

# **Bouwstenen voor beleid op de langdurige geestelijke gezondheidszorg**

**- Discussienota -**

Chris Smissaert  
Directie Langdurige Zorg  
Ministerie van VWS  
Den Haag, 10 november 2006

# 1 Inleiding

Er vinden momenteel ingrijpende veranderingen plaats in de geestelijke gezondheidszorg en in de financiering van de langdurige zorg en ondersteuning. Zo zijn vele instellingen gefuseerd tot grote zorgconglomeraten, gaat de geneeskundige ggz in 2008 over naar de zorgverzekeringswet en wordt de zorgzwaartebekostiging per 1 april 2007 in de langdurige intramurale zorg ingevoerd. Deze en andere veranderingen werpen de vraag op hoe het in de toekomst gaat met de langdurige geestelijke gezondheidszorg.

De langdurige ggz, de zorg en begeleiding voor mensen met psychische beperkingen, is een bijzonder complexe sector die niet eenvoudig te analyseren is. Toch proberen we dat als directie Langdurige Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in deze discussienota te doen. We hanteren daarbij de nieuwe meer op inhoud en normatieve aspecten gerichte benadering die de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid bepleit in het recent uitgebrachte "Lerende overheid, een pleidooi voor probleemgerichte politiek".

*"Het zoeken naar passende probleemdefinities, het betrekken van verschillende publieken en het verzamelen van verschillende bronnen van kennis en ervaring dient daarbij meer aandacht te krijgen dan de benadering waarbij posities het vertrekpunt zijn."*

Wij vragen zorginstellingen, cliëntorganisaties, verzekeraars, beroepsorganisaties en overheidsinstanties om een inhoudelijke reactie, zodat we gezamenlijk de volgende stap kunnen nemen in het beleid op de langdurige ggz. Deze discussienota moet draaien om de cliënt en de veranderende langdurige ggz. De kernvraag hier is wat de veranderingen in de zorg betekenen voor (1) de organisatie (2) de ondersteuning en (3) de kwaliteit van de langdurige ggz ten behoeve van de cliënt en of dit generiek dan wel specifiek beleid vereist.

Wij nodigen u van harte uit mee te discussiëren: niet alleen over de expliciete vragen, maar u kunt ook de achterliggende afwegingen aan de orde te stellen. Dat vergt inzicht in het kader waarin de discussie zou moeten plaatsvinden. Randvoorwaarden zijn het beleid uit: de VWS-begroting 2007, de beleidsvisie GGZ<sup>2</sup>, de kabinetsvisie langdurige zorg<sup>3</sup>, de 'knip' in de ggz en de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Daarnaast moeten nog twee kwesties helder zijn voor een zinvolle discussie over de vorm en de inhoud van de langdurige ggz, namelijk: het debat over behandelen versus begeleiden en het debat over generiek versus specifiek beleid.

## *Behandelen of begeleiden?*

Er bestaat discussie over het uitgangspunt van de zorg voor mensen met ernstige langdurige psychische stoornissen (vanaf nu: psychische beperkingen). Is het doel van de zorg het genezen van de beperking, of is het doel van de zorg om mensen in staat te stellen een zo zelfstandig mogelijk leven leiden? Een pragmatische benadering lijkt logisch: waarom kiezen, als beide doelen naast elkaar kunnen bestaan? Behandeling en begeleiding verhouden zich dan tot elkaar al naar gelang de situatie waarin de cliënt zich bevindt.

De meeste mensen met psychische beperkingen hebben manieren gevonden om met hun beperkingen om te gaan, om te overleven. Overleven is het soms ook letterlijk, gezien de

---

<sup>1</sup> WRR (2006). Lerende overheid. Een pleidooi voor probleemgerichte politiek. AUP, p 105

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 689, nr. 96

<sup>3</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 597, nr. 1

erbarmelijke positie waarin bepaalde groepen zich vaak bevinden. In het kader van de Wmo en het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang wordt gewerkt aan de participatie en integratie van deze mensen.<sup>4</sup> Zij hebben vaak moeite om te voldoen aan wat de buitenwereld van de gemiddelde burger vraagt, zoals het vertonen van 'sociaal wenselijk gedrag' en het organiseren van hun 'huishouden'. Isolement is een groot probleem voor deze mensen, evenals het vinden en behouden van woonruimte en werk. Er vindt met enige regelmaat behandeling plaats, in de vorm van controlegesprekken, het toedienen van medicatie en/of vormen van activerende begeleiding. De zorg voor deze mensen concentreert zich echter op de begeleiding in hun leefgebieden. Vraaggerichte begeleiding bij de maatschappelijke participatie en integratie van deze mensen, waarbij behandeling een meer ondersteunende rol vervult, lijkt hier het meest voor de hand te liggen.

Daarnaast is er een groep mensen van wie het leven zodanig wordt beheerst door hun beperkingen dat deze niet kunnen overleven zonder continue zorg in een afgeschermd setting. Deze mensen hebben zorg nodig die in de eerste plaats gericht is op behandeling; in hun leven is er vaak weinig plaats om meer te zijn dan patiënt. Dat neemt echter niet weg dat er, hoe bescheiden ook, tevens bij deze mensen aandacht moet zijn om de dingen te doen zoals 'gewone mensen' dat ook doen. Juist omdat het dagelijks leven van deze mensen voor een groot deel samenvalt met het ontvangen van zorg, kan het niet zo zijn dat die zorg hen hospitaliseert tot een enkel 'patiënt-zijn'.

Dan zijn er ook nog mensen die zich minder eenvoudig laten indelen als het om zorgzwaarte of zorgtype gaat, omdat zij te maken hebben met uiteenlopende problematiek. De combinatie van verslaving en een psychische beperking is een bekend voorbeeld. Ook zien wij de laatste jaren een grote stijging van het aantal jeugdigen waarbij een autismespectrumstoornis is gediagnosticeerd. Er komt steeds meer aandacht in de zorg voor deze jongeren, die vaak ook een verstandelijke beperking hebben. Behandeling en begeleiding geven is hier een kwestie van maatwerk, die wordt gecompliceerd door de verschillende regimes waarin de zorg geleverd wordt.

De vraag in hoeverre de zorg in de langdurige ggz *geneeskundig* dan wel *maatschappelijk* is, is niet simpel te beantwoorden. Wel is duidelijk dat als we de cliënt en diens beperkingen centraal stellen bestuurlijke en bedrijfstechnische argumenten niet het primaat moeten voeren in wezenlijk inhoudelijke kwesties en mogelijkheden om te functioneren. *De cliënt centraal zou daadwerkelijk het uitgangspunt voor de langdurige ggz moeten zijn.*

#### *Generiek of specifiek beleid?*

Beleid voor de langdurige ggz is in eerste plaats beleid dat onderdeel zou moeten zijn van het beleid voor de gehele care-sector. De langdurige ggz krijgt daarmee in beleidsmatige zin aansluiting bij de langdurige zorg, voor zover die nog niet tot stand is gebracht. Een voorbeeld daarvan is de huidige verbreding van het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter van ZonMw met thema's uit de langdurige ggz. Specifiek beleid op de langdurige ggz als 'subsector' is alleen te rechtvaardigen als in bepaalde situaties generiek beleid niet tot een effectieve aanpak leidt. Dit is ook een idee achter de beleidsvisie GGZ, namelijk dat de ramen van de ggz open moeten: meer samenwerking en afstemming met ketenpartners die ook een rol hebben in het welzijn van cliënten.<sup>5</sup>

Het kabinet heeft in 2004 een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) ingesteld om vanuit het perspectief van doelmatigheid voorstellen te doen. Dat heeft geleid tot een doorwrochte rapportage over de AWBZ. De rapportage van de IBO-werkgroep gaat in op te bereiken inhoudelijke synergie door bepaalde vormen van zorg dan wel ondersteuning te clusteren. De werkgroep heeft dit

---

<sup>4</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 325, nr. 8

<sup>5</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 689, nr. 96

nadrukkelijk gedaan vanuit het perspectief van verschillende groepen cliënten. Dit uitgangspunt van het centraal stellen van cliëntgroepen is niet nieuw, maar het laat wel zien dat het bij besluitvorming over een andere ordening in de zorg en ondersteuning in wezen gaat om het effect daarvan op de cliënt. Is dit dan een herinstructie van het specifieke beleid op doelgroepen? Nee, het beleid is nog steeds gericht op de langdurige zorg breed, maar er is ruimte gecreëerd voor de invalshoeken van de verschillende groepen cliënten, die uitgangspunten voor het beleid vormen. Deze discussienota zoomt vooral in op de langdurige ggz, juist om die slag te gaan maken.

*Wat leest u in deze nota?*

Hoofdstuk 2 beschrijft het domein: de mensen en de zorg waarom het draait. De organisatie van de langdurige ggz is volop in beweging, met grote stelselwijzigingen, fusies tussen instellingen, nieuwe wetgeving en regelingen die directe gevolgen hebben voor het leven van deze mensen.

Hoofdstuk 3 verbindt deze kwesties met aandachtspunten die voor de cliënt belangrijk zijn: organisatie van de zorg, behandeling en kwaliteit.

Hoofdstuk 4 geeft aan wat dit beleidsmatig kan betekenen. Wij proberen nadrukkelijk de beleidskwesties open te formuleren, zonder een duidelijk vooraf gegeven richting. Dat neemt niet weg dat er wel keuzes gemaakt worden: alleen al het stellen van bepaalde vragen duidt op impliciete afwegingen.

## 2 De langdurige ggz: een beknopt overzicht<sup>6</sup>

### *De cliënten*

Gek genoeg zijn er weinig 'harde' gegevens over het aantal mensen met psychische beperkingen. Er zouden er zo ongeveer 70.000 zijn.

- Circa 7.000 mensen die langdurig (> 1 jaar) in een klinische setting verblijven.
- Circa 7.000 mensen die in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) wonen.
- Circa 30.000 mensen die cliënt van de langdurige ambulante GGZ zijn.
- Circa 24.000 mensen die niet in zorg zijn.

Deze cijfers komen uit verschillende bronnen. Het totale aantal mensen met psychische beperkingen lijkt stabiel, maar wel er treden met de tijd wel verschuivingen op tussen deze categorieën.

Uit onderzoek van het Trimbos instituut uit 2003 blijkt dat veel mensen met psychische beperkingen op een aantal leefgebieden naar tevredenheid functioneren. Wat huisvesting, voeding en zelfzorg betreft zijn er weinig cliënten met 'onvervulde' behoeften. Aan de andere kant zijn mensen met psychische beperkingen nog weinig geïntegreerd in de samenleving: zij wonen vaak alleen, zijn ongehuwd, laag opgeleid, hebben veelal geen betaald werk en bezitten een relatief klein sociaal netwerk.

Mensen met psychische beperkingen ervaren een lagere kwaliteit van leven dan de rest van de bevolking. Zij voelen zich veelal persoonlijk slecht in staat om met problematische situaties om te gaan en vinden dat zij weinig geld hebben. Zij willen vooral ondersteuning op het terrein van het omgaan met (psychotische) symptomen en op het terrein van psychisch onwelbevinden, zoals eenzaamheid en gebrek aan zelfvertrouwen. Andere burgers zijn vaak weinig bereid mensen met psychische beperkingen in hun netwerk op te nemen. Veel mensen hebben geen gestructureerde bezigheden, maar willen die wel graag.

### *Organisatie van de zorg*

De langdurige ggz is een zaak van verschillende soorten instellingen. Het merendeel van de cliënten wordt bediend door de geïntegreerde ggz-instellingen. Veel van deze instellingen zijn (de laatste jaren) gefuseerd tot grote ondernemingen die cliënten een totaalpakket aan langdurige zorg aanbieden. Een aanzienlijk kleiner deel van de zorg bieden de in de langdurige zorg gespecialiseerde zelfstandige RIBW'en. Kleinschalige instellingen die ook op de langdurige ggz gericht zijn, zijn ondermeer de zelfstandige dagactiviteitencentra, de ongebonden schilvoorzieningen, het psychiatrisch verpleeghuis en therapeutische gemeenschappen. Het beeld bestaat dat de kleinschalige (woon)voorzieningen in opkomst zijn. Cliënten van de langdurige ggz zijn veelal ook afnemer van zorg van instellingen die niet speciaal over langdurige ggz gaan zoals de

---

<sup>6</sup> Bronnen:

Trimbos (2003). Het monitoren van vermaatschappelijking  
Trimbos (2004). Meedoen - Monitor vermaatschappelijking  
CAK (2006)

College Bouw (2004). Gz en ggz in andere Europese landen

Priebe Stefan ea (2004). Reinstitutionalisation in mental health care

Ravelli D. - Rivierduinen (2006). Deinstitutionalisation of mental health-care in NL - towards integrative approach

Research voor beleid (2006). Arbeidsmatige dagbesteding

Research voor beleid (2006). Quickscan Vrijwillige bewonersbijdrage AWBZ

Taskforce Vermaatschappelijking (2002). Erbij horen

Verwey Jonker Instituut (2005). Maatschappelijk participatie van mensen met een psychische handicap. Een onderzoek onder gebruikers van ongebonden schilvoorzieningen.

verslavingszorg, de jeugd-ggz, de maatschappelijke opvang, de zelfstandige RIAGG's en poliklinieken en de ggz die de ziekenhuizen leveren (PUK's en PAAZ'en).

#### *Financiële aspecten*

De financiële ruimte van zorgaanbieders en zorgkantoren in de AWBZ is sinds 2005 begrensd. De basis daarvoor is het convenant dat VWS op 25 augustus 2004 heeft gesloten met de brancheorganisaties van aanbieders van AWBZ-zorg voor de jaren 2005 tot en met 2007. De convenantafspraken gaan over doelmatig gebruik van middelen binnen de beschikbare financiële kaders. Alle convenantpartijen verplichten zich mee te werken aan het tot stand brengen van een stabiele en betaalbare AWBZ die recht doet aan zijn bedoeling, het verzekeren van zware chronische en continue zorg.

De voor 2005 geïntroduceerde systematiek van financiële contracteerruimte per zorgkantoor, die ook in 2006 van toepassing is, geldt ook voor 2007. De Zorgautoriteit (voorheen: CTG/ZAio) verdeelt de totale contracteerruimte in bedragen per individueel zorgkantoor. De systematiek is door de Zorgautoriteit afgestemd met vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, en de brancheorganisaties van zorgaanbieders binnen de AWBZ en ZN.

Startpunt voor het bepalen van de totale contracteerruimte voor het jaar 2007 is de totale contracteerruimte zoals de Zorgautoriteit die heeft vastgesteld voor het jaar 2006, exclusief incidentele middelen voor knelpunten. Er vinden enkele correcties plaats voor overhevelingen van en naar de AWBZ waaronder de overheveling van het geld voor huishoudelijke verzorging, openbare ggz (€ 54,1 mln.) en collectieve, preventieve ggz (€ 9,5 mln.) naar de Wmo. Naast de contracteerruimte is er 'geormerkt' geld, waaronder € 60 mln. voor het plan van aanpak Maatschappelijk Opvang in de vier grote steden en € 48 mln. voor terugdringen van wachtlijsten in de jeugd-ggz.

#### *Werk en dagbesteding*

Het blijkt in de langdurige ggz voor cliënten niet eenvoudig een werkplek te vinden buiten de dagbesteding<sup>7</sup>, omdat er sprake kan zijn van een wisselende arbeidsproductiviteit en terugkerende perioden van opname en behandeling. Het vinden en behouden van reguliere of gesubsidieerde arbeid is hierdoor heel lastig. De meeste organisaties trachten door middel van jobcoaching cliënten te begeleiden naar regulier werk of vrijwilligerswerk. Een goed voorbeeld hiervan is Individual Placement and Support (IPS). Ook mensen vanuit de langdurige ggz hebben de afgelopen periode - hoewel in beperkte mate - regulier werk gevonden.

De ggz biedt begeleiding bij dagbesteding en arbeidsrehabilitatie. Landelijk zijn de volgende gegevens over dit aanbod bekend:

250 inloophuizen, centra voor dagbesteding (DAC's) en voorzieningen voor arbeidsrehabilitatie.

<b>Dagbesteding</b> Instellingen in de GGZ hebben gezamenlijk productieafspraken (2005) voor 5,4 miljoen uren dagbesteding voor volwassenen in groepsverband. Het bijbehorende budget is circa 40 miljoen euro. In totaal maken naar schatting tussen de 7.800 en 15.000 cliënten gebruik van deze dagbesteding.	<b>Arbeidsmatige dagbesteding</b> De productieafspraken voor arbeidsmatige dagbesteding in de GGZ omvatten naar schatting 2,7 miljoen uren, met een budget van 20 miljoen euro. In totaal nemen naar schatting tussen de 3.800 en 7.500 cliënten
---	---

<sup>7</sup> Met dagbesteding worden niet (nonverbale) therapievormen bedoeld die in het kader van behandeling plaatsvinden. Overigens blijkt uit het rapport Arbeidsmatige dagbesteding (2006) van Research voor beleid dat ggz-cliënten het wel relatief goed qua arbeidsintegratie doen ten opzichte van mensen met een verstandelijke beperking.

De dagbesteding in de GGZ wordt aangeboden door circa 80 organisaties.	deel aan deze activiteiten.
--	-----------------------------

#### *Wonen*

Een ruime meerderheid van de mensen met psychische beperkingen die langdurig ggz-cliënt zijn, woont zelfstandig. Van die mensen woont de helft tot tweederde alleen, zo'n 10% woont bij de ouders of familie en de rest woont met partner of anderen (bijvoorbeeld in begeleid zelfstandig wonen). Een kleine groep verblijft in een instelling voor maatschappelijke opvang of is zwervend.

#### *Inkomen*

De meeste mensen met een psychische beperking hebben een uitkering en niet veel te besteden. De helft van de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) kent een vrijwillige bewonersbijdrage tegenover 8% van de Regionale Instellingen voor Begeleid Wonen (RIBW). Gemiddelde bijdrage: 13 euro per maand (m.n. waskosten, recreatie)

In 2007 is de hele ggz nog onderdeel van de AWBZ en is het huidige pgb voor ggz-budgethouders onveranderd, behalve voor de huishoudelijke verzorging die naar de Wmo gaat. Na 1 januari 2008 is de geneeskundige ggz onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Dan kunnen ggz-budgethouders nog steeds hun pgb behouden voor het deel van de ggz dat onder de AWBZ blijft vallen. In de Zvw bestaat de mogelijkheid van restitutie. Daarnaast wordt een pgb in de Zvw bij wijze van experiment per 1 januari 2008 mogelijk gemaakt. Dit experiment zal ook een nieuwe aanpak opleveren voor de ggz waar nu een AWBZ-rgb voor geldt.

#### *De Wmo*

Maatschappelijke participatie en integratie zijn gebieden waar de gemeenten veel aandacht aan besteden en waar ze de komende periode verder invulling aan moeten geven. De gemeente wordt vanaf 2007 met de Wmo verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten gaan burgers en cliëntenorganisaties betrekken in hun plannen voor de Wmo. Dat geldt dus ook voor ggz-cliënten.

Als extra waarborg is in 2006 en 2007 € 10 mln. uitgetrokken om de stem van de lokale belangen- en cliëntenorganisaties te versterken. De helft van dit geld is voor cliëntenorganisaties van de geestelijke gezondheidszorg, om zo te bevorderen dat de stem van ggz-cliënten goed wordt gehoord. De 'ongebonden schilvoorzieningen' (cliëntgestuurde ggz voorzieningen buiten het reguliere aanbod) worden gefinancierd uit de zogenoemde Zorgvernieuwingsprojecten-gelden (ZVP GGZ), die naar de Wmo gaan in 2007. Deze voorzieningen en de desbetreffende gemeenten kunnen hiermee afspraken maken over voortzetting van hun activiteiten.

#### *Internationale dimensie*

Net als in Nederland zijn ook andere Europese landen bezig met extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg. Er treedt een verschuiving op van een zorgaanbod binnen het psychiatrisch ziekenhuis naar een maatschappelijk georiënteerd zorgaanbod. De bedoeling hierbij is om de cliënt in staat te stellen een "zo gewoon mogelijk" leven te leiden, via kleinschalige woonvoorzieningen, deeltijdbehandeling, begeleid zelfstandig wonen en meer of minder intensieve psychiatrische thuiszorg. Nederland heeft hierin niet vooropgelopen, maar een behoedzamere weg gekozen dan de abrupte afbouw van intramurale zorg in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen.

### 3 Actuele ontwikkelingen en de cliënt

De actuele ontwikkelingen roepen zoals gezegd vragen op voor drie belangrijkste aspecten van de langdurige ggz: de organisatie van de zorg, de ondersteuning en de kwaliteit. Dit hoofdstuk gaat op die drie aspecten nader in. Telkens is wel de centrale vraag: wat betekent dit voor de positie van de cliënt, wat zou voor hem of haar het beste zijn?

#### *a. Organisatie van het zorgaanbod*

Nu de 'knip' in de ggz vanaf 1 januari 2008 een feit wordt rijst de vraag wat de reactie is van de instellingen: gaan zij zich hergroeperen of zich op hun inhoudelijke rol bezinnen? Het zou kunnen dat we meer RIBW'en gaan zien die fuseren of samenwerken met andere instellingen in de care zoals er nu al enkelen doen. Maar ook kunnen geïntegreerde ggz-instellingen zich splitsen in een cure en een care deel, of hun (care) deel afbouwen als dat een relatief klein onderdeel van de organisatie betreft. Andere belangrijke ontwikkelingen zijn de overheveling van de forensische zorg naar Justitie en het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang, dat beoogt meer woonvoorzieningen te creëren voor dak- en thuislozen met psychische beperkingen. Onder invloed van de modernisering van de AWBZ is er al meer gevarieerd en sectoroverstijgend zorgaanbod gekomen. Is dat een trend die zich doorzet?

1. Komt er een betekenisvolle herstructurering van de sector aan? Betekent dit dat mensen met psychische beperkingen tussen wal en schip kunnen vallen?
2. Of betekent dit ondermeer dat cliënten die reeds jaren in grootschalige voorzieningen op APZ-terreinen leven, de kans krijgen op woonvormen die beter aansluiten op hun leefbehoeften, al dan niet op dat terrein of 'in de wijk'?
3. Welke samenwerkingsverbanden tussen de verschillende soorten care-instellingen zouden positief uitwerken voor deze doelgroep?
4. Voor de cliënt is van belang: blijft de (veelal keten-)zorg die ik nodig heb gewaarborgd? Wie is er hier probleemeigenaar?

De financiering van de langdurige ggz – wat blijft er aan geld over straks? - is niet eenvoudig. We zouden de stelselstructuur kunnen volgen: wat er in de AWBZ blijft na de knip in de ggz (zo'n € 1,1 miljard), dat is de langdurige ggz.<sup>8</sup> Maar dat is te kort door de bocht. Ook vanuit de ZVW en de Wmo zal zorg en ondersteuning aan mensen met psychische beperkingen gefinancierd worden. De niet-geneeskundige zorg en alle intramurale zorg langer dan één jaar (voortgezet verblijf) wordt vooralsnog betaald uit hoofde van de AWBZ. Maar dat is niet het gehele zorgaanbod. De ambulante geneeskundige zorg, zoals controlegesprekken en het toedienen van medicatie, zal vanuit de ZVW betaald worden. Dan is er nog de bemoeizorg. Wordt die straks betaald uit de ZVW (geneeskundige zorg), uit de AWBZ (langdurige zorg) of uit de Wmo (participatie en integratie, geen indicatiebesluit)? Het zal afhangen van de soort bemoeizorg en het type aanbieder. De maatschappelijke opvang wordt door gemeenten betaald. Maar weer niet het beschermd en begeleid zelfstandig wonen als daar een indicatiebesluit voor nodig is. En andere kleinschalige voorzieningen zoals de zelfstandige dagactiviteitencentra en de inloophuizen, blijven die hun activiteiten behouden? Wordt er daar activerende begeleiding in de vorm van therapeutische vaardigheidstraining gegeven (ZVW), of ondersteunende begeleiding (AWBZ), en komen de mensen zonder indicatiebesluit ook binnen (Wmo)?

<sup>8</sup> De totale uitgaven aan de GGZ bedroegen in 2005 € 3,9 mld.

*b. Ondersteuning bij zorg en participatie*

De nieuwe zorgzwaartebekostiging gaat 1 januari 2007 in. Kort gezegd leidt dit tot een betere intramurale zorginkoop met 45 voor de cliënt herkenbare Zorgzwaartepakketten (ZZP's). Dit gaat gepaard een simpeler indicatiestelling, een zogeheten persoonsvolgend-budget-mechanisme en een nieuwe zorgleveringsovereenkomst. Elk zzp heeft één aanduiding voor het aantal uren en één nog vast te stellen maximumprijs.

De intramurale ggz kent 7 zzp's die variëren in zorgzwaarte, van woonbegeleiding aan een RIBW-bewoner die zich redelijk kan redden, tot (besloten) intensieve langdurige behandeling voor iemand die dat totaal niet kan. Het zorgkantoor en de IGZ letten erop dat de instelling de zzp's goed invult en dat die dat samen met de cliënt in de zorgleveringsovereenkomst en het zorgplan afspreekt. In november 2006 komt er een consumentengids die cliënten informeert over de bekostiging en de zzp's. De nieuwe zorgzwaartebekostiging zet de cliënt dus meer 'aan het stuur', bijvoorbeeld bij de invulling van het zzp. Tegelijkertijd moet die cliënt ook meer doen voor die sturing. Daarvoor hebben zeker zwaardere cliënten, assistentie nodig.

De gemeenten krijgen met de Wmo de regie in de ondersteuning van de cliënt bij hun maatschappelijke participatie. Ggz-clieñten die informatie en advies willen inwinnen over de keuze van hun zorgaanbieder, over afstemming tussen lokale ketenpartners en over hun rechten en plichten, moeten daarvoor naar de gemeente. Het NIZW en het Trimbos hebben in kaart gebracht hoe gemeenten de lokale ondersteuning zou kunnen vormgeven. Vooral de bestaande lokale praktijk zal leidend zijn in hoe gemeenten deze functie gaan realiseren. Daarbij ligt het voor de hand dat zij gebruik maken van de deskundigheid van de organisaties die al actief zijn binnen hun domein. Maar de gemeentelijke vrijheid zal ongetwijfeld ook leiden tot verschillen in de cliëntondersteuning.

5. Kunnen cliënten zelf voldoende gebruik maken van de mogelijkheden voor hen van de nieuwe zorgzwaartebekostiging? Zo nee, wat moet er dan gebeuren voor deze specifieke groep?
6. Hoe kan de informatieverstrekking en –ondersteuning voor de cliënten geregeld worden nu cliënten met nieuwe loketten, regelingen en formulieren, evenals een knip in het PGB te maken krijgen?

*c. Kwaliteit van zorg*

Eerder onderzoek van het Trimbos laat zien dat de cliënt een laag oordeel heeft over de kwaliteit van leven. Dat is misschien niet zo gek, aangezien deze mensen - veelal minima - te maken hebben met psychische beperkingen die hun doen en laten aanzienlijk beïnvloeden. Onvervulde zorgbehoeften zijn het grootst bij het omgaan met psychotische symptomen en psychisch onwelbevinden en ondersteuning bij het opbouwen en onderhouden van sociale contacten. Opmerkelijk is wel dat de kwaliteit van de geleverde zorg maar weinig invloed heeft op het cliëntoordeel over de kwaliteit van leven.<sup>9</sup> Daar staat tegenover dat verantwoorde zorg wel een randvoorwaarde is in het functioneren van de cliënt en daarmee van fundamenteel belang.

Kwaliteit van zorg kent vele facetten. Ggz-instellingen hebben de laatste jaren hard gewerkt aan het verbeteren van de woonomstandigheden van cliënten, zoals de rapportages van het College Bouw Zorginstellingen laat zien. Toch is het bij instellingen soms ook nog niet goed gesteld met de woonruimte. Ook zijn er verschillen in de vraaggerichtheid van de zorg. Sommige instellingen lijken hierin veel verder te zijn, dan anderen. Aan de registratie van de zorg met bijvoorbeeld het gebruik van begeleidingsplannen wordt gewerkt, maar ook hier lijkt er nog veel vooruitgang te boeken.

<sup>9</sup> De kwaliteit van de langdurige zorg in GGZ Westelijke Noord-Brabant. (2005) B. van Wijngaarden. H.J. Wennink en I. Kok.

Verder is de kwaliteit van de keten van hulp/zorg een belangrijk aandachtspunt, aangezien de (ambulante) cliënten vaak te maken hebben met een reeks van instanties die onderling moeten afstemmen. Dit heeft invloed op de wachtlijstproblematiek: waar sommige cliënten jaren moeten wachten (ook intern) op de juiste zorg, terwijl er elders wel plek zou kunnen zijn. Het beeld is dat er een verschuiving naar (kortdurende) ambulante zorg is geweest, waardoor sommige mensen met psychische beperkingen wellicht een versnipperd zorgaanbod ontvangen dat hen eerder in ernstige problemen brengt.

Een bijzonder aandachtspunt vormen de dwangmaatregelen. Aanpassingen en eventuele uitbreiding van dwangmaatregelen liggen logischerwijs bijzonder gevoelig. Toch hebben hulpverleners behoefte om de regels voor het gedwongen toedienen van medicatie te versoepelen, bijvoorbeeld als een cliënt tijdens een psychose een helse periode doormaakt en gebaat zou zijn bij zo'n ingreep. Daarnaast lijkt het separeren van cliënten de afgelopen jaren steeds vaker te gebeuren. Anderzijds zijn er goede praktijkvoorbeelden hoe separeren anders opgelost kan worden. Kwaliteit van de zorg is juist hier erg belangrijk.

Het overheidsbeleid voor de kwaliteit van zorg legt nadruk op het horizontale toezicht. Dat houdt in dat VWS streeft naar een evenwicht binnen de zorg waarin de verschillende partijen (cliënten, zorgaanbieders, verzekeraars, inspectie) elkaar scherp houden en een gemeenschappelijk belang hebben bij verantwoorde zorg. Vanuit deze invalshoek bestaan er verschillende initiatieven om de kwaliteit van de ggz te verbeteren. ZonMw heeft programma's als *Sneller Beter* (LAK GGZ) en *Zorg voor Beter*, waarbij de ggz aansluiting krijgt. Het Sneller Beter programma kent drie speerpunten: (1) invoering van de multidisciplinaire richtlijnen, (2) patiëntveiligheid en (3) triage in de ggz/verslavingszorg. Het Zorg voor Beter programma stelt vier onderwerpen centraal: (1) (verminderen van) langdurige zorg in een gesloten setting, (2) bemoeizorg, (3) dubbele diagnose (met somatische) en (4) (opheffen van) eenzaamheid. Ten aanzien van transparantie, heeft VWS begin dit jaar met GGZ-Nederland en de IGZ afgesproken dat er één set prestatie-indicatoren voor de ggz komt, die draagvlak heeft bij alle partijen inclusief de cliëntorganisaties.<sup>10</sup> De basisset die nu is opgeleverd wordt gefaseerd ingevoerd in het Maatschappelijk Jaardocument. Een goede implementatie zal de komende tijd nog aandacht krijgen, waaronder de ontwikkeling van de *Consumer Quality Index* voor de ggz.

7. Wat betekenen de huidige verbeteringstrajecten straks daadwerkelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg en voor de kwaliteit van leven van de cliënten in de langdurige ggz?
8. Wordt er voldoende gebruik gemaakt van de lokale goede praktijkvoorbeelden voor de verspreiding van kwaliteitszorg en zo nee, wat zijn de onderliggende oorzaken die dit verhinderen?
9. Is er genoeg ruimte binnen en tussen organisaties om in te spelen op de specifieke zorgvraag van langdurige ggz-cliënten?
10. Zou er een tweedeling kunnen ontstaan tussen de 'vermaatschappelijkte' langdurige zorg en de oase/asielfunctie en zo ja, a) is dat wenselijk, b) zitten de cliënten dan op de juiste plek en c) in welke mate vergen die twee takken een eigenstandige aanpak?
11. Wat zou de rol moeten zijn voor gemeenten en verzekeraars in de sturing op kwaliteit van de langdurige ggz en hoe staan cliënten in contact met deze partijen?

<sup>10</sup> d.d. 17 maart 2006 (DLZ/KZ-2667264)

## 4 Conclusie: beleidsvragen

Deze discussienota schetst een beeld van de langdurige ggz en probeert de actuele ontwikkelingen in relatie te brengen met invalshoek van de cliënt, om de cliënt is het immers allemaal te doen. In het vorige hoofdstuk zijn actuele ontwikkelingen de revue gepasseerd, waarbij wij vragen hebben gesteld waar wij niet meteen een antwoord op hebben. Het doel van dit afsluitende hoofdstuk is om deze vragen beleidsmatig te duiden. De vragen staan hieronder nog een keer opgesomd.

1. Komt er een betekenisvolle herstructurering van de sector aan? Betekent dit dat mensen met psychische beperkingen tussen wal en schip kunnen vallen?
2. Of betekent dit ondermeer dat cliënten die reeds jaren in grootschalige voorzieningen op APZ-terreinen leven, de kans krijgen op woonvormen die beter aansluiten op hun leefbehoeften, al dan niet op dat terrein of 'in de wijk'?
3. Welke samenwerkingsverbanden tussen de verschillende soorten care-instellingen zouden positief uitwerken voor deze doelgroep?
4. Voor de cliënt is van belang: blijft de (veelal keten-)zorg die ik nodig heb gewaarborgd? Wie is er hier probleemeigenaar?
5. Kunnen cliënten zelf voldoende gebruik maken van de mogelijkheden voor hen van de nieuwe zorgwaartebekostiging? Zo nee, wat moet er dan gebeuren voor deze specifieke groep?
6. Hoe kan de informatieverstrekking en –ondersteuning voor de cliënten geregeld worden nu cliënten met nieuwe loketten, regelingen en formulieren, evenals een knip in het PGB te maken krijgen?
7. Wat betekenen de huidige verbeteringstrajecten straks daadwerkelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg en voor de kwaliteit van leven van de cliënten in de langdurige ggz?
8. Wordt er voldoende gebruik gemaakt van de lokale goede praktijkvoorbeelden voor de verspreiding van kwaliteitszorg en zo nee, wat zijn de onderliggende oorzaken die dit verhinderen?
9. Is er genoeg ruimte binnen en tussen organisaties om in te spelen op de specifieke zorgvraag van langdurige ggz-clieënten?
10. Zou er een tweedeling kunnen ontstaan tussen de 'vermaatschappelijkte' langdurige zorg en de oase/asielfunctie en zo ja, a) is dat wenselijk, b) zitten de cliënten dan op de juiste plek en c) in welke mate vergen die twee takken een eigenstandige aanpak?
11. Wat zou de rol moeten zijn voor gemeenten en verzekeraars in de sturing op kwaliteit van de langdurige ggz en hoe staan cliënten in contact met deze partijen?

### *Vermaatschappelijking en doelmatigheid*

Aan de ene kant is er de trend naar kleinschalig wonen, het scheiden van wonen en zorg, de opkomst van kleine (ambulante) voorzieningen en het verder vermaatschappelijken van de langdurige ggz. Aan de andere kant zijn zorginstellingen genoodzaakt om hun geld doelmatiger te besteden en zullen dan ook kijken naar de relatief lage kosten van grootschalige woonvoorzieningen. De vraag zou niet zozeer moeten zijn welke van de twee beter is, maar of ze niet op een slimme manier met elkaar te combineren zijn. Sommige instellingen hebben al stappen genomen om te komen tot grotere voorzieningen met een kleinschalig karakter en kleinschalige voorzieningen op rustige terreinen. Deze zouden zowel tegemoet kunnen komen aan de bestaansvoorwaarden van instellingen als de zorgbehoefte en leefwensen van cliënten. Daarnaast zijn er al talrijke initiatieven op het gebied van multidisciplinaire begeleiding, die tot nog meer extramuralisering kunnen leiden. De cliënt en zijn of haar beperkingen als uitgangspunt zouden hierin leidend moeten zijn. Waar bij de één een eigen woning in de stad een mogelijkheid kan zijn, daar is de ander gebaat bij een rustiger omgeving maar dan wellicht wel in een woonruimte in plaats van een zorgruimte.

De vraag is of het beleid voor kleinschalig wonen in de care en de beleidsvrijheid van instellingen om geschikte huisvesting te vinden, de keuzevrijheid van de mensen met psychische beperkingen wel voldoende waarborgt, of dat er specifieke aandacht voor nodig is.

#### *Kwaliteit van zorg en autonomie*

Dan is er verder de behoefte aan veiligheid van de cliënt, om te kunnen omgaan met de zware impact die psychische beperkingen veroorzaken, en tegelijkertijd de drang naar een zelfstandiger leven. Het SCP heeft in het rapport "Een eigen huis" van 2006 al aangegeven dat het zelfstandig wonen van ggz-cliënten niet altijd makkelijk is, maar dat de cliënten deze zelfstandigheid toch ook waarderen en niet willen veranderen. Voorkomen moet worden dat cliënten te snel in het diepe worden gegooid waardoor ze terugvallen, maar ook moet worden voorkomen dat er van cliënten te weinig gevraagd wordt waardoor deze 'hospitaliseren'. Voor de cliënten met lichtere beperkingen is wellicht een uitkomst een lichte vorm van zorg en begeleiding waarbij de hulpverlener flexibel kan inspelen op de wisselende zorgvraag, misschien nog meer dan nu het geval is. Beleid moet zich dan meer richten op ketenkwaliteit, de brede eerste lijn en de rol van mantelzorg. En daar hebben verschillende partijen een verantwoordelijkheid in. De 'zwaardere' cliënten leunen meer op de veiligheid die een instelling kan bieden en de cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat die veiligheid op een cliëntgerichte manier geboden wordt. De balans tussen vraaggestuurd beleid op verzelfstandiging van de cliënt aan de ene kant en beleid ten aanzien van geborgenheid (inclusief de dwangmaatregelen die er soms voor nodig zijn) aan de andere kant, leunt op de vooronderstelling dat wij de invalshoek van de cliënt goed in beeld hebben. De vraag is dan wel of hier specifiekere aandacht voor nodig is en zo ja, hoe wij daaraan tegemoet kunnen komen.

#### *Keuzevrijheid en verantwoordelijkheid in de zorg*

Een laatste kwestie is de spanning tussen de rol als zorgconsument die cliënten in toenemende mate moeten gaan vervullen, en de voortdurende veranderingen in de organisatie en definiëring van de zorg. Willen de stake-holders in die dynamische zorg meedoen, dan moeten zij verbonden zijn met de netwerken waarin informatie, middelen en macht over en weer gaan. De vraag is hoe langdurige ggz-cliënten het hierin vanaf brengen. Straks is de cliënt zelf ook aan zet, bijvoorbeeld wanneer uit vergelijkende informatie over instellingen op kiesbeter.nl verschillen in kwaliteit blijken. De cliënt moet daar wat mee, maar wat en hoe? Wat is wijsheid? Het is een zeer complex kennisdomein waar de roep om eenduidige informatie wel makkelijk te begrijpen valt, maar waar deze informatie moeilijk te leveren is. Wie moet hierbij helpen, welke stadia in de zorg vragen om de meeste aandacht? En als er dan meer transparantie in de zorg is gekomen en er informatie beschikbaar is waarop cliënten hun keuzes op kunnen baseren, dan is de vraag wat er te kiezen valt. Onder welke voorwaarden is de langdurige ggz-cliënt gebaat bij meer concurrentie in de zorg? In welke mate gelden de principes van marktwerking, horizontaal toezicht en eigen verantwoordelijkheid voor de zwaardere zorgvormen en welke andere principes zouden hierbij aanvullend of leidend moeten zijn?

#### *Ten slotte*

Het is niet gebruikelijk dat de rijksoverheid een notitie de wereld in stuurt met vooral vragen. Het zou teleurstellend kunnen lijken dat deze notitie geen pasklare antwoorden op deze vragen bevat, maar dat zou het doel van deze exercitie helemaal voorbij schieten. Er zijn ook geen pasklare antwoorden. En de overheid heeft daar al helemaal niet het alleenrecht op. Juist de inbreng van alle betrokkenen is van wezenlijk belang om tot beter inzicht en een breed gedragen beleid op de langdurige ggz te komen. Dat moet zo veel mogelijk passen in bestaande beleidskaders en zo specifiek zijn als het moet om de zorg voor mensen met psychische beperkingen te waarborgen. Daarom is de vraag aan u, cliënt, professional, bestuurder, verzekeraar, inspecteur, en beleidsmedewerker: welke keuzes denkt u dat we zouden kunnen en moeten maken?