bestond ongeveer een derde uit dagen voor voortgezet verblijf en twee derde uit dagen voor beschermd wonen. Bij de B-pakketten bedroeg het aandeel van de zwaardere pakketten (vanaf ZZP B4) 87 % van de productie, waarbij ZZP 5B met 41 % het grootste aandeel voor zijn rekening nam (zie Tabel 3.10). Bij de C-pakketten bedroeg van het aandeel van de zwaardere pakketten (vanaf ZZP 4C) ruim een derde van de productie. ZZP 3C neemt binnen de C-pakketten bijna de helft van de productie voor zijn rekening.

Tabel 3.10 Aandeel ZZP pakketdagen in respectievelijk het totaal aantal B- en C-dagen, in percentages

B-pakketten	Percentage
ZZP 1B	0,2
ZZP 2B	1,8
ZZP 3B	10,7
ZZP 4B	15,8
ZZP 5B	40,8
ZZP 6B	12,9
ZZP 7B	17,9
Totaal	**100**
C-pakketten	**Percentage**
ZZP 1C	2,1
ZZP 2C	13,3
ZZP 3C	47,8
ZZP 4C	21,9
ZZP 5C	13,0
ZZP 6C	1,9
Totaal	**100**

3.5 *Regionale spreiding*

Naast de landelijke cijfers die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven, heeft de LMIG ook cijfers gegenereerd over de intramurale GGZ-capaciteit per gemeente. Deze gemeentelijke cijfers maken het mogelijk om voor elke gewenste regio-indeling een geografisch overzicht te maken van de totale intramurale GGZ-capaciteit van de in de betreffende regio's opererende instellingen. Voor deze rapportage hebben wij gekozen voor een overzicht van de capaciteit per zorgkantoorregio en in de vier grote steden.

Tabel 3.11 op de volgende pagina's geeft een overzicht per zorgkantoorregio van respectievelijk het aantal inwoners, het aantal intramurale GGZ-plaatsen, het aantal plaatsen per 100.000 inwoners in de regio, het aantal aanwezige intramurale instellingen in de regio en het aantal plaatsen per instelling. De cijfers zijn gebaseerd op de ZVW-, AWBZ- (inclusief BW) en DJI-gefinancierde intramurale GGZ-productie van de LMIG-deelnemers. Ook geïncludeerd in de tabel zijn de intramurale GGZ-productiecijfers van de PAAZ-en en PUK-en (op basis van de DigiMV). Figuur 1 geeft een geografische weergave van de cijfers uit tabel 3.11. In tabel 3.12 zijn de capaciteitscijfers voor de vier grote gemeenten opgenomen.

Tabel 3.11 en Figuur 1 laten zien dat de regionale capaciteitsverschillen in de intramurale GGZ groot zijn. Bij een gemiddelde van 240 plaatsen per 100.000 inwoners (inclusief PAAZ- en PUK) varieert dat aantal van 88 plaatsen in de regio met de laagste capaciteit tot 428 plaatsen in de regio met de hoog-

ste capaciteit. Kijken we naar de vier grote steden, in tabel 3.12, dan zien we dat vooral Den Haag eruit springt met een relatief hoog aantal plaatsen per 100.000 inwoners. De gemeente Utrecht beschikt over een relatief gering aantal plaatsen per 100.000 inwoners.Verklaringen voor de geografische capaciteitsverschillen liggen in uiteenlopende historische ontwikkelingen in de regio's, verschillen in aanvang en intensiteit van het ambulantiseringsbeleid van de betrokken instellingen en de aanwezigheid van bovenregionale, specialistische voorzieningen.

Tabel 3.11 Intramurale GGZ-plaatsen per 100.000 inwoners per zorgkantoorregio in 2012*

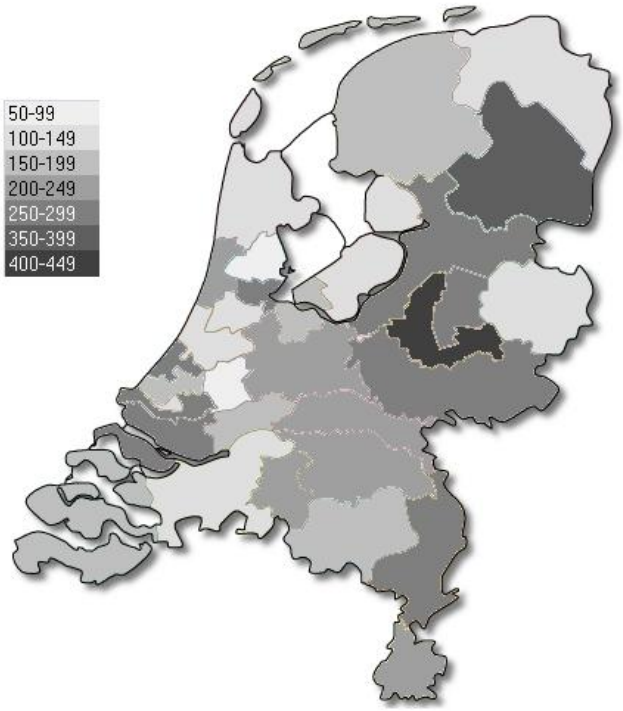
Zorgkantoorregio	Inwonertal	Intramurale GGZ-plaatsen	Aantal plaatsen per 100.000 inwoners	Type instelling	Aantal instellingen	Aantal plaatsen per type instelling
Amstelland en De Meerlanden	300663	366	122	GGZ	3	239
				RIBW	1	127
Amsterdam	824568	2107	255	GGZ	2	902
				Jeugd	1	69
				RIBW	2	1112
				PAAZ	1	24
Apeldoorn/Zutphen	309820	1325	428	GGZ	1	695
				RIBW	1	393
				Verslaving	2	237
Arnhem	923852	2449	265	Forensisch	1	114
				GGZ	6	1280
				Jeugd	2	158
				RIBW	3	688
				Verslaving	2	152
				PAAZ	2	57
Delft/Westland/Oostland	327007	509	156	GGZ	3	270
				RIBW	1	240
Drenthe	489885	1866	381	GGZ	4	1221
				Jeugd	2	50
				RIBW	1	440
				Verslaving	1	139
				PAAZ	1	16
Flevoland	203214	276	136	GGZ	1	90
				RIBW	1	164
				Verslaving	1	22
Friesland	646817	1081	167	GGZ	2	1043
				Verslaving	1	22
				PAAZ	1	16
Groningen	581650	765	131	GGZ	1	618
				Jeugd	1	12
				Verslaving	1	70
				PAAZ	1	65
Haaglanden	774203	2080	269	GGZ	2	1296
				Jeugd	1	71
				RIBW	2	713
Kennemerland	417522	979	234	GGZ	3	533
				RIBW	1	446

Zorgkantoorregio	Inwonertal	Intramurale GGZ-plaatsen	Aantal plaatsen per 100.000 inwoners	Type instelling	Aantal instellingen	Aantal plaatsen per type instelling
Midden-Brabant	436205	925	212	GGZ	1	346
				RIBW	1	534
				PAAZ	2	44
Midden-Holland	238722	210	88	GGZ	2	99
				RIBW	1	111
Midden-IJssel	176482	466	264	GGZ	1	341
				RIBW	2	80
				Verslaving	2	45
Nieuwe Waterweg Noord	179199	240	134	GGZ	1	79
				RIBW	1	161
Nijmegen	512536	1166	228	GGZ	4	452
				Jeugd	1	36
				RIBW	2	440
				Verslaving	2	191
				PAAZ	2	48
Noord- en Midden-Limburg	490893	1312	267	Forensisch	1	142
				GGZ	2	718
				Jeugd	1	45
				RIBW	1	375
				PAAZ	1	32
Noord-Holland Noord	611035	803	131	GGZ	3	635
				Jeugd	1	66
				RIBW	1	102
Noordoost-Brabant	650461	1434	221	GGZ	2	1434
Rotterdam	710623	1926	271	Forensisch	1	14
				GGZ	4	888
				RIBW	1	519
				Verslaving	1	437
				PAAZ	1	68
’t Gooi	449089	850	189	Forensisch	1	147
				GGZ	1	279
				RIBW	2	383
				Verslaving	1	24
				PAAZ	1	17
Twente	626771	852	136	Forensisch	1	13
				GGZ	2	332
				Jeugd	1	33
				RIBW	1	359
				Verslaving	1	46

Zorgkantoorregio	Inwonertal	Intramurale GGZ-plaatsen	Aantal plaatsen per 100.000 inwoners	Type instelling	Aantal instellingen	Aantal plaatsen per type instelling
Twente (vervolg)				PAAZ	2	68
Utrecht	1276851	2845	223	GGZ	5	1392
				Jeugd	1	73
				RIBW	2	1213
				Verslaving	1	122
				PAAZ	2	46
Waardenland	398596	737	185	GGZ	2	500
				Verslaving	2	217
				PAAZ	1	20
West-Brabant*	690277	689	100	GGZ	3	620
				PAAZ	2	69
Zaanstreek/Waterland	325358	306	94	GGZ	1	71
				RIBW	1	195
				PAAZ	2	40
Zeeland	381069	664	174	GGZ	2	630
				RIBW	1	33
Zuid-Holland Noord	529826	741	140	GGZ	1	686
				Jeugd	1	56
Zuid-Hollandse Eilanden	404825	1157	286	Forensisch	1	160
				GGZ	4	814
				RIBW	1	169
				Verslaving	1	13
Zuid-Limburg	605865	1261	208	Forensisch	1	64
				GGZ	2	897
				RIBW	1	258
				PAAZ	2	43
Zuidoost-Brabant	745009	1247	167	GGZ	2	1207
				PAAZ	2	41
Zwolle	539132	1552	288	Forensisch	1	191
				GGZ	3	853
				Jeugd	2	36
				RIBW	1	384
				Verslaving	2	44
				PAAZ	2	44

* Voor één regio ontbreken de gegevens van een grote regionale instelling

Figuur 1. Intramurale GGZ-plaatsen per 100.000 inwoners per zorgkantoorregio in 2012



Tabel 3.12 Intramurale GGZ-plaatsen per 100.000 inwoners in de vier grote steden in 2012*

Gemeente	Inwonertal	Intramurale GGZ-plaatsen	Aantal plaatsen per 100.000 inwoners	Type instelling	Aantal instellingen	Aantal plaatsen per type instelling
Amsterdam	799345	2048	256	GGZ	2	902
				Jeugd	1	69
				RIBW	2	1054
				PAAZ	1	24
's-Gravenhage (gemeente)	505568	1753	347	GGZ	1	1089
				Jeugd	1	71
				RIBW	2	592
Rotterdam	615726	1708	277	Forensisch	1	14
				GGZ	3	713
				RIBW	1	475
				Verslaving	1	437
				PAAZ	1	68
Utrecht (gemeente)	321989	615	191	GGZ	1	153
				RIBW	1	399
				Verslaving	1	33
				PAAZ	1	29

4 Trends in omvang en gebruik van de intramurale GGZ 2010 - 2012

4.1 *Inleiding*

In het voorgaande hoofdstuk is een uitgebreid beeld gegeven van de omvang, de aard en het gebruik van de intramurale GGZ in 2012 op basis van de eerste meting van de LMIG. Vanaf (de dataverzameling van) volgend jaar is het mogelijk gegevens van opeenvolgende jaren met elkaar te vergelijken en trends te signaleren. Voor een specifieke subgroep van GGZ-instellingen kunnen we echter ook nu al analyseren welke trends zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan in de intramurale GGZ-voorzieningen. Deze subgroep bestaat uit de 33 GGZ organisaties die verenigd waren in de eerder genoemde RvB². Van deze instellingen zijn eerder gegevens verzameld over het intramurale aanbod in 2010 en 2011[1]. In de volgende paragrafen worden de trends in de omvang, de aard en het gebruik van de intramurale voorzieningen van deze 33 organisaties beschreven, uitgesplitst voor geïntegreerde instellingen (paragraaf 4.2) en RIBW's (paragraaf 4.3). De gevonden trends zijn in een korte raadplegingsronde ter duiding voorgelegd aan een zevental externe experts (zie bijlage IV). In paragraaf 4.4 wordt verslag gedaan van deze expertraadpleging en van de aangereikte verklaringen voor de gevonden trends.

4.2 *Trends geïntegreerde GGZ-instellingen*

Totale capaciteit

De vijftien voorheen bij de RvB² aangesloten geïntegreerde GGZ-instellingen vertegenwoordigen een substantieel deel van de totale intramurale capaciteit in Nederland. In 2012 gaat het om 41 % van de totale intramurale productie van de aan de LMIG deelnemende instellingen (55 % van de totale intramurale ZVW productie, 36 % van de totale intramurale AWBZ productie). En de 'RvB² geïntegreerde GGZ-instellingen' hebben een aandeel van 64 % in de productie van de aan de LMIG deelnemende geïntegreerde GGZ-instellingen.

Tabel 4.1 laat zien dat de totale ZVW- en AWBZ-gefinancierde intramurale capaciteit van de bij de RvB² aangesloten geïntegreerde instellingen in de periode 2010 - 2012 is gedaald met afgerond vijf %. Verreweg de grootste slag van deze daling werd gemaakt in het laatste jaar. De tabel laat ook zien dat de capaciteitsdaling in de periode 2010 - 2012 volledig op het conto komt van de ZVW-gefinancierde voorzieningen. De ZVW gefinancierde plaatsen namen in twee jaar tijd met afgerond twaalf % af, waarbij opnieuw de grootste daling te zien is in 2012. Binnen de AWBZ nam het aantal plaatsen in 2011 nog licht toe om in 2012 (voor het eerst) licht te dalen.

[1] De vragenlijst van de LMIG is voor een belangrijk deel gebaseerd op de vragenlijst van de RvB² (zie hoofdstuk 2). Daardoor zijn de monitorgegevens van de RvB² voor een groot deel vergelijkbaar met de LMIG data.

Tabel 4.1 Intramurale capaciteit RVB² geïntegreerde instellingen 2010 - 2012

	2010		2011		2012		Mutatie 2010-2011	Mutatie 2011-2012	Mutatie 2010-2012
	Plaatsen	*%*	*Plaatsen*	*%*	*Plaatsen*	*%*	%	%	%
Totaal	14.112		14.028		13.454		-0,6	-4,1	-4,7
ZVW	5.885	38,9	5.582	37,1	5.200	36,8	-5,2	-6,8	-11,6
AWBZ*	8.228	54,4	8.447	56,1	8.254	58,4	2,7	-2,3	0,3

* Exclusief AWBZ-dagen Kinderen en Jeugd en sectorvreemde AWBZ-dagen

Kanttekening bij deze trendcijfers is dat zich tussen de vijftien geïntegreerde voormalige RvB[2] instellingen aanzienlijke verschillen in de capaciteitsontwikkelingen voordoen. Alle vijftien instellingen bouwden in de periode 2010 - 2012 hun ZVW-gefinancierde intramurale voorzieningen af, maar de reductie varieerde van 6 tot 23 %. Bij de AWBZ-gefinancierde intramurale capaciteit waren de verschillen nog prominenter. Acht instellingen bouwden tussen 2010 en 2012 intramurale AWBZ capaciteit af. Bij de zeven andere was er nog steeds sprake van groei. De mutaties in de AWBZ gefinancierde intramurale capaciteit in de periode 2010 - 2012 varieerden van een afname van 48 % tot een groei van 8 %.

Tabel 4.2 Intramurale capaciteit RvB² geïntegreerde instellingen per zorgcircuit 2010 - 2012

	2010		2011		2012		Mutatie 2010-2011	Mutatie 2011-2012	Mutatie 2010-2012
	Plaatsen	*%*	*Plaatsen*	*%*	*Plaatsen*	*%*	%	%	%
Volwassenen & ouderen	10.405	74,0	10.031	72,8	9760	72,5	-3,6	-2,7	-6,2
Kleinschalig/Beschermd wonen	2.377	16,9	2.725	19,8	2516	18,7	14,6	-7,7	5,8
Kinderen & jeugd	293	2,1	274	2,0	263	2,0	-6,3	-4,0	-10,0

* Eén instelling bleek niet in staat alle productie per circuit aan te leveren waardoor de totalen voor deze tabel anders uitvallen dan de totalen van Tabel 4.1

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de trendcijfers van de geïntegreerde voormalige RvB[2] instellingen per zorgcircuit. De cijfers laten voor het circuit Volwassen en ouderen en (vooral) voor het circuit Kinderen en jeugd een gestage capaciteitsdaling zien in de periode 2010 - 2012. Bij het circuit Beschermd wonen is het patroon grilliger: in 2011 vond nog een forse groei plaats maar in 2012 doet zich (voor het eerst) een substantiële daling in het aantal BW-plaatsen van de geïntegreerde instellingen voor.

Verblijfsduur

De gegevens over de verblijfsduur van de intramurale 'ZVW-cliënten' (op het moment van ontslag) laten zien dat het aandeel korte opnamen groeit (zie tabel 4.3). Er zijn aanwijzingen dat onder AWBZ-cliënten het aandeel van de langverblijvers (meer dan 4 jaar) juist toeneemt; kanttekening hierbij is dat deze bevinding, wegens het ontbreken van de gegevens van een aantal instellingen op deze variabele, op een relatief beperkt aantal waarnemingen steunt.

Tabel 4.3 Verblijfsduur intramurale ZVW bij uitstroom (RvB² geïntegreerde instellingen 2010 - 2012) in percentages

	< 7 dagen	7-30 dagen	31- 90 dagen	91- 168 dagen	168- 252 dagen	252- 365 dagen	Totaal
2010	17,0	25,0	24,3	6,6	6,4	20,8	100
2011	16,2	22,2	25,7	12,1	6,4	17,3	100
2012	19,9	29,8	29,7	11,8	5,0	3,8	100

ZZP

Tabel 4.4 laat zien dat de productie binnen het voortgezet verblijf (B-pakketten) in de periode 2010 - 2012 licht maar gestaag daalde. Het aantal ZZP-C dagen steeg tussen 2010 en 2011 nog fors maar die groei stagneerde in het daaropvolgende jaar. Opmerkelijk daarbij is dat, terwijl het aantal ZZP-C dagen in 2012 nagenoeg gelijk bleef, het aantal plaatsen in het circuit Beschermd wonen in 2012 daalde (zoals bleek uit de gegevens in tabel 4.2). Een verklaring hiervoor kan zijn dat een aantal cliënten inmiddels een ZZP-C indicatie had ontvangen maar nog niet was geplaatst in een voorziening voor Beschermd Wonen (zie ook paragraaf 4.5).

Opmerkelijk zijn ook de forse verschuivingen die in de periode 2010 - 2012 optreden in de verdeling van de intramurale AWBZ-productie over de lichte (tot en met ZZP 3) en zwaardere ZZP's. Tabel 4.4 laat zien dat het aandeel zware ZZP’s in twee jaar tijd is gestegen van 61 % naar 72 % (zie ook paragraaf 4.5).

Tabel 4.4. Intramurale ABWZ-capaciteit per ZZP-categorie (RvB² geïntegreerde instellingen 2010 - 2012)

	2010		2011		2012		Mutatie 2010-2011	Mutatie 2011-2012	Mutatie 2010-2012
	Plaatsen	%	Plaatsen	%	Plaatsen	%	%	%	%
Aandeel ZZPB en ZZPC in totale ZZP-productie									
ZZPB	5569	69,0	5514	66,6	5404	66,1	-1,0	-2,0	-3,0
ZZPC	2497	31,0	2763	33,4	2771	33,9	10,6	0,3	11,0
Aandeel lichte en zware ZZP's in totale ZZP-productie									
Lichte ZZP's	3113	38,6	2749	33,2	2296	28,1	-11,7	-16,5	-26,3
Zware ZZP's	4953	61,4	5528	66,8	5879	71,9	11,6	6,4	18,7

Opbrengsten

Tabel 4.5 laat zien dat de geïntegreerde GGZ-instellingen van de voormalige RvB² (ondanks een lichte intramurale capaciteitsdaling), in 2012 een iets groter deel van hun opbrengsten uit intramurale zorg ontvingen dan in de jaren daarvoor. Het aandeel van de intramurale ZVW opbrengsten in de totale opbrengsten daalde licht, het aandeel van de intramurale AWBZ opbrengsten steeg, vermoedelijk mede als gevolg van de toename van het aandeel van de zwaardere ZZP-en.

Tabel 4.5 Aandeel intramurale en ambulante zorg in de opbrengsten (RvB² geïntegreerde instellingen 2010 - 2012)

		2010		2011		2012	
		%		%		%	
Intramuraal		*53,3*		*53,3*		*55,7*	
	ZVW		22,9		21,8		21,4
	AWBZ		24,6		25,8		28,7
	DJI		5,8		5,8		5,7
Ambulant / overig		*46,7*		*46,8*		*44,2*	
	ZVW		42,8		44,0		41,7
	AWBZ		3,3		2,1		1,7

Balans geïntegreerde GGZ-instellingen

De vijftien geïntegreerde GGZ instellingen die aangesloten waren bij de voormalige RvB², hebben tussen 2010 en 2012 intramurale capaciteit afgebouwd. De mate en allocatie van de afbouw verschilde per instelling maar het algemene beeld is dat de afbouw van ZVW-gefinancierde plaatsen die in 2011 werd ingezet, in 2012 stevig doorzet; dat inmiddels ook in het voortgezet verblijf een voorzichtige aanvang is genomen met capaciteitsreductie; en dat ook in de sterke groeicurve van de afgelopen jaren in het beschermd wonen, in 2012 een kentering lijkt te komen, in ieder geval in de BW-voorzieningen van de geïntegreerde instellingen. De ontwikkelingen gaan wel gepaard met een toename van het aandeel zwaardere ZZP-en in de totale intramurale AWBZ-productie.

4.3 *Trends RIBW's*

Totale capaciteit

De 18 RIBW's die bij de voormalige RvB² waren aangesloten, verzorgen tezamen nagenoeg de volledige RIBW-productie in Nederland. Ze hebben een aandeel van 93 % in de intramurale productie in 2012 van de aan de LMIG deelnemende RIBW's (en een aandeel van 26 % van de totale intramurale productie in de LMIG dataset).

De intramurale capaciteit van de 18 RIBW's, is tussen 2010 en 2012 gegroeid met 12,6 % (zie Tabel 4.6), met tussen 2011 en 2012 een iets minder sterke groei dan in het jaar daarvoor.

Tabel 4.6 Totale intramurale (BW-)capaciteit RIBW's (RvB² RIBW's 2010 - 2012)

	2010	2011	2012	Mutatie 2010-2011	Mutatie 2011-2012	Mutatie 2010-2012
	plaatsen	plaatsen	plaatsen	%	%	%
Totaal	7.901	8.499	8.895	7,6	4,7	12,6
AWBZ	7.853	8.433	8.806	7,4	4,4	12,1
DJI	49	66	89	35,7	35,2	83,5

Verblijfsduur en ZZP dagen

Net als in de geïntegreerde instellingen lijkt het aantal langverblijvers in de Beschermende Woonvormen van de RIBW's te groeien; ook hierbij de kanttekening dat deze bevinding, wegens het ontbreken van de gegevens van een aantal instellingen op deze variabele, op een relatief beperkt aantal waarnemingen steunt.

Verder laat tabel 4.7 zien dat ook in de RIBW's het aandeel van de zwaardere zorgzwaartepakketten (vanaf ZZP 4C) in de intramurale productie in de periode 2010 - 2012 fors toenam, namelijk van ruim een kwart tot ruim een derde. De toename van het aantal ZZP plaatsen kan bijna geheel worden toegeschreven aan de toename van de productie van de zware ZZP dagen.

Tabel 4.7 ZZP C-plaatsen RIBW's (RvB² RIBW's 2010 - 2012)

	2010		2011		2012		Mutatie 2010-2011	Mutatie 2011-2012	Mutatie 2010-2012
Totale ZZP-productie	Plaatsen	*%*	Plaatsen	%	Plaatsen	%	*%*	*%*	*%*
Plaatsen	7629		8230		8763		7,9	6,5	14,9
Aandeel lichte en zware ZZP's in totale ZZP-productie									
Lichte ZZP's	5663,9	74,2	5765,6	70,1	5726,9	65,4	1,8	-0,7	1,1
Zware ZZP's	1965,5	25,8	2464,3	29,9	3035,8	34,6	25,4	23,2	54,5

Balans RIBW's

De achttien RIBW's die aangesloten waren bij de voormalige RvB², hebben tussen 2010 en 2012 nog BW-capaciteit bijgebouwd. De capaciteitsstijging was in 2012 wel minder groot dan in 2011 en dan de gemiddelde capaciteitsstijging voor het beschermd wonen in de voorafgaande jaren. Mogelijk duidt dit erop dat ook in capaciteitsontwikkeling van de RIBW's een kentering aanstaande is. Verder gaan de ontwikkelingen ook in de RIBW's gepaard met een toename van het aandeel zwaardere ZZP-en in de totale intramurale AWBZ-productie.

4.4 *Expertraadpleging gesignaleerde trends*

In de voorgaande paragrafen zijn de recente ontwikkelingen geïnventariseerd in de capaciteit en het gebruik van de intramurale voorzieningen van de 33 voormalige lid-instellingen van de RvB^2. De belangrijkste trends in de periode 2010 - 2012 zijn als volgt samen te vatten:

- Een aanzienlijke afname van de intramurale ZVW-productie, met bijna 12 %;
- Een bescheiden afname van de productie ZZP B, met bijna 3 %;
- Een in 2011 nog fors groeiende maar in 2012 stabiliserende productie ZZP C bij de geïntegreerde instellingen;
- Een blijvende, maar in 2012 afnemende groei van de productie ZZP C bij de RIBW's;
- Een forse groei van het aandeel zwaardere ZZP-en in de totale intramurale AWBZ-productie, zowel bij de B- als de C-pakketten en zowel bij de geïntegreerde instellingen als de RIBW's.

We hebben bovenstaande trends ter interpretatie en duiding voorgelegd aan een zevental externe experts (zie bijlage IV). De experts zijn elke vanuit hun eigen functie en achtergrond nauw betrokken bij de (intramurale) voorzieningenplanning in de eigen regio en de eigen instelling.

De afname van de intramurale ZVW-productie wordt door het expertpanel herkend en verklaard vanuit zorginhoudelijke ontwikkelingen en vanuit het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Verzekeraars kopen minder ZVW-plaatsen in. Ondertussen wordt in het GGZ-veld een inhoudelijke slag geslagen om opnames te voorkomen en te verkorten, bijvoorbeeld met de opkomst van HIC. (Invoering van de eigen bijdrage kan volgens één van de panelleden overigens ook nog een rol hebben gespeeld.)

Het voortgezet verblijf (AWBZ ZZP B) vertoont ook een krimp, maar vooralsnog een veel beperktere. Het expertpanel wijst erop dat op beddenafbouw in het voorgezet verblijf tot dusverre minder actief is gestuurd vanuit de zorgkantoren. Ondertussen waren er voor zowel aanbieders als verzekeraars financiële prikkels om de capaciteit in stand te houden. Daar komt bij dat afbouw in het voortgezet verblijf minder gemakkelijk te realiseren is dan in de kortdurende intramurale zorg. Factoren die daarbij een rol spelen zijn reeds gemaakte afspraken over nieuw voorzieningen, eerder ingezet beleid dat soms botst met beddenreductie en het gegeven dat voor uitstromers uit het verblijf woningen moeten worden gevonden. Niettemin herkent het expertpanel de trend dat ook in het voortgezet verblijf een vooralsnog voorzichtige capaciteitsreductie is ingezet. Kanttekening daarbij is wel dat die reductie vooralsnog meer dan gecompenseerd wordt door de groei van het beschermd wonen in de RIBW's.

Voor de voortgaande groei van het beschermd wonen in de RIBW's wijst het expertpanel verschillende oorzaken aan. Zo ontbreekt het tot dusverre vanuit de zorgkantoren ook rond deze voorzieningen aan druk om af te bouwen. Daarnaast is het aantal indicaties voor beschermd wonen nog steeds groeiende. Ook hebben de instellingen te maken met eerder gemaakte afspraken over nieuwe voorzieningen, zo luidt het. Daarbij zijn ook steeds meer voorzieningen voor specifieke doelgroepen ontstaan (en nog in de maak). Nogal eens keren vertegenwoordigers van deze doelgroepen zich tegen afbouw en ambulantisering. Het expertpanel wijst er ondertussen op dat eventuele afbouw voor de RIBW's nog veel ingrijpender bedrijfsmatige gevolgen zou hebben dan voor de geïntegreerde instellingen. Ook dat weerhoudt RIBW's mogelijk van een reductie van het aantal plaatsen (ook in afwachting van een mogelijke overheveling van het beschermd wonen naar de WMO). Doorstroom van AWBZ-cliënten vanuit de geïntegreerde instellingen wordt ook als verklaring gegeven voor de voortgaande groei van het beschermd wonen in de RIBW's; kanttekening die daarbij gemaakt moet worden is dat de afname in de AWBZ-voorzieningen van de geïntegreerde instellingen vooralsnog ver achterblijft bij de groei van het beschermd wonen in de RIBW's en dat eerder onderzoek al heeft laten zien dat de aanwas van de RIBW's vooral van buiten de GGZ komt.

Een en ander neemt niet weg dat, ondanks de genoemde belemmeringen daarvoor, de groei van het beschermd wonen in de RIBW's dalende lijkt. De verwachting van het expertpanel is dat de groei verder zal afnemen. Voor zover sprake is van een kentering in de capaciteitsontwikkeling van het beschermd wonen, lijkt die overigens in de geïntegreerde instellingen al een stap verder te zijn dan bij de RIBW's. Bij de geïntegreerde instellingen zagen we dat de intramurale productie in het kader van de ZZP C in 2012 is gestabiliseerd; productie binnen het circuit Beschermd wonen is binnen de

geïntegreerde instellingen in 2012 zelfs iets gedaald. De gegevens duiden er volgens het expertpanel op dat een deel de cliënten met een ZZP-C indicatie nog in verblijfsvoorzieningen woont, in afwachting van een plaats in een Beschermende Woonvorm.

Ook de groei van het aandeel zwaardere ZZP-en in de intramurale AWBZ-productie wordt door het expertpanel herkend. Verklaringen worden gezocht in een aanwas van cliënten met zwaardere problematiek (onder andere vanuit Justitie), maar ook in het indicatieproces zelf. Bij herindicaties ontvangt een deel van de cliënten een hogere indicatie dan voorheen. Redenen die het expertpanel daarvoor noemt zijn gelegen in het feit dat financiële consequenties van de afgegeven indicaties groter zijn dan voorheen, dat eerder afgegeven indicaties (vanuit een op 'mogelijkheden' in plaats van 'op beperkingen' gerichte invalshoek) vaak te licht waren en dat instellingen hun cliënten beter willen kunnen ondersteunen.

5 Samenvatting en beschouwing

Landelijke Monitor Intramurale GGZ

Nederland beschikt vanuit internationaal perspectief over een grote intramurale GGZ-capaciteit. Landelijke partijen hebben afgesproken om die capaciteit in de komende jaren voor een aanzienlijk deel af te bouwen en te vervangen door ambulante zorg. De intramurale afbouw zal in de komende jaren gevolgd worden door middel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). De monitor zal primair de ontwikkelingen in kaart brengen rond de omvang, de aard en het gebruik van de ZVW-, ABWZ- en DJI-gefinancierde intramurale GGZ-voorzieningen in Nederland, inclusief het beschermd wonen.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van de eerste meting van de LMIG. Deze meting vond in 2013 plaats onder 71 lid-instellingen van GGZ Nederland en had betrekking op het intramurale GGZ-aanbod in 2012. De deelnemers aan de LMIG zijn samen goed voor circa 87 % van de totale intramurale GGZ-capaciteit in Nederland in 2012. (Kerngegevens over de - doorgaans kleine - aanbieders van de resterende 13 % van de intramurale GGZ-capaciteit zijn verzameld via de DigiMV.)

Stand van zaken 2012

Belangrijkste meeteenheid in de monitor is de gerealiseerde intramurale productie, ofwel het aantal gerealiseerde verblijfdagen per jaar. Deze wordt voor de leesbaarheid omgerekend naar aantallen plaatsen volgens formule: 366 dagen is 1 plaats. Onderstaand enkele kernbevindingen over de stand van zaken in de intramurale GGZ in 2012:

- De LMIG-deelnemers beschikten in 2012 In totaal over 34.184 intramurale GGZ-plaatsen, waarvan 9.461 ofwel 27 % ZVW-gefinancierde plaatsen, 22.723 ofwel 66 % AWBZ-gefinancierde plaatsen en 1.989 ofwel 6 % DJI-gefinancierde plaatsen.
- Binnen AWBZ-gefinancierde voorzieningen telden de LMIG-deelnemers 9.011 plaatsen voor voortgezet verblijf (26 % van het totale intramurale aanbod) en 13.731 plaatsen beschermd wonen (40 % van het totale intramurale aanbod).
- Van de totale intramurale capaciteit maakte bijna 30 % onderdeel uit van het aanbod van RIBW's en kwam in totaal 10 % voor rekening van gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg (5,2 %), kinder- en jeugdpsychiatrie (2,2) of forensisch psychiatrische zorg (2,5). Ruim 60 % van het intramurale capaciteit maakte onderdeel uit van het aanbod van de geïntegreerde GGZ-instellingen.
- Veel geïntegreerd instellingen beschikken ook over voorzieningen in bovengenoemde deelsectoren. Van de totale intramurale capaciteit van de LMIG-deelnemers maakte 7 % onderdeel uit van het circuit voor forensisch psychiatrische zorg, 6, % van het circuit voor verslavingszorg en 3 % van het circuit voor kinderen en jeugd. De overige plaatsen worden gerekend tot het circuit voor volwassenen & ouderen (42 %) of het circuit voor kleinschalig wonen (41 %).
- Van het totale intramurale aanbod wordt 45 % als klinische opnamevoorziening getypeerd en 55 % als woonvoorziening (BW dan wel of voortgezet verblijf met een nadruk op de woonfunctie).

- Met name de beschermde woonvormen van de RIBW's betreffen voor een belangrijke deel individuele woonvoorzieningen (41 % van de BW-plaatsen van de RIBW's).
- Van de intramurale ZVW-cliënten is de helft bij ontslag maximaal een maand opgenomen geweest.
- Van de intramurale ABWZ-cliënten verblijft op peildatum 40 tot 45 % meer dan vier jaar in de instelling.
- Intramurale zorg is voor de meeste instellingen nog steeds de belangrijkste inkomstenbron.

De eerste monitormeting laat ook zien dat er grote regionale capaciteitsverschillen bestaan. (Gegevens zijn onder andere uitgevraagd op gemeenteniveau, waardoor voor elke gewenste regio-indeling een geografisch overzicht gemaakt kan worden van de totale intramurale GGZ-capaciteit van de in de betreffende regio's opererende instellingen.)

Trends 2010 – 2012

Vanaf de volgende meting, volgend jaar, wordt het mogelijk gegevens van opeenvolgende jaren met elkaar te vergelijken en trends te signaleren. Voor een specifieke subgroep van GGZ-instellingen kon echter ook nu al worden geanalyseerd welke trends zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan in de intramurale GGZ-voorzieningen. Deze subgroep bestaat uit de 33 GGZ organisaties die verenigd waren in de Raden van Bestuur voor de Reductie van Bedden (RvB²). Van deze instellingen zijn eerder monitorgegevens verzameld over het intramurale aanbod in 2010 en 2011. Analyse van de gegevens van deze instellingen over de periode 2010 – 2012 laat de volgende trends zien:

- Een aanzienlijke afname van de intramurale ZVW-productie, met bijna 12 %;
- Een bescheiden afname van de productie ZZP B, met bijna 3 %;
- Een in 2011 nog fors groeiende maar in 2012 stabiliserende productie ZZP C bij de geïntegreerde instellingen;
- Een blijvende, maar in 2012 afnemende groei van de productie ZZP C bij de RIBW's;
- Een forse groei van het aandeel zwaardere ZZP-en in de totale intramurale AWBZ-productie, zowel bij de B- als de C-pakketten en zowel bij de geïntegreerde instellingen als de RIBW's.

De monitorresultaten lijken er op te duiden dat de afbouw in het ZVW- segment inmiddels in volle gang is, dat in het voorgezet verblijf inmiddels ook met afbouw is begonnen, zij het in een veel bescheidener tempo, en dat het beschermd wonen per saldo nog steeds groeit, maar dat een dalend groeicijfer ook daar op een mogelijk kentering duidt. Verklaringen voor de verschillende afbouwtempi worden door het externe expertpanel van de Monitor vooral gezocht in verschillende financiële prikkels en uiteenlopende zorginhoudelijke trends binnen de afzonderlijke deelsectoren. Met name in het ZVW-segment is de druk van zorgverzekeraars om capaciteit af te bouwen maar ook de zorginhoudelijke wens om minder en korter op te nemen gemeengoed geworden. Afbouw in het AWBZ-segment is tot dusverre nog geen acuut financieel belang van de zorgverzekeraars geweest, aldus de geraadpleegde experts. Ook praktische afbouwbelemmeringen (bijvoorbeeld het vinden van woningen), spelen meer in het AWBZ-segment dan in het ZVW-segment volgens de experts. Het expertpanel wijst er verder op dat vanuit bedrijfsmatig oogpunt de risico's van afbouw met name (maar niet uitsluitend) voor de RIBW's groot zijn (minder compensatiemogelijkheden voor inkomstenderving bij BW-afbouw dan bij de geïntegreerde instellingen). Van RIBW-zijde zelf wordt door de experts ondertussen gesignaleerd dat de wachtlijsten voor het beschermd wonen nog steeds lang zijn.

Vervolg

Vanaf de volgende monitormeting zal het mogelijk worden om trendcijfers te genereren voor (nagenoeg) de gehele intramurale GGZ in Nederland. Dan zal ook duidelijker worden of en in welke mate de bij de RvB²-instellingen gesignaleerde trends op landelijk niveau doorzetten. Belangrijk daarbij is dat het veld zelf ondertussen te maken krijgt met een aantal stelselwijzigingen die vermoedelijk ook weer van invloed zullen zijn op het ambulantiseringstraject.

Met name de voorgenomen herziening van het stelsel voor langdurige GGZ zal het krachtenveld rondom de betreffende intramurale voorzieningen ingrijpend wijzigen. De intentie is om het voortgezet verblijf onder te brengen bij de zorgverzekeraars (ZVW), die daarmee ook voor de langdurige opnamen risicodragend worden. Verzekeraars krijgen daarmee ook meer belang bij afbouw van deze verblijfsvoorzieningen. Het beschermd wonen zal volgens de huidige plannen worden overgeheveld naar gemeenten (WMO). Ook gemeenten zullen straks een prikkel ervaren om te bezien in welke mate de beschermde woonvormen kunnen worden gesubstitueerd door minder intensieve c.q. minder dure zorgvormen (mogelijk ook door middel van het scheiden van wonen en zorg).

In dit rapport zagen we dat de afbouw in het AWBZ-segment tot dusverre nog niet hard gaat en dat in het BW-segment per saldo nog steeds een groei plaats vindt. De voorgenomen stelselwijzigingen zouden er in kunnen resulteren dat, in navolging van het huidige ZVW-segment, ook de druk vanuit de financiers op de afbouw van beschermende woonvormen en langdurige opname- of verblijfsvoorzieningen in de komende periode gaat toenemen.

Dit alles pleit ervoor om de ontwikkelingen in intramurale GGZ in de komende jaren intensief te blijven volgens (ook binnen het kader van de WMO). Het pleit er ook voor om nadrukkelijker te gaan volgen hoe de opbouw van de ambulante alternatieven in de komende jaren vorm gaat krijgen, zowel in het ZVW- als in het WMO-domein.

Bijlage I Stuurgroep

N. Schell, Ministerie van VWS
M. Jongeling, Ministerie van VWS
M. Oosterkamp, GGZ Nederland
E. Mulder, RIBW Alliantie
M. Potjens, Zorgverzekeraars Nederland
H. Noordtzij, Parnassia groep

Bijlage II Rubrieken van de LMIG vragenlijst

A. Productie en gebruik ZVW-gefinancierde intramurale zorg

- Jaarproductie in verpleegdagen DBC-verblijf totaal, per zorgcircuit, per DBC-categorie, per leeftijdcategorie
- Jaarinstroom DBC-verblijf totaal, per zorgcircuit, per DBC-categorie, per leeftijdcategorie
- Bestand op peildatum DBC-verblijf totaal, per zorgcircuit, per DBC-categorie, per leeftijdcategorie
- Verdeling verblijfduur van bestand op peildatum DBC-verblijf en van cliënten waarvan DBC's verblijf in betreffende jaar is afgesloten

B. Productie en gebruik AWBZ-gefinancierde intramurale zorg

- Jaarproductie in verpleegdagen AWBZ totaal, per zorgcircuit, per ZZP, per leeftijdcategorie
- Jaarinstroom intramurale AWBZ-cliënten totaal, per zorgcircuit, per ZZP, per leeftijdcategorie
- Bestand op peildatum intramurale AWBZ-cliënten totaal, per zorgcircuit, per ZZP, per leeftijdcategorie
- Verblijfduur van bestand op peildatum intramurale AWBZ-cliënten van uitgestroomde intramurale AWBZ-cliënten.

C. Productie en gebruik DJI-gefinancierde intramurale zorg

- Jaarproductie, jaarinstroom en bestand op peildatum cliënten met DBBC verblijf
- Jaarproductie, jaarinstroom en bestand op peildatum cliënten met ZZP voor DJI-gefinancierde intramurale zorg

D. Opbrengsten intramurale zorg

- Aandeel intramurale productie in de opbrengsten van de instellingen, totaal en per financieringskader

E. Overige kenmerken intramurale zorg

- Concentratiegraad (aandeel intramurale plaatsen op locaties van resp. > 200, 20-200 en < 20 plaatsten)
- Typologie: verdeling van intramurale plaatsten over een inhoudelijke categorisering van de intramurale voorzieningen naar type locatie (ziekenhuisterrein/wijk), nabijheid van de zorg (in huis / op afroep) , setting (groep / geclusterd individueel / individueel)

F. Capaciteit per gemeente

- Aantal plaatsen/plaatsen per gemeente (maakt capaciteitsoverzichten naar elke gewenste regionale indeling mogelijk - zorgkantoorregio, GHOR-regio, provincie, etc.).

G. Productie en gebruik ambulante zorg

- Jaarlijks aantal in cliënten in zorg met ambulante DBC
- jaarlijks aantal afgesloten ambulante DBC's naar DBC-duur
- jaarlijks aantal cliënten in zorg met indicatie AWBZ begeleiding individueel en/of groep

Bijlage III Deelnemende instellingen LMIG

Geïntegreerde GGZ-instellingen

Altrecht
Arkin
GGZ Breburg
De Viersprong
Delta Psychiatrisch Centrum
Dimence
Eleos
Emergis
Stichting Fier Fryslân
GGNet
GGZ Centraal
GGZ Delfland
GGZ Drenthe
GGZ Friesland
GGZ inGeest
GGZ Noord-Holland-Noord
GGZ Oost Brabant
GGZ Eindhoven en de Kempen
Lentis
Lievegoed Zorggroep
Mediant
Mondriaan
Orbis
Parnassia Bavo Groep
Pro Persona
Reinier van Arkel Groep
Rivierduinen
Sinai Centrum
Vincent van Gogh
Yulius

RIBW's

Cordaan
Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden
RIBW Fonteynenburg
Groep Overijssel

HVO/Querido
Kwintes
Mensana
Stichting Pameijer
Stichting PerspeKtief
Promens Care
RIBW Arnhem en Veluwevallei
RIBW Brabant
RIBW Gooi en Vechtstreek
RIBW Heuvelland en Maasvallei
RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden
RIBW Nijmegen & Rivierenland
RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland
Stichting Riwis Zorg & Welzijn
SBWU
Stichting Anton Constandse

Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

Accare
De Bascule
Curium-LUMC
Dr. Leo Kannerhuis
De Jutters
Karakter
LSG-Rentray
Mutsaersstichting
Triversum
Yorneo

Gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg

Bouman GGZ
IrisZorg
Stichting De Hoop
Tactus Verslavingszorg
Verslavingszorg Noord Nederland
Victas

Gespecialiseerde forensisch psychiatrische centra

FPC De Rooyse Wissel
FPC Oldenkotte
FPC De Oostvaarderskliniek
FPC Veldzicht
FPC De Kijvelanden

Bijlage IV Expertpanel

M. van Putten, GGZ Noord-Holland Noord
Ph. Delespaul, Mondriaan, Maastricht University
A. Jansen, GGZ Friesland
S. Zeegers, GGZ Oost-Brabant
H. Noordtzij, Parnassia groep
J. Berndsen, SBWU
J.W. van Zuthem, Kwintes

Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BW	Beschermd wonen
DBBC	Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPZ	Forensisch Psychiatrische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RvB^2	Raden van Bestuur voor Reductie van Bedden
SGLVG	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt
VPT	Volledig Pakket Thuis
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Trimbos instituut

Nederland beschikt vanuit internationaal perspectief over een grote intramurale GGZ-capaciteit. Landelijke partijen hebben afgesproken om die capaciteit in de komende jaren voor een aanzienlijk deel af te bouwen en te vervangen door ambulante zorg.

De intramurale afbouw zal in de komende jaren in opdracht van het Ministerie van VWS worden gevolgd door middel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ. De monitor gaat de ontwikkelingen in kaart brengen rond de omvang, de aard en het gebruik van de intramurale GGZ-voorzieningen in Nederland, inclusief de voorzieningen voor beschermd wonen.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van de eerste meting van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ.

www.trimbos.nl