

**Lokale dienstverlening aan
mensen met ernstige psychische
handicaps**

Frank van Hoof

Trimbos-instituut, december 2003

Colofon

Opdrachtgever: Ministerie van VWS
Financier: Ministerie van VWS
Projectuitvoering: drs. F. van Hoof
Secretariaat: F.A. Perdok

© 2003 Trimbos-instituut

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

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Dienstverleningsstelsel - Wet Maatschappelijke Zorg	5
1.2	Achtergrond	5
1.3	Vraagstelling en opzet van het rapport	7
2	Maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische handicaps	11
2.1	Ondersteuningsbehoeften	11
2.2	Toekomstbeeld: herstelgerichte maatschappelijke steunsystemen	13
2.2.1	Voorzieningen	13
2.2.2	Randvoorwaarden	15
2.2.3	Kwaliteitscriteria	16
2.3	De actuele stand van zaken	17
2.4	Speerpunten	18
3	Wet Maatschappelijke Zorg	21
3.1	Potentiële meerwaarde van een dienstverleningsstelsel	21
3.2	Ervaringen elders	22
3.3	Aanspraken	24
3.4	Voorzieningen: drie scenario's	26
3.4.1	Het zorgscenario	26
3.4.2	Het dienstverleningssscenario	27
3.4.3	Het 'duale' scenario	28
4	Conclusies	31
4.1	Conditie voor een dienstverleningsstelsel	31
4.2	Een programma voor vermaatschappelijking en participatie	32
	Literatuur en databronnen	35
Bijlage 1	De voorzieningen van een maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische handicaps	39
Bijlage 2	Kosten van het actuele aanbod van zorg en dienstverlening aan mensen met ernstige psychische handicaps	41

1 Inleiding

1.1 *Dienstverleningsstelsel - Wet Maatschappelijke Zorg*

Een belangrijke doelstelling in beleid en praktijk van de dienstverlening aan mensen met een handicap, is het bevorderen van hun mogelijkheden tot sociale en maatschappelijke participatie. Ook de overheid tracht hier al langere tijd op verschillende manieren een bijdrage aan te leveren. Een belangrijke categorie overheidsmaatregelen betreft wijzigingen in het stelsel van financiering en aansturing van de zorg en dienstverlening aan mensen met een handicap, onder andere binnen het kader van de AWBZ. Daarnaast zijn in de afgelopen jaren verkenningen verricht naar de mogelijkheden van een *dienstverleningsstelsel*, recentelijk omgedoopt tot *Wet Maatschappelijke Zorg*. Dat stelsel c.q. deze wet moet ervoor zorgen dat mensen met een handicap een beroep kunnen doen op voorzieningen die ze nodig hebben om een zelfstandige plek in de samenleving te verwerven en behouden. Binnen het dienstverleningsstelsel krijgen lokale overheden de verantwoordelijkheid en middelen voor de ontwikkeling en instandhouding van het vereiste voorzieningenpakket.

1.2 *Achtergrond*

De contouren van het dienstverleningsstelsel zijn de afgelopen jaren zichtbaar geworden in diverse notities van het Ministerie van VWS (Ministerie van VWS 2000, 2002a, 2002b, 2003a). Daarin wordt de doelstelling van het dienstverleningsstelsel steeds omschreven als het ondersteunen en bevorderen van het zelfstandig wonen en het deelnemen aan de samenleving van mensen met beperkingen. Het dienstverleningsstelsel moet daarmee ook een antwoord zijn op de toenemende behoefte aan zelfstandigheid, individualiteit en maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen zelf en aan de moeilijkheden die zij ondervinden bij het realiseren van die behoeften.

Die moeilijkheden worden onder andere veroorzaakt door de regelgeving, zo luidt het. Met name de AWBZ is te weinig afgestemd op de behoeften van mensen die zelfstandig willen wonen en leven. Voor veel van deze mensen ontstaat een 'gat tussen wonen en zorg'. Mensen moeten voor de benodigde ondersteuning en dienstverlening een beroep doen op teveel verschillende en niet altijd goed op elkaar aansluitende voorzieningen uit de AWBZ, de WVG, de Ziekenfondswet en de Welzijnswet. Door de ondersteuning en dienstverlening die nodig is om zelfstandig te wonen, te leven en deel te nemen aan de samenleving, onder één noemer te brengen, kunnen deze barrières worden weggenomen en kan het 'gat tussen wonen en zorg' worden gedicht, zo luidt de overweging (Ministerie van VWS, 2003a).

Een met het voorgaande samenhangend motief voor de ontwikkeling van een dienstverleningsstelsel is dat de zorg op dit moment te verkokerd is. Daarbij gaat het om verkokering binnen sectoren voor specifieke doelgroepen, maar ook om verkokering van de zorgsector als geheel. Vanuit de zorg bestaan er te weinig bindingen met andere maatschappelijke sectoren en voorzieningen. Dat belemmert de zelfstandigheid en de maatschappelijke participatie van diegenen die van deze zorg afhankelijk zijn. Door die ondersteuning en die diensten die betrekking hebben op de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen onder te brengen in een lokaal georganiseerd en aangestuurd geheel van voorzieningen, kan de verkokering doorbroken worden, kunnen gemakkelijker verbindingen met andere lokale, maatschappelijke voorzieningen tot stand komen en kan de maatschappelijke participatie van de betrokkenen worden bevorderd. Het dienstverleningsstelsel zou daarmee vooral een wettelijk vehikel zijn voor de vermaatschappelijking van de zorg en voor de ontwikkeling van community care (Ministerie van VWS, 2003a).

Overigens pleitten ook anderen in de afgelopen jaren voor een dienstverleningsstelsel. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg opteerde voor een dergelijk stelsel in haar advies *Samen leven in de samenleving* (RVZ, 2002). In het vrijwel gelijktijdig verschenen advies *De handicap van de samenleving* van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, wordt een variant op het dienstverleningsstelsel voorgesteld: een *wet op de sociale participatie* (ten behoeve van individuele aanspraken) in combinatie met een *wet op de sociale infrastructuur* (voor collectieve voorzieningen) (RMO, 2002). Andere adviesorganen hebben recentelijk niet expliciet voor een dienstverleningsstelsel gepleit, maar wel voor een sterkere rol voor gemeenten in de ondersteuning van mensen met (met name psychische) beperkingen in de lokale gemeenschap (Taskforce Vermaatschappelijking GGZ, 2002; Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg, 2002). Overigens wijzen vrijwel alle adviesorganen op het belang van een tweeledig stelsel, bestaande uit enerzijds individuele aanspraken en anderzijds een bredere lokale infrastructuur voor maatschappelijke zorg en sociale activiteiten.

Die tweeledige opzet is ook terug te vinden in de eerdere notities van het Ministerie van VWS. Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- De dienstenwet, die regelt dat mensen met beperkingen op individuele indicatie voorzieningen kunnen krijgen die ze nodig hebben om hun zelfstandigheid te bewaren en deel te nemen aan de samenleving;
- Een lokale (zonodig eveneens wettelijke verankerde) sociale infrastructuur rond zorg, maatschappelijke ondersteuning en sociaal-culturele activiteiten.

Tevens wordt in deze eerste plannen de gemeentelijke regie en aansturing van deze voorzieningen gekoppeld aan een gemeentelijke zorgplicht voor mensen met beperkingen die zelfstandig wonen (exclusief gespecialiseerde medische hulp).

De afgelopen jaren spitsten de beleidsvoorbereidingen zich steeds meer toe op het eerste deel van het stelsel, de dienstenwet. Centrale vraag daarbij is op welke wijze de dienstenwet kan worden opgebouwd en uitgebouwd en welke onderdelen (op kortere en langere termijn) in de dienstenwet dienen te worden opgenomen. De intentie is om de dienstenwet concreet gestalte te geven door overheveling van onderdelen uit de AWBZ, de Ziekenfondswet, de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten.

Ondertussen is de dienstenwet nog volop in ontwikkeling en plannen wijzigen. Een belangrijke, recente overweging is om de dienstenwet niet te definiëren in termen van individuele verzekerde aanspraken, maar als collectieve voorzieningen, te omschrijven in termen van verantwoordelijkheden van lokale overheden. In dat verband wordt nu ook meer gesproken in termen van 'vangnetvoorzieningen'. Het dienstverleningsstelsel is ondertussen definitief omgedoopt tot Wet Maatschappelijke Zorg. Wel wordt vastgehouden aan de plannen om het dienstverleningsstelsel c.q. de Wet Maatschappelijke Zorg in te voeren onder gelijktijdige afbouw/overheveling van onderdelen van bestaande wetten (Ministerie van VWS, 2003b)¹.

Het streven is de nieuwe wet in 2006 in werking te laten treden (Ministerie van VWS, 2003b).

1.3 Vraagstelling en opzet van het rapport

Ook mensen met ernstige psychische handicaps behoren tot de potentiële cliëntèle van de voorzieningen die onder het dienstverleningsstelsel / de Wet Maatschappelijke Zorg komen te vallen. In dat verband vraagt de ontwikkeling van de WMZ om een goed inzicht in de behoeften van (begeleid) zelfstandig wonende mensen met ernstige psychische handicaps, in de vraag hoe het beste in deze behoeften kan worden voorzien en welke functies de WMZ daarbij kan vervullen. In overleg met het Ministerie van VWS, zijn daartoe de volgende vragen geformuleerd.

1. Aan welke (sociale en maatschappelijke) ondersteuning hebben mensen met ernstige psychische handicaps behoefte?
2. Wat zijn de onderdelen en de kenmerken van een voorzieningenaanbod, dat in deze behoeften voorziet?

¹ Ook het traject van de modernisering van de AWBZ gaat in de tussentijd door. De motieven voor die modernisering lopen deels parallel aan die van de voorstellen voor een dienstverleningsstelsel. Resultaten van de gemoderniseerde AWBZ zullen de komende periode zichtbaar gaan worden.

3. Wat en hoe kan een Wet Maatschappelijke Zorg aan de realisering van dit voorzieningenaanbod bijdragen?
4. Welke scenario's zijn in de huidige situatie denkbaar in termen van de overheveling van voorzieningen uit de AWBZ naar de Wet Maatschappelijke Zorg en wat zijn de consequenties van deze scenario's (waaronder de consequenties voor de budgettering van de WMZ)?
5. Wat zijn de condities voor de invoering van een functionele en effectieve Wet Maatschappelijke Zorg?

Voor de beantwoording van deze vragen zijn analyses gemaakt van een groot aantal, uiteenlopende bronnen, waaronder onderzoeksliteratuur, overzichtspublicaties, databestanden, beleidsnotities en achtergrondstudies bij recente publicaties van verschillende adviesorganen (voor een overzicht van de gebruikte bronnen verwijzen we naar pagina 35). De resultaten van deze analyses presenteren we in dit rapport.

In hoofdstuk 2 komen de eerste twee onderzoeksvragen aan de orde. We geven een overzicht van hetgeen op dit moment bekend is over de (sociale en maatschappelijke) ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische handicaps. Het begrip *herstel*, i.c. het hervinden van de eigen identiteit, eigenwaarde en een eigen sociale en maatschappelijke plek, komt daarbij naar voren. Aan de hand van de bevindingen en op basis van de consensus die de afgelopen jaren in de (internationale) literatuur is gegroeid, zetten we de ingrediënten en kenmerken op een rij van een *herstelgericht, maatschappelijk steunsysteem* voor mensen met ernstige psychische handicaps. Vervolgens staan we kort stil bij de actuele situatie.

In hoofdstuk 3 bespreken we de potentiële bijdrage van een Wet Maatschappelijke Zorg aan de totstandkoming van een maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische handicaps. Ook zetten we kort de ervaringen op een rij met vergelijkbare stelselwijzigingen in het buitenland en met de decentralisering van vergelijkbare beleidsterreinen in Nederland. Voorts verkennen we, uitgaande van het actuele voorzieningenaanbod en tegen de achtergrond van de bevindingen in het voorgaande hoofdstuk, de consequenties van een drietal scenario's: een 'zorgscenario', waarin de huidige AWBZ-gefinancierde voorzieningen voor mensen met ernstige psychische handicaps grotendeels binnen het zorgstelsel blijven; een 'dienstverleningsscenario', waarin een belangrijk deel van de (extramurale) zorg en dienstverlening onder de Wet Maatschappelijke Zorg zou komen te vallen; en een 'duaal' scenario, waarin een strikte scheiding wordt aangebracht in enerzijds zorgvoorzieningen en anderzijds sociale en maatschappelijke dienstverlening. Voor elk scenario maken we tevens een schatting van de actuele kosten van de over te hevelen voorzieningen.

In hoofdstuk 4 benoemen we, aan de hand van de bevindingen in de voorgaande hoofdstukken, de condities voor een effectieve bijdrage van een Wet Maatschappelijke Zorg aan de (sociale en maatschappelijke) ondersteuning van mensen met ernstige psychische handicaps. Die condities leiden tot het voorstel de ontwikkeling en de eventuele invoering van een Wet Maatschappelijke Zorg niet te verbinden aan overheveling van AWBZ-voorzieningen, maar in te bedden in een omvattend, landelijk stimuleringsprogramma voor de vermaatschappelijking van de zorg en dienstverlening en de sociale en maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen.

2 Maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische handicaps

Nieuwe beleidsmaatregelen, zoals de invoering van de Wet Maatschappelijke Zorg, vragen in de eerste plaats om een helder beeld van de gewenste eindsituatie. In het geval van mensen met ernstige psychische handicaps kunnen we die eindsituatie omschrijven als a. een zo zelfstandig mogelijk, op persoonlijke wensen en mogelijkheden afgestemd bestaan in de samenleving en b. beschikbaarheid van de ondersteuning en diensten die men daarvoor nodig heeft. In dit hoofdstuk zetten we op een rij uit welke onderdelen zo'n ondersteuningsaanbod bestaat en aan welke kenmerken het voldoet. Vervolgens gaan we kort in op de actuele situatie en benoemen we een aantal speerpunten voor de komende jaren. Overigens verwachten we niet dat het einddoel al binnen twee of drie jaar binnen bereik ligt. Eerder denken we aan een perspectief van circa tien jaar.

Het startpunt van dit toekomstperspectief wordt gevormd door de actuele leefsituatie en de (ondersteunings)behoeften van mensen met ernstige psychische handicaps zelf.

2.1 Ondersteuningsbehoeften

Michon e.a. schatten op basis van eerder onderzoek dat Nederland tenminste 70.000 personen met ernstige en langdurige psychische stoornissen telt. Dit cijfer is gebaseerd op een tamelijk strenge definitie: het gaat om personen met een psychiatrische diagnose volgens DSM, een actuele psychische stoornis, een chronisch beloop van de ziekte en beperkingen in het sociaal functioneren (Michon e.a., 2003). Personen bij wie het sociale functioneren in mindere mate onder de psychische stoornis te lijden heeft, of personen bij wie de psychische klachten minder prominent of actueel zijn, maar de beperkingen in het sociaal functioneren des te meer, vallen buiten deze telling. Het is denkbaar dat ook deze groepen behoefte hebben aan en in aanmerking komen voor diensten die hen (beter) in staat stellen deel te nemen aan de samenleving. Omgekeerd kunnen we zeggen dat 'mensen met een ernstige psychische handicap' weliswaar een moeilijk af te bakenen groep vormen, maar dat we met de genoemde criteria en aantallen in ieder geval de 'kern' van deze groep in beeld hebben. Op deze kerngroep concentreren we ons in het vervolg van dit rapport.

Niet alle leden van deze populatie zijn overigens in zorg bij de GGZ. Volgens Michon e.a. zijn er naar schatting 50.000 mensen met ernstige psychische handicaps cliënt van de GGZ, (waarvan weer circa 8.000 cliënten minimaal een jaar in intramurale zorg zijn). Gegevens over kwaliteit van leven en zorgbehoeften zijn hoofdzakelijk gebaseerd op gegevens over deze GGZ-cliënten.

Wensen en voorkeuren van mensen zijn per definitie persoonlijk en divers. Niettemin wijken de algemene behoeften van mensen met ernstige psychische handicaps niet af van die van andere burgers. Ook mensen met psychische handicaps willen graag een goed leven, in goede gezondheid en in een comfortabele woning, met goede relaties met familie en partner, echt werk of een zinvolle dagbesteding, vrienden, zelfrespect en de gelegenheid tot persoonlijke ontwikkeling.

Dit gezegd zijnde laat de feitelijke situatie van mensen met psychische handicaps veel te wensen over. Onderzoek naar de leefsituatie laat zien dat de meeste zelfstandig wonende mensen met ernstige psychische handicaps, alleen wonen; ongeveer een kwart heeft een partner of vaste relatie. De arbeidsparticipatie is erg laag: heeft van de totale beroepsbevolking ongeveer 60 % een betaalde baan, van de mensen met ernstige psychische handicaps is dat volgens de meest gunstige cijfers 12 % en volgens de meeste ongunstige 3 %. Een groot deel van de populatie (circa 50 %) heeft ook geen andere gestructureerde dagelijkse bezigheden (opleiding, vrijwilligerswerk, hobby's). Voorts wijst onderzoek uit dat het sociaal netwerk van mensen met ernstige psychische handicaps kleiner is dan dat van andere burgers. Men heeft niet alleen minder contacten via werk of school, maar men heeft ook minder vrienden en kennissen in de directe omgeving. Van de sociale contacten die men heeft, beperkt het merendeel zich tot familieleden. Onderzoek naar de subjectieve beleving van de kwaliteit van het eigen bestaan, laat zien dat die bij mensen met ernstige psychische handicaps beduidend minder positief is dan bij de rest van de bevolking. Men is vooral ontevreden over het eigen welzijn in psychologische zin en over de eigen financiële situatie. (Michon e.a., 2003; zie ook Van Weeghel, 1995; Van Hoof e.a., 1998; Van Nieuwenhuizen 1998, Kwekkeboom, 1999; Van Busschbach en Wiersma, 1999; Kroon e.a. 2000; Van Hoof e.a., 2000.)

Daarnaar gevraagd melden mensen met ernstige psychische handicaps (en hun hulpverleners) zorgbehoeften op een grote verscheidenheid aan levensgebieden, variërend van huisvesting, huishouding, lichamelijke gezondheid en psychisch welbevinden tot dagelijkse bezigheden, sociale contacten, onderwijs en financiën (Kroon, 2003). Spitsten we de aandacht toe op de behoeften die het meest als "onvervuld" worden aangemerkt, dan springen er vier categorieën uit. In de eerste plaats is er veel (onvervulde) behoefte aan steun bij het omgaan met de handicap en de psychische gevolgen ervan (psychiatrische symptomen, somberheid of angsten, eenzaamheid, verdriet en tegenslag). Voorts zouden velen graag (meer) hulp krijgen bij persoonlijke pogingen tot herstel: zaken op een rij zetten (ook uit het verleden), het ontdekken wat men wil in het leven, zelfvertrouwen krijgen en voor zichzelf opkomen. Een derde categorie, vaak terugkerende (onvervulde) zorgbehoeften betreft ondersteuning bij het opbouwen en onderhouden van sociale contacten en relaties (in-

clusief seksualiteit en intimiteit). En in de vierde plaats bestaat er veel (onvervulde) behoefte aan ondersteuning bij het vinden en behouden van een zinvolle dagbesteding (Kroon, 2003; zie ook Michon e.a., 2003; Wolf, 1997; Van Busschbach en Wiersma, 1999; Boevink e.a., 2002.). Eerder onderzoek liet al zien dat meer dan de helft van de mensen met ernstige psychische handicaps op termijn weer een betaalde baan wil (Van Weeghel, 1995; Van Hoof e.a., 2000).

Samengevat kunnen we zeggen dat de behoeften van mensen met ernstige psychische handicaps niet anders zijn dan die van andere burgers, maar dat hun kwaliteit van leven daarbij achterblijft, vooral in financieel opzicht en in termen van psychisch en sociaal welzijn. Ondersteuningsbehoeften hebben vooral betrekking op herstelgerichte zorg: steun bij het omgaan met de handicap en de gevolgen daarvan en hulp bij pogingen tot persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstel.

2.2 Toekomstbeeld: herstelgerichte maatschappelijke steunsystemen

Wat zijn de onderdelen en de kenmerken van een voorzieningsaanbod dat mensen met ernstige psychische handicaps ondersteunt bij hun wensen om een sociaal en maatschappelijk leven te leiden?

Voor het antwoord op deze vraag kunnen we putten uit een inmiddels lange reeks van onderzoeks- en andere (internationale) literatuur over ‘community care’ en maatschappelijke steunsystemen. Uit die literatuur is het afgelopen decennium een steeds duidelijker en completer, op kennis en consensus gebaseerd beeld naar voren gekomen van de onderdelen en kenmerken van een herstelgericht, maatschappelijk ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische handicaps. Informele zorg en de persoonlijke netwerken van mensen zelf, spelen daarin een belangrijke rol. In aanvulling daarop en ter ondersteuning daarvan is een maatschappelijk steunsysteem nodig, waarin ook professionele hulp- en dienstverlening een belangrijke plek heeft. We beschrijven hier kort en bij wijze van toekomstbeeld, hoe een dergelijk maatschappelijk steunsysteem eruit ziet. (Zie o.a. Anthony en Blanch, 1989; Carling, 1995; Mos en Van Weeghel, 1999; Van Weeghel en Kroon, 2000; Van Hoof e.a., 2000; Tansella and Thornicroft, 2001; Bauduin, 2002.)

2.2.1 Voorzieningen

Een maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische handicaps kent een zestal functies, c.q. categorieën van voorzieningen (zie ook bijlage 1).

1. *Individuele ondersteuning en begeleiding bij het zelfstandig leven*

In een maatschappelijk steunsysteem bieden multidisciplinaire, integraal werkende teams van hulpverleners, in nauwe samenwerking met informele ondersteuners, ondersteuning en begeleiding bij het dagelijks leven, thuis en waar nodig ook elders. Het takenpakket van de teams is breed. Het gaat om praktische ondersteuning aan de cliënt, maar ook om ondersteuning bij (het leggen van) contacten met andere personen en instanties (bijvoorbeeld ten behoeve van het verwerven van een inkomen). In dit opzicht hebben de teammedewerkers voor hun cliënten niet alleen de rol van ondersteuner en coach, maar ook die van gids en 'kwartiermaker'. Ook in de coördinatie en de afstemming van de ondersteuning die de cliënt van verschillende personen en instanties ontvangt, is voor de teammedewerkers een belangrijke rol weggelegd. De multidisciplinaire teams kunnen worden beschouwd als 'het professionele hart' van een maatschappelijk steunsysteem (Van Weeghel en Kroon, 2000; Kroon en Henselmans, 2000). Rondom de teams en in nauwe samenwerking daarmee, is een aantal aanvullende voorzieningen beschikbaar.

2. *Individuele behandeling en rehabilitatie*

Een tweede categorie van voorzieningen biedt gerichte, individuele programma's, toegespitst op het omgaan met en hanteren van de handicap en op het (verbeteren van het) persoonlijk handelingsvermogen van de betrokkene. Te denken valt aan psychiatrische (al dan niet medicamenteuze) of psychotherapeutische programma's, maar ook aan specifieke, individuele revalidatietrajecten, vaardigheidstrainingen of herstelprogramma's.

3. *Crisisopvang*

Op voorkomende momenten van ernstige psychische crises zijn adequate en snelle hulpverlening en opvangmogelijkheden voorhanden. Dat vereist een derde categorie van voorzieningen, waar onder andere toe behoren: goed toegankelijke 24-uur bereikbaarheidsdiensten, de beschikbaarheid van in tijd beperkte maar (zeer) intensieve begeleiding thuis, snel toegankelijke opvangvoorzieningen en opnamefaciliteiten.

4. *Sociale participatie*

Een vierde categorie van voorzieningen ondersteunt mensen met ernstige psychische handicaps bij hun *sociale participatie* (deelname aan informele sociale netwerken). Tot deze categorie voorzieningen behoren projecten rond relatievorming en vriendschappelijke contacten, inloopvoorzieningen en ontmoetingsplekken, steunpunten en dienstencentra waar praktische dienstverlening (maaltijden, informatievoorziening) gecombineerd wordt met de gelegenheid tot het leggen van sociale contacten.

5. *Maatschappelijke participatie*

Voorts kunnen mensen met ernstige psychische handicaps binnen een maatschappelijk steunsysteem beschikken over ondersteuning bij en mogelijkheden

den tot *maatschappelijke participatie* (deelname aan formele sociale netwerken, in het bijzonder rond arbeid en onderwijs). Daarbij gaat het om voorzieningen op het gebied van dagbesteding, leren en werken, waaronder arbeidsrehabilitatieprogramma's, beschermde werkplekken, begeleiding en ondersteuning bij regulier werk (supported employment) en begeleiding en ondersteuning bij het leren en studeren.

6. *Zelfhulp en cliëntgestuurde projecten*

Ten slotte bestaat een maatschappelijk steunsysteem, naast een professioneel circuit, uit voorzieningen waarin mensen met psychische handicaps zelf een actieve en sturende rol vervullen. De projecten kunnen uiteenlopende functies hebben: van ontmoeting, steun, informatie en werk tot het uitwisselen en inzetten van eigen ervaringen ten behoeve van kennisontwikkeling en kwaliteitsverbeteringen in de zorg.

2.2.2 *Randvoorwaarden*

Tot zover een overzicht van de voorzieningen binnen een regionaal/lokaal maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische handicaps. De 'smeerolie' van een dergelijk systeem bestaat uit een aantal aanvullende, 'randvoorwaardelijke activiteiten'.

In de eerste plaats zijn dat activiteiten die ervoor moeten zorgen dat de leden van de doelgroep überhaupt bereikt worden. We denken bijvoorbeeld aan personen met een ernstige psychische handicap die niet bij de GGZ in zorg zijn (zie paragraaf 2.1). Wellicht kunnen zij het heel goed zonder deze ondersteuning stellen of vinden zij ondersteuning elders. Het is ook denkbaar dat een aantal van hen wel baat heeft bij een actief ondersteuningsaanbod. Dat vraagt om *outreachinge activiteiten* en activiteiten die gericht zijn op het opsporen en *identificeren van potentiële cliënten*.

In de tweede plaats zijn activiteiten nodig op het gebied van de *ontwikkeling en overdracht van kennis en informatie*. Daarbij gaat het met name om kennisontwikkeling, scholing en deskundigheidsbevordering rond herstelgerichte en maatschappelijk georiënteerde dienstverlening. Ontwikkeling en overdracht van ervaringskennis van mensen met ernstige psychische handicaps zelf, maakt daar deel van uit. Daarnaast is kennisoverdracht en voorlichting nodig aan professionals in uiteenlopende sectoren en aan het bredere publiek (stigmabestrijding). Voorts is een goede, voor cliënten maar ook voor anderen toegankelijke en overzichtelijke, informatie- en communicatiestructuur gewenst.

En in de derde plaats vraagt de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps om de *participatie van, samenwerking tussen en ondersteuning aan een breed scala van maatschappelijke sectoren*. Met de wo-

ningsector, bijvoorbeeld, moet gezorgd worden voor een brede range aan betaalbare woningen, met een brede variëteit aan mogelijke combinaties van wonen en zorg. Zo moeten ook andere sectoren, zoals politie, thuiszorg, welzijnswerk, wijkverenigingen, arbeidsvoorzieningen of opleidingsinstituten, actief worden aangesproken op hun mogelijkheden en hun behoeften als het gaat om de ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Dat vraagt om *'kwartiermakersactiviteiten'* op systeemniveau. En het vraagt om *sturing, coördinatie en regie*.

2.2.3 *Kwaliteitscriteria*

Hierboven hebben we een maatschappelijk steunsysteem omschreven in termen van voorzieningen en randvoorwaarden. We sluiten dit toekomstbeeld af met de kwaliteitscriteria die aan een dergelijk steunsysteem te stellen zijn. Een goed aanknopingspunt daarvoor bieden Tansella en Thornicroft, die op basis van een internationale literatuurreview, tot een negental, breed gedragen principes van community care komen (Tansella en Thornicroft, 2001; zie ook Bauduin, 2002). Die principes zijn: autonomie, continuïteit, effectiviteit, toegankelijkheid, omvattendheid, 'equitability' (rechtvaardige verdeling van middelen), 'accountability' (verantwoording afleggen), coördinatie en doelmatigheid.

Vatten we deze principes samen in een drietal 'kerncriteria' dan moet het bij een maatschappelijk steunsysteem draaien om:

1. Autonomie

Een maatschappelijk steunsysteem bevordert de mogelijkheden tot zelfbeschikking en het maken van persoonlijke keuzen. Ten eerste door het zelfbeschikkingsvermogen van mensen met psychische handicaps aan te boren, te stimuleren en te ondersteunen. En ten tweede door feitelijke keuzemogelijkheden aan te bieden.

2. Zekerheid

Binnen een maatschappelijk steunsysteem kunnen mensen met een psychische handicap er zeker van zijn dat ze ondersteuning ontvangen waar en wanneer ze deze nodig hebben. Die ondersteuning is, vanuit het oogpunt van de ontvanger, samenhangend (als het gaat om meer ondersteuners) en continu (als het gaat om langduriger ondersteuning).

3. Verantwoording

Partijen binnen een maatschappelijk steunsysteem leggen verantwoording af van hetgeen zij doen. Daarbij gaat het vooral om de effectiviteit van het handelen, de doelmatigheid van dat handelen en om de 'fairness' van dat handelen in termen van een eerlijke verdeling van tijd en middelen over verschillende (categorieën) hulpbehoevenden.

2.3 *De actuele stand van zaken*

Een maatschappelijk steunsysteem dat de omschreven voorzieningen omvat en aan de genoemde randvoorwaarden en kwaliteitscriteria voldoet, kan rekenen op een breed draagvlak van cliënten, familie, beleidsmakers en hulpverleners. Het komt bovendien tegemoet aan de behoeften van mensen met ernstige psychische handicaps en aan hetgeen op dit moment vanuit de wetenschappelijke literatuur bekend is over effectieve zorg en dienstverlening.

Om dit toekomstbeeld te realiseren, moet er nog veel gebeuren. Anderzijds is er de afgelopen jaren al veel ontwikkeld en in gang gezet.

In de eerste plaats is de zogeheten zorg-aan-huis het afgelopen decennium flink gegroeid (Michon e.a., 2003). Daarbij gaat het om voorzieningen die individuele ondersteuning bieden bij de cliënt thuis, maar soms ook elders. Verschillende benamingen worden gehanteerd: casemanagement, psychiatrische thuiszorg (kortdurend intensief en langdurend minder intensief) en begeleid wonen. In het jongste onderzoek naar de diverse vormen van zorg-aan-huis (gegevens over 1997) werden ruim 200 programma's gevonden, die hulp boden aan 12.000 cliënten. Inmiddels zijn de aantallen vermoedelijk al weer flink gegroeid. Al deze programma's bieden naar eigen zeggen naast praktische hulp ook ondersteuning bij problemen, het huishouden, contacten leggen met anderen en het oppakken van dagelijkse bezigheden. Een evidence based methodiek als Assertive Community Treatment (intensieve, integrale ondersteuning vanuit een multidisciplinair team) heeft in Nederland overigens nog geen voet aan de grond gekregen (Michon e.a. 2003; zie ook Kroon en Henselmans, 2000; Schoenmaker e.a., 2002). Niettemin prijzen cliënten doorgaans de continuïteit en daarmee de zekerheid die deze projecten hen bieden (vergeleken met de gefragmentariseerde hulpverlening van daarvoor) en waarderen hulp- en dienstverleners uit andere sectoren de zorg-aan-huisteams vaak om hun goede bereikbaarheid, betrokkenheid en samenwerkingsbereidheid (Van Weeghel en Van Hoof, 2001).

Naast zorg-aan-huis zijn de afgelopen tien jaar vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg ook dagbestedingsvoorzieningen en arbeidsrehabilitatieprogramma's tot stand gekomen (Michon e.a. 2003; Van Hoof e.a., 2000). De tellingen zijn wederom gedateerd, maar vermoedelijk zijn er in Nederland circa 250 inloophuizen, centra voor dagbesteding (DAC's) en voorzieningen voor arbeidsrehabilitatie voor mensen met ernstige psychische handicaps. Wekelijks ontvangen deze voorzieningen naar schatting 15.000 tot 20.000 bezoekers of deelnemers. Onderzoek naar het functioneren van dagactiviteitencentra leert dat vooral de functie van 'thuishaven' en van 'ontmoetingsplaats' door de bezoekers zeer wordt gewaardeerd. Het aanbod bestaat voorts vooral uit (re)creatieve en educatieve activiteiten en (vrijwilligers)werk. Het aanbod van

arbeidsrehabilitatieprojecten is divers en varieert van het verkennen van de eigen mogelijkheden op de arbeidsmarkt, scholing en training van vaardigheden, trajectbegeleiding en bemiddeling bij het vinden van werk tot begeleid werken en begeleid leren. Overigens geldt ook hier dat evidence based methodieken in Nederland nog niet of nauwelijks worden toegepast. In dit kader gaat het met name om Individual Placement and Support (dat zich evenals Assertive Community Treatment kenmerkt door een geïntegreerd aanbod en zo nodig intensieve, blijvende ondersteuning op de werkplek; Van Weeghel e.a., 2002).

Het afgelopen decennium zijn ook cliëntgestuurde projecten in groten getale van de grond gekomen. Van Haaster en Vesseur (2002) komen op basis van een recente inventarisatie tot een getal van circa 140 projecten. Te onderscheiden zijn projecten voor dienstverlening aan cliënten, zoals informatie-winkels; projecten ten behoeve van opvang, onderlinge steun en hulp, projecten gericht op ontmoeting en sociale contacten, projecten gericht op het ontwikkelen en verbreiden van ervaringskennis en projecten ten behoeve van arbeid en scholing (Michon e.a., 2003; Van Haaster en Vesseur, 2002). Onbekend is hoeveel personen met ernstige psychische handicaps in deze projecten participeren.

Ook op andere terreinen zijn er de afgelopen jaren initiatieven genomen. Het accent verschilt daarbij nog wel eens per regio. In de ene regio wordt actief ingezet op het versterken van outreachende hulpverlening, in een andere wordt met alle relevante partijen systematisch gewerkt aan samenwerkingsafspraken binnen het kader van een maatschappelijk steunsysteem. In een derde regio is de organisatie en inbreng van cliënten heel sterk en valt op dat vlak het nodige te verwachten en in weer een andere regio worden concrete samenwerkingsprojecten opgezet met, bijvoorbeeld, het welzijnswerk (Van Hoof e.a., in voorbereiding).

Kort gezegd kunnen we concluderen dat er momenteel veel in beweging is (en know how wordt ontwikkeld), soms nog in de marge of zeer lokaal, in andere gevallen gaat het om substantiëlere, bredere ontwikkelingen. We sluiten dit hoofdstuk af met een aantal speerpunten voor de komende periode.

2.4 Speerpunten

Voor het verstevigen en verder uitbouwen van de ontwikkeling van een herstelgericht, maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische handicaps, moet de komende periode vooral op de volgende thema's worden ingezet.

Herstelgeoriënteerde zorg en dienstverlening

Met het beleid gericht op vermaatschappelijking en participatie is ook de noodzaak van een herstelgeoriënteerd ondersteuningsaanbod steeds duidelijker voor het voetlicht gekomen. Centraal bij het begrip 'herstel' staat het her vinden van de eigen identiteit, eigenwaarde, persoonlijke capaciteiten en mogelijkheden van mensen met een psychische handicap en het versterken van het vermogen om daar iets mee te doen, op persoonlijk, sociaal en maatschappelijk gebied. Herstelgeoriënteerde zorg is nauw gelieerd aan het kwaliteitscriterium van autonomie.

Een oriëntatie op herstel is nog geen gemeengoed in de GGZ. Ondertussen onderstrepen behoeften- en prioriteitenonderzoeken onder cliënten het belang van investeringen op dit terrein. Van belang is onder andere het ontwikkelen en aanboren van ervaringskennis en een belangrijker rol voor die ervaringskennis in de hulpverlening (RMO, 2002; zie ook Van Hoof e.a., 2000; Beenackers e.a., 2001; Boevink, 2002; Kroon, 2003).

Integrale zorg en dienstverlening

Integrale ondersteuning vanuit één multidisciplinair team is effectiever dan (gecoördineerde) ondersteuning vanuit verschillende organisatorische verbanden, zo wijst onderzoek uit (zie onder andere Provan, 1997; Morrissey, 1999; Kroon en Henselmans, 2000; Van Weeghel e.a., 2002). Met de zorgaan-huis teams is een begin gemaakt met het bieden van integrale, samenhangende, continue zorg en dienstverlening op individueel niveau.

De teams ontberen op dit moment echter nog te veel de mogelijkheden om de verwachtingen ook helemaal waar te maken. De komende jaren moet het bereik van de teams verder worden uitgebreid. In de eerste plaats in termen van hun werkwijzen (niet alleen zorg, maar ook herstel); in de tweede plaats in termen van hun aandachtsgebied (niet alleen het dagelijks leven in en om huis, maar ook sociale en maatschappelijke participatie); en in de derde plaats in termen van het aantal cliënten dat men kan bedienen.

Voorzieningen voor sociale en maatschappelijke participatie

Het ondersteuningsaanbod dat de afgelopen jaren vanuit de GGZ is ontwikkeld rond sociale contacten, dagbesteding, leren en werken, voorziet in een grote behoefte (zie paragraaf 2.1), maar is nog gering in omvang (circa 2 % van het totale GGZ-budget; Van Hoof e.a., in voorbereiding) en soms te eenvormig of te geïsoleerd.

De komende jaren moet gewerkt worden aan een breder en gedifferentiërder aanbod. Ook moeten voorzieningen meer afgestemd worden op enerzijds de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten (meer individueel maatwerk) en anderzijds de mogelijkheden van andere maatschappelijke voorzieningen rond ontmoeting, welzijn, onderwijs en arbeid.

Inbedding

Dagbesteding, leren en werken worden door GGZ-voorzieningen nog tezeer als het domein van andere maatschappelijke voorzieningen beschouwd, terwijl andere maatschappelijke voorzieningen mensen met ernstige psychische handicaps nog tezeer als GGZ-cliënten beschouwen en behandelen. Deze 'structurele marginaliteit' belemmert de ontwikkeling van een goede, ondersteunende infrastructuur voor de sociale en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische handicaps. De huidige situatie is er vooral een van los van elkaar staande, qua financiering onzekere projecten (deels onderhouden vanuit de GGZ, een kleiner deel (ook) door welzijnsorganisaties) (Michon en Van Weeghel, 1999; Kwekkeboom, 2001; Begemann en Siegelaar, 2003).

Omwille van de continuïteit, de kennisopbouw, en uiteindelijk de effectiviteit van een (regionaal) maatschappelijk ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische handicaps, is een steviger organisatorische en financiële inbedding van de betreffende voorzieningen gewenst. Ook voor cliëntgestuurde projecten zijn betere waarborgen voor continuïteit van groot belang.

Betrekken van de samenleving

Het gebruik door mensen met ernstige psychische handicaps van algemene maatschappelijke voorzieningen is nog altijd laag (zie onder andere Michon e.a., 2003). Nog veel actiever zal de komende jaren gewerkt moeten worden aan de wederzijdse 'kennismaking' tussen mensen met ernstige psychische beperkingen en de betreffende voorzieningen en aan daadwerkelijke 'maatschappelijke' (dus niet alleen GGZ-)ondersteuning van mensen met ernstige psychische handicaps. Dat vereist dat op landelijk, regionaal én lokaal niveau veel krachtiger dan nu de aansturing van de vermaatschappelijking ter hand wordt genomen.

3 Wet maatschappelijke zorg

In het vorige hoofdstuk hebben we, op basis van beschikbare kennis en bestaande consensus, een toekomstbeeld geschetst van een herstelgericht, maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische handicaps. In het perspectief van dit toekomstbeeld verkennen we in de volgende paragrafen de mogelijke betekenis van een Wet Maatschappelijke Zorg c.q. een dienstverleningsstelsel. We zetten de potentiële winstpunten van het dienstverleningsstelsel op een rij en verkennen kort de ervaringen met vergelijkbare stelselwijzigingen in het buitenland en met de decentralisering van aangrenzende beleidsterreinen in Nederland. Ook geven we aan welke vragen rond de vormgeving en invulling van het dienstverleningsstelsel nog open staan. Vervolgens verkennen we, uitgaande van de actuele stand van zaken, de consequenties van een drietal scenario's ten aanzien van een eventuele overheveling van voorzieningen uit de AWBZ naar het dienstverleningsstelsel.

3.1 *Potentiële meerwaarde van een dienstverleningsstelsel*

In paragraaf 1.2 hebben we de achterliggende overwegingen geschetst bij de ontwikkelingen rond het dienstverleningsstelsel tot nu toe. Het bijeenbrengen van verschillende, in de huidige systematiek niet goed bij elkaar aansluitende voorzieningen binnen één wettelijk kader en het doorbreken van de verkokering in de zorg, vormen de belangrijkste motieven. Wat betreft de concrete invulling en vormgeving van het stelsel zijn de afgelopen jaren verschillende opties en mogelijkheden verkend. Eén aspect is daarbij ongewijzigd gebleven: de centrale rol voor de lokale overheid binnen het dienstverleningsstelsel.

De plannen rond het dienstverleningsstelsel zijn dan ook te plaatsen in een bredere en al langer durende tendens van decentralisering. De afgelopen decennia is het takenpakket van gemeenten rond diverse beleidsterreinen gestaag gegroeid. Inmiddels spelen lokale overheden een belangrijke rol op het gebied van arbeid en sociale zekerheid, welzijn, leefbaarheid, veiligheid en gezondheid.

De potentiële meerwaarde van een dienstverleningsstelsel voor mensen met ernstige psychische handicaps moet dan ook vooral gezocht worden in de voordelen van een centrale, beherende en sturende rol van gemeenten bij de totstandkoming van een maatschappelijk ondersteuningsaanbod. Binnen een dienstverleningsstelsel krijgen lokale overheden met name meer mogelijkheden om:

- Een regionaal, samenhangend aanbod van maatschappelijke ondersteuning voor mensen met beperkingen tot stand te brengen en aan te sturen;

- Een infrastructuur van maatschappelijke zorg te ontwikkelen die is afgestemd op lokale omstandigheden, behoeften en prioriteiten;
- Samenwerking tussen lokale zorgvoorzieningen en maatschappelijke voorzieningen te bevorderen c.q. af te dwingen;
- Beleid rond maatschappelijke zorg af te stemmen op beleid rond arbeid, welzijn, leefbaarheid, veiligheid, etc.;
- Een lokale visie op mensen met beperkingen en op maatschappelijke ondersteuning te vertalen in lokaal beleid.

In termen van het toekomstbeeld, zoals we dat in het vorige hoofdstuk schetsten, biedt een dienstverleningsstelsel vooral kansen voor het meer betrekken van andere (lokale) maatschappelijke voorzieningen bij de ondersteuning van mensen met ernstige psychische handicaps, aan een krachtige, lokale aansturing van de vermaatschappelijking van de zorg en aan een steviger organisatorische en beleidsmatige inbedding en daarmee een grotere continuïteit van ondersteunende voorzieningen op het gebied van de sociale en maatschappelijke participatie. Op deze manier kan het dienstverleningsstelsel een belangrijke impuls zijn voor de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische handicaps.

3.2 *Ervaringen elders*

Het dienstverleningsstelsel lijkt goede mogelijkheden te bieden voor de totstandkoming van een lokaal, samenhangend maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor mensen met beperkingen. Daarmee is uiteraard nog geen garantie gegeven dat een dergelijk ondersteuningsaanbod er ook komt. Om te bezien in hoeverre aanvullende voorwaarden nodig zijn, staan we eerst kort stil bij de ervaringen met vergelijkbare stelselwijzigingen rond de ondersteuning voor mensen met ernstige psychische handicaps in het buitenland en met de decentralisering van aangrenzende beleidsterreinen in Nederland.

Een van de sectoren die in de afgelopen decennia in vergaande mate gedecentraliseerd zijn, is de welzijnssector. De organisatie en aansturing van het welzijnsbeleid zijn vastgelegd in de Welzijnswet, die aan lokale overheden een centrale rol toebedeelt. Het tegengaan van sociale uitsluiting, het bevorderen van maatschappelijke participatie, het creëren van een samenhangende, lokale infrastructuur van sociaal beleid door middel van gerichte lokale beleidsinspanningen en een aantal collectieve voorzieningen, zijn de belangrijkste doelstellingen van de Welzijnswet (Gilsing e.a., 1999; Hortulanus, 2001).

Een recente evaluatie van de Welzijnswet door het Sociaal Cultureel Planbureau leert dat de ambities en verwachtingen in een aantal opzichten te hoog gespannen zijn geweest (Kwekkeboom e.a., 2002). Afzonderlijke welzijnsvoorzieningen vervullen zinvolle functies, maar aan het werken aan een soci-

ale infrastructuur wordt door lokale overheden nog weinig gedaan. Veel gemeenten hebben moeite met het formuleren van een integrale beleidsvisie. Niet alleen de daarvoor benodigde 'interactiviteit' met maatschappelijke voorzieningen, ook de samenwerking tussen verschillende gemeentelijke diensten onderling, verloopt vaak nog moeizaam. Van samenhang lijkt dan ook weinig sprake, zo constateren de auteurs. In de praktijk bestaat de sector vooral uit relatief los van elkaar staande projecten/voorzieningen voor specifieke doelgroepen, waarbij de verschillen tussen gemeenten groot zijn. Ook de kennisontwikkeling is versnipperd; wetenschappelijke evaluaties zijn er weinig en de methodiekontwikkeling is niet programmatisch, aldus Kwekkeboom e.a.. (Zie ook Veldboer en Mak, 2002; Fleurke e.a., 2002.)

Eerder al kwamen Gilsing e.a. (1999) in een onderzoek naar lokaal sociaal beleid tot de conclusie dat gemeenten er niet of onvoldoende in slagen om de hun toevertrouwde taken volgens de verwachtingen die daarover zijn geformuleerd, uit te voeren. Oorzaken zijn volgens de auteurs o.a.: zwakke lokale politieke sturing, inadequate toerusting van gemeenten, onvoldoende kwantiteit en kwaliteit van het gemeentelijk apparaat.

In een ander onderzoek, meer toegespitst op de Geestelijke Gezondheidszorg, keek het Sociaal en Cultureel Planbureau naar de ervaringen in Engeland en Zweden, waar lokale overheden zowel financieel als organisatorisch verantwoordelijk zijn voor de gehele maatschappelijke dienstverlening en welzijnszorg, inclusief dienstverlening en maatschappelijke zorg (sociaal-psychiatrische begeleiding) aan mensen met ernstige psychische handicaps (Kwekkeboom, 2001). Ook daar doen zich knelpunten voor. De betrokkenen hebben veel moeite het beleid en de voorzieningen op de terreinen van (geestelijke) gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening op elkaar aan te laten sluiten. Volgens de auteurs zijn onder andere gescheiden financieringsstromen en daaraan verbonden beleidsverantwoordelijkheden daar debet aan. In Zweden, waar de overdracht van de welzijnszorg voor mensen met ernstige psychische handicaps aan lokale overheden van recentere datum is, wordt gerept van een nieuwe kloof tussen geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en tussen behandeling en begeleiding. Met andere woorden: oude schotten zijn vervangen door nieuwe. Ook de opgebouwde expertise dreigt door de overheveling van taken naar gemeenten weg te ebben. Daarnaast hebben veel rehabilitatie-georiënteerde voorzieningen voor mensen met ernstige psychische handicaps na de overdracht aan gemeenten steeds meer het karakter gekregen van dagopvang voor een brede groep van burgers die moeite hebben om mee te komen in de samenleving (zie ook Plemper en Van Vliet, 2002).

Overigens constateert het SCP in hetzelfde onderzoek dat de betrokkenheid van de Nederlandse lokale overheden bij het vermaatschappelijkingsbeleid in Nederland zich tot dusverre vooral laat gelden op het terrein van de OGGZ.

Opgemerkt wordt dat “de lokale overheden hun taken in het geestelijke gezondheidszorgbeleid vooral zien als een onvermijdelijke verplichting die zij hebben te vervullen om erger (i.c. overlast) te voorkomen” (Kwekkeboom, 2001). Dat roept de vraag op wat deze oriëntatie betekent voor de visie van lokale overheden op mensen met ernstige psychische handicaps en op de noodzaak van een stevig, herstelgericht, maatschappelijk ondersteuningsaanbod.

Kort gezegd leren de ervaringen dat gedecentraliseerde aansturing van zorg en dienstverlening niet vanzelf leidt tot betere dienstverlening, meer ‘maatwerk’ of een betere inbedding in de lokale samenleving. (Ook een recent onderzoek naar de Wet Voorzieningen Gehandicapten leidde tot de conclusie dat er weliswaar veel lokale verschillen zijn in de uitvoering van de wet, maar dat “die niet te verklaren [zijn] uit verschillende lokale omstandigheden”; Nagel, 2003.) Daarnaast draagt overheveling van taken aan gemeenten het risico in zich van het wegebben van expertise, versnippering van kennis- en methodiekontwikkeling, stagnatie van in gang gezette vernieuwingen en het ontstaan van nieuwe ‘schotten’ tussen de herverkavelde sectoren. Dat laatste is zorgwekkend omdat de onderzoeksliteratuur rond de ondersteuning aan mensen met ernstige psychische handicaps steeds duidelijker aangeeft dat centraal aangestuurde, integrale ondersteuning door een klein, maar breed en maatschappelijk georiënteerd team effectiever is dan samenwerking en coördinatie tussen professionals van uiteenlopende voorzieningen op uiteenlopende deelterreinen (hetgeen niet wegneemt dat samenwerking met andere maatschappelijke voorzieningen een belangrijke voorwaarde blijft voor sociale en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische handicaps) (zie o.a. Provan, 1997; Morrissey, 1999; Kroon en Henselmans, 2000; Van Weeghel en Van Hoof, 2001; Van Weeghel e.a., 2002).

Deze kanttekeningen geven aan dat aan een flink aantal aanvullende voorwaarden moet worden voldaan, wil een dienstverleningsstelsel *daadwerkelijk* bijdragen aan de mogelijkheden tot sociale en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische handicaps, in plaats van daar een extra belemmering voor te vormen. In het volgende hoofdstuk komen we uitgebreider op deze voorwaarden terug.

3.3 Aanspraken

Veel vragen rond de feitelijke vormgeving van het dienstverleningsstelsel moeten nog beantwoord worden. Dat geldt in de eerste plaats voor de inhoudelijke invulling (welke functies moet het stelsel vervullen, welke voorzieningen horen erin thuis). In de volgende paragraaf gaan we daar dieper op in. In deze paragraaf staat we kort stil bij wijze waarop aanspraken op deze voorzieningen binnen het dienstverleningsstelsel c.q. de Wet Maatschappelijke Zorg gedefinieerd gaan worden. Ook dat is nog niet definitief uitgekristalliseerd.

Concreet gaat het om de vraag of de dienstenwet wordt geformuleerd in termen van lokaal in te vullen, collectieve voorzieningen of in termen van individuele en uniforme, verzekerde aanspraken (of een tussenvorm). Formulering in termen van collectieve voorzieningen kan, zo luidt de overweging, resulteren in een laagdrempeliger, minder bureaucratisch en meer op lokale behoeften en prioriteiten toegesneden voorzieningenaanbod. Daar staat tegenover dat mensen met beperkingen op collectieve voorzieningen geen individuele aanspraken kunnen doen gelden. Of men de benodigde zorg krijgt is afhankelijk van de (nog) beschikbare budgetten binnen het dienstverleningsstelsel en van afwegingen tussen het individuele belang van de zorgvrager en andere (collectieve) belangen. Een definiëring van de dienstenwet in termen van ('functioneel' geformuleerde) individuele verzekerde aanspraken biedt de betrokkenen meer zekerheid dat zij de zorg en ondersteuning kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Een ander argument dat meespeelt in de overwegingen is dat van kostenbeheersing. De mogelijkheden de kosten voor de ondersteuning van mensen met een handicap te beheersen en, indien gewenst, te beperken, zijn groter als het gaat om collectieve voorzieningen, dan in het geval van individueel verzekerde aanspraken.

De verschillende overwegingen en argumenten raken met name diegenen die met een relatief grote mentale en sociale kwetsbaarheid kampen of die om andere redenen minder goed in staat zijn (individueel danwel collectief) de gewenste ondersteuning zelf te organiseren of af te dwingen. In het vorige hoofdstuk wezen we al op de brede consensus bij GGZ-medewerkers, dienstverleners van andere maatschappelijke voorzieningen, cliënten en familie, over het grote belang van (rechts)zekerheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische handicaps. Ook in de ontwikkelingen rond het dienstverleningsstelsel hebben verschillende partijen het aspect van rechtszekerheid de afgelopen jaren stelselmatig onder de aandacht gebracht. Onder andere de CVZ heeft in dit verband aangedrongen op 'waterdichte garanties' (CVZ, 2002; zie ook Rijkschroeff e.a., 2002; Wennink e.a., 2002).

Deze pleidooien, maar ook de kwaliteitscriteria van een maatschappelijk ondersteuningsaanbod zoals we die op basis van de beschikbare kennis in het vorige hoofdstuk hebben geformuleerd, onderstrepen dat individuele zekerheid van zorg en (maatschappelijke) ondersteuning voor mensen met ernstige psychische handicaps voorop moet staan. Daaromheen (niet in plaats daarvan) is een voorwaardenscheppende lokale infrastructuur ten behoeve van de sociale en maatschappelijke participatie gewenst, waar collectieve voorzieningen deel van uit kunnen maken en dat eventueel eveneens een wettelijke verankering krijgt. In deze zin hebben RVZ, RMO en Taskforce Vermaatschap-

pelijking ook over de rol van gemeenten en een eventueel dienstverleningsstelsel geadviseerd.

3.4 Voorzieningen: drie scenario's

Een andere, binnen de voorbereidingen van het dienstverleningsstelsel nog niet beantwoorde vraag is die naar de inhoudelijke invulling het stelsel. Om welke soort voorzieningen of welke soort ondersteuning zou het moeten gaan. Welke onderdelen uit, met name, de AWBZ zouden overgeheveld moeten worden?

We zetten in deze paragraaf een aantal scenario's naast elkaar en verkennen de consequenties voor de ondersteuning aan mensen met ernstige psychische handicaps. Vertrekpunt daarbij vormen de verschillende opties die inmiddels in diverse voorbereidende notities over het dienstverleningsstelsel de revue zijn gepasseerd. Die geven aan dat met name wordt nagedacht over de overheveling naar het dienstverleningsstelsel van voorzieningen op het gebied van zorg en dienstverlening aan huis (huishoudelijke hulp, ondersteuning bij zelfstandig wonen, maaltijdvoorziening, 'hand- en spandiensten') en/of voorzieningen die ondersteuning bieden bij (sociale) activiteiten c.q. sociale en maatschappelijke participatie (Ministerie van VWS, 2000, 2002a, 2002b, 2003). Binnen deze bandbreedte tekenen zich globaal drie scenario's af:

1. Het zorgscenario

De zorg en dienstverlening die nu vanuit het zorgstelsel worden aangeboden aan mensen met ernstige psychische handicaps blijven grotendeels deel uitmaken van dit zorgstelsel.

2. Het dienstverleningsscenario

Alle voorzieningen voor mensen met ernstige psychische handicaps, uitgezonderd behandeling en intramurale zorg (maar inclusief begeleiding thuis of 'in de samenleving'), worden ondergebracht in het dienstverleningsstelsel.

3. Het 'duale' scenario

Voorzieningen op het gebied van sociale participatie, maatschappelijke participatie en zelfhulp (cliëntgestuurde projecten) worden ondergebracht in het dienstverleningsstelsel. Voorzieningen voor individuele behandeling, individuele ondersteuning en begeleiding bij het zelfstandig wonen en dagelijks functioneren (zorg-aan-huis) en voorzieningen voor crisishulpverlening en opvang, blijven deel uitmaken van het zorgstelsel.

We zetten hieronder kort de plus- en minpunten van de scenario's op een rij.

3.4.1 *Het zorgscenario*

Binnen het zorgscenario blijven de voorzieningen die nu vanuit het zorgstelsel worden aangeboden aan mensen met ernstige psychische handicaps, deel

uitmaken van dat zorgstelsel. Eventueel kunnen mensen binnen dit scenario wel gebruik maken van aanvullende praktische voorzieningen vanuit een dienstverleningsstelsel, zoals maaltijdvoorziening, hand-en-spandiensten, steunpunten.

Een belangrijk pluspunt van het zorgscenario is dat de aansturing van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische handicaps grotendeels in één hand blijft. Daarmee is ook de verantwoordelijkheid voor die ondersteuning eenduidig. Multidisciplinaire samenwerking binnen teams en tussen voorzieningen wordt niet belemmerd door financiële of organisatorische schotten. Integrale ondersteuning aan individuele cliënten blijft gewaarborgd en kan verder worden versterkt. (De kanttekening die we daarbij moeten maken is dat een cesuur alsnog ontstaat op het moment dat onderdelen van dit integrale aanbod naar een standaardverzekering worden overgeheveld.) Andere pluspunten zijn dat de rechtszekerheid van cliënten binnen het zorgscenario relatief goed gewaarborgd blijft en dat voorzieningen zich kunnen concentreren op inhoudelijke verbeteringen in de zorg, op de vermaatschappelijking van die zorg, op het intensiveren en verbeteren van de samenwerking met andere maatschappelijke voorzieningen en op de ontwikkelingen binnen de AWBZ. Het zorgscenario biedt, kortom, de meeste garantie op integraliteit, rechtszekerheid en continuïteit. Voor de ondersteuning aan mensen met ernstige psychische handicaps zijn dat belangrijke criteria.

De belangrijkste minpunten van het zorgscenario zijn dat een gerichte impuls tot (lokale) samenwerking met andere maatschappelijke voorzieningen ontbreekt en dat een steviger organisatorische en financiële inbedding van ondersteunende voorzieningen op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie uitblijft. Op beide terreinen zijn in een zorgscenario dan ook aanvullende stimuleringsmaatregelen vereist (zie ook Fleurke e.a, 2002; RVZ, 2002; Taskforce Vermaatschappelijking GGZ, 2002). We komen daar in het volgende hoofdstuk op terug.

3.4.2 Het dienstverleningsscenario

Binnen het dienstverleningsscenario worden alle voorzieningen voor mensen met ernstige psychische handicaps, uitgezonderd behandeling en intramurale zorg, maar inclusief begeleiding thuis en 'in de samenleving', voorzieningen voor sociale en maatschappelijke participatie en cliëntgestuurde projecten ondergebracht in het dienstverleningsstelsel.

De belangrijkste voordelen van dit scenario zijn feitelijk al genoemd met de doelstellingen van het dienstverleningsstelsel, zoals weergegeven in paragraaf 1.2. en paragraaf 3.1. Door de ondersteuning en de diensten aan mensen met ernstige psychische handicaps (grotendeels) onder te brengen in een lokaal georganiseerd en aangestuurd geheel van voorzieningen, ontstaan er meer

mogelijkheden om verkokering binnen de zorgsector te doorbreken en verbindingen met andere lokale, maatschappelijke voorzieningen te stimuleren c.q. af te dwingen. Het dienstverleningsscenario kan ook een extra stimulans zijn voor een cultuuromslag van een traditioneel sterk op psychiatrische stoornissen georiënteerde zorg naar een meer “contextuele” en meer op sociale en maatschappelijke omstandigheden, mogelijkheden, wensen en behoeften georiënteerde benadering. Voorzieningen voor sociale en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische handicaps kunnen lokaal een steviger organisatorische en financiële inbedding krijgen. Door bovendien een zo breed en ‘integraal’ mogelijk pakket naar het dienstverleningsstelsel over te hevelen, blijven mogelijke belemmeringen voor een samenhangende en integrale aanpak in de individuele ondersteuning van cliënten beperkt.

Het dienstverleningsscenario is een omvangrijk en ingrijpend scenario. (De actuele kosten van de GGZ-voorzieningen die binnen dit scenario overgeheveld zouden worden, bedragen minimaal € 450 miljoen; zie bijlage 2.) Daarmee is het, afgezet tegen de onzekerheden die er nog bestaan, ook een erg risicovol scenario. Vooralsnog ontbreken de garanties dat de nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden (en bijbehorende nieuwe mogelijkheden) ook werkelijk tot betere zorg en dienstverlening leiden en geen (lokale) zorgvershraling of kwaliteitsverlies met zich mee zullen brengen (zie paragrafen 3.2 en 3.3). Ondertussen brengt het dienstverleningsscenario risico’s met zich mee voor de continuïteit en de verdere ontwikkeling van hetgeen in de afgelopen jaren reeds aan goede praktijken, voorzieningen en know how tot stand is gebracht (zie paragraaf 2.3). Een dienstverleningsscenario is dan ook niet goed denkbaar c.q. verantwoord zonder een intensief en zorgvuldig voorbereidingstraject, gericht op waarborgen binnen het stelsel zelf (in termen van rechtszekerheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid van en zeggenschap over voorzieningen) en lokale/regionale voorwaarden voor een goede uitvoering ervan.

Daarbij zal ook aandacht moeten worden besteed aan een ander knelpunt binnen het dienstverleningsscenario: de nieuwe cesuur die zal ontstaan tussen de voorzieningen in het dienstverleningsstelsel enerzijds en de resterende voorzieningen in het zorgstelsel (behandeling en intramurale voorzieningen, waaronder crisisopvang) anderzijds. Dat zal immers de afstemming van behandeling (en in het algemeen van psychiatrische expertise) met meer maatschappelijke vormen van ondersteuning bemoeilijken.

3.4.3 *Het ‘duale’ scenario*

Binnen het ‘duale’ scenario worden voorzieningen op het gebied van sociale participatie, maatschappelijke participatie en zelfhulp (met name dagbestedingcentra, inloopvoorzieningen, sociale cafés, beschutte en beschermde

werkplekken, trajectbegeleiding, voorzieningen voor begeleid werken en begeleid leren, cliëntgestuurde projecten, etc..) ondergebracht in het dienstverleningsstelsel. Voorzieningen voor individuele behandeling, individuele ondersteuning en begeleiding bij het zelfstandig wonen en dagelijks functioneren (zorg-aan-huis) en voorzieningen voor crisishulpverlening en -opvang, blijven onderdeel uitmaken van het zorgstelsel.

Het 'duale' scenario brengt een principiële scheiding aan tussen zorgvoorzieningen en sociale en maatschappelijke voorzieningen. De logica zit in de gedachte dat juist voorzieningen ter bevordering van de participatie van mensen met handicaps ingebed moeten worden in lokale netwerken, waar zorgvoorzieningen meer een back-up functie vervullen ten behoeve van de dagelijkse ondersteuningsbehoeften van de betrokkenen en vooral onderling voor een goede afstemming moeten zorgen. Terwijl de voorzieningen binnen het zorgstelsel zich op de eigen kerntaken concentreren kan de aandacht binnen het dienstverleningsstelsel volledig gericht worden op het creëren van een breed, gedifferentieerd, naar andere maatschappelijke sectoren vertakt en voor meer doelgroepen bestemd aanbod aan voorzieningen die de betrokkenen ondersteunen bij hun behoeften aan sociale contacten, ontmoetingsmogelijkheden, relatievorming, dagbesteding, onderwijs en werk. Daarmee krijgen de betreffende voorzieningen ook een duidelijke organisatorische plek.

Het 'duale' scenario is qua omvang van de over te hevelen GGZ-voorzieningen minder ingrijpend dan het dienstverleningsscenario. (De actuele kosten van de GGZ-voorzieningen die binnen dit scenario overgeheveld zouden worden, bedragen circa € 70 miljoen; zie bijlage 2.) In dit opzicht is het een beter beheersbaar scenario. Dat neemt niet weg dat ook het 'duale' scenario vraagt om garanties voor cliënten, goede lokale voorwaarden en daarmee een zorgvuldige, ongehaaste aanlooproute.

Een specifiek probleem van het 'duale' scenario is echter dat het, meer nog dan de andere scenario's, het ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische handicaps verknipt en over verschillende (mogelijk drie) sectoren verdeelt. Dat betekent dat ook mensen met ernstige psychische handicaps hun problemen en ondersteuningsbehoeften in drieën moeten delen en voor elk van die delen moeten aankloppen bij verschillende stelsels, ieder met hun eigen regels, domeinafbakeringen, cultuur, visie, etc.. Een optie is om, conform het voorstel van de Taskforce Vermaatschappelijking, naast een arts/psychiater vanuit de behandelsector en een casemanager c.q. zorgcoördinator vanuit de zorgsector, ook een casemanager ten behoeve van de sociale en maatschappelijke voorzieningen (inclusief wonen, inkomensondersteuning, etc.) vanuit de 'maatschappelijke sector' aan individuele cliënten te koppelen (Taskforce Vermaatschappelijking GGZ, 2002; zie ook RMO, 2001). Dat lost echter de 'bovensectorale' afstemmingsproblemen nog niet op. Een toevlucht tot meer coördinatie en meer coördinatoren staat bovendien op

gespannen voet met de autonomie van cliënt, de wenselijkheid van een integrale aanpak en de doelmatigheid van het ondersteuningsaanbod.

Rond de verantwoordelijkheid voor het totale, regionale ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische handicaps doen zich binnen het duale scenario vergelijkbare problemen voor. Ook die verantwoordelijkheid is over verschillende partijen, met verschillende deelverantwoordelijkheden verdeeld. Dat noodzaakt tot het zoeken naar constructies om de eindverantwoordelijkheid voor het totale, regionale ondersteuningsaanbod (inclusief mandaat) alsnog eenduidig vast te leggen (vgl. de 'local mental health authorities' in de Verenigde Staten; Goldman e.a., 1995; Goldman e.a. 2000).

4 Conclusies

4.1 *Conditie voor een dienstverleningsstelsel*

Mensen met ernstige psychische handicaps willen graag deelnemen aan de samenleving. Zij hebben behoefte aan ondersteuning daarbij. In dit rapport hebben we een toekomstbeeld geschetst van een (regionaal) ondersteuningsaanbod dat in deze behoeften kan voorzien. Voorts hebben we de mogelijke bijdrage verkend van een dienstverleningsstelsel (Wet Maatschappelijke Zorg) aan de totstandkoming van een dergelijk ondersteuningsaanbod.

De conclusie luidt dat de centrale gedachte achter de Wet Maatschappelijke Zorg - de ontwikkeling van een samenhangend, lokaal ingebed maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor mensen met beperkingen – goed aansluit bij de prioriteiten en wensen die op dit moment leven, maar dat een overheveling van voorzieningen uit de AWBZ grote risico's met zich meebrengt voor het voorzieningsniveau voor mensen met ernstige psychische handicaps. Overheveling is dan ook ongewenst en verdient pas overweging als aan een aantal voorwaarden is voldaan. Die voorwaarden zijn:

- Rechtszekerheid voor mensen met ernstige psychische handicaps met betrekking tot de voorzieningen die zij nodig hebben om deel te nemen aan de samenleving. Als onderdelen daarvan: beschikbaarheid, toegankelijkheid, zeggenschap en keuzevrijheid ten aanzien van deze voorzieningen;
- Een krachtige en uitnodigende visie van lokale overheden op mensen met ernstige psychische handicaps;
- Een goede toerusting, kwantitatief en kwalitatief, van gemeenten voor het tot stand brengen en de sturing van een maatschappelijk ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische handicaps;
- Oplossingen voor het ontstaan van nieuwe schotten tussen de verschillende sectoren / stelsels;
- Een krachtige countervailing power van lokale cliëntenorganisaties;
- Toerusting van professionals in andere sectoren, onder andere door overdracht van ervaringskennis van mensen met ernstige psychische handicaps zelf en professionele expertise van rehabilitatiewerkers uit de GGZ;
- Voorkómen van kennisversnippering, waarborgen van continuïteit in de kennisontwikkeling;
- Waarborgen van inzicht in de ontwikkeling van (de kwaliteit van) het voorzieningenaanbod.

4.2 Een programma voor vermaatschappelijking en participatie

De in de vorige paragraaf genoemde condities hoeven uiteraard geen belemmering te vormen om, *in aanvulling* op bestaande AWBZ-voorzieningen, nu al gemeentelijke (welzijns)voorzieningen toegankelijker te maken voor mensen met ernstige psychische handicaps (of om aanvullende gemeentelijke voorzieningen voor, onder andere, mensen met ernstige psychische handicaps te creëren). Te denken valt in de eerste plaats aan lokale voorzieningen op het gebied van praktische ondersteuning (maaltijdvoorziening, hand- en spandiensten) en voorzieningen op het gebied van ontmoeting, sociale contacten, relatievorming en dagbesteding (bijvoorbeeld de wijkgebonden steunpunten, die doorgaans een praktische ondersteunende en een sociale functie combineren). Daarbij kan worden overwogen deze bestaande (of nog te ontwikkelen) gemeentelijke voorzieningen, fasegewijs, onder te brengen in een Wet Maatschappelijke Zorg (of een Wet Sociale Participatie). Functioneren deze voorzieningen goed en zijn ze inderdaad toegankelijk voor mensen met ernstige psychische handicaps, dan zal het beroep op voorzieningen vanuit de AWBZ navenant afnemen.

Ondertussen geven de hierboven genoemde condities aan dat er op lokaal niveau meer moet gebeuren om mensen met ernstige psychische handicaps in de gelegenheid te stellen een zelfstandig leven te leiden en deel te nemen aan de lokale samenleving. Een aanjaagrol van de rijksoverheid daarbij is noodzakelijk en cruciaal. Die hoeft echter niet uitsluitend te worden gezocht in ingrijpende - want permanente - stelselwijzigingen (in dit opzicht wordt met de modernisering van de AWBZ al een flinke slag gemaakt), maar kan ook worden gevonden in specifieke en gerichte (per definitie tijdelijke) stimuleringsmaatregelen. Recentelijk is van verschillende kanten gepleit voor een aantal meer gerichte prikkels voor de vermaatschappelijking van de zorg en dienstverlening aan mensen met beperkingen. Elementen van een dergelijk stimuleringsprogramma zijn onder andere aangedragen door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en de Taskforce Vermaatschappelijking GGZ. In hoofdzaak gaat het om een programma van stimuleringsmaatregelen en experimentele implementatietrajecten, ondersteund door systematische monitoring en evaluatie en gericht op expertiseontwikkeling en -overdracht, toegankelijkheid van voorzieningen, toerusting van lokale overheden en een krachtige (lokale) stem van mensen met ernstige (psychische) handicaps. Een stimuleringsfonds voor de versterking van het lokaal beleid voor mensen met ernstige (psychische) handicaps zou onderdeel kunnen zijn van een dergelijk programma. (Zie ook Timmermans, 2000; Fleurke e.a., 2002; Kwekkeboom e.a., 2002; Plemper en Van Vliet, 2002; Stoelinga en Zomerplaaag, 2002).

Overheveling van bestaande AWBZ-voorzieningen voor mensen met ernstige psychische handicaps naar een dienstverleningsstelsel moet ondertussen af-

hankelijk blijven van de mate waarin in de loop van dit traject de in de vorige paragraaf genoemde condities worden gerealiseerd. Dat voorkomt dat de zorg en dienstverlening aan mensen met ernstige psychische handicaps (lokaal) verschaalt tot een 'vangnet voor kansarmen'. En het houdt de koers gericht op een maatschappelijk steunsysteem dat daadwerkelijk facilitair is aan een zelfstandig leven en deelname aan de samenleving van mensen met ernstige psychische handicaps.

Literatuur en databronnen

- Anthony, W.A., A. Blanch (1989). Research on community support services. What have we learned? *Psychosocial Rehabilitation Journal* 12, 3, 55-81.
- Bauduin, D. (2002). *Het goede voor de cliënt. Ethische aspecten van vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. IJkpunten voor beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Beenackers, M., W. Swildens, & S. van Rooijen (2001). *Naar een maatschappelijk steunsysteem in Utrecht. Vijf speerpunten in het beleid voor mensen met langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Begemann, C. & E. Siegelaar (2003). *Een quick-scan van activiteiten die welzijnsorganisaties uitvoeren voor mensen met psychiatrische problematiek*. Utrecht: NIZW.
- Boevink, W., J. van Beuzekom, E. Gaal, & e.a. (2002). *Samen werken aan herstel: van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Busschbach, J. v. & D. Wiersma (1999). *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie. Een epidemiologische studie naar de chronisch-psychiatrische populatie in de regio noordoost en oost groningen, naar de prevalentie en aard van hun zorgbehoefte, hun tevredenheid met de zorg en hun kwaliteit van leven*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Carling, P.J. (1995). *Return to the community: building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York/London: Guilford Press.
- College Tarieven Gezondheidszorg, CTG. Website www.ctgzorg.nl.
- College voor Zorgverzekeringen (2002). *Toekomstverkenning Modernisering AWBZ en gevolgen voor de GGZ*. Amstelveen: CVZ.
- Erp, N.H.J, J.D. Kroon, J.R.L.M. Wolf (1998). Zorg aan huis voor mensen met langdurige psychische problemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 53, 6, 598-609.
- Fleurke, F., M.C. Jochensen, A.J.G.M. van Montfort, & P.J.de Vries (2002). *Selectieve decentralisatie en de zorg voor kwetsbare groepen. Een bestuurskundig onderzoek naar de werking van het bestuurlijk stelsel op het terrein van de maatschappelijke opvang, het verslavingsbeleid en de vrouwenopvang*. Den Haag: VNG Uitgeverij.
- GGZ Nederland, Prismant (2002). *Financiële Statistiek 2001. Sector geestelijke gezondheidszorg; landelijke tabellen*. Utrecht, GGZ Nederland.
- Gilsing, R., T.v.d. Pennen, M. Turkenburg, V. Veldheer (1999). *Onderzoek naar lokaal sociaal beleid*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Goldman, H.H., R.G. Frank, M.S. Gaynor (1995). What level of government? Balancing the interests of the state and the local community. *Administration and Policy in Mental Health*, 23, 2, 127-135.
- Goldman, H.H., S. Thelander, C.-G. Westrin (2000). Organizing mental health services: an evidence-based approach. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 69-75.
- Haaster, H. v. & J. Vesseur (2002). *Door cliënten gestuurd. Een onderzoek naar cliëntgestuurde projecten in Nederland*. Amsterdam: Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid.
- Hart, J. d., F. Knol, C. Maas - de Waal, T. Roes, & (red.) (2002). *Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Hoof, F. van, J. van Weeghel, O.H. Brook, P. Gassman (1998). Psychiatrische thuiszorg II. Een verkennend onderzoek naar cliëntkenmerken en zorgdoelstellingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, 11, 685-695.

- Hoof, F. v., J. van Weeghel, & H. Kroon (2000). Community care: exploring priorities of clients, mental health professionals and community providers. *The International Journal of Social Psychiatry*, 46, 208-219.
- Hoof, F. v., D. Ketelaars, J. van Weeghel (2000). *Dac in, Dac uit : een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*. Utrecht: Trimbos- instituut.
- Hoof, F. v., W. Boevink, K. Geelen, H. Kroon, S. v. Rooijen, J. v. Weeghel (in voorbereiding). *Het monitoren van vermaatschappelijking. Deel 2. Ontwikkelingen in het aanbod*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hortulanus, R.P. (2001). *De welzijnssector in beeld*. Utrecht: VOG, Verdiwel.
- Kroon, H. (1996). Groeiende zorg. *Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Kroon, H., F. van Hoof, J. Wolf (2000). *Praktijk en opbrengsten van casemanagement op de lange termijn*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kroon, H. & H. Henselmans (2000). Varianten van casemanagement en hun resultaten. In: G. Pieters & M. v.d. Gaag (red): *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Kroon, H. (2003). *De zorgbehoefte lijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kwekkeboom, M.H. (1999). *Naar draagkracht; een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, R., T. Roes, & V. Veldheer (2002). *De werkelijkheid van de Welzijns-wet*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. (2002). *Zorg van velen*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Michon, H. & J. van Weeghel (1999). *Het werkdocument. Een verkenning van de arbeidsmogelijkheden van mensen met ernstige psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Michon, H., N. van Erp, F. Giesen, & H. Kroon (2003). *Het monitoren van vermaatschappelijking. Deel 1. Bericht over de stand van zaken..* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ministerie van VWS (2000). *Zorg Lokaal. Van de WVG naar een dienstverleningsstelsel*. Den Haag: Ministerie van VWS, IBO WVG.
- Ministerie van VWS. (2002). *Bouwstenennotitie WVG... en nu verder*. Den Haag: Ministerie van VWS, IBO WVG.
- Ministerie van VWS. (2002). *Rapportage Onderzoek Dienstverleningsstelsel*. Den Haag: Ministerie van VWS, IBO WVG.
- Ministerie van VWS (2003). *Naar een Dienstenwet. Standpunt op de Bouwstenennotitie Wet voorzieningen gehandicapten... en nu verder. Plan van aanpak*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2003). *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Morrissey, J.P. (1999). Integrating service delivery systems for persons with severe mental illness. In: A.V. Horwitz & T.L. Scheid (ed.): *A handbook for the study of*

- mental health: Social contexts, theories and systems* (pp. 449-466). New York: Cambridge University Press.
- Mos, M.C. & J. van Weeghel (1999). *Zorg in de samenleving: een basisprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Mulder, F. & C. Schoenmakers (2002). *Raming van de kosten van hotel- en welzijnsdiensten. Een verkennend onderzoek*. Den Haag: SGBBO.
- Nagel, K. (2003). *Wet voorzieningen gehandicapten. In de praktijk gebracht door 25 gemeenten*. Den Haag: Afdeling Onderzoek Consumentenbond.
- Nieuwenhuizen, C. van (1998). *Quality of life of persons with severe mental illness: an instrument*. Amsterdam: Thesis Publications.
- Pennen, T. v. d. & S. Hoff (2002). *Sociale activering. Een brug tussen uitkering en betaalde arbeid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plempers, E. & K. van Vliet (2002). *Community Care: de uitdaging voor Nederland*. Utrecht: Verweij-Jonker instituut.
- Provan, K.G. (1997). Services integration for vulnerable populations: Lessons from community mental health. *Family & Community Health* 19, 19-30.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2002). *Kosten van ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *Samen leven in de samenleving. Community Care and Community Living*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001). *Kwetsbaar in het kwadraat. Krachtige steun aan kwetsbare mensen*. Den Haag: RMO.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2002). *De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Den Haag: RMO.
- Rijkschroeff, R., D. Oudenampsen, M. Steketeer, & K. van Vliet (2002). *Toekomstverkenning modernisering AWBZ en de gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- Schoenmaker, C.G., H.G.M. Rigter, R. de Graaf, & P. Cuijpers (red.) (2002). *Nationale monitor geestelijke gezondheid. Jaarbericht 2002*. Utrecht: Bureau NMG.
- Schoenmakers, C.J. & H.H. van der Meijden (2002). *Welzijnstaken in het dienstverleningsstelsel*. Den Haag: SGBBO.
- Stevens, J.A.M. & E.J.E. Arnold (2002): Kosten, producten en cliënten in de GGZ. In: H.J. Wennink e.a.: *Denkt aler gij doende zijt. Toekomstscenario's GGZ: Modernisering van de AWBZ en de consequenties voor kosten en gebruik*. Utrecht: Trimbosinstituut, Prismant, RGOc.
- Stoelinga, B. & J. Zomerplaat (2002). *Knelpunten in de samenleving. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Samen leven in de Samenleving*. Zoetermeer: RVZ.
- Tansella, M. & G. Thornicroft (2001). The principles underlying community care. In: G. Thornicroft & G. Szukler (ed.). *Textbook of community psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Taskforce vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg (2002). *Erbij horen*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Timmermans, J.M. (2000). *De toekomst van de AWBZ: van ziekte naar zorgverzekering*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Veldboer, L. & J. Mak (2002). *Trends in grootstedelijk welzijnswerk*. Utrecht: Verweij-Jonker instituut.

- Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Utrecht: SWP.
- Weeghel, J. v. & J. Dröes (1999). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 150-165.
- Weeghel, J. van, H. Kroon (2000). Maatschappelijke steunsystemen. In: G. Pieters en M. van der Gaag (red.). *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weeghel, J. v. & F. v. Hoof (2002). Zorg-aan-huisteams en hun samenwerking met maatschappelijke organisaties. *Passage* 11, p. 160-169.
- Weeghel, J. v., H. Michon, H. Kroon (2002). Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team. De betekenis van het Individual Placement and Support-model uit de Verenigde Staten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 57, 936-950.
- Wennink, H.J., A.J.J. Kwartel, Y.J. Pijl, J.A.M. Stevens, & E.J.E. Arnold (2002). *Denkt aleer gij doende zijt. Toekomstscenario's GGZ: Modernisering van de AWBZ en de consequenties voor kosten en gebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut, Prismant, RGOc.
- Wolf, J.R.L.M. (1997). *Client needs and quality of life*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20, 16-24.

**Bijlage 1 De voorzieningen van een maatschappelijk steunsysteem
voor mensen met ernstige psychische handicaps**

1	Voorzieningen voor individuele ondersteuning en begeleiding bij het zelfstandig leven <i>Individuele, praktische ondersteuning en begeleiding; Ondersteuning van / samenwerking met familieleden; Netwerkopbouw, 'kwartier maken' en belangenbehartiging voor individuele cliënten; Ondersteuning bij het verwerven van een inkomen; Coördinatie van de zorg en de ondersteuning op individueel niveau.</i>
2	Voorzieningen voor individuele behandeling en rehabilitatie <i>Medicamenteuze behandeling; Overige psychiatrische/therapeutische behandelprogramma's; Individuele rehabilitatie- en trainingsprogramma's.</i>
3	Voorzieningen voor crisishulpverlening en –opvang <i>Crisiscentra; Opvangvoorzieningen; Crisishulpverlening thuis; Bereikbaarheidsdiensten.</i>
4	Voorzieningen voor sociale participatie <i>Inloopvoorzieningen; Ontmoetingsplekken; Projecten rond relatievorming en vriendschappelijke contacten; Steunpunten en dienstencentra; Dagbestedingcentra/-programma's.</i>
5	Voorzieningen voor maatschappelijke participatie <i>Arbeidsrehabilitatieprogramma's; Beschermd werkplekken; Begeleiding bij regulier (vrijwilligers)werk; Begeleiding en ondersteuning bij het leren en studeren.</i>
6	Voorzieningen voor zelfhulp <i>Zelfhulpgroepen; Herstelprogramma's; Ervarenskundigheid ontwikkelen en inbrengen; Overige cliëntgestuurde projecten.</i>

7 Randvoorwaardelijke voorzieningen

*Opsporen en identificeren van potentiële cliënten;
Outreachinge voorzieningen.*

*Beschikbaar maken van brede range aan woonvoorzieningen;
Samenwerking tussen maatschappelijke voorzieningen.*

*Scholing en deskundigheidsbevordering medewerkers;
Voorlichting en training aan professionals in andere sectoren;
Informatievoorziening aan cliënten;
Publieksvoorlichting;
Coördinatie en regie op systeemniveau.*

Bijlage 2 Kosten van het actuele aanbod van zorg en dienstverlening aan mensen met ernstige psychische handicaps

In paragraaf 3.4 van dit rapport verkennen we drie scenario's voor wat betreft de overheveling van voorzieningen uit de AWBZ naar een dienstverleningsstelsel. Bij elk van die drie scenario's geven we een indicatie van de omvang van die overheveling in termen van de kosten van de betreffende voorzieningen. Die indicaties zijn gebaseerd op een analyse van de actuele kosten van GGZ-voorzieningen, specifiek voor mensen met ernstige psychische handicaps. Met name hebben we gelet op de kosten voor extramurale zorg, exclusief behandeling, en op de kosten voor semimurale zorg, exclusief de directe woonkosten. Onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel Kosten van extramurale en semimurale GGZ-ondersteuning (exclusief behandeling en woonkosten), specifiek voor mensen met ernstige psychische handicaps

<i>Aanbod</i>	<i>Geschatte kosten in miljoen €</i>
Zorgcoördinatie (niet-begeleidingscontacten)	33
Begeleidingscontacten cliënten zorgcoördinatie	71
Psychiatrische Zorg Thuis (PZT)	39
Psychiatrische Crisisinterventie Thuis (PCT)	8
Begeleid (zelfstandig) wonen	35
Beschermd wonen zorgkosten	90
Beschermd wonen servicekosten	45
Totaal individuele begeleiding	321
Inloop-recreatie-educatie	33
Arbeidsmatige activiteiten	21
Totaal dagbesteding	54
Totaal	375

Gegevens over cq geëxtrapoleerd naar 2002.

Bronnen: CTG, 2003; Stevens en Arnold, 2002.

De tabel laat zien dat in 2002 vanuit de GGZ voor tenminste € 375 miljoen aan ondersteuning is geboden, specifiek gericht op mensen met ernstige psychische handicaps. Het overgrote deel van die ondersteuning betreft psychiatrische thuiszorg, begeleid/beschermd wonen en casemanagement ofwel zorgcoördinatie. Een veel kleiner deel van de kosten betreft ondersteuning bij dagbesteding.

Niet in dit overzicht vermeld staan de reguliere begeleidingscontacten bij de Riagg voor bredere groepen cliënten. Het gebruik van deze voorzieningen door mensen met ernstige psychische handicaps is in de statistieken niet te scheiden van het gebruik door andere groepen cliënten. We schatten dat de kosten voor de individuele GGZ-begeleiding van mensen met ernstige psychische handicaps,

wanneer we de reguliere begeleidingscontacten meetellen, minimaal 5 % en maximaal 25 % hoger uitkomen dan de in de tabel genoemde cijfers.

Ook niet in de tabel vermeld, want niet tot de GGZ-voorzieningen te rekenen, zijn cliëntgestuurde projecten. Naar schatting ontvangen deze projecten in totaal circa € 8 miljoen uit ZOM-financiering, € 4 miljoen aan ZVP-gelden en nog eens circa € 4 miljoen aan financiering uit andere bronnen (structurele financiering voor cliëntenparticipatie binnen de instellingen, particuliere subsidies; bron: IGPB, 2003). De totale kosten van cliëntgestuurde projecten komen daarmee op circa € 16 miljoen.

De kostenindicaties van de scenario's in paragraaf 3.4 zijn als volgt tot stand gekomen.

- In het zorgscenario vindt geen overheveling plaats;
- In het dienstverleningsscenario zijn we uitgegaan van de overheveling van alle in bovenstaande tabel genoemde voorzieningen c.q. kosten, plus de kosten van cliëntgestuurde projecten. Dat is in totaal minimaal € 391 miljoen. Rekening houdend met een onderschatting van de kosten van extramurale begeleiding (tengevolge van niet naar mensen met ernstige psychische handicaps herleidbare, reguliere, ambulante begeleidingscontacten), komen we uit op een schatting van € 450 miljoen;
- In het duale scenario zijn we uitgegaan van de overheveling van de kosten die in de tabel onder 'dagbesteding' worden geschaard, plus de kosten van cliëntgestuurde projecten. In totaal is dat € 70 miljoen.

Voor de volledigheid:

- De cijfers hebben betrekking op schattingen over het jaar 2002;
- De bovenvermelde kosten zijn niet de totale GGZ-kosten voor mensen met ernstige psychische handicaps. Niet meegerekend zijn de kosten voor behandeling (ambulante behandeling bij de Riagg of polikliniek, deeltijdbehandeling in APZ of PAAZ), kosten van intramurale zorg en woonkosten van beschermd wonen;
- GGZ-kosten zijn niet de enige zorgkosten voor mensen met ernstige psychische handicaps. Mensen met (ernstige) psychische stoornissen doen ook een beroep op de thuiszorg, de maatschappelijke opvang, het algemeen maatschappelijk werk, etc. (zie onder andere RIVM, 2002).