

Frank van Hoof, Aafje Knispel, Daniëlle Meije,  
Bob van Wijngaarden, Joost Vijselaar

 Trimbos  
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Trendrapportage GGZ 2010

# Deel 1

## Organisatie, structuur en financiering



20  
10

Tendrapportage GGZ 2010

# Deel 1

# Organisatie, structuur en financiering

Trimbos-instituut,  
Utrecht, 2010

 **Trimbos  
instituut**  
Netherlands Institute of  
Mental Health and Addiction

## Colofon

### *Opdrachtgever*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### *Financiering*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### *Projectleiding*

Drs. F. van Hoof

### *Projectuitvoering*

Drs. F. van Hoof

Mw. drs. A. Knispel

Dr. B. van Wijngaarden

Mw. drs. D. Meije

Prof. dr. J. Vijselaar

### *Met medewerking van*

Mw. S. Snuverink

Mw. D. de Ruijter Korver

Mw. K. Oskam

Mw. drs. F. Perdok

### *Met dank aan*

Drs. E.G. Memeo, Ministerie van VWS

### *Productiebegeleiding*

L. Groeneveld

### *Opmaak en druk*

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-687-3

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1006**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2010, 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.

Vanaf 2008 brengt het Trimbos-instituut jaarlijks Trendrapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages worden opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages vervullen daarbij een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staan de rapportages ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

- Organisatie, structuur en financiering van de GGZ
- Toegang tot en gebruik van de GGZ
- Kwaliteit en effectiviteit van de GGZ

In een tweejaarlijkse cyclus worden over elk van deze deelterreinen overzichtsrapportages geschreven. In de tussentijdse jaren verschijnen themarapportages rond specifieke, actuele onderwerpen. Voorliggend rapport is de tweede overzichtsrapportage, behorend bij het deelterrein *Organisatie, structuur en financiering van de GGZ*.



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>1 Aanbieders, productie en financiën</b>	<b>13</b>
1.1 Inleiding	13
1.2 Aanbieders van GGZ	13
1.3 Arbeidskrachten in de GGZ	17
1.4 GGZ-aanbod en -productie	18
1.5 Financiering en uitgaven	26
1.6 Conclusies	31
Referenties bij Hoofdstuk 1	33
<b>2 Marktontwikkelingen. De positie van de cliënt</b>	<b>35</b>
2.1 Inleiding	35
2.2 De markt voor GGZ	36
2.3 De verzekeringsmarkt en de zorginkoop	40
2.4 De derde partij: de positie van de GGZ-cliënt	46
2.5 Conclusies	56
Referenties bij Hoofdstuk 2	59
<b>3 Geestelijke gezondheidszorg en arbeidsparticipatie</b>	<b>63</b>
3.1 Inleiding	63
3.2 Arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen	64
3.3 Psychische problemen en inkomensondersteuning	66
3.4 Algemene voorzieningen voor ondersteuning bij arbeidsintegratie	68
3.5 Ondersteuning bij arbeidsintegratie vanuit de GGZ	72
3.6 Succesfactoren en knelpunten voor arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen	76
3.7 Conclusies	82
Referenties bij Hoofdstuk 3	85

<b>4</b>	<b>Geestelijke gezondheidszorg in Europa</b>	<b>89</b>
4.1	Inleiding	89
4.2	Europees GGZ-beleid: pleidooien voor sociale inclusie	90
4.3	Afbouw van bedden en opbouw van maatschappelijke ondersteuning	95
4.4	Knelpunten in organisatie en financiering	100
4.5	Conclusies	106
	Referenties bij Hoofdstuk 4	109
	<b>Bijlage Lijst van geïnterviewde personen</b>	<b>113</b>

# Samenvatting

Voorliggend rapport bevat een overzicht van de actuele stand van zaken en recente ontwikkelingen in de organisatie, structuur en financiering van de GGZ. Het rapport is een update van een eerste overzichtsrapportage uit 2008 (Trendrapportage GGZ 2008), aangevuld met een inventarisatie van de ontwikkelingen rond enkele specifieke actuele thema's.

Vier hoofdthema's komen aan bod.

- De GGZ-aanbieders en het GGZ-aanbod, inclusief trends in productie en financiën;
- Recente 'marktontwikkelingen', met speciale aandacht voor de positie van de cliënt;
- De rol van de GGZ bij de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen;
- GGZ en GGZ-beleid in Europa.

## Aanbieders, productie en financiën

De collectief gefinancierde GGZ wordt gedomineerd door circa 33 'geïntegreerde' GGZ-instellingen. Deze brede, geïntegreerde instellingen zijn ontstaan uit fusies tussen regionale instellingen voor ambulante GGZ, psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen. Recentelijk heeft de fusietrend een nieuwe wending genomen: reeds bestaande geïntegreerde instellingen fuseren met elkaar. Daardoor neemt het totaal aan geïntegreerde instellingen sinds enkele jaren af, terwijl de omvang en het geografische bereik van de bestaande instellingen steeds groter wordt.

De GGZ biedt een breed scala aan voorzieningen, in hoofdlijnen te onderscheiden naar ambulante hulp en intramurale hulp. Met name de ambulante 'productie' groeit al enkele decennia. Die groei heeft zich ook de afgelopen jaren voortgezet. Met betrekking tot de intramurale hulp is al sinds 1993 een groei van het beschermd wonen ingezet. Die groei is in 2004 versneld en dat verhoogde groeitempo zet in 2008 nog steeds door. De capaciteit van de overige intramurale voorzieningen is sinds 1993 in fasen gedaald, maar in een relatief laag tempo (vergeleken met de groei van het beschermd wonen en vergeleken met internationale cijfers).

Belangrijkste financieringsbron voor de GGZ is de Zorgverzekeringswet, met 65 á 70 % van de totale uitgaven en circa 95 % van de totale clientèle. Op de tweede plaats komt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met 25 á 30 % van de totale uitgaven circa 5 % van de clientèle. Ruim de helft van de GGZ-uitgaven wordt besteed aan de intramurale voorzieningen (inclusief het beschermd wonen). Het groeitempo van de GGZ-uitgaven is door de jaren heen relatief stabiel geweest. Dat groeitempo lag iets hoger dan dat voor de totale zorguitgaven.



## Marktontwikkelingen. De positie van de cliënt

GGZ-aanbieders oriënteren zich in het nieuwe stelsel nadrukkelijker dan voorheen op hun marktpositie. Qua 'marktstrategie' bewegen instellingen zich op een spectrum tussen twee uitersten. Aan de ene kant van dat spectrum opteren instellingen, onder invloed van de concurrentieverhoudingen in het nieuwe stelsel, voor een expansief beleid op landelijk niveau. Instellingen gaan op zoek naar groeimarkten (arbeid en psyche, luxe verslavingszorg) en naar mogelijkheden voor commerciële activiteiten. Sommige voeren een actief merkenbeleid. Verschillende landelijke samenwerkingsverbanden ontstaan rond specifieke merken c.q. productgroepen. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich de instellingen die in hoofdzaak regionaal georiënteerd zijn en blijven, zowel qua aanbod als in hun samenwerkingsverbanden. Sommige instellingen kiezen daar expliciet voor, met het oog op een goede ketenzorg voor mensen met langduriger of ernstiger psychische problemen.

Nieuw toetreden GGZ-aanbieders nemen vooralsnog een zeer bescheiden plaats in op de GGZ-markt, waarbij ze zich vooral op de enkelvoudige ambulante zorg richten. Het marktaandeel van deze instellingen lijkt momenteel niet verder te groeien.

De zorgverzekeringsmarkt is de afgelopen jaren steeds meer geconcentreerd geraakt en wordt inmiddels gedomineerd door vier grote concerns. De zorginkoop door deze verzekeraars heeft vooralsnog een sterk procedureel karakter. Selectief contracteren van GGZ-aanbieders komt nog weinig voor. Er worden door de zorgverzekeraars wel specifieke eisen aan de aanbieders gesteld. Deze eisen hebben met name betrekking op kosten en transparantie. Inhoudelijke inkoopcriteria zijn nog weinig ontwikkeld.

Vanuit de rijksoverheid zijn in de afgelopen jaren verschillende initiatieven genomen om cliënten nadrukkelijker in de gelegenheid te stellen de rol van 'derde marktpartij' te vervullen. Die initiatieven hebben vooral betrekking op het genereren van kwaliteits- en keuze-informatie en op de invoering van cliëntgebonden bekostiging. Van de zijde van cliëntenvertegenwoordigers worden de ontwikkelingen verwelkomd, maar ook van een aantal kritische kanttekeningen voorzien. Het vigerende markt- c.q. keuzemodel benadrukt te zeer de rol van de cliënt als zorgconsument en heeft te weinig oog voor de cliënt als ervaringsdeskundige, zo luidt het. In dit opzicht bestendigt het juist een eenzijdige, aanbodgeoriënteerde zorg. Gepleit wordt voor een meer communicatieve, interactieve visie op vraaggestuurde zorg en voor investeringen in een goede collectieve cliëntenvertegenwoordiging.

## Geestelijke gezondheidszorg en arbeidsparticipatie

De individuele en maatschappelijke betekenis van werk is groot en neemt in tijden van crisis wellicht nog toe. Ondersteuning bij het vinden en behouden van werk

voor mensen met psychische problemen die buiten het arbeidsproces zijn komen te staan, is ten dele beschikbaar vanuit reguliere voorzieningen voor arbeidsintegratie. Die ondersteuning is echter niet altijd toegespitst op de specifieke omstandigheden en ondersteuningsbehoeften van mensen met psychische problemen. Op bescheiden schaal is gespecialiseerde ondersteuning bij arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen wel beschikbaar vanuit de GGZ. Financieringsmogelijkheden van arbeidsrehabilitatie vanuit de zorgwetten – ZVW en AWBZ – nemen echter af. De hulpverleners van de betreffende voorzieningen gaan op zoek naar financiering vanuit en in samenwerking met instanties in de reguliere arbeidsintegratiesector. Complicerende factor daarbij is de spreiding van taken en verantwoordelijkheden over een groot aantal partijen.

Vanuit de praktijk wordt gesignaleerd dat het op veel plaatsen nog ontbreekt aan een goede bestuurlijke en organisatorische infrastructuur voor de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen. Dat geldt niet alleen voor de ondersteuning bij het vinden en behouden van werk op zich, maar ook voor het implementeren van de uit de wetenschappelijke literatuur bekende succesfactoren van die ondersteuning (aansluiten bij wensen van cliënten, snelle plaatsing in een betaalde baan, continuïteit, samenhang tussen zorg en integratie). In de praktijk is de totstandkoming van goede ondersteuning teveel afhankelijk van de bevologenheid en het doorzettingsvermogen van individuele hulpverleners, zo luidt het. Gepleit wordt voor bestuurlijk commitment vanuit de GGZ, gemeenten en het UWV, zo mogelijk nadrukkelijker afgedwongen vanuit c.q. gestimuleerd door de respectievelijke ministeries.

## Geestelijke gezondheidszorg in Europa

GGZ-beleid is de afgelopen jaren steeds prominenter op de Europese agenda gekomen. Centrale aandachtspunten zijn het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de bevolking en het bevorderen van de sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen. Steeds nadrukkelijker worden deze doelstellingen mede gelegitimeerd vanuit de bredere maatschappelijke en economische belangen die ermee gemoeid zijn.

Al langer zijn er met name in de West-Europese landen pleidooien voor een betere maatschappelijke ondersteuning en het bevorderen van de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen. Direct daaraan verbonden is een streven naar het omzetten van (de middelen voor) institutionele zorg in psychiatrische ziekenhuizen naar meer flexibele, ambulante, maatschappelijk georiënteerde zorg in de 'community'. Cijfers laten zien dat in veel West-Europese landen de institutionele zorg in de afgelopen twintig jaar is afgebouwd, maar ook dat in sommige landen decentrale residentiële voorzieningen daarvoor in de plaats zijn gekomen. Uit verschillende overzichtsstudies van de Europese GGZ-ontwikkelingen blijkt verder dat steeds meer maatschappelijk georiënteerde ambulante voorzieningen worden gerealiseerd, maar ook dat het soms

om een nogal 'patchy', breed uitwaaiende en weinig samenhangende, verzameling van activiteiten gaat.

De belangrijkste uitdaging bij de deinstitutionalisering van de GGZ en bij het bevorderen van sociale inclusie van mensen met psychische problemen, is gelegen in de spreiding van taken en verantwoordelijkheden over een groter aantal sectoren en financiers, zo blijkt uit de diverse overzichtsstudies. Die spreiding vraagt om het gericht aanspreken van betrokken partijen en om investeringen in afstemming, samenwerking en coördinatie. Het vraagt ook om een stevig, intersectoraal en integraal nationaal beleid.

# Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg is volop in beweging. Zorginhoudelijke ontwikkelingen, maar ook ontwikkelingen op het gebied van de organisatie en de financiering van de GGZ spelen daarin een belangrijke rol. In de Trendrapportage GGZ 2009 is uitgebreid ingegaan op de nieuwe financieringskaders voor de GGZ en de consequenties daarvan voor de GGZ-aanbieders en het GGZ-aanbod. Een breder overzicht van de aanbieders- en voorzieningestructuur in de GGZ, trends daarin en ontwikkelingen in de organisatie van de zorg binnen en rond GGZ, werd gegeven in de Trendrapportage GGZ 2008.

Voorliggend rapport bevat een update van de overzichtsrapportage uit 2008 en een aanvulling daarop met een inventarisatie van de ontwikkelingen rond enkele specifieke actuele thema's. De update betreft de ontwikkelingen in de aanbiederstructuur, de productie en de kosten van de GGZ en ontwikkelingen met betrekking tot de nieuwe (markt)verhoudingen in de GGZ. Daarnaast wordt in deze rapportage speciale aandacht besteed aan de positie van de cliënt in het nieuwe GGZ-stelsel, ontwikkelingen rond de rol van de GGZ bij de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen en ontwikkelingen in de GGZ en het GGZ-beleid in Europa.

Het eerste hoofdstuk geeft een overzicht van de actuele aanbieders- en voorzieningestructuur in de geestelijke gezondheidszorg en van recente trends daarin. Hierbij concentreren we ons op de collectief gefinancierde hulpverlening (gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en het Ministerie van Justitie). Aan bod komen feiten en cijfers over de verschillende typen aanbieders in de geestelijke gezondheidszorg, de arbeidskrachten in de GGZ, het zorgaanbod en ontwikkelingen in de capaciteit van en de uitgaven aan GGZ. Ook worden nog eens kort de actuele financieringskaders op een rij gezet en het aandeel van de verschillende financieringsbronnen in de GGZ-uitgaven.

De verhoudingen tussen de verschillende partijen in en rond de GGZ worden sinds een aantal jaren in toenemende mate bepaald door concurrentie en marktwerking. Met name de overheveling van het grootste deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet, in 2008, is in dit opzicht een belangrijk moment geweest. In de eerdere Trendrapportages werd al gesignaleerd dat de marktwerking onder andere leidt tot een toenemende aandacht voor strategisch management, marktverkenningen en marktprofilering. In hoofdstuk 2 bouwen we voort op de bevindingen in de eerdere rapportages.

We inventariseren ontwikkelingen in het strategisch beleid van de GGZ-aanbieders en de zorgverzekeraars. Vervolgens staan we uitgebreider stil bij de positie van de 'derde partij' in het nieuwe stelsel: de cliënt. Hoe staat het met de positie en de inbreng van cliënten in de GGZ? Hoe staat het met de keuzemogelijkheden? Welke signalen zijn

er van een toegenomen vraaggerichtheid in de GGZ? Maar ook: hoe is de positie van cliënten op regionaal en landelijk niveau, als het gaat om zorg- en beleidsontwikkeling? Wat is de inbreng van cliëntenorganisaties binnen de GGZ?

In de Trendrapportage GGZ uit 2008 werd geconstateerd dat GGZ-aanbieders op veel terreinen samenwerking en afstemming zoeken met andere (regionale) voorzieningen. Ook werd geconstateerd dat deze intersectorale samenwerking en afstemming in de ondersteuning van mensen met psychische problemen op onderdelen goed verloopt maar ook op een aantal steeds terugkerende barrières stuit. Niet goed op elkaar aansluitende regelgeving en diffusie van verantwoordelijkheden zijn enkele van die barrières. Een steeds belangrijker thema in dit verband is de ondersteuning van mensen met (langdurige) psychische problemen bij het hervinden en behouden van werk. Hoofdstuk 3 beschrijft wat bekend is over de praktijk van die ondersteuning, de betrokken reguliere en GGZ-voorzieningen en de mogelijkheden en belemmeringen voor succesvolle ondersteuning binnen de huidige organisatie en regelgeving.

GGZ-beleid is de afgelopen jaren ook steeds prominenter op de agenda van de Europese Unie gekomen. Uit diverse rapportages wordt ook duidelijk dat er niet alleen grote verschillen zijn in het GGZ-beleid en de GGZ-stelsels van de afzonderlijke Europese landen, maar ook veel overeenkomsten; als het gaat om knelpunten en mogelijke oplossingen daarvoor, valt veel van elkaar te leren. Een bindend element wordt inmiddels ook steeds meer gevormd door de vraag hoe goede zorg en ondersteuning voor mensen met psychische aandoeningen te waarborgen ten tijde van economische crisis en forse nationale begrotingstekorten. In hoofdstuk 4 geven we een overzicht van het GGZ-beleid op EU-niveau en van de hoofdlijnen in de ontwikkelingen in de GGZ en het GGZ-beleid in de afzonderlijke landen. Met name staan we stil bij de 'deinstitutionalisering' van de GGZ in Europa, bij een aantal structurele knelpunten die daarbij in veel Europese landen worden gesignaleerd en bij voorstellen voor het aanpakken van die problemen.

Voor de informatie en analyses in deze rapportage is gebruik gemaakt van Nederlandse en Europese onderzoeksliteratuur, beleidsevaluaties, monitorrapportages, beleidsnotities van belangenorganisaties van aanbieders, financiers en cliënten, publicaties in vak- en branchetijdschriften en gegevens uit databestanden van onder meer de NZa, het CBS en de WHO. Voor de analyses in de hoofdstukken 2 en 3 hebben daarnaast uitgebreide interviewrondes plaatsgevonden met respectievelijk vertegenwoordigers van cliënten en cliëntenorganisaties in en rond de GGZ en met onderzoekers en beleids- en praktijkdeskundigen op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en re-integratie van mensen met psychische problemen. De geraadpleegde schriftelijke bronnen en databestanden zijn opgenomen in de referentielijsten aan het eind van de afzonderlijke hoofdstukken. Een overzicht van de geïnterviewde vertegenwoordigers en deskundigen is opgenomen in de bijlage.

# 1 Aanbieders, productie en financiering

## 1.1 Inleiding

Voor professionele, gespecialiseerde hulp bij psychische problemen kunnen mensen terecht bij verschillende typen hulpaanbieders, zoals een zelfstandig gevestigde psycholoog of psychiater, een gespecialiseerde kliniek of juist een brede GGZ-instelling. Gezamenlijk bieden deze aanbieders een breed palet aan voorzieningen. Waar de ene cliënt geholpen wordt met een serie gesprekken, ontvangt de andere een intensievere vorm van ondersteuning, bijvoorbeeld thuis of in het psychiatrische ziekenhuis. Dit palet aan aanbieders en voorzieningen, die gezamenlijk de GGZ vormen, is voortdurend in beweging, mede onder invloed van beleidsontwikkelingen en veranderende financieringskaders. In dit hoofdstuk geven we overzicht van de actuele aanbieders- en voorzieningsstructuur in de geestelijke gezondheidszorg en van recente trends daarin. Hierbij concentreren we ons op de collectief gefinancierde hulpverlening (gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en het Ministerie van Justitie).

We beginnen in paragraaf 1.2 met een overzicht van de verschillende typen aanbieders in de geestelijke gezondheidszorg. Feiten en cijfers worden op een rij gezet over de verschillende categorieën aanbieders anno 2008. In paragraaf 1.3 worden gegevens gepresenteerd over de arbeidskrachten die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Paragraaf 1.4 beschrijft in hoofdlijnen de voorzieningen die door GGZ-aanbieders worden geboden ('ambulante' hulp, opnamevoorzieningen, woonvoorzieningen etc.), de omvang van die voorzieningen (capaciteit) en de ontwikkelingen die zich daarin in de afgelopen jaren hebben voorgedaan. In paragraaf 1.5 komen de financiering van en uitgaven aan professionele geestelijke gezondheidszorg aan de orde. In de slotparagraaf worden de belangrijkste bevindingen op een rij gezet.

## 1.2 Aanbieders van GGZ

Op hoofdlijnen zijn de volgende categorieën van collectief gefinancierde GGZ-aanbieders te onderscheiden:

- a. GGZ-organisaties ofwel organisaties die gespecialiseerd zijn in het bieden van geestelijke gezondheidszorg (ook wel GGZ-concerns genoemd);
- b. Zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners ;
- c. Gespecialiseerde GGZ-afdelingen van brede zorginstellingen.

## GGZ-organisaties

Onder 'GGZ-organisaties' verstaan we organisaties die gespecialiseerd zijn in het bieden van geestelijke gezondheidszorg, hiervoor een erkenning conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) hebben verkregen en zo collectief gefinancierde zorg kunnen leveren. Gegevens van *alle* zorgorganisaties die onder de regeling WTZi vallen, worden verzameld in de DigiMV databank<sup>1</sup>. Uit analyse van de DigiMV-gegevens komt naar voren dat er in 2008 199 concerns waren die collectief gefinancierde geestelijke gezondheidszorg boden (exclusief Paaz-en en PUK-en)<sup>2</sup>. Negen procent van deze concerns bestond uit meerdere (lagere) organisatorische eenheden (variërend van twee tot achttien eenheden).

Deze GGZ-organisaties vallen naar herkomst en achtergrond grofweg uiteen in twee groepen: de organisaties die een relatief lange traditie kennen in het aanbieden van GGZ (de 'gevestigde' instellingen) en de relatief nieuwe aanbieders.

In de groep van traditionele c.q. gevestigde instellingen kunnen de volgende categorieën worden onderscheiden:

- Brede geïntegreerde GGZ-instellingen, voortgekomen uit regionale fusies tussen twee of meer van de onderstaande typen instellingen;
- Zelfstandige Algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Apz-en);
- Zelfstandige Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg's);
- Zelfstandige Regionale instellingen voor beschermd wonen (Ribw-en);
- Gespecialiseerde jeugdpsychiatrische klinieken;
- Gespecialiseerde aanbieders van verslavingszorg;
- Gespecialiseerde aanbieders van forensisch-psychiatrische zorg .

Vrijwel alle traditionele instellingen zijn lid van GGZ Nederland. Tabel 1.1 geeft een overzicht van het aantal lid-instellingen van GGZ Nederland per type instelling. De tabel laat zien dat GGZ Nederland in 2008 in totaal 87 lidinstellingen telde, waarvan ruim een derde een brede, geïntegreerde instelling is.

Met name deze brede instellingen nemen gezamenlijk een groot deel van de totale GGZ-capaciteit voor hun rekening (zie ook hoofdstuk 2). Ze zijn ontstaan uit een lang-

---

1 De DigiMV databank wordt beheerd door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg CIBG, een uitvoeringsorgaan van het Ministerie van VWS. De DigiMV is een van de drie onderdelen van het Jaardocument zorg (het document waarmee zorgorganisaties verantwoording afleggen over hoe zij hun geld hebben besteed (<http://www.jaarverslagenzorg.nl/overjaarverslagenzorg/>)). Deze gegevens zijn openbaar met uitzondering van specifieke gegevens over het personeelsbestand van de organisatie.

2 Met een 'concern' wordt in de Jaarverantwoording 2008 bedoeld op 'de houder van de rechtspersoon die de verantwoording aflegt'. Dit is in de Jaarverantwoording het hoogste organisatieniveau. Sommige concerns bestaan vervolgens weer uit 'lagere organisatieniveaus'. In de ene sector worden deze lagere organisatieniveaus 'instellingen' of 'locaties' genoemd, in een andere heeft men het over een 'regio' of een 'vestiging' (Ministerie van VWS, 2008). Het kan verwarrend zijn dat een instelling in het gewone taalgebruik vaak als synoniem voor concern geldt (Ministerie van VWS, 2008). Om deze verarring te voorkomen zullen wij overeenkomstig de data van de DigiMV spreken over 'lagere organisatieniveaus'.

durige integratie- en fusiebeweging in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Die fusiebeweging lijkt nog door te gaan, maar is de afgelopen jaren wel van karakter veranderd. Tot het midden van het afgelopen decennium ging het vooral om fusies van verschillende soorten GGZ-voorzieningen binnen regio's (verticale fusies)<sup>3</sup>. Tot 2006 groeide het aantal brede instellingen dan ook en nam het aantal zelfstandige Riaggs's, Apz-en, etc. af. De afgelopen jaren is het accent meer komen te liggen op

interregionale fusies van reeds geïntegreerde regionale GGZ-instellingen (horizontale fusies). Na 2006 is het aantal geïntegreerde instellingen dan ook afgenomen (van 41 in 2006 naar 37 in 2007 naar 33 in 2008). Ook het totaal aantal lid-instellingen van GGZ Nederland nam in diezelfde periode af van 100 in 2006 tot de 87 van 2008 (zie ook Hilderink en van 't Land, 2008).

**Tabel 1.1 Lidinstellingen GGZ Nederland (2008)**

Brede, geïntegreerde GGZ-instelling	33
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (zelfstandig)	2
Riagg (zelfstandig)	6
Ribw (zelfstandig)	19
Gespecialiseerde kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek (zelfstandig)	10
Geïntegreerde instelling voor verslavingszorg	7
Instelling voor ambulante verslavingszorg	4
TBS inrichting	6
Totaal	87

Bron: GGZ in tabellen 2009 (in voorbereiding). Utrecht: Trimbos-instituut.

Bij de andere groep, de 'nieuwe aanbieders' in de GGZ, gaat het om een gemêleerde verzameling van organisaties met uiteenlopende achtergronden. Te onderscheiden zijn:

- Nieuwe toetreders tot de GGZ;
- Bestaande organisaties vanuit andere sectoren, die het GGZ-veld betreden;
- Afsplitsingen van gevestigde GGZ-instellingen (franchise-organisaties);
- Samenwerkingsverbanden van vrijgevestigden.

In hoofdstuk 2, over de marktontwikkelingen in de GGZ, gaan we dieper in op deze organisaties, hun werkterrein en hun 'marktaandeel' in de GGZ. Voor dit moment merken we op dat het vergeleken bij de gevestigde instellingen om relatief kleine organisaties gaat en dat ook het aandeel van deze organisaties in de totale GGZ-capaciteit (nog) gering is.

<sup>3</sup> Aan deze eerste fusiebeweging lag mede het streven van de rijksoverheid ten grondslag om te komen tot een regionaal geordend en binnen de regio's dekkend en zo geïntegreerd mogelijk aanbod. Na 2000 heeft dit streven plaatsgemaakt voor een meer marktgeoriënteerde benadering van de zorg en van de GGZ.



## Zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners

Professionele geestelijke gezondheidszorg wordt in Nederland niet alleen geboden door GGZ-organisaties maar ook door professionals die zelfstandig werken, de zogeheten *zelfstandig gevestigden*. Tot de zelfstandig gevestigden worden vooral de zelfstandig gevestigde psychiaters, psychotherapeuten en eerstelijnspsychologen gerekend. De zelfstandig gevestigde eerstelijnspsychologen werden tot voor kort niet tot de collectief gefinancierde geestelijke gezondheidszorg gerekend, aangezien ze niet werden gefinancierd uit de publieke, specifiek aan de GGZ toegewezen middelen maar uit aanvullende verzekeringen of uit eigen middelen van de betreffende cliënten. Sinds 2008 wordt eerstelijnspsychologische zorg echter voor de duur van acht sessies vergoed vanuit de basisverzekering van de ZVW. Bij 'eerstelijnspsychologische zorg' gaat het om 'kortdurende behandeling van 'lichte psychologische problematiek' door middel van een generalistische aanpak' (Ministerie van VWS, 2006). In het Besluit Zorgverzekeringswet wordt overigens niet nader gespecificeerd wie de eerstelijnspsychologische zorg moet bieden. Dit kunnen dus ook andere professionals zijn dan de eerstelijnspsycholoog, inclusief professionals die voor GGZ-instellingen werken<sup>4</sup>.

In Tabel 1.2 wordt een overzicht gegeven van de aantallen van de drie belangrijkste categorieën van zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners. In totaal zijn er in 2008 ruim 3000 zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners, waarvan psychotherapeuten en eerstelijnspsychologen de grootste groepen vormen.

**Tabel 1.2 Zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners (2009)**

Psychotherapeuten	1.113
Psychiaters	609*
Eerstelijnspsychologen	1400**
Totaal	3040

\* Waarvan 17 in het buitenland en 38 met een onbekende standplaats

\*\* Schatting op basis van ledenaantal LVE (circa 80 % van geregistreerde eerstelijnspsychologen)

Bron: Van Dijk, S., Knispel, A., Nuijen, J. (in voorbereiding). *GGZ in getallen 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Afgaand op de registratiegegevens is het aantal zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners de afgelopen jaren relatief stabiel geweest. In 2009 was het aantal vrijgevestigde psychiaters ten opzichte van 2006 iets gedaald, maar dit zou volgens de NVvP vooral samenhangen met administratieve factoren. Het aantal eerstelijnspsychologen dat lid is van de LVE schommelde de afgelopen jaren rond de 1.100. Het aantal vrijgevestigde psychotherapeuten dat lid is van de NVVP is de laatste jaren enigszins gestegen. Overigens signaleerden brancheorganisaties in de afgelopen periode dat sinds 2008

---

4 Dat eerstelijnspsychologische zorg ook door andere professionals dan eerstelijnspsychologen wordt geboden, blijkt uit een vergelijking van de gegevens in tabel 1.2 met een inventarisatie van declaratiegegevens door het NZA. Die inventarisatie laat zien dat 3309 zelfstandig gevestigden in 2008 eerstelijns consulten declareerden; aanzienlijk meer dan het aantal geregistreerde eerstelijnspsychologen.

circa 350 zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten hun praktijk zouden hebben opgegeven, met name wegens liquiditeitsproblemen en de complexiteit van DBC-systematiek (NZa, 2010). Die signalen worden vooralsnog niet bevestigd door de registratiegegevens.

### Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen

GGZ-voorzieningen worden niet alleen geboden door GGZ-organisaties en door zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners, maar ook vanuit GGZ-afdelingen van algemene zorginstellingen. Met name gaat het dan om de Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en) en academische ziekenhuizen (psychiatrische universiteitskliniek ofwel PUK). Deze afdelingen bieden hoofdzakelijk kortdurende ambulante en opnamevoorzieningen. Anno 2009 waren er volgens de Vereniging voor Paaz-manager (VPM) 40 PAAZ-en met naar schatting 1750 bedden. Uit onderzoek van Leentjes e.a. (2009) blijkt dat de behandelcapaciteit in de algemene en academische ziekenhuizen tussen 1998 en 2006 sterk is verminderd. De onderzoekers concluderen op basis van enquêteonderzoek dat het zou gaan om een capaciteitsvermindering van tussen de 40 en 56 procent.

## 1.3 Arbeidskrachten in de GGZ

De collectief (vanuit ZVW en AWBZ) gefinancierde zorginstellingen in Nederland waren in 2008 samen goed voor bijna 900.000 banen (voorlopige cijfers 2008 [www.statlinecbs.nl](http://www.statlinecbs.nl)). Omgerekend naar arbeidsjaren of fte<sup>5</sup> komt dit neer op ruim 550.000 fte's.

Tabel 1.3 Aantal arbeidsjaren in de zorg per sector (2008)

	N	%
Academische ziekenhuizen	52.790	9,5
Algemene ziekenhuizen	125.650	22,5
Categoriale ziekenhuizen	11.410	2
GGZ	61.560	11
Gehandicaptenzorg	96.280	17,2
Ouderen- en thuiszorg	210.910	37,8
Totaal	558.600	100

Bron: CBS Statline, voorlopige cijfers 2008

Tabel 1.3 laat zien dat de meeste arbeidsplaatsen (omgerekend naar voltijdse equivalenten) zich in de ouderen- en thuiszorg bevinden en dat de geestelijke gezondheidssector

5 Het CBS hanteert de volgende definitie van arbeidsjaren: 'Arbeidsjaren is een maat voor het arbeidsvolume die wordt berekend door alle banen (voltijd en deeltijd) in een jaar om te rekenen naar voltijdsequivalenten (vte)'. Overigens wijken gegevens van het CBS iets af van die in de DigiMV-en. Volgens laatstgenoemde bron beschikten de GGZ-organisaties in 2008 over ruim 67.000 FTE aan arbeidskrachten in loondienst.

met ruim 61.000 fte de kleinste deelsector is (indien de drie categorieën ziekenhuizen samen genomen worden). In totaal neemt de GGZ 11 % van de totale arbeidscapaciteit in de zorg voor zijn rekening.

Het aantal mensen dat in de GGZ werkt is de afgelopen jaren sneller gestegen dan het totaal aantal werkenden in Nederland en ook sneller dan het totaal aantal mensen dat in de zorg- en welzijnssector werkt. Tussen 2003 en 2008 bedroeg de groei van het totaal aantal werkenden in Nederland gemiddeld 1,1 % per jaar. Het aantal mensen dat in de zorg werkt groeide in die periode gemiddeld met 2 % per jaar (Windt e.a., 2009). De groei in de geestelijke gezondheidszorg was nog iets hoger en lag in diezelfde periode op gemiddeld 5,4 % per jaar.

Tabel 1.4. laat zien dat in 2008 bijna driekwart (74,4 %) van de personeelsleden van GGZ-organisaties in patiëntgebonden functies werkten (inclusief de leerlingen). Verreweg het grootste deel daarvan is verplegend en verzorgend personeel. Volgens de gegevens van het CBS is de verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel in de GGZ ten opzichte van voorgaande jaren relatief stabiel gebleven. Vergelijking met andere zorgsectoren laat zien dat het aandeel patiëntgebonden personeel in de GGZ lager ligt dan in de gehandicaptenzorg (aandeel van ruim 80 %), maar hoger dan in de algemene ziekenhuiszorg (aandeel van circa 70 %).

**Tabel 1.4 Aantal arbeidsjaren werknemers in loondienst / fte's bij ZVW- en AWBZ- gefinancierde GGZ, per functiecategorie (2008)**

	N	%
Verpleegkundig en verzorgend personeel	24.450	39,7
Medische en sociaal wetenschappelijke functies	8.220	13,4
Leerling-verpleegkundig en verzorgend	1.490	2,4
Overige patiënt- en bewonersgebonden functies	11.660	18,9
Algemene en administratieve functies	10.560	17,2
Hotelfuncties	3.960	6,4
Terrein- en gebouwgebonden functies	730	1,2
Overig personeel in loondienst	500	0,8
Totaal	61.560	100

Bron: CBS Statline, voorlopige cijfers 2008

## 1.4 GGZ-aanbod en -productie

Het aanbod van de GGZ bestaat uit een breed scala aan voorzieningen. Mensen kunnen in de geestelijke gezondheidszorg terecht voor advies of voor therapeutische gesprekken, maar ook voor verschillende vormen van intensievere hulp, zo gaven we eerder aan. In deze paragraaf geven we een overzicht van dit aanbod en deze voorzieningen. Eerst

omschrijven we kort de belangrijkste categorieën voorzieningen. Vervolgens presenteren we enkele gegevens over het 'volume' c.q. de capaciteit van deze voorzieningen en de trends die zich daarin de afgelopen periode hebben voorgedaan.

### Aard van de GGZ-voorzieningen

Globaal zijn de volgende hoofdcategorieën van GGZ-voorzieningen te onderscheiden:

- Ambulante hulp;
- Opnamevoorzieningen;
- Woon(verblijfs-)voorzieningen;
- Voorzieningen rond dagbesteding en arbeid;
- Voorzieningen op het gebied van preventie en algemene 'dienstverlening'.

Deze voorzieningen worden hieronder achtereenvolgens toegelicht.

In termen van het aantal cliënten dat er gebruik van maakt, is de zogeheten '*ambulante hulp*' verreweg het belangrijkste type GGZ-voorziening. Volgens gegevens van brancheorganisatie GGZ Nederland ontving 89 % van alle mensen die in 2007 bij één van de lidinstellingen stonden ingeschreven, in dat jaar ambulante hulp (GGZ Nederland, 2009). Bij ambulante hulp gaat het om periodieke contacten tussen een cliënt en een professionele hulpverlener, op afspraak en doorgaans ten kantore van de hulpverlener of hulpverleningsinstelling. Soms vinden contacten plaats bij de cliënt thuis (met name bij mensen met ernstige en sterk op dagelijks functioneren ingrijpende psychische problemen). De functie van de contacten kan variëren van een verkenning van de aard en oorzaak van de problemen, advies over of begeleiding bij de aanpak van of de omgang met die problemen, ondersteuning bij het gebruik van medicatie, tot psychotherapeutische hulp. Vaak gaat het om combinaties van functies en methodieken. Tot de ambulante hulp kan ook de ambulante crisishulpverlening gerekend worden: 'psychische noodhulp', die ook buiten kantooruren beschikbaar is en die met name wordt ingezet wanneer ook de sociale situatie om spoedig ingrijpen vraagt. Een specifieke voorziening binnen de ambulante hulpverlening is verder de 'deeltijdbehandeling' (ook wel dagbehandeling genoemd). De cliënt volgt overdag therapieën of activiteitenprogramma's op een GGZ-instelling, maar brengt de avonden, nachten en weekenden thuis door.

Een ander belangrijk onderdeel van de GGZ, naast de ambulante zorg, wordt gevormd door de *opnamevoorzieningen* en de *verblijfs- of woonvoorzieningen*. Volgens gegevens van GGZ Nederland maakt op jaarbasis circa 10 % van de GGZ-cliënten gebruik van deze opname- en verblijfs-voorzieningen (Hoof e.a., 2008).<sup>6</sup>

*Opnamevoorzieningen* zijn bestemd voor diegenen die zich vanwege hun psychische problemen of de consequenties daarvan voor een bepaalde periode uit het reguliere sociale leven c.q. uit de thuisomgeving willen of moeten terugtrekken. De cliënt verblijft dan gedurende een bepaalde tijd in een instelling. De opname gaat doorgaans gepaard

---

6 Gegevens exclusief PAAZ-en en zelfstandig gevestigde hulpverleners.

met enigerlei vorm van behandeling of begeleiding en met medicatieverstrekking. Net als bij de ambulante hulp kan de duur van deze opnames sterk verschillen: van enkele dagen tot meerdere jaren. In het laatste geval krijgt de betreffende voorziening voor de betrokkene meer de functie van woonplek dan die van een time-out of behandelvoorziening. Over het algemeen verblijven cliënten die worden opgenomen gedurende die periode 24 uur per dag in de opnamevoorziening. Wel vinden cliënten die gedurende een langere periode worden opgenomen hun bezigheden overdag soms ook buitenshuis.

Voor cliënten van wie te verwachten is dat zij permanent of tenminste gedurende een aantal jaren 24 uur per dag zorg of begeleiding nodig hebben, of voor wie 24 uur per dag zorg of begeleiding oproepbaar moet zijn, kent de GGZ grofweg twee categorieën *verblijfs- c.q. woonvoorzieningen*. De eerste categorie is sterk gelieerd aan bovengenoemde opnamevoorzieningen, en bestaat met name uit voorzieningen die speciaal in het leven zijn geroepen voor (zeer) langdurige opname ('verblijfspsychiatrie'). Het onderscheid tussen opnameplaatsen en verblijfsplaatsen is daarbij niet altijd even scherp te maken (wanneer wordt een langdurige opname of vervolghandeling een verblijf? Hoe kort moet een kortdurend verblijf zijn om een opname te heten?). Deze voorzieningen vinden hun oorsprong in de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Lange tijd waren ze ook vooral op de instellingsterreinen van de psychiatrische ziekenhuizen gevestigd.

De tweede categorie verblijfs- c.q. woonvoorzieningen zijn de zogeheten *beschermende woonvormen*, waarvan de ontstaansgeschiedenis voor een belangrijk deel buiten de psychiatrie ligt, waarin formeel ook geen psychiatrische behandeling wordt geboden en die van oudsher juist niet op een instellingsterrein, maar in een 'gewone woonomgeving' zijn gesitueerd. Beschermende woonvormen zijn vooral ontstaan vanuit de Ribw-en en hun voorgangers. In beide gevallen - de verblijfspsychiatrie en de beschermende woonvormen - gaat het doorgaans om geclusterde woonvoorzieningen, met daarbinnen of in de directe nabijheid daarvan zorgvoorzieningen.

Sinds de jaren '80 zijn voor mensen met langdurige en ernstige psychische problemen (ambulante) GGZ-voorzieningen op het gebied van *dagbesteding en arbeidsrehabilitatie* in het leven geroepen. In aparte dagbestedingsvoorzieningen van de GGZ worden speciaal voor mensen met (langdurige) psychische problemen ontmoetingsmogelijkheden en mogelijkheden tot deelname aan recreatieve, educatieve of arbeidsmatige activiteiten geboden. In arbeidsrehabilitatievoorzieningen, al dan niet verbonden aan de dagbestedingsvoorzieningen, worden cliënten ondersteund bij het verkrijgen en behouden van werk, hetzij in de vorm van leer-/werkprojecten, hetzij in de vorm van begeleiding bij (het vinden van) reguliere opleidings- of werkplekken. (In hoofdstuk 4 gaan we nader in op het thema 'arbeidsparticipatie'.) Overigens worden de betreffende voorzieningen niet meer alleen door GGZ-instellingen geboden, maar is inmiddels ook een aantal zelfstandige, gespecialiseerde instellingen op dit terrein ontstaan (doorgaans na afsplitsing van een GGZ-instelling).

De laatste categorie van GGZ-voorzieningen betreft voorzieningen op het gebied van *preventie* en *dienstverlening*. Tot preventie behoren activiteiten die gericht zijn op het voorkómen van psychische problemen. Preventieactiviteiten kunnen gericht zijn op de algemene bevolking (universele preventie), op risicogroepen (selectieve preventie) of op cliënten waar de problematiek al zichtbaar is (geïndiceerde preventie) maar bij wie de symptomen nog niet voldoen aan de diagnostische criteria. Bij dienstverlening gaat het hoofdzakelijk om een breed palet aan voornamelijk consultatieve activiteiten ten behoeve van andere organisaties.

Uit analyse van de DigiMV-en blijkt dat de meeste GGZ-aanbieders verschillende typen voorzieningen bieden. Ongeveer een derde biedt maar één type voorziening, doorgaans ambulante hulpverlening.

### Capaciteit en productie

Volgens gegevens van GGZ Nederland bedienden de lidinstellingen in 2007 gezamenlijk circa 845.000 cliënten. Dat komt ongeveer overeen met de gegevens van de NZA, die becijferde dat de gebudgetteerde instellingen<sup>7</sup> in 2007 samen 855.000 cliënten in zorg hadden. In deel 2 van de Trendrapportage GGZ 2010 wordt uitgebreider ingegaan op het zorggebruik in de GGZ. In deze paragraaf presenteren we enkele gegevens over de aanbodkant, in het bijzonder aan de hand van de productie- en capaciteitscijfers en de trends die zich daarin de afgelopen jaren hebben voorgedaan.

#### Ambulante groei

Tabel 1.5 geeft een overzicht van de 'ambulante productie' c.q. van de ontwikkeling van het aantal geregistreerde ambulante GGZ-contacten van 1993 tot 2008.

Tabel 1.5 Ambulante contacten (x 1.000), 1993 – 2008

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ambulante contacten	4.081	4.229	4.409	4.742	4.953	4.744	4.685	4.668	4.539
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Ambulante contacten	5.022	5.471	8.484	9.384	10.932	11.515	13.716		

Bron: GGZ in getallen 2009 (in voorbereiding). Utrecht: Trimbos-instituut.

Kanttekening bij de cijfers in tabel 1.5 is dat wijzigingen in registratiemethoden voor vertekeningen kunnen zorgen. Zichtbaar is dat het geval in 2004 en mogelijk ook in 2008. In 2004 stijgt het aantal geregistreerde contacten abrupt met circa 30 %.

<sup>7</sup> Gebudgetteerde zorgaanbieders zijn instellingen waarvoor vóór 1 januari 2008 een budget in het kader van de AWBZ is vastgesteld op grond van de Beleidsregel aanvaardbare kosten. Deze instellingen maken jaarlijks budgetafspraken met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Nieuwe aanbieders en zelfstandig gevestigden zijn (doorgaans) niet gebudgetteerd c.q. maken geen budgetafspraken met financiers.

De vermoedelijke oorzaak daarvan is dat specifieke, intensieve ambulante hulpvormen, die voorheen uit het zogeheten Zorgvernieuwingsfonds werden vergoed en niet in de reguliere productiecijfers zichtbaar waren, vanaf 2004 wel tot de reguliere ambulante contacten gerekend werden. Volgens opgave van de NZA zou een oorzaak van de abrupte stijging ook gelegen zijn in de opname van telefonische contacten in de cijfers vanaf 2004. Ook in 2008 zien we een abrupte stijging, deze keer met circa 20 % ten opzichte van het voorgaande jaar. In 2008 vond de overheveling plaats van een groot deel van de GGZ vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Zorgverzekeringswet. Hoewel de NZA – de leverancier van de gegevens – daar geen concrete aanwijzingen voor heeft, is deze overgang mogelijk eveneens gepaard gegaan met administratieve wijzigingen in de registratie van de productiecijfers.

Gegeven deze kanttekeningen laten de cijfers in tabel 1.5 zien dat de ambulante productie, ook in de 'normale' jaren gestaag is gegroeid en dat die groei vanaf 2001 versnelde. In de Trendrapportage 2008 werd aan de hand van aanvullende gegevens van GGZ Nederland en de Psychiatrische Casusregisters geconstateerd dat in de periode tot 2001 met name de intensieve ambulante hulp (vooral voor mensen met ernstiger en langduriger psychische problemen) groeide. De versnelde groei van de ambulante productie na 2001 kon volgens de analyses (en afgezien van de administratieve vertekeningen) vooral worden toegeschreven aan een versnelde groei van de reguliere ambulante zorg en van het aantal cliënten. De groeicurve lijkt de laatste jaren nog verder te stijgen<sup>8</sup>. De resultaten van de Monitor Curatieve Zorg van de NZA (2010) onderschrijven deze trend.

*Deeltijdbehandelingen* zijn vooral in de jaren '80 en '90 tot ontwikkeling gekomen. In die periode is de capaciteit voor deeltijdbehandeling ook fors gegroeid. In 2000 waren er volgens de beschikbare gegevens 4700 plaatsen voor deeltijdbehandeling, meer dan vier keer zoveel als in 1980. Daarna is het aantal plaatsen gestabiliseerd rond de 5000 plaatsen. Ook de productiecijfers laten een stijging zien tot rond de eeuwwisseling, waarna een stabilisering optreedt die voortduurt tot en met de laatste meting in 2008 (*GGZ in tabellen 2009*, in voorbereiding).

### **'Semimuralisering'**

De omvang van het aanbod aan opname- en verblijfsvoorzieningen wordt doorgaans afgemeten aan het aantal plaatsen ('bedden') en het aantal verpleegdagen ('productie'). Bij het aantal plaatsen wordt een onderscheid gemaakt in de formele capaciteit en de feitelijke capaciteit. Instellingen met opname- en verblijfs- (c.q. woon)voorzieningen zijn elk gehouden aan een maximum aantal plaatsen. Dat is de formele, toegelaten capaciteit. Deze formele capaciteit wordt echter niet volledig gerealiseerd. De feitelijke capaciteit aan opname- en verblijfsvoorzieningen is dus lager dan de formele capaciteit.

---

8 Analyse van de gegevens in de CIBG databank resulteren overigens in nog hogere ambulante productiecijfers voor 2008 (circa 14,5 miljoen contacten). Niet duidelijk is waar het verschil met de NZA-cijfers in tabel 1.5 aan te wijten is.

In 2008 bedroeg het totaal aantal formele plaatsen volgens de NZA-gegevens bijna 39.000. Het feitelijk aantal plaatsen in opname- en verblijfs- (c.q. woon)voorzieningen bedroeg bijna 33.000<sup>9</sup>. We concentreren ons in het vervolg van deze paragraaf op deze feitelijke plaatsen.

In de productiecijfers zoals die landelijk verzameld worden door de NZA, wordt een onderscheid gemaakt in de circuits voor volwassenen en ouderen, jeugdigen, verslavingszorg en forensische psychiatrische zorg. Ook worden plaatsen voor beschermd wonen ('semimurale' plaatsen) apart geregistreerd. Geen onderscheid wordt echter gemaakt tussen de tijdelijke opnamevoorzieningen en de meer permanente verblijfsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen. Om daar toch enig zicht op te krijgen kunnen in de NZA-gegevens van 2008 wel de AWBZ-gefinancierde en ZVW-gefinancierde plaatsen van elkaar onderscheiden worden. Bij AWBZ-gefinancierde plaatsen gaat het om een opname of verblijf van tenminste één jaar<sup>10</sup>. Bij ZVW-gefinancierde plaatsen om opnamen van korter dan één jaar.

Tabel 1.6 geeft een overzicht van de intramurale en semimurale capaciteit voor verschillende categorieën voorzieningen c.q. circuits en binnen verschillende financieringskaders in 2008.

**Tabel 1.6 Feitelijke capaciteit opname en verblijf naar type voorziening / zorgcircuit en financieringskader (2008)**

	AWBZ	ZVW	Totaal
Volwassenen en ouderen	6.709	9.338	16.047
Beschermd wonen	12.550	124	12.647
Verslavingszorg	71	2.113	2.184
Kinderen en jeugdigen	267	1.440	1.707
Forensische psychiatrische zorg	114	189	303
Totaal	19.711	13.204	32.915

Bron: NZa

Tabel 1.6 laat zien dat van de feitelijke capaciteit circa de helft bestaat uit opname- en verblijfsplaatsen voor volwassenen en ouderen en circa 40 % uit plaatsen in beschermende woonvormen. De verslavingzorg, de kinder- en jeugd-GGZ en de forensische psychiatrische zorg zijn gezamenlijk goed voor circa 10 % van de plaatsen. De tabel laat verder zien dat van de opname- en verblijfsplaatsen in het circuit voor volwassenen en ouderen, circa 40 % vanuit de AWBZ wordt gefinancierd c.q. gebruikt wordt voor een

9 Ook de cijfers over de intramurale capaciteit liggen in databank van het CIBG hoger dan die van de NZA. Het CIBG komt voor 2008 op ruim 41.000 plaatsen, waarvan bijna 13.000 voor beschermd wonen.

10 Formeel valt ook niet-geneeskundig verblijf van minder dan één jaar onder de AWBZ. In de praktijk wordt vrijwel uitsluitend het beschermd wonen tot het niet-geneeskundige verblijf gerekend.

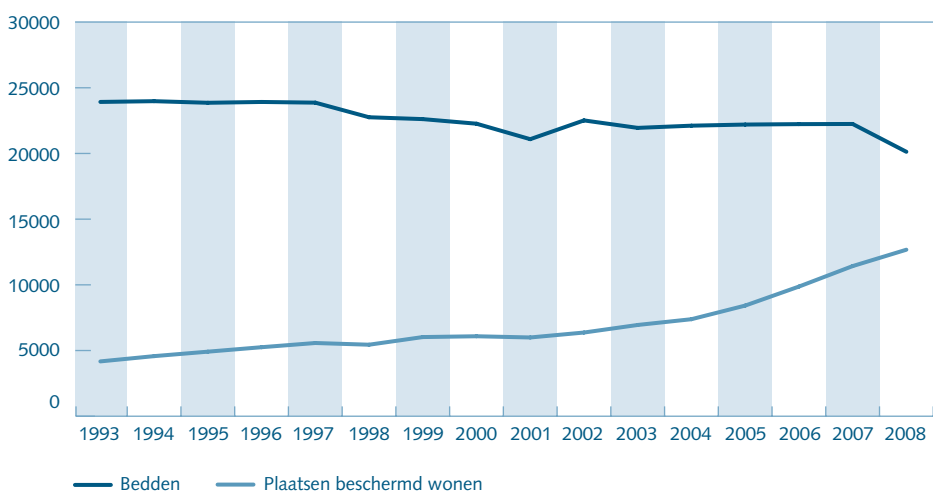


opname of verblijf van tenminste één jaar. Bij circa 60 % van de bedden in dit circuit gaat het om plaatsen die ZVW-gefinancierd zijn c.q. gebruikt worden voor een opname of verblijf van korter dan een jaar. Verder worden plaatsen voor beschermd wonen vrijwel allemaal vanuit de AWBZ gefinancierd en de plaatsen in de overige circuits hoofdzakelijk vanuit de ZVW. In totaal gaat het bij 60 % van opname- en verblijfs capaciteit om AWBZ-gefinancierde plaatsen ofwel plaatsen voor langduriger zorg.

In de omvang en verdeling van de opname- en verblijfs capaciteit in de GGZ zijn in de afgelopen 15 jaar relatief grote verschuivingen opgetreden. Figuur 1.1 laat zien dat met name het beschermd wonen tussen 1993 en 2008 fors is gegroeid en in omvang meer dan verdrievoudigd. Vooral de laatste vier á vijf jaar lag het groeitempo hoog. Tussen 2004 en 2008 verdubbelde de capaciteit voor beschermd wonen. De overige opname- en verblijfs capaciteit is tussen 1993 en 2008 licht gedaald. Die daling vond vooral plaats in de periode 1997 – 2001. Daarna stabiliseerde het aantal bedden weer. De eenmalige, relatief scherpe capaciteitsdaling in 2008 is nog niet goed te duiden. Als gezegd is 2008 het jaar van de overheveling van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet. Mogelijk is de overheveling van invloed geweest op de feitelijke capaciteit. Maar ook is niet uitgesloten dat het om een administratieve vertekening gaat. De volgende jaren zullen daar uitsluitsel over geven.

Tellen we alle bedden en plaatsen bij elkaar op, dan blijkt de totale capaciteit voor opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen in Nederland tot 2003 relatief stabiel te zijn gebleven (schommelend tussen de circa 28.000 en 29.000 plaatsen) en sindsdien te zijn gegroeid tot bijna 33.000 in 2008 (een groei van circa 12 % in vijf jaar).

**Figuur 1.1 Capaciteitsontwikkeling opname- en verblijfvoorzieningen en beschermd wonen (1993-2008)**



Bron: GGZ in getallen 2009 (in voorbereiding). Utrecht: Trimbos-instituut.

In hoofdstuk 4 gaan we uitgebreider in op de Europese GGZ-ontwikkelingen. Daarin komen ook de capaciteitsontwikkelingen in de ons omringende landen aan bod. Voor dit moment merken we op dat de Nederlandse ontwikkelingen in Europees verband atypisch zijn te noemen. In veel landen heeft in het kader van een extramuraliseringsbeleid in de afgelopen decennia juist een afbouw van de capaciteit voor opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen plaatsgevonden. In Nederland is die afbouw achterwege gebleven. Een recente analyse van de trends in de Nederlandse intramurale GGZ over de afgelopen periode, wees uit dat niet zozeer epidemiologische factoren bepalend zijn geweest voor de capaciteitsontwikkelingen, maar vooral de vigerende beleids- en financieringskaders. Een streven naar vervanging van bedden door intensieve ambulante hulp heeft, anders dan in veel andere landen, in het Nederlandse GGZ-beleid geen rol gespeeld (Van Hoof e.a., 2009b).

Van een afbouw van totale capaciteit aan opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen in Nederland is dus geen sprake. Mogelijk wel van een deconcentratie van voorzieningen. Niet alleen bij het beschermd wonen, ook bij de overige opname- en verblijfsvoorzieningen gaat het vermoedelijk in toenemende mate om kleinschaliger voorzieningen buiten de ziekenhuisterreinen. In welk tempo deze deconcentratie zich voltrekt is echter niet duidelijk. De meest recente gegevens over de concentratie van intramurale GGZ-voorzieningen dateren van 2004. Uit gegevens van het CBZ blijkt dat op dat moment twee derde van de opgenomen cliënten op een locatie verbleef met meer dan 200 cliënten (Hoof e.a., 2009b). De psychiatrische ziekenhuisterreinen namen op dat moment in ieder geval dus nog een dominante plek in in de intramurale GGZ.

In de Trendrapportage van 2008 werd overigens al gesignaleerd dat de grenzen tussen de beschermdende woonvormen enerzijds en de verblijfsvoorzieningen van de psychiatrische ziekenhuizen anderzijds, steeds meer vervagen. Ten eerste omdat verblijfsvoorzieningen steeds meer aan of net over de rand van de Apz-terreinen worden gevestigd. En ten tweede omdat het onderscheid tussen de aanbieders van de verschillende typen woonvoorzieningen in betekenis afneemt; de meeste van de voormalige Apz-en en een groot deel van de Ribw-en zijn inmiddels opgegaan in brede GGZ-instellingen.

### ***Capaciteitsontwikkelingen in de overige voorzieningen***

Voorzieningen op het gebied van arbeid en dagbesteding, preventie en dienstverlening hebben in de afgelopen periode een relatief marginaal aandeel gehad in de totale capaciteit voor de GGZ. In de Trendrapportage 2008 werd becijferd dat het in termen van uitgaven om circa 3,5 % ging.

Op basis van de weinige beschikbare gegevens werd eveneens met enige voorzichtigheid geconstateerd dat de omvang van het aanbod van de GGZ op het gebied van arbeid en dagbesteding na een sterke groei in de jaren '90 (ondersteund door stimuleringsmaatregelen van de overheid) sinds het begin van dit decennium nog maar licht

toenam (circa 2,5 % per jaar). Recente gegevens van de DigiMV-en laten zien dat in 2008 88 GGZ-organisaties tezamen tenminste twee miljoen dagen 'dagactiviteiten' boden. Een vergelijking met voorgaande jaren is echter niet mogelijk. Signalen dat de capaciteit van de betreffende voorzieningen afneemt, mede tengevolge van ontwikkelingen in de financieringskaders voor de GGZ (Van Hoof, 2009a), kunnen derhalve (nog) niet met cijfers worden onderbouwd. De toenemende internationale beleidsaandacht voor de (arbeids)participatie van mensen met (langdurige) psychische problemen is wel aanleiding om in deze Trendrapportage een apart hoofdstuk aan het thema te wijden (zie hoofdstuk 3).

Over de voorzieningen voor preventie en dienstverlening werd in de Trendrapportage 2008 genoteerd dat deze in ieder geval tot 2005 nog in capaciteit groeiden. Ook werd gesignaleerd dat in de nieuwe, in 2008 van kracht geworden, financieringssystematiek van de GGZ, preventie en dienstverlening niet meer als zodanig worden benoemd en dat voor een deel van de betreffende activiteiten en voorzieningen de toekomst onzeker is. Recente productie cijfers zijn er tengevolge van de nieuwe financieringssystematiek niet. Wel blijkt uit onderzoek van Voordouw e.a. (2010) en De Jonge en Ruiter (2010), dat het aantal preventiewerkers in 2008 nog even groot was als in 2007, maar dat er wel minder medewerkers van de behandel- en zorgafdelingen werden ingezet voor preventieactiviteiten.

## 1.5 Financiering en uitgaven

In het voorgaande zijn de financieringskaders voor de GGZ al zijdelings ter sprake geweest. In de Trendrapportage GGZ 2009 werd heel uitgebreid stil gestaan bij het financieringsstelsel voor de GGZ, bij de recente veranderingen die zich daarin hebben voorgedaan en bij de consequenties daarvan. In deze paragraaf zetten we de hoofdlijnen van het stelsel nog eens kort op een rij en bespreken we enkele recente ontwikkelingen. Vervolgens geven we een overzicht van de uitgaven aan de GGZ en staan we kort stil bij wat bekend is over de (mogelijke) opbrengsten.

### Financieringskaders voor de GGZ

Vanaf medio jaren '80 in de vorige eeuw tot recent werd de collectief gefinancierde GGZ vrijwel volledig bekostigd vanuit één bron: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In 2007 en 2008 vonden enkele hervormingen plaats waardoor de GGZ anno 2010 tenminste vier collectief gefinancierde inkomstenbronnen heeft:

- De Zorgverzekeringswet (ZVW);
- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO);
- De financiering vanuit het Ministerie van Justitie.

De ZVW is met een aandeel van 65 á 70 % in de totale uitgaven van de GGZ en een aandeel van circa 95 % in de totale clientèle, de belangrijkste financieringsbron voor de GGZ geworden. Formeel gaat het bij ZVW-zorg name om 'geneeskundige zorg' en 'verblijf in verband met geneeskundige zorg' (uitgezonderd klinische opnamen van langer dan een jaar). In de praktijk worden sinds 2008 nagenoeg de gehele ambulante GGZ en alle opnamen tot één jaar gefinancierd vanuit de ZVW. De AWBZ neemt sinds 2008 25 á 30 % van de totale uitgaven aan GGZ en circa 5 % van clientèle voor zijn rekening. Daarbij gaat het om 'niet-geneeskundig verblijf' (concreet: de beschermende woonvormen), opnamen van langer dan één jaar en een zeer beperkt deel van de ambulante begeleiding aan mensen met langdurige psychische problemen, met name vanuit - voormalige – RIBW-en en Dagactiviteitencentra. De WMO en de financiering vanuit het Ministerie van Justitie zijn qua aantallen cliënten en uitgaven relatief marginale financieringsbronnen voor de GGZ. Bij de WMO gaat het om een beperkt aantal voorzieningen op het gebied van de openbare GGZ, algemene dienstverlening of cliëntgestuurde projecten. De exacte omvang van de GGZ-uitgaven op basis van de WMO-middelen is niet bekend (ten tijde van de overheveling vanuit de AWBZ naar de WMO ging het om 2 á 3 % van het toenmalige GGZ-budget). Het Ministerie van Justitie financiert de forensisch psychiatrische zorg aan mensen met een strafrechtelijke maatregel. Naar schatting gaat het daarbij om 3 á 5 % van de totale GGZ-uitgaven (zie Van Hoof, 2009a).

Elk van de financieringskaders van de GGZ kent eigen spelregels en eigen beheerders. In de ZVW spelen de zorgverzekeraars een centrale rol. Zij kopen de zorg in voor hun cliënten. Zorgverzekeraars hebben in de ZVW veel vrijheid om zelf te bepalen welke zorgaanbieders zij contracteren en welke eisen zij aan aanbieders en de door hen te leveren zorg stellen. In de AWBZ wordt de zorg ingekocht door de Zorgkantoren, die minder inkoopvrijheden hebben en meer gebonden zijn aan centraal vastgelegde contracteerverplichtingen. In de praktijk wordt de zorgkantorfunctie uitgevoerd door de grootste zorgverzekeraar in een regio. Bij de WMO spelen gemeenten een centrale rol. Anders dan in de ZVW en de AWBZ zijn in de WMO geen individuele aanspraken op zorg vastgelegd. De WMO kent slechts algemeen geformuleerde 'prestatievelden'. Dat laat gemeenten een grote vrijheid in de besteding van hun WMO-middelen en in de verdeling ervan over verschillende doelgroepen en typen voorzieningen. In de strafrechtelijke forensisch psychiatrische zorg is het het Ministerie van Justitie zelf die de zorg inkoop en de aard en omvang van die zorg vaststelt.

In de Trendrapportage GGZ 2009 werd geconstateerd dat de spreiding van de GGZ-financiering (van één financieringskader naar verschillende bronnen) en de nieuwe onderhandelingsituaties met gemeenten, Ministerie van Justitie en met name de zorgverzekeraars, ingrijpende veranderingen voor GGZ-aanbieders impliceren. Mogelijkheden nemen toe, maar zekerheden namen af, zo luidde het. Gesignaleerd werd ook dat de stelselwijziging implicaties zou kunnen hebben voor de zorg zelf (Van Hoof e.a., 2009a). In de volgende hoofdstukken, over de marktontwikkelingen in de GGZ

en de rol van de GGZ bij de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen, komen het nieuwe financieringsstelsel en de consequenties ervan voor de GGZ en de GGZ-voorzieningen, nog enkele malen uitgebreider aan bod.

Voor dit moment signaleren we dat het zorgstelsel als geheel en ook het stelsel voor de GGZ in de komende periode vermoedelijk in ontwikkeling zullen blijven. Gewerkt wordt aan wijzigingen in de verschillende uitvoeringsregelingen van het stelsel (bekostigings-eenheden in de ZVW-GGZ, de invoering van een adequaat risicovereveningssysteem<sup>11</sup>, de afschaffing van het representatiemodel<sup>12</sup> voor de GGZ). Maar ook doen ingrijpendere toekomstscenario's de ronde, bijvoorbeeld met betrekking tot een verdere afslanking van de AWBZ en een verdergaande overheveling van GGZ-voorzieningen naar de ZVW en de WMO (zie onder andere Inspectie der Rijksfinanciën, 2010).

### **GGZ-uitgaven**

Over de uitgaven aan zorg zijn verschillende cijfers in omloop, voortkomend uit verschillende bronnen en berekeningswijzen. De twee belangrijkste berekeningswijzen zijn die van het Budgettair Kader Zorg en die van de Zorgrekeningen. In het Budgettair Kader Zorg, waar in de rijksbegroting van wordt uitgegaan, gaat het uitsluitend om de zorg die uit collectieve premies wordt gefinancierd (AWBZ, ZVW). In de Zorgrekeningen van het CBS wordt een bredere definitie van zorg gehanteerd; ook niet collectief gefinancierde (welzijns)voorzieningen zoals kinderopvang en arbodiensten worden ertoe gerekend. De totale zorgkosten komen in de Zorgrekeningen circa anderhalf keer zo hoog uit als in het Budgettair Kader Zorg. Als het gaat om de kosten van de GGZ zijn er echter nauwelijks verschillen (vooralsnog is nagenoeg alle gespecialiseerde GGZ collectief gefinancierd). Voor trendonderzoek en internationale vergelijkingen wordt vaak de voorkeur gegeven aan de cijfers van het CBS, omdat deze minder onderhevig zijn aan veranderingen in regelgeving. Ook wij hanteren hier om die reden de gegevens van het CBS.

Volgens die gegevens wordt anno 2009 in Nederland bijna 5,5 miljard euro besteed aan gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dat is 6,5 % van alle zorgkosten in Nederland en 1,0% van het Bruto Binnenlands Product. Tabel 1.7 geeft een overzicht van de recente ontwikkeling van de uitgaven in de zorgsector in zijn geheel en van de GGZ als onderdeel daarvan.

---

11 Een risicovereveningssysteem zorgt voor een overdracht van middelen van verzekeraars met relatief veel verzekerden met een klein risico op zorgkosten naar verzekeraars met relatief veel verzekerden met hogere risico's op (hoge) zorgkosten. Doel is te voorkomen dat verzekeraars personen met hogere risico's (bijvoorbeeld mensen met – chronische – psychische problemen) trachten te weren.

12 Het representatiemodel houdt in dat één zorgverzekeraar, namens alle andere, de onderhandelingen voert met de zorgaanbieder over de productie en de budgetten voor het komende jaar. Daarvoor wordt de zorgverzekeraar aangewezen die het grootste marktaandeel heeft in de desbetreffende regio. Het representatiemodel kan bestaan bij de gratie van het feit dat zorgverzekeraars nog niet volledig risicodragend zijn voor de GGZ. Zodra zij dat wel zijn, zal de constructie verdwijnen en zullen onderhandelingen met iedere verzekeraar apart gaan plaatsvinden.

Tabel 1.7 Uitgaven aan zorg en aan GGZ, 1998 – 2009 (x 1 mln euro)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Totale uitgaven aan zorg	40828	43866 (+7,4%)	46967 (+7,1%)	52566 (+11,9%)	58767 (+11,8%)	63444 (+8,0%)
Uitgaven aan GGZ** (groei t.o.v. voorgaande jaar)	2262	2465 (+9,0%)	2572 (+4,3%)	2847 (+10,7%)	3181 (+11,7%)	3540 (+11,3%)
Bruto Binnenlands Product (BBP)	362464	386193	417960	447731	465214	476945
Zorgquote (Zorguitgaven als percentage van het BBP)	11,3%	11,4%	11,2%	11,7%	12,6%	13,3%
GGZ Zorgquote (GGZ- uitgaven als percentage van het BBP)	0,62%	0,64%	0,62%	0,64%	0,68%	0,74%

	2004	2005	2006	2007*	2008*	2009*
Totale uitgaven aan zorg	65545 (+3,3%)	67843 (+3,5%)	70532 (+4,0%)	74362* (---)	79241*** (+6,6%)	83809*** (+5,8%)
Uitgaven aan GGZ** (groei t.o.v. voorgaande jaar)	3748 (+5,9%)	4048 (+8,0%)	4208 (+4,0%)	4634* (---)	4894*** (+5,6%)	5470*** (+11,8%)
Bruto Binnenlands Product (BBP)	491184	513407	540216	571773	596226***	571979***
Zorgquote (Zorguitgaven als percentage van het BBP)	13,3%	13,2%	13,1%	13,0%*	13,3%*	14,7%*
GGZ Zorgquote (GGZ- uitgaven als percentage van het BBP)	0,76%	0,79%	0,78%	0,81%*	0,82%*	0,96%*

\* Vanaf 2007 zijn de CBS cijfers gerevisieerd. Cijfers vanaf 2007 kunnen niet zonder meer worden vergeleken met de cijfers over de voorgaande jaren. (Op termijn zullen alle cijfers van de zorgrekeningen worden gerevisieerd).

\*\* Het CBS rekent tot de GGZ de psychiatrische ziekenhuizen, de vrijgevestigde psychiaters en ambulante geestelijke gezondheidszorg.

\*\*\* Voorlopige cijfers.

Tabel 1.7 laat zien dat de totale zorguitgaven in elf jaar tijd verdubbelden: de niet-geïndexeerde uitgavenstijging bedroeg 105% (1998 – 2009) (met de kanttekening van noot \* bij tabel 1.7). De grootste stijgingen vonden plaats in de periode tussen 2000 en 2003. De zorgquote (zorguitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product) schommelde tot 2001 rond de 11 %, steeg in de daaropvolgende twee jaar en bleef van 2003 tot en met 2008 stabiel op een niveau van circa 13 %. Op basis van de voorlopige cijfers lijkt er in 2009 opnieuw een stijging van de zorgquote te zijn opgetreden. Deze stijging wordt echter niet veroorzaakt door een versnelde groei van de totale zorguitgaven maar door een daling van het BBP vanwege de economische crisis.

De uitgaven aan de geestelijke gezondheidszorg zijn in de periode 1998 – 2009 sterker gestegen dan de totale zorguitgaven, namelijk met 142 % (met wederom de kanttekening van noot \* bij tabel 1.7). De grootste stijgingen in de GGZ-uitgaven vonden plaats in de perioden 2000-2003 en met name recent, in 2009. Bij de gegevens over 2009 gaat het om voorlopige cijfers. Of hier daadwerkelijk sprake is van versnelde groei en waar deze aan te wijten is, is nog niet duidelijk. De GGZ zorgquote (GGZ-uitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product) steeg in de periode 1998-2008 van 0,62 % tot 0,82 %, met de sterkste groei wederom in de periode 2000-2003 en een relatief stabiele periode in de periode 2003-2008. Volgens de voorlopige CBS-cijfers zou de GGZ-zorgquote in 2009 weer (fors) zijn gestegen - tot 0,96 % - enerzijds tengevolge van de groei van de GGZ-uitgaven en anderzijds als gevolg van een dalend BBP.

**Tabel 1.8 Uitgaven GGZ naar zorgvorm en financieringskader (ZVW en AWBZ) in 2008**  
(% van totale GGZ-uitgaven)

<b>Ambulant</b>	ZVW eerste lijn	4
	ZVW tweede lijn	31
	AWBZ	4
	<i>Totaal ambulant</i>	<i>40</i>
<b>Intramuraal en beschermd wonen</b>	ZVW	36
	AWBZ inclusief beschermd wonen	24
	<i>Totaal intramuraal</i>	<i>60</i>
<b>Totaal</b>		<b>100</b>

Bron: CVZ(2009). *Zorgcijfers: Kwartaalbericht 2009*. Diemen: CVZ.

Tabel 1.8 geeft een overzicht van uitgaven aan GGZ anno 2008 per zorgvorm en per financieringskader. De tabel laat zien dat het grootste deel van de uitgaven voor rekening komt van de intramurale voorzieningen (inclusief het beschermd wonen). De tabel laat ook zien dat die intramurale voorzieningen hoofdzakelijk gefinancierd worden vanuit de ZVW. In totaal betreft ruim een derde van alle GGZ-uitgaven intramurale ZVW-zorg. Ambulante zorg is verantwoordelijk voor 40 % van de totale GGZ-uitgaven en wordt vrijwel volledig uit de ZVW gefinancierd<sup>13</sup>.

## Opbrengsten van GGZ

Gezondheidszorg is een activiteit waarvan de uitgaven vaak meer nadruk krijgen dan de opbrengsten. De laatste jaren begint echter de aandacht toe te nemen voor de positieve maatschappelijke en economische waarde van gezondheidszorg. Onder andere in de meest recente Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) wordt gezondheidszorg

<sup>13</sup> Recente gegevens van de NZA komen uit op een iets hoger aandeel van de ambulante zorg in de totale ZVW-uitgaven aan GGZ (NZA, in voorbereiding). Vermoedelijke oorzaak is een verschil in indeling van deeltijd-behandelingen bij intramurale danwel ambulante zorg.

niet meer alleen beschouwd als kostenpost, maar nadrukkelijk ook als een investering in productiviteit, economische groei en welvaart (Lucht & Polder, 2010). Gezonde burgers vormen een cruciaal kapitaal voor de samenleving, aldus de VTV (de meeste Nederlanders vinden hun gezondheid ook het meest belangrijke in hun leven, zo wordt gesignaleerd). 'Een betere volksgezondheid draagt bij aan de economische groei en speelt een onmisbare rol bij de vermindering van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid' (Lucht & Polder, 2010). De gezondheidszorg draagt bij aan het realiseren van een zo gezond mogelijke bevolking, aan de maatschappelijke participatie van zoveel mogelijk burgers en daarmee aan de economische gezondheid van Nederland, zo luidt het.

Onderzoek naar de omvang van de maatschappelijke en economische baten van de gezondheidszorg, staat echter nog in de kinderschoenen. Dat geldt in het bijzonder voor onderzoek naar het rendement van de *geestelijke* gezondheidszorg. Duidelijk is wel dat dat rendement vooral afhankelijk zal zijn van de bijdrage van GGZ-voorzieningen aan de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen. Verschillende signalen wijzen erop dat er nog de nodige ruimte is voor het vergroten van die bijdrage en in het algemeen voor meer aandacht vanuit de GGZ voor de maatschappelijke participatie van zijn cliënten, de problemen die cliënten op dit vlak ervaren en de mogelijkheden die zich daarbij aandienen (Van Hoof e.a., 2010).

In hoofdstuk drie van deze Trendrapportage gaan we uitgebreider in op de rol van de GGZ bij het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen. Voor dit moment concluderen we dat de GGZ-uitgaven al lange tijd stijgen, dat het groeitempo iets hoger is dan dat van de zorg als geheel, dat die uitgaven zich mogelijk ook (meer dan) terugverdienen, maar dat cijfers over het rendement van de GGZ vooralsnog ontbreken.

## 1.6 Conclusies

De collectief gefinancierde GGZ wordt gedomineerd door circa 33 'geïntegreerde' GGZ-instellingen. Daarnaast zijn circa 160 kleinere, veelal gespecialiseerde instellingen actief, circa 3000 zelfstandig gevestigde GGZ-hulpverleners en circa 40 Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen.

De brede, geïntegreerde instellingen zijn ontstaan uit fusies tussen regionale instellingen voor ambulante GGZ, psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen. Recentelijk heeft de fusietrend een nieuwe wending genomen: reeds bestaande geïntegreerde instellingen fuseren met elkaar. Daardoor neemt het totaal aan geïntegreerde instellingen sinds enkele jaren af, terwijl de omvang en het geografische bereik van de bestaande instellingen steeds groter wordt.



De GGZ biedt een breed scala aan voorzieningen, in hoofdlijnen te onderscheiden naar ambulante hulp en intramurale hulp. Met name de ambulante 'productie' groeit al enkele decennia. Die groei heeft zich ook de afgelopen jaren voortgezet. Met betrekking tot de intramurale hulp is al sinds 1993 een groei van het beschermd wonen ingezet. Die groei is in 2004 versneld en dat verhoogde groeitempo zet in 2008 nog steeds door. De capaciteit van de overige intramurale voorzieningen is sinds 1993 in fasen gedaald, maar in een relatief laag tempo (vergeleken met de groei van het beschermd wonen en vergeleken met internationale cijfers). In 2008 wordt een abruptere daling van de capaciteitscijfers van de overige intramurale voorzieningen gesignaleerd. Nog niet duidelijk is of hier administratieve oorzaken of reële capaciteitsontwikkelingen aan ten grondslag liggen.

Belangrijkste financieringsbron voor de GGZ is de Zorgverzekeringswet, met 65 á 70 % van de totale uitgaven en circa 95 % van de totale clientèle. Op de tweede plaats komt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met 25 á 30 % van de totale uitgaven en circa 5 % van de clientèle. Ruim de helft van de GGZ-uitgaven wordt besteed aan de intramurale voorzieningen (inclusief het beschermd wonen).

Het groeitempo van de GGZ-uitgaven is door de jaren heen relatief stabiel geweest. Dat groeitempo lag iets hoger dan dat voor de totale zorguitgaven. Belangstelling voor de maatschappelijke en economische opbrengsten van de GGZ neemt toe, maar gegevens daarover zijn nog niet voorhanden.

# Referenties bij Hoofdstuk 1

- College Bouw Zorginstellingen (2004). *Monitoring gebouwenkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: CBZ.
- Dijk, S. van, Knispel, A., Nuijen, J. (in voorbereiding). *GGZ in tabellen 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat: Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Hoof, F.v., Fotiadis, L., Vijselaar, J., & Hasker, J. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008: Deel 1 organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F.v., Knispel, A., & Vijselaar, J. (2009a). *Nieuwe financieringskaders voor de GGZ: Tendrapportage GGZ 2009 Themarapportage*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F.v., Knispel, A., Wijngaarden, B.v., & Kok, I. (2009b). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F.v., Wijngaarden, B.v., Nuijen, J., & Kok, I. (2010). *Overzicht Geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Inspectie der Rijksfinanciën (2010). *Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Jonge, M.d. & Ruiter, M. (2010). *Aard en omvang GGZ- en verslavingspreventie 2008: Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en verslavingspreventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leentjens, A.F.G., Sonderen, I., & Buis, W.M.N.J. (2009). Zorgwekkende afname van psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 1998 - 2006. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51,6, 395-399.
- Lucht, F.v.d. & Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter: Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: RIVM.
- Ministerie van VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008). *Jaarverantwoording zorginstellingen 2008*.
- NZa (2010). *Monitor curatieve GGZ 2009: Ontwikkelingen in aanbod en volume*. Utrecht: NZa.
- NZa. *Monitor curatieve GZG 2010*. Utrecht: NZa. In voorbereiding.
- Voordouw, I., Cuijpers, P., Wilschut, N., & Zanden, R.v.d. (2010). Depressiepreventie: een stevige inhoudelijke basis naar verschil gaan maken. *TSG*, 88,5, 224-226.
- Windt, W.v.d., Velde, F.v.d., & Kwartel, A.v.d. (2009). *Arbeid in zorg en welzijn 2009: Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.



# 2 Markontwikkelingen.

## De positie van de cliënt

### 2.1 Inleiding

De verhoudingen tussen de verschillende partijen in de GGZ worden sinds een aantal jaren in toenemende mate bepaald door concurrentie en marktwerking. Met name de overheveling van het grootste deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet, in 2008, is in dit opzicht een belangrijk moment geweest. Die overheveling ging gepaard met afschaffing van de contracteerplicht voor zorgverzekeraars en met een verlaging van de toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders. Als motieven voor de invoering van markimpulsen in de zorg gelden doorgaans het stimuleren van kwaliteit en doelmatigheid en als onderdeel daarvan het bevorderen van keuzemogelijkheden voor cliënten en van de cliënt- en vraaggerichtheid van de zorg.

In de Trendrapportage 2008 werden al kort de eerste signalen besproken van het 'marktgedrag' van consumenten, zorgverzekeraars en aanbieders aan de vooravond van de overheveling. In de Trendrapportage 2009 werden enkele eerste ervaringen met het nieuwe stelsel genoteerd, met name vanuit het perspectief van de zorgaanbieders. Gesignaleerd werd dat de marktwerking impulsen lijkt te bieden voor een toenemende aandacht voor interne bedrijfsvoering en voor kostenmanagement, maar ook voor strategisch management, marktverkenningen en marktprofilering. Met name voor de langdurige GGZ werden enkele risico's voorzien, waaronder zorgverschraling ten gevolge van prijsconcurrentie en groei in het kortdurende segment, verkapte risicoselectie, belemmeringen voor ketenzorg en het ontbreken van regionale en landelijke regie.

In dit hoofdstuk bouwen we voort op de bevindingen in de eerdere rapportages. We staan met name uitgebreid stil bij de positie van de GGZ-client in het nieuwe stelsel. Hoe staat het met de positie en de inbreng van cliënten in het individuele hulpverleningsproces? Hoe staat het met de keuzemogelijkheden? Welke signalen zijn er van een toegenomen vraaggerichtheid in de GGZ? Maar ook: hoe is de positie van cliënten op regionaal en landelijk niveau, als het gaat om zorg- en beleidsontwikkeling? Wat is de inbreng van cliëntenorganisaties binnen de GGZ?

Verderop in dit hoofdstuk, in paragraaf 2.4, gaan we uitgebreid op deze vragen in. Eerst geven we een overzicht van de ontwikkelingen in de marktposities en het strategisch beleid van de andere twee partijen: de GGZ-aanbieders (paragraaf 2.2) en de zorgverzekeraars (paragraaf 2.3).

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van schriftelijke bronnen, waaronder landelijke monitorrapportages, onderzoeksrapporten en beleidsnotities en jaarverslagen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voor de paragraaf over de positie van de GGZ-cliënten heeft bovendien een serie interviews plaatsgevonden met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties in en rond de GGZ (zie bijlage).

## 2.2 De markt voor GGZ

De zorgsector bestaat uit een groot aantal kleine en een relatief klein aantal zeer grote instellingen, zo signaleerde PWC in de *Branche-analyse Gezondheidszorg 2009* (PWC, 2009). Deze grote instellingen bestrijken tezamen verreweg het grootste deel van de zorgmarkt. Ook de GGZ wordt gedomineerd door een relatief beperkt aantal grote instellingen (zie ook Hoofdstuk 1). De NZa zegt daarover: "Op alle deelmarkten is een beperkt aantal van de actieve aanbieders verantwoordelijk voor het overgrote deel van de productie. Op de ambulante markt voor volwassenen en ouderen zijn bijvoorbeeld 167 instellingen actief. De helft van het totaal aantal behandelcontacten komt voor rekening van 13 aanbieders en 90 % komt voor rekening van 53 aanbieders. De resterende 10% productie wordt voor rekening genomen van 114 instellingen. De andere deelmarkten zijn vergelijkbaar verdeeld" (NZa, 2010a). Belangrijke aanvulling daarbij is dat die grote instellingen ieder van oudsher in een eigen werkgebied opereerden. In de trendrapportage GGZ 2008 werd geconstateerd dat in de afgelopen decennia een aanbiederstructuur ontstaan is, waarbij in veel regio's het aanbod voor het grootste deel wordt geleverd door één 'geïntegreerde' GGZ-instelling, aangevuld door het aanbod van een aantal vrijgevestigde hulpverleners en kleinere GGZ-aanbieders. De NZa becijfert dat op regionaal niveau circa twee derde van de GGZ-zorg wordt ingekocht bij de grootste aanbieder in die regio. Op sommige deelmarkten (bijvoorbeeld verslavingszorg) gaat het om meer dan 90% (NZa, 2010a).

De aanbidersconcentratie in de zorgsector en in de GGZ lijkt ondertussen verder toe te nemen. PWC signaleert dat het marktaandeel van de grote instellingen tussen 2007 en 2009 met ruim 2% is gegroeid. Grote instellingen groeien ook sterker (circa 12% groei) dan de kleinere instellingen (circa 3% groei). In hoofdstuk 1 van dit rapport signaleerden we al dat het totaal aantal lid-instellingen van GGZ Nederland, in lijn met een al veel langer bestaande trend, de afgelopen jaren verder is afgenomen. In 2008 telde GGZ Nederland nog 37 grote, geïntegreerde lid-instellingen, ieder nog steeds in sterke mate geconcentreerd op en in een eigen werkgebied. De NZa komt tot vergelijkbare conclusies en signaleert dat het totaal aantal aanbieders dat curatieve GGZ biedt (dus ook de aanbieders die geen lid zijn van GGZ Nederland) tussen 2008 en 2009 licht is afgenomen (bij een groei van de totale productie). Die afname c.q. verdergaande concentratie wordt geweten aan een voortgaande fusiebeweging en aan stagnerende aanwas van het marktaandeel van nieuwe GGZ-aanbieders (NZa, 2010b, PWC, 2009).

## Marktoriëntaties van de gevestigde instellingen

Het behouden en waar mogelijk versterken van de eigen marktpositie is, anders dan voorheen, voor de grote, gevestigde GGZ-instellingen in het nieuwe stelsel een primaire zorg geworden. “De ontwikkelingen dwingen de instellingen te sturen op efficiency, gerichte groei, flexibiliteit en rendement van de productmix”, aldus PWC (2009). GGZ Nederland is een Zorgmarktenacademie gestart, vanuit de overweging: “Nu GGZ-aanbieders moeten ondernemen, is dat een must om succesvol te kunnen opereren op de diverse zorgmarkten” (GGZ Nederland, 2009). De gevestigde instellingen zijn in potentie ook elkaars concurrenten geworden, omdat ze, eveneens anders dan voorheen, vestigingen in elkaars werkgebied kunnen openen en bovenregionaal of nationaal mogen gaan werken. Tegelijk moeten zorginstellingen in het nieuwe stelsel veel meer dan voorheen rekening houden met de wensen en eisen van hun belangrijkste afnemers: de zorgverzekeraars.

Het toegenomen belang van een goede marktpositie, ten opzichte van concurrenten maar vooral ook ten opzichte van zorgverzekeraars, lijkt een belangrijke drijfveer voor de voortgaande fusiebeweging in de GGZ. In hoofdstuk 1 merkten we al op dat er in dit opzicht ook een verschuiving lijkt te zijn opgetreden in achtergronden en aard van de fusies in de GGZ. Waar in het verleden intra-regionale, verticale fusies tussen organisaties met complementaire producten de boventoon voerden (en het faciliteren van goede ketenzorg een belangrijk motief was voor het samengaan van instellingen), gaat het recent vooral om interregionale, horizontale fusies tussen organisaties met vergelijkbare producten ofwel de gevestigde, doorgaans reeds geïntegreerde regionale GGZ-aanbieders.

Nog niet duidelijk is waar deze fusietrend op termijn toe zal leiden. Zal uiteindelijk een handvol grote, nationale GGZ-conglomeraten overblijven? Of blijft de regio toch een belangrijk ordeningsprincipe voor de aanbiederstructuur in de GGZ? Dat hangt mede af van de strategische plannen van de betrokken instellingen. Een analyse van de jaarverslagen en beleidsplannen van de acht grootste GGZ-instellingen laat zien dat de (uitgesproken) intenties van deze organisaties zich globaal bewegen in een spectrum tussen twee uitersten (Vijselaar, 2009a).

Het beleid van de eerste groep is volledig gericht op de nieuwe mogelijkheden en eisen van het nieuwe stelsel: doelen worden in bovenregionale, landelijke termen geformuleerd, het marktdenken is uitgangspunt, men zoekt nieuwe markten, ontwikkelt nieuwe producten en merken, zoekt expansie etc. Deze instellingen organiseren zich ook veel bedrijfsmatiger, met holdings, aparte stichtingen, BV's, e.d. Met name enkele van de grootste GGZ-instellingen kennen een uitgebreid netwerk van gelieerde stichtingen en B.V.'s, onder andere op het gebied van kortdurende, geprotocolleerde GGZ, 'life-style-verbetering', gespecialiseerde GGZ voor allochtonen en arbeidsgerelateerde psychische problematiek, maar bijvoorbeeld ook op het gebied van uitzendwerk in de gezondheidszorg, ICT, bouwadvies en kwaliteitsmeting. Een nadrukkelijk merkenbeleid maakt vaak ook onderdeel uit van de werkwijze van deze instellingen. Een aantal van deze instellingen is door middel van fusies en over-

names inmiddels actief in verschillende regio's. Sommige zijn met specifieke producten en franchise-formules hard op weg naar een landelijke dekking.

Het beleid van de tweede groep instellingen, aan de andere zijde van het spectrum, lijkt meer voort te bouwen op achterliggende motieven voor de regionale ordening zoals die in de voorafgaande decennia heeft geprevaleerd. Men neemt de regio van oorsprong als uitgangspunt en legt de nadruk op de samenwerking en ketenzorg binnen dat gebied met breed gedefinieerde partners. Vermaatschappelijking en langdurige zorg staan prominent op de agenda. Geïntegreerde zorg, zorg dicht bij huis, steunpunten in de wijk en 'community psychiatry' zijn centrale begrippen. Sommige instellingen spreken van een expliciete en nadrukkelijke keuze voor de zorg aan mensen met langduriger en/of complexer problemen en voor mensen die de zorg zelf niet kunnen regelen. De betreffende instellingen profileren zich minder en afwachtender in het 'private' segment en over de regionale grenzen heen. Wel zoekt men soms samenwerking/fusie met belendende regio's of met belendende maatschappelijke sectoren.

Hoewel de eerstgenoemde groep instellingen nadrukkelijker van zich doet spreken, lijkt de tweede vooralsnog de overhand te hebben. Daarbij zij aangetekend dat er geen instelling is aan te wijzen die volledig en uitsluitend aan het ene dan wel aan het andere uiteinde opereert van het spectrum van expansieve, landelijke marktgerichtheid en een regionale oriëntatie op samenwerking en ketenzorg. Ook enkele van de in hoofdzaak regionaal georiënteerde instellingen verkennen voorzichtig eventuele mogelijkheden buiten de eigen regio of hebben op bescheiden schaal commercieel georiënteerde activiteiten ontplooid. Omgekeerd handhaven ook marktgerichte instellingen in enigerlei vorm hun regionale organisatiestructuren.

Een algemene tendens is wel de voortgaande samenwerking, niet alleen in termen van fusies, maar ook in de vorm van participatie in nieuwe landelijke aanbieders c.q. (franchise-)organisaties voor specifieke hulpvormen. Voorbeelden zijn PsyQ, voor geprotocolleerde, kortdurende GGZ bij enkelvoudige problematiek; Indigo voor GGZ-hulp dichtbij huis en in samenwerking met de eerste lijn; Interapy voor internet-hulp; Rodersana voor verslavingszorg in een luxe setting; en de initiatieven van enkele instellingen voor een keten van zogeheten Topklinische zorg.

Een algemene tendens is verder dat vooral de enkelvoudige, kortdurende zorg, de luxe behandelvoorzieningen en het werkgebied van arbeid en psyche als groeimarkten lijken te worden gezien, waarbij het in elk van deze groeimarkten kan gaan om een combinatie van collectief en privaat gefinancierde activiteiten. Tegelijk is de intramurale zorg voor de gevestigde instellingen nog steeds een belangrijke en vooralsnog zekere en relatief risicoloze inkomstenbron (zie o.a. Van Hoof e.a., 2009b). Centrale tendens binnen deze intramurale zorg lijkt een ombouw van algemene voorzieningen naar gespecialiseerde voorzieningen voor specifieke doelgroepen. Bovengenoemde initiatieven rond de Topklinische zorg zijn daar een voorbeeld van.

## Achtergrond en marktpositie van nieuwe aanbieders

De aard en omvang van de nieuwe aanbieders in de GGZ-markt laten zich om een aantal redenen niet exact vaststellen (zie NZa, 2010b). Wel laat een inventarisatie aan de hand van de lijst van WTZi erkende instellingen, de ledenlijst van MEER GGZ, websites als 'Kiesbeter', publicaties in de pers (zoals in Psy en Zorgvisie) en searches op internet, zien dat het bij de nieuwe aanbieders om een gemêleerde verzameling aan instellingen en organisaties gaat (Vijsselaar, 2009a). Met name zijn te onderscheiden:

- Afsplitsingen van gevestigde GGZ-instellingen;
- Samenwerkingsverbanden van vrijgevestigden;
- Nieuwe toetreders tot de (ambulante) GGZ;
- Bestaande organisatie vanuit andere sectoren, die het GGZ-veld betreden.

Afsplitsingen van de gevestigde instellingen zijn hierboven al aan de orde geweest. Veel van deze organisaties zijn nog wel op enigerlei wijze verbonden aan één of meer van de gevestigde instellingen. In dit opzicht is feitelijk geen sprake van nieuwe toetreders. Binnen het veld van de 'nieuwe aanbieders' behoren deze afsplitsingen overigens tot de grotere aanbieders.

Voorbeelden van samenwerkingsverbanden van vrijgevestigden zijn 1nP, met ruim 500 aangesloten professionals, Mentaal beter, met circa 400 professionals en Europsych met ruim 100 aangesloten professionals. De aard van de samenwerkingsverbanden varieert van het delen van een centraal administratiekantoor tot vormen van een franchise-organisatie. Ook bij deze samenwerkingsverbanden van de vrijgevestigden, gaat het feitelijk nog niet om nieuwe toetreders.

Bij de daadwerkelijk nieuw toegetreden aanbieders gaat het doorgaans om organisaties met verschillende vestigingen – variërend van circa 4 tot circa 25 – veelal geconcentreerd binnen een deel van het land maar soms ook landelijk verspreid. De betreffende organisaties beschikken over het algemeen over minder dan 100 medewerkers en een jaaromzet van maximaal enkele miljoenen euro's (ter vergelijking: vrijwel alle gevestigde GGZ-instellingen beschikken over tenminste duizend medewerkers en een omzet van tenminste honderd miljoen euro). De meeste nieuwe aanbieders zijn actief in de ambulante GGZ met een aanbod voor de 'common disorders'. Daarnaast is de arbeidsgerelateerde psychische problematiek een markt waar ook de nieuwe toetreders zich op manifesteren.

Naast deze nieuwe instellingen treden op zeer beperkte schaal ook organisaties vanuit andere sectoren toe tot de GGZ. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om instellingen uit de arbeidscuratieve sector, de arbodienstverlening en de reïntegratie. Tot de toetreders vanuit andere sectoren kunnen ook de organisaties gerekend worden die vanuit de maatschappelijke opvang tot het veld van de AWBZ-GGZ zijn toegetreden.

Als gezegd behoren binnen het gehele veld van de 'nieuwe aanbieders' de daadwerkelijke nieuwe toetreders tot de kleinere organisaties. De NZa becijferde recent dat het



marktaandeel van de nieuwe toetreders niet alleen klein is, maar recent ook niet meer groeit. “In 2007 ging circa 2.5% naar nieuwe aanbieders en in 2008 was er eerder sprake van een verzadiging dan van een uitbreiding.” Het algemene beeld is dat ook zorgverzekeraars jaarlijks slechts enkele nieuwe zorgaanbieders contracteren en dat dit aantal in 2009 niet groeide ten opzichte van 2008. In de afgelopen jaren is er volgens de NZa dan ook geen sprake van grote (budget)verschuivingen naar nieuwe toetreders (NZa, 2010b).

Als verklaring voor de stagnerende aanwas van het marktaandeel van de nieuwe GGZ-aanbieders, wijst de NZa op het gewoonterecht van de gevestigde instellingen op budgetgaranties van de verzekeraars. Daardoor zou er maar weinig ruimte voor de nieuwe aanbieders overblijven. Ook de benodigde investeringen in werkkapitaal, onder andere in verband met het gegeven dat de productie pas achteraf wordt betaald, vormt volgens het NZa een drempel (zie ook Van Hoof, 2009a).

### **Resumerend**

We concluderen dat de gevestigde instellingen in zeer belangrijke mate de boventoon blijven voeren op de GGZ-markt en door fusies nog in omvang groeien. Sommige instellingen opteren onder invloed van de concurrentieverhoudingen in het nieuwe stelsel expliciet voor een expansief beleid op landelijk niveau. Velen voeren een merkenbeleid en zijn actief op zoek naar groeimarkten (arbeid en psyche, luxe verslavingszorg) en mogelijkheden voor commerciële activiteiten. Verschillende landelijke samenwerkingsverbanden ontstaan rond specifieke productgroepen. In de praktijk lijken de meeste instellingen niettemin nog steeds vooral regionaal georiënteerd, zowel qua aanbod als in hun samenwerkingsverbanden. Een deel van de instellingen kiest daar ook expliciet voor, vooral met het oog op een goede ketenzorg voor mensen met langduriger of ernstiger psychische problemen. Vooralsnog nemen nieuw toetredende GGZ-aanbieders een zeer bescheiden plaats in op de GGZ-markt, waarbij ze zich vooral op de enkelvoudige ambulante zorg richten. Het marktaandeel van deze instellingen lijkt momenteel niet verder te groeien.

## **2.3 De zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoop**

Sinds een aantal jaren spelen zorgverzekeraars een centrale rol in het Nederlandse zorgstelsel.

Zorgverzekeraars worden geacht door middel van het contracteren van goede en doelmatige zorg en het bieden van lage premies met elkaar te concurreren om de zorgverzekering consument. Van deze concurrentiestrijd moeten de belangrijkste impulsen uitgaan voor een goede en doelmatige zorg.

Die concurrentiestrijd op de zorgverzekeringsmarkt wordt in de praktijk gestreden door een gestaag dalend aantal zorgverzekeraars. Ook in de zorgverzekeringsmarkt is al

langere tijd sprake van een fusiebeweging. Vektis signaleert een daling van het aantal zorgverzekeraars van ruim 120 in 1989 tot 30 in 2009 (Vektis, 2009a.). Daarbij is de marktconcentratie hoog en stijgende: anno 2009 bedienden de vier grootste verzekeringsconcerns tezamen 90 % van de markt (NZa, 2009a). Deze concerns hebben elk van oorsprong een regionale oriëntatie en voor de meeste geldt dat ze een dominante positie in een specifieke regio hebben.

De concurrentie van de zorgverzekeraars gaat in de dagelijkse praktijk ook niet primair om het winnen van individuele klanten, maar vooral om het winnen van zogeheten 'collectiviteiten'. Dat zijn organisaties die voor hun leden of werknemers collectieve zorgverzekeringen afsluiten. Volgens BSH is anno 2010 bijna twee derde (64 %) van de ziektekostenverzekerden verzekerd via een collectiviteit. Daarmee is de 'collectiviteitsgraad' weer toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren (BSH, 2010). Vooral werkgevers sluiten collectieve verzekeringen af. Tweede derde (66 %) van de collectieve zorgverzekeringen wordt afgesloten door werkgevers, de rest vooral door vakbonden en gemeenten (NZa, 2009a). Het belang van deze collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt is niet alleen groot vanwege hun aandeel, maar ook vanwege het feit dat zij veel meer dan individuele verzekerden over onderhandelingsmacht beschikken. Daarmee worden niet zozeer individuele verzekerden (die vooral in de lage premie van de collectieve verzekering geïnteresseerd zijn – gemiddeld 7 % goedkoper dan een individuele verzekering (NZa, 2009a), maar de collectiviteiten en de facto werkgevers een steeds belangrijker partij aan de vraagkant van de zorgverzekeringsmarkt. Daarmee worden de wensen van deze werkgevers ook een steeds belangrijker leidraad voor verzekeraars bij het inkopen van zorg. BSH signaleert dat "de loyaliteit van deze klantengroep vooral behouden en/of vergroot [wordt] door het bieden van bedrijfsgezondheidspakketten, waarbij zorg wordt gecombineerd met het verminderen van verzuim en het verhogen van de arbeidsproductiviteit" (BSH, 2010). De verzekerdenmobiliteit (het aantal verzekerden dat jaarlijks overstapt naar een andere verzekering) is overigens laag, ook bij de collectiviteiten. Voor 2009 komt de NZa op een percentage van 3,6. De zorgverzekeringsmarkt is in dit opzicht 'weinig dynamisch', concludeert de NZa (2009a).

Zorgverzekeraars verkopen polissen op de zorgverzekeringsmarkt. Daarnaast kopen ze voor hun verzekerden zorg in op de zorgverleningsmarkt. Daarbij is een aantal overgangsmaatregelen van kracht naar een volledig geliberaliseerde inkoop. Zo zijn prijzen nog niet volledig vrij en zijn zorgverzekeraars nog niet volledig risicodragend (kosten worden voor een belangrijk deel nagecalculeerd). Verder is onder andere voor de- wegens de overgangsmaatregelen nog relatief weinig risicovolle - zorginkoop in de GGZ, het representatiemodel van kracht. Dat houdt in dat één zorgverzekeraar, namens alle andere, de onderhandelingen voert met de zorgaanbieder over de productie en de budgetten voor het komende jaar. Dat bespaart tijd en kosten, zo is de gedachte. Voor die onderhandelingen wordt de zorgverzekeraar aangewezen die het grootste markt-aandeel heeft in desbetreffende regio. Zorgverzekeraars hanteren voor het contracteren van gebudgetteerde instellingen een regionaal budgettair kader. Dit is gebaseerd op

de budgetten van het jaar daarvoor, opgehoogd met de groei ruimte die de begroting van VWS biedt (NZa, 2010a, 2010b). Het representatiemodel is overigens alleen van toepassing op de zorginkoop bij grote, gevestigde instellingen. Met nieuwe instellingen - instellingen die na 31 december 2007 zijn toegetreden - worden door alle zorgverzekeraars afzonderlijk afspraken gemaakt. Contractering van vrijgevestigden vindt over het algemeen plaats via het (digitaal) aanbieden van een contract, waarna de vrijgevestigde het aanbod kan accepteren of weigeren. Er vinden vrijwel geen onderhandelingen plaats (NZa, 2010a, 2010b).

Kenmerkend voor het opereren van de zorgverzekeraars in de eerste jaren van het nieuwe stelsel is dat er nog nauwelijks selectieve contractering plaats vindt. Anders gezegd: zorgverzekeraars bieden aan vrijwel alle hen bekende GGZ-aanbieders – instellingen en zelfstandig gevestigden – een contract aan (NZa, 2010b; Vijselaar, 2009b). Alle grote GGZ-aanbieders zijn tot nu toe jaarlijks ook verzekerd geweest van garantiebudgetten voor een afgesproken minimale hoeveelheid productie, variërend van 70 tot 100% van de productie in het voorafgaande jaar. Die garantiebudgetten nemen volgens de NZa wel iets, maar niet veel in omvang af (NZa, 2010b). De dominante (regionale) marktpositie van de gevestigde instellingen is daar een mogelijke oorzaak van, maar wellicht ook de schaalvoordelen voor de zorgverzekeraar en de vrees van klantenverlies bij het niet contracteren van belangrijke aanbieders in een bepaalde regio (zie ook Heath Policy Monitor, 2010).

Een gegeven blijft – niettegenstaande het representatiemodel en het vooralsnog uitblijven van selectieve inkoop - dat zorgverzekeraars geacht worden bij het inkopen van zorg te letten op kwaliteit en doelmatigheid. Een gegeven is ook dat zorgverzekeraars wel degelijk bepaalde vereisten opleggen aan de zorgaanbieders waarmee zij contracten afsluiten.

### **Inkoopcriteria in de GGZ**

De contracten die zorgverzekeraars de zorginstellingen aanbieden bestaan doorgaans uit twee delen: een basiscontract en een kwaliteitscontract. Het verschil tussen een basiscontract en een kwaliteitscontract is dat voor de laatste aan een aantal aanvullende eisen moet worden voldaan. De grote zorgverzekeraars hanteren daarvoor uitgebreide puntensystemen. Door aan de wensen en eisen van de zorgverzekeraars te voldoen, kunnen zorgaanbieders punten verdienen. Die punten worden omgezet in een bepaald percentage hoger garantiebudget (bij de instellingen) of een bepaald percentage hogere vergoeding (bij nieuwe aanbieders en vrijgevestigden).

Ten behoeve van deze Trendrapportage zijn de inkoopcriteria en het achterliggende inkoopbeleid van de vijf grootste zorgverzekeraars (Achmea, Agis, UVIT, CZ, en Menzis)<sup>1</sup> met betrekking tot de GGZ onderzocht. Daarvoor is gebruik gemaakt van

---

1 Achmea en Agis zijn inmiddels gefuseerd.

voor publiek beschikbare beleidsdocumenten (Vijselaar, 2009b). Deze inventarisatie leert dat de vereisten en de beleidsintenties voor de GGZ in hoge mate een afspiegeling vormen van het generieke inkoopbeleid van de zorgverzekeraars en dat er op een enkele verzekeraar na nog weinig werk is gemaakt van de formulering van specifiek beleid ten aanzien van de GGZ.

Onderwerpen die in dat algemene inkoopbeleid centraal staan zijn kosten en transparantie. In de Trendrapportage 2009 werd al gesignaleerd dat zorgverzekeraars scherp onderhandelen op inkooprijzen en kortingen bedingen op de totale kostprijzen. Daarbij kijken ze ook naar de inzet van personeel. In de tabellen van de *Inkoopgids DBC-GGZ 2010* van Zorgverzekeraars Nederland zien verzekeraars exact wat het gemiddelde aandeel is van bijvoorbeeld de uren van de psychiater of de psychotherapeut in een bepaalde DBC-productgroep (Zorgverzekeraars Nederland, 2009). De *Inkoopgids* bevat ook uitgebreide analyses van de kostenposten per diagnosegroep en van mogelijkheden om die kosten te beperken. Ook in de generieke inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars blijkt inzicht in de zorgkosten een belangrijke plaats in te nemen (Vijselaar, 2009b).

Naast kostenreductie speelt transparantie een centrale rol in het algemene zorginkoopbeleid. Daarbij gaat het ten dele om transparantie vooraf, waarbij de aanbieder duidelijk moet maken welke zorg hij te bieden heeft. Richtlijnen, standaarden en geprotocolleerde zorg hebben om deze reden een sterke voorkeur van de zorgverzekeraars. Maar het gaat vooral ook om transparantie achteraf, waarbij de aanbieder laat zien welke zorg feitelijk geboden is en met welk resultaat. Daarbij ligt het accent vooralsnog minder op een beoordeling van die inhoud zelf dan op het genereren van gegevens en 'meetresultaten'. Het aanleveren van DBC-registratiegegevens, tevredenheidsmetingen, prestatie metingen, de ontwikkeling van een systeem voor Routine Outcome Monitoring en het aanleveren van gegevens uit deze metingen en monitors, zijn zaken waarmee punten te verdienen zijn voor de aanbieders. Soms worden ook aanvullende eisen op het gebied van kwaliteitssystemen gesteld, zoals certificering, de invoering van verbetertrajecten, deelname aan doorbraakprojecten of deelname aan landelijke kwaliteitsbijeenkomsten van de zorgverzekeraar (Vijselaar 2009b; zie ook NZa, 2009a, 2010a, 2010b).

In het algemeen signaleert de NZa dat het accent in de zorginkoop nog zeer sterk ligt op proceskenmerken en niet op zorginhoudelijke aspecten (NZa, 2009a, 2010b). Toch zijn er in het algemene inkoopbeleid van de zorgverzekeraars wel enkele veel voorkomende thema's te signaleren. Bijvoorbeeld het stimuleren van de primaire preventie, het versterken van de eerste lijn, de preventie van doorverwijzingen naar de dure tweede lijn. Zorgverzekeraars opteren veelal ook voor meer doelgroepgericht werken (specifiek rond ziektebeelden) en pleiten in hun beleidsnotities verder voor ketenzorg en ketensamenwerking, voor het versterken van de positie van de cliënt en voor het betrekken van cliënten en cliëntenorganisaties bij inkoopbeleid. Het is overigens niet

altijd duidelijk welke rol verzekeraars voor zichzelf zien weggelegd in het realiseren van deze doelstellingen (Vijselaar, 2009b).

Specifieke inkoopvoorwaarden en beleidsintenties met betrekking tot de GGZ, hanteren de zorgverzekeraars als gezegd nog weinig. Wel geven vrijwel alle zorgverzekeraars aan belang te hechten aan de ontwikkeling van de praktijkondersteuner GGZ in de huisartsenpraktijk, mede in het perspectief van de wens om een groter aantal klachten in de eerste lijn te behandelen. Sommige verzekeraars zetten in op 'zorg in de dagelijkse leefomgeving', 'in de buurt van de cliënt'; andere op uitbreiding van (klinische) capaciteit voor speciale doelgroepen. Verder worden thema's genoemd als ketenzorg rondom depressie, integrale zorg op het snijvlak van somatische en psychische klachten, 'empowerment van de cliënt', samenwerking met gemeenten rond dak- en thuislozen en het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen. Daarbij heeft een enkele zorgverzekeraar een wat uitgebreidere 'GGZ-paragraaf', maar gaat het bij de meeste nog om relatief losstaande aandachtspunten die nog niet zijn ingebed in een bredere visie op de GGZ. Die bevinding strookt met de eerdere constatering van de RVZ dat het voor een steviger onderbouwd inkoopbeleid bij de zorgverzekeraars vooralsnog ontbreekt aan de benodigde investeringen in capaciteit en expertise (RVZ, 2008).

In de Trendrapportage 2009 werd al gesignaleerd dat GGZ-aanbieders nog niet onverdeeld positief zijn over de wijze waarop de zorgverzekeraars de GGZ-inkoop gestalte geven. Inmiddels komt de NZa tot dezelfde bevindingen. "Instellingen ervaren naar eigen zeggen weinig mogelijkheden om op inhoud te onderhandelen. De toename van de zogenaamde 'vrije ruimte' [de ruimte waarover nog geen productieafspraken zijn gemaakt, Ti] heeft wat de instellingen betreft niet tot gevolg dat inhoudelijke onderhandelingen zijn gestart, maar meer dat verzekeraars eisen hebben geformuleerd waarmee zorgaanbieders meer budget kunnen 'binnenhalen'. De parameters op basis waarvan mogelijkheden bestaan om binnen de onderhandelingen extra budget toegewezen te krijgen zijn in de ogen van zorgaanbieders weinig inhoudelijk van aard en onvoldoende gericht op het geven van een weerslag van de geboden kwaliteit" (NZa, 2010b). Daarnaast geven zorgaanbieders volgens de NZa aan, dat het op dit moment alleen gaat om het aanleveren van de informatie en dat van een inhoudelijke beoordeling geen sprake is. Ook ontbreekt terugkoppeling teneinde verbeteringen te kunnen doorvoeren (zie ook Trendrapportage 2010, deel 3). Ondertussen tonen vrijgevestigden zich teleurgesteld dat de mogelijkheid tot onderhandelen voor hen volledig ontbreekt. Ze spreken over "een dictaat met tariefdifferentiatie" (NZa, 2010b).

De NZa concludeert dat "zorgaanbieders nog niet overtuigd [zijn] van de kennis van de verzekeraars over het GGZ-veld" en dat "proactieve samenwerking op dit vlak ontbreekt" (NZa, 2010b). Een en ander neemt overigens niet weg dat koepelorganisaties van de grote GGZ-aanbieders – GGZ Nederland – en die van de zorgverzekeraars – Zorgverzekeraars Nederland – medio 2010 een convenant hebben afgesloten voor

de levering van gegevens over behandelresultaten aan het door de zorgverzekeraars opgerichte Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN).

### **Cliëntenperspectief**

Het voorgaande laat zien dat de zorginkoop tot dusverre nog niet naar ieders tevredenheid verloopt, zeker niet in de GGZ. Het laat ook zien dat zorginkoop tot nu toe vooral een aangelegenheid is tussen aanbieders en verzekeraars. Cliënten- of cliëntenorganisaties komen niet of nauwelijks in beeld, niettegenstaande de door sommige zorgverzekeraars uitgesproken wens cliëntenorganisaties bij de zorginkoop te betrekken. Wel worden er inmiddels enkele initiatieven genomen om die betrokkenheid te vergroten.

Zo organiseren sommige verzekeraars al langere tijd jaarlijkse bijeenkomsten, waar cliënten of cliëntenvertegenwoordigers hun wensen naar voren kunnen brengen. Recenter ontstaan vanuit cliëntenorganisaties zelf meer structurele, regionale of nationale initiatieven om het cliëntenperspectief een nadrukkelijker plek te geven in de zorginkoop (NFK e.a., 2009; Van Hoorn, 2008). Op het gebied van de GGZ is met name het Landelijk Platform GGZ – de koepelorganisatie van belangenverenigingen van GGZ-cliënten en hun familie – actief.

In de afgelopen jaren heeft het Landelijk Platform - na raadpleging van haar achterban - een aantal 'standaarden' en 'leveringsvoorwaarden' geformuleerd voor de inkoop van GGZ. Die standaarden en leveringsvoorwaarden gaan onder andere over de informatievoorziening, continuïteit van zorg, ervaringsdeskundigheid, keuzevrijheid en systematische kwaliteitsverbetering en kwaliteitstoetsing vanuit cliënten- en familieperspectief (Rijkschroeff en Oudenampsen; 2009). In 2010 is het LPGGZ een landelijk implementatietraject gestart. Teams van cliëntenvertegenwoordigers voeren met zorgverzekeraars op regionaal niveau gesprekken over inkoopcriteria. De teams worden ondersteund met behulp van een aantal gecoördineerde landelijke activiteiten en instrumenten.

Het traject van het LPGGZ gaat gepaard met een evaluatie-onderzoek. De resultaten daarvan worden in 2011 verwacht. Belangrijke vraag zal daarbij niet alleen zijn welke criteria zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid overnemen, maar ook in hoeverre ze door de inbreng van cliënten worden aangezet tot investeringen in een onderbouwde visie op en zorginkoop in de GGZ (Van Hoof e.a., 2009c).

### **Resumerend**

De zorgverzekeringmarkt is sterk geconcentreerd en wordt gedomineerd door vier grote concerns. Hoewel verzekeraars bij het inkopen van zorg worden geacht te letten op doelmatigheid en kwaliteit, vindt selectief contracteren van aanbieders nauwelijks plaats. Wel stellen verzekeraars bij het inkopen van zorg specifieke eisen, met name met betrekking tot kosten en transparantie. Inhoudelijke inkoopcriteria zijn nog weinig ontwikkeld. Dat signaleren ook de GGZ-aanbieders. De zorginkoop heeft in dit opzicht een (nog) sterk procedureel en weinig inhoudelijk karakter. Cliënten en cliëntenorganisa-

ties werden in die procedures tot dusverre nauwelijks betrokken, maar er zijn initiatieven vanuit cliëntorganisaties, ook in de GGZ, om een prominentere rol te gaan spelen in de zorginkoop en in de totstandkoming van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars.

## 2.4 De derde partij: de positie van de GGZ-cliënt

In het gedachtegoed van het nieuwe zorgstelsel wordt cliënten nadrukkelijk de rol toebedacht van derde marktpartij, naast de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Hierboven zagen we dat cliënten op collectief niveau in de gelegenheid worden gesteld en zelf ook initiatieven nemen om hun wensen kenbaar te maken met betrekking tot de zorginkoop van de zorgverzekeraars. Op individueel niveau worden cliënten geacht hun invloed te doen gelden door middel van de keuze voor een zorgverzekeraar die het meest aan hun wensen voldoet; in termen van polisvoorwaarden en –prijzen, maar ook in termen van kwaliteit van de ingekochte zorg. Om cliënten goed in de gelegenheid te stellen die rol van derde marktpartij te vervullen, wordt op uitgebreide schaal gewerkt aan het transparant maken van de kwaliteit van de zorg, onder andere door middel van specifiek op consumenten gerichte websites als kiesbeter.nl (zie ook TRG 2010 deel 3). Verder wordt 'vraaggestuurde bekostiging' ingevoerd, in de vorm van DBC's en ZZP's. Individuele hulpvragen moeten leidend voor de inkomsten van de zorgaanbieders zijn en zo voor de zorg die zij bieden, zo is de gedachte. Het vrijere toelatingsbeleid op de zorgaanbiedersmarkt moet ondertussen zorgen voor nieuwe toetreders en meer keuzemogelijkheden. En de ontwikkeling van keuzehulpen moet cliënten ondersteunen bij het maken van die keuzes (zie ook NZa, 2009b).

De cliënt wordt, kort gezegd, geacht en in de gelegenheid gesteld zich te manifesteren als kritische zorgconsument, die weloverwogen en goed geïnformeerd zijn afwegingen maakt en kiest tussen die zorgaanbieders en zorgproducten die het beste aansluiten bij zijn of haar wensen en behoeften. "Patiënten dienen zoveel als mogelijk klanten te worden", aldus de RVZ in de aanloop naar het nieuwe stelsel (RVZ, 2003).<sup>2</sup>

In het vervolg van deze paragraaf inventariseren we hoe het inmiddels staat met de positie van de cliënt in de GGZ. Dat doen we aan de hand van recente literatuur en de resultaten van de interviewronde die ten behoeve van deze Trendrapportage is gehouden met ruim twintig vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties in de zorg en in de GGZ. Eerst gaan we in op de positie van de individuele GGZ-cliënt, daarna op de collectieve belangenbehartiging.

---

2 Internationaal onderzoek van Groenwoud e.a. (2006) en Nys e.a. (2008) laat zien dat Nederland weliswaar voorop loopt maar niet alleen staat als het gaat om het model van 'de derde marktpartij', de kritische zorgconsument, die iets te kiezen moet hebben. Ook in landen als Denemarken, Duitsland, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten, zijn keuzemogelijkheden en keuze-informatie belangrijke thema's. De bijbehorende informatievoorziening over de kwaliteit van de verschillende aanbieders heeft met name in de Verenigde Staten een hoge vlucht genomen.

## Kiezen in de (geestelijke) gezondheidszorg

GGZ-cliënten en potentiële GGZ-cliënten kunnen beschikken over een gestaag groeiende hoeveelheid informatie over de GGZ en over GGZ-aanbieders. Daarbij gaat het niet alleen om keuze-informatie of websites als kiesbeter.nl, maar ook om andere bronnen, met name op het internet. Cliënten worden op die manier steeds meer in de gelegenheid gesteld hun eigen keuzen te maken en hun eigen weg te vinden in de zorg en in de GGZ.

Die ontwikkeling wordt door cliëntenorganisaties gewaardeerd. Niettemin zijn er de afgelopen periode ook enkele vraagtekens geplaatst bij de rol van de (GGZ-)cliënt als kritisch consument en als 'derde marktpartij'. Met name wordt de vraag gesteld of er in de GGZ wel iets te kiezen valt, of cliënten wel altijd willen kiezen en, meer fundamenteel, of het 'keuzemodel' wel geschikt c.q. voldoende is om te komen tot een meer vraaggerichte (geestelijke) gezondheidszorg. We lichten een en ander toe.

Keuzevrijheid voor cliënten impliceert dat er keuzemogelijkheden zijn. Paragraaf 2.2 liet al zien dat de opties voor de cliënt in de GGZ relatief beperkt zijn. In de afgelopen jaren hebben fusiebewegingen ervoor gezorgd dat de regionale GGZ-markt gedomineerd wordt door grote, geïntegreerde GGZ-instellingen. Die fusietrend lijkt door te zetten, nu op interregionale en deels zelfs nationale schaal. In dit opzicht, zo wordt onder andere in de interviews geopperd, lijken de keuzemogelijkheden niet toe, maar eerder af te nemen. Daarbij tekenen we aan dat dit vooral lijkt te gelden voor de meer specialistische, intensieve, complexe of langduriger zorg. Deze wordt vrijwel uitsluitend geboden door de grote geïntegreerde instellingen (zie ook Grit e.a., 2008; Friele e.a., 2006). Ook in de interviewronde wordt gesignaleerd dat er met name voor mensen met ernstiger psychische problemen doorgaans weinig keuzemogelijkheden zijn. "Je mag blij zijn dat er een plek is," zo luidt het. Voor 'enkelvoudige' GGZ ligt de situatie anders. Op dat terrein zijn naast de grote instellingen, ook vrijgevestigden en een beperkt aantal kleinere organisaties actief (zie paragraaf 2.2). Dat betekent dat er voor de doelgroepen van deze aanbieders wel meer keuzemogelijkheden zijn. Dat was overigens ook voor de invoering van het nieuwe stelsel al het geval.

Toch bestaat volgens sommigen ook in de kortdurende of enkelvoudige zorg het risico dat op termijn de keuzemogelijkheden eerder af dan toenemen. Groenwoud e.a. (2006) wijzen erop dat in het gedachtegoed van het stelsel de zorgverzekeraars geacht worden zich steeds meer te gaan toeleggen op selectieve contractering van 'preferred' providers. De auteurs verwijzen daarbij naar de Amerikaanse situatie, waar niet zozeer cliënten, maar in belangrijke mate de verzekeraars bepalen waar en door wie een cliënt behandeld wordt. In de interviewronde van deze Trendrapportage wordt gewezen op het risico dat dit scenario zich ook voor Nederland zou kunnen gaan voltrekken; een scenario waarbij je 'elk jaar een andere verzekeraar moet gaan zoeken omdat je een bepaalde therapie wilt'.



Of die vrees terecht is, is nog niet duidelijk. Tot dusverre is van een selectief contracteerbeleid door zorgverzekeraars in ieder geval nog nauwelijks sprake<sup>3</sup>. Wel wordt in de interviewronde gesignaleerd dat de keuzevrijheid in het algemeen dreigt te worden ondermijnd door bureaucrativering en protocollering. De zorg is steeds meer 'dichtgetimmerd en geregeld', zo luidt het (een signaal dat in de Trendrapportage GGZ 2009 ook al uit de mond van de zorgaanbieders kon worden opgetekend). In de interviewronde wordt daarbij onder andere gewezen op de ondoorzichtigheid van de DBC- en de ZZP-systematiek. Gewezen wordt ook op de perverse prikkels die hiervan uitgaan naar de aanbieders, veelal juist tegen de belangen van cliënten in (bijvoorbeeld het nodeloos lang in intramurale zorg houden van cliënten). Een van de geïnterviewden merkt daarover op: "De complexiteit van het systeem maakt dat je een dubbele kwetsbaarheid hebt op het moment dat je er in komt."

In dit verband wordt ook gewezen op de ontwikkelingen rond het Persoonsgebonden Budget (PGB). Regelingen van zorgverzekeraars voor een ZVW-PGB zijn omgeven met veel voorwaarden en beperkingen, keuzevrijheden worden beperkt en goede informatie blijft achterwege, zo wordt gesignaleerd (Kamphuis 2008; Per Saldo, LPPGGZ, 2006; zie ook Schellingerhout, 2010). In de interviewronde wordt aangegeven dat ook binnen de AWBZ budgethouders worden geconfronteerd met steeds hogere drempels en ingewikkelder procedures. Daarmee komt een regeling die bij uitstek bestemd is om de keuzevrijheid voor cliënten te bevorderen, steeds meer onder druk te staan.

Door cliëntenvertegenwoordigers en in de literatuur worden dus vraagtekens geplaatst bij de veronderstelde *keuzemogelijkheden* in de zorg en in de GGZ. Vraagtekens worden ook geplaatst bij de veronderstelling dat cliënten altijd *willen* kiezen tussen verschillende aanbieders en voorzieningen. Groenewoud e.a. signaleren in een internationaal vergelijkend onderzoek, dat veel cliënten geen behoefte zeggen te hebben aan keuzemogelijkheden of kwaliteitsinformatie, maar gewoon naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis willen (Groenewoud e.a., 2006). Met name in de Verenigde Staten is de beschikbare hoeveelheid keuze-informatie voor cliënten inmiddels zeer groot. Onderzoek naar de impact van deze informatie laat echter zien dat cliënten hun keuze er nauwelijks door laten bepalen. Datzelfde geldt voor zorginkopers en verwijzers. In onderzoek naar het oordeel van patiënten in de somatische zorg over hun positie en rechten, signaleert Friele (2006) dat veel patiënten geen behoefte zeggen te hebben aan een eigen keuze, maar vertouwen op de adviezen van hun arts. In de interviewronde wordt daarover opgemerkt dat zorg "...geen product [is] , dat je uit het schap van de zorgsupermarkt haalt." "Je hebt psychische stress en dan moet je gaan shoppen?." Een overzichtsstudie van Bovenkamp e.a. (2008) laat zien dat cliënten ook niet snel switchen als het om zorg gaat (zie ook Grit e.a., 2008). Bovenkamp e.a. stellen verder vast dat een kleine, selecte groep kritische consumenten keuze-informatie weliswaar waardeert, maar dat

---

3 Vermoedelijk is ook om die reden is de verzekerdenmobiliteit zeer laag: als elke zorgverzekeraar nagenoeg alle aanbieders contracteert, is de noodzaak tot overstappen nauwelijks aanwezig.

het voor anderen soms ook keuzestress oplevert. Laatstgenoemde groep betreft volgens Bovenkamp e.a. vaak de meer kwetsbare of lager opgeleide cliënten.

Resumerend laat het bovenstaande zien dat aan het concept van de cliënt als derde marktpartij enkele veronderstellingen ten grondslag liggen, die volgens betrokkenen niet per se overeenkomen met de dagelijkse praktijk. In een recente beschouwing over vraagsturing in de zorg heeft Leko (2009) die veronderstellingen en de houdbaarheid ervan uitgebreider tegen het licht gehouden. Hij bespreekt onder andere de veronderstellingen dat er genoeg aanbod en aanbieders zijn om uit te kiezen; dat deze aanbieders voldoende toegankelijk en bereikbaar zijn; dat er geen barrières zijn om over te stappen; dat de informatie over deze aanbieders en hun aanbod aanwezig, beschikbaar, begrijpelijk, relevant en niet tegenstrijdig is; dat consumenten die informatie tot zich nemen, waarderen, begrijpen, vertrouwen en gebruiken; en dat zij op basis daarvan rationele keuzes maken en daarbij de gevolgen van hun beslissingen volledig overzien. Leko laat zien dat op elk van deze veronderstellingen het nodige is af te dingen.

### **Keuzevrijheid en vraaggerichtheid**

Vanuit onderzoeksliteratuur en in de interviewronde wordt een aantal kanttekeningen geplaatst bij het model van de kritische en rationeel kiezende zorgconsument, zo zagen we hierboven. Dat wil niet zeggen dat betrokkenen het concept van vraaggerichte zorg afwijzen. De kanttekeningen betreffen niet het streven naar een meer vraag- en cliëntgerichte (geestelijke) gezondheidszorg op zich, maar de veronderstelling dat invoering van het marktmodel daarvoor de aangewezen weg is.

Vraaggerichte zorg, zo wordt geopperd, impliceert meer dan keuzemogelijkheden en keuze-informatie. Het impliceert vooral open communicatie en dialoog. Het vereist in die zin vooral dat cliënten betrokken worden bij en gekend worden in de overwegingen van de hulpverlener en dat de hulpverlener kennis neemt van de overwegingen, persoonlijke omstandigheden en voorkeuren van de cliënt.<sup>4</sup> Vraaggerichte zorg vraagt om het uitwisselen van kennis, ervaringen, perspectieven en overwegingen, eventueel ook met de omgeving van de cliënt (zie ook Friele e.a., 2006).

Kern van het commentaar op het huidige stelsel is dat bij zo'n bredere visie op vraaggerichtheid een model van zorg als een statisch product (al dan niet met individuele keuzemogelijkheden) niet goed past. Beter past een model dat zorg beziet als een dynamisch, soms langdurig, communicatief proces. Vraaggerichte zorg is niet zozeer gebaat bij een strakke, protocollaire, scherp in tijd en taken begrensde aanpak, zo luidt het, maar vooral bij flexibiliteit, context-gevoeligheid, samenhang en continuïteit.

---

4 Open, 'oprechte' communicatie wordt door GGZ-clënten zeer hoog geprioriteerd in relaties met hulpverleners, zo signaleerde Corrigan al in 1990; zie Van Hoof, 1999.

In de interviews wordt erop gewezen dat juist een dergelijke open, communicatieve aanpak door de recente ontwikkelingen rond het nieuwe zorgstelsel soms meer dreigt te worden belemmerd dan bevorderd. De indicatieprocedures en de DBC- en ZPP-systematiek worden in dit opzicht niet alleen ervaren als complex, maar ook als rigide en inflexibel. Gesignaleerd wordt dat het marktstelsel aanbieders aanzet tot het scherp afbakenen van de eigen verantwoordelijkheden en soms tot calculerend gedrag en afwenteling van verantwoordelijkheden. Relaties tussen aanbieders onderling, tussen aanbieders en financiers, maar ook tussen aanbieders en cliënten worden zakelijker, meer afgemeten en meer op de korte termijn gericht (zie ook Grit, 2008). Knelpunten doen zich met name voor bij cliënten voor wie een goede en langdurige werkrelatie, vertrouwen, flexibiliteit, continuïteit en samenhang het meest essentieel zijn. Dat zijn vooral de mensen met langduriger, ingrijpende (psychische) problemen en door de tijd wisselende ondersteuningsbehoeften op verschillende terreinen.

Geconcludeerd wordt dat het marktmodel wellicht goed uitpakt voor de meest mondige en gezonde zorgconsumenten, maar per saldo het bieden van vraaggerichte zorg aan zorgbehoevender en minder mondige cliënten juist bemoeilijkt. Sommige auteurs pleiten er daarom nadrukkelijk voor het beleid minder op die kritische en rationele zorgconsument te enten, maar juist op de meer kwetsbare, hulpbehoevender cliënten, die minder in staat en in gelegenheid zijn om keuzen te maken. Anders dreigt een risico van 'segregatie' (Bovenkamp e.a., 2008; zie ook Groenewoud e.a. (2008), die waarschuwen voor een tweedeling in de zorg, ten koste van meer kwetsbare cliënten). Ook in de interviewronde wordt de vrees uitgesproken dat het marktmodel ertoe leidt dat, "de sterken zullen profiteren terwijl de zwakken in maatschappelijke zin op een minimum zullen komen".

Een en ander neemt overigens niet weg dat veel geïnterviewden de pogingen erkennen en ondersteunen die binnen de zorg zelf worden ondernomen om tot een meer vraaggerichte, flexibele, context-gevoelige en samenhangende zorg te komen. Aan het eind van deze paragraaf komen we hierop terug. Eerst staan we stil bij de positie van de GGZ-cliëntenorganisaties in het nieuwe stelsel.

### **Cliëntenorganisaties in de GGZ**

Nederland kent een zeer uitgebreid netwerk van cliëntenorganisaties in de gezondheidszorg, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. De internationale overzichtsstudie van Bovenkamp e.a. (2008) laat zien dat die Nederlandse situatie tamelijk uniek is. Bijzonder is volgens Bovenkamp e.a. ook de organisatie van dit netwerk. Waar in landen als Groot-Brittannië en met name de Verenigde Staten de samenwerkingsbereidheid laag is en cliëntenorganisaties vooral met elkaar concurreren op het vlak van fondsenwerving en politieke aandacht, bestaan er in Nederland juist veel dwarsverbanden en samenwerkingsverbanden tussen de betrokken organisaties (zie ook Sok e.a., 2009).

Ook in en rond de *geestelijke* gezondheidszorg zijn veel (samenwerkende) cliëntenorganisaties actief. Sinds 2005 treedt vooral het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) als hoofdrolspeler op de voorgrond. Het LPGGZ is een samenwerkingsverband van circa twintig cliëntenorganisaties. Lidorganisaties zijn onder andere de zogeheten 'categorale' cliëntenorganisaties; dat zijn belangenorganisaties voor specifieke doelgroepen (mensen met autisme, mensen met borderline, familie van mensen met schizofrenie, etc.). Twee andere lidorganisaties - *LOC zeggenschap in zorg* en de *Stichting Landelijke Koepel Familieraden in de GGZ* - vertegenwoordigen de medezeggenschapsorganen in de instellingen (cliëntenraden, bewonersraden, familieraden). Verder is een deel van de lidorganisatie van het LPGGZ zelf weer een samenwerkingsverband van een aantal specifieke organisaties. Zo vertegenwoordigt de *LFOS (Landelijke Federatie Ongebonden Schilvoorzieningen)* organisaties op het terrein van cliëntgestuurde projecten voor mensen met een psychische handicap. *VOICE* is de landelijke belangenbehartiger en spreekbuis van de zogeheten Regionale Cliëntenorganisaties (RCO's) in de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en de verslavingszorg. Deze circa dertig RCO's richten zich vooral op regionale belangenbehartiging en leveren daarnaast uiteenlopende (combinaties) van diensten aan GGZ-cliënten op het gebied van informatie en participatie (informatiewinkels, cursussen, ontmoetingsplekken, etc.). De RCO's draaien voor een belangrijk deel op cliënten of ex-cliënten van de GGZ.

Naast het LPGGZ en zijn lidorganisaties zijn ook andere organisaties actief op het gebied van de belangenbehartiging van GGZ-cliënten. De belangrijkste daarvan zijn de Zorgbelang-organisaties (voortgekomen uit de voormalige Regionale Patiënten- en Consumenten Platforms), die regionaal opereren en zorg- en welzijnsbreed georiënteerd zijn. Daarnaast zijn sinds de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning de WMO-raden ingesteld, die gemeenten adviseren over het WMO-beleid, ook met betrekking tot de maatschappelijke ondersteuning aan mensen met een psychische handicap. (Zie o.a. Kamphuis e.a., 2008; Rijksschroeff en Oudenampsen, 2009a.)

De achtergronden van de verschillende cliëntenorganisaties in en rond de GGZ lopen uiteen. Ook zijn er soms accentverschillen in de doelstellingen. De zogeheten 'categorale' organisaties komen voort uit contacten tussen cliënten met vergelijkbare aandoeningen (of uit contacten tussen familieleden van betrokkenen). De categorale organisaties bepleiten vooral goede behandeling van en onderzoek naar betreffende aandoeningen. In vergelijking met non-categorale cliëntenorganisaties, is er vaker sprake van samenwerking met professionele, psychiatrische experts. De Regionale Cliëntenorganisaties (RCO's) en de cliëntgestuurde voorzieningen hebben een gemêleerde achtergrond, maar hebben gemeen dat ze voortkomen uit een gedeelde behoefte bij (ex-)cliënten en geestverwanten om voorzieningen te ontwikkelen waarin het cliëntenperspectief en eigen ervaringen van cliënten een belangrijker plek krijgen en waarin maatschappelijke participatie nadrukkelijker op de voorgrond staat. De cliëntenraden, bewonersraden en familieraden in de instellingen zijn in het leven geroepen krachtens de Wet Medezeg-

genschap Cliënten Zorginstellingen. Zij zijn vooral georiënteerd op de gang van zaken in de GGZ-instellingen.

De grote diversiteit aan organisaties is voor de impact van de 'cliëntenbeweging' in de GGZ soms een handicap (als het gaat om krachtenbundeling), maar biedt in andere opzichten ook voordelen (breed gespreide vertegenwoordiging). Objectieve maatstaven ontbreken, maar op onderdelen lijkt de impact in de afgelopen decennia aanzienlijk te zijn geweest en in de loop van de jaren ook toegenomen. Cliëntenorganisaties hebben als 'bewakers' en 'toetsers' bijgedragen aan het waarborgen van een bepaald minimumkwaliteitsniveau in de GGZ. Thema's als het beperken van dwang- en drangmaatregelen, zijn mede dankzij de cliëntenbeweging expliciet op de agenda gekomen. En sommige cliëntenorganisaties lijken met hun cliëntgestuurde voorzieningen en hun pleidooien voor participatie en ervaringskennis als katalysator te hebben gefungeerd voor belangrijke zorgvernieuwingen in de GGZ<sup>5</sup>.

### **Cliëntenorganisaties in het nieuwe stelsel**

De cliëntenorganisaties in de GGZ hebben gezamenlijk in de afgelopen jaren een belangrijke plaats verworven in en rond de GGZ. Voor de komende periode wacht een nieuwe, tweeledige uitdaging. In de eerste plaats is recent, met de invoering van het nieuwe zorgstelsel, het speelveld drastisch veranderd. Waar eerder de overheid een centrale, bewakende en sturende rol vervulde in het veld van de (geestelijke) gezondheidszorg, zijn de verantwoordelijkheden in het nieuwe stelsel voor een belangrijk deel gedecentraliseerd naar de aanbieders, de gemeenten en met name de verzekeraars. De overheid treedt terug en het speelveld is nadrukkelijker aan de marktpartijen. In de tweede plaats worden cliëntenorganisaties expliciet opgeroepen positie in te nemen op dat nieuwe speelveld. Daarmee wordt van de cliëntenorganisaties niet alleen een grotere inzet gevraagd dan voorheen; het krachtenveld waarin zij die inzet moeten leveren is ook complexer geworden.

Dat cliëntenorganisaties in de GGZ van zins zijn die nieuwe uitdaging aan te gaan, blijkt onder andere uit de verregaande samenwerking binnen het Landelijk Platform GGZ. Maar samenwerking en bundeling van krachten alleen is niet voldoende, zo wordt in de interviewronde voor deze Trendrapportage en in de literatuur gesignaleerd. Aandacht wordt met name gevraagd voor twee voorwaarden c.q. twee actuele knelpunten. Die knelpunten hebben betrekking op een aantal organisatorische aspecten en op de inhoudelijke agenda.

De organisatorische knelpunten hebben te maken met het gegeven dat cliëntenorganisaties veelal bescheiden van omvang zijn en voor een zeer groot deel draaien op onbetaalde krachten. Dat laatste geldt met name voor de categorale organisaties. De regionale cliëntenorganisaties hebben doorgaans wel enkele betaalde coördinatoren

---

5 Zie Hunsche, 2008, voor een uitgebreide geschiedschrijving van de cliëntenbeweging in de GGZ.

of ondersteuners in dienst, maar draaien voor het overige ook volledig op vrijwilligers. Cliëntenraden in de instellingen beschikken weliswaar over een betaalde ondersteuner (aangesteld door de instelling), maar de raadsleden zelf doen hun werk onbezoldigd. Het Landelijk Platform GGZ beschikt anno 2010 over een professioneel stafbureau van 14 fte, maar is daarmee een kleine speler in vergelijking met de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en hun respectievelijke belangenorganisaties.

Om de nieuwe rol in het zorgstelsel waar te kunnen maken, zijn investeringen in de capaciteit van de cliëntenorganisaties onontbeerlijk, zo is in de afgelopen jaren vanuit de organisaties zelf herhaaldelijk aangegeven en zo wordt ook in de interviewronde nog eens gesignaleerd. Daarbij gaat het niet per se of niet alleen om het investeren in professionalisering, maar ook om financiering van de werving van nieuwe deelnemers t.b.v. de participatie in de diverse overlegoverlegorganen, compensatieregelingen, deskundigheidsbevordering, ontwikkeling van ondersteunende diensten, etc. (zie ook Bovenkamp e.a., 2008; Rijksschroeff en Ouderampsen, 2009a, 2009b; Grit e.a., 2008).

Een belangrijk knelpunt op dit moment, zo wordt gesignaleerd, is dat voor die investeringen de middelen ontbreken. Meer nog: in de praktijk staat de continuïteit van veel cliëntenorganisaties door toenemende financieringsproblemen juist steeds meer onder druk. Die financieringsproblemen hebben verschillende oorzaken. Voorheen financierden veel organisaties hun onkosten en betaalde medewerkers met middelen uit het zogeheten Zorgvernieuwingsfonds. Dat fonds is inmiddels opgeheven, de budgetten zijn in het kader van de WMO overgeheveld naar de gemeenten. Lang niet alle gemeenten lijken de financiering van de cliëntenorganisaties echter te hebben gecontinueerd. Gesignaleerd wordt ook dat gemeenten die de financiering wel continueren, dat veelal maar gedeeltelijk doen, vanuit de overweging dat andere gemeenten medeverantwoordelijk zijn. Consequentie voor de betreffende cliëntenorganisaties is een sterke versnippering van hun inkomstenbronnen en een noodzaak tot het zoeken naar alternatieve en aanvullende fondsen. Voor zover die worden gevonden, betreft het doorgaans tijdelijke projectsubsidies (zie ook Van Hoof e.a., 2009a).

Als gevolg van bovenstaande ontwikkelingen is de financiering van de cliëntenorganisaties in de afgelopen jaren veel onzekerder geworden en is de benodigde investering voor het vinden en verkrijgen van financiële middelen en het afleggen van verantwoording aan de diverse financiers disproportioneel toegenomen, zo luidt het. Vooral de Regionale Cliëntenorganisaties zouden te lijden hebben onder bovenstaande ontwikkeling. Veel RCO's berichtten in de afgelopen jaren dat zij hun activiteiten drastisch hebben moeten inperken. Dat juist deze Regionale Cliëntenorganisaties onder de situatie te lijden hebben, is volgens een aantal geïnterviewden vooral te betreuren, omdat in het nieuwe stelsel juist op het decentrale, regionale en lokale niveau, de afspraken tussen de verschillende partijen (aanbieders, verzekeraars, gemeenten) gemaakt worden en juist daar een sterke cliëntenvertegenwoordiging gewenst is.

De afgelopen periode heeft de overheid enkele stimuleringsprojecten gefinancierd, onder andere om de inbreng van mensen met psychische handicaps in de WMO te versterken (het programma *Lokaal Versterkt*). Ook hier ging het echter om een tijdelijk project. Verder ontbeert ook het LPGGZ structurele, permanente financiering en wordt ook deze koepelorganisatie vooralsnog gefinancierd uit een voorlopige overheidssubsidie, aangevuld met projectsubsidies.

Het tweede knelpunt dat in de interviewronde naar voren wordt gebracht is dat van de inhoudelijke agenda. Cliëntenorganisaties worden geacht te gaan participeren in de besluitvorming van de aanbieders en de financiers. Maar sommige geïnterviewden vragen zich af of de agenda van deze partijen wel de agenda van cliënten is. Al langer worden in dit verband vraagtekens geplaatst bij de rol van bijvoorbeeld de cliëntenraden. De raden zijn opgezet conform het model van de ondernemingsraden, inclusief bijbehorende procedures en rechten, zoals bijvoorbeeld het adviesrecht. Mede hierdoor zijn cliëntenraden in de praktijk vaak minder bezig met de problemen en wensen van cliënten dan met de problemen van de instelling en met de beheersvraagstukken die daarin spelen, zo wordt gesuggereerd. In de interviewronde wordt gewezen op het risico dat zich op andere niveaus vergelijkbare ontwikkelingen gaan voordoen. Cliëntenorganisaties zijn dan veel tijd kwijt met het participeren in de onderhandelingen en de kwaliteitsagenda's van de andere partijen (inkooptrajecten, richtlijnen, kwaliteits-toetsingen), maar komen niet toe aan het exploreren, prioriteren en voor het voetlicht brengen van de zaken die voor cliënten van belang zijn. Bijkomend risico hiervan zou kunnen zijn dat de inbreng van de cliëntenorganisaties wordt gewaardeerd omwille van de legitimering van de besluitvorming, maar inhoudelijk weinig serieus wordt genomen. (Zie ook Grit e.a., 2008; Bovenkamp e.a., 2008; Oudenampsen e.a., 2008; Nederland e.a., 2009; Cromwijk e.a., 2010).

Om dit te voorkomen zijn investeringen gewenst in de ontwikkeling van een eigen agenda, zo wordt geopperd. Voor zo'n agenda is de systematische ontwikkeling nodig van gedeelde ervaringskennis, wellicht niet alleen over de zorg, maar ook over andere terreinen en over het leven met psychische problemen of een psychische handicap in het algemeen.

### **Ontwikkeling van het cliëntenperspectief**

Het concept van de welingelichte zorgconsument als derde marktpartij lijkt, zo blijkt uit het voorgaande, een te beperkt model voor de werkelijkheid waarin veel GGZ-cliënten en GGZ-cliëntenorganisaties verkeren. Het is ook een model dat het risico in zich draagt de ontwikkeling van vraaggerichte, communicatieve en samenhangende zorg juist te belemmeren en het cliëntenperspectief 'in te kapselen' in een door aanbieders en financiers gedomineerd systeem, zo luidt het.

Soms meer en soms minder expliciet wordt in de interviewronde gepleit voor een model waarbij niet zozeer het kiezen tussen een aantal te onderscheiden - door aanbieders

ontwikkelde - zorgproducten voorop staat, maar het op basis van eigen wensen en ervaringen, in dialoog , mede vorm geven van de zorg, zowel op individueel als op collectief niveau.

Gewezen wordt op initiatieven en praktijkontwikkelingen die nadrukkelijker gebaseerd zijn op deze meer interactieve visie op vraaggerichte zorg. Eén daarvan is de opkomst van de rehabilitatiebenadering in de GGZ; een benadering waarbij hulpverlener en cliënt gezamenlijk *systematisch* de wensen van cliënten verkennen en bespreken, met oog voor het verleden van de cliënt, diens toekomstwensen, sociale omgeving en sociale netwerk en eigen initiatieven en ervaringen. In die uitwisseling krijgt de ondersteuning vorm. Daarbij wordt een lange termijn perspectief gehanteerd, maar is er ook voortdurend ruimte voor bijsturing (zie o.a. Plooy e.a., 2008).

Van recenter datum is de zogeheten herstelbenadering. Nog nadrukkelijker staat daarin het perspectief van mensen met psychische problemen zelf op de voorgrond: eigen levensverhalen, betekenisgeving en zingeving zijn centrale concepten. Ook gaat het in de herstelbenadering niet meer alleen om de individuele ervaringen van mensen met (langdurige) psychische problemen, maar ook om de uitwisseling van die ervaringen, de ontwikkeling van gedeelde ervaringskennis en de overdracht van die kennis aan hulpverleners, beleidsmakers en anderen. Concreet voorbeeld van de herstelbenadering is het zogeheten HEE-project (HEE staat voor Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid). Het HEE-project wordt gedragen door cliënten en ex-clieënten van de GGZ en heeft zich in de afgelopen jaren ontwikkeld tot een uitgebreid netwerk van ervaringsdeskundige docenten. Deze docenten worden door een gestaag groeiend aantal instellingen ingehuurd. Vast stramien van de HEE-programma's binnen de instellingen is dat deze in eerste instantie cliënten in de gelegenheid stellen hun ervaringen te ontvouwen en te delen. Gezamenlijk met betrokken cliënten worden vervolgens uitwisselingen met hulpverleners in de instellingen georganiseerd (Boevink, 2009).

De opkomst van de rehabilitatie- en de herstelbenadering staat overigens niet op zichzelf. Het gaat om een brede, internationale beweging, met een gestaag groeiend internationaal netwerk van (ervarings)deskundigen en een gestaag groeiende wetenschappelijke onderbouwing (Boevink, 2009; Michon en Van Weeghel, 2008). Eén van de internationale voorlopers is het Sainsbury Center for Mental Health – het Engelse kenniscentrum voor de geestelijke gezondheidszorg - dat recent een serie rapporten heeft uitgebracht over de herstelbenadering. Systematisch wordt in deze rapporten geïnventariseerd welke implicaties consequente invoering van deze cliëntgestuurde aanpak en visie zou kunnen hebben voor de organisatie van de GGZ en van GGZ-instellingen. Een concreet stappenplan, inclusief monitorsysteem (dat tevens als toetsingsinstrument kan fungeren), wordt gepresenteerd om tot die cliëntgestuurde, herstel-georiënteerde GGZ-organisatie te komen (Shepherd e.a., 2008, 2009).



Bovenstaande voorbeelden illustreren dat een meer vraaggerichte GGZ volgens betrokkenen wel degelijk mogelijk is, maar vooral gezocht zou moeten worden – zowel op individueel als collectief niveau - in een meer interactieve aanpak, op basis van eigen ervaringen van cliënten. Daarbij zouden ook de sociale en maatschappelijke ervaringskennis van mensen met een psychische handicap actiever aangeboord kunnen worden, ook als het gaat om mogelijkheden om obstakels het hoofd te bieden. Deze oplossingen en strategieën en de rol die anderen (naasten, professionals, instellingen, financiers) daarin kunnen spelen, zouden systematischer uitgewisseld kunnen worden en als basis kunnen fungeren voor de ontwikkeling van een eigen toekomstagenda vanuit cliëntenperspectief.

## 2.5 Conclusies

Op de 'markt' van de GGZ voeren gevestigde, geïntegreerde instellingen nog steeds de boventoon. Een horizontale fusiebeweging is gaande waardoor de marktconcentratie verder toeneemt. Qua 'marktstrategie' opteren sommige instellingen onder invloed van de concurrentieverhoudingen in het nieuwe stelsel expliciet voor een expansief beleid op landelijk niveau. Instellingen gaan op zoek naar groeimarkten (arbeid en psyche, luxe verslavingszorg) en naar mogelijkheden voor commerciële activiteiten. Sommige voeren een actief merkenbeleid. Verschillende landelijke samenwerkingsverbanden ontstaan rond specifieke merken c.q. productgroepen. In de praktijk lijken de meeste instellingen niettemin nog steeds in hoofdzaak regionaal georiënteerd, zowel qua aanbod als in hun samenwerkingsverbanden. Sommige instellingen kiezen daar expliciet voor, met het oog op een goede ketenzorg voor mensen met langduriger of ernstiger psychische problemen. Nieuw toetredende GGZ-aanbieders nemen vooralsnog een zeer bescheiden plaats in op de GGZ-markt, waarbij ze zich vooral op de enkelvoudige ambulante zorg richten. Het marktaandeel van deze instellingen lijkt momenteel niet verder te groeien.

De zorgverzekeringsmarkt is de afgelopen jaren steeds meer geconcentreerd geraakt en wordt inmiddels gedomineerd door vier grote concerns. De zorginkoop door deze verzekeraars heeft vooralsnog een sterk procedureel karakter. Selectief contracteren van GGZ-aanbieders komt nog weinig voor. Er worden door de zorgverzekeraars wel specifieke eisen aan de aanbieders gesteld. Deze eisen hebben met name betrekking op kosten en transparantie. Inhoudelijke inkoopcriteria zijn nog weinig ontwikkeld. Inmiddels zijn er initiatieven vanuit cliëntorganisaties, ook in de GGZ, om een prominenter rol te gaan spelen in de zorginkoop en in de totstandkoming van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars.

Vanuit de rijksoverheid zijn in de afgelopen jaren verschillende initiatieven genomen om cliënten nadrukkelijker in de gelegenheid te stellen de rol van 'derde marktpartij' te vervullen. Die initiatieven hebben vooral betrekking op het genereren van kwaliteits- en keuze-informatie en op de invoering van cliëntgebonden bekostiging. De initiatieven

worden ondersteund door de aanbieders en verwelkomd door de zorgverzekeraars. Kanttekeningen komen, ondersteund vanuit de onderzoeksliteratuur, vooral vanuit de hoek van cliëntvertegenwoordigers zelf. Gesignaleerd wordt dat de overheidsinitiatieven getuigen van goede wil, maar ook van een te eenzijdige en te beperkte kijk op de potentiële rol van cliënten in de (geestelijke) gezondheidszorg. Het vigerende markt- c.q. keuzemodel benadrukt te zeer de rol van de cliënt als zorgconsument en heeft te weinig oog voor de cliënt als ervaringsdeskundige, die iets zinvol toe te voegen heeft aan de zorg en het zorgproces. In dit opzicht bestendigt het juist een eenzijdige, aanbodgeoriënteerde zorg en belemmert het de ontwikkeling van meer communicatieve, interactieve alternatieven. Gesignaleerd wordt ook dat het ontbreekt aan de noodzakelijke investeringen in een goede collectieve cliëntenvertegenwoordiging en aan structurele financiering van cliëntenorganisaties. Dat ontnemt cliëntenorganisaties de gelegenheid een eigen agenda op te stellen en vergroot het risico dat ze worden overlopen door de andere partijen.

Zowel in de interviewronde als in de literatuur wordt gewezen op initiatieven en praktijkontwikkelingen die nadrukkelijker gebaseerd zijn op een meer interactieve en dynamische visie op vraaggerichte zorg en die expliciet de eigen ervaringen en de ontwikkeling en uitwisseling van ervaringskennis als vertrekpunt nemen. Van verschillende kanten wordt in overweging gegeven deze initiatieven en ontwikkelingen, zowel in de instellingen als in de lokale, regionale en landelijke cliëntenorganisaties, nadrukkelijker te faciliteren en te ondersteunen.



## Referenties bij Hoofdstuk 2

- Boevink, W. (2009). *Lijsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bovenkamp H van de, Grit K & Bal R (2008). *Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid*. Rotterdam: iBMG.
- BS Health consultancy (2008). *De GGZ langs de meetlat. Onderzoek naar de mogelijkheden om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren*. Haarlem: BS Health Consultancy.
- BS Health consultancy (2010). *Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2010*. Haarlem: BS Health Consultancy.
- Cromwijk R, Lucassen A, Winsemius A, Alblas M, Sok K (2010). *Wmo-raden in beeld*. Utrecht: Movisie.
- Friele RD, Albada A & Sluijs E (2006). *Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg. Een overzichtsstudie*. Utrecht: NIVEL.
- GGZ Nederland (2009). *Zorgmarktacademie leert GGZ-aanbieders de kneepjes van het verkoopvak*. <http://www.GGZnederland.nl/index.php?p=421412>
- Grit K, Bovenkamp H van de & Bal R (2008). *De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel. Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Rotterdam: iBMG/Erasmus MC.
- Groenewoud AS, Kreuger L & Huijsman R (2006). *Keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en keuze-ondersteuning in de gezondheidszorg. Een verkennende, internationale studie ter ondersteuning van een reflectie op de ingeslagen weg*. Rotterdam: iBMG.
- Groot GRJ de (2006). *Beter verzekerd? Onderzoek naar aanknopingspunten voor een Zorgconsumentenwet met het oog op de verhouding consument-verzekeraar*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Health Policy Monitor (2010). <http://www.hpm.org>.
- Hunsche, P. (2008). *De strijdbare patiënt. Van gekkenbeweging tot cliëntenbewustzijn*. Haarlem: Het Dolhuys.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?* Den Haag: IGZ.
- Kamphuis H, Homberg J, Hekkert K & Oudenampsen D (2008). *Patiënten- en consumentenbeweging in beeld. Brancherapport 2008. Zorgbelangorganisaties*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut/Prismant.
- Lako CJ (2009). *Vraagsturing in de zorg. Theorie en empirie*. Bestuurswetenschappen; 2:20-39.
- Lehman P (2008). *Users and survivors of psychiatry on the international stage: a snapshot*. Berlin.
- Mental Health Europe (MHE) en European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) (2009). *Nothing about us without us. How to make*

- this a reality? Report on the Empowerment Seminar funded by the European Commission.* Brussels: March 13 & 14, 2009.
- Michon, H. en Van Weeghel, J. (2008). *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 – 2007.* Utrecht, Den Haag: Trimbos-instituut, Kenniscentrum Rehabilitatie, Zonmw.
- Nederland T, Bulsink D & Lammerts R (2009). *Zelfevaluatie Wmo-raden.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, Vereniging Spierziekten Nederland, Reumapatiëntenbond, Astma Fonds Longpatiëntenvereniging, Hart&Vaatgroep, Diabetes Vereniging Nederland, Zorgbelang Nederland en NPCF (2009). *Patiëntenorganisaties. Volwaardige partij in de zorg.* Utrecht: NPCF.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009a). *Zorgverzekeringsmarkt 2009.* Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009b). *Positie consument op zorgverzekeringsmarkt verbetert.* Persbericht 09-12-2009.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2010a). *Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen. De verhoudingen op de zorginkoopmarkt.* Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2010b). *De curatieve GGZ in 2009.* Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2010c). *Wie helpt de consument? Een onderzoek naar de rol van het zorgkantoor vóór aanvang zorg.* Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (in voorbereiding). *De curatieve GGZ in 2010.* Utrecht: NZa.
- Oudenampsen D, Kamphuis H, Lammerts R, Homberg J & Kromontono E (2008). *Patiënten- en consumentenbeweging in beeld. Brancherapport 2008. De categorale organisaties.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut/Prismant.
- Per Saldo/LPGGz (2008). *Experimenteren met de hakken in het zand. Rapportage regelingen pgb-GGZ van de zorgverzekeraars.* Utrecht: Per Saldo/LPGGz.
- Plooy, A., Van Rooijen, S., Van Weeghel, J. (red.) (2008). *Psychiatrische rehabilitatie, jaarboek 2008 – 2009.* Amsterdam Uitgeverij SWP, 2008.
- Posma ER (2009). *De GGZ vraaggericht? Het perspectief van professionals in de GGZ over vraaggerichtheid in het licht van de marktgerichte beleidscontext.* Utrecht: Universiteit Utrecht.
- PriceWaterhouseCoopers (2009). *Brancheanalyse gezondheidszorg 2009.* PWC.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Van patiënt tot klant. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet? Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2007). *Goed patiëntschap. Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt.* Den Haag: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en zorg (2008). *Advies Zorginkoop.* Den Haag: RVZ.

- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2009). *De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie. Goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop*. Den Haag, Utrecht: RVZ,NPCF.
- Rijksschroeff R, Oudenampsen D & Flikweert M (2007). *Beste koop. GGZ-inkoop vanuit cliënten en familieperspectief: samenvatting*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Rijksschroeff R & D Oudenampsen (2009a). *Landelijke en regionale belangenbehartiging na de stelselwijziging in de geestelijke gezondheidszorg. Strategische beleidsverkenningen vanuit cliënten- en familieperspectief*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Rijksschroeff D & D Oudenampsen (2009b). *Op je tellen passen. Een project ter versteviging van het cliënten- en familieperspectief in de GGZ*. Utrecht: LPGGz.
- Schellingerhout R & Ramakers C (2010). *AWBZ Monitor. Onderzoek naar de gevolgen van de pakketmaatregel begeleiding voor budgethouders*. Nijmegen, ITS.
- Shepherd, G. Boardman, J., Burns, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for mental health.
- Shepherd, G. Boardman, J., Burns, M. (2009). *Implementing recovery. A methodology for organizational change*. London: Sainsbury Centre for mental health.
- Sok K, Kok E, Royers T & B Panhuijzen (2009). *Cliëntenparticipatie in beeld. Inventarisatie praktijkvoorbeelden van cliëntenparticipatie*. Utrecht: Movisie/ Vilans.
- Van Hoof, F., Knispel, A., Vijselaar, J. (2009a). *Tendrapportage GGZ 2009, deel 1. Nieuwe financieringskaders voor de GGZ*. Utrecht: Trimbos –instituut.
- Van Hoof, F., Knispel, A., Van Wijngaarden, B., Kok, I. (2009b). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Hoof, F. Kok, I, Meije, D. (2009c) : *“Insured influence”. Implementing consumer perspectives in mental health care contracting by insurers*. Utrecht: Trimbos-instituut. Den Haag: ZonMw.
- Van Hoorn , E. (2008). *Invloed van zorgvragers op zorginkoop*. Harmelen: Kantel Consult.
- Vektis (2009a). *Jaarcijfers 2009. Zorgverzekeraars en -financiering*. Zeist: Vektis.
- Vektis (2009b). *Jaarcijfers 2009. Zorgverzekerden*. Zeist: Vektis.
- Vektis (2010). *Zorgthermometer 2010. Verzekerden in beweging*. Zeist: Vektis.
- Vijselaar, J. (2009a). *Analyse marktontwikkelingen GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut. Interne notitie.
- Vijselaar, J. (2009b). *Analyse inkoopbeleid zorgverzekeraars*. Utrecht: Trimbos-instituut. Interne notitie.
- Zorgverzekeraars Nederland (2009). *Inkoopgids DBC GGZ 2010. Kwaliteits- en profielinformatie voor zorgverzekeraars*. Zeist: ZN.



# 3 Geestelijke gezondheidszorg en arbeidsparticipatie

## 3.1 Inleiding

Psychische problemen komen zelden alleen. Vaak gaan ze gepaard met problemen op andere levensterreinen, zoals lichamelijke gezondheidsklachten en sociale of maatschappelijke problemen. Die verwevenheid van psychische en andere problemen vraagt soms om ondersteuning vanuit verschillende sectoren en om afstemming tussen verschillende voorzieningen. In de Trendrapportage GGZ uit 2008 werd geconstateerd dat GGZ-aanbieders mede om deze reden al langer samenwerking en afstemming zoeken met andere (regionale) voorzieningen op verschillende terreinen. Ook werd geconstateerd dat deze intersectorale samenwerking en afstemming in de ondersteuning van mensen met psychische problemen op onderdelen goed verloopt maar ook op een aantal terugkerende barrières stuit. Niet goed op elkaar aansluitende regelgeving en diffusie van verantwoordelijkheden zijn enkele van die barrières. Gesignaleerd werd ook dat het nieuwe financieringsstelsel voor de GGZ mogelijk een deel van die barrières slecht (bijvoorbeeld tussen de GGZ en de somatische gezondheidszorg) maar ook het risico in zich draagt van een aantal nieuwe knelpunten, onder andere op het grensvlak van zorg en participatie. Een brede inventarisatie van de eerste praktijkervaringen met het nieuwe stelsel in het kader van de Trendrapportage GGZ 2009, bevestigde die signalen.

Het voorgaande is reden om in deze voortgangsrapportage opnieuw stil te staan bij het thema van de 'intersectorale' ondersteuning van mensen met psychische problemen. In het bijzonder richten we de aandacht in dit hoofdstuk op de ondersteuning bij het vinden en behouden van werk door mensen met (langdurige) psychische problemen die buiten het arbeidsproces zijn komen te staan. Het hoofdstuk beschrijft wat bekend is over de praktijk van die ondersteuning, de betrokken reguliere en GGZ-voorzieningen en de mogelijkheden en belemmeringen voor succesvolle ondersteuning binnen de huidige organisatie en regelgeving.<sup>1</sup>

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In paragraaf 3.2 staan we eerst kort stil bij de individuele en de maatschappelijke betekenis van (het gemis van) werk. We presenteren daarbij ook enkele gegevens over de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen. In paragraaf 3.3 zetten we kort op een rij wat bekend is over (aantallen) mensen met psychische problemen in verschillende uitkeringsituaties. Vervolgens gaan we in paragraaf 3.4 in op de beschikbare algemene voorzieningen voor ondersteuning

---

1 Arbeidsverzuim wegens psychische klachten bij werkenden, laten we in dit hoofdstuk buiten beschouwing. Samenwerkingsverbanden en wet- en regelgeving binnen de zogeheten arbocuratieve sector vormen een onderwerp op zich.



bij arbeidsintegratie. Daarbij bespreken we ook wat bekend is over de effectiviteit van de huidige praktijk en over de mate waarin mensen met psychische problemen worden bereikt. In paragraaf 3.5 bespreken we de gespecialiseerde ondersteuning bij arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen vanuit de GGZ. Ook ontwikkelingen in de financiering van deze voorzieningen en de gevolgen daarvan, komen aan bod. Tenslotte zetten we in paragraaf 3.6, op basis van de gestaag groeiende kennis vanuit de wetenschappelijke literatuur, de voorwaarden op een rij voor succesvolle (ondersteuning bij) arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen. We inventariseren welke organisatorische en financieringstechnische factoren in de huidige situatie het realiseren van deze randvoorwaarden voor succesvolle arbeidsintegratie van mensen met (langdurige) psychische problemen bevorderen dan wel belemmeren. In paragraaf 3.7 worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

Voor de informatie en analyses in dit hoofdstuk is geput uit (onderzoeks)literatuur (zie literatuurlijst) en uit een (korte) interviewronde met onderzoekers en beleids- en praktijkdeskundigen op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en re-integratie van mensen met psychische problemen (zie bijlage).

## **3.2 Arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen**

Zowel op individueel niveau als in maatschappelijke zin is de betekenis van werk in de huidige samenleving groot.

Op individueel niveau is werk in de eerste plaats een inkomstenbron en daarmee een bron voor zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Maar werk heeft ook een belangrijke sociale functie: het is een belangrijke bron van sociale contacten. Aan werk ontleen mensen in belangrijke mate ook hun sociale en maatschappelijke status. Werk is daarnaast een potentiële bron van persoonlijke waardering en zingeving (Van Weeghel, 1995; Curran, 2007). Waar andere sociale en daaraan verbonden morele verbanden (buurt, familie) in betekenis inboeten, lijkt het belang van werk in dit opzicht alleen maar verder toe te nemen.

Werk is voor iedereen belangrijk, maar zeker niet vanzelfsprekend. Veel mensen met psychische problemen en met name mensen met langduriger psychische problemen, hebben wegens werkloosheid of arbeidsongeschiktheid geen toegang tot deze bron. Zo laat de landelijke bevolkingsstudie naar de geestelijke gezondheid en zorggebruik NEMESIS zien dat mensen met een psychische aandoening vaker werkloos of arbeidsongeschikt zijn dan mensen zonder een psychische aandoening. Omgekeerd laat de studie ook zien dat onder werklozen en arbeidsongeschikten het aantal mensen met psychische aandoeningen twee keer zo groot is als onder werkenden (De Graaf e.a., 2010). Ook recente cijfers van het CBS wijzen op een hoge prevalentie van psychische

gezondheidsproblemen onder met name arbeidsongeschikten (CBS, 2010). Het verband tussen psychische gezondheidsproblematiek en (non-)participatie wordt ook groter naarmate er sprake is van langduriger of ernstiger problemen. Uit recent onderzoek van Smits e.a. (2009) blijkt dat van de zogeheten LZA-populatie in de GGZ (langdurig zorgafhankelijken) 84 % geen werk heeft. Smits e.a. laten ook zien dat de onvervulde ondersteuningsbehoeften van de betrokkenen vooral liggen op de terreinen van sociale contacten, dagbesteding en zingeving c.q. juist op die terreinen waarin werk een heel belangrijke rol kan vervullen (Smit e.a., 2009). Eerder onderzoek had al aangegeven dat verreweg het grootste deel van de LZA-populatie ooit betaald werk heeft verricht en dat het merendeel graag weer wil terugkeren in het arbeidsproces als daarbij enigszins rekening gehouden kan worden met hun psychische gesteldheid (Van Weeghel, 1995; Van Hoof, 2000).

Het al dan niet hebben van werk lijkt ook een steeds scherpere scheidslijn te worden bij het stigma dat kleeft aan het hebben van een psychische aandoening. Voor het gros van de (werkende) bevolking lijkt de drempel voor het bespreekbaar maken van psychische nood en psychische problemen steeds lager te worden. Wanneer mensen met psychische problemen echter niet (meer) participeren in het arbeidsproces, lijkt ook de kans aanzienlijk groter dat zij als 'psychiatrische patiënt' worden beschouwd en benaderd, met alle stereotype beelden die daar bij horen en alle belemmeringen die dat in het sociale verkeer oplevert (Plooy e.a., 2009). Niet alleen vanwege de intrinsieke betekenis van werk, maar ook vanwege deze maatschappelijke gevolgen voor de persoon in kwestie, wordt het hebben van werk in toenemende mate beschouwd als cruciaal voor het welzijn en het herstel van mensen met psychische problemen. Werkherwinning is voor velen hét bewijs van persoonlijk herstel (Van Weeghel, 1995).

Aan de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen is ook een groot maatschappelijk belang verbonden. Verlies aan arbeidsproductiviteit tengevolge van tijdelijke danwel permanente uitval uit het arbeidsproces en daarmee gepaard gaande kosten, zijn op macro-niveau de belangrijkste kostenposten van psychische aandoeningen (Smit e.a., 2006; Van Hoof e.a., 2008). Deze indirecte kosten zijn een veelvoud van de directe zorgkosten. Waar de totale uitgaven aan de GGZ in Nederland voor 2008 op circa 0,8 % van het Bruto Nationaal Product (BNP) uitkwamen, worden de totale directe en indirecte maatschappelijke kosten van psychische aandoeningen geraamd op tenminste 4 % van het BNP (Van Hoof e.a., in voorbereiding). Daar lijkt dus veel (economische) winst te boeken, ook gezien de verwachtingen met betrekking tot toekomstige krapte op de arbeidsmarkt. De Commissie Arbeidsparticipatie (2008) gaat er vanuit dat er in de nabije toekomst, vanwege de vergrijzing, minder mensen beschikbaar zijn om te werken dan er banen zijn en dat de vraag naar arbeidskrachten zal toenemen. 'Er is voor iedereen werk en we moeten zorgen dat iedereen meedoet', aldus de voorzitter van de commissie (Universiteit van Tilburg, 2009). Ook volgens de Inspectie van Werk en Inkomen is het 'vanuit sociaal en economisch oogpunt niet aanvaardbaar en verantwoord dat burgers buiten de samenleving staan. Het huidige

kabinet heeft het verhogen van de participatie van burgers in de samenleving dan ook tot een van zijn speerpunten gemaakt' (Inspectie Werk en Inkomen, 2008c).

Om tal van redenen is werk belangrijk, ook voor mensen met psychische aandoeningen. Toch is werk voor een groot deel van hen niet vanzelfsprekend en staan veel mensen, vooral diegenen bij wie de problemen langer duren en het karakter van een handicap aannemen, in maatschappelijke zin aan de zijlijn.

### **3.3 Psychische problemen en inkomensondersteuning**

Mensen met psychische problemen zijn, in vergelijking met mensen die geen psychische problemen melden, relatief vaak niet-werkend. En niet-werkenden hebben, in vergelijking met werkenden, relatief vaak psychische problemen. Dat impliceert dat relatief veel mensen met psychische problemen zijn aangewezen op een sociale uitkering c.q. dat relatief veel mensen die gebruik maken van een uitkering, met psychische problemen te kampen hebben. Betrokkenen krijgen ook te maken met de re-integratieregelingen, die verbonden zijn aan deze uitkeringen. Reden om allereerst een aantal gegevens over mensen met psychische problemen in verschillende uitkeringsituaties op een rij te zetten, ook om een indruk van de omvang van de problematiek te krijgen.

#### **Arbeidsongeschiktheid**

Tot 29 december 2005 voorzag de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO) in het inkomen van mensen die langdurig ziek waren en daardoor niet meer konden functioneren in hun baan. Voor 'nieuwe gevallen' werd de WAO in 2006 vervangen door de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). De oude gevallen bleven aangewezen op de WAO.

Anno 2008 ontvingen circa 620.000 mensen een WAO- of WIA-uitkering. Daarvan ontvingen 220.000 deze uitkering op grond van een psychische aandoening (CBS, Statline; UWV, 2008, 2009a, 2009b). Het aandeel van laatstgenoemde groep in het totaal aantal mensen met een arbeidsongeschiktheids-uitkering is door de jaren heen zeer stabiel gebleven (circa 34 %). Het absolute aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en dus ook het absolute aantal mensen met een uitkering op grond van een psychische aandoening, is de afgelopen jaren wel gedaald. (Het hoogtepunt was 2002 met een totaal aantal arbeidsongeschikten van 800.000; CBS, Statline.) Deze afname is vermoedelijk het gevolg van een teruglopende instroom ten gevolge van verscherpte toekenningcriteria (RWI, 2008). Overigens zijn arbeidsongeschikten doorgaans langdurig op hun uitkering aangewezen: anno 2005 maakte twee derde (65 %) van de WAO-ers al meer dan zes jaar gebruik van hun uitkering.

Een specifieke arbeidsongeschiktheidswet voor jonggehandicapten was tot 1 januari 2010 de Wajong ofwel de Wet Arbeidsongeschiktheid Jonggehandicapten. Het

aantal mensen dat een beroep deed op de Wajong is de afgelopen jaren voortdurend gestegen (met 50 % in tien jaar tijd) en bedroeg in 2008 circa 180.000 personen (CBS, Statline; UWV, 2009c). Het aandeel Wajong-gerechtigden op grond van psychische aandoeningen bedraagt 40.000 á 90.000 personen, afhankelijk van de gehanteerde definities (bijna 40.000 uitkeringsgerechtigden ontvangt een uitkering op basis van een 'psychisch ziektebeeld'; daarnaast ontvangt een grote groep een uitkering op grond van 'ontwikkelings-stoornissen', waartoe door het UWV bijvoorbeeld een verstandelijke beperking, een autisme spectrum stoornis of ADHD wordt gerekend; UWV, 2009c; CBS, Statline). Overigens trad op 1 januari 2010 de opvolger van de Wajong in werking, de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten. Over de Wet Wajong zijn op het moment van het schrijven van deze rapportage nog geen cijfers beschikbaar.

Resumerend zijn in 2008 naar schatting 250.000 tot 300.000 jongeren en volwassenen om redenen van psychische problemen aangewezen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hoeveel arbeidsongeschikten om andere redenen een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen maar eveneens met psychische problemen te kampen hebben, is niet bekend.

### **Werkloosheid en bijstand**

Mensen die om andere dan gezondheidsredenen een beroep doen op inkomensondersteuning komen onder andere terecht in de Werkloosheidswet (WW) of de Wet Werk en Bijstand (de WWB). Een werknemer die zijn of haar baan (gedeeltelijk) verliest, kan onder bepaalde voorwaarden en voor een in tijd beperkte periode aanspraak maken op een WW-uitkering. Mensen die geen andere inkomstenbron hebben, niet in aanmerking komen voor een andere uitkering en niet genoeg geld hebben om in hun levensonderhoud te voorzien, kunnen aanspraak maken op een bijstandsuitkering volgend uit de WWB.

In 2008 werden er ruim 170.000 WW-uitkeringen verstrekt (UWV, 2008) en waren er ruim 292.000 mensen met een WWB-uitkering (CBS, Statline). Over aantallen WW- of WWB-uitkerings-gerechtigden met psychische problemen, zijn echter nauwelijks betrouwbare gegevens voorhanden. Gezondheidsproblematiek vormt immers geen grondslag voor deze uitkeringen en wordt daarom binnen dat kader niet geregistreerd. De indruk is wel dat veel mensen in de WWB psychische problemen hebben (Inspectie Werk en Inkomen, 2008b). Zo wordt wel gesproken van de zogenaamde 'granieten kern' binnen de WWB (De Gier e.a., 2008). Deze bestaat uit mensen die tenminste enkele jaren een uitkering hebben, met een combinatie van gezondheidsproblemen en persoonlijke problemen te kampen hebben en die mede om die reden beschouwd worden als leden van een deelpopulatie met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en als niet of moeilijk bemiddelbaar. Volgens schattingen gaat het hier om maximaal de helft van de uitkeringsgerechtigden, ofwel circa 150.000 personen (De Gier e.a., 2008). Het hebben van psychische problemen is in de praktijk één van de kenmerken

op grond waarvan mensen tot de 'granieten kern' worden gerekend (De Gier e.a., 2008). Een belangrijke constatering hierbij is overigens dat 'het granieten bestand in de praktijk minder van graniet lijkt te zijn dan lange tijd werd verondersteld. Extra aandacht voor diegenen die langdurig in de bijstand zitten, doet soms wonderen wat betreft de kansen op werkhervatting' (De Gier e.a., 2008; zie ook paragraaf 3.6). Niettemin wordt ook gesignaleerd dat, hoewel het totale aantal mensen met een WWB-uitkering afneemt (CBS, Statline), het aantal met psychische problematiek dat een WWB-uitkering ontvangt, juist toeneemt (De Koning e.a., 2008). Over de precieze oorzaak hiervan werd geen informatie gevonden.

Resumerend duiden bovenstaande bevindingen erop dat in 2008 naar schatting tenminste 400.000 á 450.000 mensen een uitkering ontvingen en met psychische problemen te kampen hadden. Ter vergelijking: dat is de helft van het aantal cliënten dat zich jaarlijks bij de GGZ meldt en bijna twee keer zoveel als het aantal mensen dat langer dan een jaar bij de GGZ in zorg is.

### **3.4 Algemene voorzieningen voor ondersteuning bij arbeidsintegratie**

Ondersteuning bij herintreden in het arbeidsproces vindt deels plaats vanuit algemene voorzieningen voor arbeidsintegratie c.q. de 'reguliere' re-integratiesector en deels vanuit de zorg c.q. de GGZ. In deze paragraaf bespreken we eerst de ondersteuning vanuit de 'reguliere' re-integratiesector. In de volgende paragraaf gaan we in op de arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ.

Regelingen en voorzieningen voor re-integratie van werkzoekenden, maken in hoofdzaak deel uit van de in de vorige paragraaf genoemde wettelijke kaders rond arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en bijstand. Mensen die volgend uit één van deze wettelijke kaders een uitkering ontvangen, zullen in de regel moeten proberen om (weer) betaald werk te krijgen (uitgezonderd volledig en duurzaam arbeidsongeschikten). Werkzoekenden die moeite hebben met het re-integratieproces kunnen hierbij hulp krijgen. Daarbij geldt dat voor de Wet Werk en Bijstand de gemeente het aanspreekpunt is (want die is de uitvoerder van de wetgeving). Voor de overige wettelijke regelingen (WAO, WIA, Wajong en WW) is dat het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Voorts speelt de private sector van de re-integratiebedrijven een belangrijke rol. Zij zijn, in opdracht van voornoemde partijen, de uitvoerders van arbeidsreintegratietrajecten voor uitkeringsgerechtigden.

Die ondersteuning bij re-integratie kan drie vormen aannemen:

- a. Ondersteuning in natura bij het voorbereiden op en vinden van werk (arbeidsactivering en -toeleiding);

- b. Financiële tegemoetkoming voor het inkopen van ondersteuning bij de voorbereiding op en het vinden van werk;
- c. Begeleiding of ondersteuning op de werkplek.

#### ***Ad a. Arbeidsactivering en -toeleiding***

Het UWV beschikt over eigen werkcoaches (in het kader van de WW) en arbeidsdeskundigen (in het kader van WIA of WAO) die mensen kunnen ondersteunen bij de terugkeer naar werk. Voor werkzoekenden die meer ondersteuning nodig hebben, koopt het UWV re-integratiedienstverlening in bij re-integratiebedrijven. Ook gemeenten kopen re-integratietrajecten in bij re-integratiebedrijven. Die ondersteuningstrajecten kunnen bestaan uit cursussen en vaardigheidstrainingen of uit ondersteuning bij het vinden van en solliciteren op een geschikte baan.

#### ***Ad b. Persoonsgebonden budget voor ondersteuning bij re-integratie***

Werkzoekenden kunnen er ook voor kiezen om de ondersteuning bij hun re-integratie zelf te regelen. Daartoe kunnen zij een Individuele Re-integratie Overeenkomst (IRO) aanvragen bij het UWV. Met een IRO kan iemand zelf een re-integratiebedrijf uitzoeken (waarbij dit bedrijf wel aan de door het UWV gestelde eisen dient te voldoen). Ook sommige gemeenten bieden werkzoekenden de mogelijkheid om zelf een re-integratiebedrijf uit te zoeken door middel van een Persoonlijk Re-integratie Budget (PRB).

#### ***Ad c. Begeleiding of ondersteuning op de werkplek***

Na het vinden van een baan kan begeleiding op de werkplek gewenst zijn (vooral als er sprake is van langduriger of ernstiger psychische problemen; zie ook paragraaf 3.6). UWV kent hiervoor de regeling 'Persoonlijke ondersteuning' (PO) voor jobcoaching. 'De doelgroep voor de voorziening PO omvat iedereen die van UWV de indicatie Structureel Functioneel Beperkt heeft gekregen en die in verband met de ernst van die beperkingen een individueel trainings- of inwerkprogramma en een systematische begeleiding nodig heeft bij het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn functie' (APE, 2006). Met Structureel Functioneel Beperkt wordt hier bedoeld op mensen bij wie een arbeidshandicap is vastgesteld. Gemeenten beschikken voor mensen, die na het vinden van een baan aanvullende coaching nodig hebben, over de regeling 'Begeleid Werken van de Wet Sociale Werkvoorziening' (BW-SW) (Aarts e.a., 2008). Mensen met een indicatie conform de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) kunnen gebruik maken van de BW-SW regeling. Met deze indicatie kunnen mensen werken binnen een beschutte werkomgeving (sociale werkplaats), maar ook gedetacheerd worden naar een reguliere werkgever of met een regulier dienstverband bij een reguliere werkgever werken met behulp van een werkbegeleider ofwel jobcoach (begeleidwerkenplek) (Aarts e.a., 2008). Laatstgenoemde jobcoaches kunnen in dienst zijn bij een aparte organisatie maar ook bij de Sociale werkvoorziening zelf.

Kijken we naar de cijfers dan zien we dat jaarlijks rond de 2 miljard euro wordt besteed aan re-integratie (RWI, 2009b; Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2008). Daarvoor

worden door circa 2000 re-integratiebedrijven op jaarbasis circa 150.000 re-integratietrajecten gestart (Veerman e.a., 2008). Dat aantal trajecten is de afgelopen jaren overigens gedaald. Het aantal aanbieders is juist fors gegroeid (en bedroeg in 2004 nog maar 700 bedrijven). De nieuwe aanbieders zijn vooral kleinere aanbieders die zich richten op cliënten met persoonsgebonden budgetten als de IRO en de PRB ( Veerman e.a., 2008).

Wat deze aanbieders exact aanbieden en met welk rendement is maar tot op zekere hoogte duidelijk. In 2009 verscheen de eerste Factsheet Re-integratie van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI, 2009b). De RWI signaleert daarin (onder andere) dat van de mensen die in 2005 en 2006 startten met re-integratieondersteuning, ruim de helft binnen twee jaar aan het werk is. Veel mensen blijven daarnaast wel ook een uitkering behouden (ongeveer tweederde van de mensen die re-integratieondersteuning krijgt). Ruim een derde van de mensen die ondersteuning krijgt, lijkt *duurzaam* werk (minimaal zes maanden aaneengesloten) te vinden. Mensen met een WW-uitkering slagen hier het meest in, mensen met een WWB-uitkering het minst. Daarbij lijken trajecten waarbij mensen zelf hun ondersteuning inkopen betere resultaten op te leveren dan de standaard trajecten (waarbij zij aangetekend dat de populatie die zelf ondersteuning inkoopt op een aantal kenmerken verschilt van de overige werkzoekenden; zij zouden bijvoorbeeld een kortere uitkeringsduur hebben, meer recente werkervaring, een hogere opleiding en meer gemotiveerd zijn voor werk (RWI, 2009b)).

De RWI signaleert ook grote lokale en regionale verschillen, zowel in de toepassing van de regelgeving als in de resultaten van het re-integratiebeleid. Ook signaleert de RWI dat concurreren op prijs lijkt te leiden tot verlies van kwaliteit ofwel tot een 'race to the bottom' (RWI, 2009b) .

Resumerend stellen we vast dat de regelingen die het UWV uitvoert en de regelingen die gemeenten uitvoeren, sterk op elkaar lijken, dat voorbereiding op, toeleiding naar en begeleiding bij het werk daarin als afzonderlijke trajecten te onderscheiden zijn en dat in die feitelijke ondersteunings-trajecten de private re-integratiebedrijven een belangrijke rol spelen. Overigens besloten, mede omwille van de overlap in regelingen en activiteiten, de UWV en de gemeenten in 2008 'de komende jaren de lokale en regionale samenwerking te intensiveren om de integrale en ontschotte maatwerkdienstverlening aan zowel werknemers als werkgevers te bundelen en daarmee de cliënt zo optimaal mogelijk van dienst te zijn' (Inspectie Werk en Inkomen, 2008a). Omwille van die geïntegreerde dienstverlening zijn inmiddels ook de voormalige Centra voor Werk en Inkomen (CWI) c.q. Arbeidsbureaus onderbracht bij het UWV. Alle op werkgerichte activiteiten zijn ondergebracht in UWV Werkbedrijf (één van de divisies van UWV). Daarbij zij aangetekend dat, hoewel de dienstverlening geïntegreerd wordt aangeboden, de re-integratieregelingen en -budgetten van gemeenten en UWV wel afzonderlijk blijven bestaan.

## **'Reguliere' ondersteuning bij arbeidsintegratie aan mensen met psychische problemen**

Over de mate waarin specifiek de mensen met psychische gezondheidsproblemen bereikt worden door en baat hebben bij de ondersteuning vanuit de reguliere voorzieningen voor arbeidsintegratie, zijn maar weinig gegevens voorhanden. Wel zijn er enige indicaties.

Al in de Monitor Vermaatschappelijking uit 2004 (Van Hoof e.a., 2004) werd op basis van toenmalig onderzoek gesignaleerd dat de minder kansrijk geachte uitkeringsontvangers veel minder baat hebben bij de reguliere re-integratiesector dan de kansrijk geachte uitkeringsontvangers. Succesvol bleken de re-integratiebedrijven vooral bij jonge mensen, die nog maar kort in de uitkeringssituatie zaten en weinig of geen gezondheidsproblemen kenden. De bevindingen stemden overeen met publicaties over ervaringen van mensen met psychische problemen en hun ondersteuners met de reguliere arbeids(re-integratie)sector (Michon en Van Weeghel, 2003; Van Hoof e.a., 2004). Daarin werd vastgesteld dat veel mensen met psychische problemen, nog voordat zij voor een re-integratietraject in aanmerking kwamen, door de verantwoordelijke instanties (UWV, gemeenten) al als onbemiddelbaar werden beschouwd; er zijn 'geen benutbare mogelijkheden', werd dan geconstateerd. Diegenen die wel re-integreerbaar geacht werden en bij re-integratiebedrijven werden aangemeld, ondervonden vaak de gevolgen van de met strakke voorwaarden omgeven aanbestedingsprocedures bij het uitzetten van de re-integratietrajecten. Opdrachtgevers hanteerden het principe van 'no cure no pay' of 'no cure less pay'. Dat maakte mensen met psychische handicaps voor de meeste re-integratiebedrijven commercieel oninteressant en zelfs risicovol. Met als gevolg dat het re-integratiebedrijf na een korte assessment alsnog de onintegreerbaarheid van de cliënt vaststelde. Ook werd gesignaleerd dat de incentives ontbraken om de expertise in te kopen om deze groepen toch van een goed re-integratietraject te kunnen voorzien. Overigens werden ook positieve ontwikkelingen gesignaleerd, zoals een beginnende tendens van differentiatie en specialisatie, waarbij een aantal, vooral kleinere re-integratiebedrijven zich toch ging toeleggen op (het genereren van integratiebudgetten en ontwikkelen van expertise voor) begeleiding en arbeidstoeleiding van mensen met een handicap (Van Hoof e.a., 2004).

Sinds 2004 is de re-integratiemarkt fors veranderd, zo luidt het. 'Doelgroepen veranderden, procedures van aanbesteding eveneens, de arbeidsmarkt ontwikkelde zich van aanvankelijke krimp naar forse groei. En op de markt traden nieuwe spelers en aanbieders toe, terwijl andere verdwenen. Wie de markt (en marktcondities) van 2008 vergelijkt met die van 2002 ziet wellicht meer verschillen dan overeenkomsten' aldus Veerman e.a. (2008). Een voorbeeld van die veranderde procedures is het Protocol *Zeer Moeilijk Plaatsbaar* (ZMP) van het UWV. Het hebben van psychische beperkingen kan aanleiding zijn voor het toepassen van dit protocol. Het protocol moet er door een grotere nadruk op inspanningsvergoeding en een kleinere nadruk op resultaatvergoeding voor zorgen dat de mensen die zeer moeilijk plaatsbaar zijn, aantrekkelijker



klanten worden voor re-integratiebedrijven (UWV, 2005). Inmiddels is ook een landelijk keurmerk voor re-integratiebedrijven ingesteld, dat wordt afgegeven door de Stichting Blik op Werk. Ruim een kwart van de re-integratiebedrijven in het bestand van de Stichting geeft aan dat (ook) mensen met psychische problemen tot de doelgroep behoren. Deze bedrijven specificeren die doelgroep overigens in grote meerderheid als 'mensen met een burnout of overspanningsklachten'. Ongeveer één op de tien bedrijven geeft aan hulp te bieden aan 'ex-psychiatrische patiënten'. Niet bekend is in welke mate deze bedrijven ook specifieke programma's of trajecten hebben voor mensen met psychische problemen. Wel blijkt uit onderzoek van Veerman e.a. (2008) dat 28 % van de bevroegde re-integratiedienstverleners psychische interventies (zoals een behandeling bij een burnout) zegt uit te voeren.

De andere zijde van bovenstaande gegevens is dat klaarblijkelijk voor drie kwart van de bedrijven, mensen met psychische problemen niet tot de doelgroep behoren en negen op de tien bedrijven aangeeft geen 'ex-psychiatrische patiënten' te bedienen (driekwart van de aanbieders op de re-integratiemarkt heeft overigens nog geen keurmerk; Veerman e.a., 2008). Een belangrijke kanttekening is ook de constatering van de RWI dat anno 2009 nog steeds juist de mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt minder ondersteuning krijgen dan de mensen met een kleine afstand tot de arbeidsmarkt. Moeilijk bemiddelbaren ontvangen minder hulp (RWI, 2009a). Ook constateert de RWI dat er vaak lichte vormen van ondersteuning worden geboden in gevallen waarbij intensieve ondersteuning wenselijk zou zijn. Het RWI signaleert in het algemeen dat er meer geïnvesteerd dient te worden in kennis over en onderzoek naar de effectiviteit van re-integratieondersteuning, vooral met betrekking tot specifieke subgroepen en methoden of instrumenten (RWI, 2009a).

Resumerend stellen we vast dat er nog erg weinig bekend is over het bereik, het dienstenaanbod en de effectiviteit van de algemene voorzieningen en de reguliere re-integratiesector met betrekking tot de re-integratie van mensen met psychische problemen. Ook stellen we vast dat de informatie die beschikbaar is, erop lijkt te wijzen dat op dit vlak nog veel winst te boeken is.

### **3.5 Ondersteuning bij arbeidsintegratie vanuit de GGZ**

Ondersteuning bij arbeidsintegratie vindt niet alleen plaats vanuit algemene voorzieningen c.q. de reguliere re-integratiebedrijven. Arbeidsintegratietrajecten worden ook geboden vanuit de GGZ. Die trajecten zijn toegespitst op mensen met psychische problemen. De ondersteuning vanuit de GGZ is deels (en mogelijk in toenemende mate) gericht op re-integratie bij ziekteverzuim, maar er zijn ook gespecialiseerde voorzieningen voor re-integratie van mensen met (langdurige) psychische problemen die (al langere tijd) geen betaalde baan meer hebben. In deze paragraaf gaan we met name in op de laatstgenoemde voorzieningen.

In de afgelopen decennia is in een deel van de GGZ steeds meer aandacht ontstaan voor de maatschappelijke participatie van mensen met (ernstige) psychische problemen. Onder de noemer van Rehabilitatie richt de aandacht van betrokken hulpverleners zich niet alleen op de psychische klachten, maar ook op de sociale en maatschappelijke omstandigheden van cliënten, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, werken en dagbesteding (Van Weeghel, 2005). Rehabilitatie op het levensdomein 'werk' wordt ook wel arbeidsrehabilitatie genoemd (Michon & Weeghel, 2008). Een centrale gedachte van de rehabilitatiebenadering in het algemeen is dat niet beperkingen, maar wensen en mogelijkheden het vertrekpunt moeten zijn voor de ondersteuning van mensen met psychische problemen bij hun sociale en maatschappelijke participatie (Van Wel, 2010). Leidende gedachte achter de arbeidsrehabilitatie in de GGZ is dat werk niet ziekmakend maar juist herstelbevorderend kan zijn voor mensen met psychische problemen (Lochy e.a., 2008).

In de praktijk wordt er in de GGZ volgens verschillende modellen gewerkt aan arbeidsrehabilitatie. Verschillen betreffen de mate waarin het accent ligt op training voorafgaand aan werk (lange tijd de dominante aanpak) danwel ondersteuning bij het vinden en behouden van werk (recent meer in opkomst). Verschillen doen zich ook voor in de mate waarin de arbeidsrehabilitatie geïntegreerd is in een breder ondersteuningsaanbod (Erp & Michon, 2008). De laatste jaren is er met name veel aandacht voor de methodiek van Individual Placement and Support (IPS), die onder andere gekenmerkt wordt door snelle plaatsing door de integratie van de arbeidsrehabilitatie in een breder ondersteuningsaanbod. In de volgende paragraaf komt deze methodiek uitgebreider aan de orde.

### **Bereik en financiering**

Een representatief, landelijk onderzoek naar de verspreiding en het bereik van de arbeidsrehabilitatie in de GGZ heeft nooit plaatsgevonden. Schattingen van enkele jaren terug komen uit op circa 100 voorzieningen op het gebied van 'arbeidsondersteuning' in brede zin (feitelijk een bredere categorie dan 'arbeidsintegratie' alleen - bijvoorbeeld ook beschutte werkplekken), die op jaarbasis hulp bieden aan naar schatting enkele duizenden deelnemers (Van Hoof e.a., 2004). Daarmee is de arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ, zeker in vergelijking tot de reguliere re-integratiebranche, in omvang zeer bescheiden.

Arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ werd tot voor kort hoofdzakelijk bekostigd vanuit de financieringskaders van de gezondheidszorg. Tot 2008 was dat met name de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Al in de Monitor vermaatschappelijking uit 2004 werd echter vastgesteld dat arbeidsrehabilitatie binnen het geheel van de geestelijke gezondheidszorg niet alleen een relatief marginale positie inneemt. Ook werd gesignaleerd dat, vooruitlopend op de beleidsvoornemens van de rijksoverheid met betrekking tot de overheveling van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet, veel GGZ-instellingen ertoe neigden zich terug te trekken op wat in toenemende mate beschouwd werd als de eigen core-business: zorg en behandeling. Voorzieningen op het terrein van participatie en

(arbeids)rehabilitatie GGZ zouden daardoor in een kwetsbaarder positie kunnen komen (Van Hoof e.a., 2004).

Inmiddels heeft de overheveling plaatsgevonden. De themarapportage *Nieuwe Financieringskaders voor de GGZ van de Trendrapportage 2009* liet zien dat die neiging tot terugtrekking op 'zorg en behandeling' bij een deel van de GGZ inderdaad aanwezig lijkt, al is nog niet helder hoe dat precies zal gaan uitpakken voor de rehabilitatiepraktijk. Wel is inmiddels duidelijk dat met name arbeidsrehabilitatie zich moeilijk in de ZVW-aanspraken laat inpassen. De ZVW gaat over 'geneeskundige zorg'. Zorgverzekeraars zijn er alert op geen voorzieningen te bekostigen die niet als 'geneeskundige GGZ' te bestempelen zijn<sup>2</sup>. Ondertussen zijn echter de financieringsmogelijkheden van arbeidsrehabilitatie vanuit AWBZ ook afgenomen: vanaf 2009 wordt ondersteuning bij maatschappelijke participatie niet meer beschouwd als een functie van de AWBZ. Dit betekent dat financieringsmogelijkheden vanuit het zorgkader in brede zin afkalven. In de interviewronde werd dan ook aangegeven dat hard gezocht wordt naar andere bronnen, met name bij de financiers van de algemene voorzieningen voor arbeidsintegratie: UWV en gemeenten.

### **Arbeidsrehabilitatie op het grensvlak van GGZ en de reguliere voorzieningen**

In de interviewronde voor dit hoofdstuk van de Trendrapportage is uitgebreid ingegaan op de consequenties van bovenstaande verschuivingen in de financiering voor de arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ. De geïnterviewde onderzoekers en beleids- en praktijkdeskundigen merkten op dat de reïntegratiewetten - in vergelijking met de zorgwetten - een aantal voordelen bieden voor de arbeidsrehabilitatieprojecten vanuit de GGZ. Opgemerkt werd dat waar de zorgwetten van oudsher (en met de komst van de DBC- en ZPZ-systematiek in nog sterkere mate dan voorheen) de nadruk leggen op beperkingen, de re-integratiewetten en met name de nieuwe wetten op dit terrein, veel meer uitgaan van de mogelijkheden van cliënten. Aansluiting bij de re-integratiewetgeving is daarnaast een vorm van normalisering en kan bijdragen aan destigmatisering. Een pluspunt is ook dat aansluiting bij de re-integratiewetgeving tevens aansluiting kan betekenen bij het omvangrijke reguliere re-integratienetwerk; ook dat kan voordelen bieden.

Maar de min of meer afgedwongen oriëntatie van de arbeidsrehabilitatieprojecten in de GGZ op de 'reguliere re-integratiewetgeving', brengt volgens de geïnterviewden ook een aantal nieuwe knelpunten met zich mee.

Ten eerste doen het UWV en veel gemeenten bij voorkeur zaken met de grotere, erkende re-integratiebedrijven en zijn zij er niet altijd in geïnteresseerd om zaken te doen

---

<sup>2</sup> ZVW-financiering van kortdurende psychische hulp bij ziekteverzuim lijkt wel geaccepteerd te worden. Er zijn zelfs signalen van een groeiend ZVW-gefinancierd aanbod op dit terrein, deels vanuit organisaties die voorheen in het commerciële circuit van de verzuimbegeleiding opereerden (Van Hoof e.a., 2009).

met kleine spelers als de arbeidsrehabilitatievoorzieningen vanuit de GGZ. Voor een aantal GGZ organisaties is dit volgens geïnterviewden reden geweest om een samenwerkingsverband aan te gaan met een re-integratiebedrijf. Verder zij aangetekend dat geïnterviewden grote regionale verschillen zien wat betreft samenwerking met UWV en gemeenten en dat er regio's zijn waar wel vruchtbare samenwerking tot stand komt. Sommige geïnterviewden spreken bijvoorbeeld van een uitstekende samenwerking met de gemeente waarbij zij buiten aanbestedingsprocedures om afspraken met de gemeente kunnen maken. Die samenwerking is dan vaak sterk afhankelijk van de band die bijvoorbeeld de individuele GGZ-trajectbegeleider heeft opgebouwd met het UWV of de gemeente. Dat wordt weer lastiger als trajectbegeleiders in hun regio met veel verschillende gemeenten te maken hebben. Soms worden dan nog wel budgetten verkregen maar zijn die 'niet eens toereikend om de verplichte accountantsverklaring te kunnen betalen'.

Een tweede knelpunt is dat de diffusie van de financieringsmogelijkheden een onevenredig groot beslag legt op de tijd die betrokken medewerkers moeten besteden aan initiërende, coördinerende, administratieve en in het algemeen randvoorwaardelijke activiteiten. 'Voorheen hadden we alleen de AWBZ, nu hebben we wel acht financieringsstromen,' aldus een geïnterviewde. Elk van die financieringsstromen kent weer andere en soms uitgebreide regelgeving en administratieve verplichtingen, bijvoorbeeld ook met betrekking tot kwaliteitseisen. Volgens de geïnterviewden kost het sinds de stelselherziening dan ook meer tijd en energie om de financiering rond te krijgen. Dat is inefficiënt. En dat maakt dat GGZ-instellingen vaak op hun arbeidsrehabilitatievoorzieningen moeten toelagen.

Een derde knelpunt hangt met het voorgaande samen. Er zijn samenwerkingsverbanden maar op geaggregeerd c.q. bestuurlijk niveau vindt nog weinig afstemming en coördinatie plaats tussen de GGZ en de financiers en uitvoerders van de algemene voorzieningen voor arbeidsintegratie (in haar onderzoek naar samenwerkingsverbanden rondom de GGZ constateerde Kwekkeboom in 2000 al dat de GGZ met geen andere sector zo weinig contacten heeft als met de arbeidssector; Kwekkeboom, 2000). Achterliggende factor lijkt dat arbeidsrehabilitatie als relatief marginaal onderdeel en onder de huidige omstandigheden veelal verliesgevend onderdeel van de GGZ-instelling, niet uitnodigt tot investeringen op organisatie- of bestuurlijk niveau. Sommige instellingen proberen wel een erkenning als re-integratiebedrijf en/of jobcoachorganisatie in het kader van de re-integratiewetgeving te verkrijgen. Andere doen dat niet, bijvoorbeeld omdat zij menen dat het niet tot de core-business van de GGZ hoort, maar zoeken samenwerkingsverbanden met bestaande re-integratiebedrijven of WSW-organisaties die de benodigde erkenningen al hebben. Op uitzonderingen na moeten individuele medewerkers echter vaak zonder een goede bestuurlijke of organisatorische infrastructuur en zonder een stevige facilitering vanuit hun respectievelijke instellingen, steeds opnieuw voor individuele cliënten op zoek naar - financiering voor - goede ondersteuningsprojecten. Dat drijft de tijdbesteding aan administratieve

en organisatorische activiteiten en daarmee de kosten nog eens extra op. Het maakt arbeidsrehabilitatie in de GGZ ook meer afhankelijk van de bevologenheid van individuele medewerkers.

Arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ staat dus door een combinatie van factoren, in belangrijke mate samenhangend met de stelselherziening in de GGZ, onder druk. De precieze consequenties zijn nog niet duidelijk. Wellicht vallen die gevolgen mee en dienen zich zelfs nieuwe kansen aan, als goede ondersteuning vanuit andere sectoren kan worden geboden. Een mogelijk risico is echter ook dat met het verdwijnen van arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ, ook de inzichten verloren gaan in de succesfactoren voor de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen. De betekenis van de arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ is in dit opzicht minder gelegen in het actuele of toekomstige bereik ervan alswel in de uitgebreide, internationale onderzoeksliteratuur die inmiddels naar aanleiding van de rehabilitatiepraktijken voorhanden is over de voorwaarden voor een effectieve ondersteuning van mensen met psychische problemen bij hun terugkeer in het arbeidsproces.

In de volgende paragraaf zetten we, ter afsluiting van dit hoofdstuk, de belangrijkste in de onderzoeksliteratuur genoemde 'succesfactoren' voor arbeidsrehabilitatie, kort op een rij. Vervolgens verkennen we op hoofdlijnen in hoeverre in de huidige organisatie en het huidige stelsel van zorg en arbeidsintegratie, de *voorwaarden* aanwezig zijn voor het realiseren van deze succesfactoren. Dat doen we vooral op de geleide van de resultaten van de interviewronde.

### **3.6 Succesfactoren en knelpunten voor arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen**

In de afgelopen jaren hebben onder andere Michon (2006), Michon en Van Weeghel (2003) en Dankers en Wilken (2007) op basis van de (internationale) onderzoeksliteratuur de succesfactoren voor arbeidsrehabilitatie op een rij gezet. Die succesfactoren zijn als volgt samen te vatten.

#### ***Ondersteuning op individuele maat***

Standaardtrajecten werken niet goed. Van belang is dat ondersteuningstrajecten aansluiten bij het perspectief, de individuele wensen en eigen herstel pogingen van de betrokkene. Daarbij dient elke cliënt die een baan ambieert, opgenomen te worden in een traject.

#### ***Snelle plaatsing in een baan***

Langdurige, gefaseerde voorbereidingstrajecten, kunnen soms zinvol zijn, maar werpen ook een reeks van nieuwe barrières op voor daadwerkelijke integratie. Onderzoek laat ook zien dat trainen 'on the job' veel effectiever is dan in een kunstmatige omgeving.

Het is daarom van belang om snel te plaatsen, mede om snel de financiële, psychologische en sociale voordelen van een *betaalde* baan uit te buiten (ook aansluitend bij de bevinding dat het effectiever is om mensen in een echte werkomgeving te ondersteunen en instrueren).

### ***Continuïteit***

Mensen met ernstiger en langduriger psychische problemen kunnen en willen doorgaans werken, maar hebben vaak ook begeleiding nodig na het verkrijgen van een baan. Het is daarom van belang dat de ondersteuning wordt voortgezet bij het werk, zonder breuken in het begeleidingstraject (continuïteit van begeleiding/begeleider) en zo nodig permanent.

### ***Aandacht voor de omgeving***

Bij de begeleiding behoeven niet alleen de vaardigheden van de betrokkenen aandacht, maar ook de werkomstandigheden en de werkomgeving. Van belang is met name om aandacht te besteden aan benodigde aanpassingen en aan de vragen, ideeën en ondersteuningsmogelijkheden en ondersteuningswensen van werkgevers en collega's.

### ***Integrale benadering***

Psychische en sociale problemen staan doorgaans niet los van elkaar. Het is daarom van belang dat de individuele ondersteuning rond werk niet geïsoleerd wordt ingezet maar in samenhang met ondersteuning op andere terreinen. Met name voor mensen met ernstiger en langduriger psychische problemen kan dat om intensieve afstemming tussen de ondersteuning c.q. ondersteuners op verschillende terreinen vragen. Steeds vaker wordt ervoor gepleit om voor een deel van de doelgroep die brede ondersteuning zoveel mogelijk binnen één hulpverleningsteam te integreren.

De bovenstaande succesfactoren zijn gebundeld in de eerder genoemde methodiek van Individual Placement and Support (IPS). De IPS-methodiek is afkomstig uit de Verenigde Staten maar vindt steeds meer ingang in Nederland. IPS wordt gekenmerkt door een expliciete oriëntatie op de voorkeuren van de cliënten, een snelle plaatsing in een betaalde baan en continue ondersteuning bij het werk zelf, geïntegreerd met GGZ- en andere hulp. In de praktijk worden IPS-medewerkers vaak toegevoegd aan multi-disciplinaire GGZ-teams (ACT of FACT-teams). IPS is één van de beter onderzochte arbeidsrehabilitatiemethodieken in de GGZ. De resultaten zijn positief (Michon & Weeghel, 2008).

De IPS-methodiek is expliciet bestemd voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Vooral deze groep zal dan ook baat hebben bij een bredere invoering van de methodiek. Voor werkzoekenden met psychische problemen in brede zin is mogelijk niet zozeer de IPS-methodiek als zodanig, maar vooral de brede toepassing van de succesfactoren voor arbeidsrehabilitatie in het algemeen van belang. De exacte organisatie en vormgeving van de ondersteuning kan, met inachtneming van

de succesfactoren, worden toegespitst op de individuele omstandigheden en wensen van de betrokken cliënten. Zo is een verregaande organisatorische integratie van de hulpverlening binnen één team vermoedelijk niet altijd noodzakelijk, zolang afstemming van de ondersteuning op de omstandigheden en de ondersteuningsbehoeften op andere terreinen wel het uitgangspunt is van de betrokken dienstverleners. Al brengt dit volgens één van de geïnterviewden het risico met zich mee dat professionals in de praktijk toch onvoldoende samenwerken als zij niet formeel tot één team behoren.

Gegeven bovenstaande succesfactoren, zijn vooral de volgende twee vragen over de praktijk van de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen van belang. Ten eerste: in welke mate zijn die succesfactoren geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk van de arbeidsrehabilitatie in de GGZ (bijvoorbeeld in de vorm van IPS), maar ook in de re-integratie van mensen met psychische problemen vanuit de reguliere re-integratiebedrijven? Op deze vraag is op basis van de beschikbare gegevens nog geen uitputtend antwoord te geven, maar de informatie die beschikbaar is, suggereert dat er nog veel ruimte is voor verbetering (zie voorgaande paragrafen). De tweede vraag is in hoeverre in de huidige organisatie en in het huidige stelsel van zorg en arbeidsintegratie de *voorwaarden* aanwezig zijn voor het realiseren van deze succesfactoren. Met name deze vraag is in het kader van de Trendrapportage aan de orde gesteld in de interviewronde met de onderzoekers en beleids- en praktijkdeskundigen op het gebied van de re-integratie van mensen met psychische problemen. We zetten, ter afsluiting, de belangrijkste bevindingen op een rij.

### **Knelpunten in de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen**

Standaardtrajecten, die niet nadrukkelijk toegesneden zijn op de wensen, doelen en mogelijkheden van de deelnemer, werken minder goed dan trajecten die wel aansluiten bij het perspectief en de individuele wensen van cliënten, zo luidde de eerste aanbeveling voor succesvolle arbeidsrehabilitatie van mensen met psychische problemen. Onder andere financiële overwegingen lijken een aanpak op individuele maat nog vaak te belemmeren. Ten eerste kan het voor opdrachtgevers financieel aantrekkelijk zijn om bij hun aanbestedingen te kiezen voor minder dure 'bulktrajecten' voor grotere groepen uitkeringsgerechtigden. Ten tweede is met name de financiering van het voortraject, waarin een zorgvuldige analyse kan plaatsvinden van de wensen en de doelen van de cliënt, problematisch. Vanuit de zorgwet is die financiering lastig, omdat een dergelijk voortraject niet gericht is op 'zorg of behandeling', maar op ondersteuning bij participatie. Vanuit de reïntegratiewetten is financiering eveneens moeilijk, omdat de voortrajecten beschouwd worden als voorbereidingen op de 'feitelijke re-integratietrajecten zelf' en daarmee buiten de betreffende financieringskaders vallen. In de praktijk worden deze financieringsproblemen soms met enig kunst- en vliegwerk opgelost, bijvoorbeeld doordat een re-integratiebedrijf zelf een voorinvestering doet of doordat een trajectbegeleider van een GGz-instelling de uren binnen een DBC probeert weg te schrijven. Ook deze oplossingen kosten echter extra tijd (en geld). Feitelijk signaleren de geïnterviewden op dit punt een 'gat' in de keten van financiering.

Een belangrijke belemmering, volgens sommige geïnterviewden zelfs de voornaamste belemmering, is dat GGZ-cliënten bij hun werkwensen in het algemeen nog te vaak ontmoedigd worden door GGZ-hulpverleners en dat er vanuit de GGZ nog dikwijls weerstand wordt geboden tegen het idee van het zoeken naar betaald werk ( Stichting WWWZ, 2009; Kenniscentrum Rehabilitatie & Trimbos-instituut, 2006). Gesignaleerd wordt dat hulpverleners cliënten dan vooral afremmen in hun ambities, vanuit de overweging dat het verrichten van betaald werk niet bevorderlijk zou zijn voor de psychische gezondheid van de cliënt. Daarin lijken zich ook forse cultuurverschillen voor te doen tussen de professionals die zich bezighouden met de behandeling van de cliënt en de professionals die zich richten op de arbeidsintegratie. Hoe dan ook lijkt het ontbreken van de overtuiging bij een deel van de GGZ-professionals dat succesvolle re-integratie mogelijk is, in veel gevallen tot de belangrijkste belemmeringen voor die re-integratie te behoren. Een cultuuromslag is volgens sommigen gaande, maar op dit punt lijkt ook nog veel winst te boeken (Kolenberg, 2009). Ook is het belangrijk dat andere betrokkenen zoals medewerkers van UWV, gemeenten en familieleden de overtuiging hebben dat de cliënt in staat is om regulier werk uit te oefenen. 'Ontmoedigende opmerkingen werken contraproductief'. Verder werd in de interviewronde genoemd dat niet alleen hulpverleners en andere betrokkenen cliënten stigmatiseren, maar dat cliënten dit ook zelf kunnen doen (zelfstigma). Cliënten kunnen bijvoorbeeld de angst hebben dat zij door te gaan werken een terugval krijgen of dat zij hun uitkering zullen verliezen en er financieel op achteruit gaan. Dit laatste wordt internationaal ook wel de benefit-trap genoemd.

De tweede aanbeveling voor een succesvolle arbeidsrehabilitatie van mensen met psychische problemen – snelle plaatsing in een betaalde baan – stuit ook op enkele problemen. Snelle plaatsing volgens het principe 'first place, then train' wordt enerzijds aanbevolen om langdurige en potentieel demotiverende voorbereidingstrajecten zonder concreet uitzicht op een betaalde baan te vermijden, en anderzijds om zo snel mogelijk de financiële, psychologische en sociale voordelen van een betaalde baan te benutten. Binnen de arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ lijkt dit principe steeds meer verbreid, ook al wordt er ook nog veel gewerkt volgens het omgekeerde principe van 'first train, then place'.

Snelle plaatsing is echter niet alleen afhankelijk van de intenties van betrokken ondersteunende instellingen, maar ook van de beschikbare arbeidsplaatsen en van de bereidheid van werkgevers om mensen met (langdurige) psychische problemen in dienst te nemen. In de literatuur wordt gesignaleerd dat werkgevers toch nog steeds terughoudend zijn als het gaat om het aannemen van mensen met een psychische beperking (Kolenberg, 2009). Een aantal geïnterviewden is niettemin van mening dat het werkgeversklimaat aan het veranderen is en dat werkgevers steeds meer open staan om mensen met psychische problemen aan te stellen. Een bijkomend probleem is volgens sommigen wel dat in er in Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten, relatief weinig betaalde banen zijn op instapniveau ofwel banen waarin relatief lage eisen aan



werknemers worden gesteld. Trajectbegeleiders zouden hierin volgens geïnterviewden een belangrijke rol in moeten spelen door veel werkgevers te benaderen en bijvoorbeeld te doen aan 'job carving' wat betekent dat er een (betaalde) baan wordt gecreëerd bestaande uit kleine delen van andere functies.

Overigens wordt het actief contact zoeken met potentiële werkgevers om toekomstige banen voor cliënten te vinden, als regulier onderdeel van de IPS-methodiek beschouwd. Dit vergt het nodige aan acquisitievaardigheden bij de trajectbegeleiders. Er zijn aanwijzingen dat een aanpak via lokale netwerken effectief kan zijn, mits met een adequate PR-strategie en een intensieve benadering (Reijenga & Prins, 2008; Veerman e.a., 2008). Ondertussen worden ook alternatieve wegen bewandeld om banen te vinden dan wel te creëren, bijvoorbeeld door vanuit een GGZ-instelling een uitzendbureau op te zetten, door vanuit een re-integratiebureau een detacheringsbedrijf in het leven te roepen of door zelf (beschutte) werkplekken te creëren. Sommige geïnterviewden vinden dit geen gunstige ontwikkeling omdat het hier vaak niet gaat om regulier betaald werk en mensen zo toch aan de zijlijnen blijven staan. Een andere ontwikkeling is die van het WorkFirst principe, waar steeds meer gemeenten zich toe wenden (Divosa). Dit principe koppelt het vergroten van kennis en vaardigheden van uitkeringsgerechtigden aan verplichte werkactiviteiten. Niet duidelijk is wat de aard van de begeleiding is die mensen hierbij ontvangen en in hoeverre er ruimte is voor aansluiting bij of afstemming op individuele wensen en doelen van betrokkenen. Daarnaast zijn er gemeenten die werken met het principe van Social Return wat betekent dat sociale doelstellingen worden meegenomen in het inkoopbeleid ([www.amsterdam.nl](http://www.amsterdam.nl)). Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat gemeenten producten of diensten inkopen bij bedrijven die werk- of opleidingsplekken bieden aan bepaalde groepen mensen en op deze manier de arbeidsmarkt stimuleren.

Snelle plaatsing hangt verder niet alleen af van de intenties van betrokken ondersteunende instellingen en van de beschikbare arbeidsplaatsen, maar ook van de snelheid waarmee adequate begeleiding bij het werken kan worden ingezet. Als gezegd zijn er aanwijzingen dat re-integratiemiddelen in de praktijk eerder worden ingezet bij mensen die geacht worden goede kansen op de arbeidsmarkt te hebben dan voor minder kansrijk geachte uitkeringsgerechtigden (RWI, 2009a). De geïnterviewden bevestigen dit beeld. Zij wijzen erop dat het vaak veel energie kost om contactpersonen bij de uitkerende instanties te overtuigen van de capaciteiten van een cliënt om te werken en om de middelen voor een ondersteuningstraject los te krijgen.

Continuïteit is een derde belangrijke vereiste en in veel gevallen een volgende bottleneck voor succesvolle ondersteuning bij arbeidsintegratie van mensen met (langdurige) psychische problemen. Daarbij gaat het om continuïteit in de zin van voortgezette en zonodig permanente begeleiding nadat werk is gevonden en om continuïteit in opeenvolgende fasen van het arbeidsintegratieproces. Recent onderzoek suggereert dat de wettelijke kaders in de praktijk nauwelijks voorzien in de financiering van die voortgezette begeleiding (Kolenberg, 2009). De geïnterviewden bevestigen dit beeld.

Zij signaleren ook dat, als wel financiering wordt gevonden, deze doorgaans ontoereikend is om voldoende intensieve begeleiding en om langduriger ondersteuning te kunnen bieden. Ook de continuïteit in de opeenvolgende fasen van het arbeidsintegratietraject laat volgens de geïnterviewden vaak te wensen over. Cliënten moeten soms onnodig lang wachten voor een volgende stap, krijgen te maken met nieuwe begeleiders of met nieuwe (assessment-)procedures of toelatingscriteria. Ondersteuning bij het vinden van een nieuwe, passender baan als iemand al geplaatst is (onderdeel van bijvoorbeeld de IPS-methodiek) wordt zelden gefinancierd. Een complicerende factor is ook dat re-integratieondersteuning door UWV en gemeenten steeds minder in de vorm van gehele trajecten wordt ingekocht en steeds vaker 'modulair': bijvoorbeeld een apart pakket sollicitatietrainingen, bij een ander bedrijf een pakket jobcoaching, etc. (Veerman e.a., 2008). Ook dat belemmert de continuïteit in de individuele trajecten. Het belemmert tevens de financiering van voorzieningen voor IPS, waarin continuïteit juist een leidend principe is. Ook het gegeven dat UWV en gemeenten steeds vaker de regie in de uitvoering op zich willen nemen, heeft consequenties, bijvoorbeeld wanneer die regie overgenomen wordt van een trajectbegeleider vanuit de GGZ (Veerman e.a., 2008). Coördinatie en continuïteit in het reïntegratietraject zijn ver te zoeken, signaleerden Hoebink en Van Weeghel in 2003 al (in Van Hoof e.a., 2004). Die situatie lijkt nog niet substantieel te zijn verbeterd, al merken de geïnterviewden wel op dat er grote regionale verschillen in het land zijn. Binnen sommige regio's lukt het wel om met bijvoorbeeld UWV en zorgverzekeraars tot samenwerking te komen betreffende IPS. Maar in andere plaatsen lukt dit niet of minder goed of gaat de samenwerking zelfs slechter dan een tijd terug, bijvoorbeeld vanwege reorganisaties. Dit kan ertoe leiden dat een client in de ene regio wel een begeleidingstraject kan krijgen en in een andere niet. Volgens een geïnterviewde moet je hier spreken van rechtsongelijkheid van cliënten.

Aandacht voor de omgeving en voor de werkgever en collega's op de werkplek, was overigens een vierde belangrijke vereiste voor succesvolle ondersteuning bij arbeidsintegratie van mensen met (langdurige) psychische problemen. Waar het vinden van adequate financiering voor begeleiding op de werkplek zelf problematisch is, zal ook de aandacht voor gewenste aanpassingen aan de werkomgeving en voor de ondersteuningsbehoeften van werkgevers en collega's voor verbetering vatbaar zijn.

Een integrale benadering werd hierboven genoemd als vijfde en laatste succesfactor voor de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen en met name voor mensen met ernstiger en langduriger psychische problemen. Dit besef leidt in de praktijk tot diverse samenwerkingsverbanden. Sommige instellingen pogen duidelijke regieafspraken met elkaar te maken. Soms worden medewerkers van GGZ-instellingen gedetacheerd bij re-integratiebedrijven en andersom. En UWV en gemeenten nemen niet alleen steeds meer regietaken op zich, maar zijn volgens sommige geïnterviewden ook geneigd om vaker de externe expertise rond de ondersteuning van bijzondere doelgroepen in te roepen. Kort gezegd ontwikkelen zich, zij het op bescheiden schaal, uiteenlopende creatieve samenwerkingsvormen.

De belangrijkste belemmeringen voor integrale en samenhangende ondersteuning lijken op dit moment echter de verbrokkelde financiering van de voorzieningen op het grensgebied van zorg en participatie en de cultuurverschillen tussen de betrokken organisaties. Daar lijden met name diegenen onder die met ernstiger problemen te kampen hebben en die zelf minder goed in staat zijn de juiste ondersteuning op de verschillende levensterreinen te genereren en te organiseren. In termen van voorzieningen lijden met name de geïntegreerde IPS-projecten daaronder. Daar bestaat geen eenduidige financiering voor; middelen moeten uit verschillende bronnen bij elkaar worden gebracht.

Om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om wettelijke financieringskaders te integreren, zijn het ministerie van VWS en het ministerie van SZW in 2007 een pilot gestart onder de titel *Individueel participatiebudget werk en zorg*. In de woorden van de staatssecretaris van SZW: "Binnen deze pilot wordt het persoonsgebonden budget AWBZ met een budget voor de toegekende WIA-werkvoorziening(en) samengevoegd tot één budget. Daarmee mogen cliënten zelf de benodigde zorg, hulp, ondersteuning en werkvoorzieningen inkopen. Het budget is zodanig ingericht dat er geen schotten staan tussen de verschillende voorzieningen. Hierdoor ontstaan er voor de cliënt uitruilmogelijkheden tussen het zorg- en werkdeel" (Ministerie van SZW, 2009). Het project wordt uitgevoerd door UWV in samenwerking met twee zorgkantoren. De pilot loopt tot medio 2010. Resultaten zijn ten tijde van het schrijven dit rapport nog niet bekend.

Resumerend constateren we dat er veel bekend is over succesfactoren voor ondersteuning van mensen met psychische problemen bij hun re-integratie in het arbeidsproces, maar dat er in de huidige organisatie en het huidige stelsel van zorg en arbeidsintegratie ook nog vele belemmeringen zijn voor de implementatie van die succesfactoren. Die belemmeringen liggen ten dele in onvoldoende flexibele regelgeving en in de ontoereikendheid van beschikbare middelen (vooral voor een gedegen inventarisatie van de wensen en mogelijkheden van individuele cliënten en voor begeleiding bij het werk zelf). In belangrijke mate liggen ze ook in het gegeven dat aanbieders en financiers nog onvoldoende gebruik maken van de mogelijkheden die de regelgeving en de beschikbare middelen wel bieden. In algemene zin lijkt één van de belangrijkste belemmeringen in dit opzicht te liggen in het ontbreken van een breed gedragen overtuiging bij betrokken instellingen en financiers dat succesvolle arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen en ook van mensen met ernstiger en langduriger psychische problemen, wel degelijk mogelijk is. Daarin lijkt een kentering te komen, maar is volgens de geïnterviewden ook nog veel winst te boeken.

### 3.7 Conclusies

De individuele en maatschappelijke betekenis van werk is groot. Dat geldt ook en wellicht in het bijzonder voor mensen met psychische problemen.

Ondersteuning bij het vinden van werk is ten dele beschikbaar vanuit reguliere voorzieningen voor arbeidsintegratie. Die ondersteuning is echter niet altijd toegespitst op de specifieke omstandigheden en ondersteuningsbehoeften van mensen met psychische problemen. Op bescheiden schaal is gespecialiseerde ondersteuning bij arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen wel beschikbaar vanuit de GGZ. Financieringsmogelijkheden van arbeidsrehabilitatie vanuit de zorgwetten – ZVW en AWBZ – nemen echter af. De hulpverleners van de betreffende voorzieningen gaan op zoek naar financiering vanuit en in samenwerking met instanties in de reguliere arbeidsintegratiesector. Complicerende factor daarbij is de spreiding van taken en verantwoordelijkheden over een groot aantal partijen. De belangstelling voor samenwerking rond de doelgroep van mensen met psychische problemen is mede daardoor niet altijd even groot.

In het algemeen worden door de betrokkenen ten dele de middelen, maar vooral ook een goede bestuurlijke en organisatorische infrastructuur gemist voor de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen (al zijn er ook voorbeelden waar dit goed gaat). Dat geldt niet alleen voor de ondersteuning bij het vinden en behouden van werk op zich, maar ook voor het implementeren van de uit de wetenschappelijke literatuur bekende succesfactoren van die ondersteuning. Zo wordt het principe van *ondersteuning op individuele maat* nog teveel belemmerd door het ontbreken van financiering voor een gedegen inventarisatie van de wensen en de mogelijkheden van cliënten. Het principe van *snelle plaatsing* en het op die manier direct benutten van de voordelen van werk is nog geen algemeen gebruik en wordt soms gehinderd door het ontbreken van beschikbare arbeidsplaatsen of het voldoende snel beschikbaar komen van ondersteuning op de werkplek. Ook in de *continuïteit van de ondersteuning*, vooral in de overgang naar werk en bij langdurige ondersteuning in het werk, blijken verbeteringen gerealiseerd te kunnen worden. Een belangrijk aandachtspunt is verder de *samenhang* tussen de ondersteuning bij de arbeidsintegratie en de hulp die cliënten op andere terreinen ontvangen. Mede door de verbrokkelde financiering en verantwoordelijkheden, maar ook door cultuurverschillen, is die samenhang soms lastig te realiseren. Daar lijden met name diegenen onder die met ernstiger problemen te kampen hebben en de voorzieningen die (de verantwoordelijkheid voor) de ondersteuning op verschillende terreinen zoveel mogelijk trachten te integreren binnen één organisatie of team. Daar bestaat geen eenduidige en afdoende financiering voor.

De onderzoeksliteratuur laat zien dat succesvolle arbeidsintegratie, ook van mensen met ernstiger en langdurige psychische problemen, mogelijk is. Vooral de methodiek IPS wordt door geïnterviewden genoemd. Ook de (voorlopige) resultaten van effectonderzoek naar IPS zijn positief. Door bovenstaande factoren is de ondersteuning in de praktijk echter teveel afhankelijk van de bevoegdheid en het doorzettingsvermogen van individuele hulpverleners. Het heeft onvoldoende institutionele pleitbezorgers. Commitment vanuit de GGZ, gemeenten en het UVW op bestuurlijk niveau, zo mogelijk nadrukkelijker afgedwongen vanuit c.q. gestimuleerd door de respectievelijke

ministeries, lijkt in de ogen van de geïnterviewden de belangrijkste voorwaarde om de beschikbare middelen veel gericht en effectiever in te zetten voor het bevorderen van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen. Dat commitment kan ook weer bijdragen aan een meer gecoördineerde attentie van de rijksoverheid op de benodigde aanpassingen in de regelgeving en in de toewijzing van middelen.

# Referenties bij Hoofdstuk 3

- Aarts, L., Hout, C.v., Thijs, C., & Visscher, K. (2008). *Evaluatie jobcoaching*. Den Haag: APE.
- APE (2006). *Protocol Jobcoach*. Den Haag: APE.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *Aantal bijstandsuitkeringen daalt nog steeds*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). *Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statline*. <http://statline.cbs.nl/statweb>.
- Commissie Arbeidsparticipatie (2008). *Naar een toekomst die werkt*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- Dankers, T. & Wilken, J.P. (2007). *Arbeidsreintegratie bij mensen met psychische beperkingen: Een overzicht van in Nederland gebruikte methoden*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Divosa. [www.divosa.nl](http://www.divosa.nl)
- Erp, v.N.H.J. & H. Michon (2008). Integratie van mensen met ernstige psychische stoornissen in betaald werk. In A.Plooy, S.v.Rooijen, & J.v.Weeghel (red.), *Psychiatrische rehabilitatie: Jaarboek 2008-2009* (pp. 143-154). Amsterdam: SWP.
- Gier, E. de, Grevel, S., Miedema, F., & Vrieze, G. (2008). *Onder druk wordt alles vloeibaar: Onderzoek naar activering van de granieten kern in de bijstand op de stedelijke arbeidsmarkt*. Den Haag: Nicis Institute.
- Graaf, R. de, Have M. ten, Dorselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: opzet en resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. v., Ketelaars, D., Weeghel, J.v. (2008): *Dac in. Dac uit. Longitudinaal onderzoek naar bezoekers van dagactiviteitencentra*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof F. v., Geelen, K., Rooijen, S.v., Weeghel, J.v. (2004). *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Monitor vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. v. , Fotiadis, L., Vijselaar, J., Hasker, J. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 1. Organisatie, structuur en financiering. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F.v., Knispel, A., & Vijselaar, J. (2009). *Nieuwe financieringskaders voor de GGZ: Tendrapportage GGZ 2009 Themarapportage*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Inspectie Werk en Inkomen (2008a). *De lerende keten: Leren door samen te werken in het stelsel voor werk en inkomen*. Den Haag: Inspectie voor Werk en Inkomen.
- Inspectie Werk en Inkomen (2008b). *Perspectief op duurzame uitstroom uit de WWB*. Den Haag: Inspectie voor Werk en Inkomen.
- Inspectie Werk en Inkomen (2008c). *Verder op weg naar integrale dienstverlening*. Den Haag: Inspectie Werk en Inkomen.

- Kenniscentrum Rehabilitatie & Trimbos-instituut (2006). *Individual Placement and Support (IPS) Arbeidsreintegratie met de beste papieren: Is IPS geschikt voor mensen met psychische beperkingen in Nederland? Studieconferentie 30 maart 2006*. Utrecht: Kenniscentrum Rehabilitatie/Trimbos-instituut.
- Kolenberg, A. (2009). *Werk in behandeling: Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatie-mogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis*. Utrecht/ Nieuwegein: LPGGz/Crossover.
- Koning, J.d., Gravesteyn-Ligthelm, J., Gelderblom, A., Tanis, O., & Maasland, E. (2008). *Re-integratie door gemeenten: zelf doen, uitbesteden of samenwerken?* Rotterdam: SEOR.
- Lochy, R., Weeghel, J.v., & Hasker, J. (2008). Individual Placement en Support (IPS): hoe doe je dat? *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 3,46-55.
- Michon, H. (2006). Personal characteristics in vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Michon, H. & Weeghel, J.v. (2003). Effectieve Arbeidsrehabilitatie. In: Schene, A.H., Boer, F., Heeren, T.J., Henselmans, H.W.J. e.a.. *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2003-2004*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Michon, H. & Weeghel, J.v. (2008). *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland: Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 - 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut/ Kenniscentrum Rehabilitatie.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2008a). *Kamervragen van het lid Karabulut: W&B/URP/08/27263*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2008b). *Plan van Aanpak Re-integratie*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2009). *Brief Staatssecretaris 12 juni 2009*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Plooy, A (2009). De invloed van stigma op herstel. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, december 2009.
- Post, B. & Bakker, I. (1999). *Een bestaan in de bijstand: belemmeringen en beleid*. Den Haag: Elsevier.
- Raad voor Werk en Inkomen (2009). *Factsheet Re-integratie*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.
- Reijenga, F. & Prins, R. (2008). *Bruggen bouwen naar de arbeidsmarkt voor jongeren met een beperking: Onderzoek naar leerpunten uit de experimenten en projecten gefinancierd uit de Verburggelden (2004-2008)*. Leiden: Astri.
- Raad voor Werk en Inkomen (2009a). *Re-integratiemarktanalyse 2008*. Den Haag: RWI.
- Raad voor Werk en inkomen (2009b). *Factsheet Re-integratie*. Den Haag, RWI.

- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N. e.a. (2006). Costs of nine common mental health disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9 (4), p.p. 193-200.
- Smits, C., Kroon, H., Hoof, F.v., Blom, A. e.a. (2009). *Zorg- en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit de regionale zorgmonitors*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2008). *Reïntegratiebeleid /28 719/ Vergaderjaar 2007-2008/ nr. 43*. Den Haag: SDU.
- Universiteit van Tilburg (2009). *Persbericht Rapport Bakker*. [www.uvt.nl/osa/nieuws/persberichtrapportbakker.html](http://www.uvt.nl/osa/nieuws/persberichtrapportbakker.html).
- UWV (2005). *UWV Beleidsregels Protocol Zeer moeilijk plaatsbaar*. Staatscourant 25 april 2005, nr. 79, p. 27.
- UWV (2008). *Kwantitatieve informatie 2008*. Amsterdam: UWV.
- UWV (2009a). *Feiten en cijfers: Statistisch zakboekje 2008*. Amsterdam: UWV.
- UWV (2009b). *Kroniek van de sociale verzekeringen 2008: Wetgeving en volumeontwikkeling in historisch perspectief*. Amsterdam: UWV.
- UWV (2009c). *Kennis voor beleid en sociale zekerheid*. Amsterdam: UWV.
- Veerman, T.J., Veldhuis, V., Aerts, M.C.M., & Egmond, J.W. (2008). *Een markt in beweging: Ontwikkelingen aan de aanbodzijde van de re-integratiemarkt*. Leiden: Bureau Astri.
- Weeghel, J.v. (1995). *Herstelwerkzaamheden: Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patienten*. Utrecht: SWP Uitgeverij.
- Weeghel, J.v. (2005). Psychiatrische rehabilitatie in Nederland: stand van zaken en perspectief. *Passage, juli*, 12-21.
- Wel, T. v. (2010). Rehabilitatie geen kleurloze brij. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 65, 1-2, pp. 25-38.





# 4 Geestelijke gezondheidszorg in Europa

## 4.1 Inleiding

GGZ-beleid is de afgelopen jaren steeds prominenter op de agenda van de Europese Unie gekomen. De Europese Commissie heeft de afgelopen jaren diverse beleidsrapporten uitgebracht, waarin nadrukkelijk aandacht wordt gevraagd voor geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg. Adviesrapporten van andere Europese organisaties zoals Mental Health Europe, WHO Europe en het Mental Health Economics European Network geven steeds meer richting aan de beleidsontwikkeling op Europees niveau. In toenemende mate wordt uit diverse rapportages ook duidelijk dat er niet alleen grote verschillen zijn in het GGZ-beleid en de GGZ-stelsels van de afzonderlijke Europese landen, maar ook veel overeenkomsten; als het gaat om knelpunten en mogelijke oplossingen daarvoor, valt veel van elkaar te leren. Een bindend element wordt inmiddels ook steeds meer gevormd door de vraag hoe goede zorg en ondersteuning voor mensen met psychische aandoeningen te waarborgen ten tijde van economische crisis en forse nationale begrotingstekorten.

De Nederlandse GGZ en het Nederlandse GGZ-beleid zijn verbonden aan deze ontwikkelingen in de ons omringende landen en op EU-niveau. Reden waarom in de Trendrapportage GGZ 2008 de Europese ontwikkelingen al kort aan de orde kwamen (Van Hoof e.a., 2008) en waarom we, voortbouwend op die rapportage, in dit slothoofdstuk een uitgebreider en geactualiseerd overzicht van de Europese GGZ-ontwikkelingen presenteren.

In paragraaf 4.2 komen het beleid op EU-niveau en de adviesrapporten van andere Europese organisaties in en rond de GGZ aan bod. We staan stil bij wat een rode draad in deze Europese beleidsontwikkeling lijkt te zijn: de pleidooien voor sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen. In paragraaf 4.3 gaan we in op twee ontwikkelingen die met deze doelstelling samenhangen en die zich al langere tijd en met wisselend succes in veel Europese landen voltrekken: de afbouw van intramurale GGZ en de opbouw van *community care* en *community support*. We bespreken wat bekend is over nationale trends en initiatieven op dit terrein, met name in de ons omringende landen. In paragraaf 4.4 staan we uitgebreider stil bij de organisatie en financiering van de deïstitutionaliserende GGZ, bij een aantal structurele knelpunten die zich daarbij in veel Europese landen voor doen en bij voorstellen voor het aanpakken van die problemen. In paragraaf 4.5 vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

## 4.2 Europees GGZ-beleid: pleidooien voor sociale inclusie

Het startsein voor een Europees beleid met betrekking tot geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg werd nog maar enkele jaren geleden gegeven. In 2005 stelden de Europese gezondheidszorgministers op de *WHO European Ministerial Conference on Mental Health* in Helsinki twee documenten op: de *Mental Health Declaration* en het bijbehorende *Mental Health Action Plan for Europe* (WHO, 2005a, 2005b). In de *Declaration* en het *Action plan* werd gepleit voor:

- Een brede erkenning van het maatschappelijk belang van geestelijke gezondheid, ook binnen andere maatschappelijke sectoren en beleidsterreinen;
- Het belang van sociale inclusie en het tegengaan van stigma en sociale uitsluiting;
- Het belang van een intersectoraal, integraal beleid;
- Het belang van 'user-involvement'.

Bovenstaande algemene uitgangspunten werden omgezet in een aantal beleidsprioriteiten op het gebied van het bestrijden van stigmatisering en ongelijkheid, het faciliteren van participatie en het gebruik maken van kennis en ervaringen van ggz-gebruikers. Tot die prioriteiten behoorde ook het ontwikkelen en implementeren danwel bestendigen en verbeteren van een omvattend, geïntegreerd en efficiënt stelsel om deze doelstellingen te realiseren. Dat brede, integrale stelsel moet niet alleen betrekking hebben op behandeling, zo luidde het, maar op de brede reeks van gezondheids-bevordering, preventie, behandeling, zorg, rehabilitatie en herstel. En het moet niet alleen voorzien in medische hulp, maar zich ook inlaten met de sociale en maatschappelijke aspecten van geestelijke gezondheidsproblemen. Financiële middelen voor dat stelsel moeten identificeerbaar zijn, zodat gelden niet weglekken naar andere gezondheidszorgsectoren. En gewerkt moet worden aan het creëren danwel ondersteunen en faciliteren van een 'workforce' die de brede range van activiteiten binnen en rond dit stelsel op een doeltreffende wijze op zich kan nemen.

In aansluiting en voortbouwend op het *Mental Health Action Plan for Europe*, dat onder auspiciën van de WHO tot stand was gekomen, verscheen in de afgelopen jaren een serie beleidsnotities van de Europese Commissie over geestelijke gezondheid. Al in 2005 publiceerde de EC de startnotitie *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union* (European Commission, 2005). In dit beleidsdocument werden de belangrijkste uitgangspunten van het *Mental Health Action Plan* overgenomen: het maatschappelijke belang van geestelijke gezondheid, het belang van sociale inclusie en het belang van integraal beleid. Er bestaat eensgezindheid, zo constateerde de EC, over het feit dat in de eerste plaats moet worden voorzien in doeltreffende en kwalitatief hoogstaande geestelijke gezondheidszorg en in behandelingen waartoe alle mensen met geestelijke gezondheidsproblemen toegang hebben. Tegelijk stelde de commissie vast dat er meer nodig is om iets aan de sociale factoren te doen. In overeenstemming met het ministeriële *Action Plan* is een brede aanpak nodig, zo luidt het. Die aanpak omvat zowel de behandeling van en de

zorg voor personen, omvat als maatregelen om de geestelijke gezondheid van de hele bevolking te bevorderen, geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, problemen als stigmatisering aan te pakken en de deelname aan de samenleving van mensen met (ernstige) psychische problemen te faciliteren. Promotie van geestelijke gezondheid enerzijds en sociale inclusie van mensen met psychische problemen anderzijds, zouden de topprioriteiten moeten zijn van een geestelijk gezondheidsbeleid.

De beleidsontwikkelingen die volgden op de strategienotitie van de EC, mondden in 2008 uit in de *European Pact on Mental Health* (European Commission, 2008a) en in 2009 in de *European Parliament Resolution on Mental Health* (European Parliament, 2009). In het *European Pact* worden de prioriteiten van promotie en sociale inclusie nog weer eens bekrachtigd. Daarnaast wordt benadrukt dat daarvoor ook politieke keuzen nodig zijn, dat initiatieven en acties nodig zijn, gericht op specifieke etnische, sociaaleconomische en leeftijdsgroepen, dat daarbij gebruik gemaakt moet worden van de ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen zelf en dat ook beleidsmakers en 'stakeholders' uit andere sectoren dan de GGZ betrokken dienen te worden (onderwijs, sociale zaken, justitie, sociale partners, arbeidsorganisaties en welzijnsorganisaties). In het *European Pact* worden vijf terreinen aangewezen die wat betreft de beleids- en praktijkontwikkelingen prioriteit dienen te krijgen in de komende jaren. Die vijf terreinen zijn:

- Het tegengaan van sociale exclusie en stigma;
- Geestelijke gezondheid en werk;
- Geestelijke gezondheid bij jongeren;
- Geestelijke gezondheid bij ouderen;
- Preventie van depressie.

### **Inbedding van het Europese GGZ-beleid**

De vijf in het *European Pact* genoemde prioriteiten worden in een aantal achtergrondnotities uitgewerkt. Kenmerkend voor elk van deze achtergrondnotities is de nadrukkelijke inbedding van de betreffende beleidsdoelstellingen in reeds bestaande Europese beleidsprogramma's op aangrenzende terreinen.

Zo wordt met betrekking tot het tegengaan van sociale exclusie, expliciet de verbinding gezocht met breder EU-beleid rond 'zwakkere groepen' (McDaid, 2008a). "The inclusion of vulnerable groups is one of the key priorities of the European Social Protection Social Inclusion Process.[...] The EU recognises that in order to overcome discrimination and increase the inclusion of vulnerable and marginalised groups, including people with mental health problems, it is vital to enhance access to mainstream services and opportunities, enforce legislation to overcome discrimination and, where necessary, develop targeted approaches to respond to the specific needs of each group." Daarbij wordt onder andere ingezet op analyses en aanscherping van bestaande antidiscriminatiewetgeving (nu vaak nog relatief vrijblijvend en gericht op 'disability' in het algemeen) en

op verbetertrajecten vanuit het perspectief van mensenrechten. Verder wordt met name de arbeidsmarkt als een cruciaal domein voor sociale inclusie beschouwd. "Employment has many benefits including a reduced need for health care services, increased levels of social inclusion and improved quality of life." (McDaid, 2008a; zie ook Hoofdstuk 3).

Ook in de beleidsdoelstellingen met betrekking tot 'geestelijke gezondheid en werk' (McDaid, 2008b) wordt nadrukkelijk naar inbedding gezocht in aanpalende beleidsterreinen en beleidsprogramma's. "The importance of mental health and wellbeing is also recognised in the *Community Strategy on Health and Safety at Work*. [...] Taking account of projections from the WHO that psychological problems will be the principle source of incapacity by 2020, it advocates a change towards a more preventive culture, including making the promotion of mental health at the workplace a priority." Verwezen wordt ook naar de EC White Paper *Together for Health* (European Commission, 2007) "... emphasizing the substantial economic costs of mental disorders ... due to lost productivity in the workplace". Ook wordt opnieuw verwezen naar het *EU social protection and social inclusion programme*, waarin gepleit wordt voor "active inclusion of people furthest from the labour market" (McDaid, 2008b).

Eveneens in lijn met de bredere 'inbedding' van het mental health beleid worden de andere drie prioriteiten van het *European Pact* expliciet gerelateerd aan beleidsprogramma's op aangrenzende terreinen. Zo worden rond het thema geestelijke gezondheid bij jeugdigen verbanden gelegd; het *European Youth Pact* met het beleidsprogramma *Promoting young people's full participation in education, employment and society* (Jané-Llopis en Braddick, 2008). Het doel van laatstgenoemd programma is "helping young people to find their place in society, in particular by improving the opportunities of young people from disadvantaged population groups and the inclusion of those furthest away from the labour market." Het bredere, maatschappelijke en economische belang van geestelijke gezondheid en participatie krijgen in de overwegingen opnieuw een belangrijke plaats: "Enabling young people to have a successful start into life is a key objective of EU-policies, and it is a precondition for Europe's sustainable success as a social entity, knowledge society and economy" Jané-Llopis en Braddick, 2008).

Het beleid met betrekking tot de vierde prioriteit van het *European pact*, geestelijke gezondheid van ouderen, wordt in het bredere EC-beleidskader geplaatst van het zogenoemde 'active aging' (Jané-Llopis, en Gabilondo, 2008). "Health, including mental health, is a precondition to active ageing and fostering good health in an ageing Europe is the first objective of the health strategy presented by the Commission in its 2007 White Paper *Together for Health*." Met betrekking tot depressie-preventie, ten slotte, wordt voorop gesteld dat.. " the multiple causes of depression ... are mostly not amendable by the healthcare sector alone. Common approaches include promotion of good mental health, eliminating stigma of mental disorders, prevention and early detection of depression ... and support for recovery." Ook wordt nadrukkelijk een verband gelegd tussen depressie en sociaal-economische achterstand en ongelijkheid (Whalbeck en Mäkinen, 2008).

Het *European Pact on Mental Health* werd in 2009 bekrachtigd in de *European Parliament resolution on Mental Health* (European Parliament, 2009). De resolutie bevat een serie, grotendeels op het *European Pact* gebaseerde oproepen in de richting van "the EU institutions, the Member States, the regional and local authorities and the social partners", met als belangrijkste pleidooi "to cooperate and foster action for the promotion of the mental health and well-being of the population, ... combatting stigma and social exclusion, strengthening preventive action and self-help and providing support and adequate treatment to people with mental health problems and to their families and carers" (European Parliament, 2009).

Overzien we de beleidsontwikkelingen op EU-niveau van de laatste jaren, dan lijken de algemene doelstellingen goeddeels onveranderd te blijven: het bevorderen van de geestelijke gezondheid en het bevorderen van de sociale inclusie van mensen met ernstige of langdurige psychische aandoeningen staan centraal. Steeds nadrukkelijker worden deze doelstellingen mede gelegitimeerd vanuit de bredere maatschappelijke en economische belangen die ermee gemoeid zijn. Met name vanuit die economische motieven lijkt een steeds groter gevoel van urgentie te zijn ontstaan. Steeds nadrukkelijker wordt ook de relatie gelegd tussen enerzijds geestelijke gezondheid en psychische aandoeningen en anderzijds sociale en economische omstandigheden en sociaal-economische achterstand en deprivatie (zie ook De Graaf e.a., 2010). In het verlengde daarvan wordt steeds nadrukkelijker vanuit het mental health beleid de verbinding gelegd met andere beleidsprogramma's, met name op de gebied van sociaal beleid (sociale bescherming en sociale inclusie), onderwijs, arbeid en vergrijzing. Implementatie van het mental health beleid vindt mede plaats door pogingen tot inbedding van de doelstellingen en activiteiten in reeds eerdere gemaakte afspraken en reeds bestaande programma's op andere terreinen. Daarmee ontwikkelt het Europese GGZ-beleid zich tot veel meer dan een psychiatrie-beleid. Het tendeeert naar een breed maatschappelijk beleidsprogramma, ingebed in beleid op de terreinen van werk, sociale zekerheid, gezondheidszorg, onderwijs en mensenrechten.

### **Implementatie van het Europese GGZ-beleid**

Geestelijke gezondheid staat inmiddels stevig op de Europese beleidsagenda, maar over de opbrengsten van dat beleid valt nog weinig te zeggen. Daarvoor is het nog te vroeg. EC-beleid op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg is bovendien niet bindend voor de aangesloten landen. Het subsidiariteitsbeginsel prevaleert. De Europese Commissie en het Europese Parlement kunnen lidstaten oproepen tot en vragen om maatregelen, ze kunnen deze niet afdwingen. EC beleid op het gebied van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg wordt dan ook niet primair vorm gegeven in wetgeving maar in een scala aan stimuleringsprogramma's en onderzoeksprojecten.

Van die projecten en programma's zijn inmiddels vele voorbeelden te geven. Eén daarvan is het PROMO project, waarin wordt ingezet op het bevorderen van geestelijke gezondheid en het voorkomen van psychische problemen bij mensen die in sociaal opzicht gemarginaliseerd zijn (bijvoorbeeld tengevolge van werkloosheid, dakloosheid).

Onderzoek naar beleid, wetgeving en best practices in 14 landen moet de problematiek onder de aandacht brengen en moet de onderbouwing en stimulansen (guidelines) bieden voor verdere ontwikkelingen en verbeteringen op dit terrein (PROMO-project, 2008). Een ander voorbeeld is het Ithaca-project, waarin de sociale inclusie en de leefomstandigheden van mensen met ernstige psychische aandoeningen in GGZ-instellingen in de EU-lidstaten in beeld worden gebracht vanuit het mensenrechtenperspectief (Ithaca-study 2009). Recent is een project gestart dat moet resulteren in een overzicht van (de effectiviteit van) het beleid en de activiteiten van de lidstaten op het gebied van promotie van geestelijke gezondheid en preventie van psychische problemen, met specifieke aandacht voor promotie en preventie vanuit de sociale sector, onderwijs, werk en de ouderenzorg (European Union Executive Agency for Health and Consumers, 2010). Relevant is ook het *Empowerment project*, gericht op "enabling people with mental health problems to develop and express their full potential as equal citizens." In het project wordt ingezet op het opsporen van good practices van 'user empowerment' en het genereren en gebruiken van ervaringsdeskundigheid in de planning en ontwikkeling van voorzieningen voor mensen met psychische aandoeningen (WHO, 2009).

EC beleid wordt dus, mede bij gebrek aan verdergaande bevoegdheden, vorm gegeven door middel van een breed scala aan projectmatige activiteiten en programma's. Een groeiend netwerk van adviserende en uitvoerende organisaties manifesteert zich inmiddels in dit werkveld. Tot de meer prominente daarvan behoren de European Network of Users and Survivors in Psychiatry (ENUSP), Mental Health Europe (MHE, een platform van uiteenlopende nationale organisaties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg), de Mental Health sectie van WHO Europe en het Mental Health Economics European Network. Zo publiceerde WHO Europe in 2009 een rapport waarbij uitgebreider werd stilgestaan bij de relatie tussen sociaal-economische achterstand en geestelijke gezondheid en waarin voorstellen worden gedaan voor een brede sociale, culturele en economische aanpak om de voorwaarden voor geestelijke gezondheid en de preventie van psychische aandoeningen te bevorderen (Friedli, 2009). Zeer actief is ook het Mental Health Economics European Network, dat inmiddels een reeks van publicaties heeft uitgebracht over economische en financieringsaspecten van de GGZ in de lidstaten (zie o.a. Knapp en McDaid, 2007a, 2007b; Knapp e.a., 2008, Knapp e.a., 2009; McDaid e.a. 2007, 2008; Medeiros e.a., 2008; zie ook de volgende paragraaf). Verder heeft vooral het platform Mental Health Europe zich de afgelopen jaren een krachtige en vasthoudende pleitbezorger en initiator getoond van initiatieven op het gebied van de sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen. Nadrukkelijker nog dan eerdergenoemde partijen pleit MHE voor een cultuuromslag in het denken over psychische aandoeningen (minder medisch- psychiatrisch) en voor gecoördineerde nationale beleidsagenda's en actieplannen, met aandacht voor armoedebestrijding, maatschappelijke dienstverlening, werk, onderwijs, huisvesting en burger- en mensenrechten (zie o.a. MHE, 2007a, 2007b, 2008, 2009).

De activiteiten en pleidooien van de MHE, de MHEEN en de WHO illustreren nog eens dat de doelstelling van sociale inclusie steeds breder wordt gedragen en een steeds centralere plek inneemt in de Europese beleidsontwikkelingen rond de GGZ. Ze illustreren ook dat een steeds breder netwerk van partijen en organisaties betrokkenen is bij projecten en programma's om die centrale beleidsdoelstelling vorm te geven. In dit opzicht worden de richting en het draagvlak voor het beleid steeds duidelijker. Onduidelijk blijft voorsnog de 'slagkracht' van het beleid en de exacte impact van de ingezette ontwikkelingen en de uiteenlopende initiatieven op de dagelijkse praktijk in de afzonderlijke landen. Beleidsontwikkelingen en besluitvorming in de Europese landen zelf, blijven daarvoor uiteindelijk doorslaggevend.

### **4.3 Afbouw van bedden en opbouw van maatschappelijke ondersteuning**

Het Europese GGZ-beleid en de centrale plek daarin van sociale inclusie, zijn relatief nieuw. Pleidooien voor en een streven naar een betere maatschappelijke ondersteuning en het bevorderen van de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen, zijn er echter al veel langer in de Westerse landen. Direct daaraan verbonden is een streven naar het omzetten van (de middelen voor) institutionele zorg in psychiatrische ziekenhuizen naar meer flexibele, ambulante, maatschappelijk georiënteerde zorg in de 'community'.

Dit 'deinstitutionaliseringbeleid' kan beschouwd worden als de rode draad door de Europese GGZ-ontwikkelingen van de laatste decennia. Medeiros e.a. (2008) schrijven daarover op basis van de bevindingen van het Mental Health Economics European Network (MHEEN): "It has now been more than five decades in some countries since the start of the process of shifting care and support of people with mental health problems from psychiatric institutions to community-based settings. The closure or downsizing of the asylums has had a significant effect on long-term care. There is a widely held consensus today that delivering mental health services within the community is more appropriate than offering long-stay residence in institutions. It is widely recognized that community-based services have the potential to be more effective in achieving good quality of life for people with long-term needs for support. It is also recognized that community care is not necessarily more expensive than institutional care. ...Most importantly, care in community settings is generally preferred by service users." Wat dat laatste betreft signaleerden ook McDaid en Thornicroft eerder al dat "...evidence on the cost-effectiveness of community care versus institutional care suggests that community-based services do not necessarily reduce health system costs, but that the quality of life and satisfaction with services are improved, while the costs remain broadly the same" (McDaid en Thornicroft, 2005).



Deïstitutionalisering is dus een brede en inmiddels decennialange ontwikkeling in de GGZ in Europa en in de westerse landen. Afzonderlijke landen lijken vooral te verschillen in het tempo waarin en de wijze waarop deze ontwikkeling plaatsvindt. Dat geldt zowel voor de afbouwkant (van psychiatrische bedden) als de opbouwkant (van maatschappelijke ondersteuning).

**Tabel 4.1 Ontwikkeling psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen per 100.000 inwoners in een aantal Europese landen, 1990 – 2007**

Land	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2006	2007
Oostenrijk	100.95	86.27	70.54	58.5	57.73	56.96	58.86	62.88
België	192.09	170.66	164.26	159.88	149.06	149.07	148.09	146.37
Bulgarije	89.45	93.66	87.79	64.85	59.31	58.7	57.9	58.24
Tsjechië	140.02	120.63	113.22	110.86	113.63	110.39	108.92	107.01
Denemarken	95.45	81.94	80	78.92	72.77	59.79	62.16	60.37
Finland	232.99	152.14	120.34	106.07	100.62	86.71	86.36	84.05
Frankrijk	163.27	139.28	120.02	111.59	101.87	93.96	92.59	91.2*
Duitsland	...	117.4	111.06	107.72	105.74	107.01	108.39	...
Hongarije	131.04	116.91	48.56	44.89	40.82	39.34	38.29	30.43
Ierland	263.45	211.69	170.18	142.82	116.26	96.23	91.91	85.09
Italië	80	55.24	39.05	16.37	13.98	13.24	13.02	11.6*
Nederland	177.59	174.67	171.76	158	138.2	137.91	138.1	137.07
Noorwegen	85.51	77.41	68.18	66.14	65.82	60	59.39	57.70*
Polen	91.5	84.93	79.31	73.96	71.35	65.38	64.78	66.60*
Roemenië	95.36	89.73	88.66	88.93	83.02	77.02	77.34	79.40*
Spanje	70.67	62.4	58.75	53.42	50.34	45.77	46.59	41.7*
Zweden	169.8	124.62	82.3	65.32	54.83	48.14	49.3	48.76
Zwitserland	164.42	141.14	128.62	120.11	110.22	105.78	101.30*	102.50*
Groot Brittannië	180.3	137.84	85.69	...	84.90*	64.20*	69.30*	66.0*

Bron: WHO Health for all database.

\* Bron: Eurostat

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van het aantal plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen tussen 1990 en 2007 in een aantal Europese landen. De tabel laat zien dat in de meeste landen de afbouw van het aantal bedden het snelst verliep in de jaren negentig. Na 2002 zette de afbouw in alle landen wel door maar doorgaans in een iets trager tempo. In een aantal landen stabiliseerde de situatie vanaf 2005, in een aantal andere landen hield de beddenafbouw ook in de laatste jaren nog aan.

Tabel 4.1 laat ook zien dat de uitgangssituaties van de verschillende landen in 1990 flink uiteen liepen (ook omdat in sommige landen op dat moment al een forse afbouw was ingezet en in andere nog niet). Landen die twintig jaar geleden nog over relatief veel

psychiatrische bedden beschikten waren België, Finland, Ierland, Groot Brittannië en Nederland (circa 180 tot 260 bedden per 100.000 inwoners). Relatief weinig psychiatrische bedden (80 – 100 per 100.000 inwoners) waren er in 1990 in Denemarken, Noorwegen, Italië en Spanje. In de landen met een aanvankelijke relatief grote capaciteit nam het aantal bedden tussen 1990 en 2007 af met circa 25 % (België en Nederland) tot circa 70 % (Ierland en Groot Brittannië). Maar ook in de landen met een in 1990 al relatief lage capaciteit nam het aantal bedden tussen 1990 en 2007 verder af, met 35 – 40 % (in Denemarken, Noorwegen en Spanje) tot circa 85 % in Italië (van 80 plaatsen in 1990 tot 11 in 2007).

Beddenafbouw vond dus in alle landen plaats, maar vanuit verschillende uitgangssituaties en in verschillende tempi. Gedurende al die tijd en ook in 2007 nog, bleven zich grote verschillen voordoen in de absolute aantallen bedden per 100.000 inwoners per land. Zo laat de tabel zien dat Nederland in 1990 over een relatief grote capaciteit beschikte, dat de beddenafbouw in Nederland relatief beperkt is gebleven en dat daardoor Nederland anno 2007 samen met België over de grootste intramurale capaciteit in Europa beschikt, met ruim twee keer zoveel plaatsen als bijvoorbeeld Engeland en Denemarken en drie keer zoveel als Spanje en Zweden.

Kanttekening bij deze cijfers is dat er in het algemeen weinig zicht bestaat op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens over psychiatrische bedden. Definities en beschikbaarheid van gegevens over intramurale psychiatrische plaatsen kunnen uiteenlopen. Dat maakt met name de duiding van verschillen in absolute aantallen soms lastig. Voorzieningen vallen soms onder provinciale of gemeentelijke overheden of zijn daar, al dan niet samenhangend met een deconcentratie van de voorzieningen, naar overgeheveld. Verantwoordelijkheden raken daardoor meer versnipperd en mogelijk is dat ook van negatieve invloed op de compleetheid en betrouwbaarheid van de capaciteitscijfers (zie ook Muijen, 2008).

Met name de residentiële voorzieningen worden in dit opzicht beschouwd als een grijs en verschuivend gebied. Priebe e.a. (2008) hebben daarom in hun onderzoek naar de deinstitutionaliseringbeweging in negen West-Europese landen niet alleen gekeken naar de reguliere psychiatrische bedden, maar ook naar aantallen plaatsen in alternatieve voorzieningen voor 'residential care and supervised and supported housing'. Daarbij gaat het om uiteenlopende voorzieningen, variërend van verzorgingshuizen tot beschermende woonvormen. De gegevens laten zien dat de afbouw van intramurale voorzieningen in veel landen gepaard is gegaan met de opbouw van het aantal 'psychiatrische plaatsen' in deze alternatieve residentiële voorzieningen. In de meeste van die landen vond tussen 1990 en 2006 de afbouw van de reguliere intramurale plaatsen overigens wel in een sneller tempo plaats dan de groei van de nieuwe 'residentiële' plaatsen. Maar met name in Oostenrijk en Duitsland en in iets mindere mate ook in Nederland (beschermende woonvormen) is de groei van de alternatieve residentiële voorzieningen zeer sterk geweest. In Nederland heeft deze ontwikkeling de afbouw van het aantal reguliere intra-

murale plaatsen volledig gecompenseerd (zie ook Van Hoof e.a. 2009c). In Duitsland en Oostenrijk is per saldo de totale capaciteit aan intramurale en residentiële voorzieningen voor mensen met psychische aandoeningen tussen 1990 en 2006 zelfs gestegen.

Muijen constateert naar aanleiding van bovenstaande trends dat in sommige landen niet zozeer sprake is van deïstitutionalisering, maar van een transinstitutionalisering (Muijen, 2008). Priebe e.a. (2008) spreken van een trend van reïstitutionalisering. Ze plaatsen een aantal kanttekeningen bij deze beweging. Zo is er weinig zicht op de kwaliteit en het rehabilitatief en 'includerend' gehalte van het bonte pallet van alternatieve residentiële voorzieningen. In het algemeen menen Priebe e.a. dat "all care institutions tend to compromise the autonomy of patients, which in the spirit of deinstitutionalization and patient empowerment should be done only if there is no less protective alternative".<sup>1</sup> Maar hun zorg is vooral dat "institutions ... always absorb funding". Geld dat aan institutionele voorzieningen wordt uitgegeven kan niet aan andere voorzieningen worden besteed.

De afbouw van psychiatrische bedden lijkt dus in sommige landen ten dele (en soms meer dan volledig) door een groei van alternatieve institutionele zorg te zijn gecompenseerd. Niettemin lijkt in een deel van Europa per saldo wel degelijk te zijn gedeïstitutionaliseerd. Uit het overzicht van Priebe e.a. springt wat dit betreft met name Engeland eruit. Qua afbouw scoren ook Ierland, Denemarken en Spanje nog steeds hoog. In absolute termen is anno 2007 met name de totale intramurale en residentiële capaciteit in Italië, Spanje en Engeland laag.

De vraag dient zich aan, voor zover er inderdaad is gedeïstitutionaliseerd, in welke voorzieningen de beschikbare gekomen middelen zijn geïnvesteerd. Niet de afbouw op zich is immers relevant, maar de opbouw van alternatieve en bij voorkeur betere voorzieningen. In welke mate is die beoogde, meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuning tot stand en beschikbaar gekomen?

Nog minder scherp dan het beeld van de intramurale en residentiële ontwikkelingen is het zicht op de ontwikkeling van aard en omvang van die maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen in de Europese landen. Weliswaar zijn er tal van signalen van positieve ontwikkelingen, harde en betrouwbare cijfers ontbreken nagenoeg.

---

1 Priebe e.a. spreken het vermoeden uit dat de reïstitutionalisering onderdeel is van een bredere culturele klimaatverandering in de afgelopen 15 jaar, tenderend naar meer restrictief en repressief beleid in de West-Europese landen. Andere aanwijzingen die zij daarvoor aandragen zijn cijfers over forensisch-psychiatrische plaatsen, gedwongen opnamen en de omvang van de gevangenispopulatie. Zo blijkt in de meeste onderzochte landen tussen 1990 en 2006 het aantal plaatsen in forensisch psychiatrische instellingen flink te zijn gestegen. Vooral in Nederland was die capaciteit in 1990 al relatief groot en is het aantal plaatsen tot 2006 fors verder gegroeid (idem Oostenrijk en Duitsland). Priebe e.a. laten ook zien dat het aantal onvrijwillige opnamen per 100.000 inwoners in de meeste landen is gegroeid (wederom het meest in Oostenrijk en Duitsland). Verder blijkt de gevangenispopulatie in vrijwel alle door Priebe e.a. onderzochte West-Europese landen sinds 1990 fors te zijn gegroeid; het meest in Nederland (Priebe e.a., 2008; zie ook Priebe e.a., 2005).

Tot die positieve signalen behoren o.a. de groeiende aandacht in West-Europese landen, waaronder Nederland, voor hulpverleningvormen als Assertive Community Treatment (ACT) en Individual Placement and Support (IPS). Hierbij gaat het om nieuwe, geïntensiveerde en goed onderzochte en als evidence based beschouwde vormen van sociaal-psychiatrische hulp en arbeidsreïntegratie van mensen met ernstige psychische problemen. Eén van de signalen is ook de opkomst van de recovery- ofwel herstelbenadering in een aantal West-Europese landen. Sociale inclusie en 'herstel' worden inmiddels beschouwd als twee nauw aan elkaar verbonden concepten. Waar sociale inclusie gaat om participatie, staan in de herstelbenadering de ervaringen, betekenisgeving en 'empowerment' van mensen met psychische aandoeningen zelf centraal (zie o.a. Shepherd e.a., 2008, 2009; zie ook hoofdstuk 3). Een belangrijk signaal is wellicht ook de ontwikkeling van nationale anti-stigma-programma's in een aantal West-Europese landen. Onder andere in Schotland en Italië zijn dergelijke programma's uitgevoerd. In Engeland loopt inmiddels een breed opgezet vijfjarig anti-stigma- en anti-discriminatie-programma (Vieth, 2009).

Mental Health Europa maakte in 2007 een bredere Europese inventarisatie van 'positive findings' en 'good practices' met betrekking tot voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met (langdurige) psychische aandoeningen. Onder die good practices bevond zich een breed en divers scala aan initiatieven en voorzieningen, variërend van integrale zorgteams, dagbestedingsvoorzieningen en voorzieningen voor begeleid werken tot juridische maatregelen en samenwerkingsverbanden tussen ministeries (MHE, 2007). De WHO publiceerde in 2008 de resultaten van een inventarisatie van het nationale GGZ-beleid in 42 EU-landen. Volgens opgave van contactpersonen had 81 % van de landen beleid of programma's opgesteld om de sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen te bevorderen. In 43 % van de landen bestonden in dat kader bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden tussen de GGZ en de arbeidssector (WHO, 2008).

Bovenstaande signalen duiden erop dat een en ander in beweging is in beleid en voorzieningen voor mensen met psychische aandoeningen in de (West-)Europese landen. Onduidelijk blijft echter, bij het ontbreken van harde gegevens, de exacte omvang en de reikwijdte van die beweging. "It is not always known whether these programs have the intended impact," constateert de WHO naar aanleiding van zijn overzicht van de nationale beleidsontwikkelingen (WHO, 2008). Ondertussen nemen ook de signalen toe dat de diverse nationale, regionale of lokale initiatieven en programma's leiden tot een weliswaar breed uitwaaiend maar vaak ook nogal onsamenhangend, verre van compleet en daarmee niet altijd even effectief palet aan praktijken en voorzieningen. De deinstitutionaliseringbeweging, zo luidt het, dreigt met name te blijven steken in een aantal structurele knelpunten in de organisatie en financiering van meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen. In de volgende paragraaf staan we bij deze knelpunten stil.

## 4.4 Knelpunten in organisatie en financiering

Uit verschillende recente Europese onderzoeken blijkt dat het proces van deïstitutionalisering weliswaar zeer breed wordt gedragen, maar in de praktijk vaak moeizaam verloopt. Belemmering is er bij de afbouw van oude psychiatrische ziekenhuizen, bij de opbouw van alternatieve ambulante zorg en zorgprogramma's en met name bij de integratie van die zorg met andere gezondheidszorg- en sociale voorzieningen.

Zo wijzen Knapp en McDaid (2007b) er in hun overzicht van de financiering van de GGZ in Europa op dat de financieringssystemen in sommige landen nog sterk geënt zijn op institutionele zorg en die institutionele zorg onbedoeld promoten. Dat lijkt ook voor Nederland te gelden. In de Trendrapportage GGZ 2009 kwamen GGZ-bestuurders aan het woord, die aangeven dat intramurale zorg als de 'cash cow' van de grote instellingen moet worden beschouwd. "Het systeem is pro-kliniek," zo werd gesignaleerd. En: "Bedden zijn geld." Sommige bestuurders geven aan van mening te zijn dat met het vervangen van bedden door goede ambulante zorg nog heel wat winst te behalen is, maar dat niet doen, omdat het financieel te onaantrekkelijk is (Van Hoof e.a., 2009a). Ook Wiersma en Pijl constateren dat vooral de laatste jaren "veel instellingen om puur financiële redenen [arzelen] om psychiatrische patiënten zelfstandiger te laten wonen. Langdurige psychiatrische zorg buiten de instelling is niet gegarandeerd in de ziektekostenverzekering en de verzekeraars hebben liever dat die zorg binnen de instelling (en binnen de AWBZ) blijft. Wat al met al neerkomt op een prikkel tot behoud van dure klinische zorg..." (Wiersma en Pijl, 2008; zie ook Ravelli, 2006; Van Hoof e.a., 2009b).

Financieringstelsels ondersteunen dus, zeker in Nederland, maar volgens Europese onderzoeken ook in sommige andere landen, de belangen van institutionele zorg en vormen belangrijke belemmeringen voor deïstitutionalisering. Vieth wijst er in een recent overzicht van Europese GGZ-ontwikkelingen op dat vooral in financiële zin "institution-focused services continue to dominate in the European region" (Vieth, 2009).

Onder andere Amaddeo e.a. (2007) en McDaid en Thornicroft (2005) wijzen erop dat ook weerstand vanuit de hoek van professionals een belangrijke belemmering is voor het omzetten van institutionele zorg in community care. Terwijl cliënten doorgaans het liefst zelfstandig wonen, heeft een substantieel deel van de medewerkers (en instellingen) vaak een meer of minder uitgesproken voorkeur voor een meer gestructureerde en gecontroleerde (werk)omgeving, aldus Amaddeo e.a. (2007). Volgens McDaid en Thornicroft hebben medewerkers in de GGZ bovendien vaak nog een te eenzijdige medische achtergrond. Zij bepleiten een veel grotere aandacht in de opleidingen voor de sociale en maatschappelijke omstandigheden van mensen met psychische problemen en voor de organisatorische, sociale, praktische en communicatieve vaardigheden die onontbeerlijk zijn voor het werken in een ambulante setting.

Weerstand tegen deïstitutionalisering komt ook voort, zo signaleren veel auteurs, uit het stigma dat rust op psychiatrische problemen. Uit onderzoek komt steeds duidelijker naar voren dat met name negatieve beeldvorming een belangrijke belemmering is voor (herstel van) de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen en vooral van mensen met relatief ernstige en langdurige problemen (Sayce en Curran, 2007; McDaid, 2005; Thornicroft e.a., 2007). Sayce en Curran (2007) halen eigen onderzoek aan, waaruit blijkt dat bij die beeldvorming een scherp onderscheid bestaat in de perceptie van enerzijds acceptabele en vanuit externe omstandigheden verklaarbare 'psychological distress' (psychisch ongemak) en anderzijds 'being mental' (een 'psychiatrische stoornis' hebben of een 'psychiatrisch patiënt' zijn). Stigmatisering raakt vooral de laatstgenoemde groep, de 'echte psychiatrische patiënten'. Stigmatisering van die groep neemt volgens sommigen de laatste jaren ook weer toe (zie ook Priebe e.a., 2005; Schanda, 2008). Belangrijk daarbij is dat stigma niet alleen iets is van 'de buitenwereld'. Negatieve beeldvorming binnen en door de psychiatrie zelf, is volgens sommigen een nog hardnekkiger belemmering voor de ontwikkeling van meer op sociale inclusie georiënteerde zorg en voor de maatschappelijke participatie van mensen met ernstiger en langduriger psychische problemen (zie ook hoofdstuk 4). Stigmatisering draagt ondertussen ook bij aan een lage prioriteit van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in het overheidsbeleid.

Belemmeringen liggen echter niet alleen in negatieve beeldvorming of in professionele of financiële weerstanden tegen verdergaande afbouw van institutionele zorg. De internationale literatuur laat zien dat die belemmeringen vooral ook liggen in complicaties bij het opbouwen van een nieuwe zorginfrastructuur voor mensen met ernstige psychische problemen. Voor maatschappelijke ondersteuning is vanuit de zorgsector veel meer aandacht nodig voor werk, onderwijs, huisvesting, etc., maar ook is vanuit desbetreffende sectoren veel meer aandacht nodig voor mensen met psychische problemen. Anders dan institutionele zorg, moet bredere maatschappelijke ondersteuning vanuit verschillende partijen en vanuit verschillende financieringskaders worden georganiseerd. Coördinatie en afstemming binnen de GGZ en tussen ambulante GGZ-voorzieningen en voorzieningen van andere sectoren (huisvesting, welzijn, wonen, onderwijs) zijn cruciaal. De zorg komt daarmee terecht in een complexe 'multi-services' en 'multi-budget' wereld, aldus McDaid en Thornicroft (2007), en het managen van de organisatorische en intersectorale 'interfaces' wordt de belangrijkste nieuwe uitdaging. Dat managen gebeurt of lukt nog niet altijd, waardoor volgens deze auteurs in veel landen de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen nog een erg onsamenhangend karakter heeft. Ook de MHE constateert in een brede Europese inventarisatie van good practices for combatting social inclusion dat "the involvement of all stakeholders is critical to developing good practice", maar ook dat "stakeholders are fragmented, and not all recognise that they have a real role to play. For example employers, housing and transport authorities do not always see themselves as having a specific role to play or to acknowledge the importance of mental health issues in their sphere of activity" (MHE, 2007b). Zowel de MHE als McDaid en Thornicroft en

anderen pleiten daarom voor forse investeringen in afstemming en coördinatie en voor een leidende rol van de overheid daarin. De MHE wijst er ook op "how important the existence and support of active user groups is to ensuring that the experience and needs of users are considered carefully by all stakeholders" (MHE, 2007b, zie ook MHE, 2008, 2009).

Een belemmering in de ontwikkeling van maatschappelijk georiënteerde ambulante ondersteuning is ook gelegen in het risico van het wegvloeien van financiële middelen bij overheveling van verantwoordelijkheden van de gezondheidszorg naar andere domeinen, waaronder de domeinen van sociale zekerheid, maatschappelijke zorg, huisvesting, arbeid en educatie. Met name in de publicaties van het Mental Health Economics European Network wordt op dit risico gewezen. Bij de overheveling van verantwoordelijkheden gaan niet altijd de bijbehorende fondsen mee, zo wordt opgemerkt. En wanneer die fondsen wel meegaan is het, tenzij ze geoormerkt worden, niet zeker of ze weer voor dezelfde doelgroepen worden ingezet. Daarbij gaat de spreiding van verantwoordelijkheden vaak ook gepaard met een gedeeltelijke decentralisatie, onder andere naar lokale overheden (Anderson e.a., 2007; Knapp en McDaid, 2007, 2008; Knapp e.a., 2007a, 2007c; McDaid e.a., 2007, 2008; Medeiros, 2008). McDaid en Thornicroft wijzen er verder op dat aanspraken in het sociale domein doorgaans veel minder robuust zijn dan binnen de gezondheidszorg, waardoor grote regionale verschillen ontstaan (McDaid en Thornicroft, 2007). Het gevaar van het weglekken van gelden is des te groter in het geval van mensen met psychische problemen, waarvan wordt gesignaleerd dat zij doorgaans laag op de prioriteitenlijst van de beleidsmakers staan en een minder ontwikkelde lobby hebben dan andere groepen. In Nederland lijken problemen rond het wegvloeien van financiële middelen zich bijvoorbeeld voor te doen rond de (ongeoormerkte) overheveling van enkele meer maatschappelijk georiënteerde GGZ-activiteiten naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Hasker, 2009). Ook de risico's van afwenteling nemen toe wanneer (onvoldoende geconcretiseerde) verantwoordelijkheden over meerdere domeinen, overheden, sectoren en financieringskaders verspreid worden." In some countries the responsibility of community based services lies within the municipalities, while the responsibility of the large mental hospitals or asylums lies by the local or national government. This creates a financial incentive for municipalities to place mentally ill people in large mental hospitals or asylums", aldus Medeiros et al. (2008).

Kort gezegd is verbreding van het aantal sectoren (en daarmee financiers) dat betrokken is bij de ontwikkeling van meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuning, een voorwaarde voor de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen. Maar het draagt ook risico's in zich. De belangrijkste van die risico's zijn het weglekken van middelen, afwenteling, gefragmentariseerde besluitvorming en uiteindelijk onsaamenhangende, versnipperde zorg en hiaten in de dienstverlening en de financiering daarvan. Overigens hangt ook het ontbreken van betrouwbare gegevens over de beschikbaarheid en effectiviteit van 'community services' voor mensen met psychische

problemen, vermoedelijk met deze ontwikkeling samen. In het algemeen bestaat er nauwelijks zicht op bestedingen van andere sectoren dan de GGZ, aan de ondersteuning van mensen met psychische problemen (zie ook Muijen, 2008).

Investerings in afstemming en coördinatie verdienen in een deinstitutionaliserende GGZ topprioriteit, zo kunnen we voorgaande overwegingen samenvatten (zie ook Knapp e.a., 2007a; 2007c). Die conclusie is vooral relevant in relatie tot een andere trend in de zorg: die van de liberalisering. In antwoord op groeiende zorguitgaven is de afgelopen jaren met name in Nederland, maar ten dele ook in andere Europese landen, ingezet op het bevorderen van marktwerking en concurrentie in de zorg. Marktwerking moet de bedrijfsmatige (micro-economische) efficiency in de zorg stimuleren, tot meer kwaliteit leiden en zo tot een grotere duurzaamheid van het gezondheidszorgstelsel leiden (zie o.a. Van Kemenade, 2007). Deze ontwikkeling gaat gepaard met een terugtrekkende overheid, een decentralisatie van verantwoordelijkheden, meer invloed van financiers en meer concurrentie tussen zorgaanbieders. De vraag dient zich aan of die ontwikkeling niet op gespannen voet staat met de toenemende behoefte aan afstemming, regie, samenwerking en coördinatie.

Een aantal andere overwegingen speelt daarbij ook een rol. In de afgelopen jaren is al gesignaleerd dat liberalisering niet alleen gevolgen heeft voor kosten- en kwaliteitsbewustzijn. De consequenties reiken verder. Van Kemenade signaleert in haar overzichtsstudie van de Europese ontwikkelingen dat zorgaanbieders ook op andere fronten steeds meer marktgedrag gaan vertonen: marktaandeel vergroten en beschermen, verticale samenwerking of fusie opzoeken, uitbreiding van activiteiten naar niet-klinische voorzieningen en zoeken naar private financiering. Ook wijst ze op de opkomst van grote, internationaal opererende commerciële consortia, die deels publiek en deels privaat gefinancierd worden (van Kemenade, 2007). Anderen signaleren dat 'lichte' en 'kortdurende' zorg in het marktstelsel beter gedijt en sneller groeit (want minder investeringen vergt en makkelijker te organiseren is) dan de zorg aan mensen met ernstiger, langduriger of complexere problemen. Tegelijk zou onder invloed van prijsconcurrentie in de niet-complexe zorg, juist de kwaliteit van intensievere, langduriger zorg onder druk komen te staan. Knapp en McDaid wijzen erop dat er ook binnen de GGZ enerzijds sterke prikkels zijn tot het uitbreiden van activiteiten terwijl anderzijds in sommige landen 'underfunding' ontstaat van de zorg voor mensen met chronische psychische problemen (Knapp e.a., 2007a; Knapp en McDaid, 2007b).

## **Nationaal beleid**

Pleidooien in en rond de ondersteuning van mensen met psychische problemen gaan ondertussen, als gezegd, vooral in de richting van afstemming, samenwerking en coördinatie. "Long-term co-operation between different bodies throughout society at varied levels of government is necessary," aldus Medeiros e.a. (2008) in hun overzicht van de Europese GGZ-ontwikkelingen. Direct in het verlengde daarvan wordt niet zozeer een terugtrekkende overheid bepleit, maar wordt juist breed aangedrongen op een inte-



graal en intersectoraal nationaal beleid gericht op de sociale inclusie van mensen met psychische problemen. Een dergelijke integrale, nationale aanpak is ten eerste nodig, zo luidt het, om waarborgen te bieden tegen de risico's van het over meer sectoren en financiers verspreid raken van de verantwoordelijkheden in de ondersteuning van mensen met psychische problemen; de risico's van afwenteling, van het weglekken van middelen, van gefragmentariseerde besluitvorming en versnipperde zorg. Ten tweede is een integrale, nationale aanpak nodig omdat goede ondersteuning in een complexe, multi-sectorale setting niet goed denkbaar is zonder stevige regie en coördinatie, ook op beleidsniveau. Niet alleen de gezondheidszorg moet immers tot goede ondersteuning aangezet worden, bijdragen worden ook gevraagd van sectoren als huisvesting, arbeid, onderwijs, justitie en bij voorkeur in goede onderlinge afstemming; die bijdragen komen er niet vanzelf, zo luidt het. Ten derde zal het maatschappelijke belang van sociale inclusie weliswaar erkend worden door de afzonderlijke betrokken partijen, maar niet noodzakelijkerwijs met de deelbelangen van die partijen samenvallen. Het nationale, maatschappelijke, economische belang van goede ondersteuning en sociale inclusie van mensen met psychische problemen vraagt om een boven de afzonderlijke partijen en deelbelangen staande en gezaghebbende pleitbezorger en regievoerder. Bij voorkeur een pleitbezorger en regievoerder op politiek niveau, dat wil zeggen ook boven de deelbelangen van de departementen uitstijgend. "Policies are necessary to define the values, direction, responsibilities, structure, functioning, and outcomes of services", aldus de WHO in zijn overzicht van het GGZ-beleid in de Europese landen (WHO, 2008). Mansell e.a. (2007) concluderen in hun overzichtsartikel over deinstitutionalisering en community support in Europa: "Key ingredients for the successful replacement of institutional by community care are a national [...]policy framework and detailed local plans for transferring care out of an institution and into a well-prepared community." Ze voegen daaraan toe: "Obviously, both should also include economic ingredients: policies without funding commitments and plans without resources are nothing more than delusional optimism or political hot air." (Zie o.a ook Vieth, 2009; MHE, 2007; Medeiros e.a., 2008).

Vooraf in de financiering lijken de knelpunten rond een deinstitutionaliserende GGZ bijeen te komen en het belang van een nationaal beleid op de voorgrond te treden. Dat geldt overigens niet alleen voor de GGZ. In een overzicht van de ontwikkelingen op het gebied van de financiering van de gezondheidszorg in de Europese Unie, constateert de *European Observatory on Health Systems and Policies* dat "...in recent years there has been increased demand for [...] mental health care, long-term care and care for people with chronic illnesses. Demand for these services, and for integrated forms of delivering care, is likely to grow.[...] We might ask what type of financing system is best placed to adjust to changing priorities." In antwoord op die vraag suggereert de *European Observatory* dat "...the type of financing system best able to respond to [these] shifts in demand is one with the ability to enhance pooling, coordinate and direct strategic resource allocation, match resources to need, shape the nature of supply and create incentives to enhance provider responsiveness." De auteurs voegen daaraan

toe: "We suggest that systems based on public finance stand a much greater chance of rising to this challenge than alternatives such as private health insurance." (European Observatory on Health Systems and Policies, 2009).

### **GGZ-beleid in tijden van economische crisis**

Bovenstaande overwegingen over de effectiviteit en de duurzaamheid van de gezondheidszorg- en de GGZ-stelsels in Europa op de langere termijn, staan momenteel in de schaduw van de noodzaak tot het in evenwicht brengen van de overheidsfinanciën in de Europese landen op de korte termijn. Tegelijk leidt die economische crisis tot een aantal fundamentele discussies, onder andere over de vraag of de gezondheidszorg (en de GGZ als onderdeel daarvan) vooral moet worden gezien als een kostenpost, een onderdeel van onze collectieve lasten; of juist als een katalysator van de productiviteit van de bevolking en daarmee van de economische groei en de welvaart. (In de meest recente Volksgezondheidtoekomstverkenningen wordt nadrukkelijk voor dit laatste perspectief gekozen; (Van der Lucht en Polder, 2010).

Specifiek met betrekking tot de GGZ wordt van verschillende kanten gewaarschuwd voor de risico's van bezuinigingen. Gewezen wordt op het feit dat het grootste deel van de maatschappelijke kosten van geestelijke ongezondheid te wijten zijn aan maatschappelijke uitval (en slechts een klein deel aan directe zorgkosten). Korten op de GGZ zou die bredere maatschappelijke kosten en daarmee de overall-kosten van geestelijke ongezondheid juist doen toenemen, zo luidt de overweging. Gewezen wordt ook op het risico dat de economische crisis tot een groei van het aantal mensen met psychische problemen leidt en tot een groei van het aantal mensen met psychische problemen dat tevens met financiële problemen te kampen heeft (MHE, 2008, 2009; Royal College of Psychiatrists et al, 2009). Verschillende auteurs vrezen ook het scenario waarbij verdergaande afbouw van de intramurale zorg niet gepaard gaat met herschikking van middelen naar ambulante zorg voor dezelfde doelgroep, maar vooral wordt gezien als een relatief eenvoudig te realiseren bezuiniging (zie o.a. McDaid et al., 2008; WHO, 2008; Meideros et al., 2008). Bezorgdheid is er per saldo niet alleen dat bezuinigingen binnen de GGZ op de langere termijn juist tot hogere kosten leiden op verschillende andere terreinen, maar ook dat de kwetsbaarste en meest gemarginaliseerde groepen het meest onder deze bezuinigingen te lijden zullen hebben.

Voor de korte termijn lijken bezuinigingsmaatregelen niettemin onafwendbaar. Voor de langere termijn lijkt echter participatie en met name arbeidsparticipatie de cruciale factor in het oplossen van de problemen rond de overheidsfinanciën en de nationale economieën van de Europese landen. Dat lijkt ook de belangrijkste motivatie te zijn voor de Europese beleidsagenda met betrekking tot de GGZ, zoals die is beschreven in paragraaf 5.2. Zo beschouwd geeft de huidige crisis wellicht niet alleen aanleiding tot maatregelen voor grotere efficiency en kostenbewustzijn. Het zou tegelijk aanleiding kunnen zijn voor een omvattend stimuleringsprogramma voor een nog veel nadrukkelijker op sociale inclusie en participatie georiënteerde GGZ.

## 4.5 Conclusies

GGZ-beleid is de afgelopen jaren steeds prominenter op de Europese agenda gekomen. Centrale aandachtspunten zijn het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de bevolking en het bevorderen van de sociale inclusie van mensen met ernstige of langdurige psychische aandoeningen. Steeds nadrukkelijker worden deze doelstellingen mede gelegitimeerd vanuit de bredere maatschappelijke en economische belangen die ermee gemoeid zijn. Steeds nadrukkelijker wordt ook de relatie gelegd tussen enerzijds geestelijke gezondheid en psychische aandoeningen en anderzijds sociale en economische omstandigheden en sociaal-economische achterstand en deprivatie. In het verlengde daarvan wordt steeds nadrukkelijker vanuit het mental health beleid de verbinding gelegd met andere beleidsprogramma's, met name op de gebied van sociaal beleid (sociale bescherming en sociale inclusie), onderwijs, arbeid en vergrijzing.

Hoewel de richting en het draagvlak voor het Europese beleid steeds duidelijker worden, is de slagkracht ervan beperkt. Beleidsontwikkelingen en besluitvorming in de Europese landen zelf, blijven doorslaggevend. Al veel langer zijn er met name in de West-Europese landen pleidooien voor een betere maatschappelijke ondersteuning en het bevorderen van de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen. Direct daaraan verbonden is er een streven naar het omzetten van (de middelen voor) institutionele zorg in psychiatrische ziekenhuizen naar meer flexibele, ambulante, maatschappelijk georiënteerde zorg in de 'community'.

Cijfers laten zien dat in veel maar niet in alle West-Europese landen de institutionele zorg in de afgelopen twintig jaar is afgebouwd. Wel is daar in veel landen meer gedecentraliseerde residentiële zorg voor in de plaats gekomen. In enkele landen, waaronder Nederland, is per saldo de instutionele en residentiële zorg zelfs gelijk gebleven of gegroeid. Weerstanden tegen (verdergaande) afbouw hangen veelal samen met financiële prikkels, beeldvorming en de visies en verwachtingen van professionals.

Het zicht op de mate waarin ondertussen de maatschappelijk georiënteerde ambulante zorg tot stand is gekomen en het zicht op de kwaliteit van die zorg, is tot dusverre zeer beperkt. Verschillende overzichtsstudies van de Europese GGZ-ontwikkelingen suggereren dat er veel in beweging is, maar ook dat de ontwikkelingen tot dusverre hebben geresulteerd in een weliswaar breed uitwaaiend, maar ook een nogal 'patchy' en weinig samenhangende verzameling van uiteenlopende ambulante voorzieningen. Oorzaken daarvoor worden wederom gezocht in het ontbreken van de juiste financiële prikkels, maar vooral ook in het achterwege blijven van de benodigde coördinatie op individueel, institutioneel, lokaal en nationaal niveau.

De belangrijkste uitdaging bij de deinstitutionalisering van de GGZ en bij het bevorderen van sociale inclusie van mensen met psychische problemen, is gelegen in de spreiding van taken en verantwoordelijkheden over een groter aantal sectoren en financiers, zo

blijkt uit Europese overzichtsstudies. Die spreiding vraagt om het gericht aanspreken van betrokken partijen en om investeringen in afstemming, samenwerking en coördinatie. Het vraagt ook om een stevig, intersectoraal en integraal nationaal beleid.



# Referenties bij Hoofdstuk 4

- Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., Tansella, M. (2007). Reforms in community care: the balance between hospital and community based mental health care. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 235-249. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Anderson, R., Wynne, R., McDaid, D. (2007). Housing and employment. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 280-307. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- European Commission (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union.* Brussels: European Commission.
- European Commission (2007). *White Paper, Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013.* Brussels: European commission.
- European Commission (2008a). *European pact for mental health and well-being.* Brussels: European Commission.
- European Commission (2008b). *Mental health in the EU. Key facts, figures and activities.* Brussels: European Commission.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2009). *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses.* Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- European Parliament (2009). *European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health.* Brussels: European Parliament.
- European Union Executive Agency for Health and Consumers (2010). *Mental Health systems in European Union Member States, Status of mental health in Populations and Benefits to be expected from Investments into Mental Health.* Retrieved from <http://ec.europa.eu/eahc/health>
- Eurostat (2010). European statistics database. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities.* Copenhagen: World Health Organization.
- Hasker, J. Eerste ervaringen met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2008). In: Van Hoof, F., Fotiadis, L., Vijselaar, J., Hasker, J.. *Tendrapportage GGZ 2008, deel 1 Organisatie, structuur en financiering basisanalyse.* Utrecht: Trimbos -instituut.

- Ithaca-study. A European project on human rights and physical health of residents in psychiatric and social care institutions (2009)*. Retrieved from <http://www.ithaca-study.eu>
- Jané-Llopis, E. & Braddick, F. (2008). *Mental Health in Youth and Education. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- Knapp, M., McDaid, D. (2007a). The Mental Health Economics European Network. *Journal of Mental Health*, 16(2): 157-165.
- Knapp, M., McDaid, D. (2007b). Financing and funding mental health care services. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 60-99. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Knapp, M., McDaid, D., Amaddeo, F., Constantopoulos, C., Oliveira, M.D., Salvador-Carulla, L., Zechmeister, I., The MHEEN Group (2007a). Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health*, 16(2): 167-180.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (eds.) (2007b). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (2007c). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.*, p. 1-14. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Knapp, M., McDaid, D., Evers, S., Salvador-Carulla, L., Halsteinli, V. & the MHEEN Group (2008). *Cost-effectiveness and mental health*. London: MHEEN.
- Knapp, M., McDaid, D., Medeiros, H. & the MHEEN Group (2009). *Balance of care (deinstitutionalisation in Europe). Results from the Mental Health Economics European Network (MHEEN)*. *International Journal of Integrated Care*. 2009 Apr-Jun: 9:e41.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and Community Living - Outcomes and Costs: a Report of a European Study*. Report To European Commission. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- McDaid, D., Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D., Knapp, M., Curran, C. (2005). *Funding mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D., Oliveira, M.D., Jurczak, K., Knapp, M., The MHEEN Group (2007). *Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces*

- between the health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2): 181-194.
- McDaid, D. (2008a). *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- McDaid, D. (2008b). *Mental health in workplace settings. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- McDaid, D., Knapp, M., Medeiros, H., and the MHEEN group (2008). *Mental health and economics in Europe: findings from the MHEEN Group*. Eurohealth 13, 3.
- Medeiros, H. McDaid, D. Knapp, M. and the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.
- Mental Health Europe (2007a). *Good Practices for Combating Social Exclusion of People with Mental Health Problems*. Brussels: Mental Health Europe.
- Mental Health Europe (2007b). *From Exclusion to Inclusion – The Way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe, An analysis based on national reports from MHE members in 27 EU Member States*. Brussels: Mental Health Europe.
- Mental Health Europe (2008). *Mental Health in the National Strategic Reports on Social Protection and Social Inclusion 2008-2010. Analysis of the national reports by MHE members*. Brussels: Mental Health Europe.
- Mental Health Europe (2009). *Mental Health Europe Position Paper on the occasion of the 8th Roundtable on Poverty and Social Exclusion; Stockholm, 15-16 October 2009; Social Inclusion of people with mental health problems in times of recession*. Brussels: Mental Health Europe.
- Muijen, M. (2008). *Mental Health Services in Europe: An Overview*. *Psychiatric services* 59, 5, p.p. 479-482.
- Priebe, S, Badesconyi, A. Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* (330); 123-126.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R. et al (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric services* 59, 5, pp 570-573.
- PROMO-project. *Best Practice In Promoting Mental Health In Socially Marginalized People In Europe (2008)*. <http://www.promostudy.org/index.html>
- Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care*, 6 (15 March): 1-11.
- Royal College of Psychiatrists, Mental Health Network, NHS Confederation & London School of Economics and Political Science (2009). *Mental health and the economic downturn. National priorities and NHS solutions*. London: Royal College of Psychiatrists.



- Sayce, L., Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, p. 34-59. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Schanda, H. (2008). Re-institutionalisation of the severely mentally ill – who or what is to blame? *European Psychiatry* 23(2), pp.15.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury centre for mental health.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2009). *Implementing recovery. A methodology for organizational change*. London: Sainsbury centre for mental health.
- Sainsbury centre for mental health (2009). *Doing what works. Individual placement and support into employment*. London: Sainsbury centre for mental health.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry* 190: 192-193.
- Van der Lucht, F en Polder, J.J. (2010). Van gezond naar beter *Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Hoof, F., Fotiadis, L., Vijselaar, J., Hasker, J. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008, deel 1. Organisatie, structuur en financiering basisanalyse*. Utrecht: Trimbos -instituut.
- Van Hoof, F., Knispel, A., Vijselaar, J. (2009a). *Tendrapportage GGZ 2009, deel 1. Nieuwe financieringskaders voor de GGZ*. Utrecht: Trimbos -instituut.
- Van Hoof, F., Knispel, A., Van Wijngaarden, B., Kok, I. (2009b). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Kemenade, Y.W. (2007). *Health care in Europe 2007: the finance and reimbursement systems of 11 European countries*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.
- Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. *Euro Observer* 11, 3, pp 1-3.
- Wahlbeck, K. & Mäkinen, M. (Eds) (2008). *Prevention of Depression and Suicide. Consensus Paper*. Luxembourg: European Communities.
- World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005a). *Mental health declaration for Europe: facing the challengers, building solutions*. Helsinki: WHO.
- World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005b). *Mental health action plan for Europe*. Helsinki: WHO.
- World Health Organization (2008). *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (2009). *Empowering mental health service users and carers*. [http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics/20090331\\_1](http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics/20090331_1).
- World Health Organization (2010). WHO European Health for all database. <http://www.euro.who.int/hfadb>.

# Lijst van geïnterviewde personen

## Thema positie GGZ-cliënt

Dhr. B. Aben, Cliëntenbond / VOICE  
Dhr. B. Stavenuiter, Ypsilon  
Mw. A. Hannink, Ypsilon  
Mw. M. Markx, Ypsilon  
Mw. M. Knuttel, Stichting Pandora  
Dhr. T. Van der Aa, cliëntenraad Arkin, APCP  
Dhr. H. Hoogendijk, Zorgbelang Zuid-Holland  
Dhr. M. Ribbens, Basisberaad Rijnmond  
Dhr. I. Terpstra, Landelijke oudervereniging Balans  
Mw. P. van Buren, directeur Zorgvragers Overleg MH  
Dhr. C. Holthuijsen, cliëntenraad Leger des Heils, Veerhuis  
Mw. Y. Jongbloed, cliëntenraad Kwintes  
Mw. T. de Jager, cliëntenraad GGZ Midden-Holland  
Mw. L. van Luik, ondersteuner Cliëntenraad Kwintes  
Dhr. R. Roest, cliëntenraad Brijder Stichting  
Mw. W. Verwey, cliëntenraad Eleos 't Lichtpunt  
Mw. Y. van der Waal, ondersteuner cliëntenraad Reakt  
Mw. W. van der Weijden, bewonersraad Reakt Midden-Holland  
Dhr. P. van der Loo, Zorgbelang Nederland  
Dhr. J. Loomans, Zorgbelang Noord-Holland  
Dhr. S. Kemps, Cliëntenbelang Utrecht

## Thema arbeidsparticipatie

Dhr. M. Bähler, GGz Noord-Holland Noord  
Mw. M. van Dommelen, Altrecht Talent  
Dhr. B. Hagen, Vilans  
Dhr. F. Hoebink, Vereenigde Arbeidskundige Compagnie BV (VAC)  
Mw. D. Kamstra, AMC  
Mw. D. van der Meer, Universitair Centrum Psychiatrie UMCG  
Dhr. H. Michon, Trimbos-instituut  
Dhr. J. van Weeghel, Stichting Phrenos, Tranzo









De geestelijke gezondheidszorg is volop in beweging. Ontwikkelingen op het gebied van de organisatie en de financiering van de GGZ spelen daarin een centrale rol. Niet alleen het nieuwe financieringsstelsel, ook fusiebewegingen, actuele marktontwikkelingen en internationale trends in de organisatie van de zorg zijn van belang voor de toekomst van de GGZ.

Dit rapport geeft een overzicht van de actuele stand van zaken en de belangrijkste ontwikkelingen in de organisatie van de GGZ aan de hand van vier hoofdthema's:

- Aard en omvang van GGZ-aanbieders en GGZ-aanbod
- Marktontwikkelingen, met speciale aandacht voor de positie van de cliënt
- Bijdragen van de GGZ aan de arbeidsparticipatie en -reïntegratie van mensen met psychische problemen
- Organisatie van de GGZ en GGZ-beleid in Europa

Dit rapport is het eerste van een drietal overzichtsrapportages die het Trimbos-instituut in 2010 uitbrengt in het kader van de Trendrapportage GGZ. Publicaties in het kader van de Trendrapportage verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.