

19 oktober 2015

Stand van zaken ambulantisering Ggz

Inleiding

In het Algemeen Overleg Ggz van 21 mei j.l. heeft de minister van VWS aangegeven de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling van najaar 2015 te zullen informeren over de stand van zaken met betrekking tot de ambulantisering van de Ggz en de mogelijke (regionale) bijsturing hiervan. Het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd deze analyse op te stellen. Met deze notitie geven we aan dat verzoek gehoor.

Ambulantiseringsovereenkomsten

Achtergrond van het verzoek zijn de afspraken die de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in het kader van het Bestuurlijk Akkoord Ggz hebben gemaakt om de beschikbare middelen voor de Ggz anders in te zetten: minder intramurale zorg en meer en betere ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen¹. Deze herallocatie van middelen moet er toe bijdragen dat de al veel langer bestaande (en op onderdelen grote) achterstand in de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt ingehaald en dat betrokkenen beter in de gelegenheid worden gesteld een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden. Ook cliënten zelf vragen om meer en betere ondersteuning daarbij².

De overweging is dat deze transitie haalbaar moet zijn, gezien de vanuit internationaal perspectief hoge intramurale Ggz-capaciteit in Nederland en gegeven ook het feit dat momenteel meer dan de helft van de Ggz-middelen wordt besteed aan intramurale voorzieningen³. Wel is ervoor gekozen om deze ambulantiseringsslag gefaseerd uit te voeren en daarvoor een periode van acht jaar uit te trekken (2012-2020). In deze periode moet de intramurale capaciteit worden teruggebracht tot tweede derde van de capaciteit in 2008. In diezelfde periode worden vrijkomende middelen ingezet voor een capaciteitsuitbreiding en kwaliteitsverbetering van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zo luidt de afspraak.

¹ Ministerie van VWS, 2012.

² Trimbos-instituut, 2013.

³ Trimbos-instituut, 2014a; Nza, 2014.

Ambulante zorg is niet nieuw

Als het gaat om de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, betekenen de landelijke afspraken niet zozeer een radicale omslag maar een nieuwe impuls voor al veel langer lopende ontwikkelingen. Ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is immers niet nieuw. Al veel langer maakt verreweg het grootste deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen uitsluitend gebruik van ambulante voorzieningen (en ondersteuning door naasten). Nederland telt naar schatting 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen⁴. Verreweg het grootste deel (circa 90 %) woont op zichzelf of met naasten. Dat neemt niet weg dat velen 'buiten de samenleving' staan. Slechts een klein deel heeft een betaalde baan; eenzaamheid is een groot probleem.

Een minderheid van de mensen met ernstige psychische aandoeningen maakt gebruik van intramurale voorzieningen. Op jaarbasis wordt circa 15 % van de mensen met ernstige psychische aandoeningen kortdurend opgenomen (variërend van enkele dagen tot enkele maanden). Daarnaast woont 10 tot 12 % in een zorginstelling, waarvan de meesten in een beschermende woonvorm en de overigen in een psychiatrisch ziekenhuis. Die verhoudingen zijn door de jaren heen niet sterk gewijzigd. Wel is het percentage dat in een instelling woont in de afgelopen 15 jaar nog iets gegroeid, met name in relatie tot een sterke groei van de voorzieningen voor beschermd wonen⁵.

Hoewel de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen van oudsher dus niet in intramurale maar in ambulante zorg zijn, heeft door de jaren heen de ambulante zorg voor deze groep naar schatting slechts 15 tot 20 % van het totale Ggz-budget voor zijn rekening genomen⁶. Initiatieven om, met de beschikbare middelen, de kwaliteit van die ambulante zorg te verbeteren zijn tot dusverre vrijwel uitsluitend vanuit het veld zelf gekomen (zie verder). De recente landelijke ambulantiseringafspraken moeten met name die kwaliteitsontwikkelingen in het veld, maar ook de capaciteitsontwikkeling van de ambulante zorg veel nadrukkelijk gaan faciliteren en ondersteunen.

Monitor ambulantisering..... en hervorming van de langdurige Ggz

Het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd het ambulantiseringproces te monitoren, te beginnen in 2015 en vooralsnog tot 2018 (LMA – Landelijke Monitor Ambulantisering). Daarbij heeft het ministerie gevraagd ook een andere belangrijke transitie te volgen: de decentralisatie, begin 2015, van een deel van de Ggz-voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen naar gemeenten. Een eerste, uitgebreide monitorrapportage volgt eind 2015. In deze notitie wordt in hoofdzaak gebruik gemaakt van de voorlopige monitorbevindingen en -analyses tot nu toe.

In het vervolg van deze notitie wordt eerst stil gestaan bij hetgeen op basis van de tot dusverre beschikbare gegevens bekend is over de (recente) *landelijke* ontwikkelingen in het zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vervolgens worden de ontwikkelingen op *regionaal niveau* besproken, met speciale aandacht voor de regionale samenwerking in de vormgeving van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In de slotparagraaf

⁴ Delespaul e.a., 2012.

⁵ Trimbos-instituut, 2013, 2014a.

⁶ Trimbos-instituut, 2013; Vektis, 2015.

wordt een voorlopig stand van zaken opgemaakt. We attenderen erop dat het bij een deel van de hier gepresenteerde gegevens gaat om *voorlopige* cijfers en *voorlopige* conclusies.

Capaciteitsontwikkelingen

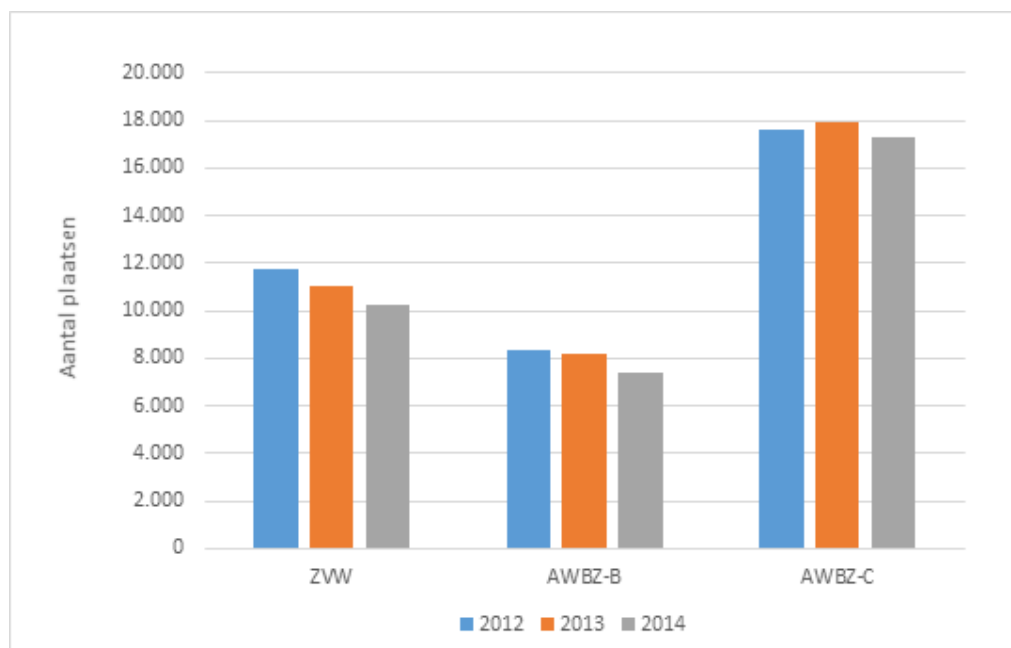
Intramurale zorg en beschermd wonen

Nederland beschikt vanuit internationaal perspectief over een relatief grote capaciteit aan klinische opnamevoorzieningen en verblijfsvoorzieningen. Sinds het jaar 2000 zijn daar in snel tempo beschermende woonvoorzieningen bijgekomen. Per saldo nam tussen 2000 en 2010 nam het totale aantal opnameplaatsen en verblijfs- en woonvoorzieningen in de Ggz nog met ruim een derde toe van 26.500 tot 36.500 plaatsen, met name in de vorm van voorzieningen voor beschermd wonen.

Bij de ambulantiseringsovereenkomsten uit 2012 werd het jaar 2008 als peiljaar genomen voor een 33 % reductie van de bedden capaciteit. Op onderdelen nam na 2008 de intramurale Ggz-capaciteit (en met name het beschermd wonen) nog toe. De feitelijke afbouw nam rond 2011 (dus nog voor de afbouwafspraken) een aanvang in de Zvw-gefinancierde intramurale voorzieningen (opnamen tot één jaar). In 2013 werd in een bescheidener tempo ook een begin gemaakt met de afbouw van de verblijfsvoorzieningen (Awbz B). Het beschermd wonen is tot 2013 blijven groeien.

Eerste analyses van de meest recente ontwikkelingen laten zien dat de in de afgelopen periode ingezette beddenafbouw in 2014 doorzet, dat de capaciteitsdaling in de opname- en verblijfsvoorzieningen groter is dan in 2013 en dat ook de voorzieningen voor beschermd wonen voor het eerst een daling laten zien. Figuur 1 en tabel 1 geven een overzicht.

Figuur 1. Totaal Zvw- en Awbz-gefinancierde intramurale Ggz 2012 - 2014 (voorlopige cijfers).*



* Aantal plaatsen op basis van gerealiseerde productie; 365 dagen is één plaats. Awbz B inclusief Awbz overig. Gegevens op basis van deelnemers LMA, aangevuld met data DigiMv.

Tabel 1. Mutaties Zvw- en Awbz-gefinancierde intramurale Ggz 2012-2014, deelnemers LMA.

	2012-2013	2013-2014
Zvw	-5,6%	-7,2%
AWBZ-B	-3,8%	-4,4%
AWBZ-C	0,0%	-4,4%

Inmiddels ligt het totaal aantal plaatsten in de opname- en verblijfsvoorzieningen (Zvw en Awbz B) grofweg een zesde onder het niveau van peiljaar 2008. De capaciteit van het beschermd wonen ligt daar echter ruim anderhalf keer boven. Kanttekening daarbij is dat de gemeenten - inmiddels verantwoordelijk voor het beschermd wonen - geen partij waren in het Bestuurlijk Akkoord waarin de ambulantiseringafspraken werden gemaakt.

Ambulante zorg

Het aantal ambulante contacten van de Ggz is de afgelopen decennia voortdurend gegroeid⁷. Een deel van die groei komt op conto van een toenemend aantal cliënten, mogelijk een deel ook op een geleidelijke intensivering van de zorg. Inmiddels maken op jaarbasis circa 1 miljoen mensen gebruik van de Ggz. Bij 90 tot 95 % gaat het om (uitsluitend) ambulante zorg. In de meeste gevallen betreft het relatief kortdurende zorgtrajecten. Circa 20 % van de ambulante Ggz-cliënten heeft te kampen met ernstige psychische aandoeningen⁸.

Recente ontwikkelingen in Zvw-gefinancierde ambulante Ggz

Met de impulsen die de ambulantiseringafspraken moeten bieden voor de intensivering van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, mag verwacht worden dat het aantal intensieve zorgtrajecten in de Zvw vanaf 2012/2013 toeneemt. Figuur 2 op de volgende pagina geeft een overzicht van de DBC-trajecten van de deelnemende instellingen aan de monitor ambulantisering en van de ontwikkeling in de verschillende zorgintensiteitscategorieën voor de periode 2012-2014.

De figuur laat in de eerste plaats zien dat het aantal zorgtrajecten in de lichtste categorie verreweg de grootste is en het aantal zorgtrajecten in de meeste intensieve categorie het kleinst. De figuur laat verder zien dat het aantal trajecten in lichtste categorie in de periode 2012-2014 per saldo is gedaald⁹, dat het aantal trajecten in de middencategorie tot 6000 minuten is toegenomen, maar dat juist ook in de intensiefste categorie het aantal trajecten is gedaald (extrapolerend naar de gehele gespecialiseerde Ggz gaat het bij deze intensiefste categorie in 2014 om circa 30.000 zorgtrajecten).

⁷ Trimbos-instituut, 2014b.

⁸ Delespaul e.a., 2012; Trimbos-instituut, 2014b; Vektis, 2015.

⁹ De relatief sterke daling van het aantal *afgesloten* DBC's tot 1800 minuten in 2013 kan vermoedelijk voor een deel worden toegeschreven aan een kleiner aantal *geopende* DBC's in 2012 (als gevolg van de in dat jaar ingevoerde en in 2013 weer afgeschafte eigen bijdrage). Het 'lichte' herstel in 2014 is de facto iets sterker wanneer de - in 2014 ingevoerde - producten basis GGZ bij de DBC-trajecten tot 1800 minuten worden opgeteld.

Figuur 2. Aantal ambulante DBC-trajecten bij de deelnemers LMA* naar minutencategorieën 2012-2014 (voorlopige cijfers).



* De gegevens hebben betrekking op de instellingen die hebben gerespondeerd op een uitvraag in het kader van de LMA (2014) én op een uitvraag in het kader van de voorloper daarvan: de *Landelijke monitor intramurale Ggz* (2013). Deelnemers LMA: lid-instellingen van Ggz Nederland en niet-leden met intramurale voorzieningen. Deelnemers *Landelijke monitor intramurale Ggz*: lid-instellingen Ggz Nederland met intramurale voorzieningen.

Het beeld is dus dubbel: er vindt een gedeeltelijke intensivering van de ambulante zorg plaats, maar tegelijk blijft een groei in de intensiefste DBC-trajecten uit. Belangrijke vraag is hoe een jaarlijkse zorgintensivering van deze orde zich verhoudt tot hetgeen nodig is om de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen substantieel te verbeteren en tot hetgeen mogelijk is, gegeven de budgettaire kaders.

Concrete, landelijk afspraken over het '*nodige*' zijn vooralsnog niet gemaakt. Wel laat de onderzoeksliteratuur zien dat een zorgintensiteit die overkomt met de middelste van bovenstaande DBC-categorieën, vanuit het oogpunt van 'goede zorg' voor mensen met ernstige psychische aandoeningen nog altijd als 'beperkt' is aan te merken en dat (ook) een groei van de intensiefste trajecten in de lijn der verwachting zou liggen^{10 11}. Met betrekking tot de vraag wat aan ambulante zorgintensivering *mogelijk* is, zijn enerzijds de signalen vanuit de zorginstellingen en anderzijds de ontwikkelingen in de macro-uitgaven relevant. Zorginstellingen signaleren dat de vanuit de beddenafbouw vrijkomende middelen niet volledig worden geherinvesteerd (en dat per saldo de instellingsbudgetten dalen). De feitelijke Zvw-uitgaven aan de GGZ namen tot en met 2011 toe. In 2012 zijn bezuinigingsmaatregelen getroffen die hebben geleid tot een reële daling van de uitgaven met ruim 5% in 2012. In het Bestuurlijk Akkoord is vervolgens een beheerste reële uitgavengroei (exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling) overeengekomen van maximaal 4% over de periode

¹⁰ Trimbos-instituut, 2013; Delespaul e.a., in voorbereiding.

¹¹ Zorgtrajecten in de middelste categorie (1.800-6.000 minuten) komen omgerekend naar aantal contacten en uitgesmeerd over een jaar grofweg neer op maximaal één contact per week tot één contact per drie weken. Bij de intensiefste categorie (> 6.000 minuten) gaat het om tenminste 1 contact per week.

2012-2014. De voorlopige cijfers voor deze periode duiden erop dat er geen sprake is van een uitgavendaling, tegelijkertijd lijkt de budgettaire groeiimte niet te worden benut^{12 13}.

Ontwikkelingen in de gemeentelijk gefinancierde ambulante zorg

Sinds 2015 wordt een deel van de ambulante Ggz aan mensen met ernstige psychische aandoeningen gefinancierd door gemeenten. Het gaat om ambulante individuele begeleiding en groepsbegeleiding (dagbestedingsvoorzieningen) die tot 2015 vanuit de Awbz werden gefinancierd. In termen van capaciteit aan en aantallen cliënten van ambulante Ggz is de rol van gemeenten relatief beperkt (het aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen dat Zvw-gefinancierde ambulante zorg ontvangt is aanzienlijk groter). Naar schatting ging het in 2014 om 20.000 mensen in individuele ambulante begeleiding en circa 12.000 mensen in ambulante groepsbegeleiding (dagactiviteitencentra)¹⁴.

Gegevens over 2015 zijn nog niet voorhanden. In een LMA-enquête onder centrumgemeenten meldt een grote meerderheid van gemeenten nog geen concrete op- of afbouwplannen te hebben, ook niet met betrekking tot het beschermd wonen. Wel is een deel van gemeenten van plan de gespecialiseerde ambulante begeleiding maar met name de dagbestedingsvoorzieningen te vervangen door (of de gebruikers ervan door te verwijzen naar) non-categorale voorzieningen (wijkteams, wijkcentra, ten dele ook arbeidsmatige voorzieningen)¹⁵.

Kwalitatieve ontwikkelingen

Insteek van het ambulantiseringstraject is om slagen te maken in de *capaciteit* maar ook in de *kwaliteit* van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen¹⁶. Twee uitgangspunten voor 'goede zorg' aan mensen met ernstige psychische aandoeningen en twee daaraan gelieerde categorieën van voorzieningen/initiatieven staan in de ontwikkelingen in de praktijk steeds meer centraal¹⁷.

Het eerste uitgangspunt luidt dat goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt gekenmerkt door een *geïntegreerde* aanpak. Met name vanuit dit principe is het zogeheten FACT¹⁸-model ontstaan. Kenmerken van dit model zijn enerzijds een geïntegreerde, outreachende en zo nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams en anderzijds een netwerkbenadering waarin vanuit deze teams nauw wordt samengewerkt met het netwerk van cliënten en met voorzieningen

¹² Bij de doorrekening van deze voorlopige groeicijfers is gecorrigeerd voor de administratieve gevolgen in 2014 van de overheveling van de Jeugd-GGZ in 2015. Ministerie van VWS, 2012, 2013, 2015; NZA, 2014; Zorginstituut Nederland, 2015.

¹³ In het vervolg van de monitor volgen nadere analyses van (het tempo van) de ambulante opbouw.

¹⁴ Trimbos-instituut, 2014a.

¹⁵ Tegen deze achtergrond geeft een meerderheid van de lid-instellingen van GGZ Nederland aan een afname van het volume gespecialiseerde ambulante begeleiding te verwachten en meldt circa de helft van de Ggz-instellingen een deel van de dagbestedings- en inloopvoorzieningen te gaan sluiten of al te hebben gesloten (GGZ Nederland, 2014).

¹⁶ Ministerie van VWS, 2012.

¹⁷ Zie ook Trimbos-instituut, 2013, 2014c.

¹⁸ Flexible Assertive Community Treatment

op het gebied van gezondheidszorg, opleiding, werk, etc.. In de afgelopen tien tot vijftien jaar is het aantal teams dat volgens deze FACT-principes werkt gestaag gegroeid, tot circa 300 anno 2015. Daarvan beschikken circa 245 teams inmiddels over het kwaliteitskeurmerk van het certificeringsinstituut CCAF. In totaal bedienen de tot dusverre gecertificeerde teams naar schatting 50.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen¹⁹.

Een tweede uitgangspunt is dat het perspectief van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf veel nadrukkelijker het vertrekpunt moet zijn van de zorg. Juist op basis van de ervaringskennis van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf, wint de overtuiging terrein dat persoonlijk en maatschappelijk herstel met de goede ondersteuning mogelijk zijn, ook wanneer de psychische kwetsbaarheid blijft. De uitgangspunten van 'herstel-faciliterende zorg' en ervaringskennis vertalen zich in de praktijk van de zorg in het streven om niet meer de 'patiënt' centraal te stellen, maar de persoon/burger/naaste/(ex-)werknemer die mede vormgeeft aan de zorg; in initiatieven van mensen met ernstige aandoeningen om ervaringen uit te wisselen, gezamenlijke ervaringskennis te ontwikkelen en deze over te dragen op anderen (mede-cliënten, hulpverleners, maar bijvoorbeeld ook scholen, gemeenten, of politie); en in de vorm van het aanstellen van ervaringsdeskundigen binnen de zorg²⁰.

Bovenstaande ontwikkelingen zijn hoopgevend. Tegelijk wordt vanuit het veld en op basis van onderzoek gesignaleerd dat nog een forse doorontwikkeling nodig is (ook rond andere initiatieven om de kwaliteit van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen te verbeteren)²¹. Zo ontvangen nog lang niet alle mensen voor wie dat behulpzaam kan zijn, geïntegreerde zorg, zoals met name de FACT-teams die proberen te organiseren. Binnen de FACT-teams zijn blijkens CCAF-certificeringstrajecten nog forse investeringen nodig in onder andere de psychologische behandeling, arbeidsrehabilitatie en in zijn algemeenheid in de zorgintensiteit. Gemiddeld ontvangen cliënten van FACT-teams één contact per week (zie ook de vorige paragraaf). In tijden van crisis wordt de zorg opgeschaald²² maar voor ondersteuning op andere terreinen blijft daarmee vaak te weinig tijd/capaciteit over²³. Ook de implementatie van herstel-faciliterende zorg en de aandacht voor de perspectieven, initiatieven en ervaringskennis van mensen met psychische aandoeningen zelf, kunnen nog veel nadrukkelijker worden gestimuleerd en gefaciliteerd, zo luidt het; ook als het gaat om het aanstellen van ervaringsdeskundigen en de ontwikkeling van cliëntgestuurde voorzieningen zoals de recent op verschillende plaatsen in opkomst zijnde 'herstelacademies'.

Gemeenschappelijk - en essentieel - aan de bovenstaande uitgangspunten voor goede zorg en aan de voorzieningen en initiatieven die daaruit voortkomen (en een belangrijke reden om ze hier te noemen) is dat ze domeinoverstijgend zijn; ze passen niet goed in de afzonderlijke kaders van bijvoorbeeld Zvw, Wmo, Participatiewet of Wlz. Voor de benodigde doorontwikkeling is intensieve (regionale) samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en

¹⁹ Trimbos-instituut, CCAF, in voorbereiding.

²⁰ Trimbos-instituut, 2014c.

²¹ Zie o.a. Kenniscentrum Phrenos, 2014; Trimbos-instituut, 2013, 2014c; Delespaul e.a., in voorbereiding.

²² Onderzoek laat zien dat reguliere crisisdiensten weinig meldingen krijgen over FACT-cliënten (SiRM, 2015,

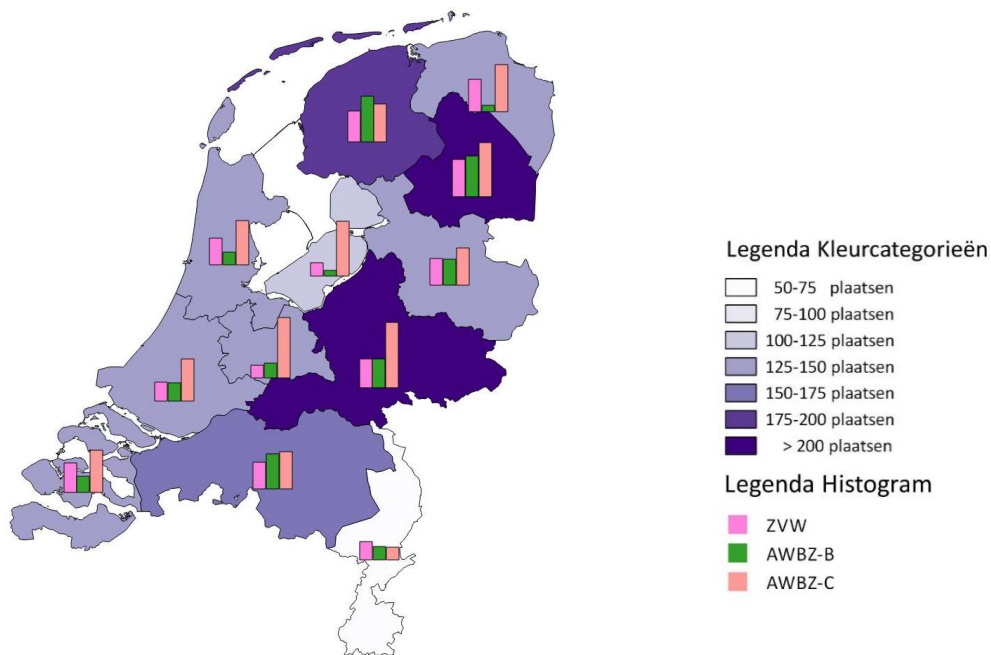
²³ In totaal beschikten alle tot 2015 gecertificeerde FACT-teams samen over een capaciteit van circa 2.300 fte. Ter vergelijking: volgens het CBS telde de Ggz in 2013 circa 67.000 fte aan arbeidskrachten (Trimbos-instituut, 2014b).

cliëntenorganisaties dan ook cruciaal. In de volgende paragraaf wordt kort de stand van zaken in die regionale samenwerking geschetst.

Regionale ontwikkelingen

Regio's verschillen in de uitgangssituaties van het ambulantiseringstraject. Historische gegroeide capaciteit voor psychiatrische opnamen, verblijf en beschermd wonen variëren flink tussen regio's. Waar in de ene regio de opnamecapaciteit historisch relatief hoog is, kent een andere juist veel verblijfsvoorzieningen en is weer elders het beschermd in het afgelopen decennium flink gegroeid. Ook de totale intramurale capaciteit kan per regio verschillen. Hoewel afbouw in alle regio's is ingezet, zijn de facto de feitelijke capaciteitsverschillen tussen de regio's nog steeds aanwezig. Figuur 3 geeft een overzicht van de opname-, verblijfs- en BW-voorzieningen van de LMA-deelnemers per 100.000 inwoners per provincie in 2014.

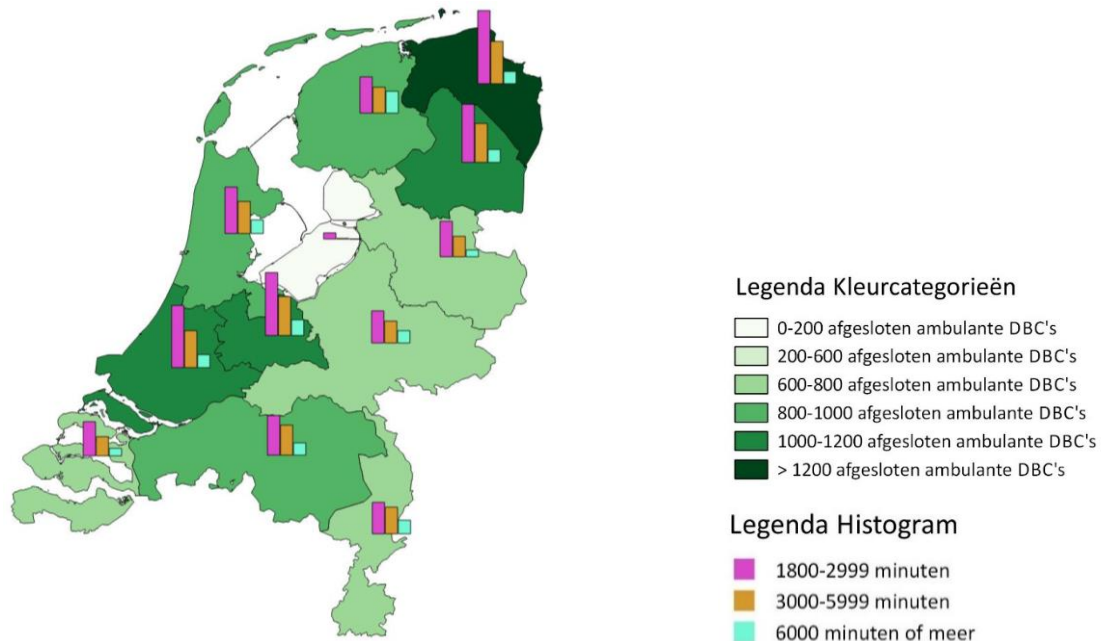
*Figuur 3. Productie klinische Zvw, Awbz B en Awbz C per 100.000 inwoners per provincie 2014**



* NB: Niet landelijk dekkend. Voorlopige gegevens op basis van responderende deelnemers LMA (lid-instellingen van Ggz Nederland en niet-leden met intramurale voorzieningen). Op basis van locatie voorziening.

Hetzelfde geldt voor de ambulante zorg, zij het minder uitgesproken. Regionale uitgangssituaties zijn niet identiek. Ook hier spelen historische gegroeide verschillen in capaciteit en zorggebruik. Daarbij is het niet zo dat regio's met relatief veel intramurale capaciteit per definitie weinig ambulante capaciteit hebben (of andersom). Gegevens van Vektis laten zien dat ook over het geheel genomen uitgaven aan Ggz per regio verschillen (zie bijlage). Figuur 4 geeft een overzicht van de ambulante zorg per regio in termen van aantallen DBC-trajecten van de LMA-deelnemers naar zorgintensiteit per 100.000 inwoners in 2014.

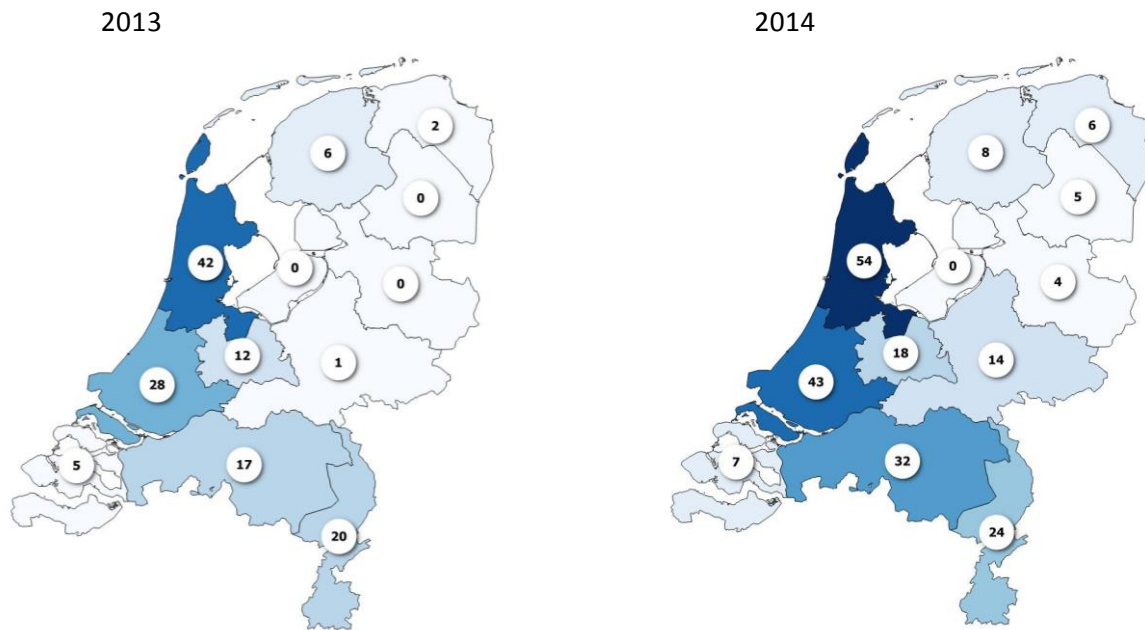
Figuur 4. Aantal ambulante DBC-trajecten > 1.800 minuten per 100.000 inwoners per provincie 2014*



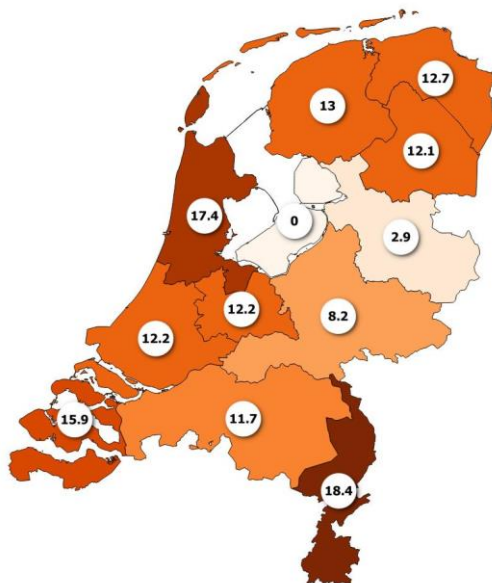
* NB: Niet landelijk dekkend. Voorlopige gegevens op basis van responderende deelnemers LMA (lid-instellingen van Ggz Nederland en niet-leden met intramurale voorzieningen). Op basis van hoofdlocatie, met correcties voor geschatte aandeel productie buiten de provincie.

Er bestaan ook faseverschillen en zorginhoudelijke verschillen tussen de regio's. Sommige regio's hebben al jaren voordat de landelijke afspraken werden gemaakt, ingezet op afbouw van hun intramurale voorzieningen ten faveure van intensievere ambulante zorg. Ook op zorginhoudelijk vlak zijn er (accent- en fase)verschillen tussen de regio's. Zo hebben sommige regio's in het verleden al nadrukkelijk ingezet op de ontwikkeling van bovenbeschreven FACT-teams. De figuren 5 en 6 op de volgende pagina geven een overzicht van de recente FACT-ontwikkelingen per provincie. Het overzicht laat zien dat over de hele linie sprake is van een groei van het aantal gecertificeerde FACT-teams en dat met name Noord-Holland en Limburg daarin vanuit een historische keuze voorliggen. Zo loopt men in sommige regio's of regionale voorzieningen weer voor op andere gebieden, bijvoorbeeld rond arbeidsrehabilitatie, kennis en capaciteit voor traumabehandeling bij mensen met ernstige psychische aandoeningen of de omslag naar herstelondersteunende zorg en de ondersteuning van cliënteninitiatieven. In zijn algemeenheid kan dan ook niet gesproken worden van regio's die het 'goed' of 'slecht' doen. Daarvoor verschillen de uitgangssituaties te zeer en kent iedere regio zijn eigen plus- en minpunten.

Figuur 5. Aantallen gecertificeerde FACT-teams per provincie in 2013 en 2014 (bron: CCAF)



Figuur 6. Aantallen fte van gecertificeerde FACT-teams per provincie per 100.000 inwoners in 2014 (bron: CCAF)



Beleidsvorming bij gemeenten

Van belang voor de verdere ontwikkeling van de capaciteit en kwaliteit van de ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen op het *regionale* niveau, is dat gemeenten daarin inmiddels een belangrijke rol toebedeeld hebben gekregen. We signaleerden al dat de taken voor de gemeenten in termen van de omvang van de vanuit de Awbz overgehevelde ambulante voorzieningen, verhoudingsgewijs beperkt is. Wel hebben gemeenten ook het beschermd wonen

onder hun hoede gekregen (dat circa 80 % van het overgehevelde budget beslaat). Maar minstens zo belangrijk: gemeenten hebben ook een expliciete verantwoordelijkheid toebedeeld gekregen in het bevorderen en ondersteunen van de sociale en maatschappelijke participatie (en ‘inclusie’) van mensen met ernstige psychische aandoeningen (onder andere onder noemers van de Wmo en de participatiewet).

We zagen al dat meeste gemeenten nog geen concrete afbouw- of opbouwplannen hebben. Wel zijn er verschillen in de beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met een ‘psychische kwetsbaarheid’. Die verschillen betreffen zowel de fasering als de inhoud van dat beleid. Een aantal gemeenten heeft inmiddels een beleidsplan opgesteld voor de ondersteuning van deze doelgroep; bij een andere groep gemeenten is een dergelijk plan nog in voorbereiding. Nog weer een andere groep gemeenten geeft aan geen separaat beleidsplan voor deze doelgroep te zullen maken. Waar het gemeentelijke beleid inmiddels tot ontwikkeling is gekomen, ligt het accent vooral op de opvangkant van de zorg. De zorg aan mensen met psychische aandoeningen wordt vooral geassocieerd met vraagstukken rond maatschappelijke opvang, beschermd wonen, veiligheid en soms ook de recente discussies over de opvang van ‘verwarde personen’. Minder aandacht lijkt er tot dusverre te zijn voor participatie en voor de vraag hoe gemeenten mensen met een psychische kwetsbaarheid kunnen ondersteunen bij hun persoonlijke en maatschappelijke herstel. Al zijn er ook enkele gemeenten die juist hierin voorop lopen (veelal gemeenten waar cliëntenorganisaties en cliëntgestuurde voorzieningen al prominent aanwezig zijn).

Regionale samenwerking

‘Goede zorg’ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is geïntegreerd, herstel-faciliterend en domeinoverstijgend, zo signaleerden we hierboven. Dat vraagt om intensieve regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties. In het *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen* (‘Over de brug’, Kenniscentrum Phrenos, 2014), wordt dan ook bepleit dat in elke regio een regionale regiogroep wordt ingesteld, met daarin vertegenwoordigers van de bovengenoemde organisaties.

Vooralsnog kent slechts een zeer beperkt aantal regio’s een dergelijke regiegroep. Twee regio’s, die als landelijke koplopers worden beschouwd zijn Oost-Gelderland en Midden-Westelijk Utrecht. In Oost-Gelderland is in 2013 een regionaal samenwerkingstraject gestart van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Die samenwerking heeft medio 2015 geresulteerd in een gezamenlijk visiedocument²⁴. In de regio Midden-Westelijk Utrecht is eind 2014 door de regionale partijen een ‘Taskforce EPA’ opgericht. Inmiddels heeft de Taskforce in de regio een aantal pilots geëntameerd²⁵. De ontwikkelingen in deze voorhoederegio’s zijn hoopgevend maar vormen nog een uitzondering. De LMA-enquête onder de centrumgemeenten laat zien dat in een grote meerderheid van de regio’s een dergelijk regiegroep voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen nog ontbreekt. Een meerderheid van de centrumgemeenten geeft aan vooralsnog ook niet van plan te zijn een dergelijke regiegroep in te stellen.

²⁴ Trimbos-instituut, 2015.

²⁵ Taskforce EPA, 2015.

Een inventarisatie in het kader van de Monitor ambulantisering in vijf verdiepingsregio's laat niettemin zien dat de transitie volgens de betrokkenen veel momentum genereren en dat er bij alle partijen sprake is van een grote inzet en goede wil. Met name bilateraal wordt zowel op bestuurlijk als op uitvoeringsniveau veel tijd in afstemming gestoken. Maar er zijn ook knelpunten (ook in de twee voorhoederegio's), voor een deel met een structureel karakter.

Kernprobleem lijkt daarbij dat de opeenvolgende modernisering van het zorgstelsel inmiddels hebben geleid tot een zeer complex speelveld, met per regio een grote veelheid aan partijen, elk met eigen belangen, bekostigingskaders, strategische beleidsdoelstellingen en geografische werkgebieden; partijen die voor een deel ook met elkaar in concurrentie zijn (zorgverzekeraars). Ook waar de intenties positief zijn en de persoonlijke verhoudingen goed, maakt die snel toegenomen complexiteit het moeilijk om substantiële vooruitgang te boeken en is het risico van fragmentatie in de aansturing en in de zorg zelf momenteel groot, zo luidt het. Tegelijk liggen bij het ontbreken van concrete, financiële systeempraktijken aan de afzonderlijke partijen om tot intensivering van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen te komen, risico's van afwenteling op de loer, zo wordt gesignaleerd.

Conclusie landelijk beeld

Recapitulerend laten bovenstaande bevindingen zien dat de afbouw van de intramurale Ggz-capaciteit doorzet en dat binnen de Zvw-gefinancierde Ggz een gedeeltelijke intensivering plaatsvindt van de ambulante zorg. Tegelijk roepen ze de vraag op of beschikbare ruimte voor die intensivering volledig wordt benut en of het tempo waarin die intensivering plaatsvindt, tegemoet komt aan wat nodig is om de doelstellingen van het ambulantiseringstraject te realiseren.

Met betrekking tot het gemeentelijke domein laat het overzicht zien dat gemeenten nog volop in de fase van de beleidsontwikkeling verkeren, veelal nog geen concrete op- of afbouwplannen hebben en zich momenteel vooral oriënteren op de opvangkant van de zorg aan mensen met psychische aandoeningen en in mindere mate op de participatiekant.

Ten slotte laten de bevindingen zien dat er op regionaal niveau veel goede wil is en dat veel tijd wordt geïnvesteerd in onderlinge afstemming, maar ook dat het regionale speelveld en de regionale aansturing van de zorg als gevolg van de opeenvolgende modernisering van het zorgstelsel inmiddels zeer complex zijn geworden. Gezamenlijk overleg van zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties is nodig om tot een geïntegreerd, herstelondersteunend regionaal zorglandschap te komen, maar blijft in de meeste regio's nog uit. Ook waar wel intensiever wordt samengewerkt, wordt gewaarschuwd voor het risico dat partijen door het complexe speelveld aan belangen in een patstelling raken. Daarmee zijn ook risico's van afwenteling en van fragmentatie reëel.

Referenties

CCAF. www.ccaf.nl

DBC-Onderhoud. *Data-set DBC Ggz 2009-2013*. 2015.

Delespaul, P.A.E.G. en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55 (2012) 6, p. 427-437.

Delespaul P, Milo M, Boevink W, Van Os J: *GOEDE GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie*. Amsterdam, Diagnosis Uitgevers; in voorbereiding.

Ggz Nederland. *Monitor voortgang Wmo. Uitkomsten vijfde meting, januari 2015*. Amersfoort, 2015.

Kenniscentrum Phrenos. *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht, 2014.

Ministerie van VWS. *Bestuurlijk akkoord toekomst Ggz 2013 – 2014*. Den Haag, 2012.

Ministerie van VWS. *Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Den Haag, 2013.

Ministerie van VWS. *Rijksbegroting 2016*. Den Haag, 2015.

Nza. *Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2014*. Utrecht, 2014.

SIRM. *Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten*. Den Haag, 2015.

Taskforce EPA Midden-Westelijk Utrecht. *Volwaardig burgerschap en psychiatrie*. Utrecht, 2015.

Trimbos-instituut. *Landelijke nulmeting intramurale Ggz*. Utrecht, 2012.

Trimbos-instituut. *Ambulantisering. Themarapport Trendrapportage Ggz*. Utrecht, 2013.

Trimbos-instituut. *Landelijke monitor intramurale Ggz. Tweede meting - 2013*. Utrecht, 2014a.

Trimbos-instituut. *Ggz in tabellen 2013 – 2014*. Utrecht, 2014b.

Trimbos-instituut. *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht, 2014c.

Trimbos-instituut. *Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Visiedocument en ontwikkelagenda 2015-2018*. Utrecht, 2015.

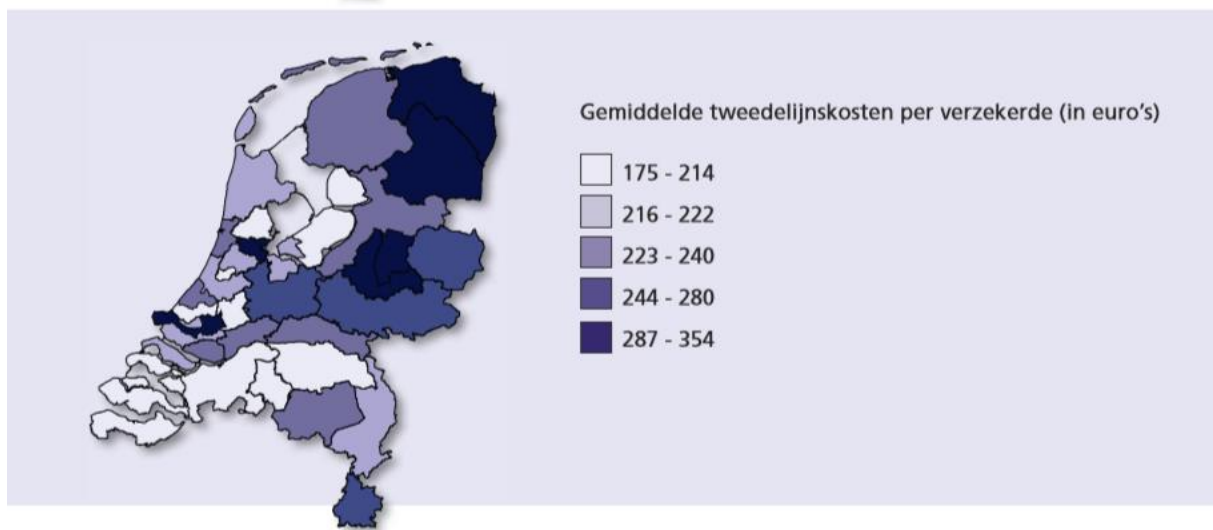
Trimbos-instituut. *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige Ggz 2015*. In voorbereiding.

Trimbos-instituut, CCAF. *Rapportage CCAF-analyses Flexible ACT 2009-2014*. Utrecht, Woerden. In voorbereiding.

Vektis. *Zorgthermometer Ggz*. Zeist, 2015.

Zorginstituut Nederland. www.zorgcijfersdatabank.nl.

Bijlage. Regionale verschillen in tweedelijns Ggz-kosten per verzekerde (18-64 jaar) in 2013 (bron: Vektis 2015)



* NB: Niet landelijk dekkend. Voorlopige gegevens op basis van responderende deelnemers LMA (lid-instellingen van Ggz Nederland en niet-leden met intramurale voorzieningen). Op basis van hoofdlocatie, met correcties voor geschatte aandeel productie buiten de provincie.