

Ambulantisering van de GGZ

Uitkomsten van monitoronderzoek 2012-2019

Aanleiding

Nederland beschikte van oudsher over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om deze intramurale capaciteit tot het jaar 2020 met een derde af te bouwen, met de capaciteit van 2008 als referentie. En om tegelijk de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren.

Het Trimbos-instituut monitort dit transitieproces sinds 2013¹, in opdracht van het ministerie van VWS. Deze infosheet bevat de hoofdlijnen van de uitkomsten van deze monitor².

Ambulantisering van de GGZ

De ambulantisering van de GGZ is het proces van afbouw van intramurale GGZ plaatsen en de opbouw van de ambulante zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning), in het bijzonder voor mensen met ernstiger psychische problemen. Dit moet ertoe leiden dat meer mensen meer (intensievere) en betere ambulante zorg ontvangen waardoor intramurale zorg minder vaak ingezet zal hoeven worden. Het uiteindelijke doel is te komen tot een GGZ die, in samenwerking met andere sectoren en met cliënten zelf, meer en beter bijdraagt aan de kwaliteit van leven en de sociale inclusie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen.

Het ambulantiseringsproces is *geen eenmalige actie* van het sluiten van klinieken voor langdurig verblijf en de verhuizing van mensen vanuit langdurig verblijf naar een beschermde woonvoorziening of eigen woning. Het is een langduriger en breder proces. *Langdurig*, omdat het gericht is op het op- en uitbouwen van ambulante zorg dicht bij huis, om zo opnames te voorkomen en als een opname toch onvermijdelijk blijkt, deze kort en minder frequent kan zijn.

En *breder*, omdat het tegelijkertijd om meer gaat dan ambulante en klinische behandeling en juist ook om ondersteuning bij (beschermd) wonen, werk, dagbesteding, sociale contacten en kunnen meedoen op een manier die mensen zelf wensen. Het is een transformatieproces dat zich op verschillende niveaus afspeelt:

1. niveau van de GGZ, inclusief beschermd wonen en ambulante (specialistische) begeleiding;
2. niveau van de aanverwante sectoren zoals publieke gezondheid en welzijn, de woningsector en de arbeidsmarkt;
3. niveau van de samenleving als geheel om te komen tot duurzame, daadwerkelijke sociale inclusie.

In deze infosheet focussen we vooral op het eerste niveau.

Ambulante zorg is niet nieuw

Met de in 2012 gemaakte afspraken over ambulantisering is een nieuwe impuls gegeven aan een al langer lopende ontwikkeling; ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek is niet nieuw³. Van de naar schatting 300.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen⁴ woont het grootste deel (rond de 90 procent) op zichzelf of met naasten⁵. Het merendeel van de mensen met ernstige psychische problemen dat in zorg is, maakt gebruik van ambulante voorzieningen. Ongeveer tien procent van de mensen met ernstige psychische problematiek die in zorg zijn, wordt op jaarbasis kortdurend (korter dan een jaar) opgenomen⁶.

Context: Veranderingen in financieringskaders GGZ

In 2015 vond een verandering plaats in de financieringskaders van de GGZ:

- De AWBZ is opgeheven. Mensen met een AWBZ-C pakket (beschermd wonen) gingen per 2015 over naar de Wmo 2015. Mensen met een AWBZ-B pakket (voortgezet verblijf met behandeling) gingen met overgangsrecht over 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.

Gemeenten hebben met deze wetswijzigingen meer verantwoordelijkheden gekregen voor de zorg voor mensen met psychische problemen en daarmee een grotere rol in het ambulantiseringproces.

Onderdelen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA):

Kernmonitor Transitie GGZ-voorzieningen

- Ontwikkelingen in capaciteit, zorggebruik en GGZ-uitgaven.
- Op basis van een herhaalde uitvraag bij GGZ-aanbieders en analyse van secundaire bronnen.

Kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen

- Op basis van een herhaalde uitvraag bij het panel Psychisch Gezien.

Contextmonitor

- Jaarlijks verdiepend kwalitatief onderzoek naar relevante thema's voor het ambulantiseringproces zoals visies van bestuurders van GGZ-aanbieders en financiers op de voortgang van het ambulantiseringproces.

Resultaten Kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen

In de Kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen staan de volgende (aanbod-) indicatoren centraal:

- Klinische capaciteit
- Beschermd wonen capaciteit
- Aard van het aanbod⁷
- Ontwikkelingen van (intensieve) ambulante behandeling en begeleiding
- Ontwikkelingen van uitgaven aan klinische en ambulante GGZ

Klinische en beschermd wonen capaciteit

Tussen 2008 en 2018 zijn er ruim 6.000 klinische plaatsen afgebouwd (afname van 30%), waarvan 60 procent klinische plaatsen voor het eerste opnamejaar betrof. Het aantal plaatsen in het beschermd wonen steeg tussen 2008 en 2018 doordat er tussen 2008 en 2012 een stijging van het aantal beschermd wonen plaatsen was; tussen 2012 en 2018 daalde het aantal beschermd wonen plaatsen met 4% (zie Figuur 1).

De ontwikkeling van het aantal klinische en beschermd wonen plaatsen per 100.000 inwoners in de periode 2012-2018 wordt weergegeven in Figuur 2.

De afname van het aantal klinische plaatsen is ook zichtbaar in verhouding tot andere landen: Vergeleken met andere EU landen, had Nederland

in 2008 het op drie na grootste aantal klinisch psychiatrische plaatsen. In 2017⁸ was Nederland 'gezakt' naar de achtste plaats.

Bij de afbouw van het aantal klinische plaatsen valt op dat, ook al daalde het totaal aantal plaatsen, het aantal plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad⁹ tussen 2013¹⁰ en 2016 toenam. Tussen 2016 en 2018 bleef het aantal intensieve klinische plaatsen nagenoeg gelijk¹¹.

Aard van het aanbod: plaatsen op gesloten afdelingen en grootschaligheid

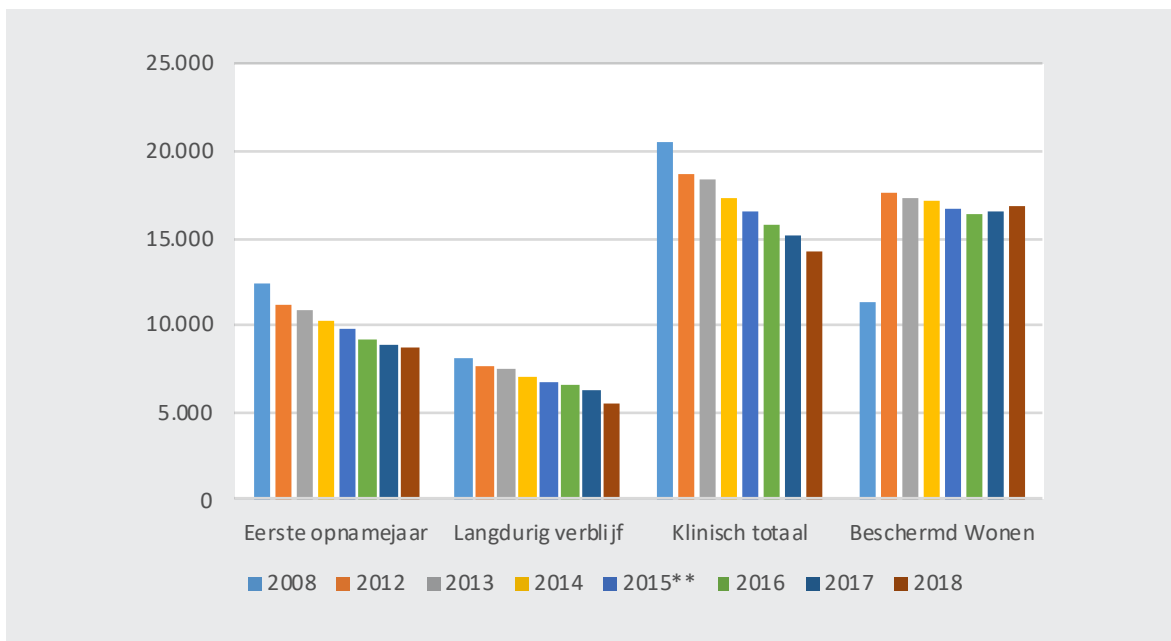
Het aantal klinische plaatsen op gesloten afdelingen steeg tussen 2012 en 2015. Na 2015 daalde het aantal plaatsen op gesloten afdelingen¹². Vanaf 2009 steeg het aantal aanvragen voor onvrijwillige opnamen in het kader van de BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen)¹³ jaarlijks. De toename van deze aanvragen was tussen 2017 en 2018 groter dan in voorgaande jaren.

Woonvoorzieningen kunnen individueel of voor (kleine) groepen zijn. Sinds 2012 neemt het aantal groepswoonruimten af en het aantal individuele woningen toe, waardoor er inmiddels meer individuele woningen dan groepswoonruimten zijn¹⁴.

Ontwikkeling intensieve ambulante behandeling

Een indicator voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante behandeling is het aantal

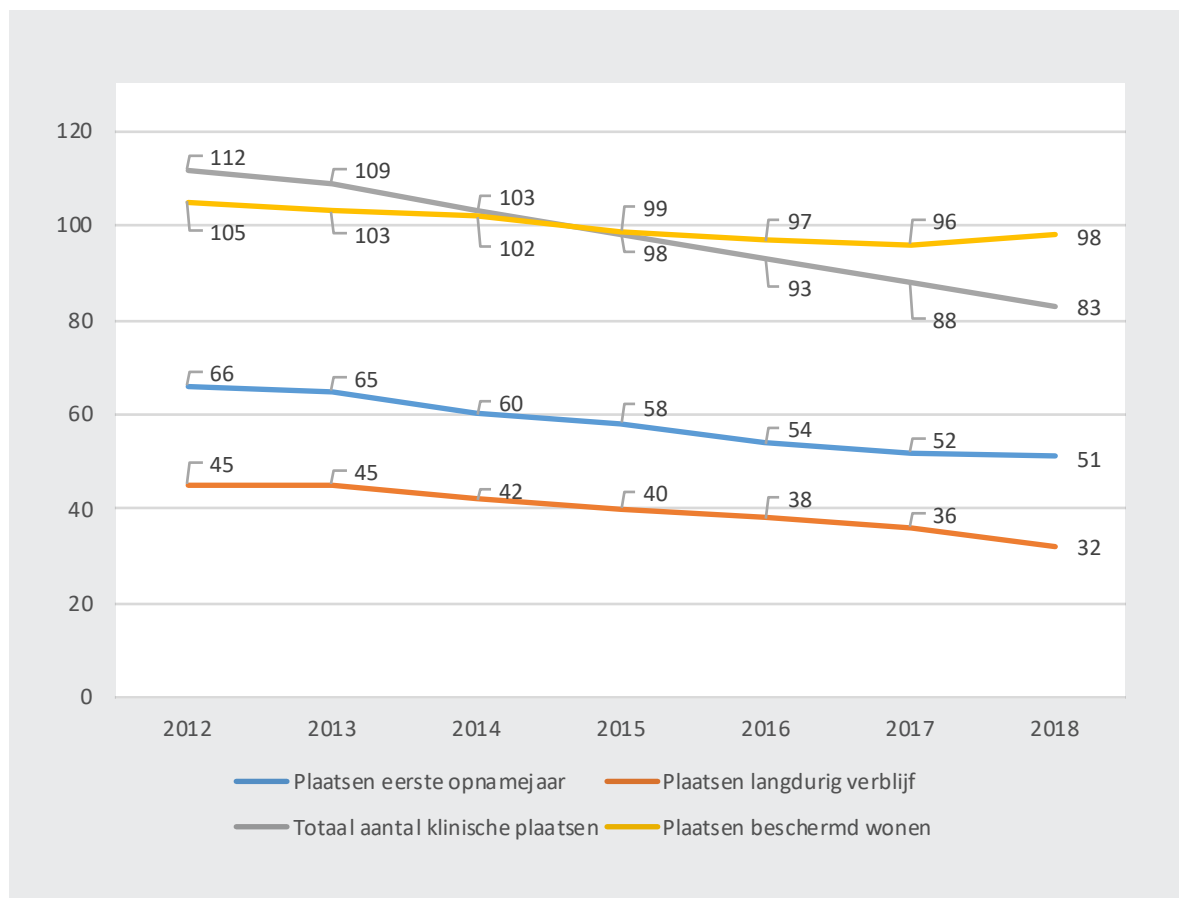
Figuur 1. Ontwikkeling van het aantal klinische en beschermd wonen plaatsen* tussen 2012 en 2018, met 2008 als referentiejaar



* De cijfers zijn gebaseerd op het aantal verblijfsdagen in het kalenderjaar (waarbij 365 verblijfsdagen gelijk staan aan één plaats), op basis van de data van de aanbieders die deelnemen aan de uitvraag van de LMA, met een bijinschatting voor de ontbrekende respondenten.

** Vanaf 2015 inclusief Jeugdwet-gefinancierde plaatsen.

Figuur 2. Ontwikkeling van het aantal klinische en beschermd wonen plaatsen* per 100.000 inwoners, tussen 2012 en 2018



* De cijfers zijn gebaseerd op het aantal verblijfsdagen in het kalenderjaar, op basis van de data van de aanbieders die deelnemen aan de uitvraag van de LMA, met een bijstelling voor de ontbrekende respondenten.

ambulante Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) met meer dan 3.000 minuten. Deze intensieve ambulante DBC's namen tussen 2012 en 2017¹⁵ toe met in totaal 32%. Opvallend is dat deze stijging niet voor alle diagnosegroepen hetzelfde is: bij de diagnosegroep angststoornissen was er een toename van 57% en bij de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen¹⁶ een toename van één procent.

Ontwikkeling ambulante begeleiding

In 2014 maakten naar schatting 20.000 mensen gebruik van (toen nog AWBZ-) gefinancierde individuele ambulante begeleiding en circa 12.000 mensen van ambulante groepsbegeleiding¹⁷. Het aantal mensen met ambulante begeleiding (Wmo-gefinancierd) was per saldo tussen 2015 en 2018 relatief stabiel, met soms een toename en soms een daling¹⁸. Tussen 2017 en 2018 steeg het aantal mensen met ambulante begeleiding met 13%. Er zijn verschillen tussen geïntegreerde GGZ-aanbieders en RIBW's: bij geïntegreerde GGZ-aanbieders nam het aantal cliënten met ambulante begeleiding af en bij RIBW's nam het aantal cliënten met ambulante begeleiding toe.



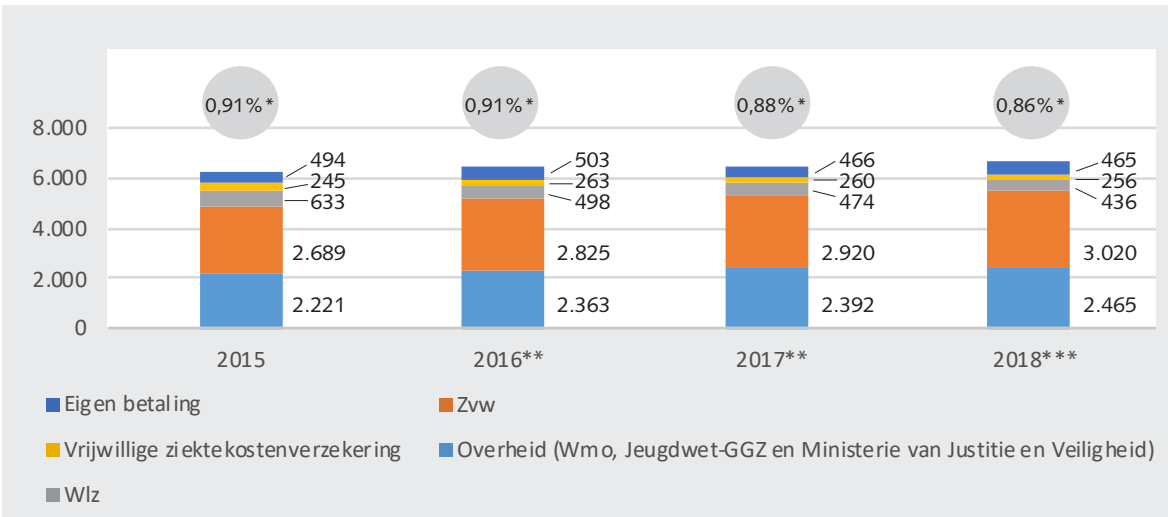
Uitgaven

De cijfers van Figuur 3 laten zien dat de uitgaven aan de GGZ tussen 2015 en 2018 jaarlijks stegen. Als de uitgaven gerelateerd worden aan het bruto binnenlands product, is er een lichte daling zichtbaar.

De verhouding tussen (Zvw- en Wlz- gefinancierde) uitgaven aan intramurale GGZ en aan ambulante GGZ veranderde tussen 2015 en 2018, met een

groeiend aandeel van uitgaven aan de ambulante GGZ (Zie Tabel 1). Opvallend is dat de afname van de uitgaven aan klinische GGZ tussen 2015 -2018 relatief klein was (één procent; afname van 2.039 naar 2.020 miljoen euro). Dit is onder andere te verklaren door een toename van de intensievere (en duurdere) plaatsen.

Figuur 3. Uitgaven aan GGZ in miljoenen euro's



Bron: CBS, cijfers gepresenteerd in de LMA 2019.

* GGZ Quote (uitgaven gerelateerd aan het BBP)

** nadere voorlopige cijfers

*** voorlopige cijfers

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

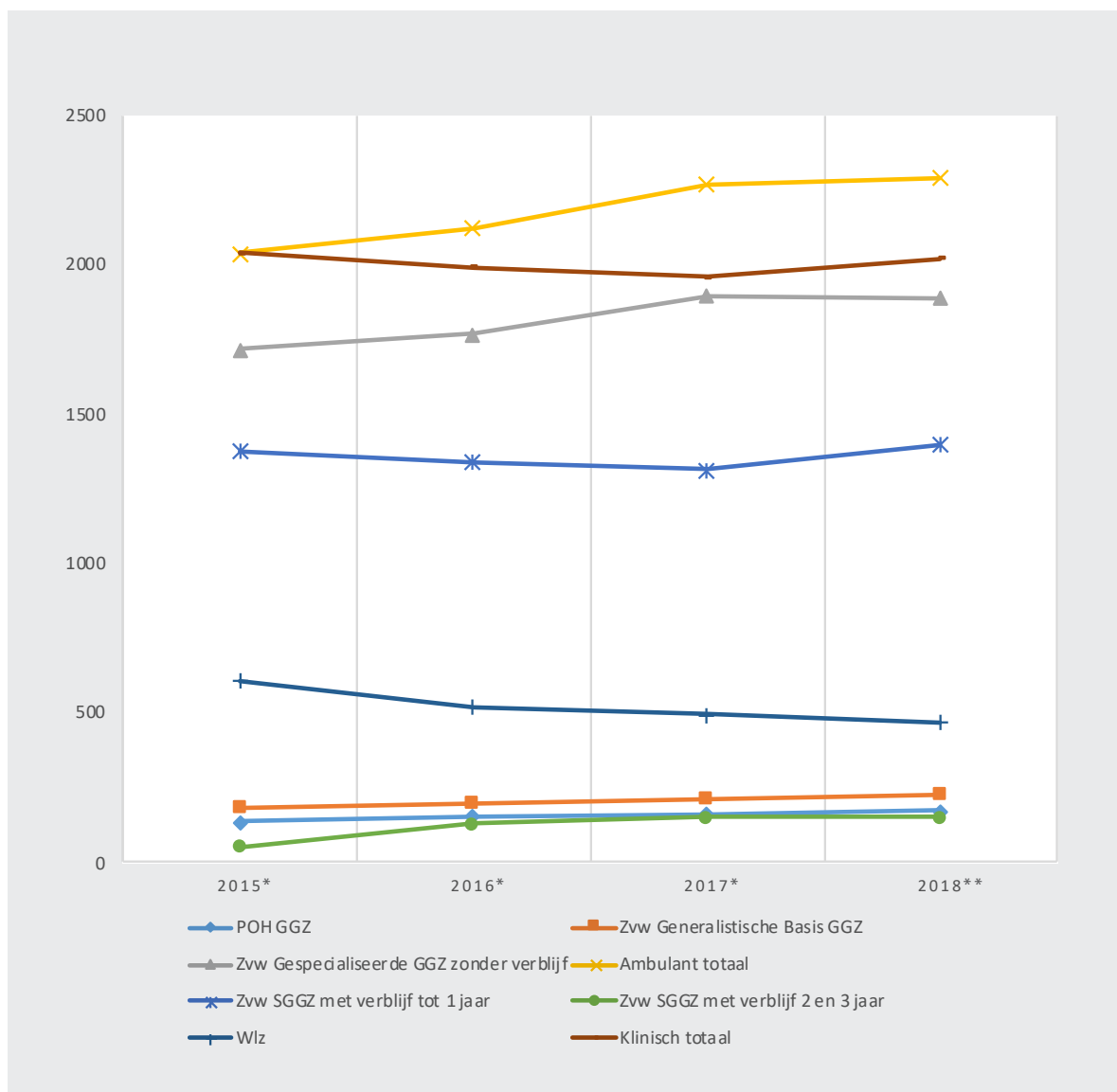
* Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2019. De uitgaven aan de POH-GGZ omvatten zowel consulten als inschrijftarieven.

** Ramingscijfers van Zorginstituut Nederland (ZIN).

*** 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.



Figuur 4. GGZ-uitgaven ambulante en klinische (Zvw en Wlz) 2015-2018 in miljoenen euro's



* 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.



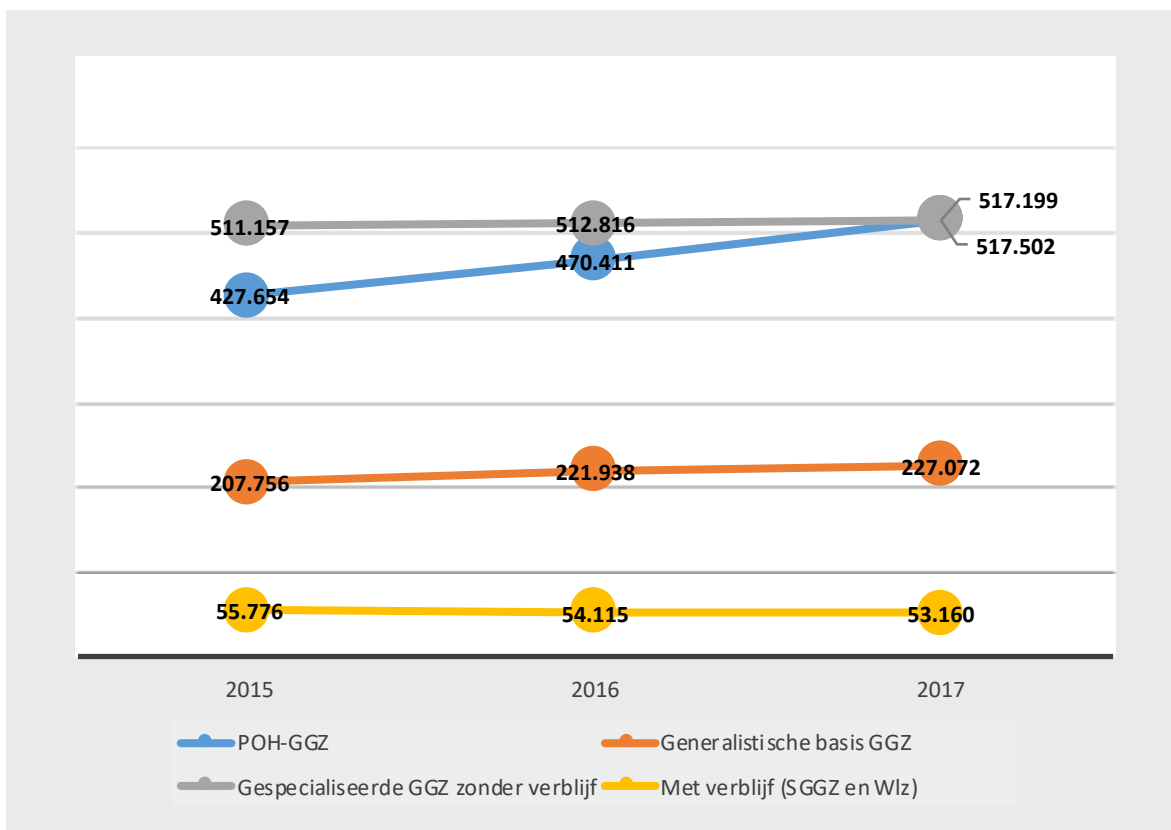
De (voorlopige cijfers van de) uitgaven aan Zvw en Wlz voor 2018 laten zien dat de uitgaven aan specialistische GGZ zonder verblijf niet langer stijgen; de stijging van de ambulante GGZ komt in 2018 voor rekening van de POH-GGZ en de generalistische basis GGZ. Deze ontwikkelingen wijzen erop dat de ambulante opbouw niet alleen (of zelfs niet zozeer) mogelijk wordt gemaakt door afname van klinische uitgaven en dat een deel van

de ambulante opbouw (of uitbreiding) juist in de lichtere echelons plaatsvindt.

Aantal cliënten

Figuur 5 laat zien dat het aantal cliënten met een specialistisch ambulante behandeling zonder verblijf een beduidend grotere groep is dan het aantal cliënten met een opname.

Figuur 5. Aantal cliënten per echelon (leeftijd 18+)



Bron: Vektis cijfers, aangeleverd voor de LMA 2019

Resultaten Kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen

Panel Psychisch Gezien

Het panel Psychisch Gezien bestaat sinds 2010 en kent inmiddels zo'n 1500 leden. Hiervan is ruim 60% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de leden is 52 jaar. Rond de 40% van de leden is cliënt bij een instelling voor gespecialiseerde GGZ of een verslavingszorginstelling en als naar brede zorg (binnen de GGZ, bijvoorbeeld ook vrijgevestigden of POH-GGZ) wordt gekeken dan heeft ruim 80% contact met een zorgprofessional. Vrijwel alle panelleden (96%) hebben al minstens 2 jaar last van de psychische klachten en voor 91% leveren de klachten problemen op in het dagelijks functioneren. Twee derde van de leden geeft aan twee of meer typen psychische klachten te ervaren, zoals depressie en angst.

Ervaren leefsituatie en kwaliteit van leven

De bevindingen laten zien dat veel panelleden in maatschappelijk opzicht een geïsoleerd leven leiden. Ruim vier op de vijf panelleden geeft aan in enige mate eenzaam te zijn en ongeveer twee op de vijf is 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.

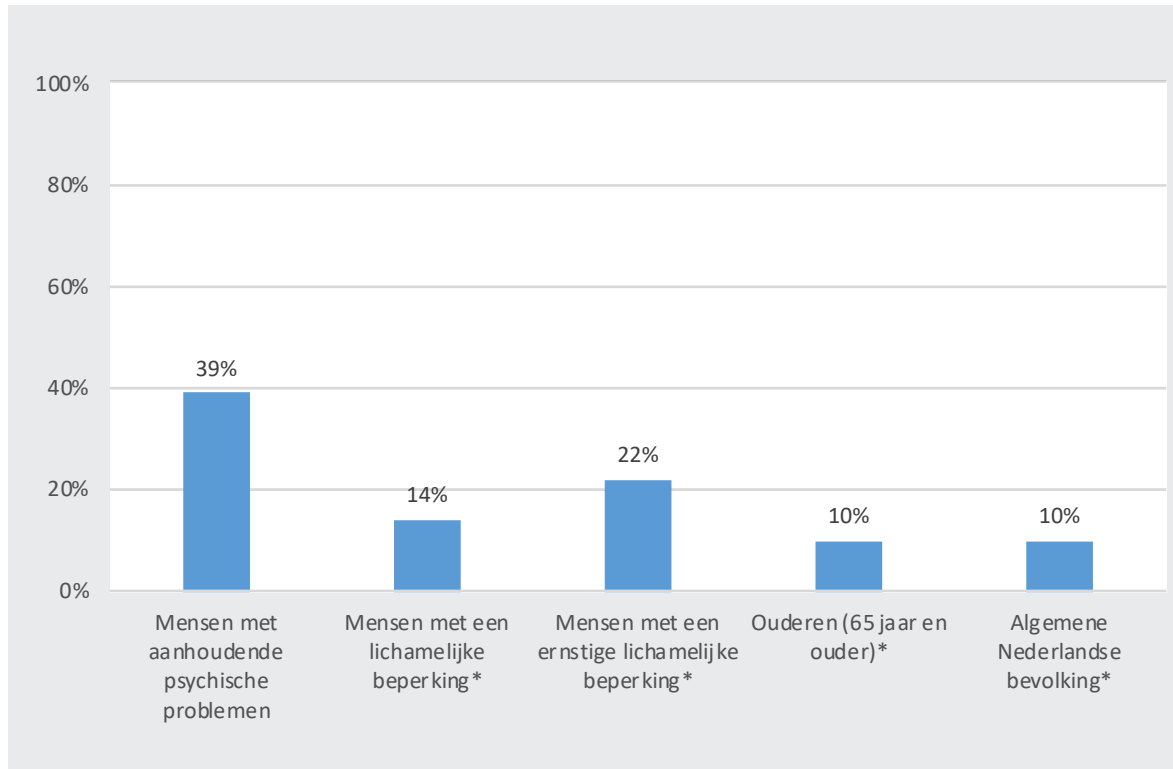
In vergelijking met andere groepen in de bevolking is met name de eenzaamheid onder de panelleden groot, bijvoorbeeld ook vergeleken met ouderen en mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen (Figuur 6). Maar ook op andere vlakken is duidelijk dat de panelleden er minder goed voorstaan. Zo is ook 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 7).

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%, 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.

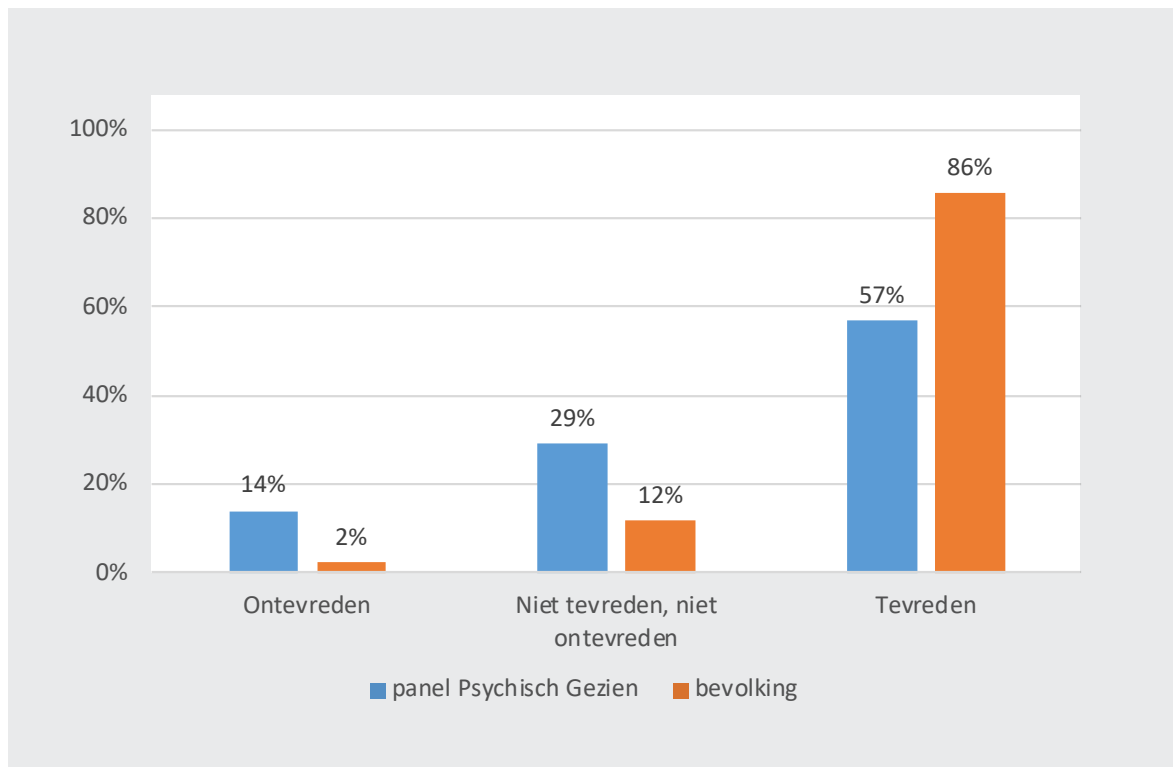


Figuur 6. Percentage mensen dat zich (heel) erg eenzaam voelt



* 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).

Figuur 7. 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).

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.

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). De mismatch speelt met name bij steun op het gebied van het aangaan van sociale contacten, dagelijkse bezigheden/dagbesteding, zingeving/perspectief en het vinden van de juiste hulpverlening.

Trends

Er werden door de jaren heen (2015-2019) geen significante verschillen gevonden in ervaren leefsituatie. Noch op eenzaamheid, noch op ervaren kwaliteit van leven, noch op ervaren actuele psychische gezondheid zijn er verschillen waarneembaar over de monitorperiode. Ook het aantal leden dat betaald werk of vrijwilligerswerk heeft, is nagenoeg hetzelfde gebleven. Voor de ervaren discriminatie geldt ook dat er geen verschil gevonden is; het percentage mensen dat zich gediscrimineerd of achtergesteld voelde vanwege psychische klachten varieert van 27 tot 29%.

Wat is er nodig om verder te komen? Uitkomsten van kwalitatief onderzoek voor de contextmonitor

Uit voorgaande blijkt dat terwijl de klinische plaatsen gestaag afgebouwd werden, de intensivering van de ambulante behandeling tegelijkertijd niet voor alle mensen met ernstige psychische problematiek (niet voor alle diagnosegroepen) even sterk groeide. De Wmo- gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning nam tussen 2017 en 2018 weliswaar toe maar beslaat slechts een klein deel van de ambulante GGZ. De resultaten van de peilingen bij het panel Psychisch Gezien laten door de jaren heen nauwelijks veranderingen zien op zaken als kwaliteit van leven, eenzaamheid en participatie.

Er zijn verschillende richtingen om betere randvoorwaarden voor de voortgang van de transitie (en het voorkomen van stagnatie daarvan) te creëren en om gesignaleerde knelpunten aan te pakken¹⁹:

- Versnippering van (financiering van) zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek tegen gaan en deze zorg kostendekkend maken. Bijvoorbeeld door differentiatie van de normen voor de gemiddelde kosten per subgroep of diagnosecategorie. Een verdergaande oplossingsrichting is het introduceren van een andere bekostigingsstructuur voor mensen met ernstige psychische problematiek, zoals populatiebekostiging.
- Vereenvoudiging van het regionale speelveld van zorginkoop en zorgverkoop met mogelijkheden tot afspraken maken over de uitruil van budgetten en van prestaties en tegenprestaties.



- Met durf om daar voorstellen in te doen en risico's te nemen, met wederzijds vertrouwen in plaats van focus op beheersing en de eigen bedrijfsvoering. Om daarmee de regionale samenwerking te bevorderen. Met een onderhandelingsituatie waarin een beperkt aantal partijen de hoofdverantwoordelijkheid dragen voor de regionale afspraken, met ruimte voor meerjarenafspraken.
- Bestrijding van (alle verschijningsvormen van) stigmatisering om participatie en sociale inclusie in de samenleving te vergroten.

De gewenste ontwikkelingen vergen een goed samenspel van werkvloer (cliënten, informeel netwerk en hulpverlening), middenmanagers, lokale en landelijke bestuurders. De afgelopen jaren verliepen de ontwikkelingen binnen de diverse gremia relatief gescheiden. Cruciaal in een geslaagd ambulantiseringproces is een 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.





Noten

- 1 In 2013 en 2014 met de Landelijke Monitor Intramurale GGZ en vanaf 2015 met de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ.
- 2 De meest recente bevindingen worden in de LMA 2019 gepresenteerd.
- 3 Trimbos-instituut (2015). Stand van zaken ambulantisering GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 4 Delespaul, Ph. en de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 427-438. Het prevalentiecijfer van de consensusgroep is toegepast op de omvang van de huidige Nederlandse bevolking.
- 5 Trimbos-instituut (2015). Stand van zaken ambulantisering GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 6 Trimbos-instituut (2017). Bijlage 9: Deelrapportage Regionale uitgaven aan klinische en ambulante GGZ 2015 en een overzicht van de EPA-vignetten per regio in 2015. Onderdeel van de LMA 2017. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 7 Plaatsen op gesloten afdelingen, individuele en groepsgerichte verblijfsvoorzieningen.
- 8 De data van Eurostat zijn ten tijde van het samenstellen van deze infosheet nog niet beschikbaar voor 2018.
- 9 De DBC-regels van de Zvw bevatten verschillende deelprestaties voor verblijf met overnachting (A tm H) met een steeds verder oplopende verzorgingsgraad. Voor de LMA worden de deelprestaties vanaf E gerekend tot verblijf met een intensievere verzorgingsgraad.
- 10 Voor 2012 is het aantal verblijfsdagen per deelprestatie niet uitgevraagd.
- 11 Gebaseerd op de ontwikkelingen bij de aanbieders die deelnemen aan de uitvraag van de LMA.
- 12 Gebaseerd op de ontwikkelingen bij de aanbieders die deelnemen aan de uitvraag van de LMA.
- 13 Gebaseerd op gegevens van de Raad voor de Rechtspraak, aangeleverd voor de LMA 2019.
- 14 Gebaseerd op de ontwikkelingen bij de aanbieders die deelnemen aan de uitvraag van de LMA.
- 15 Gebaseerd op door Vektis geleverde cijfers voor de LMA 2019. Cijfers over 2018 waren op dat moment nog niet beschikbaar.
- 16 Diagnosegroepen volgens de DBC-systematiek.
- 17 Trimbos (2015). Stand van zaken ambulantisering.
- 18 Gebaseerd op de ontwikkelingen bij de aanbieders die deelnemen aan de uitvraag van de LMA.
- 19 Gebaseerd op de uitkomsten van de kwalitatieve onderzoeken die door de jaren heen zijn uitgevoerd voor de LMA.

Colofon

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00

Auteurs
Aafje Knispel
Lex Hulbosch
Hans Kroon
Aniek de Lange
Harry Michon

Vormgeving
Canon Nederland N.V.

Foto's
Gettyimages.nl

Bestelinformatie
Deze factsheet is gratis te downloaden
via www.trimbos.nl.

Artikelnummer: AF1661

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