

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 96

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juni 2006

Hierbij ontvangt u de door mij toegezegde beleidsvisie GGZ en voortgangsrapportage DBCs in de GGZ ten behoeve van het algemeen overleg op 8 juni 2006.

Tevens zend ik u hierbij de resultaten van het bestuurlijke overleg van 23 mei 2006 over de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de invoering van de DBCs in de GGZ.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Samenvatting

Hoofdboodschap van deze beleidsvisie is dat de behandeling en begeleiding van mensen met een psychische stoornis naast een aanbod van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ook zorg- en welzijnfuncties vergt die geboden worden door andere aanbieders: de ggz is onderdeel van een netwerk van zorg en welzijn (kortweg zorgnetwerk). De ggz is primair gezondheidszorg en heeft binnen het zorgnetwerk als kerntaak het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen in het dagelijks functioneren van mensen met psychische stoornissen.

Het accent bij de verdere ontwikkeling van de ggz ligt dan ook voor een belangrijk deel op de (verdere) ontwikkeling en verbetering van zorgnetwerken rond de patiënt. Om deze netwerken optimaal te laten functioneren zijn wijzigingen in de organisatie, structuur en financiering nodig. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- De overheveling van de geneeskundige ggz van AWBZ naar ZVW
- De overheveling van (de toeleiding tot) de openbare ggz van AWBZ naar Wmo
- De overheveling van de financiering van de forensische psychiatrie van AWBZ naar Justitie
- Veranderingen in de bekostiging (invoering zorgzwaartefinanciering voor de AWBZ gefinancierde ggz, invoering van dbc's voor de ZVW gefinancierde ggz)

De ggz-instellingen, die veelal de volledige breedte van geestelijke gezondheidszorg bieden en zich op alle doelgroepen richten, staan daarbij voor belangrijke keuzen voor de toekomst: welke gevolgen hebben de veranderingen in structuur, financiering en organisatie van het zorgstelsel voor de organisatie en het aanbod van hun instelling? Hoe onderscheidt een aanbieder zich van anderen door aantoonbare kwaliteit van de zorg en welke gevolgen heeft dit?

Een belangrijke trend die daarbij wordt voorzien is het ontwikkelen van landelijk aanbod voor de curatieve ambulante ggz (electieve zorg), in antwoord op de vraag van (landelijk werkende) verzekeraars die voor hun verzekerden hierover een afspraak willen maken. Daartegenover staat de (blijvende) focus van de ggz op regionale netwerken met aanpalende voorzieningen en andere financiers (gemeenten en zorgkantoren). De stelselveranderingen bieden uitdagingen en nieuwe kansen voor de ggz. De overheid moet het de ggz mogelijk maken hier zo goed mogelijk op in te spelen wat betreft de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De aan deze stelselveranderingen ten grondslag liggende visie wordt breed onderschreven en het veld heeft ook grote bereidheid getoond om daarvoor hun eigen werkwijze en organisatie aan te passen. Nu deze nieuwe randvoorwaarden in structuur en financiering vorm krijgen kan de aandacht weer worden verlegd naar de inhoud van de zorg. Kwaliteit en innovatie zijn voor de overheid in de komende jaren een belangrijk speerpunt. Daarbij is inhoudelijk vooral het veld aan zet. De overheid is en blijft wel verantwoordelijk voor het scheppen van de voorwaarden die het mogelijk maken voor de partijen om de invulling van kwaliteit en innovatie van de zorg optimaal te realiseren.

Inleiding

De Tweede Kamer heeft op 2 februari en in aanvulling daarop nog eens op 10 februari 2006 aan de Minister van VWS verzocht om binnen afzienbare termijn een integrale beleidsvisie aan de Kamer toe te zenden op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Er worden op verschil-

lende terreinen zoals bijvoorbeeld de jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg voor TBS gestelden, dwangopnamen op grond van de wet Bopz, regelmatig discussies gevoerd met de Kamer. Als naar het zorgstelsel wordt gekeken is de overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet een majeure operatie, die de maximale inzet van alle betrokken partijen vergt. De Kamer heeft in november 2003 de laatste beleidsbrief ontvangen over de gehele geestelijke gezondheidszorg. De nu gevraagde integrale beleidsvisie geeft antwoord op de vraag op welke wijze de beleidsuitgangspunten uit 2003 zijn vertaald in veranderingen in organisatie, structuur en financiering van de geestelijke gezondheidszorg. Centraal staat hierin de omslag van aanbod- naar vraaggericht beleid. Het gevolg is dat de sector van de geestelijke gezondheidszorg niet de basis vormt van de beleidsmaatregelen, maar de hulpbehoefte van de patiënt die een psychische stoornis heeft. De verandering in de organisatie van de zorg heeft niet alleen betrekking op de ggz zelf, maar vooral op de zorgnetwerken waar de ggz deel van uitmaakt om zorg op maat te kunnen bieden aan alle patiënten met psychische problematiek.

Opzet van de beleidsvisie

Het kader voor de ontwikkelingen met betrekking tot de ggz wordt gevormd door de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) die naar verwachting vanaf 2007 van kracht wordt. Het centrale uitgangspunt dat aan de basis van deze visie ten grondslag ligt is de verantwoordelijkheid van VWS voor de inrichting en werking van het stelsel van zorgvoorzieningen met als doel de bevordering van de kwaliteit van leven van de burger. Deze verantwoordelijkheid heeft als focus drie publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. De beleidsvisie schetst een beeld op hoofdlijnen met dit als achtergrond.

Historisch gezien zijn er verschillende fasen van ontwikkeling te schetsen rond de ggz, die ook een verklaring geven voor de fase waar de ggz zich op dit moment in bevindt. De werkwijze rond specifieke doelgroepen is bepalend geweest voor de manier waarop de ggz is georganiseerd (§ 1). Het inzicht dat de toenemende vraag van mensen met psychische problematiek breder is dan door de ggz zelf kan worden opgevangen, heeft geleid tot nieuw beleid. De vraag van de patiënt staat hier in centraal, en als vertaling daarvan de facilitering van de voor verschillende patiënten noodzakelijke diversiteit aan zorgketens (§ 2). Met als basis de doelgroepen is vervolgens toegelicht welke zorgnetwerken van belang zijn voor een passend antwoord op de verschillende hulpvragen van patiënten (§ 3). De wijzigingen in het zorgstelsel hebben gevolgen voor de structuur, organisatie en financiering van de zorg(netwerken). Doel is het wegnemen van schotten die het functioneren van de zorgnetwerken kunnen belemmeren en de toegankelijkheid, doelmatigheid en vooral kwaliteit van zorg voor patiënten in de weg staan (§ 4). Tot slot wordt stilgestaan bij de rol op afstand van de overheid in het nieuwe zorgstelsel, en punten van aandacht voor de toekomst. Daarbij wordt nadrukkelijk opgemerkt dat het bestendigen van de ingrijpende veranderingen die nu worden geïmplementeerd de meeste aandacht zal vragen (§ 5).

1. Beleidsvisie op de ggz: historische en inhoudelijke context

In de vroege jaren '80 van de vorige eeuw ontstonden geleidelijk aan naast het al lang bestaande algemeen psychiatrisch ziekenhuis ook andere vormen van aanbod voor mensen met psychische en psychiatrische problematiek. Zo werd een aantal ambulante voorzieningen op het gebied

van gezin en welzijn samengevoegd tot de Regionale Instellingen voor Ambulante ggz (RIAGG) voor laagrempelige, kortdurende poliklinische behandeling. Tevens kwamen er in die periode regionale instellingen voor beschermend wonen (RIBW) voor mensen die niet zonder begeleiding kunnen wonen maar ook niet in een psychiatrisch ziekenhuis hoeven te verblijven. De financiering van de ggz vond plaats op basis van de Ziekenfondswet, net als bij de algemene ziekenhuizen. Eind jaren '80 begon het Plan Simons vorm te krijgen. Het zorgstelsel werd herzien. De AWBZ werd als uitgangspunt genomen om als basisverzekering te gaan functioneren. Eén van de eerste stappen in dit traject was dat de ggz in zijn geheel onder de AWBZ werd gebracht. Het Plan Simons is uiteindelijk niet uitgevoerd, maar de overheveling van de ggz naar de AWBZ is in die periode nog doorgegaan. Vijf jaar later is het effect er van geëvalueerd, om te kijken of deze overheveling moest worden teruggedraaid omdat het Plan Simons niet werd uitgevoerd. De AWBZ-systematiek bleek er toe bij te dragen dat de verschillende vormen van ggz meer gingen samenwerken. De focus van het beleid lag op het bevorderen van continuïteit van zorg en op het versterken van de poortwachtersfunctie van de huisarts. De financieringsstructuur via de AWBZ bleef gehandhaafd.

In de Beleidsvisie GGZ 1999 (gepubliceerd op 21 december 1998, TK 25 424, nr. 6) werden de beleidsuitgangspunten toegespitst op continuïteit van zorg binnen de ggz. De samenwerkingsverbanden tussen verschillende ggz-instellingen werden in deze Beleidsvisie stevig gesteund, fusies werden gestimuleerd. Inhoudelijk werd geïnvesteerd in meer evidence-based zorgprogramma's. De behandelmogelijkheden bij psychische aandoeningen namen toe. Met het aantreden van het huidige kabinet werden opnieuw de discussies gestart over mogelijke stelselwijzigingen. Daarbij werd zowel naar de AWBZ als naar de Ziekenfondswet gekeken. De AWBZ werd gemoderniseerd in deze kabinetsperiode, waarbij de langdurige zorgafhankelijke patiënt het uitgangspunt vormt. De curatieve geestelijke gezondheidszorg (waarbij verschillende vormen van behandelen centraal staan) paste niet goed in de functiegerichte AWBZ-systematiek waarbij behandeling maar één van de omschreven functies is. De nieuwe basisverzekering richtte zich vooral op de curatieve zorg. Logischerwijs zou het curatieve deel van de ggz in deze nieuwe basisverzekering worden opgenomen. Belangrijker is dat door deze overheveling van de curatieve ggz zorginhoudelijk beter samenhangende zorgnetwerken mogelijk zijn. Dit inzicht werd benut voor de eerste voorstellen voor veranderingen in de structuur, organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg (TK brief 25 424 en 27 488, nr. 32, 18 mei 2001). Die voorstellen werden verder uitgewerkt toen in 2002 in opdracht van Minister Borst door de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid het rapport «Zorg van Velen» werd gepubliceerd.

Zorginhoudelijk is een indeling in doelgroepen al lange tijd het uitgangspunt voor de manier waarop de ggz is georganiseerd. Belangrijkste onderscheidende factor is de intensiteit van de benodigde zorg om de psychische stoornissen te kunnen wegnemen, de zorgzwaarte. De zorgzwaarte kan zo ernstig zijn dat mensen geen ziekte-inzicht meer hebben en onder dwang worden opgenomen. Deze groep patiënten vergt extra bescherming, tegen zichzelf, maar ook tegen besluiten die door anderen over hen worden genomen en waar ze het niet mee eens zijn. Daarnaast speelt ook de leeftijd waarop men psychische klachten krijgt een belangrijke rol. Jeugdigen en ouderen hebben specifieke zorgbehoeften die een eigen zorgnetwerk noodzakelijk maken. De moeilijkheid is dat individuele psychisch zieke patiënten in meerdere doelgroepen kunnen worden ingedeeld. De vertaling van de hulpbehoefte van te onderscheiden hoofdgroepen, mag er niet toe leiden dat individuele patiënten zorg tekort komen omdat ze een hulpvraag hebben die niet in deze «hokjes» past. Het

monitoren van de consequenties van het ingezette beleid rond de zorgnetwerken voor mensen die mogelijk buiten de boot dreigen te vallen is dan ook het belangrijkste aandachtspunt voor de komende jaren.

2. Basis voor de beleidsvisie ggz

2.1. Zorg van velen

Een belangrijke basis voor het huidige beleid wordt gevormd door het rapport «Zorg van Velen» dat werd gepubliceerd in februari 2002. De centrale boodschap van dit rapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid was dat er een te exclusieve relatie wordt gelegd tussen de ggz en het domein van geestelijke volksgezondheid. Het beeld dat de ggz als enige verantwoordelijk kan zijn voor de zorg voor mensen met een psychische stoornis was volgens de commissie niet juist. De stelling van de commissie was dat de zorg voor de geestelijke volksgezondheid een zorg van velen is, niet alleen van de ggz. Er zijn verschillende groepen patiënten, met een diversiteit aan zorgbehoefte, die een netwerk van zorg nodig hebben. Naast de geestelijke gezondheidszorg zijn andere vormen van zorg en welzijn hiervoor onontbeerlijk. De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg moet naar het oordeel van de commissie niet geïsoleerd gepositioneerd blijven in het veld van zorg en welzijn, maar daar aansluiting bij zoeken.

VWS nam deze lijn over. De vertaling van de boodschap in Zorg van Velen in het beleid heeft ingrijpende gevolgen voor de ggz. Het beleid richt zich niet meer op de ggz als sector, maar op de vraag hoe de hulpbehoefte van de verschillende patiëntengroepen het best kan worden georganiseerd. Voor de patiënten leidt dit tot meer eenheid en continuïteit in het aanbod van zorg en waar nodig, welzijnsfuncties, passend bij de verschillende aspecten van hun zorgvraag. Dit wordt bevorderd door de organisatie van zorgnetwerken. Dit wordt daarna vertaald in veranderingen in het stelsel op het gebied van structuur, organisatie en bekostiging. De ggz wordt nu, door de diversiteit in patiëntengroepen, geconfronteerd met meerdere stelselveranderingen tegelijkertijd.

2.2. Uitgangspunten van beleid

- De overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van de voorwaarden voor kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg op maat voor alle mensen met psychische klachten. Met dit voor ogen is de afgelopen jaren een aantal maatregelen genomen gericht op veranderingen in structuur, organisatie en financiering van de zorg die hier een bijdrage aan leveren.
- Inhoudelijke ontwikkelingen worden gestimuleerd door programma's gericht op verbetering van de deskundigheid van de eerstelijnsparitijen bij het stellen van een diagnose, behandeling en doorverwijzing van mensen met psychische klachten en het stimuleren van multidisciplinaire richtlijnen rond de meest voorkomende aandoeningen.
- Geestelijke gezondheidszorg is gezondheidszorg: kerntaak van de ggz is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen voor het dagelijks functioneren.
- Gefaseerde zorg: niet meer dan nodig maar ook niet minder dan noodzakelijk. De diversiteit in doelgroepen en in ernst en aard van de problematiek moet tot uitdrukking worden gebracht in de wijze waarop de zorg, inclusief de ggz, een daarbij passende variatie in het zorgaanbod weet te bieden.
- Meer keuzemogelijkheden door differentiatie in het zorgaanbod. De zorg voor mensen met psychische stoornissen wordt meer op de vraag gericht door de ontwikkeling van nieuwe combinaties en samenwer-

kingsverbanden van de ggz met aanpalende sectoren. Zo wordt de diversiteit groter. En daarmee de keuzemogelijkheden voor de patiënt.

3. Zorgnetwerken.

De verschillende zorgbehoefte van de te onderscheiden doelgroepen is bepalend voor de vormgeving van een op die zorgbehoefte afgestemd zorgnetwerk. De ggz beschikt over een goede keten van preventie, eerste-lijns-ggz, ambulante zorg, gespecialiseerde zorg, klinische zorg tot langdurig verblijf, waar nodig in een beschermende of beveiligde omgeving. Deze keten biedt voor de verschillende doelgroepen passende ggz zorg. De ggz vormt vervolgens een essentieel onderdeel van kwalitatief goede en passende zorg rond de verschillende doelgroepen. Het beoogde effect is meer samenhang in plaats van verkokering en specialisering zodat de patiënt die samenhangende combinatie van zorg krijgt die past bij de vraag. (Zie ook het visiedocument van GGZ Nederland, november 2004).

Kinderen hebben specifieke zorgbehoeften, net als ouderen. Daarom zijn er al langer bestaande «leeftijdgebonden» zorgcircuits binnen de ggz georganiseerd en zijn later netwerken ontwikkeld met aanpalende voorzieningen. Daarnaast is er onderscheid te maken in mensen die vooral behandeling nodig hebben, en mensen die hoofdzakelijk langdurige begeleiding nodig hebben. Een onderscheid in aandoeningen (zoals stemmingsstoornis, angststoornis) is hier niet het meest doorslaggevend, maar wel de mate waarin een of meer aandoeningen beperkingen opleveren in het functioneren van de patiënt, of de problematiek behandelbaar is, en of de aandoening al langer duurt (chronisch is). De vraag van de patiënt staat centraal. Voor mensen die niet in staat zijn hun eigen zorgvraag te formuleren, of die als gevolg van hun stoornis onder dwang behandeld worden, is een speciaal netwerk nodig waarin de balans tussen de hulpvraag van de patiënt en de door de rechter beoogde bescherming (van de persoon en/of de maatschappij) het uitgangspunt vormt. In het kader van de stepped care benadering: niet minder zorg dan nodig, maar niet meer dan noodzakelijk, is gekozen voor de ontwikkeling van een sterke eerstelijns-ggz. De eerstelijns is in staat de zorgvraag van mensen met psychische problemen, die voor het eerst hulp zoeken zo goed mogelijk te diagnosticeren, waar mogelijk zelf te behandelen en zo nodig door te verwijzen naar de gespecialiseerde gezondheidszorg. Daarnaast is er een circuit voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg en begeleiding. Tot slot is er het netwerk van zorg voor verslaafden. Over de specifieke ontwikkelingen binnen de verslavingszorg heb ik u eerder al geïnformeerd door middel van de voortgangsrapportage verslavingszorg die 20 december 2005 naar de Tweede Kamer is gestuurd.

De volgende netwerken kunnen worden onderscheiden:

- jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijn, jeugdzorg, jeugdgehandicaptenzorg en jeugdggz
- de eerstelijns
- de gespecialiseerde gezondheidszorg
- het netwerk van ggz en rechterlijke macht.
- de langdurige zorg en begeleiding
- de zorg voor ouderen met psychische stoornissen
- het netwerk van zorg en welzijn
- de verslavingszorg

De netwerken zijn in hun aard onderling weer van elkaar verschillend. Elk van deze netwerken kent aspecten van preventie, behandeling en begeleiding. Tussen de netwerken zijn waar nodig onderlinge relaties, waarin de ggz-keten een belangrijke verbindende factor kan zijn. Uiteindelijk biedt dit een samenhangend netwerk van zorg voor de mensen die, jong of oud, lijden aan psychische of psychiatrische aandoeningen. De netwerken zijn gebaseerd op de belangrijkste kenmerken van de hulpvraag.

3.1. Het zorgnetwerk voor kinderen.

Het beleid rond zorg en welzijn voor jeugdigen is zo veelomvattend dat het buiten het bereik van deze notitie valt. In deze beleidsvisie ggz wordt wel ingaan op de positie van de jeugdggz in het zorgstelsel. De jeugdggz richt zich primair op behandeling van psychische stoornissen bij jeugdigen. Gezien de verwevenheid van psychische stoornissen en opvoed- en opgroeiproblematiek (het domein van de jeugdzorg) is deelname van de jeugdggz aan netwerk van jeugdzorg onmisbaar. De jeugdggz is echter ook onderdeel van andere zorgnetwerken zoals de eerstelijns, gespecialiseerde gezondheidszorg en «zorg en welzijn». In het netwerk van eerstelijns en gespecialiseerde gezondheidszorg levert de jeugdggz deskundigheid en behandeling bij de veel voorkomende combinaties van psychische en lichamelijke problematiek bij jeugdigen. Een goede samenwerking en samenhang tussen jeugdggz en somatische zorg voor jeugdigen is daarbij van essentieel belang, maar nog niet overal in voldoende mate gerealiseerd. Ook bij het netwerk «zorg en welzijn» speelt de jeugdggz een belangrijke rol bij preventie en vroegsignalering van psychische stoornissen bij schoolgaande jeugd en jeugdigen die voortijdig het schoolstelsel verlaten. De gemeente dient een sterke regierol te vervullen op het grensvlak van onderwijs, jeugdhulpverlening, welzijn, ggz en verslavingspreventie. De Wmo biedt hiervoor nieuwe mogelijkheden. De snelst groeiende hulpvragen liggen op het grensvlak van gedragsproblematiek en verslaving, waar de jeugdggz nadrukkelijk een rol in vervult.

Enkele recente zorginhoudelijke maatregelen:

- het scheppen van mogelijkheden voor de ontwikkeling van gezamenlijk zorgaanbod voor geestelijk gehandicapte kinderen met psychische problematiek door gehandicaptenzorg en ggz (multifunctionele centra);
- realisatie van nieuw aanbod op het gebied van orthopsychiatrie
- wachtlijsten in de jeugdggz vormen vanwege de grote omvang speerpunt in het wachtlijstbeleid; Inzet van extra middelen om deze wachtlijsten aan te pakken op basis van een plan van aanpak van het veld
- aanpak van wachtlijsten door toepassing van nieuwe, bewezen effectieve en doelmatige technieken
- het ontwikkelen van beschermende woonvormen speciaal voor kinderen- en jeugdigen met chronische problematiek.
- Het stimuleren van de realisatie van extra behandelcapaciteit voor jeugdigen met verslavingsproblemen.

De positie van de jeugdggz in het zorgstelsel moet dusdanig zijn dat de jeugdggz al deze taken kan (blijven) vervullen. Continuering van de positionering in de gezondheidszorg ligt daarbij voor de hand gezien de primaire doelstelling van de jeugdggz: het behandelen van psychische stoornissen.

De komende periode zal specifiek aandacht nodig zijn voor jongvolwassenen (tussen 18 en 25 jaar). Deze jongvolwassenen hebben een grotere kans op psychische stoornissen dan andere leeftijdsgroepen, vooral gaat het dan om depressie en/of middelenstoornissen (misbruik of afhankelijkheid van drugs of alcohol). De zorg voor deze groep valt op de grens tussen het netwerk voor kinderen (tot 18) en dat voor volwassenen (vanaf 18). Het risico bestaat dat deze groep tussen de wal en het schip raakt omdat een specifieke benadering voor deze doelgroep nog niet in voldoende mate is ontwikkeld. Kinderen die te maken hebben met een complex van gedrags- en psychische problematiek vragen meer zorg dan de huidige voorzieningen vaak kunnen bieden. De samenwerking tussen de betrokken partijen in dit netwerk kan nog verbeterd worden. De maat-

regelen in het kader van de aanpak van de wachtlijsten (€ 31 mln jeugdggz) en de uitkomsten van de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg zullen hierbij uitgangspunt vormen.

3.2. De eerstelijns(-sggz)

In de volwassenenzorg hebben de laatste jaren inhoudelijk belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden. De aandacht is gericht op het bieden van zorg op maat voor de patiënt. Dit heeft geleid tot de zogenaamde stepped care benadering. Als een patiënt, meestal voor het eerst, met een klacht bij de gezondheidszorg komt wordt gestreefd naar een zo min mogelijk ingrijpende behandeling, die dicht bij de (omgeving van de) patiënt kan plaatsvinden en zo min mogelijk ingrijpt in het dagelijks bestaan. De huisarts heeft instrumenten gekregen om zelf een psychische klacht beter te herkennen, een goede diagnose te stellen en tijdig door te verwijzen. De horizontale verwijsmogelijkheden zijn toegenomen doordat de samenwerking en afstemming tussen laagdrempelige zorgverleners als huisarts, eerstelijnspsycholoog en het algemeen maatschappelijk werk is versterkt. De samenwerking met de gespecialiseerde ggz is verbeterd. Dit leidt tot goede onderlinge doorverwijzing, wat betere zorg voor de patiënt oplevert.

Enkele recente zorginhoudelijke maatregelen:

- deskundigheidsbevordering huisartsen;
- samenwerking tussen huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog, mede met het doel de horizontale verwijsmogelijkheden van de huisarts te vergroten;
- gespecialiseerde ggz inzetten als ondersteuning voor diagnostiek, behandeling en doorverwijzing in de huisartspraktijk, mede met het doel om de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te bevorderen.
- De gespecialiseerde ggz leert door de betere samenwerking van de generalistische aanpak in de eerstelijnszorg, en de aandoeningsgerichte benadering in de somatische zorg, zoals bij diabetes, CVA etc. De ggz vertaalt deze aanpak naar de grote volksziekten als stemmings- en angststoornissen.
- Ontwikkelen van vroegsignaleringsmethoden in de eerste lijn voor problematisch alcoholgebruik.

De ontwikkelde instrumenten en werkmethoden worden nu landelijk uitgerold. De volgende stap is de integratie in de algemene eerstelijnsnetwerk. Einddoel is een geïntegreerde eerstelijnszorg, waarin de verantwoordelijkheden en taken van alle betrokken partijen zijn verhelderd en in samenhang zijn georganiseerd. Dit doel komt tot stand door lokale onderhandelingen met patiëntenorganisaties en verzekeraars. De partijen geven de uitwerking van het traject vorm in een Programma Versterking Eerstelijnszorg. Er is een Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) ingesteld waar alle betrokken partijen in zitting hebben, om de afspraken te realiseren.

3.3 Het netwerk van curatieve gezondheidszorg

De gespecialiseerde ggz, ook wel tweedelijns ggz genoemd, is onderdeel van het netwerk waar ook de curatieve gezondheidszorg deel van uitmaakt. De investeringen die de afgelopen jaren in het onderzoek naar effectieve behandelmethoden zijn gedaan hebben geleid tot meer inzicht in de behandelmogelijkheden bij de meest voorkomende psychische stoornissen. Ook is de relatie tussen somatische en psychische aandoeningen verhelderd (bijvoorbeeld de relatie tussen depressie en hart- en vaatziekten). Een integrale behandeling van psychische en lichamelijke problematiek levert effectievere zorgverlening op. Dat is zichtbaar bij

ziekenhuizen met een sterk ontwikkelde functie ziekenhuispsychiatrie, die nauw samenwerkt met interne geneeskunde, neurologie en cardiologie. In de psychiatrie zijn enkele zogenaamde psychmed-units ontwikkeld, waar eveneens de behandeling van co-morbiditeit centraal staat.

Enkele recente zorginhoudelijke maatregelen

- ontwikkeling van effectieve zorgprogramma's, vooral gericht op kortdurende behandeling en minder intramurale opnamen;
- afbouw van intramurale bedden capaciteit ten gunste van deeltijdplaatsen en poliklinische plaatsen.
- de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen waar niet alleen de ggz bij betrokken is, maar ook de eerstelijns, de patiënten zelf enz. en die zich richten tot de hele zorgnetwerk rondom de groepen met de aandoeningen waar de richtlijn betrekking op heeft.
- Realisatie van Dubbel Diagnose afdelingen voor patiënten met zowel psychische stoornissen als verslavingsproblemen.

In de ggz is in algemene zin nog onvoldoende sprake van herkenning en behandeling van somatische problematiek. In de algemene ziekenhuizen wordt psychiatrische problematiek die zich gelijktijdig voordoet met lichamelijke aandoeningen ook nog lang niet altijd herkend en behandeld. De goede voorbeelden die er zijn kunnen mogelijk in het kader van een programma van «doorbraakprojecten» (zoals bij ziekenhuizen onder de titel Sneller Beter zijn georganiseerd) worden benut voor verbetering. De ontwikkeling van evidence-based richtlijnen die zich richten op de behandeling van de combinatie van psychische en lichamelijke problematiek kan hier eveneens aan bijdragen. Belemmeringen in de samenwerking komen ook voor als gevolg van de verschillen in wet- en regelgeving en de andere wijze van bekostiging. Daarom is besloten dat de curatieve ggz onder de Zorgverzekeringswet wordt gebracht. Zie hiervoor § 4.

3.4. Dwangopname en dwangbehandeling: de netwerk van ggz en rechterlijke macht

3.4.1 De Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)

Voor mensen die als gevolg van een psychische stoornis een gevaar voor zichzelf of anderen dreigen te worden kan een gedwongen (civielrechtelijke) opname onder de Wet Bopz plaatsvinden. Het accent in de Wet Bopz ligt op gedwongen opname met als doel het dreigende gevaar af te wenden, maar de wet regelt ook in het verlengde hiervan een toenemend aantal mogelijkheden voor dwangbehandeling (zie § 4). Bij dwangopname en -behandeling blijft sprake van een spanningsveld tussen het belang van de patiënt, de familie en behandelaars. Eén specifiek punt betreft het aantal malen dat separatie wordt toegepast. Het veld is actief bezig het aantal separaties aanzienlijk terug te dringen (zie het visiedocument GGZ Nederland 2004). Als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet is iedereen er zelf verantwoordelijk voor om zich te verzekeren. Onder de groep mensen die als gevolg van gebrek aan ziekte-inzicht onder de Wet Bopz moeten worden opgenomen komen relatief veel onverzekerden voor. De komende tijd zal moeten worden gekeken of de maatregelen die nu worden ontwikkeld om het aantal onverzekerden terug te dringen voor deze groep afdoende zijn.

Recente zorginhoudelijke maatregelen:

- verruiming van behandelmogelijkheden tijdens opname met een Bopz-titel
- het veld zelf heeft zich tot doel gesteld om het aantal separaties met 25% terug te dringen;
- ambulante dwangbehandeling;
- meer capaciteit voor gedwongen opnames, vooral in de jeugdggz

Een ander knelpunt doet zich voor in de behandeling van patiënten waar sprake is van comorbiditeit en waar dwang noodzakelijk is. In de wetgeving rond dwangbehandeling (WGBO en Bopz) zijn voorschriften opgenomen op die nader moeten worden bezien op belemmeringen die dit oplevert voor patiënten en behandelaars. Een ander punt dat de komende periode onderzocht moet worden is de wijze waarop zal worden omgegaan met de aanbeveling van de commissie TBS (16 mei 2006) om ex-tbs-ers mogelijk dwangmedicatie toe te dienen, zonder dat sprake is van het gevaarscriterium zoals geformuleerd in de wet Bopz. (zie verder 3.4.2)

3.4.2 Forensische zorg

Voor mensen die (mede) als gevolg van een psychische stoornis niet alleen een gevaar dreigen te veroorzaken maar een strafbaar feit hebben gepleegd is een circuit van gevangenisstraf en gedwongen behandeling in strafrechtelijke zin ontwikkeld. De rechter bepaalt niet alleen de duur van gevangenschap maar doet ook uitspraak over de daar op volgende verplichte behandeling. De zorg in een TBS-kliniek richt zich primair op behandeling in een beveiligde omgeving om een herhaling van de strafbare feiten te voorkomen. De forensische behandeling in gespecialiseerde ggz-instellingen richt zich op de stoornis zelf. Voor sommige mensen blijft (langdurige) behandeling zonder het gewenste resultaat. Mensen worden niet beter en blijven een gevaar opleveren voor hun omgeving. Voor hen is langdurig verblijf in een beveiligde en/of beschermde gesloten setting in de forensische zorg of in de reguliere ggz nodig.

Recente zorginhoudelijke maatregelen:

- tussen 2001 en 2005 zijn met extra financiële middelen uitbreidingen (132 plaatsen) gerealiseerd van de forensische klinieken en forensische afdelingen;
- in dezelfde periode zijn drie speciale afdelingen voor langdurig verblijf in een beschermde en beveiligde omgeving opgezet.

In het netwerk voor deze doelgroep spelen de ggz, verslavingszorg, Justitie, de maatschappelijke opvang (zie 4.1) en de rechterlijke macht een rol. In het netwerk blijken witte vlekken op te treden. De rechtspraak sluit niet aan bij het beschikbare (zorg)aanbod, en de continuïteit van zorg wordt niet geborgd in de overgang van TBS-kliniek naar de ggz en naar opvang daarna. De recente uitkomsten van de hoorzitting van de Tweede Kamer over de TBS, en daarop volgend het advies van de commissie TBS dat op 16 mei 2006 is uitgebracht, bevestigen dit beeld. Een herziening van het zorgaanbod zowel wat betreft de organisatie als financiering ervan is noodzakelijk. Daarbij wordt de regie over de aansluiting tussen TBS en de forensische ggz, een belangrijk knelpunt dat de commissie TBS onlangs signaleerde, in één hand gelegd (zie 4.2).

3.5. Het netwerk van langdurige zorg en begeleiding

Er is een relatief kleine groep psychiatrische patiënten die zo ernstig belemmerd worden in hun functioneren dat zij niet zelfstandig kunnen

wonen. Ze zijn langdurig zorgafhankelijk. Een aantal van hen verblijft permanent in een intramurale setting binnen een psychiatrische instelling. Anderen wonen thuis of in een voorziening voor beschermd of begeleid wonen, en krijgen daar begeleiding van de ggz. Er vindt begeleiding plaats, en in een aantal gevallen behandeling, gericht op het stabiliseren van de patiënt of op het behoud van de mogelijkheden die er zijn om onder begeleiding te functioneren. Maatschappelijke rehabilitatie en integratie zijn gebieden waar de gemeenten veel aandacht voor hebben en waar de komende periode verder invulling aan moet worden gegeven. Een stabiele huisvestings- en inkomenssituatie, werk en dagbesteding en een sociaal netwerk zijn vooral voor deze groep kwetsbare mensen bepaald niet vanzelfsprekend.

Recente zorginhoudelijke maatregelen:

- de afbouw van bedden in psychiatrische klinieken ten gunste van plaatsen in beschermde woonvoorzieningen;
- het hanteren van periodieke herindicaties van patiënten die langdurig in een kliniek verblijven om na te gaan of men nog wel de zorg krijgt die nodig en/of noodzakelijk is;
- het stimuleren van zo min mogelijk langdurige klinische opnamen, door naast de beschermde woonvormen ook meer deeltijd-, dagbehandeling en dagactiviteitsaanbod te ontwikkelen;
- ontwikkeling van dagbestedings- en arbeidsrehabilitatieplaatsen, waar nodig in nauwe samenwerking met het bedrijfsleven en gemeenten;
- sterke functie voor bemoeizorg en regierol gemeente (zie 3.7)

3.6 Het netwerk voor ouderen met psychische stoornissen

Het netwerk voor ouderen met (onder andere) psychische klachten bestaat uit huisarts, thuiszorg, ziekenhuis, verzorgingshuis en verpleeghuis en ggz. Omdat vooral ouderen zorg nodig hebben die in verschillende systemen is georganiseerd, is extra aandacht nodig voor de kwaliteit, continuïteit en doelmatigheid van de zorg. De zorgvraag zal naar verwachting sterk toenemen.

Recente zorginhoudelijke maatregelen:

- door de ontschotting in de AWBZ is het beter mogelijk voor ouderen de noodzakelijke zorgfuncties integraal aan te bieden;
- de overgang van ziekenhuis naar bijvoorbeeld thuiszorg is versoepeld door het indicatietraject aan te passen;
- door de inzet van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige vervult de ggz een schakelfunctie in het zorgnetwerk voor deze doelgroep.

De afgelopen periode heeft dit netwerk en de rol van de ggz hierin relatief weinig specifieke beleidsaandacht gekregen. De belangrijkste beleidswijzigingen hebben betrekking op de AWBZ. De Wmo zal de rol van de gemeenten in een integraal netwerk van zorg en welzijn voor ouderen versterken. Ouderen hebben specifieke zorgvragen, met eigen kenmerken en verschijningsvormen. De ggz, en de netwerken rond ouderen waar de ggz onderdeel van uitmaakt, zullen hier op moeten inspelen door verbetering van de kwaliteit en capaciteit van het aanbod voor ouderen met psychische problematiek. De komende periode zal onderzocht worden welke verbeteringen nodig zijn en welke beleidsmaatregelen hiervoor moeten worden genomen.

3.7 Het netwerk van zorg en welzijn: bemoeizorg

De ggz kent vormen van zorg voor mensen die wel zorg nodig hebben maar zelf geen zorg vragen als gevolg van de aard van hun problematiek

(vaak meer dan één) of als gevolg van eerdere ervaringen met het zorgcircuit. De Taskforce Vermaatschappelijking (2003) heeft de aanzet gegeven voor verbeteringen in de zorg voor deze groep. Het daarvoor ontwikkelde aanbod bestaat onder meer uit de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), waaronder de outreachende zorg waarbij actief mensen opgezocht worden en die zelfs op straat behandeling krijgen. De commissie TBS adviseerde in mei 2006 om het netwerk van «bemoeizorg» voor de nazorg aan ex-tbs-ers mogelijk een langdurige en cruciale rol toe te kennen. Bezien moet worden welke mogelijkheden hier voor zijn en wat daar voor nodig is.

Recente zorginhoudelijke maatregelen:

- *Voor de groep «zorgwekkende zorgmijders» is een outreachend aanbod van bemoeizorg ontwikkeld, waarmee ook op straat hulp en zorg wordt geboden. Doel is mensen geleidelijk toch weer naar de zorg toe te leiden en behandeling aan te bieden. Er wordt nauw samengewerkt met gemeentelijke voorzieningen.*
- *De modernisering van de AWBZ heeft de toegang tot maatschappelijke opvang en vrouwenopvang aanzienlijk verbeterd. Er is in 2006 voor € 70 mln aan productieafspraken gemaakt met de zorgkantoren.*
- *In de maatschappelijke opvang wordt gespecialiseerde ggz geboden aan bewoners met psychische aandoeningen en/of verslavingsproblematiek;*
- *In een aantal gevallen werken maatschappelijke opvang en RIBW nauw samen voor deze groep.*
- *de ontwikkeling van een voorziening voor Duurzaam Verblijf voor chronisch verslaafde patiënten met ernstige psychische stoornissen, voor wie het reeds bestaande behandelingsaanbod geen oplossing biedt.*

Deze zorg vormt een essentieel onderdeel van de netwerk van openbare gezondheidszorg. Nauwe samenwerking in het zorgnetwerk van ggz, gemeenten, de verslavingszorg, de maatschappelijke opvang, de eerstelijns etc. is nodig om voor deze kwetsbare groepen een effectief vangnet te ontwikkelen. De regiefunctie van de gemeente wordt versterkt om ook de aanpak van verloedering en overlast te verbeteren. Daarvoor worden de AWBZ-middelen voor de OGGZ (het deel van de OGGZ waarmee de toeleiding naar de zorg plaatsvindt) overgeheveld naar de doeluitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. De wettelijke basis voor de OGGZ, wordt van de wet Collectieve preventie Volksgezondheid (Wcpv) naar de WMO overgebracht. Daarnaast heeft de Tweede Kamer onlangs (7 februari 2006) het Plan van Aanpak maatschappelijke opvang van de vier grote steden (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) en het Rijk ontvangen. In dit plan hebben het kabinet en de grote steden de ambities voor de komende jaren ontvouwd, waar het gaat om de groep daklozen. Bij deze groep is vaak sprake van psychische en/of verslavingsproblematiek, en ook van somatische aandoeningen. De ggz en verslavingszorg spelen bij het plan van aanpak een belangrijke rol.

4. Het zorgstelsel: wijzigingen in structuur, organisatie en financiering van de zorg op hoofdlijnen

Belangrijkste taak van de overheid is het faciliteren van de goede werking van de omschreven zorgnetwerken en knelpunten in structuur, organisatie en financiering van de zorg zomogelijk weg te nemen. De maatregelen die in dit hoofdstuk worden geschetst zijn er op gericht de patiënt centraal te stellen in de veranderingen in organisatie, en schotten in organisatie en financiering die een belemmering vormen voor de zorgnetwerken te laten verdwijnen. Dit beleid krijgt op dit moment vorm door de nieuwe wet- en regelgeving in het kader van AWBZ, Zorgverzekeringswet en Wmo. Door de inzet in de jaren '90 op de interne samenhang tussen aanbieders binnen de ggz, vormt de ggz voor mensen met psychische klachten een

stevige basis van waaruit verbindingen met de andere delen van de zorg kunnen worden gelegd. De ggz ondervindt nu wel verschillende veranderingen in het zorgstelsel tegelijk. Met name de (grote) geïntegreerde instellingen merken hiervan de gevolgen. In de hele zorg zie je dat de zorgaanbieders nieuwe beleidskeuzes maken om hun organisatie een goede rol te laten vervullen in het nieuwe speelveld van patiënten, aanbieders en verzekeraars (of zorgkantoren, gemeenten). Door grotere transparantie en beschikbaarheid van keuze-informatie wordt duidelijk dat de kwaliteit van aanbieders onderling kan verschillen. De instellingen die een integraal ggz-aanbod leveren zullen keuzes moeten maken om op een wijze die past bij hun eigen organisatie in te kunnen spelen op de veranderingen. Als zij de reikwijdte van hun huidige aanbod willen behouden, zullen zij hun bedrijfsvoering moeten aanpassen aan verschillende bekostigingssystematieken en de daarbij horende verantwoordingseisen. Kwaliteit van zorg zal een onderscheidende factor zijn waardoor patiënten en verzekeraars wel of niet voor deze specifieke aanbieder kiezen. Het wordt dus belangrijk dat je je als aanbieder ten opzichte van andere aanbieders kunt profileren. De ggz-aanbieders richten zich op sterke regionale netwerken rondom de genoemde doelgroepen, maar zijn ook bezig zich op landelijk niveau te profileren. Het gaat daarbij met name om de ambulante electieve ggz. Daarmee komen zij tegemoet aan (landelijk werkende) verzekeraars, die hierover afspraken willen maken voor hun verzekerden. Niet alle ggz leent zich voor marktwerking. Net als voor de ziekenhuiszorg, zal rond acute en topklinische zorg een passend traject moeten worden ontwikkeld in nauw overleg tussen de betrokken partijen. De komende periode zullen de effecten en consequenties van de veranderingen nauwlettend worden gevolgd, en waar nodig moet actie worden ondernomen om negatieve effecten op te vangen. Hoewel schotten worden verwijderd, zullen wellicht er nieuwe ontstaan. Daarom zullen signalen van patiënten en veldpartijen over ongewenste of onvoorziene effecten op de zorg van de verschillende stelselveranderingen expliciet worden meegenomen bij verdere beleidsontwikkeling.

4.1. Ggz en Wmo

De modernisering van de AWBZ is aanleiding geweest voor een uitvoerige discussie over hoe de gemeentelijke functies voor bijvoorbeeld ouderenzorg en gehandicapten, die (g)een onderdeel vormen van de zorg die in de AWBZ functies is omschreven, het best kan worden georganiseerd. Vooral was er behoefte om de regiefunctie van de gemeenten voor deze taken sterker vorm te geven. Besloten is om naast de AWBZ de Wet Maatschappelijke Ondersteuning te ontwikkelen. De Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten, de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ en de OGGz-activiteiten op het gebied van toeleiding gaan in de Wmo op. De beoogde ingangsdatum is 1 januari 2007. De wet heeft als doel dat iedereen kan deelnemen aan de samenleving. De Wmo wil de mensen daartoe in staat stellen. De gemeente wordt 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 gereserveerd voor cliëntenorganisaties van de geestelijke gezondheidszorg, om op deze manier te bevorderen dat de stem van ggz-cliënten goed wordt gehoord. Het Wetsvoorstel Wmo is onlangs goedgekeurd door de Tweede Kamer en ligt nu voor bij de Eerste Kamer. De verantwoordelijkheid van de uitvoering van deze wet ligt bij de gemeenten. Er wordt, in overleg met de verschillende partijen, verder gewerkt aan de randvoorwaarden die nodig zijn om een goede overheveling van een aantal (ggz-)functies van de AWBZ naar de Wmo tot stand te brengen. Er verschijnt binnenkort in het kader van de

gereedschapskist Wmo een handreiking OGGZ. Verder wordt in overleg met de verschillende partijen gewerkt aan de randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede overheveling van de OGGZ naar de Wmo.

4.2. *Herziening stelsel forensische zorg*

Een bijzondere vorm van zorg is de forensische psychiatrie. Er is in principe sprake van een strafrechtelijke titel voor opname. Deze manier van instromen in de zorg staat op gespannen voet met de wijze waarop de verzekerde zorg wordt verstrekt, zowel in de AWBZ als in de Zorgverzekeringswet. Het betreft specialistische dure zorg, die aspecten van behandeling kent, maar ook langdurig verblijf. Er zijn twee Ministers verantwoordelijk voor dit zorgnetwerk. De Minister van Justitie (TBS klinieken) en de Minister van VWS (forensische psychiatrie), elk met eigen verantwoordelijkheden. VWS is op dit moment verantwoordelijk voor een betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed zorgaanbod. Deze zorg wordt tot nu toe uit verschillende bronnen gefinancierd, namelijk deels op basis van de AWBZ en deels uit de begroting van het Ministerie van Justitie. Vanuit het principe dat financiering en verantwoordelijkheid zo dicht mogelijk bij elkaar horen te liggen om een passend netwerk te realiseren van behandeling, nazorg en toezicht, is er voor gekozen om de Minister van Justitie, die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het rechterlijke vonnis, ook financieel verantwoordelijk te maken voor het contracteren van de bij de maatregel opgelegde zorg. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan het door de commissie TBS gesignaleerde knelpunt in de continuïteit van zorg bij de (na)zorg aan (ex-)TBS-ers. Een plan van aanpak om dit voornemen tot uitvoer te brengen is op dit moment in samenwerking tussen VWS en Justitie in ontwikkeling. Voor de verdere uitwerking hiervan verwijs ik u naar het rapport van de Commissie Houtman en het regeringsstandpunt hierop. Deze stukken zijn op 24 augustus 2005 aan de Eerste en Tweede Kamer toegezonden (EK 29 452, nr. 36).

4.3. *De Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen.*

De Wet Bopz regelt gedwongen opname in een psychiatrische instelling. Het hoofddoel is om als sprake is van ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen als gevolg van een psychische stoornis, een persoon gedwongen op te nemen en zo het gevaar af te wenden. In 2003 zijn 14 153 mensen op grond van de Wet Bopz opgenomen. In de loop van de tijd zijn de mogelijkheden om ook te behandelen verruimd. Zo is de voorwaardelijke machtiging in werking getreden in 2004. Een persoon kan op grond hiervan buiten de instelling behandeld worden, zolang hij zich aan bepaalde voorwaarden houdt. Als dat niet het geval is, kan een persoon alsnog gedwongen worden opgenomen.

Enkele recente zorginhoudelijke maatregelen:

- Op 1 januari 2006 is de observatiemachtiging in werking getreden, waarbij iemand voor drie weken gedwongen kan worden opgenomen om te onderzoeken of sprake is van een psychiatrische stoornis die ernstig gevaar voor de persoon zelf kan veroorzaken.
- Op 1 maart 2006 is het klachtrecht in werking getreden, waarmee het rechtsmiddel van cassatie voor patiënt en hulpverlener open staat.
- Het wetsvoorstel voor zelfbinding ligt op dit moment bij de Eerste Kamer. Het wetsvoorstel, dat op verzoek van patiëntenorganisaties is ontwikkeld, maakt het patiënt mogelijk om in een periode waarin geen symptomen optreden, samen met de behandelaar een zelfbindingsverklaring op te stellen. Deze verklaring beschrijft de omstandigheden waaronder en wijze waarop de persoon opgenomen en behandeld kan worden in een psychiatrisch ziekenhuis.
- In maart 2006 is ook een wetsvoorstel ingediend voor de uitbreiding van de voorwaardelijke machtiging en de verruiming van de dwangbehandeling.

Hoewel de mogelijkheden van de Wet Bopz zijn verruimd, is dat nog onvoldoende bekend bij patiënten en behandelaars. Er wordt actief gewerkt aan betere voorlichting, onder andere via een serie voorlichtingsbrochures. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stelt een aantal leidraden op (beslisschema dwangbehandeling) voor de behandelaars. De Tweede Kamer heeft in maart 2005 de Minister gevraagd verder uitwerking te geven aan de vraag of de wet Bopz moet worden vervangen door een behandelwet. Dit vraagstuk is meegenomen in de opdracht van de Evaluatiecommissie derde evaluatie Wet Bopz, die op 13 december 2005 is ingesteld. Het rapport van de commissie wordt eind maart 2007 verwacht.

4.4. De geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet

Het kabinet heeft bij zijn aantreden een duidelijke keuze gemaakt: er komt één nieuwe zorgverzekering voor geneeskundige zorg. Het gaat daarbij om zorg voor geestelijke en/of lichamelijke klachten. De geestelijke gezondheidszorg wordt daarom opgenomen in de nieuwe zorgverzekeringswet (ZVW). De over te hevelen delen van de ggz zijn de extramurale en/of poliklinische ggz en de intramurale ggz voor het eerste jaar.

Enkele recente en voorgenomen maatregelen:

- Kerntaak van de ggz is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. Door de overheveling van de geneeskundige ggz vanuit AWBZ naar de ZVW, komen lichamelijke zorg en geestelijke gezondheidszorg beiden onder één wet en financierings- en bekostigingssysteem.
- Na de overheveling van de geneeskundige ggz zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de financiering van de hele curatieve zorgnetwerk.

De overheveling van de geneeskundige GGZ vindt in twee fasen plaats. Per 1 januari 2006 is de financiering van de GGZ al overgeheveld naar de ZVW en sturen instellingen informatie naar zorgverzekeraars. Per 1 januari 2007 is de GGZ integraal onderdeel van de ZVW. Over de voortgang heb ik u geïnformeerd op 20 januari 2006 (TK 29 689, nr. 62).

De geestelijke gezondheidszorg die wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet krijgt dezelfde wettelijke basis als de ziekenhuizen en ook eenzelfde vorm van bekostiging: de DBC's. Bij brief van 13 april 2005 (TK 2004/2005 29 763, nr. 72) heb ik u geïnformeerd over de gefaseerde invoering van de DBC's in de GGZ:

Voorgestelde maatregelen:

- In 2006 registratie van DBCs: alle GGZ-aanbieders (instellingen en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten) die zorg verlenen uit het tweede compartiment zijn met ingang van 1 januari 2006 verplicht een registratie te voeren in DBCs. De declaratie en bekostiging vinden in 2006 nog plaats op de «oude» manier (de huidige bekostigingscategorieën).
- In 2007 inkopen en declaratie van DBCs: met ingang van 1 januari 2007 worden de DBCs ook gehanteerd voor de declaraties.

Op 8 november 2005 en 19 december 2005 zijn voortgangsrapportages naar de Tweede Kamer zijn gestuurd (TK 2005/2006 29 248, nr. 20, nr. 22). In aanvulling hierop zal eind mei een nieuwe voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer worden toegezonden. In de rapportage wordt ingegaan op de procedurele afspraken met betrekking tot privacy en DBC's en zal op basis van de meest recente afspraken met het veld de gefaseerde invoering nader worden uitgewerkt.

4.5. De zorg voor chronische ggz-patiënten in de AWBZ

De AWBZ krijgt meer samenhang door de overheveling van de geneeskundige ggz. De AWBZ is na de overheveling van deze delen van de ggz weer een verzekering voor langdurige, continue zorg. De chronische patiënt heeft aanspraak op de AWBZ:

- als deze patiënt langer dan een aaneengesloten jaar verblijft in een instelling,
- voor de niet-geneeskundige zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteunende begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging (somatische aandoening), al dan niet in combinatie met verblijf (voorzover deze niet al in het kader van geneeskundige zorg wordt gegeven).

Het gaat vooral over langdurige opnames, het zogenaamde voortgezet verblijf (zo'n 7 000 mensen), beschermd wonen (zo'n 7 000 mensen) en vormen van ondersteunende begeleiding zonder dat sprake is van opname in een instelling (naar schatting 15 000 mensen). Het zal in de komende jaren een uitdaging blijven om het zorgaanbod verder te blijven ontwikkelen, zodat het nog beter aansluit op de vraag van mensen met een psychische beperking die langdurig op zorg zijn aangewezen. Tevens is de aansluiting op andere (zorg)voorzieningen waar chronische patiënten gebruik van maken een belangrijk punt van aandacht. (zie 4.1. Ggz en Wmo).

De bekostiging van deze vormen van ggz vormen onderdeel van de nieuwe AWBZ-brede bekostiging. Voor de extramurale ggz in de AWBZ (dit betreft voornamelijk Begeleid Zelfstandig Wonen) wordt vooralsnog geen wijziging in de bekostigingssystematiek voorzien. De huidige producten zoals die in de CTG-beleidsregels staan vermeld zullen in stand worden gehouden.

In 2006 is de hele ggz nog onderdeel van de AWBZ en is het huidige PGB voor ggz-budgethouders onveranderd. Na 1 januari 2007 is de geneeskundige GGZ onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Dan kunnen ggz-budgethouders nog steeds hun PGB behouden voor die ggz die in de AWBZ blijft. In de ZVW bestaat de mogelijkheid van restitutie. Daarnaast wordt een PGB in de ZVW bij wijze van experiment per 1 januari 2007 mogelijk gemaakt. Dit experiment zal ook een nieuwe aanpak opleveren voor de ggz waar nu een AWBZ-PGB voor geldt.

Voor de intramurale AWBZ-zorg wordt gewerkt aan de invoering van een systeem voor zorgzwaartebekostiging. Doel van de invoering van zorgzwaartebekostiging is de totstandkoming van een bekostigingssysteem waarin voor patiënten met een zware zorgvraag een hogere vergoeding bestaat dan voor cliënten met een lichte zorgvraag.

Hoofdpunten:

- Het systeem wordt gebaseerd op circa 15 zorgzwaartepakketten, die zich onderscheiden in aantallen uren zorg, oplopend in zorgzwaarte.
- Tegelijk met de introductie van zorgzwaartepakketten als drager voor de bekostiging zal ook de indicatiestelling worden aangepast.
- Bijna alle 15 zorgzwaartepakketten hebben ook betrekking op de ggz.
- De zorgkantoren en aanbieders onderhandelen met de zorginstelling over het aantal en de prijs van deze zorgzwaartepakketten in het lokale overleg,
- Zorgkantoren zorgen er daarnaast voor dat patiënten goed geïnformeerd worden over de pakketten en dat er een sobere maar afdoende controle is op de gerealiseerde zorg.

De keuzevrijheid van de patiënt tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget blijft hierbij gehandhaafd. Het is de bedoeling dat patiënt

en zorgaanbieder in samenspraak het zorgzwaartepakket vertalen naar concrete afspraken over de zorgverlening en de doelen daarvan. Er wordt een onderzoek opgestart naar de mogelijkheid om het zorgplan, waarin deze afspraken worden vastgelegd, niet langer vrijblijvend te laten zijn, maar verplicht te stellen. Daarnaast wordt gekeken of het zorgplan een rol kan spelen in de verantwoording over de geleverde zorg.

Voor de ggz betekent de ontwikkeling van de DBC systematiek in de ZVW enerzijds en de zorgzwaartebekostiging in de AWBZ anderzijds, dat instellingen (wanneer ze care én cure leveren) in twee verschillende talen gaan verantwoorden. De opbouw van zorgzwaartepakketten en DBC's dient zo te worden vormgegeven dat instellingen één basisregistratie kunnen voeren van waaruit zowel in DBC's als in zorgzwaartepakketten onderhandeld en verantwoord kan worden richting zorgkantoor en verzekeraars. Voor de Wmo vindt op dit moment nadere invulling plaats van de wijze waarop uitvoering aan de wet wordt gegeven, en de vertaling daarvan in bekostigings- en verantwoordingssystematiek. Uitgangspunt is ook hier dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij al ontwikkelde systematiek in zorg en welzijn.

5. De nieuwe rol van de overheid in aansturing van de zorg vanaf 2006

5.1. Een veranderend speelveld

De invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet, de veranderingen in de AWBZ en de komst van de Wmo luiden een nieuw tijdperk in voor de VWS. De verhoudingen en verantwoordelijkheden van de partijen in de zorg zijn aan grote wijzigingen onderhevig. VWS stelt zichzelf steeds meer op de achtergrond. VWS is vooral voorwaardenscheppend, en verantwoordelijk voor wet- en regelgeving die het de andere spelers mogelijk maakt hun rol te vervullen. De voorwaardenscheppende rol van VWS is gericht op de drie publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Vooral voor de patiënt zal de overheid een ondersteunende en faciliterende rol moeten blijven vervullen, bijvoorbeeld bij het beschikbaar krijgen van betrouwbare en vergelijkbare keuze-informatie. De voorwaardenscheppende rol van VWS met betrekking tot de ggz voor de komende periode wordt in dit hoofdstuk nader toegelicht.

5.2. Kwaliteit van de zorg

Op 10 februari 2006 is de brief «Kwaliteit van de Zorg: hoog op de agenda» aan de Tweede Kamer gezonden. De volgende aandachtspunten worden benoemd:

- kwaliteit moet meetbaar zijn door het vaststellen van indicatoren en meetmethoden;
- gegevens over kwaliteit moeten worden gepubliceerd op een vergelijkbare wijze;
- voor de veiligheid van de zorg moet er sprake zijn van bindende normen;
- de nadruk ligt op «horizontaal» toezicht;
- het Staatstoezicht op de Volksgezondheid is sluitstuk, de Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst de resultaten en treedt zonodig op.

Er is door de aanbieders in de ggz de afgelopen jaren hard gewerkt om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren onder andere door de implementatie van zorgprogramma's, (multidisciplinaire) richtlijnen en het meten van cliënttevredenheid. De rol en zeggenschap van patiënten in de ggz krijgt nieuwe vormen. Voorheen waren vooral chronische patiënten georganiseerd in cliëntenraden, die een belangrijke functie vervullen in de

instelling. Nu zie je dat er binnen instellingen ook patiëntenplatforms gaan ontstaan van patiënten die vooral te maken hebben met de curatieve kant van de instelling. Ook cliëntenpanels en andere ontwikkelingen leiden tot meer invloed van de patiënten op hoe de zorg binnen de instelling wordt georganiseerd, en of deze aan de kwaliteitseisen van de patiënten voldoet. Als het gaat om toezicht op de geleverde kwaliteit verschuift de balans steeds meer van verticaal naar horizontaal toezicht, ook door het hanteren van de door het veld zelf ontwikkelde governance-code. Deze gedragscode maakt de verantwoordelijkheden van de raad van toezicht en de raad van bestuur van een instelling helder, en zorgt voor een onafhankelijke en transparante wijze van toezicht. De eigen verantwoordelijkheid van de instelling naar patiënt en overheid is hiermee aanzienlijk groter geworden en wordt helder ingevuld.

De overheid richt de aandacht vooral op het ontwikkelen van meet-instrumenten voor het zichtbaar en vergelijkbaar maken van de kwaliteit van zorg, zodat signalen die daaruit naar voren komen snel kunnen leiden tot actie van de verantwoordelijke partijen.

- Een toenemend aantal zorgaanbieders heeft de afgelopen jaren aan de eisen voldaan om in aanmerking te komen voor HKZ-certificering. Er zijn al 30 certificaten uitgereikt.
- Zorgprogramma's, (multidisciplinaire) richtlijnen en doorbraakprojecten dragen bij aan kwalitatief goede, doelmatige zorg.
- DBC's verbeteren de transparantie door de relatie die gelegd kan worden tussen diagnose, behandeling en bekostiging. Waar mogelijk vormen ontwikkelde zorgprogramma's hiervoor de basis, zodat aansluiting bij de praktijk optimaal kan worden vormgegeven.
- Een andere belangrijke ontwikkeling voor het inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is die van de prestatie-indicatoren. Doel is een uniforme set indicatoren te ontwikkelen.
- www.kiesbeter.nl voor keuze-informatie voor patiënten over zorgaanbieders en verzekeraars.

5.3. Betaalbaarheid van de ggz.

Deze stelselwijzigingen in de zorg, en de rol van de ggz in de verschillende zorgnetwerken liggen aan de basis voor de overheveling van delen van de ggz naar de Zorgverzekeringswet, de WMO en naar Justitie. De (financiële) schotten tussen de zorgaanbieders die zich richten op eenzelfde doelgroep zijn verdwenen. Nieuwe toetreders kunnen zich op de (deel-)markt(en) richten. De verzekeraar zal bovendien meer eisen stellen (dan voorheen het zorgkantoor) aan prijs, kwaliteit en volume van te leveren zorg door de ggz.

- De monopoliepositie van de grote ggz-aanbieders wordt doorbroken. Dit leidt tot grotere concurrentie, meer keuzevrijheid voor patiënten en meer contracteeruimte voor verzekeraars.
- Het nieuwe bekostigingsinstrument van de DBC's maakt de kosten van de verschillende vormen van behandeling inzichtelijker dan de oude budgetsystematiek.
- De financiële systematiek in de AWBZ is gelijk voor alle aanbieders. Die kunnen ook voor de andere doelgroepen een zorgaanbod ontwikkelen dan hun oorspronkelijke doelgroep. Ook kunnen aanbieders gecombineerde zorgvormen, waarin meerdere AWBZ functies worden aangeboden, ontwikkelen.
- Als de WMO van kracht wordt is ook het gemeentelijke speelveld open voor nieuwe combinaties van zorg en welzijn, waarbij de ggz één van de spelers is.

5.4. Toegankelijkheid van de ggz

De beleidsontwikkelingen met betrekking tot de ggz zijn er in deze kabinetsperiode op gericht de patiënt centraal te stellen in plaats van het ggz-aanbod als uitgangspunt te nemen. De toenemende vraag en begrensde middelen vraagt extra inspanningen van de veldpartijen om aan de vraag van patiënten te kunnen blijven voldoen. De stepped care-benadering, het hanteren van evidence-based zorgprogramma's en richtlijnen, zijn hier voorbeelden van. De ggz is ook een voorloper op het gebied van e-health en het benutten van ICT-mogelijkheden bij het ontwikkelen van nieuwe, effectieve behandelvormen. De grote ggz-instellingen staan voor belangrijke keuzen. Die lijken te leiden tot meer landelijk aanbod als het gaat om ambulante electieve ggz, zodat meer keuze-mogelijkheden beschikbaar zijn voor patiënten op dit gebied. Maar de zorgnetwerken zijn sterk regionaal bepaald en de partijen in het netwerk zijn van elkaar afhankelijk voor een continu en passend aanbod aan mensen met psychische aandoeningen. Het risico bestaat dat de grote instellingen aan de ene kant hun aanbod (landelijk) uitbreiden, maar aan de andere kant overwegen om andere delen van hun aanbod niet langer aan te bieden. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid en veldpartijen om er voor te waken dat bepaalde zorg onvoldoende beschikbaar komt en de nodige maatregelen te treffen wanneer dit wel dreigt te gebeuren.

- De toegankelijkheid van de ggz als onderdeel van een zorgnetwerk is sterk verbeterd.
- Het is niet ondenkbaar dat sommige ggz-instellingen, die worden geconfronteerd met zowel Zorgverzekeringswet als AWBZ en Wmo, er voor gaan kiezen om niet langer het totale ggz aanbod te blijven aanbieden. Dit vormt een punt van aandacht en waar nodig dienen maatregelen te worden genomen door de verantwoordelijke partijen, waaronder de overheid.
- Nieuwe effectieve behandelvormen, bijvoorbeeld met gebruik van ICT zoals e-health. Al 45 ggz-aanbieders bieden een vorm van e-health aan patiënten. Dit is een belangrijk voorbeeld van goede zorg bij een toenemende vraag met de beschikbare personele en financiële middelen.

5.5. Bestendigen van de grote veranderingen in structuur, organisatie en financiering

De geestelijke gezondheidszorg heeft in deze kabinetsperiode een aantal ingrijpende veranderingen ondergaan die diep raken in de organisatie van de zorg en in de financiering ervan. De ggz is één van de weinige sectoren waarvoor geldt dat er drie stelselwetten op van toepassing zijn: de ZVW, de AWBZ en de Wmo. De meeste veranderingsprocessen zijn op dit moment nog niet afgerond.

- De komende periode ligt het zwaartepunt van het beleid in het goed tot stand brengen van de overheveling naar de Zorgverzekeringswet en de bekostiging via de DBC's.
- De nieuwe bekostigingssystematiek van de AWBZ wordt uitontwikkeld en vanaf 2007 geïmplementeerd.
- In 2007 zal naar verwachting de Wmo van kracht worden. De ggz zal invulling geven aan de functies die onder de Wmo gaan vallen, de onderhandelingen over omvang en financiering met de gemeenten en de wijze waarop verantwoording moet worden afgelegd aan stakeholders.

5.6. Tot slot: nieuwe kansen ook mogelijk maken

De stelselveranderingen bieden uitdagingen maar ook nieuwe kansen voor de ggz. De overheid moet het de ggz mogelijk maken hier zo goed

mogelijk op in te spelen wat betreft de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor de patiënt. De aan de stelselwijzigingen ten grondslag liggende visie wordt breed onderschreven. Met name de instellingen die worden geconfronteerd met deze ingrijpende wijzigingen geven echter aan dat het van groot belang is dat de voorgenomen stelsel-aanpassingen geen vertraging oplopen en dat goed wordt gevolgd of de uitvoering ervan geen weeffouten zichtbaar maakt die bij de instellingen leiden tot knelpunten in de bedrijfsvoering, verantwoording of financiering.

De volgende punten kunnen worden genoemd als belangrijk thema voor het beleid van de komende jaren:

- Het monitoren van onvoorziene en ongewenste effecten die optreden als gevolg van structuur, organisatie of bekostigingssystematiek en waar nodig het beleid bijstellen en maatregelen treffen;
- Het faciliteren van innovatie en verbeteringen in de kwaliteit van zorg.
- Een belangrijk thema vormt het netwerk van preventie en behandeling. Een sterke preventieve aanpak voorkomt dat mensen in behandeling komen (en duurdere zorg nodig hebben). Er zijn inmiddels voldoende evidence based programma's ontwikkeld om een landelijke aanpak die onderdeel vormt van de afspraken tussen verzekeraars en aanbieders te rechtvaardigen. Zie ook de nota Preventiebeleid, die binnenkort aan de Tweede Kamer wordt toegezonden.
- Kwaliteitsverbetering van de zorg voor langdurig zorgafhankelijken: meer op uitkomsten sturen, vergroten van transparantie, waarborgen van kwalitatief goede intramurale verblijfsvoorzieningen voor mensen die niet buiten de instelling hun zorg kunnen ontvangen en verdere extramuralisering bevorderen waar mogelijk. Dit in combinatie met aandacht voor integratie in de maatschappij door aandacht voor dagbesteding, sociaal netwerk, inkomen en huisvesting.
- Op het grensvlak van justitie en zorg is extra intramurale capaciteit nodig voor mensen die niet (langer) behandeld kunnen worden maar wel een beveiligde intramurale omgeving nodig hebben waarin zorg en begeleiding worden aangeboden.
- Voor kinderen en jeugdigen met ernstige psychiatrische problematiek die in combinatie met zware gedragsproblematiek optreedt is meer gespecialiseerde intramurale capaciteit nodig. De komende periode zal hiervoor een aantal extra plaatsen beschikbaar komen, conform de brief «Prestatie-afspraken wachttijden jeugdzorg» die u in mei 2006 is toegezonden.
- Samenwerking tussen de partijen in het netwerk rond jeugd, met name rond groepen met meerdere vormen van problematiek, is een speerpunt van beleid voor de komende periode.
- De gemiddelde leeftijd van behandelaars en verpleegkundigen in de ggz is relatief hoog. De vergrijzing levert op de korte termijn capaciteitsproblemen op, met name voor verpleegkundigen. De opleidingscapaciteit vergt aanpassing gericht op capaciteit die past bij de toenemende vraag.
- Bij sommige specialisaties zoals ouderenpsychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie, doen zich ook tekorten voor aan psychiaters. In overleg met de partijen zullen voorstellen worden voorbereid om de opzet van de opleiding tot psychiater en de verdere specialisatie, bijvoorbeeld tot kinder- en jeugdpsychiater, zodanig aan te passen, dat de opleiding toegankelijker wordt.

De ggz ziet in de veranderingen nieuwe kansen en mogelijkheden. Er kan nieuw aanbod worden ontwikkeld, er kunnen andere samenwerkingsverbanden worden gevormd. Het veld zelf heeft grote bereidheid getoond om werkwijze en organisatie aan te passen. Nu de randvoorwaarden in structuur en financiering vorm krijgen kan de aandacht weer worden verlegd naar de inhoud van de zorg. Kwaliteit en innovatie zijn voor de overheid in de komende jaren een belangrijk speerpunt. Daarbij is inhoudelijk vooral het veld aan zet. De overheid is en blijft wel verantwoordelijk voor het scheppen van de voorwaarden die het mogelijk maken voor de partijen om die invulling optimaal te realiseren.

Factsheet GGZ (bron: Trimbosinstituut, GGZ in tabellen 2005, tenzij anders vermeld)**1. Aantal psychische stoornissen bij volwassen Nederlanders (% Nederlandse bevolking)**

	Ooit in het leven	In het afgelopen jaar	Eerste keer
Stemmingsstoornissen	19,0	7,6	2,2
Angststoornis	19,3	12,4	2,9
Stoornis ivm alcohol of drugs	18,7	8,9	1,9
Totaal psychische stoornissen	41,2	23,5	5,7

2. Internationale vergelijking percentage volwassenen met psychische stoornissen (%)

	Nederland	Canada	Duitsland	VS
Stemmingsstoornissen	8,3	4,9	11,9	10,7
Angststoornis	13,2	12,4	11,9	17,0
Stoornis ivm alcohol of drugs	9,9	7,9	5,2	11,5
Totaal onderzochte Psychische stoornissen	24,5	19,9	22,8	29,1

3. Top tien ziekten met grootste ziektelast (uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years, DALYs)

	Verloren Levensjaren	Ziektejaar equivalenten	Totale Ziekteelast
Coronaire hartziekten	186 746	160 300	347 100
Angststoornissen	0	226 300	226 300
Beroerte	107 757	85 100	192 900
Chronische longziekten	58 175	126 300	184 500
Alcoholafhankelijkheid	19 156	159 500	178 600
Depressie	0	169 800	169 800
Longkanker	119 607	8 800	128 400
Artrose	481	122 200	122 700
Diabetes mellitus	34 551	81 800	116 400
Dementie	30 081	57 700	87 800

4. Top tien kostbaarste ziekten in Nederland (mln euro, kostenpeil 1999)

	maal 1 mln euro	%
psychische stoornissen	4 997	14,0
hart en vaatziekten	3 642	10,1
verstandelijke handicap	2 780	7,7
spijsverteringsstelsel	2 488	6,9
symptomen	2 383	6,6
zenuwstelsel en zintuigen	2 234	6,2
bewegingsstelsel	1 976	5,5
uitwendige oorzaken	1 972	5,5
ademhalingsstelsel	1 486	4,1
nieuwvormingen	1 437	4,0
overige 7 diagnosegroepen	10 638	29,4
totaal	36 033	100,0

5. Zorggebruik in afgelopen jaar (% van alle volwassen Nederlanders met de psychische stoornis)

	Eerstelijns-zorg	GGZ	Informele zorg	Enigerlei zorg
Stemmingsstoornis	53,9	36,1	20,1	63,8
Angstoornis	31,9	20,0	13,0	40,5
Alcoholmisbruik/afhankelijkheid	12,3	9,9	4,5	17,5
Drugsmisbruik/afhankelijkheid	30,0	33,5	13,5	37,1
Totaal onderzochte psychische stoornissen	27,2	16,3	10,4	33,9

6. Aantallen patiënten, gegevens 2004 (bron: GGZ Nederland)

	Nieuwe patiënten	Patiënten in zorg
Ambulant		
Jeugd	84 600	164 600
Volwassenen	212 600	439 400
Ouderen	38 500	73 000
Totaal ambulant	331 800	667 700
Deeltijd/klinisch		
Jeugd	2 800	6 000
Volwassenen	24 100	65 000
Ouderen	3 600	9 500
Totaal deeltijd/klinisch	30 200	79 600
Beschermd wonen	500	6 100
Totale GGZ		
Jeugd	85 700	167 100
Volwassenen	219 800	462 600
Ouderen	39 800	77 100
Totaal	340 700	696 300

7. Internationale vergelijking jaarlijkse zorggebruik psychische problemen en stoornissen (% van totale populatie met desbetreffende psychische stoornis)

	Nederland	Canada	Duitsland	VS
Lichte problemen	7,6	3,4	14,1	6,3
Lichte stoornissen	13,3	10,4	29,6	11,3
Matige stoornissen	43,0	27,7	38,7	26,3
Zware stoornissen	66,3	52,3	67,0	37,1
Totaal zorggebruik	13,4	7,0	20,2	10,9

8. Verborgene behoefte aan hulp (% van alle volwassen Nederlanders met desbetreffende stoornis)

	mannen	vrouwen	totaal
stemmingsstoornis	19,4	33,5	28,2
angststoornis	16,5	24,2	21,6
alcoholmisbruik/afhankelijkheid	5,4	21,3	8,1
drugsmisbruik/afhankelijkheid	14,8	21,1	17,0
alle onderzochte stoornissen tezamen	9,9	23,9	16,8

9. Aantal GGZ-instellingen

	2000	2001	2002	2003
Geïntegreerde instellingen	30	32	35	39
Algemene psychiatrische ziekenhuizen	12	10	8	5
Riagg	19	15	12	12
RIBW	26	24	24	23
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	10	10	10
Geïntegreerde instelling verslavingszorg	12	12	11	9
Instelling voor ambulante verslavingszorg	8	8	9	9
TBS-instelling	7	7	7	7
Totaal	124	118	116	114

10. Aantal bezette arbeidsplaatsen ggz (stand 2003)

	FTE's
Totale zorgsector	584 232
Totale GGZ	49 340
waarvan in brede GGZ-instellingen	34 935
waarvan in algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen	10 495
waarvan in Riagg	1 490
waarvan in RIBW	2 420