Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2016



Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2016

Utrecht, 2016

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financier
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding
Frank van Hoof

Projectuitvoering / auteurs
Frank van Hoof
Aafje Knispel
Lex Hulsbosch
Caroline Place
Christien Muusse
Maaike van Vugt
Michel Planije
Harry Michon
Hans Kroon

Met medewerking van
Harry van Haastrecht
Nancy Repi

Project-assistentie
Freeke Perdok

Productie
Joris Staal
Martin Fraterman

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
www.istockphoto.com
Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel

Artikelnummer **AF1510.**

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

Samenvatting 7

1. Inleiding 11
1.1. Aanleiding voor de monitor 11
1.2. Opzet van de monitor 11
1.3. Opzet van de rapportage 12

2. Leefsituatie en zorggebruik van mensen met ernstige psychische aandoeningen 13
2.1. Inleiding 13
2.2. Leefsituatie, kwaliteit van leven 14
2.3. Zorggebruik en ondersteuningsbehoeften 16
2.4. Ontwikkelingen 2015-2016 18
2.5. Mensenrechten 19
2.6. Conclusies 20

3. Capaciteit en gebruik van GGZ-voorzieningen 21
3.1. Inleiding 21
3.2. Ambulante zorg 21
3.3. Intramurale zorg en beschermd wonen 24
3.4. Conclusies 26

4. Gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen 29
4.1. Inleiding 29
4.2. Flexible Assertive Community treatment - FACT 29
4.3. Intensive Home Treatment - IHT 32
4.4. Vroege Interventie Psychose - VIP 33
4.5. Conclusies 35

5. Maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid 37
5.1. Inleiding 37
5.2. Omvang en activiteiten 38
5.3. Financiering en randvoorwaarden 39
5.4. Conclusies 40

6. Beschouwing 41

Referenties 43

Met dank aan:
De deelnemers aan de voorbereidingsgroepen
De leden van het panel Psychisch Gezien
De respondenten van de geënquêteerde instellingen, teams en initiatieven
De deelnemers aan de interviews
F-ACT Nederland
Platform IHT
Netwerk Vroege Psychose
LPGGz
CCAF

Bijlagen

A	Samenstelling begeleidingscommissie	45
B	Deelonderzoek Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg	47
C	Deelonderzoek Panel Psychisch Gezien – Mensenrechten	83
D	Deelonderzoek Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen	91
E	Deelonderzoek Flexible Assertive Community Treatment – FACT	123
F	Deelonderzoek Intensive Home Treatment - IHT	135
G	Deelonderzoek Vroege Interventie Psychose - VIP	145
H	Deelonderzoek Maatschappelijke initiatieven voor en door mensen met een psychische kwetsbaarheid	157

Afkortingen **179**

Samenvatting

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn in de afgelopen periode verschillende ingrijpende transities in gang gezet. Twee belangrijke daarvan zijn de ambulantisering van de GGZ en de hervorming van de langdurige GGZ (overheveling van voorheen vanuit de Awbz gefinancierde onderdelen van de GGZ naar de Wlz en de Wmo). De transities moeten bijdragen aan betere en effectievere zorg en ondersteuning, met name van mensen met ernstige en/of langdurige psychische aandoeningen. Daarbij is het streven om betrokkenen meer mogelijkheden te bieden op en ondersteuning te bieden bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven.

Het ministerie van VWS hecht eraan om de transities en de resultaten daarvan goed te kunnen volgen, en heeft het Trimbos-instituut daarom gevraagd de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Eind 2015 verscheen de eerste monitorrapportage. De resultaten daarvan waren voor het het ministerie aanleiding om het Trimbos-instituut te vragen een advies op te stellen over de intensivering van de ambulante GGZ en een handvat te maken voor de regionale samenwerking rond de zorg en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Genoemd advies verscheen in mei 2016 (Trimbos-instituut, 2016a). Het handvat verschijnt gelijktijdig met deze monitorrapportage (Trimbos-instituut, 2016b).

Voorliggend rapport beschrijft de resultaten van de tweede meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Deze bestaat uit vier onderdelen:

- Kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen;
- Kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen;
- Uitvraag ontwikkelingen en stand van zaken gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen;
- Uitvraag ontwikkelingen en stand van zaken maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen

De belangrijkste bron voor deze kernmonitor is een periodieke peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien, waarin circa 2000 mensen met langdurige psychische aandoeningen participeren. De eerste monitorpeiling onder het panel, voorjaar 2015, liet zien dat de kwaliteit van leven van de panelleden in doorsnee ver achterblijft bij die van de algemene bevolking. De maatschappelijke participatiegraad is laag en onder andere de eenzaamheidsproblematiek is groot. De peiling liet ook zien dat veel panelleden willen deelnemen aan de samenleving en willen participeren in meer of minder formele sociale netwerken. Vooral veel jongere panelleden hebben deze wens.

De tweede monitorpeiling onder de panelleden laat zien dat voor velen de realiteit nog steeds (ver) achter blijft bij die wensen. In doorsnee is de leefsituatie en de kwaliteit van leven voor de leden van het panel Psychisch Gezien in de periode 2015-2016 ongewijzigd gebleven. Dat geldt ook voor de zorg en ondersteuning die men ontvangt en voor de waardering voor die zorg en ondersteuning. Ook de relatief lage waardering van de panelleden voor de gemeentelijke voorzieningen en de voorzieningen op het gebied van werk en inkomen is onveranderd.

De urgentie van het realiseren van de verbeteringen in de kwaliteit van leven en in het algemene kwaliteitsniveau van voorzieningen waar mensen met ernstige psychische aandoeningen gebruik van maken, blijft dus onverminderd groot. Datzelfde geldt, afgaande op de ervaringen en oordelen van de panelleden, voor de acties die nodig zijn voor het waarborgen van de rechten van mensen met psychische beperkingen, met name voor gelijke kansen rond maatschappelijke participatie.

Kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen

De belangrijkste bron voor deze kernmonitor bestaat uit een jaarlijkse uitvraag bij GGZ-instellingen over de capaciteit en het gebruik van ambulante en intramurale GGZ-voorzieningen. In deze uitvraag participeert het grootste deel van de geïntegreerde GGZ-instellingen en Ribw's in Nederland. In het kader van de tweede meting van de monitor heeft een uitvraag plaatsgevonden over 2015. Resultaten worden afgezet tegen die van de eerste meting en daaraan voorafgaande metingen in het kader van de toenmalige Monitor Intramurale GGZ.

De resultaten duiden erop dat bij de deelnemende instellingen de enkele jaren geleden ingezette afbouw van de klinische capaciteit doorzet. Ook de meer recent ingezette, bescheiden afbouw van het beschermd wonen, continueert.

Aanwijzingen voor de met het ambulantiseringstraject beoogde uitbouw en intensivering van de ambulante zorg, blijven echter uit.

Zo laten meerjarige trends met betrekking tot de ambulante basis en specialistische GGZ bij de aan de monitor deelnemende instellingen zien dat:

- Het totaal aantal cliënten dat ambulante basis-GGZ of ambulante specialistische GGZ ontvangt, afneemt;
- Een verschuiving plaatsvindt van behandeltrajecten van de (doorgaans intensievere) specialistische GGZ naar de (minder intensieve) basis-GGZ;
- Binnen de specialistische GGZ ook het aantal intensievere ambulante zorgtrajecten (DBC's in de hogere 'minutencategorieën') (licht) daalt.

Eén en ander betekent dat, de ontwikkelingen in de basis-GGZ en de specialistische GGZ bij elkaar genomen, per saldo bij de deelnemende instellingen een afname plaatsvindt van de omvang én van de intensiteit van de ambulante zorg.

Over de Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding bij de deelnemende instellingen konden vanwege registratiewijzigingen geen recente trendcijfers worden gepresenteerd (in voorgaande jaren vond een lichte stijging van het aantal cliënten in individuele ambulante begeleiding en een daling van het aantal cliënten in ambulante groepsbegeleiding plaats). Resultaten van de Wmo-monitor van GGZ Nederland, de Ribw Alliantie en de Federatie Opvang wijzen echter niet op substantiële uitbreidingen van de ambulante begeleiding. Van belang is daarbij ook dat capaciteit en aantallen cliënten van de Wmo-gefinancierde ambulante GGZ verhoudingsgewijs beperkt zijn.

De resultaten laten ook zien dat het aandeel van de ambulante zorg in de totale (Zvw-, Wlz-, Jeugdwet en Wmo-gefinancierde) inkomsten van de instellingen in de afgelopen jaren (en volgens opgave van deze instellingen) niet is gegroeid en min of meer stabiel blijft op circa 40 %. Ook deze cijfers duiden niet op uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg. (Daarbij is een deel van de verklaring voor die stabiele verdeling gelegen in het feit dat de afbouw van de klinische capaciteit gedeeltelijk wordt gecompenseerd door een intensivering (en duurder worden) van de resterende klinische zorg.)

De POH-GGZ is niet meegenomen in de monitor-uitvraag. Landelijke gegevens over 2015 zijn niet voorhanden. Wel bekend is dat het aantal cliënten van de POH-GGZ in de afgelopen periode gestaag is gegroeid. Kanttekening daarbij is dat ondersteuning door de POH-GGZ gemiddeld zeer laag-intensief is (gemiddeld drie contacten per cliënt). Dat betekent dat het 'volume' aan ambulante zorg vanuit de POH-GGZ vooralsnog zeer bescheiden is, maar ook dat, waar het ambulantiseringstraject ook inzet op intensivering van die ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, de POH-GGZ daar vermoedelijk slechts een beperkte rol in kan spelen.

Kanttekeningen bij bovenstaande bevindingen zijn dat ze a. niet volledig landelijk dekkend zijn en b. voor een deel onderhevig kunnen zijn aan administratieve 'artefacten', onder andere als gevolg van de transities of wijzigingen in registratie-systematiek. Gegeven die kanttekeningen roepen de verschillende bevindingen tezamen niettemin het beeld op dat van een substantiële uitbouw en intensivering van de ambulante zorg vooralsnog geen sprake is.

Uitvraag gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen

Belangrijke uitgangspunten in de ontwikkeling van goede en effectieve ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn: 'integrale zorg'; intensieve zorg waar nodig; en preventie (van chroniciteit). Drie categorieën van gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen die gebaseerd zijn op deze uitgangspunten zijn (Flexible) Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) en Vroege Interventie Psychose (VIP). In deze monitorrapportage wordt verslag gedaan van een inventarisatie van de stand van zaken rond bovengenoemde voorzieningen. Voor die inventarisatie is gebruik gemaakt van enquête-onderzoek en interviews.

Ontwikkelingen rond ambulante GGZ-voorzieningen als FACT, IHT en VIP laten zien dat in de afgelopen jaren flink is geïnvesteerd in de kwaliteit van de (ambulante) zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige (of acute) psychische aandoeningen. Daarbij blijken vertegenwoordigers van de teams vooral te spreken over de interne organisatie en het interne functioneren van de teams. Verdere ontwikkeling is, afgaande op de bevindingen in deze monitor, in hoofdzaak nodig in de bredere organisatie van de zorg (meer continuïteit, flexibiliteit, regie, afstemming), aansluiting bij andere maatschappelijke organisaties (sociaal domein) en ondersteuning bij maatschappelijk herstel en participatie. Verbeteringen zijn ook nodig als het gaat om uitbreiding van de capaciteit (groter bereik en verkleining van de caseload; ook de FACT-teams en de VIP-teams geven aan bij de huidige – bij de (F)ACT teams stijgende - caseload te veel 'achter de problemen aan te lopen'.)

Een belangrijke bevinding is echter ook dat, waar FACT in de afgelopen periode gestaag is gegroeid, er momenteel nagenoeg geen uitbreidingsplannen meer zijn. Deelnemers aan de verschillende deelonderzoeken van de monitor signaleren ook dat financierings- en bekostigingsstructuren, een toenemende productiedruk (met als gevolg onder andere een verminderende outreach bij FACT) en het ontbreken van regie en afstemming op regionaal niveau de kwaliteit verder onder druk zetten.

Uitvraag maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid

Persoonlijk en maatschappelijk herstel, participatie en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen vragen (veel) meer dan alleen goede GGZ-voorzieningen. Ontwikkelingen in het sociaal domein en in de sectoren van wonen, werk, onderwijs, etc. zijn van belang, maar ook maatschappelijke initiatieven voor én door mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf (waaronder de zogeheten herstelacademies en zelfregiecentra). In deze monitorronde is door middel van een enquêteonderzoek speciale aandacht besteed aan deze 'door en voor' initiatieven.).

De enquêteresultaten laten zien dat maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in termen van 'betaalde' capaciteit een bescheiden positie innemen, maar dat het bereik in termen van deelnemers aanzienlijk is. Daarbij vervullen de initiatieven functies in het persoonlijk en maatschappelijk herstel van de deelnemers zelf, maar nemen ze ook een bredere maatschappelijke rol en een verantwoordelijkheid in de transities in de zorg op zich. Belangrijke uitdagingen zijn voor veel van de initiatieven gelegen in het waarborgen van de continuïteit (van financiering) en de positionering en inbedding in het regionale zorglandschap.

De toenemende belangstelling voor de initiatieven in het kader van de recente transities, biedt betrokkenen de hoop die uitdagingen in de toekomst beter het hoofd te kunnen bieden (onder andere door middel van een meer structurele financiële basis). Essentieel is in de ogen van de respondenten dat de initiatieven daarbij de ruimte behouden voor eigenheid ('vrijplaats') en onafhankelijkheid.

Beschouwing

Per saldo laten de monitorresultaten zien dat in de afgelopen jaren door de 'mensen in het veld' flink is ingezet op verbetering van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De ontwikkelingen rond FACT, IHT en VIP maar ook de maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid getuigen daarvan. De ambities bij betrokkenen om de positieve ontwikkelingen door te zetten, is groot.

De bevindingen van deze tweede monitorrapportage geven echter ook aanleiding tot zorg. De afbouw van intramurale voorzieningen zet door, en er vindt substitutie plaats van de (doorgaans intensievere) gespecialiseerde ambulante GGZ door de (doorgaans minder intensieve) basis-GGZ. Aanwijzingen voor een substantiële intensivering c.q. uitbreiding van intensieve ambulante zorg, zoals beoogd met het ambulantiseringstraject, blijven echter uit. Ook zijn er vooralsnog geen aanwijzingen dat het aandeel van de ambulante zorg in de beschikbare middelen van de GGZ-instellingen stijgt (zorgverzwaring in de intramurale zorg lijkt daarbij een rol te spelen). Een belangrijke bevinding is ook dat, waar FACT in de afgelopen periode gestaag is gegroeid, er momenteel nagenoeg geen uitbreidingsplannen meer lijken te zijn. De groei van FACT zou daarmee tot een halt komen. Daarmee blijven ontwikkelingen ver achter bij die in het eerder genoemde Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ.

Verder heeft op populatieniveau over de periode 2014-2015 geen verbetering plaatsgevonden in de leefsituatie van mensen met langdurige psychische aandoeningen. De kwaliteit van leven blijft nog steeds ver achter bij die van de algemene bevolking. Met name eenzaamheid blijft voor velen een groot probleem. De hoop van mensen met ernstige psychische aandoeningen op meer mogelijkheden tot het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven, blijft dan ook onverminderd groot.

Bij elkaar genomen roepen de monitorresultaten vooral op tot een (veel) grotere urgentie om in gezamenlijkheid in te zetten op uitbreiding van de investeringen in goede ambulante zorg, meer herstel, meer participatie, een betere gezondheid en meer sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische aandoening.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor de monitor

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn in de afgelopen periode verschillende ingrijpende transities in gang gezet. Twee belangrijke daarvan zijn de ambulantisering van de GGZ en de hervorming van de langdurige GGZ. De transities moeten bijdragen aan betere en effectievere zorg en ondersteuning, met name van mensen met ernstige en/of langdurige psychische aandoeningen. Daarbij is het streven om betrokkenen meer mogelijkheden te bieden op en ondersteuning te bieden bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven.

Het ministerie van VWS hecht eraan om de transities en de resultaten daarvan goed te kunnen volgen, en heeft het Trimbos-instituut daarom gevraagd de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Eind 2015 verscheen de eerste monitorrapportage. Deze gaf het ministerie onder andere aanleiding tot het laten opstellen van een *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ* en een *Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda rond de sociale inclusie van met mensen met ernstige psychische aandoeningen.*

Voorliggend rapport beschrijft de resultaten van de tweede meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ.

1.2 Opzet van de monitor

Vaste onderdelen van de monitor zijn de volgende twee 'kernmonitors':

Kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen
De belangrijkste bron voor deze kernmonitor is een periodieke peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien, waarin circa 2000 mensen met langdurige psychische aandoeningen participeren.

Kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen
Deze kernmonitor bestaat uit een jaarlijkse inventarisatie van de ontwikkelingen in de capaciteit en het gebruik van ambulante en intramurale GGZ-voorzieningen. Deze worden in beeld gebracht aan de hand van een periodieke uitvraag bij GGZ-instellingen.

Daarnaast wordt jaarlijks ingezoomd op één of meer specifieke ontwikkelingen rond de ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ. In deze tweede rapportage wordt speciale aandacht besteed aan de ontwikkelingen rond twee categorieën van voorzieningen en initiatieven:

Gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen
Belangrijke uitgangspunten in de ontwikkeling van goede en effectieve ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn: 'integrale zorg'; intensieve zorg waar nodig; en preventie (van chroniciteit). Drie categorieën van gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen die gebaseerd zijn op deze uitgangspunten zijn (Flexible) Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) en Vroege Interventie Psychose (VIP). In deze monitorrapportage wordt verslag gedaan van een inventarisatie van de stand van zaken rond bovengenoemde voorzieningen. Voor die inventarisatie is gebruik gemaakt van enquête-onderzoek en interviews.

Maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid
Persoonlijk en maatschappelijk herstel, participatie en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen vragen meer dan alleen goede GGZ-voorzieningen. Ontwikkelingen in het sociaal domein en in de sectoren van wonen, werk, onderwijs, etc. zijn ook van belang, maar ook maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf. In deze tweede monitorrapportage wordt aan de hand van de resultaten van een enquête-onderzoek speciale aandacht besteed aan de ontwikkelingen rond deze cliënteninitiatieven, zoals de zogeheten herstelacademies en zelfregiecentra.

1.3 Opzet van het rapport

In de volgende hoofdstukken worden de resultaten beschreven van de tweede monitorronde. In hoofdstuk 2 komen (de ontwikkelingen in) de perspectieven van mensen met ernstige psychische aandoeningen op hun actuele leef- en zorgsituatie aan bod. In hoofdstuk 3 worden de ontwikkelingen en de stand van zaken beschreven in de capaciteit en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen. Hoofdstuk 4 gaat in op de ontwikkelingen en stand van zaken rond respectievelijk FACT, IHT en VIP. In hoofdstuk 5 worden de ontwikkelingen besproken rond de maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Hoofdstuk 6 bevat een slotbeschouwing op de resultaten van deze tweede monitorronde.

Alle resultaten hebben betrekking op het moment van de uitvraag in 2016, uitgezonderd de gegevens over de capaciteit en het zorggebruik bij de instellingen in hoofdstuk 3; deze hebben betrekking op 2015 (en de voorgaande jaren).

Een uitgebreidere verantwoording en verslaglegging van de verschillende deelonderzoeken voor deze tweede monitorronde is opgenomen in de bijlagen.

2 Leefsituatie en perspectieven van mensen met ernstige psychische aandoeningen

2.1 Inleiding

Op jaarbasis hebben in Nederland naar schatting bijna twee miljoen volwassenen te kampen met psychische aandoeningen (Trimbos-instituut, 2010). Bij de meerderheid zijn de klachten van relatief korte duur en is de impact op het dagelijks functioneren relatief beperkt. Er zijn ook mensen bij wie de problemen niet zo snel overgaan, bij wie de klachten een chronisch karakter (dreigen te) krijgen en bij wie de psychische klachten gepaard (dreigen te) gaan met uiteenlopende problemen op andere terreinen (lichamelijke gezondheid, sociale en maatschappelijke situatie). Een scherpe grens tussen de populatie van mensen met kortdurende en relatief 'lichte' problemen en mensen met langer durende en ernstiger problemen is niet te trekken. Wel zijn indicaties te geven van de omvang van deze tweede 'groep'. Zo kwamen Delespaul e.a. (2013) tot een onderbouwde schatting van het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland van circa 280.000. Daarbij gaat het om mensen die in de voorafgaande vijf jaar ten minste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren.

Hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, laten eerdere onderzoeken zien dat de kwaliteit van leven van mensen die te kampen hebben met ernstige psychische aandoeningen in doorsnee fors achterblijft bij die van de algemene bevolking. Tegelijk laat onderzoek zien dat mensen met ernstige psychische aandoeningen geen statische populatie vormen. Mensen krijgen klachten, maar het kan ook weer beter met hen gaan. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven, kunnen mensen in persoonlijke en maatschappelijke zin 'herstellen'.

Panel Psychisch Gezien

Ten behoeve van de monitor worden de leefsituatie en zorgervaringen van de leden van het panel *Psychisch Gezien* gevolgd. Het panel telt circa 2000 leden (18+) met ernstige of aanhoudende psychische problemen. De panelleden worden periodiek bevraagd over (hun oordelen over) de eigen leefsituatie en de zorg die zij ontvangen. Daarnaast worden panelleden periodiek geraadpleegd over hun oordeel over actuele (beleids-) ontwikkelingen in en rond de zorg.

In dit hoofdstuk presenteren we een overzicht van de resultaten van een in het voorjaar van 2016 gehouden panelpeiling, waarin bijna 1400 leden inzicht geven in hun leefsituatie en ervaringen met de zorg. De voorjaarspeiling 2016 is grotendeels identiek aan een eerste peiling ten behoeve van de monitor, in het voorjaar van 2015. Dat maakt een vergelijking mogelijk van de resultaten in 2015 en 2016. In paragraaf 2.2 gaan we in op de leefsituatie van de panelleden en het oordeel van de leden over de eigen kwaliteit van leven. Paragraaf 2.3 gaat in op de zorg die panelleden ontvangen en het oordeel van de panelleden daarover. Paragraaf 2.4 geeft een kort overzicht van de ontwikkelingen op bovengenoemde domeinen in de periode 2015-2016.

In 2016 heeft Nederland het VN-verdrag voor de rechten van mensen met beperkingen geratificeerd. Anticiperend daarop heeft in het najaar van 2015 een aparte, korte peiling onder de panelleden plaatsgevonden over discriminatie en mensenrechten. De resultaten van deze peiling worden besproken in paragraaf 2.5.

Een uitgebreid verslag van de resultaten van de beide panelraadplegingen is te vinden in de bijlagen B en C.

2.2 Leefsituatie en kwaliteit van leven

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de leefsituatie en de ervaren kwaliteit van leven van de panelleden ten tijde van de voorjaarspeiling 2016 (63 % vrouw, gemiddelde leeftijd 49 jaar).

De tabel laat zien dat een grote meerderheid van de panelleden zelfstandig woont. Circa 6 % van de leden woont in (een woning/appartement van) een zorginstelling. In dat laatste geval betreft het meestal een (groeps- of individuele) woning in een woonwijk. Ruim de helft van de panelleden is alleenstaand. Een derde woont met partner en/of kinderen. De overigen wonen in een woning met andere familieleden (ouders) of anderen. Van alle panelleden doet ruim twee op de vijf vrijwilligerswerk. Eén op de vijf heeft een betaalde baan (inclusief 4 % die in een sociale werkvoorziening werkt)[1]. Eveneens één op de vijf panelleden is actief als mantelzorger. Iets minder dan één op de tien volgt een opleiding of werkgerelateerde cursus.

Vrijwel alle panelleden hebben bij aanmelding al langer dan twee jaar psychische klachten. Circa vijf op de zes panelleden geeft bij aanmelding aan beperkingen te ervaren op het gebied van werk en onderwijs; drie kwart meldt beperkingen op het gebied van sociale contacten en iets minder dan de helft op het gebied van wonen. Ten tijde van de peiling geeft ruim twee derde van de panelleden aan (ook) te kampen te hebben met lichamelijke gezondheidsproblemen. Iets meer dan de helft (52 %) van de panelleden beoordeelt zijn/haar gezondheid als matig tot slecht[2]. Ruim vier op de vijf panelleden (81 %) is eenzaam en twee op de vijf (40 %) erg of heel erg eenzaam. Circa 40 % van de panelleden geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij.

Overall geven panelleden de eigen kwaliteit van leven gemiddeld een rapportcijfer van 6,2. Het minst tevreden zijn de leden over hun psychische en lichamelijke gezondheid en hun financiële situatie. Ter vergelijking: het gemiddelde rapportcijfer voor de eigen kwaliteit van leven van de algemene bevolking is een 7,8. In vergelijking met andere populaties is met name de eenzaamheid onder de panelleden groot, bijvoorbeeld ook vergeleken met ouderen en mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen.

Belangrijk bij dit overzicht is dat het om gemiddelden gaat. Panelleden - en mensen met ernstige psychische aandoeningen - verschillen onderling sterk in hun leefsituatie en kwaliteit van leven, met uitschieters in zowel positieve als negatieve zin. Eén en ander neemt niet weg dat in zijn algemeenheid de kwaliteit van leven van de panelleden veel tekorten te zien geeft.

1 Ter vergelijking: in de algemene bevolking heeft ruim twee derde een betaalde baan.
2 Ter vergelijking: in de algemene bevolking beoordeelt één op de zes mensen de eigen gezondheid als matig tot slecht.

Tabel 2.1 Leefsituatie en kwaliteit van leven panel Psychisch Gezien 2016 (N = 1383*)

Sekse	
Man	37 %
Vrouw	63 %
Leeftijd	
< 36	13 %
36-55	54 %
>55	33 %
M	49 jaar
Woonsituatie	
Zelfstandig	87 %
Woning van een zorginstelling	6 %
Anders	7 %
Huishouden	
Alleenstaand	58 %
Met partner	20 %
Met (partner en) kinderen	13 %
Met ouders of andere familie	2 %
Met anderen (waaronderbeschermd wonen)	6 %
Werk en opleiding	
Betaald werk	21 %
Vrijwilligerswerk	43 %
Mantelzorg	20 %
Opleiding / werkgerelateerde cursus	8 %
Gezondheid	
Psychische klachten > 2 jaar (bij aanmelding)	95 %
Actuele psychische ongezondheid	68 %
Actuele lichamelijke gezondheidsproblemen	71 %
Ervaren beperkingen (ten tijde van aanmelding)	
Op gebied van werken of leren	85 %
Op gebied van sociale contacten	76 %
Op gebied van wonen	48 %
Tevredenheid met (gemiddelde score op 7-puntsschaal)	
Woonsituatie	5,5
Dagelijkse bezigheden	4,7
Sociale contacten	4,6
Financiële situatie	4,4
Lichamelijke gezondheid	4,3
Psychische gezondheid	4,1
Rapportcijfer kwaliteit van leven	
5 of minder	29 %
6	18 %
7 of hoger	54 %
M	6,2

* Totaal aantal respondenten op de voorjaarspeiling 2016: 1383. Respons op afzonderlijke items kan soms lager zijn. Zie bijlage B.

2.3 Zorggebruik en ondersteuningsbehoeften

Bijna drie kwart (70 %) van de panelleden is ten tijde van de peiling cliënt bij een GGZ- of verslavingszorg-instelling. Van alle panelleden ontvangt een kwart (25 %) GGZ-zorg aan huis. Eén op de 10 panelleden (10 %) is in de afgelopen maanden vrijwillig opgenomen geweest en 2 % gedwongen.

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de verschillende GGZ-voorzieningen, van het percentage panelleden dat in de afgelopen 12 maanden van deze voorzieningen gebruik heeft gemaakt en van het gemiddelde rapportcijfer dat de panelleden deze voorzieningen geven.

Tabel 2.2 Contact met GGZ-voorzieningen in de afgelopen 12 maanden en waardering[1] voor deze voorzieningen

	Contact in afgelopen 12 maanden	Rapportcijfer
	%	M
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	65	6,8
ACT/FACT team	28	6,8
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk	20	6,9
RIBW of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	16	6,8
Dagactiviteitencentrum (DAC) *	16	6,7
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ) *	13	6,3
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	13	6,7
Steunpunt GGZ, cliënten-informatiepunt of cliëntenbelangenbureau	7	6,6
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg *	5	6,4
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	3	5,9
VIP team: vroege interventie psychose team	2	6,0

1. De waardering met name bij de voorzieningen waar relatief weinig leden gebruik van maakten, moet met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. In alle gevallen is de mediaan iets hoger dan het gemiddelde. Een mediaan van 6 betekent dat 50% van de panelleden een cijfer onder de 6 geeft en 50% boven de 6. Bij de organisaties met het * -teken is de mediaan 0,5 – 1 punt hoger dan het gemiddelde.

De tabel laat zien dat ruim een kwart van de panelleden in de afgelopen 12 maanden in zorg is geweest bij een ACT- of FACT team[3]. Ongeveer één op de vijf panelleden heeft gebruik gemaakt van vrijgevestigde GGZ-hulpverleners en één op de zeven à acht panelleden van de POH-GGZ. Een deel van de panelleden maakte ook gebruik van een dagactiviteitencentrum, een 'cliënteninitiatief voor herstel en zelfregie' en 'steunpunten GGZ' of 'cliëntenbelangenbureaus'. Minder werd door de panelleden gebruik gemaakt van specialistische voorzieningen zoals de PIT-teams, IHT-teams en VIP-teams. Gemiddeld geven de panelleden de meest gebruikte GGZ-voorzieningen (GGZ-instelling algemeen, RIBW, (F)ACT, vrijgevestigde, DAC, cliënteninitiatief) een rapportcijfer van iets minder dan een zeven. De POH-GGZ en de genoemde specialistische voorzieningen scoren iets lager.

Een deel van de panelleden is in de afgelopen 12 maanden (ook) in contact geweest met algemene gezondheidszorgvoorzieningen, gemeentelijke voorzieningen en voorzieningen rond werk en re-integratie.

3 Afgaand op het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen (zie Delespaul e.a., 2013) en afgaand op het totaal aantal opnamen in de GGZ en op het totaal aantal (F)ACT-cliënten in Nederland (zie het volgende hoofdstuk), vormt het panel in termen van opname-prevalentie en (F)ACT gebruik een goede afspiegeling van de totale populatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Tabel 2.3 geeft een overzicht van het percentage panelleden dat in de afgelopen 12 maanden van deze voorzieningen gebruik heeft gemaakt en van het gemiddelde rapportcijfer dat de panelleden deze voorzieningen geven.

Tabel 2.3 Contact met overige voorzieningen in de afgelopen 12 maanden en waardering voor deze voorzieningen

	Contact in afgelopen 12 maanden	Rapportcijfer
	%	M
Gezondheidszorg algemeen		
Huisarts of praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts	68	7,2
Hulpverlener met alternatieve geneeswijze	11	7,3
Wijkverpleegkundige	6	6,8
Coach met een eigen praktijk	5	6,6
Gemeente		
Gemeente, medewerkers WMO (WMO-loket / Zorg-loket)	23	5,7
Sociaal wijkteam	11	5,9
Gemeente, overig	10	5,2
Buurthuis	8	6,1
Schuldhulpverleningsorganisatie	8	6,0
Welzijnsorganisatie	5	6,2
Gemeente, Dienst Werk en inkomen	5	5,3
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	4	5,8
Voorzieningen voor werk- en re-integratie		
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	45	5,8
Vrijwilligersorganisatie	18	6,8
Sociale werkvoorziening	7	5,9
Re-integratiebureau	6	5,5

De tabel laat zien dat twee derde van de panelleden in de afgelopen 12 maanden contact heeft gehad met de huisarts. Dat is overigens niet heel veel meer dan onder de algemene bevolking. Bij de gemeenten zijn met name medewerkers van Wmo- of Zorg-loketten in beeld geweest bij de panelleden (bij bijna een kwart). Ruim één op de tien panelleden heeft contact gehad met het sociale wijkteam. Verder heeft bijna de helft van het panel de afgelopen 12 maanden contact gehad met het UWV. De tabel laat verder zien dat panelleden de voorzieningen in het gezondheidszorgdomein in het algemeen met een ruime voldoende waarderen, maar (veel) minder positief zijn over gemeentelijke voorzieningen (waaronder de sociale wijkteams). Voor het merendeel van de verschillende categorieën gemeentelijke voorzieningen ligt het rapportcijfer onder de 6,0. Ook de waardering voor het UWV en voor re-integratiebureaus is relatief laag.

Panelleden hebben niet alleen te maken met professionele hulpverleners. Bijna twee derde van de panelleden krijgt ten tijde van de peiling en in verband met de psychische problemen zorg of ondersteuning van iemand uit de eigen omgeving (mantelzorg). Het zijn vooral de partner (41 %), vrienden (39 %) en (schoon)ouders (33 %) die de panelleden bijstaan, maar ook kinderen (17 %). Lotgenoten zijn voor een vijfde (20 %) van de panelleden een belangrijke steunpilaar buiten het professionele circuit.

Panelleden is ook gevraagd op welke levensdomeinen zij een ondersteuningsbehoefte hebben en of zij die ondersteuning ook krijgen (hetzij van een professional, hetzij van iemand uit het informele netwerk). Tabel 2.4 geeft een overzicht.

Tabel 2.4 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

		Ondersteuning door professionals		Ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk	
		Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen	Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen
	N	n (%)[1]	n (%)[2]	n (%)[1]	n (%)[2]
Sociale contacten	1313	632 (48)	428 (68)	338 (26)	249 (74)
Dagelijkse bezigheden	1294	610 (47)	368 (60)	186 (14)	108 (58)
Financiële situatie	1300	389 (30)	256 (66)	176 (14)	119 (68)
Psychische gezondheid	1304	1019 (78)	871 (85)	67 (5)	37 (55)
Lichamelijke gezondheid	1302	835 (64)	641 (77)	85 (7)	43 (51)
Krijgen van juiste hulpverlening	1279	875 (68)	651 (74)	37 (3)	17 (46)
Alcohol- en/of druggebruik	1268	165 (13)	99 (60)	28 (2)	19 (68)
Persoonlijke verzorging	1283	128 (10)	70 (55)	92 (7)	59 (64)
Huishouden	1295	364 (28)	231 (63)	224 (17)	178 (79)
Seksualiteit en intimiteit	1280	225 (18)	66 (29)	156 (12)	91 (58)
Huisvesting	1269	254 (20)	120 (47)	74 (6)	43 (58)
Zingeving en perspectief	1288	674 (52)	444 (66)	120 (9)	65 (54)
Omgaan met medicatie	1300	590 (45)	461 (78)	50 (4)	34 (68)

1. Het percentage over de totale groep responderende panelleden (N) voor het betreffende leefdomein.
2. Het percentage over de groep panelleden die aangeeft ondersteuningsbehoefte te hebben voor het betreffende leefdomein.

De tabel laat zien dat panelleden vooral ondersteuningsbehoeften hebben op het gebied van de eigen psychische en lichamelijke gezondheid en het vinden van de juiste hulp. In veel gevallen ontvangen de panelleden ook (enige) ondersteuning op de genoemde gebieden, in de meeste gevallen van professionele hulpverleners. Maar met name rond sociale contacten, dagelijkse bezigheden, huisvesting, seksualiteit/ intimiteit en lichamelijke gezondheid ontbeert ook een aanzienlijk deel van het panel de gewenste ondersteuning.

In zijn algemeenheid geeft bijna een kwart van de panelleden te kennen dat zij onvoldoende zorg ontvangen; hetzij omdat die zorg niet beschikbaar is (5 %), hetzij omdat de zorg die men ontvangt onvoldoende is (18 %).

2.4 Ontwikkeling 2015-2016

De eerste panelpeiling ten behoeve van de monitor - in het voorjaar van 2015 - liet zien dat veel panelleden een socialer en meer maatschappelijk ingebed leven zouden willen. Bijna twee derde van de panelleden gaf

destijds aan meer contact te willen hebben met andere mensen en twee derde zou vooral een hechter of beter contact met anderen willen. Van diegenen die geen betaalde baan hadden (78 %) zou bijna de helft aan het werk willen. Onder de jongere panelleden bleek die wens tot sociale en maatschappelijke participatie nog vaker aanwezig. Zo gaf twee derde van de jongere panelleden die geen betaalde baan heeft, aan die wel te ambiëren.

Voor velen blijft de realiteit anno 2016 nog steeds (ver) achter bij die wensen. Weliswaar is de leefsituatie van de panelleden die zowel participeerden in de voorjaarspeiling van 2015 als in die van 2016, voor een deel van deze groep veranderd. Zo is een klein deel van de panelleden van type woonplek veranderd, waarbij het aantal leden dat vanuit een woning van een instelling zelfstandig is gaan wonen iets groter is dan de groep die de omgekeerde beweging maakte. Ook is een aantal panelleden vrijwilligerswerk of betaald werk gaan doen, maar is een bijna even groot deel daar juist mee gestopt. Ook het oordeel over de eigen kwaliteit van leven is voor een deel van de panelleden (op onderdelen) verbeterd, maar voor een ander deel juist verslechterd.

Kijken we naar de groep als geheel dan zijn per saldo de leefsituatie en het gemiddelde oordeel over de eigen kwaliteit van leven (ook voor de afzonderlijke levensdomeinen) ongewijzigd gebleven. Waar dus, zoals mag worden verwacht, individuele levenslopen in de periode 2015-2016 voor een deel van het panel uiteenliepen, is het beeld voor de groep als geheel anno 2016 nog gelijk aan dat van 2015.

Een vergelijking van het zorggebruik van de panelleden in 2015 respectievelijk 2016 is wegens een iets gewijzigde vraagstelling maar ten dele mogelijk. In zijn algemeenheid suggereren de uitkomsten niettemin dat ook het zorg- en voorzieningengebruik van het panel als geheel (en gebaseerd op de groep die aan beide peilingen deelnam) min of meer ongewijzigd zijn gebleven[4]. Dat geldt ook voor de waardering van de panelleden voor deze voorzieningen; het beeld van een positievere waardering voor de (meest gebruikte) voorzieningen in het (geestelijke) gezondheidszorgdomein en een relatief lage waardering voor de voorzieningen in het gemeentelijke domein en het domein van werk en inkomen, was ook in 2015 al zichtbaar en is in 2016 ongewijzigd gebleven.

Een vergelijking van de resultaten in 2015 en 2016 laat verder zien dat ook in termen van inhoudelijke ondersteuningsbehoeften en de mate waarin daaraan volgens de panelleden wordt tegemoet gekomen, het beeld grotendeels hetzelfde is gebleven.

2.5 Mensenrechten

Medio 2016 heeft Nederland het VN-verdrag voor de rechten van mensen met beperkingen geratificeerd. Dit VN-verdrag spoort overheden aan om de positie en de rechten van mensen met lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen actief te beschermen, waarborgen en verbeteren. Het gaat hierbij om situaties waarin betrokkenen vaak nog een achterstand hebben, zoals het recht op gelijke behandeling, autonomie en participatie (zie het kader voor de grondbeginselen van het verdrag).

De grondbeginselen van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met beperkingen

a. Respect voor persoonlijke autonomie, inherente waardigheid
b. Non-discriminatie
c. Volledige en daadwerkelijke participatie in de samenleving
d. Respect voor verschillen en menselijke diversiteit
e. Gelijke kansen
f. Toegankelijkheid
g. Gelijkheid van man en vrouw
h. Respect voor kinderen met een handicap en behoud van hun eigen identiteit

4 Afgezien van een kleine toename van het aantal panelleden dat contact heeft met ACT/FACT en een kleine afname van het aantal leden dat contact heeft met een zelfstandig gevestigde psycholoog/psychiater/psychotherapeut.

Anticiperend op de ratificatie van het VN-verdrag heeft in het najaar van 2015 een korte peiling onder de panelleden plaatsgevonden over discriminatie en mensenrechten. Panelleden werden bevraagd over hun eigen ervaringen met discriminatie en achterstelling en naar hun oordeel over de actuele stand van zaken met betrekking tot de mensenrechten van mensen met aanhoudende psychische problemen.

Van de panelleden die participeerden in de peiling (N = 901) gaf ruim drie kwart (78 %) aan wel eens te worden gediscrimineerd vanwege psychische problemen. Discriminatie speelt met name rond participatie. Zo voelt van de leden die naar werk zoeken, meer dan de helft (54 %) zich gediscrimineerd in deze zoektocht. Op de werkvloer heeft bijna de helft (48 %) zich wel eens achtergesteld gevoeld vanwege psychische problemen. Ook bij het vinden en doen van vrijwilligerswerk of een training/opleiding heeft een aanzienlijk deel van de leden te maken (gehad) met discriminatie; dat geldt steeds voor ongeveer een vijfde van de leden die in de genoemde situaties verkeerden.

Maar ook in andere situaties komt discriminatie vanwege psychische problemen voor, aldus de panelleden, bijvoorbeeld in de algemene gezondheidszorg (16 %) of in de eigen buurt (16 %). Opmerkelijk is dat de panelleden daarnaast relatief veel melding maken van ongelijke behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (23 %).

In zijn algemeenheid is bijna zeven op de tien leden (69 %) van oordeel dat zijn of haar mensrechten wel eens (of meermalen) zijn geschonden. Het meest genoemd worden schending van het recht op privacy en het verbod op discriminatie. En hoewel er dus ook een minderheid is die geen melding maakt van persoonlijke ervaringen met geschonden mensenrechten, vindt wel nagenoeg het voltallige panel (93 %) dat er wat betreft mensenrechten een achterstand is voor mensen met aanhoudende psychische problemen. Betere bescherming is volgens deze panelleden met name nodig voor het recht op een bestaansminimum, voor het verbod op discriminatie, het recht dat alle mensen vrij en gelijkwaardig zijn en het recht op privacy. De meeste panelleden (64 %) vinden dat er dringend acties nodig zijn om de rechten van mensen met psychische beperkingen te verbeteren.

2.6 Conclusies

Veel mensen met ernstige psychische aandoeningen willen deelnemen aan de samenleving en willen participeren in meer of minder formele sociale netwerken. Vooral veel jongere mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben deze wens. Voor velen blijft de realiteit momenteel echter nog steeds (ver) achter bij die wensen, niettegenstaande de ondersteuning die de meesten (op onderdelen) ontvangen vanuit de professionele zorg en vanuit het eigen, informele netwerk. Ook voor de leden van het panel Psychisch Gezien is in doorsnee de situatie in de periode 2015-2016 grotendeels ongewijzigd gebleven. Dat geldt ook voor de relatief lage waardering van de panelleden voor de gemeentelijke voorzieningen en de voorzieningen op het gebied van werk en inkomen.

Bij deze bevindingen kan de kanttekening worden geplaatst dat een periode van 1 jaar kort is om substantiële en ‘meetbare’ verbeteringen op populatieniveau en in het algemene kwaliteitsniveau van voorzieningen te realiseren. Tegelijk onderstrepen de bevindingen de urgentie van die verbeteringen en van effectieve beleidsvoering daarop. Datzelfde geldt, afgaande op de ervaringen en oordelen van de panelleden, voor de acties die nodig zijn voor het waarborgen van de rechten van mensen met psychische beperkingen, met name voor gelijke kansen rond maatschappelijke participatie.

3 Capaciteit en gebruik van GGZ-voorzieningen

3.1 Inleiding

In het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ uit 2012 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken 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 aandoeningen (Ministerie van VWS, 2012).

In dit hoofdstuk worden de recente ontwikkelingen en de actuele stand van zaken beschreven in de capaciteit en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ-voorzieningen.

Landelijke registratiegegevens over de capaciteit en het gebruik van GGZ-voorzieningen reiken vooralsnog slechts tot 2014 (dat geldt zowel voor de specialistische GGZ als voor de basis-GGZ en de POH-GGZ). Voor de monitor is behoefte aan actuelere data. De belangrijkste bron daarvoor (en voor dit hoofdstuk) is een LMA-uitvraag over 2015 bij GGZ-instellingen. Aan deze uitvraag, verleenden 54 instellingen hun medewerking, waaronder het merendeel van de geïntegreerde GGZ-instellingen en RIBW's[5]. De uitvraag over 2015 en eerdere uitvragen bij de instellingen in het kader van de Monitor Ambulantisering en de voorloper daarvan, de Monitor Intramurale GGZ, vormen de basis voor de in dit hoofdstuk gepresenteerde trendcijfers. Een uitgebreid verslag van dit deelonderzoek bij de GGZ-instellingen is te vinden in bijlage D.

In paragraaf 3.2 gaan we in op de ontwikkelingen rond het ambulante GGZ-gebruik bij de deelnemende instellingen. In paragraaf 3.3 worden ontwikkelingen rond de capaciteit en het gebruik van de intramurale GGZ en het beschermd wonen beschreven.

3.2 Ambulante zorg en begeleiding

Ambulante GGZ wordt sinds 2015 geboden vanuit drie financieringskaders: de Zvw, de Jeugdwet en de Wmo. Binnen zowel de Zvw als de Jeugdwet is een verder onderscheid te maken in twee echelons: de basis-GGZ en de specialistische GGZ. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de aantallen cliënten in 2015 van de aan de LMA deelnemende instellingen binnen elk van deze financieringskaders / echelons.

Tabel 3.1. Aantallen ambulante cliënten deelnemers LMA 2015

Financieringskader / echelon	Aantal cliënten 2015
Zvw basis-GGZ	55.000
Zvw specialistische GGZ	347.500
Zvw totaal	**402.500**
Jeugdwet basis-GGZ	5.900
Jeugdwet specialistische GGZ	70.300
Jeugdwet totaal	**76.200**
Wmo	24.300

5 De deelnemers aan de LMA vertegenwoordigen naar schatting twee derde van de totale intramurale en BW-capaciteit in Nederland. Het aandeel in de ambulante GGZ (met name voor mensen met 'lichtere' problematiek) is mogelijk iets lager.

De tabel laat zien dat verreweg de meeste cliënten gebruik maken van de Zvw-gefinancierde ambulante GGZ, in het bijzonder de specialistische GGZ. De Jeugdwet neemt aanzienlijk minder cliënten voor zijn rekening. Slechts een klein deel van de cliënten van de deelnemende instellingen ontvangt ambulante begeleiding vanuit de Wmo.
Kijken we apart naar de ontwikkelingen binnen respectievelijk de basis-GGZ en specialistische GGZ, dan ontstaat het volgende beeld.

Basis-GGZ

De basis-GGZ werd in 2014 ingevoerd. Tot 2015 werd de basis-GGZ volledig gefinancierd vanuit de Zvw. Vanaf 2015, met overheveling van alle GGZ voor jeugdigen (tot 18 jaar) naar de Jeugdwet, wordt de basis-GGZ gefinancierd vanuit twee financieringskaders: Zvw én Jeugdwet.

De basis-GGZ betreft doorgaans kortdurende of laag-intensieve zorg. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in vier basis-GGZ-producten: kort, middel, intensief en chronisch. Het belangrijkste verschil tussen de producten is de gemiddelde tijd per behandeling. Die varieert van ca. 300 minuten (ofwel ca. 5 contacten) voor het product 'kort' en 500 minuten (ofwel ca. 8 contacten) voor het product 'middel' tot ca. 750 minuten (ofwel ca. 12 contacten) voor de producten 'intensief' en 'chronisch'.

Tabel 3.2 geeft een overzicht van het aantal afgesloten producten basis-GGZ van de LMA-deelnemers in 2015 en van de mutaties daarin ten opzichte van 2014.

Tabel 3.2. Gesloten producten basis-GGZ deelnemers LMA 2015 en mutatie 2014-2015*

Product	Aantal gesloten producten basis-GGZ 2015	%	Mutatie aantal gesloten producten basis-GGZ 2014-2015 %
Product kort	3.300	9 %	- 5 %
Product middel	7.900	21 %	+ 34 %
Product intensief	17.700	47 %	+ 158 %
Product chronisch	5.400	14 %	+ 370 %
Product onvolledig behandeltraject	3.800	10 %	-
Totaal	38.100	100 %	+98 %

* Gegevens 2015 gebaseerd op aantal gesloten producten basis-GGZ Zvw én Jeugdwet van alle LMA-deelnemers in 2015. Mutatiecijfers zijn gebaseerd op een vergelijking van het aantal gesloten producten basis-GGZ Zvw 2014 met het aantal gesloten producten basis-GGZ Zvw én Jeugdwet 2015 bij alle GGZ-instellingen die hebben deelgenomen aan de LMA-uitvraag in 2014 én 2015.

Tabel 3.2 laat zien dat bij de instellingen die aan de LMA deelnamen circa de helft van de basis-GGZ in 2015 geleverd wordt in de vorm van het product 'intensief' (gemiddeld circa 12 contacten). De overige cliënten ontvingen zorg door middel van één van de andere producten. De tabel laat ook zien dat het aantal gesloten producten basis-GGZ in de periode 2014-2015 is verdubbeld. Die groei komt met name voor rekening van de producten 'intensief' en 'chronisch'.

Specialistische GGZ

Binnen de ambulante specialistische GGZ worden zorgproducten omschreven in termen van DBC's. Deze worden ingedeeld in diagnosegroepen en minutencategorieën. Tabel 3.3 geeft een overzicht van de aantallen door de LMA-deelnemers afgesloten ambulante DBC's in 2015 voor de Zvw respectievelijk de Jeugdwet.

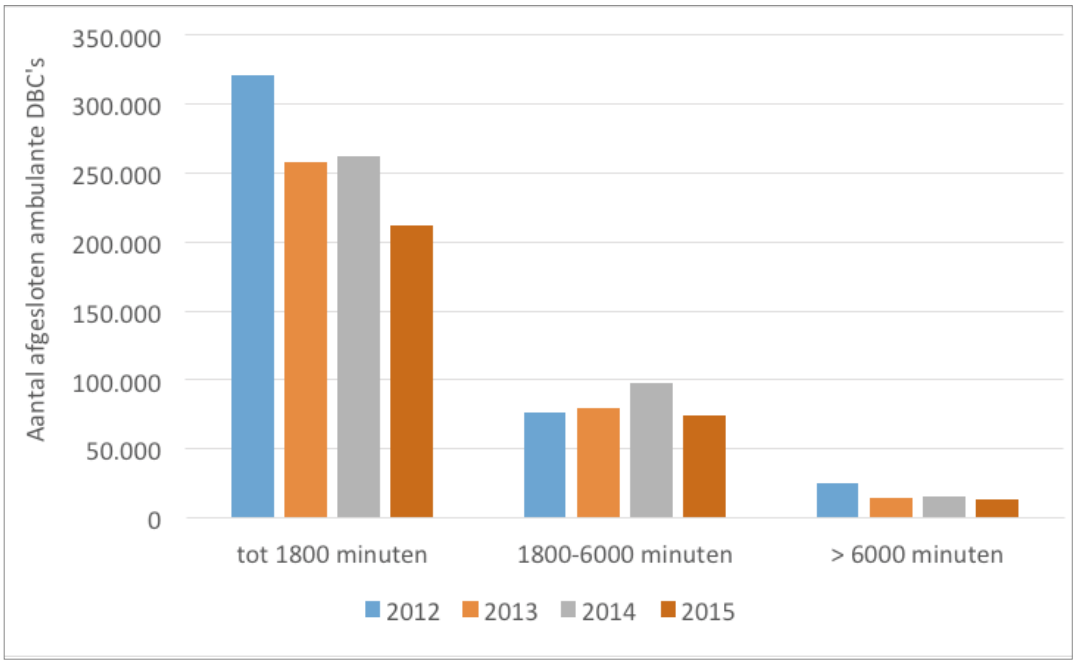
Tabel 3.3. Gesloten ambulante DBC's Zvw en Jeugdwet deelnemers LMA 2015

DBC-minutencategorieën	Aantal gesloten ambulante DBC's Zvw		Aantal gesloten ambulante DBC's Jeugdwet	
< 1800 minuten	202.540	70,0	41.913	75,3
1800-5999 minuten	73.701	25,5	11.251	20,2
6000 minuten en meer	13.094	4,5	2.465	4,4
Totaal	**289.335**	**100**	**55.629**	**100**

De tabel laat zien dat circa twee derde tot drie kwart van gesloten DBC's in de laagste minutencategorieën vallen (tot 1800 minuten ofwel maximaal ca. 30 contacten per jaar). Circa één op de twintig trajecten betreft intensieve DBC's van meer dan 6000 minuten.

Figuur 3.1 geeft de ontwikkeling weer van het aantal afgesloten ambulante DBC's per minutencategorie over de periode 2012-2015. Daarbij zijn voor het jaar 2015 de aantallen afgesloten DBC's voor de Zvw en de Jeugdwet samen genomen.

Figuur 3.1. Aantal afgesloten ambulante DBC's bij de deelnemers LMA naar minutencategorieën 2012-2015.



* Gebaseerd op de gegevens van de instellingen die hebben gerespondeerd de uitvragen in het kader van de LMA 2014, 2015 én de Landelijke monitor intramurale GGZ (voorloper van de LMA) 2012, 2013. Gegevens 2015 gebaseerd op aantal gesloten ambulante DBC's Zvw én Jeugdwet.

De figuur laat zien dat door de jaren heen het aantal afgesloten ambulante DBC's bij de LMA-deelnemers afneemt. Dat geldt met name voor de lichtere DBC's. Maar ook de intensievere DBC's vertonen per saldo een dalende trend[6].

6 De oorzaak van de 'discontinuïteit' in de reeks in het jaar 2014 (met relatief hoge aantallen afgesloten DBC's ten opzichte van de omliggende jaren) is niet geheel duidelijk. Mogelijk gaat het om administratieve naweeën van de invoering in 2012 en afschaffing in 2013 van de eigen bijdrage.

De daling van het aantal ambulante cliënten in de gespecialiseerde GGZ wordt voor een deel gecompenseerd door de groei van het aantal cliënten in de basis-GGZ. Bij elkaar opgeteld daalt bij de LMA-deelnemers echter ook het totaal aantal cliënten in de basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ over de periode 2014-2015 met circa 4 %. (Eenzelfde patroon wordt over voorgaande periode vastgesteld door de NZa; GGZ Marktscan 2015; NZa, 2015.)

Ambulante begeleiding Wmo

Sinds 2015 wordt een deel van de ambulante GGZ aan mensen met ernstige psychische aandoeningen gefinancierd door gemeenten. In termen van capaciteit 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). In 2015 boden de LMA-deelnemers ambulante begeleiding aan ruim 24.000 cliënten (extrapolerend naar landelijke cijfers gaat het naar schatting om 35.000 à 40.000 cliënten). In de voorgaande periode (2012-2014) steeg het aantal cliënten dat individuele begeleiding ontving en daalde het aantal cliënten in ambulante groepsbegeleiding. De uitsplitsing over individuele en groepsbegeleiding was voor de LMA-deelnemers in 2015 niet goed meer te maken. Daarmee zijn voor de LMA-deelnemers ook geen trendcijfers over de periode 2014-2015 beschikbaar. Resultaten van de Wmo-monitor wijzen echter niet op substantiële uitbreidingen van de ambulante begeleiding (GGZ Nederland, 2016).

3.3 Intramurale zorg en beschermd wonen

Capaciteit

Nederland beschikte van oudsher en vanuit internationaal perspectief over een relatief grote capaciteit aan klinische opname- en verblijfsvoorzieningen. Per saldo nam tussen 2000 en 2010 het totale aantal opnameplaatsen en verblijfs- en woonvoorzieningen in de GGZ nog met ruim een derde toe. De feitelijke afbouw nam rond 2011 (dus nog voor de afbouwafspraken van 2012) 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. Het beschermd wonen is tot 2013 blijven groeien.

De LMA-uitvraag over 2015 laat zien dat de in afgelopen periode ingezette beddenafbouw bij de LMA-deelnemers doorzet. Tabel 3.4 geeft een overzicht van de ontwikkelingen in de periode 2012-2015.

Tabel 3.4 Ontwikkeling intramurale capaciteit LMA-deelnemers 2012 – 2015

	mutatie 2012-2013 (%)	mutatie 2013-2014 (%)	mutatie 2014-2015 (%)	mutatie 2012-2015 (%)
Eerste opnamejaar*	-5,8	-7,3	-4,6	-16,7
Langdurig verblijf ** (vanaf het tweede opname jaar)	-2,9	-4,1	-4,6	-11,2
Beschermd Wonen ***	-0,2	-3,5	-2,7	-6,2
Totaal (n=40)	**-2,5**	**-4,7**	**-3,7**	**-10,6**

* t/m 2014 Zvw-gefinancierde plaatsen. In 2015 Zvw-DBC gefinancierde plaatsen plus Jeugdwet-DBC gefinancierde plaatsen ('Jeugd-GGZ is per 1/1/2015 naar de Jeugdwet gegaan vanuit de Zorgverzekeringswet. In 2014 is een afspraak gemaakt tussen VWS, gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars (ZN) dat GGZ-aanbieders de geleverde zorg nog tot 1/1/2018 in de bestaande bekostigingstaal van de jeugd-GGZ (producten voor de basis-GGZ en DBC's voor de gespecialiseerde GGZ) mogen declareren' www.vng.nl).

** t/m 2014 de AWBZ-B gefinancierde plaatsen. In 2015 de Wlz gefinancierde plaatsen plus de Zvw-ZZP gefinancierde plaatsen.

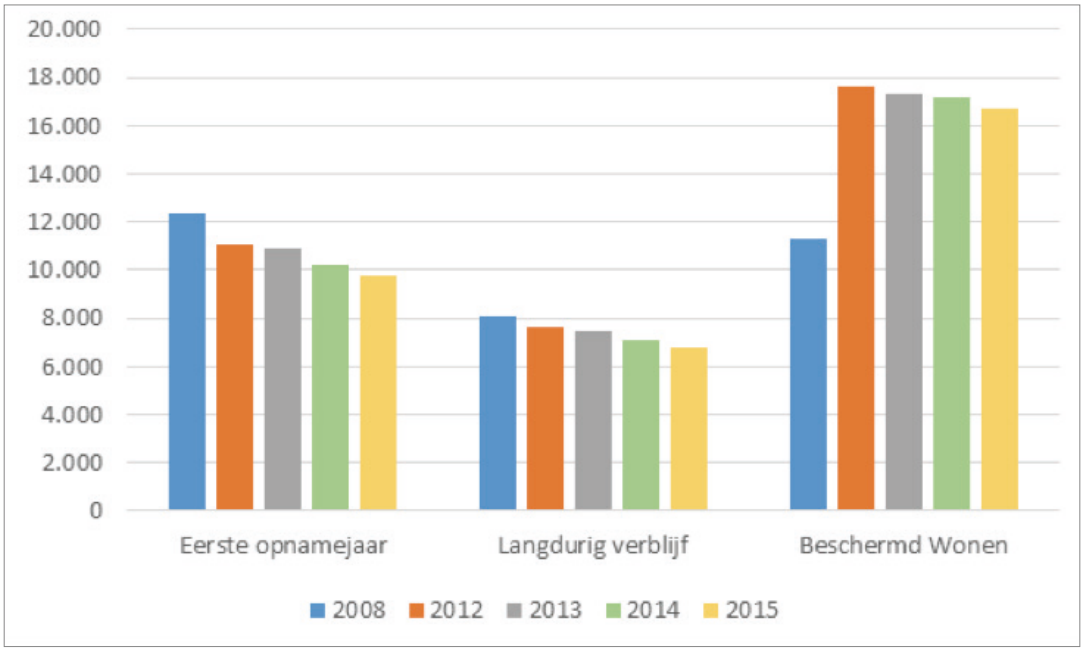
*** t/m 2014 de AWBZ-C gefinancierde plaatsen. In 2015 het Wmo 2015 gefinancierde beschermd wonen voor mensen met psychische problematiek.

De tabel laat zien dat de afbouw van de klinische voorzieningen over de periode 2014-2015 bijna 5 % bedraagt, bij het beschermd wonen gaat het om bijna 3 %. Afbouw van beschermd wonen blijft relatief bescheiden (en komt vooral voor rekening van de geïntegreerde GGZ-instellingen; de BW-capaciteit van de RIBW's daalde nauwelijks). Kijken we naar het meerjarige beeld, dan laat tabel 3.4 zien dat over de periode 2012-2015 de grootste afbouw plaats heeft gevonden in de categorie 'eerste opnamejaar' en dat de afbouw van het beschermd wonen over de jaren heen nog relatief beperkt is.

Exacte cijfers over het totaal aantal intramurale plaatsen in 2015 (inclusief de plaatsen bij de instellingen die niet aan de LMA deelnamen) zijn niet voorhanden. Wel kan op basis van extrapolatie van de recente trends bij de LMA-deelnemers en eerdere schattingen van de totaalcijfers over 2014, een indicatie worden gegeven. Die komt erop uit dat Nederland in 2015 in totaal naar schatting tussen de 9.500 en 10.000 plaatsen in de categorie 'eerste opnamejaar' telde, bijna 7.000 plaatsen langdurig verblijf en tussen de 16.500 en 17.000 plaatsen voor beschermd wonen.

Figuur 3.2 geeft een indicatie van de ontwikkelingen in de totale intramurale GGZ-capaciteit in Nederland in de periode 2008-2015. De figuur laat zien dat het totaal aantal plaatsten in de opname- en verblijfsvoorzieningen in 2015 bijna een vijfde onder het niveau van peiljaar 2008 ligt. De capaciteit van het beschermd wonen ligt daar echter bijna anderhalf keer boven. Kanttekening daarbij is dat de gemeenten - inmiddels verantwoordelijk voor het beschermd wonen - geen partij waren in het Bestuurlijk akkoord waarin de ambulantiseringsafspraken werden gemaakt. Overigens bestaat anno 2015 ruim een derde van de plaatsen voor beschermd wonen uit individuele woonvoorzieningen.

Figuur 3.2. Capaciteitsontwikkelingen intramurale GGZ 2008-2015 (aantal plaatsen)*



* Op basis van aantal verblijfdagen in kalenderjaar en omgerekend naar plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats. Gegevens over 2008 op basis van NZa cijfers, zoals gerapporteerd in de Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ (Trimbos-instituut, 2012). Cijfers langdurig verblijf 2008 inclusief ABWZ overig. (De productiecijfers langdurig verblijf van 2008 liggen beduidend lager dan de AWBZ-productiecijfers van de omliggende jaren en zijn daarmee mogelijk een onderrapportage.) Gegevens over 2012-2015 op basis van extrapolatie van de LMA-gegevens en bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMV). Gegevens over 2015 inclusief Jeugdwet.

Naast Zvw, Wlz- en Wmo- gefinancierde intramurale zorg worden ook intramurale GGZ-plaatsen gefinancierd door het Ministerie van Justitie. In 2015 telde Nederland ruim 3.800 van deze strafrechterlijke forensisch psychiatrische plaatsen. Dat aantal nam in de periode 2012-2015 nog met bijna 9 % toe.

Binnen de justitieel gefinancierde GGZ vindt al enkele jaren een verschuiving plaats van plaatsen in de forensische psychiatrische centra naar de (forensische psychiatrische afdelingen van) reguliere GGZ-instellingen (Forensische zorg in getal 2011-2015; Dienst Justitiële Inrichtingen, 2016).

Zorggebruik

Hoewel de klinische capaciteit al enkele jaren afneemt, is het aantal unieke cliënten dat wordt opgenomen in de GGZ-instellingen die aan de LMA deelnemen, in de periode 2014-2015 nagenoeg gelijk gebleven. Dat gold ook voor de voorgaande periode. Wel daalde over de periode 2014-2015 het aantal opnamenperioden (met circa 7 %). Dat komt per saldo neer op gemiddeld minder opnamen per cliënt[7]. De opnameduur bleef over de hele linie ongeveer gelijk[8]. Bij circa 17 % van de opnamen ging het om een crisisopname. Ook het aantal crisisopnamen nam in 2015 af, met 3 % ten opzichte van 2014.

De LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen laat verder zien dat de afbouw van de klinische capaciteit volledig voor rekening komt van plaatsen met een relatief laag-intensieve verzorgingsgraad. Het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad nam in de periode 2014-2015 niet alleen in relatieve zin maar ook in absolute zin toe. Eenzelfde trend was te zien in de voorgaande periode[9]. Gegevens over (de ontwikkelingen in) de zorgzwaarte van de beschermd wonen plaatsen konden vanwege wijzigingen in financiering en registratie niet langer uitgevraagd worden.

Inkomstenverdeling over ambulante en intramurale voorzieningen

De LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen laat zien dat per saldo, en ondanks de beddenafbouw van de laatste jaren, de deelnemers aan de LMA nog altijd rond de 60 % van hun inkomsten ontvangen uit de intramurale productie en het beschermd wonen. Dat aandeel is over de afgelopen vier jaar min of meer ongewijzigd gebleven. Eén en ander betekent dat het ambulantiseringstraject er nog niet in lijkt te hebben geresulteerd dat substantieel meer middelen vrij komen voor (intensivering van de) ambulante zorg.

3.4 Conclusies

De resultaten van de LMA-uitvraag bij de GGZ-instellingen duiden erop dat bij de deelnemende instellingen de enkele jaren geleden ingezette afbouw van de klinische capaciteit doorzet. Ook de meer recent ingezette, bescheiden afbouw van het beschermd wonen, continueert.

Aanwijzingen voor de met het ambulantiseringstraject beoogde uitbouw en intensivering van de ambulante zorg, blijven echter uit.

Zo laten meerjarige trends met betrekking tot de *ambulante* basis en specialistische GGZ bij de aan de LMA deelnemende instellingen zien dat:

- Het totaal aantal cliënten dat ambulante basis-GGZ of ambulante specialistische GGZ ontvangt, afneemt;
- Een verschuiving plaatsvindt van behandeltrajecten van de specialistische GGZ naar de basis-GGZ;
- Binnen de specialistische GGZ ook het aantal intensievere ambulante zorgtrajecten (DBC's in de hogere 'minutencategorieën') (licht) daalt.

Eén en ander betekent dat, de ontwikkelingen in de basis-GGZ en de specialistische GGZ bij elkaar genomen, per saldo bij de deelnemende instellingen een afname plaatsvindt van de omvang én van de intensiteit van de ambulante zorg.

7 In totaal werden in 2015 bij de deelnemende instellingen ruim 30.000 unieke cliënten opgenomen (waarvan circa 2.200 in de Jeugdwet) en vonden bijna 41.000 opnameperioden plaats (waarvan circa 2.700 in de Jeugdwet).
8 Circa een kwart van de opnamen duurt maximaal een week en ruim de helft maximaal een maand.
9 Deze zorgintensivering betekent ook dat de bijna 5 % afbouw in het aantal klinische plaatsen niet resulteert in een evenredige daling van de uitgaven aan de klinische GGZ.

Over de Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding bij de LMA-deelnemers konden geen recente trendcijfers worden gepresenteerd (in voorgaande jaren vonden lichte verschuivingen plaats). Resultaten van de Wmo-monitor van GGZ Nederland wijzen echter niet op substantiële uitbreidingen van de ambulante begeleiding. Van belang is daarbij ook dat capaciteit en aantallen cliënten van de Wmo-gefinancierde ambulante GGZ verhoudingsgewijs beperkt zijn.

De resultaten laten ook zien dat het aandeel van de ambulante zorg in de totale (Zvw-, Wlz-, Jeugdwet en Wmo-gefinancierde) inkomsten van de instellingen in de afgelopen jaren (en volgens opgave van deze instellingen) niet is gegroeid en min of meer stabiel blijft op circa 40 %. Ook deze cijfers duiden niet op uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg. (Daarbij is een deel van de verklaring voor die stabiele verdeling gelegen in het feit dat de afbouw van de klinische capaciteit gedeeltelijk wordt gecompenseerd door een intensivering (en duurder worden) van de klinische zorg.)

De POH-GGZ is niet meegenomen in de monitor. Landelijke gegevens over 2015 zijn niet voorhanden. Wel bekend is dat het aantal cliënten van de POH-GGZ in de daaraan voorafgaande periode gestaag is gegroeid (KPMG Plexus, 2016). Kanttekening daarbij is dat ondersteuning door de POH-GGZ gemiddeld zeer laag-intensief is (gemiddeld drie contacten per cliënt; Nivel, 2016). Dat betekent dat het 'volume' aan ambulante zorg vanuit de POH-GGZ vooralsnog zeer bescheiden is, maar ook dat, waar het ambulantiseringstraject ook inzet op *intensivering* van die ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, de POH-GGZ daar vermoedelijk slechts een zeer beperkte rol in kan spelen.

Kanttekeningen bij de bevindingen in dit hoofdstuk zijn dat ze a. niet volledig landelijk dekkend zijn en b. voor een deel onderhevig kunnen zijn aan administratieve 'artefacten', onder andere als gevolg van de transities of wijzigingen in registratie-systematiek. Gegeven die kanttekeningen roepen de verschillende bevindingen tezamen het beeld op dat van een substantiële uitbouw en intensivering van de ambulante zorg vooralsnog geen sprake is.

4 Gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen

4.1 Inleiding

In de loop van de afgelopen jaren zijn er vanuit het veld verschillende initiatieven en ontwikkelingen geweest om de organisatie en de kwaliteit van (ambulante) zorg voor mensen met ernstige (of acute) psychische aandoeningen te verbeteren. Belangrijke uitgangspunten in die ontwikkelingen zijn onder andere dat goede zorg impliceert dat die zorg 'integraal' is, intensief waar nodig en preventief (als het gaat om het voorkomen van chroniciteit en maatschappelijke uitval). Drie categorieën van gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen die de afgelopen periode tot ontwikkeling zijn gekomen en die gebaseerd zijn op deze uitgangspunten, zijn (Flexible) Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) en Vroege Interventie Psychose (VIP).

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de stand van zaken rond bovengenoemde voorzieningen. Ingegaan wordt op wat bekend is over (ontwikkelingen in) de omvang en het bereik van FACT, IHT en VIP, op het oordeel van vertegenwoordigers van deze voorzieningen over de mate waarin de randvoorwaarden aanwezig zijn om optimale (en waar dat aan de orde is, 'modelgetrouwe') zorg en ondersteuning te bieden en op de toekomstplannen rond deze voorzieningen. Voor die inventarisatie is gebruik gemaakt van een serie enquête-onderzoeken onder vertegenwoordigers van betreffende voorzieningen en van een serie (groeps) interviews met een selectie van deze vertegenwoordigers. Daarnaast is voor wat betreft de ontwikkelingen rond FACT gebruik gemaakt van gegevens uit het registratiesysteem van het CCAF[10]. Een uitgebreid verslag van de resultaten van de respectievelijke deelonderzoeken is te vinden in respectievelijk de bijlagen E, F en G.

Vooraf zij vermeld dat FACT, IHT en VIP niet de enige ambulante GGZ-voorzieningen zijn waar mensen met ernstige psychische aandoeningen gebruik van maken. Zo liet hoofdstuk 2 al zien dat het merendeel van de leden van het panel Psychisch Gezien gebruik maakt van de 'reguliere' GGZ-voorzieningen. Een deel is (ook) in zorg bij een zelfstandig gevestigde of bij de POH-GGZ. Belangrijk in de ambulante zorg, specifiek voor mensen met ernstiger psychische aandoeningen, is verder de voorheen vanuit de AWBZ en sinds 2015 vanuit de Wmo 2015 gefinancierde 'ambulante begeleiding'. Ook deze laatste categorie voorzieningen laten we in dit hoofdstuk buiten beschouwing. De intentie is om in een volgende monitorronde nadrukkelijker aandacht te besteden aan de voorzieningen in het gemeentelijke domein.

Daarmee spitst dit hoofdstuk zich de facto toe op drie kernvoorzieningen in de (hoofdzakelijk) *Zvw-gefinancierde* specialistische ambulante zorg voor mensen met ernstige (of acute) psychische aandoeningen.

4.2 Flexible Assertive Community Treatment (FACT)

Assertive Community Treatment (ACT) teams en de in Nederland ontwikkelde variant Flexible Assertive Community Treatment (Flexible ACT of FACT) teams bieden zorg, behandeling en ondersteuning aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Belangrijkste basisprincipes van het (F)ACT-model zijn een insteek op geïntegreerde, outreachende en zo nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams (met een gedeelde caseload) en anderzijds een netwerkbenadering waarin vanuit de teams nauw wordt samengewerkt met het netwerk van cliënten en met voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, opleiding, werk, et cetera. Waar een ACT team zorg biedt aan de meest kwetsbare mensen met ernstige

10 Het CCAF certificeert teams die modelgetrouw (F)ACT bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

psychiatrische aandoeningen, biedt een Flexible ACT team zorg aan alle mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in een regio. ACT en Flexible ACT zijn uitvoerig beschreven modellen, waarvoor zogenaamde modelgetrouwheidsschalen zijn ontwikkeld.

Omvang en bereik

Sinds de ontwikkeling van (Flexible) ACT teams in Nederland, zo'n 15 jaar geleden, is het aantal teams gestaag gegroeid. Het totaal aantal (Flexible) ACT teams op dit moment is niet bekend, maar wordt geschat op circa 400 teams. Daarvan betreft het circa 300 teams 'reguliere' FACT teams. Bij de overige teams gaat het om ACT-teams en (F)ACT teams die gericht zijn op specifieke subgroepen in de EPA-populatie, zoals jeugdigen, cliënten met een forensische achtergrond, mensen met verslavingsproblematiek en cliënten met lichte verstandelijke beperkingen[11].

Het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) verleent kwaliteitskeurmerken aan die (F)ACT-teams die in voldoende mate voldoen aan de modelstandaarden. Momenteel telt Nederland circa 300 gecertificeerde teams. Ook het aantal gecertificeerde teams is in de afgelopen jaren gestaag gegroeid (met nog een toename van circa 50 teams sinds het vorige jaar).

(F)ACT-teams beschikken gemiddeld over een capaciteit van circa 10 fte. De gemiddelde caseload van FACT-teams is circa 200 cliënten (in een werkgebied van gemiddeld circa 50.000 inwoners), die van de ACT-teams circa 100 cliënten. Daarmee bedraagt de totale (F)ACT capaciteit in Nederland circa 4.000 fte, waarmee zorg wordt geboden aan in totaal naar schatting 70.000 cliënten (waarvan circa 55.000 cliënten bij gecertificeerde (F)ACT teams). Afgezet tegen de totale GGZ-capaciteit en de totale EPA-populatie in Nederland betekent dit dat (F)ACT circa 5-7 % van die totale capaciteit voor zijn rekening neemt en zorgt biedt aan circa een kwart tot een derde van de EPA-populatie[12].

Modelgetrouwheid en kwaliteit

Kwaliteitsbeoordelingen van het CCAF laten verder zien dat de (F)ACT-teams op sommige onderdelen beter 'scoren' dan op andere. Positievere scores worden behaald op de interne organisatie van de teams en op aandacht voor symptomatisch herstel. De meeste ruimte voor verbetering ligt op het gebied van ondersteuning van cliënten bij hun maatschappelijk en persoonlijk herstel. De enquêteresultaten onder de vertegenwoordigers van de (F)ACT-teams en het groepsinterview bevestigen dit beeld. Twee oorzaken lijken ten grondslag te liggen aan het achterblijven van de kwaliteit van zorg op deze onderdelen. De eerste is gelegen in de beschikbare capaciteit. Bij de huidige caseload van de teams ontvangen cliënten van FACT-teams gemiddeld één contact per week. In tijden van crisis wordt de zorg opgeschaald, maar daarmee lijkt voor ondersteuning op andere terreinen vaak te weinig tijd/capaciteit over te blijven[13]. Deelnemers aan het groepsinterview bevestigen dat men 'vaker dan men lief is achter crisissen aanloopt'. Een tweede oorzaak is gelegen in beschikbare deskundigheid. Ervaringsdeskundigheid, rehabilitatiedeskundigheid en arbeidsdeskundigheid zijn nog onvoldoende vertegenwoordigd in de teams, zo wordt gesignaleerd.

Ook op een aantal andere terreinen liggen verbeterpunten, zo geven de resultaten van de enquête en het groepsinterview weer. Daarbij gaat het met name om verbeteringen op het gebied van de somatische zorg, geïntegreerde verslavingszorg, traumabehandeling en behandeling gericht op cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB).

Deelnemers aan het groepsinterview zijn wel van mening dat de zorg voor EPA-cliënten vergeleken met een aantal jaar geleden is verbeterd. Er komt meer aandacht voor de krachten (in plaats van de klachten) van de cliënt, voor somatische zorg (met name in de vorm van somatische screening) en de verbinding met ketenpartners en andere domeinen wordt steeds beter gemaakt, zo luidt het. CCAF-data bevestigen dat de (F)ACT teams in de loop van de jaren vooral zijn verbeterd in de samenwerking met externe partners en met informele steunsystemen.

11 Van Vugt, 2015.
12 De cijfers over zorggebruik van de leden van panel Psychisch Gezien, bevestigen dit beeld (zie hoofdstuk 2).
13 De contactfrequentie bij 'stabiele' cliënten is gemiddeld eens per twee weken.

Daar staat tegenover dat, afgaand op de CCAF-data, de caseload per fte de afgelopen jaren iets is toegenomen en de teams minder outreachend zijn gaan werken. Dat betekent dat (F)ACT teams hun cliënten steeds minder in de eigen omgeving zien. Ook is sinds 2011 een gestage daling opgetreden in de contactfrequentie bij cliënten die (een bepaalde periode) intensievere zorg nodig hebben. Daarmee staan twee wezenskenmerken van (F)ACT - 'outreach' en de mogelijkheid om flexibel op- en af te schalen - onder toenemende druk.

Deelnemers aan het groepsinterview wijzen er ook op dat de clientèle van (F)ACT teams in de loop van de jaren niet alleen diverser is geworden maar ook dat de nieuw ingestroomde cliënten in doorsnee met 'zwaardere' en complexere problematiek te kampen hebben. Dat vraagt om aanvullende expertise, bijvoorbeeld op het gebied van LVB en persoonlijkheidsstoornissen, zo luidt het.

Randvoorwaarden en knelpunten

Gevraagd naar de randvoorwaarden voor een optimale implementatie en een optimaal functioneren van (F)ACT en naar de eventuele knelpunten daarin, brengen de vertegenwoordigers van de teams een aantal thema's voor het voetlicht.

In de eerste plaats wordt een spanningsveld ervaren tussen enerzijds ambities voor verdere ontwikkeling en het streven naar (Flexible) ACT modelgetrouwheid en beschikbare financiële middelen anderzijds. Dat speelt over de volle breedte van de gewenste capaciteitsuitbreidingen en kwaliteitsverbeteringen, maar in het bijzonder voor het versterken van het team met arbeidsdeskundigheid (IPS) en ervaringsdeskundigheid. Regelgeving en knelpunten in het financieringsstelsel spelen daarbij ook een rol. Met name de financiering van ondersteuning bij sociale en maatschappelijke participatie, werk en opleiding dreigt tussen de wal en het schip van verschillende financieringskaders te vallen.

Meer in het algemeen wordt vastgesteld dat, waar symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel juist hand in hand gaan en om geïntegreerde ondersteuning vragen, de verschillende financieringsstromen in 'schotten' tussen afzonderlijke domeinen resulteren en aanleiding geven tot 'afwentelingsgedrag' tussen financiers.

Gesignaleerd wordt daarnaast dat een toenemende productiedruk, in termen van het registreren van zoveel mogelijk directe (cliëntgebonden) tijd, de ruimte voor kwaliteitsontwikkeling in de weg staat.
Die productiedruk draagt bij aan het gegeven dat de teams steeds minder toekomen aan outreachend werken. Toegenomen administratie- en registratielast zet de ruimte nog verder onder druk, zo luidt het.

Deelnemers aan het groepsinterview wijzen ook op een toenemende druk om jaarlijks een bepaald percentage cliënten uit te schrijven en bijvoorbeeld naar de basis-GGZ of de POH-GGZ te geleiden[14]. Positief aan deze ontwikkeling, zo wordt gesignaleerd, is dat het de teams ertoe aanzet om periodiek hun caseload kritisch langs te lopen en te bezien welke cliënten met een uitschrijving en doorgeleiding een nieuw perspectief kan worden geboden. Minder positief is dat deze clientèle daarmee buiten beeld van de teams kan raken, ook als periodiek toch intensieve zorg nodig is. (Juist de mogelijkheid tot flexibele op- en afschaling is één van de centrale kenmerken van het (F)ACT-model.)

Plannen

Bovengenoemde knelpunten weerhouden de teams er niet van om in te zetten op verdere kwaliteitsverbetering. De plannen lopen uiteen van investeringen in een betere modelgetrouwheid, inzet op herstelondersteunende zorg, ervaringsdeskundigheid, samenwerking met interne en externe ketenpartners (met speciale aandacht voor het 'sociaal domein') en met het 'cliëntsysteem', meer en betere psychische behandeling en deskundigheid rond specifieke doelgroepen. Ook geven meerdere respondenten aan dat er plannen zijn om de inzet op het gebied van participatie, dagbesteding, werk en opleiding te vergroten. Kanttekening daarbij is dat er vooralsnog slechts bij twee organisaties, die al over IPS beschikken, concrete plannen zijn om de expertise op dit gebied verder te implementeren.

14 CCAF-data laten zien dat in 2009 het jaarlijks aantal uitschrijvingen nog 7 % van de caseload bedroeg, in 2015 was dat gestegen tot 23 %.

Een belangrijke kanttekening bij de toekomstplannen is ook dat er momenteel, en afgaand op de enquêteresultaten, in de meeste organisaties geen plannen meer zijn om het aantal (F)ACT teams of de capaciteit van de teams nog verder uit te breiden. Waar nog wel uitbreidingsplannen zijn, betreft het vooral de specialistische teams. Eén en ander zou betekenen dat de gestage groei van (F)ACT, zoals die over de afgelopen vijftien jaar te zien is geweest, tot een halt aan het komen is.

4.3 Intensive Home Treatment (IHT)

Het zorgmodel van Intensive Home Treatment is recent geïntroduceerd in Nederland. Het model bouwt voort op de crisis resolution teams die rond 2000 in Engeland werden geïntroduceerd (Johnson, 2013). IHT biedt volgens de modelbeschrijving intensieve ambulante zorg vanuit een multidisciplinair team bij mensen die in crisis verkeren. Waar de activiteiten van de reguliere crisisdiensten in het algemeen beperkt blijven tot een beoordeling van de situatie en doorgeleiding naar andere hulp (waaronder doorgeleiding naar de klinische zorg), staat bij de IHT-teams intensieve (ambulante) procesbegeleiding gedurende de crisisperiode centraal. De hulp vindt primair bij de cliënt thuis plaats. De ondersteuning is 7x24 uur beschikbaar, kan opgeschaald worden tot drie bezoeken per dag en tot zes weken (of soms langer) worden geboden.

Een belangrijke doelstelling van IHT is het voorkomen (of verkorten) van klinische opnamen. Daartoe vervult IHT volgens de modelbeschrijving idealiter een 'poortwachtersfunctie' voor klinische opnamen in de regio: dat wil zeggen dat geen klinische opnamen plaatsvinden zonder tussenkomst van het IHT[15]. Het impliceert ook dat reguliere crisisdiensten in IHT worden geïntegreerd.

Omvang en bereik

Het aantal IHT-teams is de afgelopen jaren in Nederland snel gegroeid. Het totaal aantal teams op dit moment is niet bekend, maar wordt geschat op minimaal 33 (het totaal aantal teams van de bij het Platform IHT aangesloten organisaties[16]) tot mogelijk rond de 40. De uitvraag in het kader van de LMA vond plaats bij de aanbieders van de 33 via het Platform IHT geïdentificeerde teams.

De uitvraag laat zien dat de IHT-teams gemiddeld over een capaciteit van circa 12 fte beschikken, een gemiddelde caseload kennen van rond de 60 cliënten (circa 5 per fte) en gemiddeld op jaarbasis ruim 300 nieuw aangemelde cliënten helpen. In totaal beschikken de teams van de bij het Platform IHT aangesloten aanbieders naar schatting over ruim 400 fte en boden deze teams in 2015 zorg aan naar schatting ruim 10.000 cliënten[17]. (Capaciteit en bereik van alle IHT-teams in Nederland – inclusief die van de niet bij het Platform aangesloten aanbieders – zullen iets hoger liggen.) Daarmee neemt IHT inmiddels een significante plaats in het zorglandschap van de GGZ in. Afgezet tegen het totaal aantal jaarlijkse meldingen bij de reguliere crisisdiensten (naar schatting 150.000; Sirm, 2015) en afgezet tegen de totale GGZ-capaciteit in Nederland (met een aandeel daarin van IHT van naar schatting 0,5 tot 1,0 %) is die positie niettemin nog bescheiden.

Modelgetrouwheid

Er heeft in het kader van de LMA-uitvraag geen uitgebreide 'modelgetrouwheidsmeting' plaatsgevonden bij de IHT-teams. Wel zijn de vertegenwoordigers van de IHT-aanbieders bevraagd over wat beschouwd wordt als drie kernaspecten van het IHT-model: de 'poortwachtersfunctie' (voor opnamen), integratie van de crisisdienst in IHT en 7x 24 uurs beschikbaarheid.

De resultaten laten zien dat de teams voor een belangrijk deel, maar nog niet volledig aan de eigen 'model-vereisten' voldoen. Zo vervullen circa negen op de tien teams een poortwachtersfunctie voor opnamen, maar geeft een minderheid (een derde) van de teams aan dat die functie regionaal 'dekkend' is.

15 Een uitzondering daarop vormen crisissituaties bij cliënten van FACT-teams. In de regel zijn FACT-teams zelf in staat om de zorg voor de eigen cliënten op te schalen (ook om zo opnamen te voorkomen of te bekorten). Dat neemt niet weg dat in de praktijk IHT in sommige regio's ook een crisisfunctie vervult voor FACT-cliënten (in sommige gevallen uitsluitend buiten kantooruren).

16 Het Platform IHT is een samenwerkingsverband van GGZ-organisaties die IHT bieden. Verreweg de meeste, maar vermoedelijk niet alle IHT-aanbieders zijn bij het Platform aangesloten.

17 De cijfers over zorggebruik van de leden van het panel Psychisch Gezien, komen goed overeen met deze schatting (zie hoofdstuk 2).

Dat betekent dat voor de meeste teams niet alle zorgaanbieders, verwijzers en opname-afdelingen in de regio de poortwachtersfunctie van het IHT 'erkennen'; opnamen vinden ook buiten het IHT om plaats. Ook de 7x24 uur beschikbaarheid is (nog) niet bij alle teams gerealiseerd; circa twee derde van teams is 7x24 uur beschikbaar. Verder opereert in bijna de helft van de gevallen de crisisdienst nog los van de IHT-teams.

Randvoorwaarden en knelpunten

Gevraagd naar de randvoorwaarden voor een optimale implementatie en een optimaal functioneren van IHT en naar de eventuele knelpunten daarin, brengen de vertegenwoordigers van de IHT-aanbieders twee hoofdthema's voor het voetlicht.

De eerste betreft de financiering en bekostiging. Respondenten zouden graag zien dat (meer) middelen ter beschikking komen voor capaciteitsuitbreiding, een grotere beschikbaarheid, ruimere mogelijkheden voor opschaling en een kleinere geografische schaalgrootte (door grote werkgebieden gaat momenteel veel tijd op aan reizen). Daarnaast sluit de huidige bekostigingssystematiek niet goed aan bij de werkwijze van IHT, zo wordt gesignaleerd. Die bekostiging is gebaseerd op aantallen contacten ('productie'). Dat nodigt uit tot maximale productie maar staat daarmee ook de benodigde flexibiliteit (bij pieken en dalen in zorgvragen) in de weg. De bekostigingssystematiek draagt ook bij aan een toenemende druk vanuit de instelling om zoveel mogelijk 'contacten' te realiseren (productiedruk), waarmee de beschikbare tijd voor reizen, coördinatie, afstemming, overleg, etc. afneemt (zie ook paragraaf 4.2). Respondenten opteren daarom voor bekostiging door middel van een integraal beschikbaarheidsbudget.

Het tweede thema dat door de respondenten voor het voetlicht wordt gebracht betreft de bredere organisatie van de (regionale) GGZ en de positionering van IHT daarin. Daarin ontbreekt het nog te zeer aan goede afstemming en regie, zo luidt het. Nog te veel hanteren verschillende ketenpartners, zowel binnen als buiten de eigen instelling, ieder hun eigen beleid en procedures met veelal ook eigen toegangen, eigen wachttijden, etc.. Dat maakt bijvoorbeeld het optimaal realiseren van de poortwachtersfunctie complex. Het zorgt er ook voor dat het voor de IHT-teams soms lastig is om cliënten, wanneer dat aan de orde is, weer naar de 'reguliere' zorgvoorzieningen te geleiden. Omgekeerd draagt het ertoe bij dat IHT soms wordt ingezet om 'de gaten in het systeem te dichten', bijvoorbeeld waar andere voorzieningen onvoldoende mogelijkheden zien om zelf op te schalen, productieplafonds hebben bereikt, of worden ingeperkt in de mogelijkheden om outreachend te werken. Onvoldoende gezamenlijk, regionaal beleid en een toenemende inflexibiliteit binnen het zorgsysteem dringen IHT soms te veel in de rol van 'last resort' en belemmeren de continuïteit van zorg, zo wordt gesignaleerd.

Plannen

De gesignaleerde knelpunten houden de respondenten niet af van plannen voor een verdere doorontwikkeling van IHT. Daarbij wordt met name ingezet op verbetering van de poortwachtersfunctie, maar ook op interne deskundigheidsbevordering en het verbeteren van de beschikbaarheid buiten kantoortijden. Het merendeel van de respondenten geeft ook aan dat er verdere uitbreidingsplannen met betrekking tot IHT zijn.

4.4 Vroege Interventie Psychose (VIP)

Vroege Interventie Psychose (VIP) is een zorgmodel gericht op jongvolwassenen die met (een) psychose(n) te kampen hebben gehad of een verhoogde kans daarop hebben. Het model kenmerkt zich door integrale, multidisciplinaire en zo nodig intensieve zorg, behandeling en ondersteuning, gericht op zowel symptomatisch als persoonlijk en maatschappelijk herstel. VIP wordt bij voorkeur zo vroeg mogelijk ingezet om maatschappelijke uitval en chroniciteit zoveel mogelijk voor te zijn. VIP wordt in de praktijk veelal geboden vanuit gespecialiseerde VIP-teams maar kan ook onderdeel uitmaken van het aanbod van een (F) ACT team of een ander GGZ-team.

Omvang en bereik

VIP is de afgelopen jaren geleidelijk steeds breder geïmplementeerd in Nederland. Het totaal aantal teams dat VIP aanbiedt op dit moment is niet bekend. Wel kan een globale schatting worden gemaakt op basis van de uitvraag in het kader van de LMA. Die vond plaats bij in totaal 35 GGZ-organisaties die zijn aangesloten bij het Netwerk Vroege Psychose[18]. Van de 35 aangeschreven instellingen respondeerden er 24. Deze 24 instellingen tellen tezamen 51 teams die VIP aanbieden. Extrapolerend zou het totaal aantal teams in Nederland dat VIP aanbiedt daarmee tussen de 60 en 70 kunnen liggen.

De uitvraag laat verder zien dat bij de responderende instellingen iets minder dan helft van de teams (23 van de 51) een gespecialiseerd VIP-team betreft. In een kwart van de gevallen (13 teams) maakt VIP onderdeel uit van een FACT-team en in de overige (15) gevallen van een ander team. Gemiddeld beschikken de teams over een capaciteit van circa 5 fte voor VIP en een gemiddelde VIP caseload van rond de 70 cliënten. Daarmee is de gemiddelde caseload, met circa 14 cliënten per fte, iets kleiner dan die van bijvoorbeeld de reguliere FACT teams (zie paragraaf 4.2). Wel zijn bandbreedtes in capaciteit en caseload groot[19]. Over de totale VIP-capaciteit en aantallen VIP-cliënten in Nederland kunnen dan ook alleen heel globale schattingen worden gemaakt. Bovenstaande extrapolaties en cijfers doortrekkend zou die capaciteit bij benadering tussen de 300 en 350 fte kunnen liggen en het aantal cliënten tussen de 3.500 en 4.500. Beperken we het beeld tot de gespecialiseerde VIP-teams dan zou het gaan om circa 150 fte bij een caseload van circa 2.000 cliënten.

Kwaliteit

Het LMA-deelonderzoek naar VIP betrof geen onderzoek naar de kwaliteit van de geboden zorg. Wel is in de enquête onder vertegenwoordigers van de VIP-teams gevraagd naar hun eigen oordeel over die kwaliteit en in het bijzonder over gewenste verbeteringen.

Het meest zijn de vertegenwoordigers van de VIP-teams zelf te spreken over de diagnostiek en geboden ondersteuning bij symptomatisch herstel en persoonlijk herstel (wel maken enkelen melding van een onderbezetting als het gaat om psychiaters en psychologen). Ruimte voor verbetering ziet men met name bij vroegdetectie en de maatschappelijke inbedding/samenwerking. Binnen enkele teams wordt gewerkt aan methodieken voor vroegdetectie, maar die moeten nog structureel onderdeel van de werkwijze gaan worden. Bij de samenwerking met andere maatschappelijke organisaties heeft men onder andere de wijkteams op het oog. "De verbinding leggen met het sociale domein is en blijft een uitdaging", aldus één van de respondenten.

Ruimte voor verbeteringen ziet men verder vooral op het gebied van ervaringsdeskundigheid. Enkele respondenten maken melding van belemmeringen in de vorm van weerstanden tegen en onbekendheid met ervaringsdeskundigheid en het aanstellen van ervaringsdeskundigen binnen de organisatie. Ook de ontwikkeling van IPS blijft volgens een aantal respondenten nog achter.

Randvoorwaarden en knelpunten

Gevraagd naar de randvoorwaarden voor een optimale implementatie en een optimaal functioneren van VIP en naar de eventuele knelpunten daarin, wijzen respondenten in de eerste plaats naar de hoge caseload en het soms ook (erg) grote werkgebied (veel reistijd). Deelnemers aan het groepsinterview signaleren ook dat de zorgzwaarte van een deel van de cliënten toeneemt en daarmee de intensiteit van de begeleiding. Deze combinatie van factoren tezamen zou maken dat de dagelijkse praktijk van de VIP-werkzaamheden steeds meer in beslag genomen wordt door het 'blussen van brandjes'.

18 Het Netwerk Vroege Psychose is een samenwerkingsverband van GGZ-organisaties die VIP bieden.
19 Zo is bij de deelnemers aan de LMA-uitvraag de gemiddelde capaciteit van VIP binnen FACT aanzienlijk lager dan die van gespecialiseerde VIP-teams. Maar ook de gemiddelde caseload per fte is bij VIP binnen FACT aanzienlijk lager dan bij de gespecialiseerde VIP-teams.

Eén en ander zou vragen om meer capaciteit, eventueel ook geografische schaalverkleining en per saldo meer middelen. De praktijk is, aldus de respondenten, dat bij een gebrek aan financiële middelen onderdelen van het VIP-aanbod juist onder druk staan, waaronder vroegdetectie en IPS.

Ook de financierings*systematiek* speelt daarbij een rol. Enerzijds ontbreekt het juist voor zaken als vroegdetectie en IPS aan een eenduidige financieringsgrondslag. Anderzijds leidt die financieringssystematiek tot een toenemende productiedruk (maximaliseren direct cliëntgebonden tijd; zie ook de vorige paragrafen).

Een aandachtspunt is daarnaast de interne organisatie van de instelling en de positionering van VIP daarbinnen. 'Schotten' tussen de verschillende teams en afdelingen (in communicatie, aansturing en financiering) staan de kwaliteit en continuïteit van de zorg en ondersteuning soms in de weg. Daarbij staat VIP bij de andere organisatie-onderdelen niet altijd goed op het netvlies. Dat leidt er ook toe dat, waar bezuinigingen organisaties nopen tot het maken van keuzes, aan VIP niet altijd de hoogste prioriteit wordt gegeven.

Plannen

Ondanks de bovengenoemde knelpunten zetten de meeste teams actief in op verdere kwaliteitsverbetering. De plannen lopen uiteen van meer ruimte voor ervaringsdeskundigheid, IPS, samenwerking met wijkteams en naastbetrokkenen, en investeringen in het therapeutische behandelaanbod. Uitbreidingsplannen zijn er vooralsnog bij een minderheid van de organisaties en beperken zich tot enige capaciteitsuitbreiding bij de bestaande teams.

4.5 Conclusies

De ontwikkelingen rond gespecialiseerde ambulante GGZ-voorzieningen als FACT, IHT en VIP laten zien dat in de afgelopen jaren flink is geïnvesteerd in de kwaliteit van de (ambulante) zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige (of acute) psychische aandoeningen en in het bieden van integrale zorg, intensieve (acute) zorg thuis en preventie. Daarbij lijken vertegenwoordigers van de teams vooral te spreken over de interne organisatie en het interne functioneren van de teams. Verbeteringen zijn, afgaande op de bevindingen in dit hoofdstuk, in hoofdzaak nodig in de bredere organisatie van de zorg (meer continuïteit, flexibiliteit, regie, afstemming), aansluiting bij andere maatschappelijke organisaties (sociaal domein) en ondersteuning bij maatschappelijk herstel en participatie. Verbeteringen zijn ook nodig als het gaat om uitbreiding van de capaciteit (groter bereik en verkleining van de caseload; ook de FACT-teams en de VIP-teams geven aan bij de huidige – bij de (F)ACT teams stijgende - caseload te veel 'achter de problemen aan te lopen'.)

Direct betrokkenen zouden graag inzetten op verdere kwaliteitsverbetering en uitbreiding. Belemmeringen lijken vooral te liggen in een aantal randvoorwaarden. Onder andere een te verkokerde organisatie van de GGZ in zijn volle breedte, een 'verkavelde' financiering en een volledig op directe cliëntcontacten ('productie') gebaseerde financiering[20] (met gestaag toenemende 'productiedruk') staan op gespannen voet met de gewenste verbeteringen. In het verlengde daarvan roept vooral het goeddeels ontbreken van verdere uitbreidingsplannen bij de instellingen met betrekking tot (F)ACT, vragen op over het vervolg van het ambulantiseringstraject.

20 Momenteel wordt gewerkt aan een nieuwe bekostigingssystematiek.

5 Maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid

5.1 Inleiding

Belangrijke doelstellingen van de ambulantisering en de andere transities in de geestelijke gezondheidszorg zijn het verbeteren van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Persoonlijk en maatschappelijk herstel, participatie en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen vragen echter (veel) meer dan alleen goede GGZ-voorzieningen. Ontwikkelingen in het sociaal domein en in de sectoren van wonen, werk, onderwijs, etc. zijn ook van belang.

Deze bredere, maatschappelijke context valt vooralsnog buiten de scope van de monitoropdracht. Wel is in deze monitorronde speciale aandacht besteed aan een specifieke categorie maatschappelijke initiatieven op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel en sociale inclusie, namelijk maatschappelijke initiatieven voor én door mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf.

Al veel langer bestaat een breed palet aan initiatieven en projecten die worden bemenst en aangestuurd door mensen met een psychische kwetsbaarheid; de initiatieven en projecten kunnen gericht zijn op ontmoeting, uitwisseling, advies, belangenbehartiging, voorlichting, werk, wonen, etc.. In de laatste jaren krijgen die initiatieven op diverse plaatsen de vorm van zogeheten herstelacademies of zelfregiecentra. Naast een diversiteit aan specifieke eigen activiteiten en functies, zijn de gemeenschappelijke kenmerken en doelstellingen van deze centra veelal:

- Laagdrempeligheid;
- Uitwisseling van persoonlijke ervaringen én de ontwikkeling van een bredere, gedeelde ervaringskennis over persoonlijk en maatschappelijk herstel;
- Ruimte voor nieuwe activiteiten en initiatieven (deelnemers 'halen en brengen');
- Het leggen van verbindingen met andere voorzieningen en maatschappelijke sectoren in de wijk of in de lokale samenleving.

De belangstelling voor deze initiatieven is de afgelopen jaren toegenomen. Daarbij worden de initiatieven geacht een belangrijke rol te kunnen spelen in het realiseren van de doelstellingen van de transities. In het landelijke *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen ('Over de brug'),* wordt gepleit voor het actief stimuleren en faciliteren van de verdere ontwikkeling van initiatieven als de herstelacademies in Nederland.

In het kader van de LMA is, in nauwe samenwerking met het Landelijk Platform GGz, een inventarisatie gemaakt van de actuele stand van zaken rond deze maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Daartoe is een enquête uitgezet onder alle bij het LPGGz bekende initiatieven, in het bijzonder die initiatieven die bovenstaande vier kenmerken en functies combineren. In de enquête werd gevraagd naar de omvang en het bereik van de initiatieven, de aard van de activiteiten, de organisatorische inbedding en financiering, randvoorwaarden voor het optimaal functioneren van de initiatieven en eventuele knelpunten daarin en, tot slot, de toekomstplannen van de initiatieven.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van dit deelonderzoek van de LMA besproken. Een uitgebreider verslag is opgenomen in bijlage H.

5.2 Omvang en activiteiten

Het Landelijk Platform GGz beschikt over een naar verwachting goed landelijk dekkend overzicht van maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Bij het Platform zijn 31 initiatieven bekend die voldoen aan de in de vorige paragraaf genoemde kenmerken. De uitvraag in het kader van de LMA vond plaats bij deze 31 initiatieven. Daarvan respondeerden 23 organisaties.

De uitvraag laat zien dat de afzonderlijke initiatieven in doorsnee op jaarbasis tussen de 300 en 700 deelnemers tellen. Wel is de spreiding groot (mede afhankelijk van de aard van de activiteiten; initiatieven met een inloopfunctie trekken doorgaans meer deelnemers; zie verder). Per initiatief zijn in doorsnee rond de 50 deelnemers als vrijwilliger actief (wederom met een grote spreiding). De initiatieven beschikken in doorsnee over 1,5 à 2 fte aan betaalde krachten (met een enkel initiatief dat het met minder moet doen maar ook een initiatief waar ruim tien fte aan betaalde krachten werkzaam zijn).

Extrapolerend naar het totaal van de 31 bij het LPGGz bekende organisaties, zouden landelijk tussen de circa 120 en 140 betaalde krachten werkzaam zijn bij de initiatieven en zouden de initiatieven op jaarbasis in totaal rond de 30.000 deelnemers tellen[21]. Daarmee bereiken de initiatieven een aanzienlijke populatie.

Activiteiten

De uitvraag in het kader van de LMA laat zien dat elk van de initiatieven afzonderlijk een (soms grote) diversiteit aan activiteiten ontplooit. Tabel 5.1 geeft een overzicht.

De tabel laat zien dat de initiatieven gericht op activiteiten voor en door deelnemers zelf een belangrijke plaats innemen (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen, cursussen rond persoonlijk herstel, vrijwilligerswerk en werkprojecten). Maar ook het leggen van verbindingen met 'de samenleving' blijkt een belangrijk onderdeel van de activiteiten van de meeste initiatieven, bijvoorbeeld in de vorm van voorlichting en advisering aan maatschappelijke organisaties, participatie in beleidsontwikkeling en participatie in (de organisatie van) de zorg en ondersteuning door andere organisaties.

Tabel 5.1 Activiteiten van de initiatieven

Activiteiten	Aantal initiatieven (N 23)
Activiteiten gericht op maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld vrijwilligerswerk/werkprojecten)	23
Voorlichting aan maatschappelijke organisaties	20
Zelfhulpgroepen en lotgenotengroepen	20
Participatie in beleidsontwikkeling	19
Cursussen rond persoonlijk herstel en zingeving (bijvoorbeeld WRAP)	18
Advisering aan maatschappelijke organisaties	18
Cursussen of activiteiten gericht op creativiteit en ontspanning, of gezondheid	16
Participatie in (de organisatie van) de zorg en ondersteuning door andere organisaties	16
Belangenbehartiging	15
Activiteiten 'voor en door' naastbetrokkenen	12

21 De cijfers over het voorzieningengebruik van de leden van het panel Psychisch Gezien, komen goed overeen met deze schatting (zie hoofdstuk 2).

Ook in de doelstellingen die initiatieven voor zichzelf formuleren komen deze twee pijlers – een functie voor de deelnemers zelf en een bredere maatschappelijke functie – naar voren. Daarbij is de 'interne' functie naar zeggen van de respondenten vooral gericht op het vergroten van de zelfregie, het herstel, de empowerment en de 'eigen kracht' van de deelnemers. Extern is het streven om de ontwikkelde competenties en kennis in te zetten om, in samenwerking met anderen, bij te dragen aan beleidsontwikkelingen (met name bij gemeenten), verbetering van de kwaliteit van zorg, betrekken van andere maatschappelijke organisaties, etc..

Gevraagd naar de externe samenwerkingspartners worden met name GGZ- en andere zorg & welzijns-organisaties (waaronder wijkteams) en gemeenten door (nagenoeg) alle initiatieven genoemd; maar een deel van de initiatieven geeft aan ook samen te werken met voorzieningen op het gebied van werk en onderwijs (re-integratiebureaus, scholen, bedrijfsleven).

Overigens zijn er ook accentverschillen in de aard en doelstellingen van de verschillende initiatieven. Bij sommige ligt het accent op het vergroten van de (arbeids)participatie van de deelnemers, bij andere op het bijdragen aan verbeteringen in de reguliere zorg en bij een derde categorie op de persoonlijke ontwikkeling en het herstel van de deelnemers. Niettemin lijkt bij de meeste initiatieven de combinatie van het intern ontwikkelen én extern inzetten van talenten en competenties van deelnemers centraal te staan, met ervaringsdeskundigheid als kernthema.

5.3 Financiering en randvoorwaarden

Van de bevraagde initiatieven is ongeveer de helft 'onafhankelijk' (of onderdeel van een grotere, onafhankelijke cliëntgestuurde organisatie). De andere helft maakt onderdeel uit van een 'reguliere' instelling, doorgaans een GGZ- of welzijnsinstelling.

Qua financiering zijn verreweg de meeste initiatieven afhankelijk van verschillende bronnen (in tweede derde van de gevallen ten minste drie verschillende bronnen). Tabel 5.2 geeft een overzicht.

Tabel 5.2 Financieringsbronnen van de initiatieven

Financieringsbron	Aantal initiatieven (N = 23)
Gemeente (Wmo of elders)	22
Opbrengsten uit diensten en producten	13
Subsidies/fondsen anders dan Wmo	12
Re-integratie gelden	4
Eigen bijdrage deelnemers	4
Bijdrage vanuit zorggelden via PGB deelnemers	2
Bijdrage vanuit zorgverzekeraars	2
Project-budget (bijvoorbeeld vanuit overkoepelende instelling)	2
Bijdrage vanuit zorggelden op een andere manier	1
Anders	1

De tabel laat zien dat gemeenten de belangrijkste financiers zijn. Op één na ontvangen alle initiatieven financiering van gemeenten. Bijna een kwart van de initiatieven wordt volledig door de gemeente gefinancierd; de overige hebben ook andere - doorgaans aanzienlijk kleinere - inkomstenbronnen. De belangrijkste overige bronnen zijn fondsen en subsidies (anders dan Wmo) en opbrengsten uit diensten en producten.

De tabel laat ook zien dat zorgverzekeraars slechts bij twee initiatieven co-financier zijn (met een aandeel in de totale inkomsten van betreffende initiatieven van respectievelijk 5 en 3 %).

Financiering van de initiatieven is in de meeste gevallen tijdelijk, ook de financiering vanuit de gemeente; in iets minder dan de helft van de gevallen gaat het bij de gemeentelijke ondersteuning om structurele financiering.

Randvoorwaarden

Gevraagd naar de randvoorwaarden voor een optimaal functioneren en een optimale ontwikkeling van de initiatieven en naar eventuele knelpunten daarin, brengen de respondenten drie, samenhangende, hoofdthema's voor het voetlicht.

In de eerste plaats bemoeilijkt het veelal tijdelijke karakter van de financiering het waarborgen van de continuïteit van de initiatieven. Gevoegd bij de diversiteit aan financieringsbronnen (vaak ook meerdere gemeenten) resulteert dit erin dat het (financiële) voortbestaan van de initiatieven permanent veel tijd en inspanningen vraagt.

Een tweede aandachtspunt is dat de aard, activiteiten en doelstellingen van de initiatieven bij externen en financiers niet altijd goed bekend zijn of erkend worden. Daarbij zijn de initiatieven vaak maar kleine spelers in het regionale zorglandschap. Aandacht van financiers gaat primair uit naar de grotere aanbieders, zo luidt het. Gesignaleerd wordt ook dat grotere instellingen in de regio de initiatieven, om bovenstaande redenen, nog niet altijd als serieuze samenwerkingspartner zien.

Een bijkomende uitdaging is gelegen in de spanning tussen enerzijds de afhankelijkheid (van de voorwaarden en werkwijzen) van financiers (gemeente of zorginstelling) en anderzijds de wens tot behoud van eigen identiteit en onafhankelijkheid. Respondenten hechten er sterk aan dat de initiatieven, conform de uitgangspunten en veelal ook de ontstaansgeschiedenis, primair laagdrempelige 'vrijplaatsen' kunnen blijven, gerund door mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf. Juist daarin ligt hun meerwaarde voor de deelnemers. Behoud daarvan vergt de nodige standvastigheid en overtuigingskracht, zo luidt het.

Plannen

Alle initiatieven maken melding van plannen voor uitbreiding/doorontwikkeling van de activiteiten. Die plannen variëren van een verbreding van werkwijzen voor de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid, uitbreiding van werk- en activeringsplekken, meer outreachende activiteiten, het opzetten van cliëntgestuurde opvangvoorzieningen, tot intensievere participatie in de visie- en beleidsontwikkeling in de regio. Veel initiatieven willen daarnaast vooral investeren in een steviger profilering in het regionale zorglandschap, een steviger rol in de regionale transitieagenda, verbindingen met andere organisaties en in een steviger 'bedrijfsvoering' (met name door middel van het realiseren van meer duurzaamheid van financiering en een minder grote afhankelijkheid van één subsidieverstrekker).

5.4 Conclusies

De LMA-uitvraag laat zien dat maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in termen van 'betaalde' capaciteit een bescheiden positie innemen, maar dat het bereik in termen van deelnemers aanzienlijk is. Daarbij vervullen de initiatieven functies voor de deelnemers zelf, maar nemen ze ook een bredere maatschappelijke rol en een verantwoordelijkheid in de transities in de zorg op zich. Belangrijke uitdagingen zijn voor veel van de initiatieven gelegen in het waarborgen van de continuïteit (van financiering) en de positionering en inbedding in het regionale zorglandschap.

Deze uitdagingen zijn niet nieuw (en spelen de facto al sinds de opkomst van 'cliëntgestuurde projecten'). De toenemende belangstelling voor de initiatieven in het kader van de recente transities, biedt hoop op verbetering en op een meer structurele financiële basis. Essentieel is in de ogen van de deelnemers aan de LMA-uitvraag dat de initiatieven daarbij de ruimte behouden voor eigenheid en onafhankelijkheid.

6 Beschouwing

De monitorresultaten laten zien dat in de afgelopen jaren door de 'mensen in het veld' flink is ingezet op verbetering van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De ontwikkelingen rond FACT, IHT en VIP maar ook de maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid getuigen daarvan. De ambities bij betrokkenen om de positieve ontwikkelingen door te zetten, is groot.

De bevindingen van deze tweede monitorrapportage geven echter ook aanleiding tot zorg. De afbouw van intramurale voorzieningen zet door, maar aanwijzingen voor een feitelijke intensivering en uitbreiding van de ambulante zorg blijven uit. Ook zijn er vooralsnog geen aanwijzingen dat het aandeel van de ambulante zorg in de beschikbare middelen van de GGZ-instellingen stijgt (zorgverzwaring in de intramurale zorg lijkt daarbij een rol te spelen). Een belangrijke bevinding is ook dat, waar FACT in de afgelopen periode gestaag is gegroeid, er momenteel nagenoeg geen uitbreidingsplannen meer lijken te zijn. De groei van FACT zou daarmee tot een halt komen. Deelnemers aan de verschillende deelonderzoeken van de monitor signaleren ook dat financierings- en bekostigingsstructuren, een gestaag toenemende productiedruk (met als gevolg onder andere een gestaag verminderende outreach bij FACT) en het ontbreken van regie en afstemming op regionaal niveau, de kwaliteit verder onder druk zetten.

Per saldo heeft over de periode 2014-2015 op populatieniveau ook geen verbetering plaatsgevonden in de leefsituatie van mensen met langdurige psychische aandoeningen. De kwaliteit van leven blijft nog steeds ver achter bij die van de algemene bevolking. Met name eenzaamheid blijft voor velen een groot probleem. Een periode van één jaar is weliswaar kort om tot 'meetbare' resultaten te komen. De hoop van mensen met ernstige psychische aandoeningen op meer mogelijkheden tot het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven, blijft onverminderd groot. Daarmee ook de urgentie om daar een antwoord op te bieden.

Vervolg

Eerder dit jaar constateerde een expertgroep onder coördinatie van het Trimbos-instituut, op basis van de op dat moment beschikbare gegevens, dat de uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg bij de bestaande landelijke ambulantiseringsafspraken ontoereikend zou zijn om substantiële resultaten te boeken wat betreft de inhoudelijke doelstellingen van het ambulantiseringstraject (Trimbos-instituut, 2016). De expertgroep pleitte voor een forse intensivering van de ambulante opbouw. De huidige monitorresultaten duiden erop dat vooralsnog geen sprake is van een intensivering maar van (dreigende) stagnatie. Dat betekent dat ook de minimumvariant van de potentiële maar bescheiden winst van het door de expertgroep geschetste toekomstbeeld bij 'ongewijzigd beleid' mogelijk niet wordt gehaald.

Daarmee dienen zich drie scenario's aan voor het vervolg. De eerste is dat omstandigheden ongewijzigd blijven en verbeteringen in de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen ook de komende periode zullen uitblijven. De tweede is dat de bevindingen, mede onder druk van buitenaf, leiden tot 'terugtrekkende', op 'damage control' gerichte bewegingen (stopzetten van het ambulantiseringstraject). Daarmee zouden inhoudelijke doelstellingen van de transities feitelijk geheel van de agenda verdwijnen. Een derde scenario is dat alle betrokken partijen de urgentie voelen - en daarin ook worden gesteund - om alsnog gezamenlijk in te zetten op forse uitbreiding van de investeringen in goede ambulante zorg, meer herstel, meer participatie, een betere gezondheid en meer sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische aandoening.

Referenties

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), p. 427-437.

GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang. *Uitkomsten zevende meting WMO-monitor.* Amersfoort: GGZ Nederland, 2016.

KPMG Plexus. *Monitor Generalistische Basis GGZ.* Amsterdam: KPMG Plexus, 2016.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2015.* Utrecht: NZa, 2016.

Nivel. *De psychische en sociale hulpvraag van volwassenen in de huisartsenpraktijk van 2010-2015.* Utrecht: Nivel, 2016.

Trimbos-instituut. *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Trimbos-instituut. *Landelijk Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2015.

Trimbos-instituut. *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2016a.

Trimbos-instituut. *Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2016b.

Bijlage A
Samenstelling begeleidingscommissie

Jaap van Weeghel (voorzitter) – Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg
Gonne Kelder – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Nic Vos de Wael – Landelijk Platform GGz
Marijke Verbeek – GGZ Nederland
Jaap van der Rijst – Zorgverzekeraars Nederland
Ico Kloppenburg – Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Rina Beers – Federatie Opvang
Elsbeth de Ruijter – GGZ inGeest, NVvP
Martijn Kole – Enik, Lister
José Manshanden – Gemeente Utrecht
Rob Laane – Zorgverzekeraar VGZ
Ellen Visser – Robert Giel Onderzoekscentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen
Philippe Delespaul – Mondriaan, Universiteit Maastricht
Linda van den Brink – RIBW Alliantie
Hans Kroon – Trimbos-instituut

Bijlage B
Deelonderzoek Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg

Caroline Place
Lex Hulsbosch
Harry Michon

Inhoud

1 Inleiding **51**

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden **53**
2.1 Algemene gegevens 53
2.2 De feitelijke leefsituatie 54
2.3 De feitelijke zorgsituatie 56

3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie? **61**
3.1 De ervaren leefsituatie 61
3.2 De ervaren zorgsituatie 63

4 Zorgsituatie: behoeften en wensen **67**
4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein 67
4.2 Vervulde en onvervulde zorgbehoeften 67

5 Verdiepende analyses **71**
5.1 Veranderingen op groepsniveau 72
5.2 Veranderingen op persoonsniveau 73
5.3 Specifieke groepen 76

6 Verantwoording **79**

Literatuur **81**

1 Inleiding

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een landelijk panel van en voor mensen met psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Daarnaast is het de bedoeling om de mensen die met deze problemen te maken hebben, een duidelijker stem te geven in maatschappelijke debatten over de GGZ. De missie van het panel is om gedegen kennis te verwerven over de zorg- en leefsituatie en maatschappelijke integratie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening in Nederland.

De doelgroep van het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek in Nederland. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die last hebben (gehad) van psychoses en ernstige depressies. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten beperkingen in het dagelijks leven, gedurende langere tijd. Daarbij kan het in principe om elke psychische aandoening gaan. Deelname aan het panel is overigens niet voorbehouden aan mensen die cliënt zijn van een GGZ-instelling. Wel moeten mensen die zich aanmelden voor het panel vooralsnog minimaal 18 jaar oud zijn.

Het panel Psychisch Gezien kent drie functies:
a. Monitoren van leefsituatie, welzijn en participatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.
b. Peilen van de opinies en voorkeuren van panelleden rond actuele kwesties rond mensen uit de doelgroep (GGZ-kwesties; Wmo; publieke discussies rond ernstige psychische problematiek; et cetera).
c. Genereren van kennis over de doelgroep, die als input kan dienen voor beleid.

De basis van de informatieverzameling van het panel bestaat uit enquêtes onder de leden. Minimaal twee keer per jaar wordt een enquête uitgezet, die panelleden – al naar gelang hun voorkeur – online of schriftelijk kunnen invullen. Naast de terugkerende enquêtes kan, indien financiering beschikbaar is, aanvullend onderzoek gedaan worden. Afhankelijk van de doel- en vraagstelling van het aanvullende onderzoek worden hiervoor bijvoorbeeld focusgroepen, werkconferenties of diepte-interviews ingezet.

Tot 2014 bestond het panel steeds uit zo'n 800 leden[1]. Sinds begin 2015 is het panel Psychisch Gezien verbonden aan de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming LGGZ (LMA). Omwille van de datavoorziening voor de LMA, is besloten om het ledenaantal naar 1.500 te verhogen. Hiertoe heeft in de periode november 2014 - juni 2015 een wervingsactie plaatsgevonden waarbij via diverse kanalen naar nieuwe leden is gezocht. Het aantal panelleden is in de wervingsperiode gestegen van zo'n 800 naar ruim 2.000. Ten tijde van de peiling in 2016 zijn 2.072 mensen lid van het panel Psychisch Gezien. Twee derde van de leden heeft hieraan meegedaan (respons van 67 %, zie verder Hoofdstuk Verantwoording).

Leeswijzer

In de hierna volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de resultaten van de voorjaarspeiling van 2016[2]. Dit is de eerste vervolgmeting voor de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. In 2017 en 2018 worden de vragen opnieuw voorgelegd aan het panel. In hoofdstuk 2 staan de feitelijke leef- en zorgsituatie van de panelleden centraal, hoofdstuk 3 beschrijft hoe de panelleden de leef- en zorgsituatie ervaren. In hoofdstuk 4 wordt beschreven welke wensen en behoeften er leven op het gebied van zorg en ondersteuning en in hoeverre hieraan tegemoet wordt gekomen. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de eventuele veranderingen ten opzichte van 2015. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 toegelicht hoe de gegevens tot stand zijn gekomen (respons, gebruikte analyses).

1 Vanwege de dynamiek van het ledenbestand (aanmeldingen en uitschrijvingen) is een vast ledenaantal over een langere periode niet te geven.
2 Wanneer in dit rapport wordt gesproken van 'de panelleden' of 'het panel' zonder verdere toevoeging worden de panelleden bedoeld die hebben meegedaan aan de voorjaarspeiling van 2016.

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden

2.1 Algemene gegevens

Tabel 2.1 laat zien met welke klachten de panelleden die hebben meegedaan aan de peiling in 2016 te maken hebben. Ten tijde van de aanmelding is aan hen gevraagd aan te geven van welke klachten of problemen ze last hadden. Bijna de helft van de panelleden had te maken met depressieve klachten, 41 % met een angststoornis, 33 % met psychosen en/of schizofrenie, en voor bijna een derde van het panel was er sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Twee derde van de panelleden had ten tijde van de aanmelding te maken met meerdere psychische problemen.
Ten tijde van aanmelding bij het panel hebben vrijwel alle leden (95 %) langer dan twee jaar last van psychische klachten. Het merendeel ervaart beperkingen in het dagelijkse leven (92 %). Voor de meeste panelleden (85 %) is dat op het gebied van werken en/of leren. Drie kwart (76 %) van de panelleden voelt zich door hun psychische klachten beperkt in hun sociale contacten. Op het gebied van wonen ligt dit percentage op 48 %.

Tabel 2.1 Wilt u aangeven van welke klachten[1] u last heeft? (ten tijde van aanmelding bij het panel; meerdere antwoorden mogelijk) (N=1383)

	n (%)
Depressie	702 (51)
Angsten	664 (48)
Psychosen en/of schizofrenie	429 (31)
Persoonlijkheidsstoornis	380 (27)
Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis)	278 (20)
Eetproblemen	178 (13)
Verslavingsproblemen	168 (12)
Autisme of verwante beperkingen	146 (11)
Andere psychische klachten	365 (26)
Meerdere klachten	934 (68)

1. Het gaat hier om zelfgerapporteerde klachten, die niet noodzakelijkerwijs overeenkomen met de formeel door de arts vastgestelde diagnose. Dat is onder andere bekend door eerdere analyses beperkt tot de groep die panellid is geworden via de systematische werving bij GGz-instellingen. Daaruit bleek bijvoorbeeld dat een groot deel van die groep de door de instelling bepaalde diagnose schizofrenie/psychose zelf niet noemt (42% van de betreffende ledengroep had deze diagnose volgens de instelling, 20% noemde deze klachten zelf ook; 22% noemde deze niet).

2.2 De feitelijke leefsituatie

Woonsituatie

Het merendeel van het panel (87 %) woont zelfstandig of begeleid zelfstandig, zie tabel 2.2.

Tabel 2.2 Woonsituatie: hoe woont u?

	N	n (%)
Zelfstandig	**1346**	**1001 (74)**
Begeleid zelfstandig (in eigen koop- of huurwoning)	**1346**	**164 (12)**
Bij mijn ouders/familie	**1346**	**42 (3)**
Bij mijn vrienden	**1346**	**2 (0,1)**
In een instelling voor maatschappelijke opvang (zoals vrouwenopvang, daklozenopvang, hostel)	**1346**	**5 (0,4)**
In een woning/appartement van een zorginstelling in een woonwijk:	**1346**	**52 (4)**
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	*50*	*7 (14)*
b. Regionale instelling voor beschermd wonen	*50*	*33 (66)*
c. Andere zorginstelling	*50*	*10 (20)*
In een woning/appartement op het terrein van een zorginstelling:	**1346**	**19 (1)**
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	*15*	*7 (47)*
b. Regionale instelling voor beschermd wonen	*15*	*7 (47)*
c. Andere zorginstelling	*15*	*1 (7)*
Op een afdeling binnen een zorginstelling:	**1346**	**10 (1)**
a. GGZ-instelling, verslavingszorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis	*9*	*7 (78)*
b. Psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis / Psychiatrische Universiteitskliniek	*9*	*0*
c. Andere zorginstelling	*9*	*2 (22)*
Anders, namelijk	**1346**	**51 (4)**

Zes op de honderd leden woont in (een woning/appartement van) een zorginstelling: 1 % op de afdeling, 1 % op het terrein en 4 % in een woonwijk. De zorginstelling is in de meeste gevallen (3 %) een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW). De overige leden geven aan bij hun ouders, familie, vrienden, in de opvang of elders te wonen. Van de leden die (begeleid) zelfstandig wonen en die daar ondersteuning bij krijgen (n=1041), denkt 61 % ook zonder professionele ondersteuning zelfstandig te kunnen blijven wonen, 23 % twijfelt hieraan en 16 % denkt dat zelfstandig wonen dan niet mogelijk is.

Ter vergelijking: onder Wmo-aanvragers in het algemeen ligt dat anders, blijkt uit de Wmo-monitor die mensen met een lichamelijke, verstandelijke, psychische of psychosociale beperking volgt (Kromhout e.a., 2014). Van die bredere groep verwacht 26 % zelfstandig te kunnen blijven wonen zonder ondersteuning, 17 % denkt dat dat misschien zou kunnen en 57 % denkt dat zelfstandig wonen dan niet mogelijk is. Leden van het panel Psychisch Gezien lijken dus over het algemeen de begeleiding bij het wonen als minder noodzakelijk te zien dan andere groepen die woonbegeleiding krijgen.

Huishouden, sociale contacten en vrijetijdsbesteding

De meeste panelleden (58 %) wonen alleen. Een derde leeft samen met partner en/of kind(eren): 20 % woont samen met een partner, 7 % met partner en kind(eren) en 6 % alleen met kind(eren). Er wonen 39 panelleden (3 %) in een groepswoning voor mensen met psychische problemen. De rest van het panel woont met ouders, familie, vrienden/kennissen of anderen (resp. 2 %, 0,4 %, 0,5 %, 2 %).
Bijna 80 % ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke maand en 15 % zelfs dagelijks. Ontmoetingen met familie komen iets minder vaak voor; 64 % minstens één keer per maand en 4 % dagelijks. De meeste leden ontmoeten (schoon)familie of vrienden/goede kennissen wekelijks (33 % en 43 %). Sommige leden geven aan geen vrienden/goede kennissen of familie te hebben (5 % en 7 %) of hen zelden tot nooit te zien (7 % en 13 %).
Bijna drie kwart (72 %) komt dagelijks buitenshuis en bijna een kwart (23 %) wekelijks. Een groep van 2 % gaat minimaal elke maand ergens naar toe, 1 % doet dat minder dan één keer per maand en 1 % zelden tot nooit.
Ter vergelijking: in 2014 komt van de mensen met een lichamelijke beperking 80 % dagelijks buitenshuis, 51 % van de mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking, 43 % van de mensen met licht of matige verstandelijke beperking en 89 % van de ouderen (Nationaal panel Chronisch zieken en Gehandicapten; Meulenkamp e.a., 2015).
Aan de panelleden is ook gevraagd hoe vaak ze tijd besteden aan hobby's of vrijetijdsactiviteiten. Buitenshuis is dat vaak wekelijks en thuis dagelijks. Er zijn ook panelleden die geen hobby's hebben, noch buiten de deur noch thuis (10 % en 6 %), of hier zelden of nooit tijd aan besteden (16 % en 11 %).

Werk en opleiding

Tabel 2.3 laat de activiteiten van panelleden zien op het gebied van werk, opleiding en mantelzorg. Een vijfde van de leden (21 %) heeft een betaalde baan. Hieronder vallen ook degenen die bij een sociale werkvoorziening aan het werk zijn (4 %). Gemiddeld hebben de werkende panelleden een werkweek van 25 uur. Over het algemeen zijn zij in loondienst (15 %).

Tabel 2.3 Betaald werk, vrijwilligerswerk, opleiding en werk als mantelzorger ten tijde van de peiling

	N	n (%)
Betaald werk (CBS definitie)[1]	1339	282 (21)
Vrijwilligerswerk	1376	590 (43)
Opleiding / werkgerelateerde cursus[2]	1250	112 (9)
Mantelzorg[3]	1381	269 (19)

1. Het CBS gebruikt sinds 2015 de volgende definitie voor betaald werk: iedereen met betaald werk in de leeftijd 15 tot 75 jaar (het eerdere criterium van 12 uur per week is losgelaten).
2. Berekend over de groep panelleden < 65 jaar.
3. Mantelzorg betekent dat mensen hulp bieden aan iemand met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk. Het kan intensieve en minder intensieve hulp zijn, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, begeleiding of huishoudelijke hulp. Alleen de zorg voor iemand met gezondheidsproblemen wordt gezien als mantelzorg.

Onder het panel bevindt zich een grote groep vrijwilligers. Ruim vier op de tien leden heeft onbetaald werk. Panelleden doen gemiddeld 7 uur per week onbetaald werk, variërend van een uur per week tot ruim een volledige werkweek. Verder biedt bijna één op de vijf panelleden ten tijde van de peiling mantelzorg. Zij bieden hulp aan mensen met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk.
Het overgrote deel van het panel (91 %) volgt geen opleiding of werkgerelateerde cursus (berekend over de groep leden tot 65 jaar). Een klein deel van de panelleden doet wel een werkgerelateerde cursus, een deeltijd (vervolg)opleiding en/of een voltijd (vervolg)opleiding (respectievelijk 5 %, 2 %, 2 %).

Arbeids- en opleidingsparticipatie in de algemene bevolking en in andere kwetsbare groepen

Vergeleken met de algemene bevolking zijn relatief weinig mensen met langdurige psychische problemen aan het werk. Zo blijkt uit bevolkingsonderzoek van het CBS dat in het tweede kwartaal van 2016 bijna twee derde (66 %) van de beroepsgeschikte bevolking (ofwel: 15 tot 75 jarigen) een betaalde baan heeft (CBS Statline, 12 augustus 2016). De arbeidsparticipatie van panelleden ligt dus ruim drie keer zo laag als in de algemene bevolking in Nederland. De participatie van mensen met aanhoudende psychische problemen kan ook vergeleken worden met andere kwetsbare doelgroepen. Panelonderzoek van het NIVEL in 2014 wijst uit dat ook relatief weinig mensen met een lichamelijke beperking betaald werk hebben (Meulenkamp e.a., 2015). Zo is 34 % van de mensen met een lichamelijke beperking aan het werk en 14 % van de mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking (berekening volgens oude CBS definitie voor betaald werk, te weten: het aantal mensen tussen de 15-65 jaar met een betaalde baan van 12 uur of meer. In 2016 is het percentage werkenden binnen het panel Psychisch Gezien volgens deze definitie 18 %).

Wat betreft onbetaald werk komt het percentage leden dat vrijwilligerswerk doet overeen met het percentage vrijwilligers in 2014 in de algemene bevolking en onder ouderen (respectievelijk 43 %, 38 % en 40 %; Meulenkamp e.a, 2015). Vergeleken met mensen met lichamelijke problemen doen relatief veel panelleden vrijwilligerswerk; 27 % van de mensen met een lichamelijke beperking en 17 % van mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking werkt als vrijwilliger.

Een ruime meerderheid van het panel (91 %) volgt net als de volwassenen in de algemene bevolking geen opleiding of werkgerelateerde cursus (88 % in 2014, Consumentenpanel Gezondheidszorg; Meulenkamp e.a, 2015).

Lichamelijke problemen

Tabel 2.4 laat zien dat een groot deel van het panel (71 %) naast psychische problemen ook lichamelijke problemen heeft. Bij 12 % gaat het om ernstige lichamelijke problemen.

Tabel 2.4 Heeft u naast psychische problemen ook lichamelijke problemen? (N=1379)

	Nee	Ja, lichte lichamelijke problemen	Ja, matige lichamelijke problemen	Ja, ernstige lichamelijke problemen
n (%)	403 (29)	448 (32)	360 (26)	168 (12)

2.3 De feitelijke zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Een groot deel van de panelleden (86 %) gebruikt medicijnen om de psychische klachten te verminderen of onder controle te houden. Dit gaat in vrijwel alle gevallen (97 %) om medicatie op voorschrift van een psychiater of arts. Ongeveer zeven op de tien leden is ten tijde van de peiling cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling, zie tabel 2.5. De meeste panelleden gaan naar de instelling en ruim een kwart van de mensen krijgt zorg aan huis. Ruim één op de twintig leden verblijft in een GGZ- of verslavingszorginstelling.

Tabel 2.5 Bent u op dit moment cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling? Zo ja, wat voor soort zorg krijgt u bij deze instelling? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=1374)

	Nee	Ja: ik kom voor begeleiding/behandeling naar de instelling	Ja: ik krijg begeleiding/behandeling aan huis	Ja: ik ben tijdelijk opgenomen	Ja: ik woon in deze instelling	Ja: ik krijg dagbehandeling
n (%)	406 (30)	697 (51)	358 (26)	15 (1)	43 (3)	42 (3)

Tabel 2.6 laat zien dat panelleden met verschillende instanties te maken hebben. De meeste panelleden hebben in de afgelopen 12 maanden contact gehad met de huisarts (68 %). Ongeveer evenveel leden hadden contact met een GGZ- of een verslavingszorginstelling (65 %). 45 % van de leden had contact met het UWV. Ongeveer een kwart heeft contact met een (F)ACT-team. Eveneens ongeveer een kwart heeft contact met medewerkers van de gemeente rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning. Verder krijgen panelleden ondersteuning van behandelaars met een eigen praktijk (20 %), vrijwilligersorganisaties (18 %), dagactiviteitencentra (16 %) of instellingen voor beschermd wonen (16 %). Eén op de acht leden had het voorgaande jaar contact met de praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts en één op negen leden met een sociaal wijkteam (13 % en 11 %).

Tabel 2.6 Contact met zorg- en dienstverlenende instanties

	Respons	Contact in afgelopen 12 maanden	Momenteel nog steeds contact
GGZ	**N**	**n (%)**	**n (%)**
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	1332	860 (65)	732 (55)
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	1314	207 (16)	179 (14)
ACT/FACT team: assertive community treatment	1310	370 (28)	331 (25)
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	1289	44 (3)	28 (2)
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	1294	71 (5)	54 (4)
VIP team: vroege interventie psychose team	1283	32 (2)	23 (2)
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	1282	85 (7)	54 (4)
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	1281	165 (13)	131 (10)
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	1284	164 (13)	112 (9)
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog etc.)	1278	250 (20)	199 (16)
Dagbesteding/werk en financiën			
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	1299	590 (45)	529 (41)
Schuldhulpverleningsorganisatie	1290	105 (8)	85 (7)
Sociale werkvoorziening	1292	95 (7)	83 (6)
Dagactiviteitencentrum (DAC)	1296	201 (16)	165 (13)
Re-integratiebureau	1278	71 (6)	53 (4)
Overige instanties			
Wijkverpleegkundige	1304	78 (6)	55 (4)
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	1295	58 (4)	40 (3)
Sociaal wijkteam / buurtteam	1298	142 (11)	98 (8)
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente)	1288	68 (5)	64 (5)
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	1299	304 (23)	208 (16)
Gemeente: overig	1292	133 (10)	96 (7)
Welzijnsorganisatie	1287	70 (5)	56 (4)
Buurthuis	1292	108 (8)	89 (7)

Tabel 2.6 Vervolg	Respons	Contact in afgelopen 12 maanden	Momenteel nog steeds contact
Vrijwilligersorganisatie	1291	234 (18)	194 (15)
Huisarts	1304	887 (68)	668 (51)
Coach met een eigen praktijk	1288	70 (5)	48 (4)
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	1288	141 (11)	88 (7)

Waar tabel 2.6 ging over het contact met zorginstanties in de 12 maanden voorafgaand aan de peiling, zijn daarnaast enkele specifieke vragen gesteld over contacten met de huisarts, het Wmo-loket en het sociaal wijkteam in 2015. De uitkomsten worden hieronder uiteengezet.

Huisartsenzorg

De meerderheid van het panel Psychisch Gezien heeft in 2015 contact gehad met de huisarts[3]. Vergeleken met de algemene bevolking hebben relatief veel panelleden de huisarts gezien of gesproken (83 % tegenover 72 %, zie tabel 2.7). Bij mensen met een chronische ziekte is het percentage huisartsbezoekers het hoogst, namelijk 91 %. Panelleden komen niet alleen met lichamelijke klachten bij de huisarts. Ruim een derde (35 %) van de leden heeft contact met de huisarts gehad vanwege zijn of haar psychische problemen. Dat was in 2015 gemiddeld 5 keer.

Tabel 2.7 Percentage mensen dat in een jaar contact had met de huisarts

	%	Gemiddeld aantal contacten	Periode
Mensen met aanhoudende psychische problemen	83	7	2015
Mensen met een chronische ziekte/lichamelijke beperking[1]	91	5	2010
Algemene Nederlandse bevolking[2]	72	6	2013

1. Nationaal panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL (Jansen, Spreeuwenberg & Heijmans, 2012).
2. Bevolkingsonderzoek in 2013 (CBS, 2014).

Wet maatschappelijke ondersteuning

Mensen die ondersteuning nodig hebben, kunnen een beroep doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en daarvoor terecht bij een Wmo-loket of een sociaal (wijkteam). Een relatief groot deel van het panel (42 %) is niet bekend met het Wmo-loket of sociaal wijkteam van hun gemeente en nagenoeg een derde (32 %) kent het wel maar heeft hier in 2015 geen contact mee gehad. Ruim een kwart van het panel (27 %) heeft hiermee wel telefonisch, face-to-face of via de website contact gehad, waarvan ruim zes op de tien leden een nieuwe aanvraag heeft ingediend (d.w.z. 17 % van het totale panel). Panelleden hadden met name contact over hulp bij het huishouden, persoonsgebonden budget en vervoersvoorzieningen, respectievelijk 44 %, 25 % en 14 % van de contacten gingen hierover. Van de panelleden die met het Wmo-loket of het sociaal wijkteam te maken heeft gehad, was bij 66 % de herbeoordeling of verlenging van een indicatie de reden van het contact. Andere redenen waren het indienen van een aanvraag voor een nieuwe voorziening (27 %) en het inwinnen van informatie/advies (21 %). Een kleine groep richtte zich tot de gemeente om een klacht in te dienen (5 %).

3 Het gaat hierbij om alle bezoeken op het spreekuur, visites van de huisarts bij mensen thuis en telefonische consulten (inclusief de contacten met de vervanger van de eigen huisarts, exclusief verlenging van recepten).

Over het algemeen kennen de bijna 800 panelleden het Wmo-loket of sociaal wijkteam via internet, een folder of krant (30 %). Verder zijn deze leden op de hoogte gebracht via anderen zoals familie (9 %), huisarts (6 %) of wijkverpleegkundige (2 %) en andere hulpverleners (27 %). Ruim een vijfde (22 %) weet het niet meer omdat ze het al langere tijd kennen. Een kwart geeft aan het Wmo-loket of sociaal wijkteam ergens anders van te kennen, bijvoorbeeld via hun (vrijwilligers)werk, betrokkenheid bij (Wmo)raden of via (een brief van) de gemeente.

Persoonsgebonden budget

Van het panel heeft 11 % ten tijde van de peiling een persoonsgebonden budget (PGB). Ruim drie kwart van de panelleden (76 %) heeft geen behoefte aan een PGB. Van de 320 panelleden die wel behoefte aan een PGB hadden, heeft 58 % ook een PGB aangevraagd. Hierbij is bij ongeveer vier op de tien de aanvraag gehonoreerd.

Crisiszorg en opnames

Bijna één op de vijf leden (19 %) heeft in het afgelopen jaar naar eigen zeggen crisiszorg gehad. In bijna de helft van de gevallen (49 %) ging het om ambulante crisiszorg en in bijna een kwart om crisisopname op een gesloten afdeling in een instelling. Voor 70 % van de panelleden is in de afgelopen 12 maanden crisiszorg niet aan de orde geweest en was dit volgens hen ook niet nodig. 10 % van het panel geeft aan wel crisiszorg nodig gehad te hebben, maar dit niet te hebben gekregen (ofwel voor 10 % is op dit terrein sprake van een onvervulde zorgbehoefte).

Een groep van 104 panelleden (8 %) is in de afgelopen 12 maanden op vrijwillige basis opgenomen. Dertig panelleden (2 %) zijn gedwongen opgenomen. Bij het merendeel van de panelleden (90 %) is in het voorgaande jaar geen sprake geweest van een opname. Gedwongen opnames gebeurden voornamelijk middels een inbewaringstelling (IBS) of voorlopige rechterlijke machtiging (RM). Voor een aantal panelleden was sprake van een combinatie van maatregelen. De leden die in de afgelopen 12 maanden opgenomen zijn geweest, hebben gemiddeld twee keer een opname meegemaakt, ongeacht of dit om een vrijwillige of een gedwongen opname ging. Het gemiddeld aantal opnamedagen in het afgelopen jaar was 76. De voorwaardelijke RM is voor 39 panelleden (3 %) ingezet om een gedwongen opname te voorkomen.

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Bijna twee derde van de panelleden (65 %) geeft aan op het moment van de peiling zorg of ondersteuning bij hun psychische problemen te krijgen van iemand uit hun eigen netwerk. Tabel 2.8 geeft weer welke personen hierbij een rol spelen. Het zijn vooral de partner, vrienden, (schoon)ouders en andere familie die de panelleden bijstaan. Lotgenoten zijn voor een vijfde van de panelleden die informele zorg krijgen een belangrijke steunpilaar. Bijna drie kwart (74 %) heeft in zijn/haar omgeving iemand om mee te praten en die een luisterend oor biedt. Bij de meeste panelleden is dit een vriend of vriendin.

Tabel 2.8 Personen uit eigen netwerk die zorg of ondersteuning bieden[1]

	Ondersteuning Algemeen (N=891)	Ondersteuning Luisterend oor (N=1015)
	n (%)	*n (%)*
Partner	367 (41)	399 (40)
Vriend(en)	346 (39)	519 (51)
(Schoon)ouders	292 (33)	309 (30)
Andere familie	251 (28)	306 (30)
Lotgenoten	178 (20)	224 (22)
Kind(eren)	154 (17)	163 (16)
Kennis(sen)	121 (14)	165 (16)
Anders	109 (12)	126 (12)
Buren of buurtgenoten	108 (12)	127 (13)
Leidinggevende	72 (8)	91 (9)
Collega's	58 (7)	101 (10)
Ex-partner	37 (4)	45 (4)
Onbekend wie panellid ondersteuning biedt	3 (0.3)	5 (0.5)

1. De vermelde percentages hebben betrekking op de groep panelleden die aangeven zorg of ondersteuning te krijgen van iemand uit hun netwerk. Bijvoorbeeld; van de leden die geholpen worden door hun sociale omgeving krijgt 41% ondersteuning van zijn of haar partner.

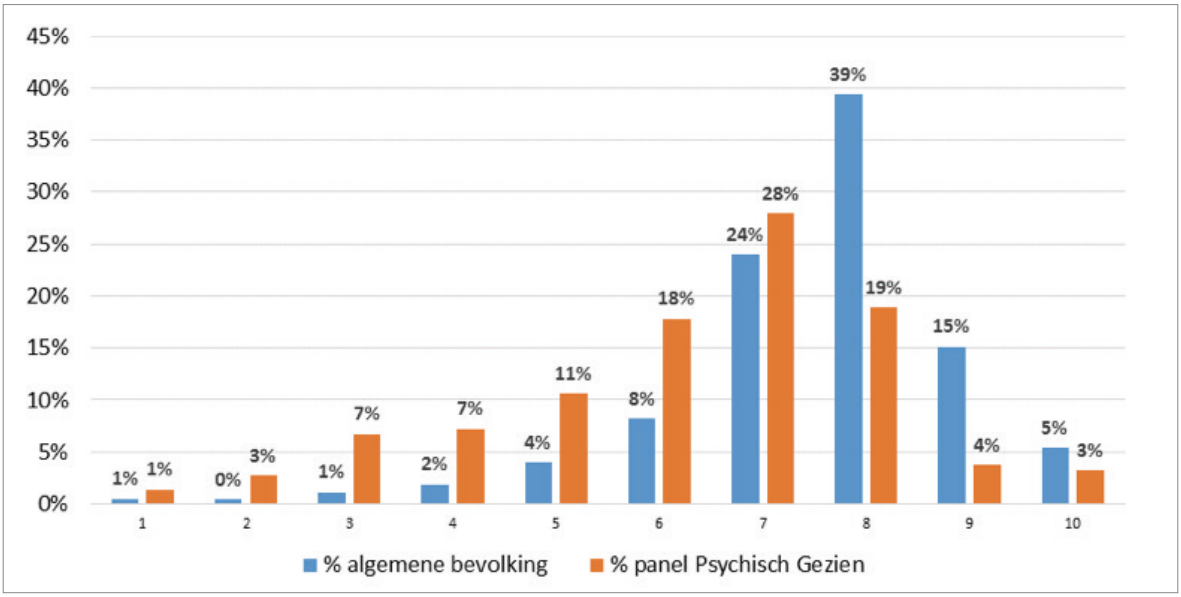
3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?

3.1 De ervaren leefsituatie

Tevredenheid: leven als geheel en per leefgebied

De panelleden geven het leven dat ze nu (voorjaar 2016) leiden gemiddeld een 6,2 (SD=1,9; op een schaal van 1 tot 10, waarbij een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden). Vergeleken met andere mensen in Nederland is dat relatief laag, zie figuur 3.1. Nederlanders geven hun leven in 2013 gemiddeld een 7,8 (CBS, 2015a). Ook bevolkingscijfers uit 2014 en 2015 bevestigen dit beeld: 84 % van de algemene bevolking is in 2015 tevreden met hun leven (cijfer >6) tegenover 54 % van de panelleden; 4 % is ontevreden en geeft een cijfer onder de vijf tegenover 18 % van het panel (CBS, 2015a; 2015b). Ruim één op de tien leden geeft zijn/haar eigen leven ten hoogste een 3.

Figuur 3.1. Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?*



* Panel Psychisch Gezien peiljaar 2016. Algemene bevolking peiljaar 2015 (CBS, 2015a, 2015b).

Aan de panelleden is ook per leefgebied gevraagd hoe tevreden ze hierover zijn (op een schaal van 1=helemaal niet tevreden tot en met 7=zeer tevreden). Tabel 3.1 geeft de resultaten weer. De panelleden zijn – gemiddeld genomen – het meest tevreden met hun woonsituatie en de hulpverlening die zij krijgen (zie paragraaf 3.2 voor meer informatie over tevredenheid met de zorg). Het minst tevreden zijn zij met hun financiële situatie, lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid. Met de stelling 'ik heb het gevoel dat ik meetel in de maatschappij' is 25 % het eens, 34 % een beetje eens, 14 % beetje oneens en 26 % niet eens (en 2 % heeft geen mening).

Tabel 3.1 Gemiddelde scores met betrekking tot de tevredenheid over verschillende leefgebieden[1]

	n	M	SD
Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?	1376	5,5	1,5
Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt?	1192	5,2	1,6
Hoe tevreden bent u met uw dagelijkse bezigheden?	1371	4,7	1,6
Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?	1363	4,7	1,6
Hoe tevreden bent u met uw sociale contacten?	1373	4,6	1,7
Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	1366	4,4	1,9
Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	1371	4,3	1,7
Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	1366	4,1	1,7

1. Scores op een 7-puntsschaal, lopend van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 7 (zeer tevreden).

Gezondheid

De relatief lage waardering voor de gezondheid, komt terug in een andere vraag: wat vinden de panelleden – over het algemeen – van hun gezondheid? Iets meer dan de helft (52 %) van de leden geeft aan hun gezondheid matig tot slecht te vinden tegenover 16 % van de algemene bevolking (Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL; Brabers, e.a., 2014). Een groep van 8 % beoordeelt hun gezondheid als "zeer goed" of "uitstekend" en de resterende 39 % bestempelt deze als "goed" (versus 31 % en 53 % in de algemene bevolking).

Aan de hand van de MHI-5 is de actuele mentale gezondheid van de panelleden gemeten. Hieruit blijkt dat twee derde van de panelleden (68 %) zich de afgelopen vier weken geestelijk ongezond voelde, zie tabel 3.2. Onder de algemene bevolking was 11 % in 2013 psychisch ongezond (CBS, 2014). De gemiddelde score op de MHI-5 van de panelleden is 52 (op een schaal van 1 tot 100, waarbij hoe hoger de score hoe gezonder; SD=20,7).

Tabel 3.2 MHI-5 resultaten: mentale gezondheid in de afgelopen vier weken (n=1355)

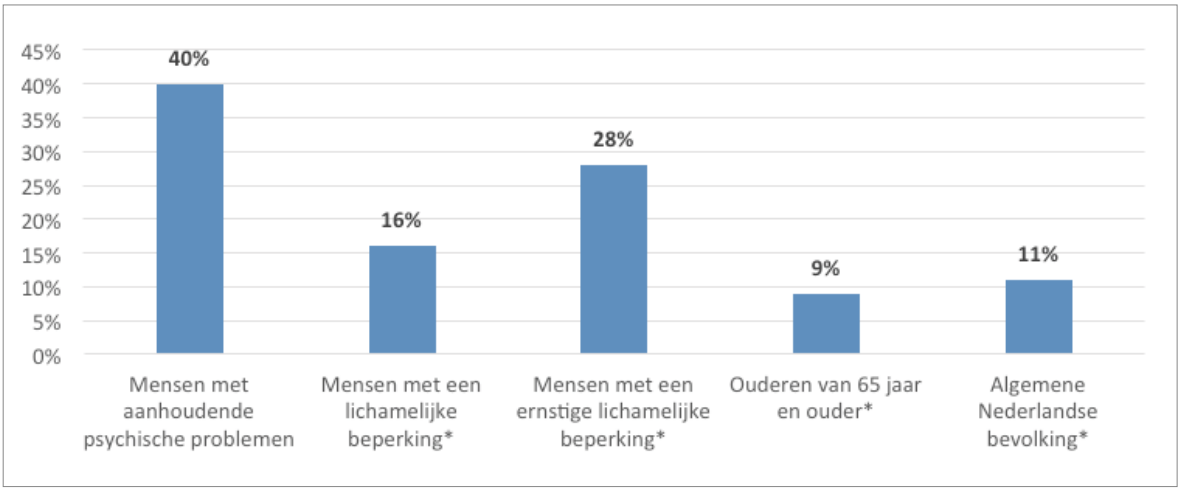
	n (%)
Psychisch gezond	440 (32)
Psychisch licht ongezond	415 (30)
Psychisch matig ongezond	252 (18)
Psychisch ernstig ongezond	248 (18)

1. De MHI-5 is de Mental Health Inventory en wordt door het CBS gebruikt. De MHI-5 is een internationale standaard voor het meten van geestelijke gezondheid en bestaat uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde. De scores lopen van 0 tot 100 waarbij geldt; hoe lager de score, hoe slechter de psychische gezondheid van de persoon. Het CBS hanteert als afkappunt 60 of hoger om mensen in de categorie psychisch gezond in te delen.

Eenzaamheid en discriminatie

Eenzaamheid komt veel voor binnen de groep panelleden. Ruim vier op de vijf leden (81 %) voelt zich eenzaam (gemeten met de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis, 1985). De mate waarin mensen eenzaam zijn verschilt; 41 % van de leden is matig eenzaam, 23 % erg eenzaam en 17 % is heel erg eenzaam. Figuur 3.2 laat zien dat de groep panelleden die zich in 2016 (heel) sterk eenzaam voelt, relatief groot is vergeleken met het percentage bij mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking, ouderen en de algemene bevolking in 2014 (Meulenkamp e.a, 2015).

Figuur 3.2 Percentage mensen dat zich (zeer) sterk eenzaam voelt



* De gepresenteerde percentages hebben betrekking op 2014 en zijn overgenomen uit de Participatiemonitor van het NIVEL (Meulenkamp e.a., 2015). Eveneens gemeten met de schaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985).

Bijna een derde (31 %) van de panelleden heeft zich – in de afgelopen 12 maanden – wel eens gediscrimineerd gevoeld vanwege zijn of haar psychische problemen. De overig leden zijn in hun ogen niet achtergesteld of weet het niet (55 % en 14 %). Voor 77 % van de panelleden die wel ervaring hadden met discriminatie gebeurde dit soms tot regelmatig, bij 13 % vaak tot zeer vaak en 9 % gaf aan één keer te zijn gediscrimineerd.

Empowerment

Van de Nederlandse Empowerment Lijst (Boevink, 2009) zijn twee schalen afgenomen: "Eigen wijsheid" en "Zelfmanagement". Voorbeelditems van Eigen wijsheid zijn: 'Ik heb een doel in mijn leven' en 'Ik heb de wil om verder te gaan'. Een voorbeelditem van Zelfmanagement is: 'Ik weet wat ik beter wel/niet kan doen'. De gemiddelde scores op deze schalen zijn respectievelijk 3,3 (SD=0,7) en 3,5 (SD=0,8).

3.2 De ervaren zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Ongeveer één op de tien panelleden (11 %) krijgt geen professionele zorg of ondersteuning, maar heeft dit naar eigen zeggen ook niet nodig. De overige panelleden krijgen professionele zorg. Bijna twee derde (66 %) krijgt professionele zorg en ondersteuning en vindt dit voldoende. Bijna een kwart (318) van de panelleden geeft te kennen dat voor hen onvoldoende zorg beschikbaar is: bij 72 panelleden (5 %) ontbreekt de zorg die nodig is en 246 panelleden (18 %) geven aan wel zorg te krijgen, maar dat deze zorg niet voldoende is. Deze groep panelleden noemt verschillende redenen voor deze ontbrekende of ontoereikende zorg (zie tabel 3.3). De twee grootste struikelblokken voor het krijgen van (voldoende) professionele zorg zijn het ontbreken van geschikt aanbod en het onbegrip van de hulpvraag bij anderen ((aldus 30 % respectievelijk 28% van de mensen die geen of onvoldoende zorg krijgen). Verschillende persoonlijke redenen - niet weten

hoe ondersteuning te regelen, opzien tegen het regelwerk en rompslomp, niet om ondersteuning durven vragen - zijn steeds voor ongeveer een vijfde van de panelleden een reden voor in hun ogen een tekort aan zorg en ondersteuning. Externe factoren als wachtlijsten en niet in aanmerking komen voor een specifieke vorm van ondersteuning worden beide door 14 % van de panelleden genoemd als reden voor ontoereikende zorg. Tot slot spelen financiële redenen een rol; 11 % geeft aan dat de benodigde ondersteuning niet wordt vergoed en 15 % kan de eigen bijdrage niet betalen.

Tabel 3.3 Redenen voor het ontbreken van (voldoende) professionele zorg volgens panelleden die geen of onvoldoende zorg krijgen (n=316) Meerdere antwoorden mogelijk

	n (%)
De ondersteuning die ik nodig heb, is niet beschikbaar / wordt niet aangeboden	95 (30)
Anderen begrijpen mijn hulpvraag niet	90 (28)
Andere reden dan hier genoemd	88 (28)
Ik zie op tegen het regelen van deze ondersteuning (bijvoorbeeld door het regelwerk, rompslomp)	64 (20)
Ik durf niet om deze ondersteuning te vragen	61 (19)
Ik weet niet hoe ik deze ondersteuning moet regelen	57 (18)
Ik moet een eigen bijdrage betalen en ik heb het geld hier niet voor	47 (15)
Ik kom niet in aanmerking voor deze ondersteuning / speciale voorzieningen	44 (14)
Er zijn wachtlijsten voor de zorg en ondersteuning die ik nodig heb	44 (14)
De ondersteuning die ik nodig heb, wordt niet vergoed	36 (11)

Over de ontvangen professionele zorg is 69 % van het panel (heel) tevreden en 4 % (zeer) ontevreden. De overige panelleden (23 %) hebben gemengde ervaringen en zijn zowel tevreden als ontevreden. De geleverde professionele zorg en ondersteuning worden door de panelleden met een gemiddeld rapportcijfer van 6,9 (SD=1,8) beoordeeld (op een schaal van 1 tot 10).

In tabel 3.4 is voor diverse instanties te zien wat het oordeel van de panelleden is. Ook hier gaat het om rapportcijfers op een schaal van 1 tot 10. Van de GGZ is een behandelaar met een eigen praktijk de best scorende met een gemiddeld rapportcijfer van 6,9. Het IHT-team is met een 5,9 de laagst scorende GGZ-voorziening. Van de instanties en voorzieningen voor dagbesteding, werk en financiën, scoort het dagactiviteitencentrum (DAC) het best, een 6,4 gemiddeld. Re-integratiebureaus komen het laagst uit met een 5,5. Van de groep overige zorgverleners en instanties waarderen panelleden met name de alternatieve zorgverleners (7,3). Over verscheidene diensten van de gemeenten zijn zij het minst tevreden (cijfers variërend van een 5,2 tot 5,7).

Tabel 3.4 Gemiddelde rapportcijfers voor diverse professionele zorginstanties[1]

GGZ	N[2]	*M	SD
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog etc.)	225	6,9	2,1
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen	812	6,8	1,9
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	211	6,8	2,2
ACT/FACT team: assertive community treatment	380	6,8	2,0
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	159	6,7	1,9
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	100	6,6	2,4
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	90	* 6,4	2,4
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	170	* 6,3	2,2
VIP team: vroege interventie psychose team	52	6,0	2,7
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	58	5,9	2,5
Dagbesteding/werk en financiën	**n**	**M**	**SD**
Dagactiviteitencentrum (DAC)	204	* 6,4	2,2
Schuldhulpverleningsorganisatie	117	* 6,0	2,5
Sociale werkvoorziening	112	5,9	2,5
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	571	5,8	2,3
Re-integratiebureau	86	5,5	2,6
Overige instanties	**n**	**M**	**SD**
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	128	* 7,3	2,1
Huisarts	835	7,2	1,8
Wijkverpleegkundige	81	6,8	2,3
Vrijwilligersorganisatie	216	6,8	2,1
Coach met een eigen praktijk	79	6,6	2,4
Welzijnsorganisatie	87	6,2	2,6
Buurthuis	115	* 6,1	2,2
Sociaal wijkteam / buurtteam	152	5,9	2,4
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking) *	72	* 5,8	2,8
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	353	5,7	2,3
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente)	112	* 5,3	2,6
Gemeente: overig	188	* 5,2	2,4

1. Scores op een 10-puntsschaal, lopend van 1 (heel erg slecht) tot en met 10 (uitstekend).
2. Aantallen kunnen enigszins afwijken van de aantallen in tabel 2.6 vanwege ontbrekende gegevens.
   * In alle gevallen is de mediaan iets hoger dan het gemiddelde. Een mediaan van 6 betekent dat 50% van de panelleden een cijfer onder de 6 geeft en 50% boven de 6. Bij de organisaties met het * -teken is de mediaan 0,5 – 1 punt hoger dan het gemiddelde.

Afstemming tussen verschillende professionals

Voor 79 % van de panelleden is er sprake van hulp door verschillende zorgverleners. Van deze leden is 44 % van mening dat de verschillende instanties zaken goed met elkaar afstemmen. Een kwart vindt echter dat de afstemming slecht geregeld is. Een klein deel (7 %) geeft aan dat de verschillende personen en/of instanties niet met elkaar afstemmen en dat dat ook niet hoeft. Andersom zijn 12 panelleden (1 %) het niet eens met de onderlinge afstemming. Bijna een vierde van de leden (22 %) geeft aan onvoldoende zicht te hebben op de samenwerking tussen verschillende instanties.

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Twee derde van de panelleden is (heel) tevreden met de hulp die door mensen uit de eigen omgeving wordt geboden. Bijna een tiende van het panel (9 %) is daarentegen (heel) ontevreden met deze hulp. De panelleden waarderen de hulp uit eigen omgeving met een gemiddeld rapportcijfer van 6,7 (SD=1,9).

4 Zorgsituatie: behoeften en wensen

4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

Tabel 4.1 laat zien op welke gebieden panelleden zorgbehoeften hebben. Met name (het omgaan met) psychische klachten blijkt een belangrijk aandachtsgebied: 83 % van de panelleden wil hierbij zorg en/of ondersteuning. Andere leefgebieden waarbij een aanzienlijk deel van het panel behoefte aan zorg heeft, zijn: het krijgen van de juiste hulpverlening (78 %), sociale contacten (74 %) en de lichamelijke gezondheid (71 %). Ongeveer zes op de tien leden hebben naar hun mening ondersteuning nodig bij de dagelijkse bezigheden (vinden van een baan of vrijwilligerswerk). Ook hebben ongeveer zes op de tien leden ondersteuning nodig bij het vinden van zingeving en perspectief. Bijna de helft wil graag hulp bij het omgaan met medicatie. Praktische zorgbehoeften zoals financiële en huishoudelijke hulp komen bij 45 % en 44 % van het panel voor. Op het gebied van seksualiteit en intimiteit wil bijna één op de drie leden zorg en/of ondersteuning. Ruim een kwart heeft behoefte aan ondersteuning bij huisvesting, ofwel het vinden van een geschikte woonplek. Het minst vaak worden zorgbehoeften geuit voor persoonlijke verzorging en alcohol- en/of druggebruik; 13 % en 15 % van de panelleden geeft op deze leefdomeinen aan hulp te willen krijgen.
Voor de meeste leefgebieden hebben panelleden een duidelijke voorkeur voor ondersteuning door professionals of een combinatie van professionals en mensen uit de eigen omgeving. Zo vertrouwen de meeste panelleden het liefst op professionals wat betreft hun gezondheid (zowel lichamelijk als psychisch), het krijgen van de juiste hulpverlening, het omgaan met medicatie, het vinden van huisvesting, alcohol- of drugsgebruik en hun financiële situatie. Ook willen relatief veel panelleden graag gecombineerde zorg op deze gebieden; zowel professionele steun als ondersteuning door mensen uit hun eigen omgeving. Voor de persoonlijke verzorging, het huishouden en seksualiteit/intimiteit ligt de nadruk meer op ondersteuning door familie en vrienden, al dan niet gecombineerd met professionele zorg. Wat betreft zingeving, sociale contacten en dagbesteding heeft het merendeel van de panelleden behoefte aan ondersteuning door zowel het informele als het formele netwerk.

4.2 Vervulde en onvervulde zorgbehoeften

Aan de panelleden is gevraagd of de huidige ondersteuning naar tevredenheid was, of dat aanpassingen gewenst zouden zijn (zowel in aard als intensiteit van de ondersteuning). Ongeveer de helft van de panelleden geeft aan dat de huidige ondersteuning voldoet aan de wensen (54 % bij ondersteuning door professionals en 50 % bij ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving). De wens voor verbetering blijkt met name te liggen in het krijgen van meer ondersteuning (professionals 17 %, mensen uit eigen omgeving 24 %). Voor de professionele ondersteuning geeft verder bijna een vijfde van de panelleden (19 %) aan dat ook de aard hiervan zou mogen veranderen (al dan niet gecombineerd met ook meer ondersteuning). Voor de ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving geldt dit voor ruim een tiende van het panel (13 %). Het komt zelden voor dat leden *minder* zorg zouden willen krijgen; drie procent van de panelleden zou dit wenselijk vinden voor de professionele ondersteuning en één procent voor de ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk.

Panelleden is gevraagd op welke levensdomeinen zij een ondersteuningsbehoefte hebben en of zij die ondersteuning ook krijgen (hetzij van een professional, hetzij van iemand uit het informele netwerk, hetzij van beide). Tabel 4.1 geeft een overzicht. Meer panelleden hebben behoefte aan steun door professionals dan door mensen uit hun eigen netwerk; dit geldt voor alle leefdomeinen die in tabel 4.1 worden weergegeven. De leefgebieden waar vooral behoefte is van steun door professionals (psychische gezondheid, het krijgen van de juiste hulpverlening en lichamelijke gezondheid) zijn ook de gebieden waar de behoefte het meest wordt vervuld. Hoewel ook op die terreinen nog relatief veel leden (variërend van een derde tot een vijfde) geen professionele ondersteuning lijken te krijgen waar zij die wel wensen.

Vanuit het eigen netwerk willen panelleden vooral steun bij sociale contacten, het huishouden, dagelijkse bezigheden en de financiën. Wat betreft het huishouden en de sociale contacten wordt voor (ongeveer) een kwart van de panelleden niet in de behoefte voorzien. Voor de dagelijkse bezigheden en de financiën liggen de percentages van panelleden die geen ondersteuning krijgen op de gebieden waarop ze steun zoeken nog wat hoger, respectievelijk rond 40% en 30%.

Tabel 4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

		Ondersteuning door professionals		Ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk	
		Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen	Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen
	N	n (%)[1]	n (%)[2]	n (%)[1]	n (%)[2]
Sociale contacten	1313	632 (48)	428 (68)	338 (26)	249 (74)
Dagelijkse bezigheden	1294	610 (47)	368 (60)	186 (14)	108 (58)
Financiële situatie	1300	389 (30)	256 (66)	176 (14)	119 (68)
Psychische gezondheid	1304	1019 (78)	871 (85)	67 (5)	37 (55)
Lichamelijke gezondheid	1302	835 (64)	641 (77)	85 (7)	43 (51)
Krijgen van juiste hulpverlening	1279	875 (68)	651 (74)	37 (3)	17 (46)
Alcohol- en/of druggebruik	1268	165 (13)	99 (60)	28 (2)	19 (68)
Persoonlijke verzorging	1283	128 (10)	70 (55)	92 (7)	59 (64)
Huishouden	1295	364 (28)	231 (63)	224 (17)	178 (79)
Seksualiteit en intimiteit	1280	225 (18)	66 (29)	156 (12)	91 (58)
Huisvesting	1269	254 (20)	120 (47)	74 (6)	43 (58)
Zingeving en perspectief	1288	674 (52)	444 (66)	120 (9)	65 (54)
Omgaan met medicatie	1300	590 (45)	461 (78)	50 (4)	34 (68)

1. Het percentage over de totale groep responderende panelleden (N) voor het betreffende leefdomein.
2. Het percentage over de groep panelleden die aangeeft ondersteuningsbehoefte te hebben voor het betreffende leefdomein.

Ook is nagegaan in hoeverre er een (mis)match is tussen de specifieke voorkeur van panelleden voor het type ondersteuning (door het formele netwerk, informele netwerk of beiden) en de ontvangen zorg, zie tabel 4.2. Hieruit blijkt met name dat de ondersteuning niet (geheel) aansluit op het vlak van maatschappelijk en persoonlijk herstel: sociale contacten, dagelijkse bezigheden en zingeving/perspectief. Zo krijgt op het gebied van sociale contacten 23 % hulp maar niet van de gewenste zorgverlener, 11 % krijgt hulp terwijl dat naar hun mening niet nodig is (ongewenste zorg) en 13 % krijgt geen hulp terwijl dat wel gewenst is (onvervulde zorgbehoefte).

Tabel 4.2 Match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg per levensdomein[1]

		Mismatch				Match	
		Totaal	Wil hulp, krijgt geen hulp	Wil hulp, krijgt hulp van andere zorgverlener dan gewenst	Wil geen hulp, krijgt hulp	Wil geen hulp, krijgt geen hulp	Wil hulp, krijgt hulp van gewenste zorgverlener
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sociale contacten	1313	617 (47)	174 (13)	303 (23)	140 (11)	203 (15)	493 (38)
Dagelijkse bezigheden	1294	580 (45)	237 (18)	216 (17)	127 (10)	371 (29)	343 (27)
Zingeving en perspectief	1288	532 (41)	204 (16)	210 (16)	118 (9)	376 (29)	380 (30)
Krijgen van juiste hulp-verlening	1279	516 (40)	204 (16)	215 (17)	97 (8)	270 (21)	493 (39)
Psychische gezondheid	1304	499 (38)	115 (9)	312 (24)	72 (6)	146 (11)	659 (51)
Lichamelijke gezondheid	1302	481 (37)	176 (14)	212 (16)	93 (7)	289 (22)	532 (41)
Financiële situatie	1300	356 (27)	145 (11)	105 (8)	106 (8)	629 (48)	315 (24)
Omgaan met medicatie	1300	355 (27)	113 (9)	116 (9)	126 (10)	534 (41)	411 (32)
Huishouden	1295	313 (24)	137 (11)	101 (8)	75 (6)	632 (49)	350 (27)
Seksualiteit en intimiteit	1280	288 (22)	202 (16)	38 (3)	48 (4)	851 (66)	141 (11)
Huisvesting	1269	264 (21)	137 (11)	59 (5)	68 (5)	873 (69)	132 (10)
Persoonlijke verzorging	1283	144 (11)	75 (6)	28 (2)	41 (3)	1022 (80)	117 (9)
Alcohol en/of druggebruik	1268	139 (11)	68 (5)	34 (3)	37 (3)	1038 (82)	91 (7)

1. De zorgverlener kan zijn: a) een professional, b) iemand uit de eigen omgeving, c) zowel een professional als iemand uit de eigen omgeving. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op twee afzonderlijke vragen; 1) of iemand behoefte heeft aan zorg/ondersteuning en zo ja, van wie 2) of iemand zorg/ondersteuning krijgt en zo ja, van wie.

5 Verdiepende analyses

Op de volgende aspecten van de (ervaren) leef- en zorgsituatie zijn verdiepende analyses gedaan:

Participatie
- Woonsituatie: groep (begeleid) zelfstandig wonenden en groep intramuraal wonenden
- Vrijwilligerswerk
- Betaald werk
- Opleiding (werkgerelateerde cursus/opleiding)

Kwaliteit van leven
- Gevoel erbij te horen
- Tevredenheid per leefgebied (op 7-puntsschaal):
  a. Woonsituatie
  b. Sociale contacten
  c. Dagelijkse bezigheden
  d. Hulpverlening
  e. Financiële situatie
  f. Leven als geheel
- Ervaren gezondheid
- Tevredenheid leefsituatie (rapportcijfer)
- Empowerment (eigen wijsheid en zelfmanagement schaal van de NEL)

Zorg
- Voldoende zorg
- Tevredenheid met zorg algemeen (rapportcijfer)
- Contact afgelopen 12 maanden per GGZ voorziening:
  a. GGZ-instelling of verslavingszorginstelling algemeen
  b. ACT/FACT team
  c. Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk
  d. RIBW of andere organisatie die woonbegeleiding biedt
  e. Dagactiviteitencentrum (DAC)
  f. Steunpunt GGZ, cliënten-informatiepunt of cliëntenbelangenbureau
  g. Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie
  h. PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg
  i. IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling
  j. VIP team: vroege interventie psychose team)
- Tevredenheid per GGZ voorziening (rapportcijfer voor a t/m j)
- Aansluiting van zorg bij wensen
- Ondersteuningsbehoefte per leefgebied:
  a. Psychische gezondheid
  b. Sociale contacten
  c. Vinden van de juiste hulp
  d. Lichamelijke gezondheid
  e. Dagelijkse bezigheden (werk en opleiding)
  f. Huishouden
  g. Financiële situatie
  h. Seksualiteit en intimiteit
  i. Persoonlijke verzorging
  j. Alcohol- en/of druggebruik
- Onvervulde zorgbehoefte per leefgebied (a t/m j)

Op bovengenoemde kenmerken zijn verdiepende analyses gedaan. Er is gekeken naar veranderingen op groepsniveau (§5.1), veranderingen op persoonsniveau (§5.2) en naar verschillen in uitkomsten tussen specifieke groepen[4] (§5.3).

Voor meer informatie over hoe deze uitkomsten tot stand zijn gekomen, verwijzen we naar Hoofdstuk 6 Verantwoording.

5.1 Veranderingen op groepsniveau

In deze paragraaf gaan we in op de vraag of in het dagelijkse leven van mensen met een langdurige psychische aandoening ontwikkelingen hebben plaatsgevonden tussen 2015 en 2016.

Op verreweg de meeste terreinen hebben er op groepsniveau geen veranderingen plaatsgevonden bij de leden die aan beide peilingen hebben deelgenomen (N=1183, zie Hoofdstuk 6 Verantwoording). Op de volgende aspecten is de (ervaren) leef- en zorgsituatie in 2015 en 2016 hetzelfde gebleven: vrijwilligerswerk, betaald werk, opleiding, tevredenheid met verschillende leefgebieden (woonsituatie, sociale contacten, dagelijkse bezigheden, hulpverlening, financiële situatie en leven als geheel), tevredenheid leefsituatie[5], empowerment, gevoel erbij te horen, ervaren gezondheid, tevredenheid met zorg algemeen, contact met de meeste GGZ-voorzieningen (afgezien van het contact met ACT/FACT teams, vrijgevestigde behandelaren en andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie dan Steunpunten GGZ, cliënten-informatiepunten of cliëntenbelangenbureaus), tevredenheid per GGZ-voorziening, ondersteuningsbehoefte per leefgebied, onvervulde zorgbehoefte op de meeste leefgebieden (afgezien van sociale contacten, financiële situatie, persoonlijke verzorging en alcohol- en/of druggebruik) en aansluiting van zorg bij wensen. De aspecten in de zorg- en leefsituatie waarin wel (kleine) veranderingen zijn opgetreden, worden hieronder kort toegelicht.

Woonsituatie

In 2016 wonen iets meer panelleden (begeleid) zelfstandig vergeleken met 2015. Verder wonen er iets minder panelleden binnen een zorginstelling of in een woning op het terrein of in de wijk van een zorginstelling (zie tabel 5.1). De verschillen zijn echter klinisch gezien klein.

Tabel 5.1. Woonsituatie in 2015 en 2016[1]

	Uitkomst 2015	Uitkomst 2016	Verschil	P- waarde	B-waarde
Percentage leden dat (begeleid) zelfstandig woont	83,8	86,7	+ 2,9 %	0,01	0,186
Percentage leden dat op terrein/afdeling van of in woning in de wijk van een zorginstelling woont	7,9	6,1	- 1,8 %	<0,05	-0,188

1. Respondenten waarvan niet alle controlevariabelen (sekse, etnische herkomst en leeftijd) bekend waren, zijn niet meegenomen in de analyses. De genoemde aantallen en percentages kunnen hierdoor mogelijk iets afwijken van eerder gepresenteerde cijfers.

Kwaliteit van leven: psychische gezondheid

Tussen 2015 en 2016 zijn er op de meeste leefgebieden geen veranderingen opgetreden in hoeverre leden hiermee tevreden zijn. Gemiddeld genomen zijn panelleden wel iets tevredener met hun psychische gezondheid (gemiddelde van 4,0 (SD=1,7) in 2015; 4,2 (SD=1,7) in 2016; p=0,01; B=0,109).

4 Voor paragraaf 5.2 en 5.3 zijn de volgende aspecten niet geanalyseerd: contact afgelopen 12 maanden per GGZ voorziening, tevredenheid per GGZ voorziening (voor paragraaf 5.2 wel), empowerment, ondersteuningsbehoefte en onvervulde zorgbehoefte per leefgebied.

5 Een kanttekening hierbij is dat in 2016 de vraagstelling afwijkt van de vraagstelling in 2015. De vraag is van dezelfde orde maar met een andere formulering voorgelegd aan het panel (in 2015: "Geef met een rapportcijfer aan in welke mate u tevreden bent over uw leefsituatie in het algemeen" en in 2016: "Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?").

Contact met GGZ voorzieningen

In de contacten met GGZ voorzieningen in de afgelopen 12 maanden heeft een iets groter deel van de panelleden ondersteuning gekregen van ACT of FACT-teams. Ook maakte een iets groter percentage van de leden gebruik van cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie (anders dan steunpunt GGZ, cliënten-informatiepunt of cliëntenbelangenbureau). Het deel van de panelleden dat contact heeft gehad met een vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut daalde daarentegen (zie tabel 5.2).

Tabel 5.2. Contact met GGZ voorzieningen in de afgelopen 12 maanden in 2015 en 2016[1]

	Uitkomst 2015	Uitkomst 2016	Verschil	P- waarde	B-waarde
ACT/FACT team	26,0	28,8	+2,8 %	0,01	0,136
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk	23,9	17,8	-6,1 %	<0,001	-0,378
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	7,9	12,0	+4,1 %	<0,001	0,465

1. Respondenten waarvan niet alle controlevariabelen (sekse, etnische herkomst en leeftijd) bekend waren, zijn niet meegenomen in de analyses. De genoemde aantallen en percentages kunnen hierdoor mogelijk iets afwijken van eerder gepresenteerde cijfers.

Zorgbehoeften

In 2016 zijn er meer panelleden die geen zorg krijgen terwijl ze hier wel behoefte aan hebben (3 % in 2015, 6 % in 2016; p<0.001; B=0,660). De groep leden die weliswaar zorg krijgt maar in hun ogen niet voldoende, is daarentegen kleiner geworden (23 % in 2015; 19 % in 2016; p<0,05; B=-0,205). Verder is ook op enkele leefgebieden een positieve ontwikkeling te zien; op het gebied van sociale contacten, financiële situatie, persoonlijke verzorging en alcohol- en/of druggebruik ervaren minder panelleden een onvervulde zorgbehoefte (zie tabel 5.3). Op de overige levensdomeinen heeft in beide jaren ongeveer één tot twee op de tien panelleden een ondersteuningsbehoefte maar ontvangt hierbij geen zorg.

Tabel 5.3. Onvervulde zorgbehoefte voor specifieke leefgebieden in 2015 en 2016[1]

	Uitkomst 2015	Uitkomst 2016	Verschil	P- waarde	B-waarde
Sociale contacten	16,9	11,9	-5 %	<0,001	-0,408
Financiële situatie	13,6	10,8	-2,8 %	<0,05	-0,271
Persoonlijke verzorging	9,5	5,6	-3,9 %	<0,001	-0,569
Alcohol- en/of druggebruik	8,5	5,3	-3,2 %	<0,01	-0,503

1. Respondenten waarvan niet alle controlevariabelen (sekse, etnische herkomst en leeftijd) bekend waren, zijn niet meegenomen in de analyses. De genoemde aantallen en percentages kunnen hierdoor mogelijk iets afwijken van eerder gepresenteerde cijfers.

5.2 Veranderingen op persoonsniveau

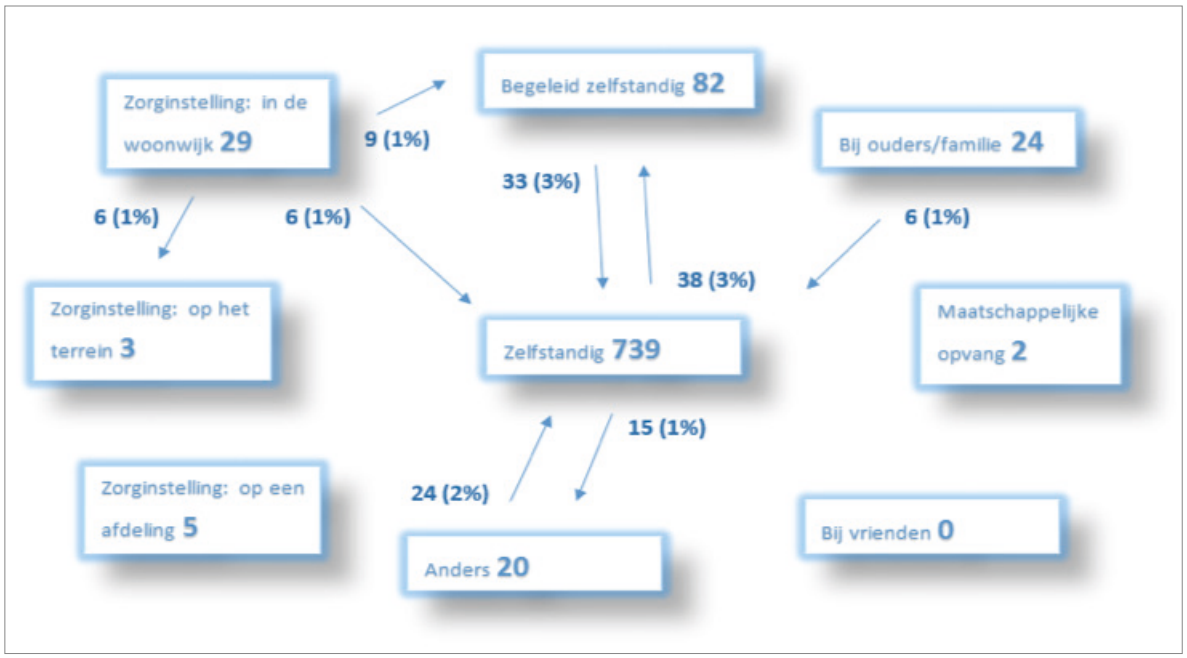
Voor de groep panelleden die deelnamen aan de peiling in 2015 én 2016 is ook gekeken of er veranderingen in tijd zichtbaar zijn binnen (de situatie of ervaring van) een persoon. Eerdere analyses hadden betrekking op veranderingen op geaggregeerd niveau. In deze paragraaf beschrijven we bij hoeveel leden er sprake is van verandering en zo ja, of deze positief dan wel negatief is.

Op onderdelen blijkt er op individueel niveau soms wel sprake te zijn van verschuivingen - ten goede of ten slechte - die elkaar op groepsniveau opheffen.

Woonsituatie

Figuur 5.1 brengt de verschuivingen in beeld van de panelleden die aan beide peilingen hebben meegedaan. Het algemene beeld is dat bij het merendeel van het panel geen veranderingen hebben plaats gevonden in hun woonsituatie. Verreweg de meeste leden wonen zowel in 2015 als in 2016 zelfstandig. Een kleine groep panelleden (3 %) woonde eerst begeleid zelfstandig en woont het jaar erna zelfstandig, of andersom (ook 3 %). Ook zijn er een aantal panelleden die in 2015 in een woning van een zorginstelling in de woonwijk woonde en in 2016 zijn verhuisd: 2 % zijn (begeleid) zelfstandig gaan wonen en 1 % op het terrein van een zorginstelling.

Figuur 5.1: Woonsituatie 2015 en 2016 (N=1098)[1]



1. Genoemde cijfers binnen de wooncategorieën betekenen dat panelleden zowel in 2015 als 2016 op deze plek woonden. Genoemde cijfers naast de pijlen zijn veranderingen in woonsituatie. Verschuivingen van 5 panelleden of minder zijn t.b.v. de leesbaarheid niet weergegeven in het figuur.

Participatie

Op het gebied van participatie is voornamelijk sprake van stabiliteit. Wat betreft werk is bij 93 % geen verschuiving zichtbaar; deze leden hebben in beide jaren werk of (vooral) in beide jaren geen werk. Bij vrijwilligerswerk geldt dat voor 81 % geen verandering heeft plaatsgevonden en dat 10 % in 2016 is begonnen met vrijwilligerswerk en 9 % is gestopt. In 2016 doet 86 % net als het voorgaande jaar geen opleiding of werkgerelateerde cursus.

Kwaliteit van leven

Ongeveer drie à vier op de tien leden is in 2016 net zo (on)tevreden op de verschillende leefgebieden als in 2016. De overige leden zijn juist (iets) positiever of negatiever (d.w.z. 1 puntverschil of meer op een 7 puntsschaal). Deze groep is ongeveer gelijk verdeeld.

Op groepsniveau zijn er geen veranderingen wat betreft tevredenheid met het leven. Dat wil niet zeggen dat er niks veranderd is voor individuele panelleden. Zo geeft 60 % van de leden in 2016 een ander cijfer. Bijna een derde is (iets) negatiever over zijn of haar leven (9 % geeft minstens twee punten lager en 21 %

één punt lager). Ook bijna een derde beoordeelt het leven (iets) positiever dan het jaar ervoor (6 % geeft minstens twee punten hoger en 23 % één punt hoger).

61 % van het panel beoordeelt de eigen gezondheid hetzelfde als in 2015. Ruim een vijfde van de leden (21 %) ervaart een slechtere gezondheid en bijna een vijfde een betere gezondheid (minimaal 1 puntverschil op een 5-puntsschaal lopend van 1 = slecht tot 5 = uitstekend).

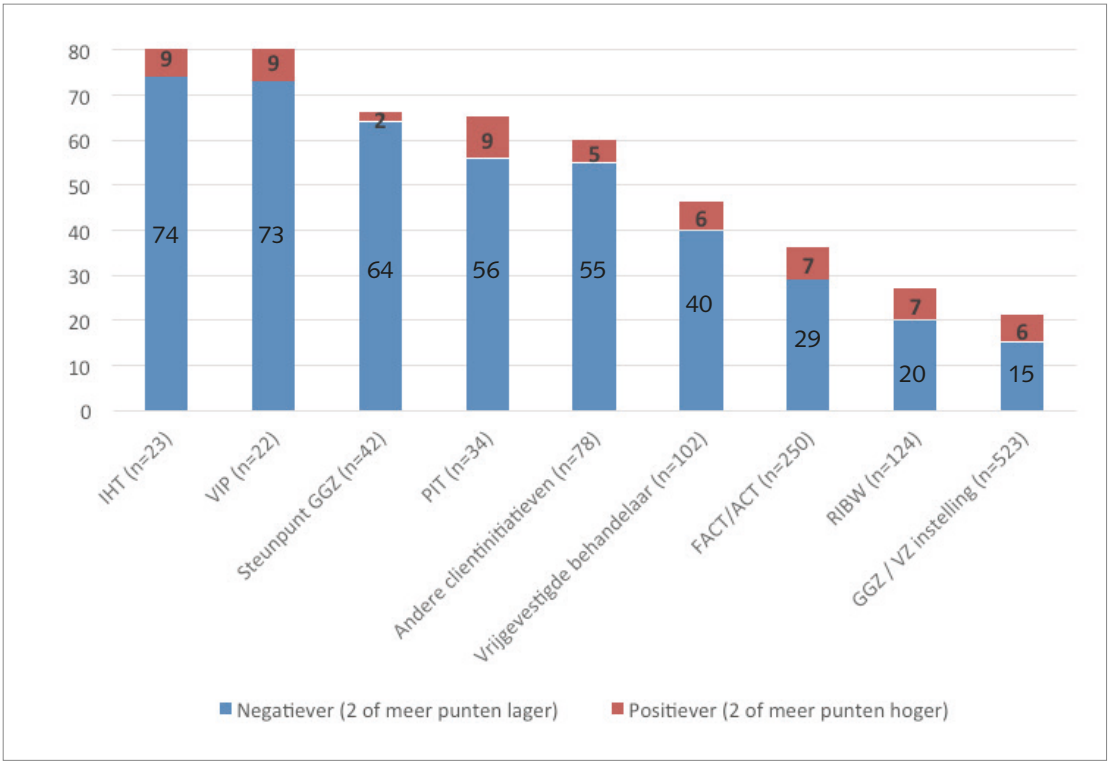
Tevredenheid met zorg

Wat betreft de tevredenheid over de professionele zorg is over de hele groep genomen geen verschil tussen 2015 en 2016 maar bij bijna de helft van hen is wel sprake van beweging, waarbij 25 % in 2016 positiever, en 21 % negatiever is dan in 2015. Voor het al dan niet krijgen van voldoende zorg is bij het merendeel (79 %) geen verandering.

Bijna zes op de tien panelleden geeft in 2016 een ander rapportcijfer voor de zorg die zij krijgen van professionals. Ruim een vierde is (iets) minder tevreden; 8 % geeft minstens twee punten lager en 18 % één punt. Een derde van het panel is (iets) tevredener; 7 % beoordeelt de zorg met minstens twee punten hoger en 26 % met één punt hoger.

Gemiddeld genomen hebben er geen significante wijzigingen plaatsgevonden in de tevredenheid van het panel met verschillende GGZ-instanties. Voor individuele panelleden is echter wel sprake van verandering in de beleving van de geestelijke gezondheidszorg. Grafiek 5.2 laat zien dat voor alle soorten GGZ zorg relatief veel leden minder tevreden zijn met de zorg ten opzichte van 2015. Dit geldt voornamelijk voor de ondersteuning door IHT en VIP teams, waarbij bijna driekwart van de respectievelijk 23 en 22 leden slechtere ervaringen heeft vergeleken met het voorgaande jaar (d.w.z. een rapportcijfer van minstens twee punten lager).

Grafiek 5.2: Veranderingen in tevredenheid per GGZ-instantie gebaseerd op rapportcijfers



5.3 Specifieke groepen

Voor nagenoeg alle in paragraaf 5.1 opgesomde variabelen is nagegaan of geslacht, etnische herkomst en leeftijd invloed hadden op de uitkomsten. Beoordelen mannen hun situatie anders dan vrouwen, autochtone panelleden anders dan allochtone panelleden of jongere panelleden anders dan oudere panelleden?

Tabel 5.4 Geslacht: statistisch significante uitkomsten

	N	Man	Vrouw	p-waarde	B-waarde
		n (%)	n (%)		
Wonen					
Woonsituatie – (begeleid) zelf-standig	1307	401 (83)	731 (89)	<0,001	0,658
Woonsituatie – op ter-rein/afdeling van zorgin-stelling of in woning van zorginstelling in de wijk	1307	38 (8)	41 (5)	=0,001	-0,580
Kwaliteit van leven					
Het gevoel erbij te horen[1]	1295	289 (62)	477 (48)	<0,05	-0,237
Ervaren gezondheid (goed tot uitstekend)	1334	271 (55)	362 (43)	<0,001	-0,516
Zorg					
Tevreden over de ontvangen zorg	1155	315 (76)	480 (65)	=0,001	-0,340
	N	Man	Vrouw	p-waarde	B-waarde
		M (SD; n)	M (SD; n)		
Kwaliteit van leven[2]					
Tevredenheid leefsituatie	1322	6,4 (2,0; 489)	6,2 (1,9; 833)	<0,01	-0,235
Dagelijkse bezigheden	1329	4,8 (1,5; 488)	4,6 (1,6; 841)	<0,01	-0,207
Psychische gezondheid	1324	4,3 (1,7; 486)	4,0 (1,8; 838)	<0,001	-0,326
Lichamelijke gezondheid	1329	4,4 (1,7; 489)	4,3 (1,7; 840)	=0,001	-0,257

1. "Eens" en "Beetje eens" t.o.v. van "Beetje oneens" en "Oneens" bij de stelling "Ik heb het gevoel dat ik meetel in de maatschappij".
2. Tevredenheid met de leefsituatie is beoordeeld met een rapportcijfer, van 1 t/m 10. De overige kwaliteit van leven items zijn op een 7-puntsschaal gescoord, waarbij een hoger cijfer indicatief is voor een betere kwaliteit van leven.

Sekse

Vrouwen beoordelen – áls er verschillen worden gevonden – door de bank genomen hun leven negatiever dan mannen. Zo hebben mannen relatief gezien meer het gevoel 'erbij te horen', ervaart een groter deel van de mannen de gezondheid als 'goed tot uitstekend', zijn relatief meer mannen dan vrouwen tevreden over de ontvangen zorg en scoren mannen bij alle items over kwaliteit van leven waarbij een verschil wordt gevonden consequent positiever dan vrouwen. Daar staat tegenover dat onder de vrouwen een relatief groter deel (begeleid) zelfstandig woont en een relatief kleiner deel in een woning van een zorginstelling (zie tabel 5.4).

Etnische herkomst

Tussen autochtone en allochtone panelleden worden nauwelijks verschillen gevonden. Een iets groter deel van de allochtone panelleden is ontevreden met de ontvangen zorg dan bij de autochtone panelleden (10 versus 7 procent), terwijl de score op het kwaliteit van leven item "Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt?" iets hoger uitvalt dan bij de autochtone leden (5,6 versus 5,5 op een 7-puntsschaal). Al met al, leveren de uitkomsten over etnische herkomst en tevredenheid met de zorg geen duidelijk beeld op.

Leeftijd

Leeftijd is een factor die regelmatig tot verschillende resultaten leidt. Hierbij valt op dat de oudere panelleden (65 jaar en ouder) hun situatie vaak positiever inschatten dan de jongere panelleden (tot 35 jaar). Een groter deel van de oudere panelleden:

- heeft meer het gevoel 'erbij te horen' dan de jongere generatie (72 % versus 57 %)
- vindt dat de ontvangen zorg voldoende is (81 % versus 72 %)
- is tevreden over de ontvangen zorg (74 % versus 63 %)

Daarnaast worden naarmate de leeftijd hoger wordt (gemiddeld) hogere scores gegeven aan de kwaliteit van leven items:

- Tevredenheid leefsituatie (rapportcijfer) : gemiddeld 6,9 versus 6,2
- Woonsituatie (7-puntsschaal) : gemiddeld 6,0 versus 5,1
- Sociale contacten (7-puntsschaal) : gemiddeld 5,4 versus 4,4
- Dagelijkse bezigheden (7-puntsschaal) : gemiddeld 5,5 versus 4,6
- Financiële situatie (7-puntsschaal) : gemiddeld 5,4 versus 3,9
- Psychische gezondheid (7-puntsschaal) : gemiddeld 5,0 versus 3,9
- Hulpverlening (7-puntsschaal) : gemiddeld 6,2 versus 5,4

Met name voor de financiële situatie en de psychische gezondheid zijn de verschillen tussen de oudste en de jongste panelleden duidelijk zichtbaar. Verder beoordelen (rapportcijfer) de oudere panelleden de aansluiting van de zorg op hun wensen gemiddeld met een 7 en de jongere leden met een 7-min. Een groter deel van de jongere panelleden is daarentegen bezig met een opleiding of cursus (20 % versus 2 %) en ook hebben jongere panelleden vaker betaald werk (31 % versus 5 %).

6. Verantwoording

Tussen april en juli 2016 vond peiling 9 plaats onder de leden van het panel Psychisch Gezien. De volgende thema's werden aan de panelleden voorgelegd:

- Leefsituatie
  a. Wat zijn uw dagelijkse (sociale) activiteiten?
  b. Wat vindt u van uw dagelijkse (sociale) activiteiten?

- Zorgsituatie
  a. Krijgt u zorg en ondersteuning, en zo ja welke?
  b. Wat vindt u van de zorg en ondersteuning?
  c. Wat zijn uw behoeften en wensen wat betreft zorg en ondersteuning?

De peiling is in 2016 uitgezet onder 2.072 panelleden, waarvan er 1.395 de vragen hebben beantwoord (67 % respons)[6]. Het merendeel (63 %) van de deelnemers is vrouw. Het aandeel autochtone panelleden is 85 %. De leden zijn gemiddeld 49 jaar oud.

De vragenlijst is in 2015 en/of 2016 verstuurd naar 2191 panelleden. Hiervan hebben 1731 panelleden minstens één vragenlijst op tijd en voldoende ingevuld teruggestuurd (79 %) en 1183 leden beide vragenlijsten (54 %), zie tabel 6.1.

Tabel 6.1 Respons panelleden in 2015 en 2016 (N=2191)

	n (%)
Beide peilingen	1183 (54)
Uitsluitend peiling 2015	336 (15)
Uitsluitend peiling 2016	212 (10)
Geen van de peilingen	460 (21)

Uit de non-responsanalyses7 op enkele kernvariabelen blijkt dat mannen, allochtonen en panelleden die bij aanmelding in een RIBW dan wel psychiatrische instelling verbleven minder vaak meedoen aan de peilingen. Qua leeftijd en mentale gezondheid gemeten met de MHI-5 zijn er geen significante verschillen gevonden in responsgedrag.

Voor een aantal aspecten van de (ervaren) zorg- en leefsituatie zijn verdiepende analyses gedaan. De verschillen *in tijd* zijn gebaseerd op analyses met Generalized Estimating Equations (GEE) en Mixed models (MM). Hiervoor is de groep geselecteerd die aan beide peilingen heeft meegedaan. De GEE is gebruikt voor dichotome variabelen en de MM voor continue variabelen. In het geval van GEE en Mixed models is er ook gecontroleerd voor sekse, etniciteit en leeftijd in 2015. Overal waar sprake is van een verschil of verandering wordt een statistisch significant verschil bedoeld. In die gevallen is de kans dat het gevonden verschil op toeval berust heel klein (lager dan 5 %). Daarnaast was - in plaats van veranderingen op groepsniveau - inzicht gewenst in de veranderingen binnen een persoon. Hiervoor zijn beschrijvende analyses gedaan voor de groep panelleden die op beide momenten desbetreffende vraag hebben beantwoord.

6 Dit is het aantal panelleden dat (een substantieel deel van) de vragenlijst heeft ingevuld en geretourneerd. De respons per item van de vragenlijst kan lager uitvallen, aangezien het voorkomt dat niet iedereen alle vragen in de lijst daadwerkelijk beantwoordt.

7 Er zijn twee non-responsanalyses gedaan: deelname 2016 (respons) versus geen deelname 2016 (non-respons) en deelname 2015 en/of 2016 (respons) versus geen deelname 2015 én 2016 (non-respons).

Literatuur

Brabers, A.E.M., Dijk, M. van, Rooijen, M.R. van, & J.D. de Jong (2014). Consumentenpanel Gezondheidszorg Basisrapport met informatie over het panel (2014). Utrecht: NIVEL.

Centraal Bureau voor Statistiek (2014). Gezondheid en zorg in cijfers. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor Statistiek (2015a). Welzijn in Nederland 2015. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor Statistiek (2015b). Sociale samenhang en welzijn. Den Haag: CBS.

CBS Statline (12 augustus 2016). Arbeidsdeelname; kerncijfers. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82309ned&D1=a&D2=0&D3=0&D4=0&D5=55-58,60-63,l&VW=T).

Jansen, D., Spreeuwenberg, P., & M. Heijmans (2012). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht: NIVEL.

Meulenkamp, T., Waverijn, G., Langelaan, M., Hoek, L. van der, Boeije, H. & M. Rijken (2015) Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking. Rapportage participatiemonitor 2015 Utrecht: NIVEL.

Kromhout, M., Feijten, P., Vonk, F., Klerk, M. de, Marangos, A.M., Mensink, W., Draak, M. den, & A. de Boer (2014). Wmo in beweging. Evaluatie wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Bijlage C
Deelonderzoek Panel Psychisch Gezien – Mensenrechten

Caroline Place
Lex Hulsbosch
Harry Michon

2015 Mensenrechten
Bericht Panel Psychisch Gezien

Alle mensen hebben rechten, wie of waar ze ook zijn. Deze rechten zijn in 1948 vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. In 2006 is daarop voortbouwend een internationaal verdrag opgesteld door de Verenigde Naties dat overheden aanspoort om de positie en de rechten van mensen met een handicap actief te beschermen, waarborgen en verbeteren. Het gaat hierbij om situaties waarin deze mensen vaak nog een achterstand hebben, zoals het recht op gelijke behandeling, autonomie en participatie (zie het kader voor de grondbeginselen van het verdrag). Dit zogenaamde VN-verdrag[1] formuleert geen nieuwe mensenrechten, maar pleit voor het (meer) toegankelijk maken van bepaalde bestaande mensenrechten voor mensen met lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen. Het VN-verdrag heeft dus ook betrekking op de doelgroep van het panel Psychisch Gezien; mensen met aanhoudende psychische problemen.

Nederland heeft in 2007 het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap ondertekend. Daadwerkelijke ratificatie, waarin de regering haar intentie laat zien voor een concrete uitwerking van het verdrag in wetten en beleid, blijft tot dusver achterwege. De verwachting is dat dit op korte termijn wel gaat gebeuren.

Om te weten te komen hoe mensen met een psychische handicap aankijken tegen mensenrechten zijn vragen voorgelegd aan het panel Psychisch Gezien, een landelijk panel van mensen met langdurige psychische aandoeningen. 901 panelleden hebben hieraan meegewerkt (respons van 58%). In dit bericht doen we verslag.

Mensenrechten in Nederland

Iets meer dan de helft (53%) van de panelleden is van mening dat mensenrechten in Nederland bij wet goed beschermd zijn. Volgens een eerder onderzoek onder ruim 500 Nederlanders lijken mensen uit de algemene bevolking positiever gestemd: drie kwart van deze groep vindt dat de rechten in Nederland wettelijk goed beschermd zijn[2]. Ruim de helft (56%) van de leden weet voor zijn of haar gevoel genoeg over mensenrechten. In het genoemde algemene bevolkingsonderzoek zegt bijna een derde (32%) hierover voldoende te weten[2]. De meeste panelleden (64%) vinden dat er dringend acties nodig zijn om de rechten van mensen met psychische beperkingen te verbeteren. Volgens een groep van 7% is dat niet nodig. Verder worden de rechten van de mensen binnen de geestelijke gezondheidszorg volgens 27% niet goed beschermd, tegenover 32% die vindt dat dit wel zo is. De overige leden hebben een neutrale houding op dit punt (41%).

Noot: wanneer in dit panelbericht wordt gesproken van 'de panelleden' of 'het panel' worden de panelleden bedoeld die hebben meegedaan aan de peiling over mensenrechten.

De grondbeginselen van het VN-verdrag[3]:
a. Respect voor persoonlijke autonomie, inherente waardigheid
b. Non-discriminatie
c. Volledige en daadwerkelijke participatie in de samenleving
d. Respect voor verschillen en menselijke diversiteit
e. Gelijke kansen
f. Toegankelijkheid
g. Gelijkheid van man en vrouw
h. Respect voor kinderen met een handicap en behoud van hun eigen identiteit.

Noot: Wanneer in dit panelbericht wordt gesproken van 'de panelleden' of 'het panel' worden de panelleden bedoeld die hebben meegedaan aan de peiling over mensenrechten.

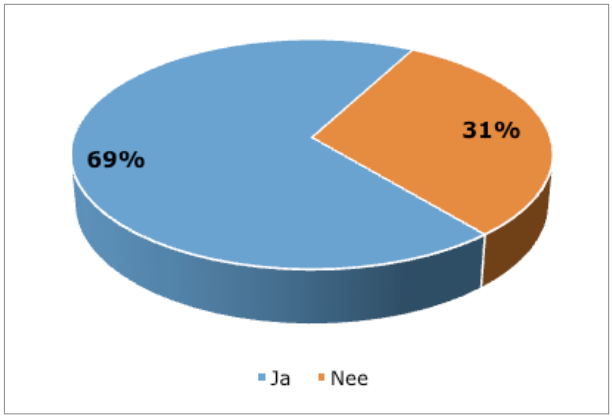
Schending van mensenrechten

Het merendeel (93%) van het panel vindt dat er wat betreft mensenrechten een achterstand is voor mensen met aanhoudende psychische problemen. Leden konden maximaal drie rechten aankruisen waarbij volgens hen de achterstand het grootst was vergeleken met mensen zonder psychische problemen. Betere bescherming is volgens deze panelleden met name nodig voor het recht op een bestaansminimum, voor het verbod op discriminatie en het recht dat alle mensen vrij en gelijkwaardig zijn (zie onderstaande top-5). In het tabellenboek is een overzicht van alle rechten opgenomen[4].

Top-5 van mensenrechten waarbij volgens het panel de achterstand van mensen met aanhoudende psychische problemen het grootst is (N=901)

1.	Recht op een bestaansminimum	31%
2.	Het verbod op discriminatie	25%
3.	Alle mensen zijn vrij en gelijkwaardig	24%
4.	Recht op privacy	22%
5.	Het recht op leven (in vrijheid&veiligheid)	17%

Figuur 1: Schending van mensenrechten (N=828)



Figuur 1 laat zien dat bijna zeven op de tien leden wel eens schending van zijn of haar mensenrechten ervaart. Het recht op privacy wordt het vaakst geschonden; ongeveer een kwart van het panel heeft hier ervaring mee (zie onderstaande top-5). Schending van het verbod op discriminatie komt bij ruim één op de vijf leden voor en bij 17% is afbreuk gedaan aan het recht dat alle mensen vrij en gelijkwaardig zijn.

De “achterstands-top-5” keert merendeels terug in de “persoonlijke-schendingen-top-5”. Een tiende geeft aan dat er sprake is van schending van het recht op een bestaansminimum.

Andere mensenrechten worden ook geschonden, maar op kleinere schaal.

Top-5 van mensenrechten die geschonden zijn bij panelleden (N=828)

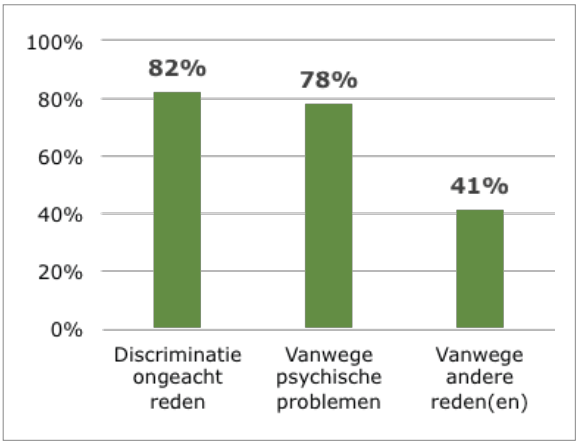
1.	Recht op privacy	24%
2.	Het verbod op discriminatie	22%
3.	Alle mensen zijn vrij en gelijkwaardig	17%
4.	Recht op rust en vrije tijd	11%
5.	Het recht op leven (in vrijheid&veiligheid)	11%

Bij de 568 panelleden waarvan hun mensenrechten zijn geschonden, gaat het gemiddeld om drie rechten.

Verbod op discriminatie

Het merendeel (82%) geeft aan wel eens te zijn gediscrimineerd, zie figuur 2.

Figuur 2: Ervaren discriminatie (N=880)



Panelleden voelen zich vooral achtergesteld vanwege hun psychische problemen (78%). Ter vergelijking: 41% vermeldt discriminatie op andere gronden, voornamelijk vanwege hun leeftijd of lichamelijke beperkingen (14% en 11% van het panel).

Vergeleken met de algemene bevolking wordt discriminatie vanwege andere kenmerken door het panel minder vaak gerapporteerd. Zo geeft 8% van de leden aan wel eens te zijn achtergesteld vanwege hun geloof tegenover 16% in de algemene bevolking[2]. Dit is eveneens het geval bij discriminatie op grond van huidskleur/afkomst (6% versus 17%), leeftijd (14% versus 37%) en seksuele geaardheid (9% versus 13%).

Discriminatie vanwege psychische problemen

Zoals eerder vermeld, heeft 78% van de panelleden wel eens te maken gehad met discriminatie vanwege zijn of haar psychische problemen. Bij 63% van leden was dat op het gebied van participatie en bij 61% (ook) in andere situaties.

Tabel 1: Discriminatie vanwege psychische problemen bij participatie (N=885)

	Ja	Nee	Nvt
	n (%)	n (%)	n (%)
Bij het vinden van vrijwilligerswerk	140 (15,8)	562 (63,5)	183 (20,7)
Bij het uitvoeren van het vrijwilligerswerk	133 (15,0)	557 (62,9)	195 (22,0)
Bij het vinden van betaald werk	344 (38,9)	293 (33,1)	248 (28,0)
Bij het uitvoeren van betaald werk / op het werk	303 (34,2)	326 (36,8)	256 (28,9)
Bij het toegelaten worden tot training of opleiding	128 (14,5)	511 (57,7)	246 (27,8)
Bij het volgen van een training of opleiding	126 (14,2)	503 (56,8)	256 (28,9)
Bij het vinden van een woning	85 (9,6)	588 (66,4)	212 (24,0)
Bij het behouden van een woning	67 (7,6)	590 (66,7	228 (25,8)

Uit tabel 1 blijkt dat discriminatie relatief veel voorkomt in de werksfeer; 34 tot 39% van het panel meldt op dit gebied discriminatie. Van de 637 leden die naar werk heeft gezocht, voelt meer dan de helft (54%) zich gediscrimineerd in deze zoektocht. Op de werkvloer heeft bijna de helft (48% van de 629 leden) zich wel eens achtergesteld gevoeld. Ook bij het vinden en doen van vrijwilligerswerk of een training/opleiding is volgens de leden sprake van discriminatie; dat geldt steeds voor ongeveer een vijfde van de leden waarvoor het van toepassing is.

Een reactie van een panellid is ter illustratie in onderstaand kader opgenomen.

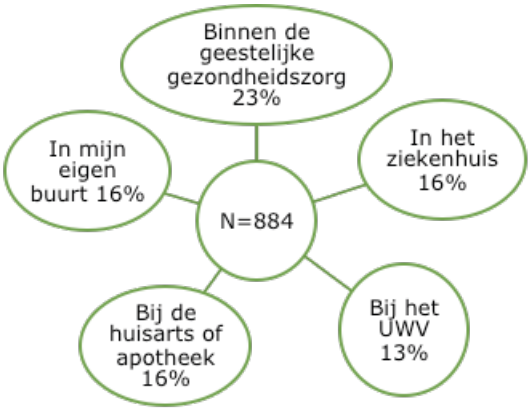
Ontvangen toelichting van een panellid naar aanleiding van de peiling:

"Ik zit sinds anderhalf jaar in een traject via de Gemeente en heb een WSW indicatie. Ben nu op een locatie geplaatst in […] om uit te vinden wat mijn zelfverdienend vermogen nog is. Ik merk nu dat ik er maar een beetje bijhang en dat er geen passende detacheringsplekken zijn voor iemand zoals ik. Het draait toch weer om het geld. En de leeftijd. Over scholing hoef je al helemaal niet te beginnen want er zijn geen opleidingen voor mensen met een psychische beperking. Als je niet voldoende uren kan meedraaien ben je niet interessant genoeg en val je buiten de boot. Mag je vrijwilligerswerk gaan doen en ben je weer terug bij af. Er moeten dus ook aangepaste opleidingen en meer aangepaste deeltijdbanen komen!"

Aan het panel zijn verschillende situaties uit het dagelijkse leven voorgelegd. Panelleden konden aangeven of zij in deze situaties wel eens gediscrimineerd waren. Uit hun antwoorden blijkt dat ongelijke behandeling het vaakst voorkomt in de geestelijke gezondheidszorg; bij bijna een kwart van de leden (23%, figuur 3). In de eigen buurt of in de algemene gezondheidszorg is 16% nadelig behandeld vanwege zijn of haar psychische problemen. Bij het UWV voelt 13% van het panel zich gediscrimineerd. Bij de overige voorgelegde situaties varieert dit tussen de 1 en 10%, zie het tabellenboek[4].

De lijst met situaties was niet onuitputtelijk; 12% had ervaring met discriminatie in een andere situatie (met name bij het afsluiten van een levens- of zorgverzekering en binnen het eigen sociale netwerk).

Figuur 3: Discriminatie vanwege psychische problemen



Tot slot

De panelgegevens van Psychisch Gezien lijken te bevestigen dat het zinvol is dat Nederland binnenkort het VN-verdrag bekrachtigt en uitwerkt. Het inkomen, gelijke kansen wat betreft maatschappelijke participatie, discriminatiebestrijding en een leven in vrijheid en veiligheid zijn daarbij enkele belangrijke aandachtspunten wat betreft de deelnemende panelleden. Indirect onderstrepen de gegevens ook het belang van het hiermee samenhangende debat in de GGZ over vrijheidsbeperkende maatregelen zoals gedwongen opnamen en opsluitingen in een isoleerkamer. Een eerdere panelenquête gaf dit overigens ook al duidelijk aan. In elk geval hopen wij met de hier gepresenteerde gegevens bij te kunnen dragen aan het bevorderen van een inclusieve maatschappij met gelijke rechten en kansen voor mensen met een (psychische) beperking.

Het panel Psychisch Gezien bestaat 5 jaar. In deze periode hebben acht peilingen plaatsgevonden. Eerdere peilingen gingen o.a. over werk, sociale contacten, eenzaamheid, zelfstigma, kwaliteit van leven, zorg, dwangtoepassing en e-mental health. Benieuwd naar de resultaten? Deze zijn terug te vinden op www.psychischgezien.nl.

Noten/referenties

1. Convention on the Rights of persons with Disabilities (CRPD).
2. DirectResearch (2013). Onderzoek Mensenrechten. Amsterdam: DirectResearch, te downloaden via www.mensenrechten.nl/publicaties/detail/18971
3. VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (2007), te downloaden via www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken /2008/03/18/vn-verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap
4. In het tabellenboek op www.psychischgezien.nl/downloads zijn alle aantallen en percentages op de gestelde vragen terug te vinden.

Dit bericht is eerder verschenen, en is alleen opmaaktechnisch aangepast aan het onderhavige monitorrapport. Zie ook www.psychischgezien.nl.

Projectleiding
Harry Michon

Auteurs
Caroline Place, Harry Michon, Lex Hulsbosch

Programmacommissie
Monique Heijmans (NIVEL)
Gonne Kelder (VWS)
Martijn Kole (HEE)
Hans Kroon (Trimbos-instituut)
Inger Plaisier (SCP)
Charlotte de Schepper (ZN)
Nic Vos de Wael (LPGGz)
Jaap van Weeghel, voorzitter (Kenniscentrum Phrenos)
Jan-Willem van Zuthem (Kwintes)

Bijlage D
Deelonderzoek Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen

Aafje Knispel
Lex Hulsbosch
Frank van Hoof

Inhoud

1 Inleiding 95

2 Opzet en methode 97
2.1 Doelstelling en opzet 97
2.2 Vragenlijst 97
2.3 Dataverzameling en respons 97
2.4 Verantwoording 98

3 Resultaten van de uitvraag van de tweede meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders 99
3.1 Inleiding 99
3.2 Omvang van de intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling 99
3.3 Aard van de intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling 100
3.4 Zorggebruik van de intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling 101
3.5 Zorggebruik en omvang van de ambulante GGZ: stand van zaken en ontwikkeling 105
3.6 Opbrengsten 109

4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing 111

Bijlagen
D.I Klankbordgroep data-uitvraag 113
D.II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ 115
D.III Deelnemende instellingen LMA en LMIG 117
D.IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ 121

1 Inleiding

Eén van de onderdelen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) is de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-aanbieders over de omvang, de aard (de kenmerken) en het gebruik van de intramurale GGZ en van de ambulante GGZ (de ambulante GGZ vooral gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen). In deze achtergrondstudie wordt verslag gedaan van de uitvraag over het jaar 2015.

Het doel van deze uitvraag is om met de resultaten zicht te bieden op de volgende aspecten van het ambulantiseringstraject:

- de afbouw van intramurale voorzieningen;
- de opbouw/uitbouw van de voorzieningen voor (langdurige of intensieve) ambulante zorg en ondersteuning/begeleiding;
- ontwikkelingen in het gebruik van de intramurale en ambulante voorzieningen.

De afbouw van de omvang van intramurale voorzieningen (inclusief beschermd wonen) werd sinds 2013 al gevolgd door middel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). De uitvraag van de LMA onder de GGZ-aanbieders borduurt voort op de opzet, werkwijze en data van de LMIG.

2 Opzet en methode

2.1 Doelstelling en opzet

Het doel van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders is het jaarlijks genereren van gegevens over de omvang, de aard (de kenmerken) en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ. Per 2015 zijn de financiële kaders van de GGZ veranderd. Deze veranderingen worden hieronder op een rij gezet:

- De AWBZ bestaat niet langer. Mensen met een AWBZ-C pakket (beschermd wonen) zijn per 2015 overgegaan naar de Wmo 2015. Mensen met een AWBZ-B pakket (voortgezet verblijf) zijn overgegaan naar de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Waar de Zvw tot en met 2014 het financieringskader was voor het eerste opnamejaar, worden per 2015 de eerste *drie* opnamejaren gefinancierd vanuit de Zvw (met in het eerste opnamejaar een Zvw-DBC als product en in het tweede en derde opnamejaar een Zvw-ZZP). Indien de opname na drie jaar voortduurt, wordt de financiering voortgezet vanuit de Wlz.
- Ambulante begeleiding die voorheen gefinancierd werd vanuit de AWBZ wordt per 2015 gefinancierd vanuit de Wmo 2015.
- De jeugd GGZ valt per 2015 onder de Jeugdwet.

Voor deelname aan de tweede meting van de LMA zijn alle leden van GGZ Nederland benaderd[1]. Daarnaast zijn de ook aanbieders van intramurale voorzieningen die geen lid zijn van GGZ Nederland (en deelnamen aan de eerste meting van de LMA) benaderd voor deelname aan de tweede meting van de LMA.

2.2 Vragenlijst

De dataverzameling vond plaats door middel van een vragenlijst over de intramurale GGZ capaciteit en het intramurale zorggebruik, inclusief beschermd wonen, en over het gebruik van ambulante zorg. De vragenlijst is in samenspraak met een klankbordgroep van experts onder andere op het gebied van GGZ-administratie (zie bijlage D.I voor de namen van deze experts), doorontwikkeld op basis van de vragenlijst die eerder werd gebruikt voor de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG).

De vragenlijst bestaat uit de volgende rubrieken:

A. Productie en gebruik Zvw-gefinancierde zorg
B. Productie en gebruik Jeugdwet-gefinancierde zorg
C. Productie en gebruik Wlz-gefinancierde zorg
D. Productie en gebruik Wmo-gefinancierde zorg
E. Productie en gebruik DJI-gefinancierde zorg
F. Verdeling opbrengsten
G. Overige kenmerken intramurale zorg (overige vragen)

2.3 Dataverzameling en respons

Voor deelname aan de uitvraag werden 78 GGZ organisaties benaderd. 54 organisaties namen deel (responsrate van 69 procent). De aangeleverde data van de deelnemende aanbieders zijn door de onderzoekers uitvoerig gecontroleerd.

1 Uitgezonderd de instellingen die niet hebben gerespondeerd op zowel de tweede meting van de LMIG als de eerste meting van de LMA en uitgezonderd leden met alleen ambulante voorzieningen die geen reactie hebben gegeven op de uitnodiging(en) om deel te nemen aan de eerste meting van de LMA. De leden van GGZ Nederland vertegenwoordigen een zeer groot deel van de GGZ capaciteit in Nederland. GGZ organisaties die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland beschikken doorgaans over een relatief beperkt aantal plaatsen voor zover zij al over intramurale capaciteit beschikken. De doelgroep van de voorloper van deze uitvraag, de LMIG, bestond alleen uit de leden van GGZ Nederland met intramurale capaciteit.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen door de jaren heen, gerangschikt naar type instelling. Het ledenbestand van GGZ Nederland kent zes typen instellingen: geïntegreerde GGZ-instellingen, RIBW's, gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg, gespecialiseerde forensische psychiatrische centra en Riagg's/aanbieders met uitsluitend ambulante zorg. Daaraan wordt voor deze monitor de categorie 'overige aanbieders met intramurale capaciteit' toegevoegd[2].

Tabel 2.1 Typering deelnemende instellingen 2012 (LMIG), 2013 (LMIG), 2014 (LMA) en 2015 (LMA)

	Aantal 2012	Aantal 2013	Aantal 2014	Aantal 2015
Geïntegreerde GGZ-instelling	30	30	29	25
RIBW	20	17	18	13
Instelling voor kinder- en jeugdpsychia-trie	10	9	9	6
Verslavingszorginstelling	6	5	3	1
Forensisch psychiatrisch centrum*	5	5	4	3
Aanbieders intramurale voorzieningen - overig			2	2
Riagg/ambulante zorg	-	-	4	4
Totaal	**71**	**66**	**69**	**54**

* Exclusief de FPC's die onderdeel zijn van een geïntegreerde GGZ-instelling.

Bovenstaande cijfers laten zien dat de respons op de tweede meting van de LMA lager was dan de respons op de eerste meting. Contactpersonen gaven verschillende redenen waarom deelname (dit keer) niet haalbaar was. De voornaamste reden was gebrek aan tijd en personeel om de gegevens te verzamelen. Genoemd werd dat door alle transities de werkdruk (nog) hoger geworden is.

2.4 Verantwoording

Bij de betekenis van de verzamelde data moeten de volgende kanttekeningen in ogenschouw genomen worden:

- De data zijn afkomstig van de registraties van de deelnemende instellingen. Er kan enige discrepantie zijn tussen de registraties en de werkelijke situatie.
- Vanwege alle transities moesten aanbieders van GGZ veranderingen doorvoeren in hun registraties. Doordat 2015 het eerste jaar was waarin gewerkt werd met de (deels) nieuwe financieringskaders en registraties is het voorstelbaar dat dit gepaard is gegaan met (enige) trial and error.
- Vanwege de transities was het noodzakelijk de vragenlijst te herzien. De verandering van de financiële kaders maakt dat de vergelijking van de cijfers van 2015 met die van eerdere jaargangen niet altijd eenvoudig is. Waar mogelijk wordt deze vergelijking wel gemaakt met de kanttekening dat enige voorzichtigheid geboden is bij het duiden van de trendcijfers.
- De respons op de uitvraag was lager dan de respons op de eerste meting van de LMA. Hoewel daar geen concrete aanwijzingen voor zijn, kan niet volledig uitgesloten worden dat bij de aanbieders die niet deelnamen, de ontwikkeling van de capaciteit en het gebruik van de GGZ anders verliep dan bij de deelnemende instellingen.

2 Tot deze laatste categorie behoren de organisaties die volgens hun DigiMV-gegevens intramurale GGZ bieden maar niet onder de andere categorieën gerangschikt kunnen worden. Zoals instellingen voor maatschappelijke opvang en aanbieders die met name in een andere sector actief zijn maar ook GGZ-zorg bieden.

3 Resultaten van de uitvraag van de tweede meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders

3.1 Inleiding

De dataverzameling van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders heeft geresulteerd in een omvangrijk databestand over de omvang, aard en het gebruik van de intramurale GGZ voorzieningen en ambulante voorzieningen in 2015. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze uitvraag en de vergelijking met de uitvragen van drie voorgaande jaren gepresenteerd (meting één en twee van de LMIG en de eerste meting van de LMA). De ontwikkelingen tussen 2012 en 2015 zijn geanalyseerd op basis van data van organisaties die zowel aan beide metingen van de LMA als aan beide LMIG-metingen deelnamen (n=40[3] inclusief deelnemende FPC's).

Zoals genoemd is er per 2015 het nodige veranderd in de GGZ, ook wat betreft de financieringskaders. Dit maakt dat, om de cijfers van 2015 toch te kunnen vergelijken met die van voorgaande jaren, het nodig is om voor 2015 bepaalde financieringskaders samen te nemen. Vermeld wordt wat zo nodig is samengenomen.

3.2 Omvang van de intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

Eén van de belangrijkste meeteenheden voor de omvang van de intramurale voorzieningen is de 'gerealiseerde productie' (uitgedrukt in verblijfsdagen). Voor de leesbaarheid van het rapport worden de productiedagen omgerekend tot intramurale plaatsen[4] volgens de formule dat in 2015 365 verblijfsdagen gelijk stonden aan één plaats.

Gespecificeerd naar type instelling en financieringskader[5] zien de capaciteitscijfers van de instellingen die deelnamen aan de uitvraag er als volgt uit (zie tabel 3.1):

Tabel 3.1 Intramurale capaciteit gespecificeerd naar type instelling en financieringskader, deelnemers 2015

	Zvw			Jeugdwet	Wlz	Wmo 2015 beschermd wonen	Totaal
	Zvw-DBC	Zvw-ZZP	Zvw totaal				
Geïntegreerde GGZ-instelling	4.889	399	5.288	353	4.783	3.102	13.526
RIBW				71	164	6.226	6.461
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	17	-	17	242	2	105	366
Aanbieders intramurale voorzieningen – overig	12	-	12	-	-	111	123
Totaal (% van het totaal aantal plaatsen)	**4.918 (24,0%)**	**399 (1,9%)**	**5.317 (26,0%)**	**666 (3,3%)**	**4.949* (24,2%)**	**9.544** (46,6%)**	**20.476**

* Exclusief 181 sectorvreemde Wlz plaatsen
** Exclusief 631 VPT-plaatsen en 197 maatschappelijke opvang plaatsen

3 40 instellingen hebben zowel aan de twee metingen van de LMIG deelgenomen als aan de meting voor de LMA. Per analyse kan de n echter verschillen. Bijvoorbeeld, bij analyses van de data van de RIBW's is de n vanzelfsprekend lager dan 40.
4 In de klinische GGZ wordt soms de term 'plaatsen' en soms de term 'bedden' gebruikt. In het beschermd wonen wordt doorgaans de term 'plaatsen' gebruikt. In dit rapport wordt de term 'plaatsen' gebruikt. Als het gaat over klinische capaciteit kan hiervoor ook 'bedden' worden gelezen.
5 Voor de cijfers van de DJI-gefinancierde intramurale capaciteit wordt verwezen naar Bijlage D.II.

De cijfers van Tabel 3.1 laten zien dat onder de deelnemers bijna de helft van de plaatsen, plaatsen voor beschermd wonen betrof (afgerond 47 procent). Ruim een kwart van het totaal aantal plaatsen van de deelnemende instellingen betrof Zvw-gefinancierde plaatsen. Ruim de helft van het totaal aantal plaatsen bestond uit klinische plaatsen (Zvw, Jeugdwet en Wlz).

Tabel 3.2 Ontwikkeling intramurale capaciteit deelnemende instellingen 2012 – 2015

	Mutatie 2012-2013 (%)	Mutatie 2013-2014 (%)	Mutatie 2014-2015 (%)	Mutatie 2012-2015 (%)
Eerste opnamejaar*	-5,8	-7,3	-4,6	-16,7
Langdurig verblijf ** (vanaf het tweede opname jaar)	-2,9	-4,1	-4,6	-11,2
Beschermd Wonen ***	-0,2	-3,5	-2,7	-6,2
Totaal (n=40)	**-2,5**	**-4,7**	**-3,7**	**-10,6**

* T/m 2014 Zvw-gefinancierde plaatsen. In 2015 Zvw-DBC gefinancierde plaatsen plus Jeugdwet –DBC gefinancierde plaatsen ('Jeugd-GGZ is per 1/1/2015 naar de Jeugdwet gegaan vanuit de Zorgverzekeringswet. In 2014 is een afspraak gemaakt tussen VWS, gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars (ZN) dat GGZ-aanbieders de geleverde zorg nog tot 1/1/2018 in de bestaande bekostigingstaal van de jeugd-GGZ (producten voor de basis-GGZ en DBC's voor de gespecialiseerde GGZ) mogen declareren' www.vng.nl).
** T/m 2014 de AWBZ-B gefinancierde plaatsen. In 2015 de Wlz gefinancierde plaatsen plus de Zvw-ZZP gefinancierde plaatsen.
*** Tm 2014 de AWBZ-C gefinancierde plaatsen. In 2015 het Wmo 2015 gefinancierde beschermd wonen voor mensen met psychische problematiek.

Uit de data van de instellingen die zowel aan beide uitvragen van de LMA deelnamen als aan beide uitvragen van de LMIG blijkt dat, waar de daling in 2013 en 2014 het grootst was bij de plaatsen voor het eerste opnamejaar, in 2015 de daling van het aantal plaatsen voor het eerste opnamejaar iets minder sterk was dan in de voorgaande jaren en gelijk was aan de daling van het aantal plaatsen voor langdurig verblijf (zie Tabel 3.2).

- ✓ De omvang van de intramurale GGZ plaatsen (klinische plaatsen en beschermd wonen plaatsen) nam tussen 2014 en 2015 af, afgaande op de afname van de per jaar geproduceerde verblijfsdagen van de deelnemende instellingen.
- ✓ Dit is een voortgang van de ontwikkelingen in de voorgaande jaren met als kanttekening dat de afname van de intramurale plaatsen minder sterk was dan het jaar daarvoor, met name doordat het aantal plaatsen voor opnamen van maximaal één jaar iets minder sterk was dan in de jaren daarvoor.

3.3 Aard van de intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

Met de uitvraag zijn ook gegevens verzameld over het aantal plaatsen op gesloten afdelingen. Uit de data blijkt dat in 2015, bij de deelnemende instellingen, 33 procent van de plaatsen voor opnamen met een duur van maximaal een jaar, plaatsen op gesloten afdelingen waren. Voor langdurige opnameplaatsen was dit 23 procent. Het aantal gesloten plaatsen voor opnamen van maximaal één jaar steeg tussen 2014 en 2015 met zes procent. Dit is een voortzetting van de stijging tussen 2013 en 2014. De ontwikkeling van het aantal gesloten plaatsen voor langdurige opnamen verloopt grilliger met afwisselend stijgingen en een daling[6].

Aan de deelnemende instellingen is ook gevraagd gegevens aan te leveren over de verhouding tussen het aantal individuele woningen en het aantal groepswoningen. Uit de aangeleverde gegevens blijkt dat, bij de deelnemende instellingen, in 2015 er iets meer groepswoningen (53 procent) waren dan individuele woningen (47 procent). Tussen 2012 en 2015 waren er elk jaar steeds net iets meer groepswoningen dan individuele woningen. Wat betreft deze verhouding worden er, op basis van de aangeleverde data, geen grote verschillen door de jaren heen waargenomen.

6 Het aantal gesloten plaatsen in het langdurig verblijf steeg bij de deelnemende instellingen tussen 2012 en 2013, daalde tussen 2013 en 2014 om vervolgens tussen 2014 en 2015 weer te stijgen. Het kan niet uitgesloten worden dat het aantal gesloten plaatsen in 2014 vanwege een administratieve factor lager uitviel, hetgeen de (naar het lijkt) tijdelijke daling heeft veroorzaakt.

- ✓ Het aantal plaatsen op gesloten afdelingen steeg tussen 2014 en 2015 bij de deelnemende instellingen;
- ✓ Door de jaren heen is de verhouding tussen het aantal groepswoningen en het aantal individuele woningen redelijk stabiel, met per jaar steeds iets meer groepswoningen dan individuele woningen.

3.4 Zorggebruik van de intramurale GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

De uitvraag bevat verschillende items over het intramurale zorggebruik, zoals vragen over het aantal cliënten dat gebruik maakte van de voorzieningen, het aantal opnameperioden, de verzorgingsgraad en zorgzwaarte en de verblijfsduur. In deze paragraaf worden de antwoorden op deze vragen beschreven, inclusief de ontwikkelingen vanaf 2012. Eerst komen de Zvw- en Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen aan bod (gecombineerd in één paragraaf omwille van de trendcijfers), daarna de Wlz-gefinancierde voorzieningen en tenslotte de Wmo-gefinancierde voorzieningen.

Eerste opnamejaar: Zvw-DBC- en Jeugdwet-DBC-gefinancierde voorzieningen

In 2015 werden door de deelnemende instellingen 28.160 unieke cliënten opgenomen in de Zvw-gefinancierde voorzieningen en er werden in totaal 38.184 opnameperioden (opnamen gestart in 2015) geregistreerd. Uit de verhouding tussen deze twee cijfers blijkt dat een deel van de cliënten meerdere malen opgenomen is geweest. 17 procent van het totaal aantal Zvw-gefinancierde opnamen betrof een opname in verband met een crisis en 18 procent van de cliënten werd opgenomen vanwege een crisis.

Door de deelnemende instellingen werden in 2015 2.227 cliënten opgenomen in Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen, met in totaal 2.678 opnameperioden. 17 procent van de opnamen betrof een opname vanwege een crisis. 16 procent van de personen die werd opgenomen in een Jeugdwet-gefinancierde voorziening werd opgenomen vanwege een crisis.

Om een vergelijking te kunnen maken van het aantal opnameperioden en het aantal unieke opgenomen personen door de jaren heen zijn de Zvw-gefinancierde opnamen van 2013 en 2014 (in 2012 werden deze cijfers niet uitgevraagd) vergeleken met de som van de Zvw- en Jeugdwet-gefinancierde opnamen in 2015. Uit de cijfers van Tabel 3.3 blijkt dat, bij de instellingen die aan alle meetjaren deelnamen, het aantal opnameperioden de laatste jaren is gedaald. Het aantal opgenomen personen daalde tussen 2013 en 2015 niet (nam in lichte mate toe). Het aantal opnamen vanwege een crisis daalde, evenals het aantal mensen dat vanwege een crisis werd opgenomen.

Tabel 3.3 Ontwikkeling aantal opnamen en opgenomen personen bij de deelnemende instellingen, 2013-2015

	mutatie 2013 -2014 (%)	mutatie 2014 -2015 (%)	mutatie 2013 -2015 (%)
Aantal opnameperioden (n=19)	-12%	-7%	-19%
Aantal unieke cliënten	-1%	2%	1%
Aantal opnameperioden vanwege een crisisinterventie	2%	-11%	-9%
Aantal unieke cliënten	**-3%**	**-9%**	**-12%**

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de verblijfsduur in 2015 van de cliënten in voorzieningen die Zvw-DBC- en/of Jeugdwet-gefinancierd (opnamen tot maximaal één jaar) werden. De cijfers in deze tabel laten zien dat een kwart van de cliënten van de Zvw-DBC-gefinancierde intramurale voorzieningen binnen een week werd ontslagen en dat ruim de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd.

Tabel 3.4 Verblijfsduur uitgestroomde cliënten (Zvw-DBC-gefinancierd en Jeugdwet gefinancierd verblijf), in percentages, deelnemers 2015

	1 tm 7 dagen (%)	8 tm 30 dagen (%)	31 tm 90 dagen (%)	91 tm 180 dagen (%)	181 tm 365 dagen (%)	Totaal (%)
Zvw-DBC	25	29	25	12	7	100
Jeugdwet	19	25	30	16	11	100

Om de verblijfsduur door de jaren heen te kunnen vergelijken, is een vergelijking gemaakt tussen de verblijfsduur van de intramurale Zvw-gefinancierde voorzieningen in 2012, 2013 en 2014 met de verblijfsduur van de intramurale Zvw-DBC- en Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen in 2015. Deze gegevens (zie Tabel 3.5) laten zien dat het aandeel van de korte opnamen (opnamen van maximaal zeven dagen) tussen 2012 en 2015 toenam, met als kanttekening dat deze toename veroorzaakt wordt door een sterke toename tussen 2012 en 2013. Tussen 2014 en 2015 is het aandeel van de korte opnamen niet verder toegenomen.

Tabel 3.5 Verblijfsduur intramurale Zvw (bij uitstroom), in percentages, 2012 – 2015

	≤ 7 dagen (%)	8-30 dagen (%)	31- 90 dagen (%)	91- 365 dagen (%)	Totaal (%) (n=18)
2012 (n=18)	22	31	28	19	100
2013	27	30	24	18	100
2014	25	30	25	19	100
2015	25	30	26	20	100

Tabel 3.6 laat de verdeling zien van het aantal Zvw-gefinancierde intramurale DBC-dagen over de deelprestaties. Uit deze tabel blijkt dat in 2015 ruim de helft van het aantal Zvw gefinancierde plaatsen (57 procent), plaatsen betrof met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad (deelprestaties E tot en met G).

Tabel 3.6 Aandeel deelprestaties in het totaal aantal Zvw-DBC-gefinancierde intramurale plaatsen, in percentages, deelnemers 2015

Deelprestatie	Percentage
Deelprestatie A lichte verzorgingsgraad	2
Deelprestatie B beperkte verzorgingsgraad	4
Deelprestatie C matige verzorgingsgraad	16
Deelprestatie D gemiddelde verzorgingsgraad	20
Deelprestatie E intensieve verzorgingsgraad	31
Deelprestatie F extra intensieve verzorgingsgraad	22
Deelprestatie G zeer intensieve verzorgingsgraad	4

Van de Jeugdwet-gefinancierde plaatsen betrof ruim driekwart van de plaatsen, plaatsen met een deelprestatie in de categorie E tot en met G. 19 procent betrof plaatsen met deelprestatie D. (Plaatsen met deelprestatie A, B, of C komen nagenoeg niet voor.)

Tabel 3.7 Ontwikkeling intramurale deelprestaties deelnemende instellingen, in percentages, 2013-2015

	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2013 (%)	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2014 (%)	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2015 (%)	mutatiecijfer 2013-2014 (%)	mutatiecijfer 2014-2015 (%)	mutatiecijfer 2013-2015 (%)
Deelprestatie A	3,1	2,5	2,2	-22,4	-16,9	-35,5
Deelprestatie B	7,4	6,0	4,3	-23,4	-31,4	-47,5
Deelprestatie C	16,4	16,0	14,3	-7,8	-15,6	-22,2
Deelprestatie D	24,2	21,3	20,9	-17,1	-6,9	-22,8
Deelprestatie E	28,5	30,9	31,2	2,6	-4,6	-2,1
Deelprestatie F	17,7	19,8	21,6	5,9	3,3	9,4
Deelprestatie G	2,7	3,6	5,4	23,8	43,3	77,5
Totaal (n=17)	100	100	100	-5,4	-5,5	-10,6

Tussen 2013 en 2015 (zie Tabel 3.7) nam het aantal plaatsen met een extra intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad (F en G, de deelprestaties met de intensiefste verzorgingsgraad) toe (in de meting over 2012 is deze variabele niet uitgevraagd). De plaatsen met een minder intensieve verzorgingsgraad daalden echter sterker waardoor er in totaal sprake was van een daling van het aantal Zvw-gefinancierde plaatsen.

- ✓ Het aantal unieke opgenomen cliënten in voorzieningen voor opnamen tot maximaal één jaar was bij de deelnemende instellingen nagenoeg stabiel tussen 2014 en 2015, hetgeen tevens het geval was tussen 2013 en 2014;
- ✓ Het aantal opnameperioden nam af tussen 2014 en 2015, hetgeen tevens het geval was tussen 2013 en 2014;
- ✓ Het aandeel van de kortere opnamen (opnamen van maximaal een week) nam tussen 2014 en 2015 niet verder toe;
- ✓ Het aantal verblijfsdagen met een zeer intensieve en extra intensieve verzorgingsgraad nam in 2015 toe ten opzichte van 2014, hetgeen een voortzetting is van de ontwikkeling tussen 2013 en 2014.

Langdurig verblijf: Zvw-ZZP- en Wlz-gefinancierde voorzieningen

In 2015 stroomden bij de deelnemende instellingen 1.057 cliënten in in voorzieningen voor langdurig verblijf (opnamen langer dan één jaar, het voormalige voortgezet verblijf) (844 cliënten in Zvw-ZZP- gefinancierde voorzieningen en 213 in Wlz-gefinancierde voorzieningen).

Voor de Zvw-ZZP-gefinancierde intramurale zorg en voor de Wlz-gefinancierde zorg zijn gegevens verzameld over de productie per geleverde zorgzwaarte (zie Tabel 3.8). Bij deze ZZP-dagen bestond het overgrote deel van de productie uit de productie van de zwaardere pakketten (ZZP 4 en hoger).

Tabel 3.8 Aandeel ZZP-pakketdagen in het totaal aantal ZZP-dagen, in percentages, deelnemers 2015

Zvw-ZZp	Zvw-ZZp	Wlz-ZZP	Totaal
ZZP 1		0,0	0,0
ZZP 2		0,2	0,2
ZZP 3	7,4	3,8	4,0
ZZP 4	16,1	12,4	12,7
ZZP 5	46,1	50,2	49,9
ZZP 6	8,7	11,3	11,1
ZZP 7	21,7	22,0	22,0
Totaal	**100**	**100**	**100**

Tabel 3.9 bevat de cijfers van de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten voor langdurig verblijf tussen 2012 en 2015. De cijfers wijzen uit dat het aandeel van de zwaardere ZZP-en (vanaf ZZP 4) elk jaar toeneemt, met als kanttekening dat de toename van het aandeel van de zwaardere ZZP-en in 2015 minimaal is ten opzichte van 2014.

Tabel 3.9 Verdeling intramurale capaciteit per ZZP (Zvw en Wlz), in percentages, deelnemende instellingen, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
ZZP 1 (n=17)	0,1	0,1	0,1	0
ZZP 2	1,2	0,7	0,4	0,1
ZZP 3	9,9	6,1	4,4	3,9
ZZP 4	15,3	14,2	13,1	12,9
ZZP 5	41,2	44,5	46,7	48,5
ZZP 6	12,7	12,5	12,0	11,5
ZZP 7	19,5	21,9	23,4	22,9

✓ Het grootste deel van de productie van het langdurig verblijf betreft de zwaardere ZZP-en. Dit aandeel van de zwaardere ZZP-en (vanaf ZZP 4) in de totale ZZP productie steeg in 2015, net als in voorgaande jaren.

Beschermd wonen: Wmo 2015 – gefinancierde intramurale GGZ

In totaal woonden er 2015 12.275 cliënten in de beschermd wonen voorzieningen van de deelnemende instellingen. 1.589 cliënten stroomden in, 1.684 cliënten stroomden uit. Gegevens over de zorgzwaarte van de beschermd wonen plaatsen konden vanwege wijzigingen in financiering en registratie niet langer uitgevraagd worden.

3.5 Zorggebruik en omvang van de ambulante GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

Mensen met psychische problematiek kunnen voor ambulante behandeling, begeleiding en ondersteuning terecht bij verschillende echelons. De organisaties die deelnemen aan de uitvraag van de LMA bieden ambulante generalistische basis GGZ en/of ambulante gespecialiseerde GGZ en/of ambulante begeleiding en ondersteuning vanuit het sociale domein (Wmo 2015-gefinancierde ondersteuning en begeleiding)[7]. In deze paragraaf wordt beschreven wat de omvang van het gebruik en de productie was van de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ en de ambulante begeleiding en ondersteuning van de deelnemende instellingen.

Zorggebruik generalistische basis-GGZ, gespecialiseerde GGZ en ambulante ondersteuning en begeleiding

Aan de deelnemende instellingen is gevraagd wat het aantal cliënten was dan in 2015 gebruik maakte van de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ en Wmo 2015-gefinancierde ondersteuning en begeleiding. Uit de verzamelde data bleek dat in 2015 door de deelnemende instellingen ruim 60.900 cliënten werden behandeld in de generalistische basis GGZ (afgerond 55.000 in de Zvw en 5.900 in de Jeugdwet), er afgerond 417.800 cliënten ambulant werden behandeld in de gespecialiseerde GGZ (347.500 cliënten in de Zvw en 70.300 cliënten in de Jeugdwet) en dat afgerond 24.250 cliënten Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning ontvingen (zie Tabel 3.10).

Tabel 3.10 Aantal cliënten* met ambulante behandeling, begeleiding en ondersteuning, deelnemers 2015

Generalistische basis GGZ (Zvw)	Generalistische basis GGZ (Jeugdwet)	Behandeling (Zvw)	Behandeling (Jeugdwet)	Ambulante begeleiding (Wmo)
54.963	5.940	347.476	70.321	24.256

*Cliënten kunnen in meerdere categorieën zijn meegeteld.

Tussen 2012 en 2015 daalde bij de deelnemende instellingen het aantal cliënten dat ambulant behandeld werd met een DBC (zie Tabel 3.11). Deze daling zal (voor een deel) veroorzaakt zijn door de invoering van de generalistische basis GGZ in 2014. Maar ook als het aantal cliënten met een behandeling in de generalistische basis GGZ wordt meegeteld, is er sprake van een afname van het aantal cliënten dat ambulant werd behandeld.

Tabel 3.11 Ontwikkeling ambulante cliënten, deelnemende instellingen 2012-2015

	Mutatie 2012-2013 (%)	Mutatie 2013-2014 (%)	Mutatie 2014-2015* (%)	Mutatie 2012-2015* (%)
Behandeling met een DBC (n=32)	-12,0%	-5,1%	-9,5%	-24,5%
Behandeling met een product van de generalistische basis GGZ (n=24)	-**	-**	59,6%	-**
Totaal***	-12%	3,1%**	-4%	-12,9%

* Voor 2015 gaat het om de som van de Zvw en de Jeugdwet cliënten.
** De generalistische basis GGZ is in 2014 ingevoerd dus groeicijfers kunnen vanaf die periode berekend worden. In de groeicijfers van het totaal is de generalistische basis GGZ vanaf het mutatiecijfer 2013-2014 meegeteld.
** Deze cijfers dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat er sprake kan zijn van dubbeltellingen tussen de cliënten met een DBC en de cliënten met een product van de basis-GGZ.

7 Huisartsenzorg en zorg van de POH-GGZ vallen buiten de scope van deze monitor.

In Tabel 3.12 worden de cijfers gepresenteerd van de afgesloten producten van de generalistische basis GGZ van de deelnemende instellingen in 2015. Uit deze cijfers blijkt dat bijna de helft van de gesloten producten het product 'intensief' betrof.

Tabel 3.12 Gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemers 2015

	Zvw	Jeugdwet	Totaal	Percentage totaal
Product Kort (ca. 300 minuten)	2460	794	3254	9%
Product Middel (ca. 500 minuten)	7127	807	7934	21%
Product Intensief (ca. 750 minuten)	15894	1846	17740	47%
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	5057	305	5362	14%
Product Onvolledig behandeltraject	3364	452	3816	10%
Totaal	**33902**	**4204**	**38106**	

Tabel 3.13 bevat de gegevens van de ontwikkelingen van de gesloten producten van de generalistische basis GGZ (van de instellingen die zowel aan de eerste als de tweede meting van de LMA hebben deelgenomen). Uit vergelijking van de cijfers van 2014 en 2015 komt naar voren dat de omvang van het aantal producten van de generalistische basis GGZ bij de deelnemende instellingen is verdubbeld. Met name de producten 'intensief' en 'chronisch' namen toe.

Tabel 3.13 Ontwikkeling gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemers 2014 en 2015

	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)
Product Kort (ca. 300 minuten)	-5,4%
Product Middel (ca. 500 minuten)	33,6%
Product Intensief (ca. 750 minuten)	158%
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	370%
Totaal (n=18)	98%

Productie gespecialiseerde GGZ

In 2015 werden afgerond 345.000 ambulante DBC's afgesloten. DBS's kennen verschillende minuten-categorieën. Tabel 3.14 bevat de gegevens over hoe groot het aandeel per minutencategorie is in het totaal aantal afgesloten ambulante DBC's. Uit deze cijfers blijkt dat ruim 40 procent van alle afgesloten DBC's betrekking had op behandeltrajecten van omrekenend maximaal 13 uur. Vijftien procent van de trajecten bestond uit intensievere trajecten (trajecten van 50 uur of meer).

Tabel 3.14 Gesloten DBC's per minutencategorie, deelnemers 2015

	Percentage Zvw-DBC's	Percentage Jeugdwet-DBC's	Percentage van het totaal	Cumulatief percentage totaal
Aantal gesloten ambulante DBC's - tot 200 minuten*	9	16	10	10
Aantal gesloten ambulante DBC's - 200 t/m 399 minuten*	15	18	16	26
Aantal gesloten ambulante DBC's - 250 t/m 799 minuten	18	17	18	43
Aantal gesloten ambulante DBC's - 800 t/m 1799 minuten	28	24	28	71
Aantal gesloten ambulante DBC's - 1800 t/m 2999 minuten	15	12	14	85
Aantal gesloten ambulante DBC's - 3000 t/m 5999 minuten	11	8	10	95
Aantal gesloten ambulante DBC's - 6000 t/m 11999 minuten	4	3	4	99
Aantal gesloten ambulante DBC's - 12000 t/m 17999 minuten	1	1	1	100
Aantal gesloten ambulante DBC's - 18000 en meer minuten	0	0	0	100
Totaal	100	100	100	

* Deze minutencategorieën zijn van toepassing op een paar specifieke productgroepen

De ontwikkeling van het aantal afgesloten ambulante DBC's tussen 2012 en 2015 verloopt niet volgens een eenduidige trend (zie Tabel 3.15). Tussen 2012 en 2013 daalde het aantal afgesloten ambulante DBC's, vooral bij de categorie tot 1800 minuten (30 uur) maar ook bij de DBC's met meer dan 6000 minuten (100 uur). Tussen 2013 en 2014 nam het aantal gesloten ambulante DBC's juist toe, met over de gehele linie een stijging van de gesloten ambulante DBC's, ook voor de intensievere DBC's. Mogelijk is de daling tussen 2012 en 2013 gerelateerd aan de eigen bijdrage die in 2012 betaald moest worden. (Daardoor meer geopende DBC's eind 2011 en daarmee meer gesloten DBC's in 2012. En minder geopende DBC's in 2012 en daarmee tevens minder gesloten DBC's in 2013.). Na de stijging tussen 2013 en 2014 is er tussen 2014 en 2015 opnieuw een daling waarneembaar, dit keer bij alle minutencategorieën.

Tabel 3.15 Ontwikkeling minutencategorieën van de ambulante DBC's, deelnemende instellingen 2012-2015

	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2012 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2013 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2014 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2015* (%)	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)	Mutatiecijfer 2012-2015 (%)
Aantal gesloten ambulante DBC's – t/m 1799 minuten	76,0	73,4	69,8	70,8	-19,6	1,5	-18,9	-33,9
Aantal gesloten ambulante DBC's – 1800 t/m 2999 minuten	11,1	13,6	15,8	14,6	2,0	23,8	-26,3	-6,9
Aantal gesloten ambulante DBC's – 3000 t/m 5999 minuten	7,0	9,0	10,3	10,2	5,7	23,1	-20,9	2,9
Aantal gesloten ambulante DBC's – 6000 minuten en meer	5,9	4,0	4,1	4,3	-42,9	9,4	-15,8	-47,5
Totaal (n=30)	100,0	100,0	100,0	100,0	-16,8	6,8	-20,1	-29,1

* Betreft cijfers van de Zvw en de Jeugdwet.

Het aantal cliënten met een ambulante behandeling (generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ samen genomen) nam, bij de deelnemende instellingen, af tussen 2014 en 2015. Tussen 2013 en 2014 was hier sprake van een stijging.

- ✓ Het aantal afgesloten ambulante DBC's daalt tussen 2014 en 2015. Tussen 2013 en 2014 was hier sprake van een toename, daarvoor was er een daling. Mogelijk zijn er in 2013 minder ambulante DBC's afgesloten doordat er in 2012 minder ambulante DBC's werden geopend vanwege het eigen risico. De cijfers van 2012 en 2015 laten een daling zien.
- ✓ Het aantal cliënten dat in de generalistische basis GGZ behandeld werd, nam tussen 2014 en 2015 aanzienlijk toe.
- ✓ Het aantal afgesloten producten van de generalistische basis GGZ nam tussen 2014 en 2015 aanzienlijk toe.

3.6 Opbrengsten

Tabel 3.16 bevat de gegevens over de verdeling van de opbrengsten van de deelnemende instellingen over de intramurale en ambulante zorg.

Tabel 3.16 Aandeel opbrengsten ambulante en intramurale GGZ*, deelnemers 2015

	Intramu-rale Zvw (%)	Intra-murale Jeugdwet (%)	Intramu-rale Wlz (%)	Intramu-rale Wmo (%)	Totaal intra-mu-raal aandeel (%)	Ambu-lante Zvw (%)	Ambu-lante Jeugdwet (%)	Ambu-lante Wmo (%)	Totaal ambu-lant aandeel (%)	Totaal (%)
n=46	12	5	10	31	57	25	12	5	43	100

* De verhouding tussen de intramurale en ambulante opbrengsten verschilt per instelling; er zijn instellingen die meer opbrengsten halen uit de ambulante voorzieningen dan uit de intramurale voorzieningen. Vaak is dit gerelateerd aan de omvang van (eventuele) voorzienin-gen voor beschermd wonen van de instelling.

Uit de cijfers van Tabel 3.16 blijkt dat ruim de helft van de opbrengsten van de deelnemende instellingen in 2015 werd gegenereerd door de intramurale GGZ.

Tabel 3.17 Aandeel opbrengsten ambulante en intramurale GGZ*, deelnemende instellingen 2012-2015*

	Totaal intramuraal aandeel (%)	Totaal ambulant aandeel (%)	Totaal (%)
2012 (n=26)	58%	42%	100
2013	63%	36%	100
2014	57%	43%	100
2015	61%	39%	100

* De verhouding tussen de intramurale en ambulante opbrengsten verschilt per instelling; er zijn instellingen die meer opbrengsten halen uit de ambulante voorzieningen dan uit de intramurale voorzieningen. Vaak is dit gerelateerd aan de omvang van (eventuele) voorzienin-gen voor beschermd wonen van de instelling.

De verdeling tussen de opbrengsten uit intramurale voorzieningen en opbrengsten uit ambulante voorzieningen schommelt bij de instellingen die aan alle vier de metingen deelnamen (en data voor deze variabelen aanleverden) enigszins tussen 2012 en 2015, maar ligt bij benadering steeds rond een 60 procent intramurale opbrengsten en 40 procent ambulante opbrengsten verdeling (zie Tabel 3.17).

✓ Tussen 2012 en 2015 schommelt de verdeling tussen intramurale en ambulante opbrengsten rond een 60 – 40 procent verdeling.

4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing

Aan de tweede uitvraag van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) bij de GGZ-aanbieders namen 54 aanbieders deel. De verkregen dataset bestaat uit registratiegegevens en ondanks uitvoerige checks kunnen administratieve fouten niet uitgesloten worden, zeker gelet op de veranderingen in de registraties van de aanbieders en veranderingen van het instrument van de monitor. Dit maakt dat er enige voorzichtigheid geboden is bij het duiden van de resultaten. Dit gezegd hebbende laten de data van de deelnemende instellingen zien dat het aantal plaatsen voor opnamen met een duur van maximaal een jaar in 2015 met afgerond vijf procent zijn afgenomen ten opzichte van 2014. Een iets minder sterke afname dan het jaar daarvoor. Het aantal unieke personen dat opgenomen werd, was in 2015 nagenoeg gelijk aan het aantal opgenomen personen in 2014. Het aantal opnameperioden daalde, maar ook in 2015 waren er meer opnamen dan opgenomen personen, hetgeen erop wijst dat een deel van mensen meerdere keren opgenomen was in 2015. Daarbij nam het aantal verblijfsdagen met een intensieve(re) verzorgingsgraad en het aantal verblijfsdagen op gesloten afdelingen toe. Dit wijst erop dat op de intramurale plaatsen die overblijven een steeds intensiever wordende intramurale zorg wordt geboden. Dit is een voortzetten van een ontwikkeling die reeds bij de vorige meting van de LMA werd gesignaleerd.

Het aantal langdurige klinische plaatsen daalde ook tussen 2014 en 2015. Het aantal gesloten plaatsen groeide ook hier tussen 2014 en 2015 en het aandeel van de plaatsen met een zwaardere ZZP nam ook toe, zij het minimaal. Het aantal beschermd wonen plaatsen daalde tussen 2014 en 2015, net als tussen 2013 en 2014. Over de zorgzwaarte van deze beschermd wonen plaatsen konden wegens veranderingen in financieringskader en registratie geen gegevens uitgevraagd worden.

Naast de afname van het aantal intramurale plaatsen wijzen de resultaten tevens uit dat het aantal cliënten dat ambulant werd behandeld door de deelnemende instellingen in 2015 daalde ten opzichte van 2014. Er werden wel meer mensen behandeld in de generalistische GGZ maar dit aantal compenseerde het dalende aantal ambulante cliënten van de specialistische GGZ niet. Het aantal afgesloten ambulante DBC's daalde in 2015 ten opzichte van 2014, mogelijk nog steeds ten gevolge van de invoering van de generalistische basis GGZ. Maar ook het aantal gesloten DBC's met relatief veel behandelminuten (3000 minuten en meer) daalde in 2015 fors ten opzichte van 2014.

De resultaten van de uitvragen bij de GGZ-aanbieders van de LMA laten, gecombineerd met de resultaten van de LMIG, zien dat de eerder gesignaleerde trends van de afbouw van de omvang van de intramurale voorzieningen ook tussen 2014 en 2015 doorzetten met daarbij de kanttekening dat de afbouw van plaatsen voor opnamen met een maximale duur van een jaar minder sterk was dan in de jaren daarvoor. De ontwikkeling dat vooral de plaatsen met intensieve zorg en gesloten plaatsen overblijven en zelfs toenemen wordt ook in 2015 gezien. Op basis van de uitgevraagde gegevens wordt wat betreft de ambulante GGZ geen toename van het aantal ambulante cliënten gezien. Er wordt juist een afname van het aantal ambulante cliënten van de deelnemende instellingen waargenomen, gecombineerd met een afname van intensieve ambulante behandeltrajecten (ambulante DBC's met 3000 of meer minuten). Resultaten die niet direct stroken met wat verwacht zou worden gelet op een ambulantiseringsproces. Vanwege de genoemde beperkingen van de dataset is terughoudendheid geboden om louter alleen op basis van deze resultaten uitspraken te doen over de voortgang van de ambulantisering in Nederland. De resultaten zullen in de context van de resultaten van de andere deelonderzoeken geduid moeten worden hetgeen in de hoofdtekst van de rapportage van de tweede meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ gebeurt.

Bijlage D.I Klankbordgroep data-uitvraag

Cordaan:
Fleur van Eeden

HVO Querido:
Cyriel Reestman

Parnassia Groep:
Hans van den Berg
Marina Geschiere
Armelle van Helden
Miranda Moens
Marieke Nekeman
Hans Noordtzij

Bijlage D.II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ

Uit de cijfers van Tabel 1 blijkt dat bij de instellingen die aan zowel de twee metingen van de LMIG als de twee metingen van de LMA deelnamen, het aantal DJI-gefinancierde plaatsen tussen 2012 en 2013 steeg, tussen 2013 en 2014 afnam en tussen 2014 en 2015 nagenoeg stabiel bleef. In totaal was er tussen 2012 en 2015 sprake van een daling.

Tabel 1 Intramurale DJI-gefinancierde plaatsen, deelnemers 2015 en mutatiecijfers 2012-2015

	Plaatsen 2015	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)	Mutatiecijfer 2012-2015
Totaal	1.291 (n=26)	15,3	-18,3	-0,4	-6,1 (n=20)

Bijlage D.III Deelnemende instellingen LMA en LMIG

Geïntegreerde GGZ-instellingen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)
Altrecht	Ja	Ja	Ja	Ja
Arkin	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Breburg	Ja	Ja	Ja	Ja
De Viersprong	Ja	Ja	Ja	Ja
Delta Psychiatrisch Centrum	Ja	Nee	Nee	Nee
Dimence	Ja	Ja	Ja	Ja
Eleos	Ja	Ja	Ja	Ja
Emergis	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Fier Fryslân	Ja	Ja	Ja	Ja
GGNet	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Centraal	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Delfland	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Drenthe	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Friesland	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ inGeest	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Noord-Holland-Noord	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Oost Brabant	Ja	Ja	Ja	Nee
GGZ Eindhoven en de Kempen	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Westelijk Noord Brabant	Nee	Ja	Ja	Nee
Leger des Heils Gelderland	Nee	Nee	Nee	Nee
Lentis	Ja	Ja	Ja	Ja
Lievegoed Zorggroep	Ja	Ja	Nee	Nee
Mediant	Ja	Ja	Ja	Ja
MET ggz (Mensana)	Ja	Ja	Ja	Ja
Mondriaan	Ja	Ja	Ja	Nee
Orbis	Ja	Ja	Ja	Ja
Parnassia Groep	Ja	Ja	Ja	Ja
Pro Persona	Ja	Ja	Ja	Ja
Reinier van Arkel Groep	Ja	Ja	Ja	Nee
Rivierduinen	Ja	Ja	Ja	Ja
Sinai Centrum	Ja	Nee	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)
Stichting Centrum '45	Nee	Ja	Ja	Ja
Vincent van Gogh	Ja	Ja	Ja	Nee
Yulius	Ja	Ja	Ja	Ja

RIBW's

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)
Cordaan	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Fonteynenburg	Ja	Nee	Nee	Nee
RIBW Groep Overijssel	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja	Nee
HVO/Querido	Ja	Ja	Ja	Ja
Kwintes	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Pameijer	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting PerspeKtief	Ja	Ja	Ja	Ja
Promens Care	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Arnhem en Veluwevallei	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Brabant	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Gooi en Vechtstreek	Ja	Ja	Ja	Nee
RIBW Heuvelland en Maasvallei (LEVANTO groep)	Ja	Nee	Nee	Nee
RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden	Ja	Ja	Ja	Nee
RIBW Nijmegen & Rivierenland	Ja	Ja	Ja	Nee
RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland	Ja	Ja	Nee	Nee
Stichting Riwis Zorg & Welzijn	Ja	Nee	Ja	Ja
SBWU	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Anton Constandse	Ja	Ja	Ja	Ja
Woonzorgnet bv	-	-	Ja	Ja

Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)
Accare	Ja	Ja	Nee	Nee
De Bascule	Ja	Ja	Ja	Ja
Curium-LUMC	Ja	Ja	Ja	Ja
Dr. Leo Kannerhuis	Ja	Ja	Nee	Nee
De Jutters	Ja	Nee	Nee	Nee
Karakter	Ja	Ja	Ja	Nee
LSG-Rentray (Intermetzo)	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja	Nee
Mutsaersstichting	Ja	Ja	Ja	Ja
Triversum	Ja	Ja	Ja	Nee
Yorneo	Ja	Ja	Nee	Nee
Stichting Elker	-	-	Ja	Ja
Amarant groep	-	-	Ja	Ja
Autistart bv	-	-	Ja	Ja

Gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)
Bouman GGZ	Ja	Nee	Nee	Nee
Castle Craig	Nee	Nee	Nee	Nee
IrisZorg	Ja	Ja	Nee	Nee
Novadic-Kentron	Nee	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Nee	Nee
Rodersana BV	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting De Hoop	Ja	Ja	Nee	Nee
Tactus Verslavingszorg	Ja	Nee	Nee	Nee
Verslavingszorg Noord Nederland	Ja	Ja	Ja	Nee
Victas	Ja	Ja	Nee	Nee
IGHD verslavingszorg bv	-	-	Ja	Nee
Ready For Change bv	-	-	Ja	Ja

Gespecialiseerde forensisch psychiatrische centra

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)
FPC De Rooyse Wissel	Ja	Ja	Ja	Ja
FPC Oldenkotte	Ja	Ja	Ja	(Oldenkotte bestaat niet meer)
FPC De Oostvaarderskliniek	Ja	Ja	Ja	Ja
FPC Veldzicht	Ja	Ja	Ja	Ja
FPC De Kijvelanden	Ja	Ja	Nee	Nee
Forensische zorgspecialisten	Nee	Nee	Nee	Nee

Andere aanbieders met intramurale GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)
Stichting maatschappelijke opvang Breda	-	-	Ja	Ja
Stichting de Hezenberg	-	-	Ja	Ja

Aanbieders met uitsluitend ambulante GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)
GGD Amsterdam	-	-	Ja	Ja
Mentaal beter	-	-	Ja	Ja
Stichting Kadera aanpak huiselijk geweld	-	-	Ja	Ja
Stichting Odibaan	-	-	Ja	Ja

Bijlage D.IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ

Op basis van de data van de deelnemers van de LMIG en LMA, imputatie van data van missende jaren van deelnemers (voor bijvoorbeeld deelnemers die wel over 2012 en 2013 data hebben aangeleverd maar niet over 2014) en bijschatting van de intramurale capaciteit van de instellingen die niet deelnemen of deelgenomen hebben, op basis van DigiMV data, is een schatting verkregen van de totale Nederlandse intramurale GGZ capaciteit in 2012, 2013 en 2014 (zie onderstaande tabel voor de afgeronde schattingen). De schatting van de intramurale plaatsen in 2015 is gemaakt op basis van de cijfers van 2014 en de groeicijfers van 2014-2015 van de aan de LMA deelnemende instellingen. Voor deze methode is gekozen omdat de DigiMV cijfers van 2015 te onvolledig waren om een juiste bijschatting te maken van de intramurale capaciteit in 2015 van de instellingen die niet aan de tweede meting van de LMA deelnamen.

Tabel Geschatte Nederlandse intramurale GGZ capaciteit, in plaatsen

	2012	2013	2014	2015
Plaatsen eerste opnamejaar	11.100	10.900	10.200	9.750
Plaatsen langdurig verblijf	7.600	7.500	7.100	6.800
Plaatsen beschermd wonen	17.600	17.300	17.200	16.700
Totaal	36.300	35.700	34.500	33.250

Bijlage E
Deelonderzoek Flexible Assertive Community Treatment (FACT)

Maaike van Vugt
Frank van Hoof
Aafje Knispel

Inhoud

1. Inleiding 127

2. (Flexible) Assertive Community Treatment 127

3. Onderzoeksaanpak 127

4. Capaciteit en zorggebruik in cijfers 128

5. Stand van zaken, toekomstplannen en randvoorwaarden 128

6. Samenvatting en conclusie 133

Geïnterviewde professionals 134

Literatuur 134

Flexible Assertive Community Treatment (FACT)

1 Inleiding

Eén van de doelstellingen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) is het monitoren van veranderingen in het ambulante aanbod van de GGZ, met name het ambulante aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Onderdeel van de tweede meting van de LMA is het in kaart brengen van de ontwikkelingen in omvang en implementatie van een aantal specifieke ambulante GGZ-voorzieningen, namelijk: (Flexible) Assertive Community Treatment ((Flexible) ACT), Vroege Interventie Psychose (VIP) en Intensive Home Treatment (IHT). In deze rapportage wordt verslag gedaan van de uitvraag naar (Flexible) ACT.

2 (Flexible) Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment (ACT) teams en de in Nederland ontwikkelde variant Flexible Assertive Community Treatment (Flexible ACT) teams bieden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) specialistische behandeling en ondersteuning, voornamelijk thuis en in de buurt (Van Veldhuizen, e.a., 2015). Een (Flexible) ACT team is multidisciplinair samengesteld, werkt met een gedeelde caseload en outreachend[1]. ACT en Flexible ACT zijn uitvoerig beschreven modellen, waarvoor zogenaamde modelgetrouwheidsschalen zijn ontwikkeld. Deze modelgetrouwheidsschalen geven aan in hoeverre een team voldoet aan het model zoals het bedoeld is. Een (Flexible) ACT team bestaat volgens het model uit de volgende disciplines: psychiater, GZ-psycholoog, ervaringsdeskundige, verpleegkundigen, maatschappelijk werker, verslavingsdeskundige en arbeidsdeskundige.
Waar een ACT team zorg biedt aan de meest kwetsbare mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, biedt een Flexible ACT team zorg aan alle mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in een regio. Doel van (Flexible) ACT is om cliënten met continuïteit te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in hun herstel.

3 Onderzoeksaanpak

In deze deelrapportage zijn drie verschillende bronnen gebruikt om een beeld te schetsen van ontwikkelingen in omvang en implementatie van (Flexible) ACT. Op basis van beschikbare gegevens van het CCAF[2] is gekeken naar de actuele omvang en trends daarin van (Flexible) ACT teams in afgelopen periode. Daarnaast zijn op basis van de certificeringsgegevens van Flexible ACT teams de actuele situatie en trends op een aantal modelgetrouwheidsitems bekeken. Op basis van een enquête onder leidinggevenden van (Flexible) ACT is gekeken naar oordelen over kwaliteit, verbeterpunten, randvoorwaarden en knelpunten daarin, en toekomstplannen. Deze enquête is in samenwerking met F-ACT Nederland ontwikkeld en verstuurd (middels een online uitvraag) naar contactpersonen van 55 GGZ organisaties. In de enquête is aan de respondenten gevraagd naar hun oordeel over gewenste verbeteringen van (Flexible) ACT in de organisatie. Daarnaast is er gevraagd of er concrete plannen in de organisatie zijn om de kwaliteit en capaciteit van (Flexible) ACT te verbeteren. Ten slotte is gevraagd of er knelpunten worden ervaren in de randvoorwaarden om (Flexible) ACT optimaal uit te kunnen voeren. Na de enquêteronde is een diepte-interview georganiseerd om in kleiner verband verder te praten over de resultaten van de schriftelijke uitvraag om deze nog beter te kunnen duiden.

1 Outreachend wil zeggen buiten de muren van het GGZ-gebouw.
2 Het CCAF certificeert teams die modelgetrouw zorg bieden aan mensen met ernstige psychiatrische problemen.

4 Capaciteit en zorggebruik in cijfers

Sinds de ontwikkeling van (Flexible) ACT teams in Nederland, zo'n 15 jaar geleden, is het aantal in relatief korte tijd gegroeid. In de loop der jaren zijn er naast de 'reguliere' (Flexible) ACT teams, die zorg bieden aan mensen met epa, specialistische (Flexible) ACT teams ontstaan: forensisch (Flexible) ACT, (Flexible) ACT Jeugd, (Flexible) ACT Verslaving en (Flexible) ACT LVB[3]. Het precieze aantal (Flexible) ACT teams in Nederland is niet bekend. Geschat wordt dat het aantal Flexible ACT teams voor de reguliere doelgroep rond de 300 ligt, inclusief ACT teams en de specialistische (Flexible) ACT teams komt het totaal naar schatting uit op circa 400 teams. Uitgaande van een caseload van circa 200 cliënten voor de reguliere Flexible ACT teams en een caseload van circa 100 cliënten voor de ACT teams en de specialistische (Flexible) ACT teams, bedienen de teams naar schatting in totaal circa 70.000 cliënten. (F)ACT-teams beschikken gemiddeld over een capaciteit van 9 tot 10 fte, zo laten de gegevens van CCAF zien. Uitgaande van het gemiddelde van circa 10 fte per team, komt het totaal aantal fte van de teams uit op 4.000 fte. Uit de CCAF data blijkt dat het aantal cliënten in de Flexible ACT teams redelijk stabiel is over de jaren, maar dat het totaal aantal FTE waarover de teams beschikken afneemt. Met name in 2015 is er sprake van een toegenomen scheve caseload-FTE verhouding.
Het aantal gecertificeerde teams, dat wil zeggen dat zij voldoen aan de modelstandaarden volgens het CCAF, ligt op circa 300 teams[4]. Dat zou betekenen dat driekwart van de (Flexible) ACT teams het model voldoende getrouw heeft geïmplementeerd. Een jaar geleden beschikten circa 245 teams over het CCAF kwaliteitskeurmerk[5]. Het aantal teams dat werkt volgens de modelstandaarden stijgt dus gestaag. Het merendeel van de gecertificeerde teams, circa 80 %, zijn Flexible ACT teams die zich richten op de reguliere EPA-cliënten. De tot dusver circa 300 gecertificeerde teams bedienen naar schatting 55.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat is een substantieel aantal, al ontvangen daarmee nog lang niet alle mensen voor wie dat behulpzaam kan zijn, geïntegreerde zorg volgens de kwaliteitsstandaarden van de (Flexible) ACT modellen. Afgezet tegen de totale GGZ-capaciteit en de totale EPA-populatie in Nederland betekent dit dat (Flexible) ACT circa 5-7 % van die totale capaciteit voor zijn rekening neemt en zorg biedt aan circa een kwart tot een derde van de EPA-populatie[6].

5 Stand van zaken, toekomstplannen en randvoorwaarden

Een meerderheid van de respondenten vindt dat op zes van de acht gevraagde thema's omtrent het (Flexible) ACT aanbod en functioneren tenminste enige verbetering wenselijk is. In tabel 1 wordt het oordeel van de respondenten op de acht thema's weergegeven. Met name op het gebied van ondersteuning van cliënten bij hun maatschappelijk en persoonlijk herstel ligt ruimte voor verbetering, volgens de respondenten. De deelnemers van het diepte-interview beamen dit. Uit de enquête blijkt verder dat er in de meeste organisaties concrete plannen zijn om de kwaliteit van (Flexible) ACT te verbeteren. Er worden echter ook een aantal knelpunten ervaren in de randvoorwaarden om (Flexible) ACT op een optimale wijze uit te voeren. De oordelen over de kwaliteit van (Flexible) ACT binnen de organisatie en de plannen omtrent capaciteit en kwaliteit, zijn onder te verdelen in vier thema's, die achtereenvolgens besproken zullen worden: (1) herstelondersteunend; (2) deskundigheid, behandelaanbod en modeltrouw; (3) capaciteit; (4) organisatorische en maatschappelijke inbedding.

3 Van Vugt, 2015.
4 www.ccaf.nl Dit aantal zal eind van 2016 hoger liggen.
5 Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, 2015
6 De cijfers over zorggebruik van de leden van panel Psychisch Gezien, bevestigen dit beeld (zie hoofdstuk 2).

Tabel 1 Oordeel respondenten over de benodigde verbeteringen (beginnend bij het thema dat de meeste verbetering behoeft)

	Veel verbetering nodig	Enige verbetering nodig	Geen verbetering nodig, kwaliteit op orde
Ondersteuning bij maatschappelijk herstel (n=29)	6 (21 %)	19 (66 %)	4 (14 %)
Ondersteuning bij persoonlijk herstel (n=29)	4 (14 %)	19 (66 %)	6 (21 %)
Deskundigheid (n=30)	3 (10 %)	23 (77 %)	4 (13 %)
Capaciteit (n=29)	3 (10 %)	20 (69 %)	6 (21 %)
Ondersteuning bij symptomatisch herstel (n=29)	1 (3 %)	17 (59 %)	11 (38 %)
Maatschappelijke inbedding/samenwerking (n=29)	4 (14 %)	12 (41 %)	13 (45 %)
Inbedding in/samenwerking regionale zorgnetwerk (n=29)	2 (7 %)	12 (41 %)	15 (52 %)
Outreach (n=29)	1 (3 %)	8 (28 %)	20 (69 %)

5.1 Herstelondersteunend

Herstel[7] en herstelondersteuning[8] zijn begrippen die in de jaren 90 zijn intrede deden in de Nederlandse GGZ. In de literatuur over (Flexible) ACT nemen herstel en herstelondersteunende zorg[2] een belangrijke positie in. Het doel van (Flexible) ACT is om 'cliënten met continuïteit te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in hun herstel'[9]. Enkele jaren na de oprichting van de eerste teams ontstonden twijfels over de daadkracht van (Flexible) ACT op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel. Uit onderzoek[10] en de CCAF data blijkt ook dat de teams beter scoren op de interne organisatie en op aandacht voor symptomatisch herstel en dat participatie en herstel achter blijft. Dit sluit aan bij het oordeel van de respondenten die van mening zijn dat de meeste ruimte voor verbetering ligt op het gebied van ondersteuning van cliënten bij hun maatschappelijk en persoonlijk herstel. Een meerderheid van de respondenten vindt dat de kwaliteit van ondersteuning bij maatschappelijk en persoonlijk herstel enigszins verbeterd kan worden en een klein deel is van mening dat er zelfs veel verbetering nodig is. Zo wordt een gebrek aan (voldoende) ervaringsdeskundigen en aandacht voor herstelondersteunende zorg in de teams door meerdere respondenten genoemd. In het diepte-interview wordt beaamd dat meer aandacht moet uitgaan naar herstel en participatie, maar tegelijkertijd wordt gesteld dat er op dit gebied de afgelopen jaren goede stappen zijn gezet. Wel geeft men aan dat er tussen organisaties maar zeker ook tussen (Flexible) ACT teams binnen één organisatie grote verschillen kunnen bestaan in de mate waarin herstelondersteunend wordt gewerkt. De algemene indruk is dat veel teams de ambitie hebben om zich op het gebied van herstelondersteunende zorg verder te ontwikkelen; zorgen worden geuit over de beschikbare middelen om dit te kunnen realiseren. Zo is de financiering vanuit de Zvw voor trajectbegeleiding en maatschappelijk werk onzeker. Daarnaast spelen moeilijkheden omtrent regelgeving (privacy-wetgeving) en in sommige gevallen ook het ontbreken van eenzelfde visie binnen één organisatie een rol bij het aanstellen van ervaringsdeskundigen. Een aantal respondenten geeft aan dat er binnen de organisatie concrete plannen zijn voor het aanstellen van een (forensische) ervaringsdeskundige dan wel een uitbreiding van het aantal FTE. Daarnaast geven enkele respondenten aan dat hun organisatie het voornemen heeft om de inzet van ervaringsdeskundigheid te vergroten en de positionering van de ervaringsdeskundigen te verbeteren. Het vergroten van de kennis en/of het vergroten van de implementatie van herstelondersteunende zorg blijkt daarnaast een belangrijke kwaliteitsslag die een groot aantal organisaties wil maken. Meerdere respondenten geven aan dat er plannen zijn om de inzet op het gebied van participatie, dagbesteding, werk en opleiding te vergroten. Het ontbreken of nog moeten opstarten van IPS wordt door meerdere respondenten aangegeven als een gemis. Op dit gebied liggen er echter bij slechts twee organisaties, die al over IPS beschikken, concrete plannen om de expertise op dit gebied verder te implementeren. Hierbij spelen de moeilijkheden rondom financiering mogelijk een rol. In het diepte-interview wordt gesteld dat hoewel men het er over eens is dat het

7 Het begrip 'herstel' verwijst naar persoonlijke processen van mensen die proberen om na (ernstige) psychische ontwrichting hun leven weer op te pakken (Deegan, 1993; Boevink e.a., 2006). Herstel omvat drie componenten, symptomatisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel (Over de brug, 2014).

8 Het begrip herstelondersteuning omvat alles wat helpt bij herstel van de ontwrichtende psychische ervaringen en de gevolgen daarvan. Herstelondersteunende zorg is alle zorg die gericht is op het bevorderen van het herstelproces (Hendriksen-Favier e.a., 2012).

9 www.ccaf.nl

10 Van Vugt, 2015

realiseren van dagbesteding, werk en opleiding zeer belangrijk is, men de verantwoordelijkheid (en daarmee de financiering) probeert af te schuiven naar een ander domein.
Ook op het gebied van symptomatisch herstel liggen nog verbeterpunten, zo geven de resultaten van de enquête en het diepte-interview weer. De gewenste verbeteringen liggen met name op het gebied van de somatische zorg, geïntegreerde verslavingszorg, traumabehandeling en behandeling gericht op cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). Bekend is dat de doelgroep van (Flexible) ACT een aanzienlijk kortere levensverwachting heeft. De somatische zorg heeft in de laatste jaren wel meer aandacht gekregen in de teams, met name in de vorm van somatische screening, maar interventies op het gebied van leefstijl blijven daarbij nog achter.

5.2 Deskundigheid, behandelaanbod en modeltrouw

Het (Flexible) ACT model schrijft voor dat het team bestaat uit een mix van disciplines, die tezamen de juiste expertise hebben om de cliënt op verschillende levensgebieden te ondersteunen. Het behandel- en ondersteuningsaanbod van een team dient de drie componenten van herstel te beslaan. Een meerderheid van de respondenten acht het wenselijk dat er op het gebied van deskundigheid van de teams enige verbeteringen plaatsvinden en dan met name arbeidsdeskundigheid en rehabilitatie, ervaringsdeskundigheid en verslavingsdeskundigheid. De CCAF audit data bevestigen het beeld dat de teams op dit gebied gemiddeld gezien nog niet aan de kwaliteitscriteria voldoen. Het is dan ook niet verrassend dat er bij verschillende organisaties verbeterplannen liggen om de disciplinemix te verbeteren, met andere woorden dat de disciplines en expertises in een team zijn afgestemd op de (problematiek van de) caseload. Ook in het diepte-interview kwam dit onderwerp ter sprake. Naast het feit dat er nog niet altijd wordt voldaan aan de door het model vereiste disciplines, is er door een veranderde samenstelling van de cliëntenpopulatie in de (Flexible) ACT teams noodzaak om een (nog) uitgebreidere expertise te bezitten. Zo is bij veel teams waarbij de caseload bij aanvang voornamelijk uit mensen met psychotische stoornissen bestond, in de loop der jaren een veel meer diverse doelgroep binnengekomen. Dit vraagt van de teams andere expertise, bijvoorbeeld op het gebied van LVB en persoonlijkheidsstoornissen. Dit kan door nieuwe medewerkers aan te nemen die over deze expertise beschikken, maar meer nog lijkt dit gezocht te worden in het (bij)scholen van huidige medewerkers. Plannen voor het verbeteren van de kwaliteit van het behandelaanbod hebben de organisaties ook; deze plannen lopen uiteen van het implementeren van een behandelaanbod op het gebied van verslavingsproblematiek tot een specialistisch aanbod voor ‘zorgwekkende zorgmijders’.
Inzetten op meer betrokkenheid van en samenwerking met het informele systeem, zoals familie en buren van de cliënt, wordt zowel in de enquête als in het interview genoemd. De CCAF audit data laten wel zien dat de intensiteit van het contact met het informele netwerk van de cliënt ten opzichte van de eerste jaren is toegenomen. De indruk bestaat dat als gevolg van de ambulantisering de druk op mantelzorg is toegenomen, terwijl het systeem bij deze doelgroep vaak al uitgeput is. Voor de teams is het dus van belang om het systeem op een juiste manier te ondersteunen en te voorkomen dat zij door overbelasting afhaken.
Kwaliteitsontwikkeling en modelgetrouwheid, het werken volgens de kwaliteitsstandaarden van (Flexible) ACT, zijn zowel in de enquête als in het diepte-interview belangrijke thema’s. Teams zijn voornemens zich te laten certificeren volgens de kwaliteitsstandaarden van het CCAF en/of hebben plannen om het model verder te implementeren. Interne audits en het opstellen van verbeterplannen zijn onderdeel in het kwaliteitsontwikkelingsproces van de teams. Op het gebied van outreach, een belangrijk kenmerk van (Flexible) ACT, geeft een meerderheid van de respondenten aan dat de kwaliteit op orde is en er geen verbeteringen nodig zijn. Dit terwijl de audit data van het CCAF duidelijk laten zien dat hierin een daling is opgetreden, wat betekent dat de hulpverleners de cliënten minder vaak in hun eigen omgeving zien. Bezien in het licht van de wens om meer herstelondersteunend te werken is de dalende outreach opmerkelijk te noemen. Ondanks de plannen die er zijn op het gebied van kwaliteitsontwikkeling en modelgetrouwheid, wordt ook duidelijk dat deze inhoudelijke ontwikkelingen onder druk staan. Er wordt door verschillende respondenten een spanningsveld ervaren tussen enerzijds ambities voor verdere ontwikkeling en het streven naar (Flexible) ACT modelgetrouwheid en beschikbare financiële middelen anderzijds. In dit kader worden meerdere malen IPS en ervaringsdeskundigheid als voorbeelden genoemd: de wensen om deze te implementeren zijn er, maar de benodigde middelen ontbreken. Ook in het diepte-interview komt dit knelpunt duidelijk naar voren. Daarnaast wordt aangegeven dat productiedruk, het registreren van zoveel mogelijk directe (cliëntgebonden) tijd, de ruimte voor kwaliteitsontwikkeling in de weg staat.

5.3 Capaciteit

Uit de CCAF data blijkt dat, hoewel het aantal (gecertificeerde) teams is toegenomen, de totale (Flexible) ACT capaciteit nog niet dekkend is. Uitbreidingsplannen zijn er echter nauwelijks. Uit zowel de enquête als het diepte-interview blijkt alleen (voorgenomen) groei te zitten bij het aantal specialistische teams. Bij enkele organisaties zijn er plannen om binnen (bepaalde) teams enige uitbreiding te realiseren, vaak met het oog op het realiseren van een betere disciplinemix (zie ook § 5.1 en § 5.2). Het is duidelijk dat er met name wordt ingestoken op meer efficiëntie en het verbeteren van de kwaliteit van de teams. Daarnaast wordt door de komst van de sociale wijkteams, de POH-GGZ en de basis-GGZ kritischer gekeken naar cliënten die mogelijk kunnen worden doorverwezen. De CCAF data bevestigen het beeld dat de turn-over in de laatste jaren is toegenomen. Werd in 2009 7 % van de caseload uitgeschreven, in 2015 was dit 23 %. Ook bij de instroom wordt een stijgende trend waargenomen, al ligt de uitstroom aanzienlijk hoger dan de instroom. De caseload-FTE verhouding is in 2015 schever komen te liggen, dat wil zeggen dat het aantal cliënten per FTE is toegenomen. Daarbij wordt opgemerkt dat de nieuw ingestroomde cliënten meer ernstige en diverse problematiek hebben, waardoor de belasting voor het team zwaarder wordt. De stagnatie van de (Flexible) ACT capaciteit en het gebrek aan uitbreiding (van specialistische deskundigheid) binnen de teams wordt daarom door een deel van de respondenten als knelpunt ervaren. De CCAF data laten bovendien zien dat sinds 2011 een daling is opgetreden in contactfrequentie bij cliënten die (een bepaalde periode) intensievere zorg nodig hebben[11]. De mogelijkheid om flexibel op- en af te schalen is één van de centrale kenmerken van het Flexible ACT-model. De data suggereren dat de teams als gevolg van een toename van het aantal cliënten per FTE moeite hebben om de intensivering van het contact waar te maken.

5.4 Organisatorische en maatschappelijke inbedding

(Flexible) ACT is slechts één onderdeel in een keten van zorg en ondersteuning van mensen met EPA. Een goede ketensamenwerking is daarom van groot belang om cliënten zo goed als mogelijk te ondersteunen in hun herstelproces. (Flexible) ACT teams moeten zowel intern, binnen hun organisatie, als extern met verschillende partijen samenwerken. Volgens ongeveer de helft van de respondenten kan de samenwerking en afstemming in de keten verbeterd worden, zowel in intensiteit als in kwaliteit. Moeilijkheden rondom verschillende financieringsstromen, onduidelijkheden rondom regie en verantwoordelijkheden spelen de teams parten in de samenwerking en afstemming met ketenpartners. De verschillende financieringsstromen en het denken in domeinen werpen 'schotten' op die ten koste gaan van een goede ondersteuning van de cliënt. Goede afstemming met het sociale domein wordt als een belangrijke en noodzakelijke uitdaging gezien voor de komende jaren.

Hoewel er wordt aangegeven dat er met verschillende partijen wordt samengewerkt en er bij verschillende (gemeentelijke) overleggen wordt aangeschoven, en de CCAF data een beeld schetsen van toegenomen overleg met externe partners, worden de zichtbaarheid (in de wijk) en naamsbekendheid van (Flexible) ACT meerdere keren genoemd als voor verbetering vatbaar. In dit kader wordt aandacht gevraagd voor het opstellen dan wel aanscherpen van afspraken omtrent het delen van informatie over de cliënt tussen/met verschillende (keten)partners.

5.5 Trends, ontwikkelingen en toekomstperspectieven

De drie verschillende bronnen tezamen, data van het CCAF, de enquête en het diepte-interview, laten een genuanceerd beeld zien van de stand van zaken van (Flexible) ACT in Nederland. Het aantal teams dat aan de kwaliteitsstandaarden voldoet neemt toe, maar bepaalde onderdelen van het model blijven achter. Met name de ondersteuning op het gebied van maatschappelijk en persoonlijk herstel verdient de nodige aandacht.

Hoewel er verschillende knelpunten worden ervaren, is het beeld dat de kwaliteit van (Flexible) ACT gemiddeld is toegenomen. Het (Flexible) ACT model stelt een bepaalde standaard, het zorgt voor meer eenheid en transparantie. De multidisciplinariteit, de verschillende deskundigheden die naar eenzelfde casus kijken, het teamwerk, de integraliteit en continuïteit van zorg worden ervaren als belangrijke toegevoegde waarden van (Flexible) ACT. Opgemerkt wordt dat (Flexible) ACT ertoe heeft geleid dat professionals graag met de EPA-doelgroep willen werken, terwijl dit vóór het ontstaan van deze teams veel minder het geval was.

11 De contactfrequentie bij 'stabiele' cliënten is in de loop der jaren weinig veranderd; gemiddeld komt dit uit op eens per twee weken, waar het model eens per week voorschrijft.

Uitdagingen liggen er genoeg voor de teams. Zo werd al eerder opgemerkt dat de teams in de loop der jaren te maken hebben gekregen met een complexere en meer diverse doelgroep. Veel teams hebben een ontwikkeling doorgemaakt van 'klassiek psychose team' naar een team dat een breed spectrum van cliënten met EPA bedient. Dit vraagt expertise en een behandelaanbod die hierbij aansluiten en dat is nog niet altijd het geval, zo wordt geconstateerd. Teams moeten daarnaast voldoende ruimte krijgen voor casuïstiekbespreking, supervisie en consulatie. De ontwikkeling van het ontstaan van specialistische (Flexible) ACT teams enerzijds en de ontwikkeling naar meer diversiteit in de reguliere teams anderzijds, roept de vraag op aan welke ontwikkeling de voorkeur gegeven moet worden. In het diepte-interview wordt duidelijk dat het werkveld worstelt met deze vraag. Ook de complexer wordende doelgroep vraagt om aanpassing van deskundigheid en aanbod. Een belangrijke oorzaak ligt volgens de respondenten en de deelnemers van het interview bij de afbouw van klinische bedden zonder voldoende opbouw van ambulante voorzieningen. Daarnaast wordt aangegeven dat de teams soms cliënten in hun team moeten opnemen die niet (volledig) aan de inclusiecriteria voldoen. Als voorbeeld worden TBS-cliënten genoemd. Daarnaast speelt in de grote steden mee dat de afgelopen jaren ACT teams zijn omgevormd tot Flexible ACT teams. Dit betekent een grotere caseload terwijl de doelgroep hetzelfde is gebleven of zelfs complexer is geworden. Daarnaast speelt mee dat meer cliënten dan voorheen worden uitgeschreven. Over het algemeen zijn dit cliënten met lichtere problematiek die onder andere naar de basis-GGZ worden uitgeschreven. Door deze uitstroom kunnen nieuwe cliënten instromen, cliënten met zwaardere problematiek, waardoor de complexiteit van de caseload als geheel toeneemt. Het lijkt erop dat de doelgroep van de teams verschuift naar een ACT-populatie, terwijl het gros van de teams een *Flexible* ACT betreft, met bijbehorende grotere caseloads.

De toegenomen complexiteit van de doelgroep, de druk op productie en efficiëntie en de toegenomen administratie- en registratielast vraagt het nodige van de teams. Algemeen oordeel is dat deze aspecten ten koste gaan van inhoudelijke ontwikkelingen. Daarnaast resulteert het in een gebrek aan een langetermijnblik; in plaats daarvan wordt er (vaker dan men lief is) achter crisissen aangelopen. Ook ontbreekt de tijd voor (ongerichte) casefinding, een belangrijk kenmerk van (Flexible) ACT waar in de beginjaren wel tijd voor was. Toch vindt men dat de zorg voor EPA-cliënten vergeleken met een aantal jaar geleden is verbeterd. Er wordt methodisch gewerkt op verschillende levensgebieden, er is meer aandacht voor de krachten (in plaats van de klachten) van de cliënt en de verbinding met ketenpartners en andere domeinen wordt steeds beter gemaakt.

De (Flexible) ACT teams ervaren knelpunten omtrent financiering en regelgeving. De verschillende financieringsstromen werpen schotten op die met name op het gebied van maatschappelijke ondersteuning belemmerend werken. Het 'ontschotten' van en het samenbrengen van financieringsstromen is een veelgehoorde wens. Ook wordt geopperd om een soort PGB in te stellen, waar alle ondersteuning die een cliënt nodig heeft, (G)GZ, wonen en arbeid etc., in zit. Bepaalde wet- en regelgeving werkt eveneens belemmerend bij de implementatie van het (Flexible) ACT model, zoals de CONO registratie bij de ervaringsdeskundige. Andere regelgeving kan (onbedoeld) positief uitpakken, zoals bijvoorbeeld de verplichting om jaarlijks een bepaald percentage cliënten te moeten uitschrijven. Dit dwingt teams om hun caseload kritisch langs te lopen en geeft het daarmee bepaalde cliënten een nieuw perspectief. Was in de beginjaren (Flexible) ACT voor het overgrote deel van de cliënten het 'eindstation', nu zijn er door de komst van de basis-GGZ en de POH-GGZ meer mogelijkheden om de cliënt uit te schrijven naar minder intensieve zorg. Minder postief is dat deze cliëntèle daarmee buiten beeld van de teams raken, ook als blijkt dat deze (periodiek) toch (weer) intensieve zorg nodig hebben. Voor een aanzienlijk deel van de doelgroep bieden basis-GGZ en de POH-GGZ onvoldoende ondersteuning, voor hen is intensievere begeleiding (door (Flexible) ACT) nodig.

Winst is volgens de (Flexible) ACT teams te behalen bij het verbeteren van adminstratieve processen, waardoor medewerkers minder belast worden en meer tijd aan cliënten kunnen besteden. Daarnaast wordt de integratie van de RIBW's in de (Flexible) ACT teams wenselijk geacht. Hierbij wordt aangegeven dat (Flexible) ACT teams vooral niet álles moeten willen doen als de expertise bij een andere partij ligt, zoals woonbegeleiding. Taak van de (Flexible) ACT teams is dan het zorgdragen voor een goede afstemming, samenwerking en regievoering.

Gevraagd naar de toekomst van (Flexible) ACT, dan wordt enerzijds een beeld geschetst van een laagdrempelige netwerkorganisatie waarin (G)GZ, thuiszorg, welzijn etc. zijn geïntegreerd voor een gebied van ongeveer 15.000 inwoners, een aanzienlijk kleinere schaal dan waarin (Flexible) ACT nu opereert. Hierbij wordt opgemerkt dat schaalverkleining het risico meebrengt van versnippering, verlies van expertise en het (Flexible) ACT mogelijk kwetsbaar maakt. Anderzijds wordt een beeld geschetst van (Flexible) ACT teams die zich juist strikter aan de EPA-doelgroep houden opdat de kracht van het model beter tot uiting kan komen. Duidelijk is dat de verworvenheden van (Flexible) ACT gekoesterd moeten worden. Een maatschappelijke bussiness case om het maatschappelijk nut van (Flexible) ACT aan te tonen, is een laatste aanbeveling die wordt genoemd.

6 Samenvatting en conclusie

Ten behoeve van de Landelijke Monitor Ambulantisering is een enquête uitgezet onder organisaties die beschikken over (Flexible) ACT teams, is een diepte-interview gehouden onder enkele vertegenwoordigers van (Flexible) ACT teams en zijn gegevens van CCAF geanalyseerd.
Sinds de ontwikkeling van (Flexible) ACT teams in Nederland, zo'n 15 jaar geleden, is het aantal teams gestaag gegroeid. Het totaal aantal (Flexible) ACT teams in Nederland is naar schatting 400 teams die tezamen circa 70.000 cliënten in zorg hebben, waarvan circa 55.000 cliënten zorg ontvangen van gecertificeerde (Flexible) ACT teams. De totale (Flexible) ACT capaciteit in Nederland bedraagt circa 4.000 FTE, afgezet tegen de totale GGZ-capaciteit en de totale EPA-populatie in Nederland betekent dit dat (Flexible) ACT circa 5 à 7 % van die totale capaciteit voor zijn rekening neemt en zorgt biedt aan circa een kwart tot een derde van de EPA-populatie.

Kwaliteitsbeoordelingen van het CCAF laten zien dat de (Flexible) ACT-teams op sommige onderdelen beter aan de kwaliteitsstandaarden voldoen dan op andere onderdelen. Zo worden goede resultaten behaald op de interne organisatie van de teams en op aandacht voor symptomatisch herstel. De meeste ruimte voor verbetering ligt op het gebied van ondersteuning van cliënten bij hun maatschappelijk en persoonlijk herstel. De enquêteresultaten onder de vertegenwoodigers van de (F)ACT-teams en het diepte-interview bevestigen dit beeld. Twee oorzaken lijken ten grondslag te liggen aan het achterblijven van de kwaliteit van zorg op deze onderdelen. De eerste is gelegen in de beschikbare capaciteit. Zo blijkt uit de CCAF-data dat in 2015 het aantal cliënten per FTE is toegenomen. Daarnaast is er sprake van een steeds hogerere turn-over; er worden jaarlijks meer cliënten (met relatief lichte problematiek) uitgeschreven en de instroom bestaat uit cliënten met meer diverse en complexere problematiek. De CCAF data laten zien dat de gemiddelde contactfrequentie voor cliënten in de loop der jaren redelijk stabiel is; gemiddeld eens per twee weken, terwijl het model een gemiddelde van eens per week voorschrijft. De contactfrequentie bij cliënten die een bepaalde periode intensievere zorg nodig hebben, laat een daling zien. Het lijkt er dus op dat de teams hun handen vol hebben aan het aantal cliënten en de verzwaring van de problematiek. Daarmee lijkt voor ondersteuning op andere terreinen te weinig tijd en capaciteit over te blijven. Een tweede oorzaak is gelegen in de beschikbare deskundigheid. Ervaringsdeskundigheid, rehabilitatiedeskundigheid en arbeidsdeskundigheid zijn nog onvoldoende vertegenwoordigd in de teams, zo wordt gesignaleerd.

Ook op een aantal andere terreinen liggen verbeterpunten, zo geven de resultaten van de enquête en het diepte-interview weer. Daarbij gaat het met name om verbeteringen op het gebied van de somatische zorg, geïntegreerde verslavingszorg, traumabehandeling en behandeling gericht op cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB).
Deelnemers aan het diepte-interview zijn wel van mening dat de zorg voor EPA-cliënten vergeleken met een aantal jaar geleden is verbeterd. Er komt meer aandacht voor de krachten (in plaats van de klachten) van de cliënt en de verbinding met ketenpartners en andere domeinen wordt steeds beter gemaakt, zo luidt het. CCAF-data bevestigen dat de (Flexible) ACT teams in de loop van de jaren vooral zijn verbeterd in de samenwerking met externe partners en met informele steunsystemen. Daar staat tegenover dat de teams, afgaand op de CCAF-data, in de afgelopen jaren beduidend minder outreachend zijn gaan werken.

Gevraagd naar de randvoorwaarden voor een optimale implementatie en een optimaal functioneren van (Flexible) ACT en naar de eventuele knelpunten daarin, brengen de vertegenwoordigers van de teams een aantal thema's voor het voetlicht.
In de eerste plaats wordt een spanningsveld ervaren tussen enerzijds ambities voor verdere ontwikkeling en het streven naar (Flexible) ACT modelgetrouwheid en beschikbare financiële middelen anderzijds. Dat speelt over de volle breedte van de gewenste capaciteitsuitbreidingen en kwaliteitsverbeteringen, maar in het bijzonder voor het versterken van het team met arbeidsdeskundigheid (IPS) en ervaringsdeskundigheid. Regelgeving en knelpunten in het financieringsstelsel spelen daarbij ook een rol. Met name de financiering van ondersteuning bij sociale en maatschappelijke participatie, werk en opleiding dreigt tussen de wal en het schip van verschillende financieringskaders te vallen.
Meer in het algemeen wordt vastgesteld dat, waar symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel juist hand in hand gaan en om geïntegreerde ondersteuning vragen, de verschillende financieringsstromen in 'schotten' tussen afzonderlijke domeinen resulteren en aanleiding geven tot 'afwentelingsgedrag' tussen financiers.

Gesignaleerd wordt daarnaast dat een toenemende productiedruk, in termen van het registreren van zoveel mogelijk directe (cliëntgebonden) tijd, de ruimte voor kwaliteitsontwikkeling in de weg staat. Toegenomen administratie- en registratielast zet die ruimte nog verder onder druk, zo luidt het.
Deelnemers aan het diepte-interview wijzen ook op een toenemende druk om jaarlijks een bepaald percentage cliënten uit te schrijven en bijvoorbeeld naar de basis-GGZ of de POH-GGZ te geleiden. Positief aan deze ontwikkeling, zo wordt gesignaleerd, is dat het de teams ertoe aanzet om periodiek hun caseload kritisch langs te lopen en te bezien welke cliënten met een uitschrijving en doorgeleiding een nieuw perspectief kan worden geboden. Minder postief is dat deze cliëntele daarmee buiten beeld van de teams raken, ook als blijkt dat deze (periodiek) toch (weer) intensieve zorg nodig hebben.
Bovengenoemde knelpunten weerhouden de teams er niet van om in te zetten op verdere kwaliteitsverbetering. De plannen lopen uiteen van investeringen in een betere modelgetrouwheid, inzet op herstelondersteunende zorg, ervaringsdeskunidgheid, samenwerking met interne en externe ketenpartners (met speciale aandacht voor het 'sociaal domein') en met het informele netwerk rondom de cliënt, meer en betere psychische behandeling en deskundigheid rond specifieke doelgroepen. Ook geven meerdere respondenten aan dat er plannen zijn om de inzet op het gebied van participatie, dagbesteding, werk en opleiding te vergroten. Kanttekening daarbij is dat er vooralsnog slechts bij twee organisaties, die al over IPS beschikken, concrete plannen zijn om de expertise op dit gebied verder te implementeren.
Een belangrijke kanttekening bij de toekomstplannen is ook dat er momenteel, en afgaand op de enquêteresultaten, in de meeste organisaties geen plannen meer zijn om het aantal (F)ACT teams of de capaciteit van de teams nog verder uit te breiden. Waar nog wel uitbreidingsplannen zijn, betreft het vooral de specialistische teams. Eén en ander zou betekenen dat de gestage groei van (Flexible) ACT, zoals die over de afgelopen vijftien jaar te zien is geweest, tot een halt aan het komen is.

Geïnterviewde professionals

Interview:
André Verhagen (Arkin)
Ingrid Mooij (De Jutters)
Marijn Mertens (Lucertis)
Pascal Hoogenboom (GGZ Rivierduinen)

Advies enquête:
Elsbeth de Ruijter (F-ACT Nederland)
Margret Overdijk (CCAF)
Ronald van Gool (GGZ Ingeest)
René in 't Veld (Tactus)

Literatuur

Boevink, W., Plooy, A., & Van Rooijen, S. (red.) (2006). Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid. Amsterdam: SWP
CCAF. www.ccaf.nl
Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. Journal of Psychosocial Nursing, 31 (4), 7-11.
Hendriksen-Favier, A., Nijnens, K., & Van Rooijen, S. (2012) Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz. Trimbos-instituut Utrecht.
Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (2015). Trimbos-instituut Utrecht.
Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen (2014). Kenniscentrum Phrenos.
Van Veldhuizen R, Polhuis D, Bähler M, Mulder CL, Kroon H (Red.). (2015). Handboek (Flexible) ACT. 2e geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
Van Vugt, M.D. (2015). Assertive Community Treatment in the Netherlands. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bijlage F
Deelonderzoek Intensive Home Treatment (IHT)

Aafje Knispel
Frank van Hoof

Inhoud

1	Inleiding	139
2	IHT model	139
3	Onderzoeksaanpak	139
4	Capaciteit en zorggebruik in cijfers	140
5	Organisatie van de teams	140
6	Benodigde verbeteringen	141
7	Randvoorwaarden	142
8	Uitbreidingsplannen en kwaliteitsverbeteringen	142
9	Samenvatting en conclusie	143
Geïnterviewde professionals		144
Literatuur		144

Intensive Home Treatment (IHT)

1 Inleiding

Eén van de doelstellingen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) is het monitoren van veranderingen in het ambulante aanbod van de GGZ (met name het ambulante aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen).

Onderdeel van de tweede meting van de LMA is het in kaart brengen van de ontwikkelingen in omvang en implementatie van een aantal specifieke ambulante GGZ-voorzieningen namelijk (Flexible) Assertive Community Treatment ((F)ACT), Vroege Interventie Psychose (VIP) en Intensive Home Treatment (IHT). In deze rapportage wordt verslag gedaan van de uitvraag naar IHT.

2 IHT model

Intensive Home Treatment (IHT) bestaat sinds kort in Nederland. Het model bouwt voort op de crisis resolution teams die rond 2000 in Engeland werden geïntroduceerd (Johnson, 2013). Met IHT dient volgens de modelbeschrijving door een multidisciplinair team intensieve ambulante zorg geboden te worden bij patiënten die in crisis verkeren met als doel om opnames te voorkomen dan wel te verkorten. Het team kan in vergelijking tot reguliere crisisdiensten langer doorbehandelen (zes weken of langer), waardoor er in de crisisfase meer continuïteit van zorg is. Het IHT-team behandelt evidence based en focust op het versterken van de regie van de cliënt op het eigen functioneren tot een dusdanig niveau dat de cliënt zonder het team verder kan. De hulp vindt primair plaats bij de cliënt thuis, waarbij ook het systeem rondom de cliënt wordt ondersteund, en kan opgeschaald worden tot drie bezoeken per dag (Prinsen e.a., 2016). IHT heeft daarnaast de organisatorische doelstelling om bestaande ambulante opschalingsmogelijkheden[1] (zoals psychiatrische intensieve zorg en kortdurende psychiatrische thuiszorg) te integreren in één team (Prinsen e.a., 2016).

IHT vervult meerdere functies:

- Acute crisisbeoordeling en crisisinterventie met 24x7 uur beschikbaarheid;
- Poortwachterfunctie voor opnamen;
- Intensieve thuisbehandeling als alternatief voor een opname totdat de crisis voorbij is en de zorg is overgedragen aan een ambulant team;
- Faciliteren van een zo kort mogelijke opname.

Integratie van de crisisdienstfuncties in de IHT-teams maakt dat IHT-teams bovenstaande functies (optimaal) kunnen bieden.

3 Onderzoeksaanpak

Om inzicht te krijgen in de omvang van het aantal IHT-teams in Nederland, de wijze waarop de teams georganiseerd zijn en op de mogelijke belemmeringen die worden ervaren bij de implementatie van IHT is in samenwerking met het Platform IHT[2] een vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst is verstuurd (middels een

1 Zen modelgetrouw FACT-team is integraal verantwoordelijk (regie) en moet kunnen opschalen maar hoeft de crisiszorg niet per se zelf te leveren (www.ccaf.nl). In een beperkt aantal regio's vervult het IHT-team ook een functie voor FACT-cliënten.

2 Het Platform IHT is een samenwerkingsverband tussen GGZ organisaties met als doelstelling om ervaringen te delen om zo en in combinatie met onderzoek het IHT-model te optimaliseren (www.i-ht.nl).

online uitvraag) naar contactpersonen van de bij het Platform IHT aangesloten GGZ organisaties[3]. In totaal werden 21 organisaties[4] aangeschreven.
Na de vragenlijstronde is een groepsinterview gehouden met drie respondenten om zo de resultaten van de schriftelijke uitvraag nog beter te kunnen duiden. Ook is een eerste rapportage van de resultaten besproken met leden van het IHT-platform.

4 Capaciteit en zorggebruik in cijfers

19 van de 21 aangeschreven organisaties hebben de vragenlijst (gedeeltelijk) ingevuld. Deze 19 organisaties beschikten tezamen over 31 IHT teams. Van 19 van deze 31 teams zijn data aangeleverd over het aantal fte's van de teams. Tezamen bestonden deze 19 teams uit 236 fte met een gemiddelde van 12,4 fte per team. De range van het aantal fte per team was groot en liep van 6 tot 24 fte (afgerond 32 procent van de teams had tussen de 6 en 9 fte, afgerond 32 procent had tussen de 10 en 13 fte en de overige 36 procent van de teams had tussen 14 en 24 fte).

18 teams hebben gegevens aangeleverd over het totaal aantal cliënten dat in 2015 werd aangemeld bij het IHT-team. Bij de 18 teams werden in 2015 tezamen 5.740 cliënten aangemeld met daarbij de kanttekening dat de range van het aantal aangemelde cliënten per team groot was (range van 25 tot 1.100 cliënten met een gemiddelde van 319 cliënten[5]. Een derde van de teams had tussen de 25 en 181 aangemelde cliënten, een derde had tussen de 182 en 354 aangemelde cliënten en een derde had tussen de 355 en 1100 aanmeldingen). 19 teams hebben aangegeven hoeveel cliënten zij op een peildatum (1 mei 2016) hadden. In totaal hadden deze 19 teams op dat moment 1.101 cliënten in behandeling, met een gemiddelde van 58 cliënten per team (Range van 14 tot 146 cliënten. Afgerond 32 procent van de teams had tussen de 14 en 25 cliënten op de peildatum, afgerond 32 procent had tussen de 26 en 45 cliënten op de peildatum en afgerond 36 procent had tussen de 46 en 146 cliënten op de peildatum).

De caseload van de IHT-teams (aantal cliënten op peildatum gedeeld door het aantal fte's van het team) varieerde, bij de 18 teams waarvoor dit berekend kon worden, tussen de 1,8 en 10,9 met een gemiddelde van 4,6. (Een derde van de teams had een caseload tussen de 1,8 en 2,7 cliënten per fte, een derde had een caseload tussen 2,8 en 5,3 en een derde tussen 5,4 en 10,9.)

Uitgaande van het gemiddelde van 12,4 fte per team en een gemiddelde van 319 aanmeldingen in 2015 kan een voorzichtige schatting gemaakt worden van het totaal aantal fte en aantal cliënten in 2015 van de organisaties die lid zijn van het IHT-platform. Uitgaande van nog eens (tenminste) twee IHT-teams van de instellingen die wel zijn aangeschreven maar niet hebben gerespondeerd zou het totaal uitkomen op 33 IHT-teams. Dit zou neerkomen op afgerond 409 fte en 10.527 aanmeldingen in 2015 voor deze 33 IHT-teams. Nogmaals, dit is een voorzichtige schatting aangezien de range van het aantal fte en het aantal cliënten per team behoorlijk groot is en een schatting gebaseerd op het gemiddelde dus gezien moet worden als een schatting met een behoorlijke marge.

5 Organisatie van de teams

Van 26 van de 31 IHT-teams is informatie aangeleverd over (een aantal kernaspecten van) de organisatie en taken van de teams. Deze informatie wordt samengevat in onderstaande tabel.

3 Het is onbekend hoeveel organisaties er zijn die IHT aanbieden maar geen lid zijn van het IHT platform. Daarom kan er geen schatting gemaakt worden van de landelijke dekkingsgraad van de data van deze uitvraag.
4 Van één organisatie hebben twee bedrijfsonderdelen elk een aparte vragenlijst gekregen. Twee andere organisaties hebben één gezamenlijke vragenlijst gekregen omdat zij samenwerken in IHT-teams.
5 Eén team had in 2015 beduidend meer cliënten dan de andere teams. Als dit ene team buiten beschouwing wordt gelaten komt het gemiddeld aantal cliënten van de overige teams uit op 273 cliënten.

Tabel 1 Organisatie van de IHT-teams (26 teams)

	De crisisdienst is onderdeel van het IHT-team	Het IHT-team is 24x7 uur beschikbaar	Team vervult de poortwachters-functie voor opnamen in de regio
Ja	15 (58 %)	17 (65 %)	9 (35 %)
Nee	11 (42 %)	9 (35 %)	3 (12 %)
Gedeeltelijk			14 (54 %)

Uit bovenstaande cijfers komt naar voren dat de crisisdienst in ruim de helft van teams geïntegreerd is maar dat er dus ook nog een redelijk aantal teams is waarbij dit (nog) niet het geval is. De 24-uurs beschikbaarheid is bij afgerond tweederde van de teams gerealiseerd. Of er bij de overige teams een andere keuze is gemaakt en/of zaken nog in ontwikkeling zijn wat betreft de beschikbaarheid is niet bekend. Een derde van de teams vervult de poortwachtersfunctie voor opnamen en ruim de helft van de teams vervult deze functie gedeeltelijk.

De cijfers laten zien dat een meerderheid van de IHT-teams de functies vervult die de teams volgens de IHT-modelbeschrijving en doelstellingen zouden moeten vervullen, maar dat er tegelijkertijd teams zijn waar dit (nog) niet gerealiseerd is. Mogelijk is een aantal teams pas recent opgestart en moet het één en ander nog gerealiseerd worden. Mogelijk is het (ook) gerelateerd aan knelpunten bij de implementatie van IHT. Deze knelpunten komen in de volgende paragrafen aan bod.

6 Benodigde verbeteringen

Aan de respondenten is gevraagd of, naar hun oordeel, verbeteringen nodig zijn op een aantal specifieke onderdelen. Deze gegevens worden vermeld in onderstaande tabel.

Tabel 2 Oordeel respondenten over de benodigde verbeteringen (beginnend bij het onderdeel dat de meeste verbetering behoeft en dan aflopend)

	Poortwachters-functie (n=18)	Integratie/ afstemming regionaal netwerk (n=18)	Capaciteit (n=18)	Beschik-baarheid (n=18)	Deskundigheid (n=18)
Veel verbetering nodig	8 (44 %)	6 (33 %)	4 (22 %)	2 (11 %)	1 (6 %)
Enige verbetering nodig	7 (39 %)	9 (50 %)	12 (67 %)	9 (50 %)	13 (72 %)
Geen verbeteringen nodig	3 (17 %)	3 (17 %)	2 (11 %)	7 (39 %)	4 (22 %)

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat een relatief groot deel van de respondenten (bijna de helft) oordeelt dat de poortwachtersfunctie veel verbeteringen behoeft. Dit sluit aan bij de eerder genoemde bevinding dat een relatief groot deel van de teams de poortwachtersfunctie voor opnames niet of alleen gedeeltelijk vervult. Opgemerkt werd dat de beperkte poortwachtersfunctie soms te maken heeft met PAAZ-afdelingen in de regio dan wel andere intramurale klinieken die geen onderdeel zijn van de organisatie waar het IHT-team deel van uitmaakt. Dit maakt het realiseren van de poortwachtersfunctie volgens respondenten complex.

De afstemming dan wel de integratie in het regionale netwerk zou volgens een derde van de respondenten sterk verbeterd moeten worden. De antwoorden van de respondenten laten verder zien dat op alle onderdelen (volgens de meeste respondenten) ruimte is voor (tenminste) enige verbetering.

7 Randvoorwaarden

Naast vragen over het aantal IHT-teams en de mogelijke verbeterpunten voor de teams zelf, is aan de respondenten ook gevraagd om aan te geven of zij knelpunten ervaren in de *randvoorwaarden* om IHT optimaal aan te kunnen bieden. Van de 18 respondenten die deze vraag beantwoordden, gaven 14 respondenten (78 %) aan inderdaad knelpunten te ervaren in de randvoorwaarden. Deze 14 respondenten benoemden een aantal uiteenlopende knelpunten. Deze knelpunten hadden vooral te maken met:

- Schaalgrootte
- Ketenzorg
- Financiering

Schaalgrootte

Een volledig opgezet IHT-team vergt een zekere schaalgrootte. Door de respondenten is genoemd dat het werkgebied soms dusdanig groot is dat er veel tijd opgaat aan reistijd waardoor er minder tijd overblijft voor het daadwerkelijk behandelen en begeleiden van cliënten. Ook het aantal fte is volgens respondenten soms onvoldoende om de (grote) regio te kunnen bedienen, 24-uurszorg te kunnen bieden en voldoende op te kunnen schalen. Dit leidt ertoe dat er te weinig behandelplekken kunnen zijn in het team, aldus één van de respondenten. Wat betreft de personele bezetting werd ook benoemd dat er steeds minder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen beschikbaar zijn terwijl de competenties van deze professionals om in de context van de cliënt te kunnen opereren juist erg van belang worden geacht.

Ketenzorg

Verschillende respondenten benoemden dat er *belemmeringen zijn, op meerdere plaatsen, in de keten*; de poortwachtersfunctie is soms nog niet zoals men het zou willen, er is weinig tijd om actief de connectie te zoeken met ketenpartners, er zijn wachttijden voor de reguliere ambulante zorg en er is soms onvoldoende contact met klinieken van andere instellingen. Verstopping in de keten kan ertoe leiden dat IHT ten onrechte wordt ingezet als overbruggingszorg, aldus respondenten, en dat er wachttijden ontstaan en cliënten langer dan gewenst bij het IHT-team blijven. *Inflexibiliteit binnen het zorgsysteem*, zoals klinieken die een minimum dan wel een maximum aantal opnamedagen hanteren, een stop bij een ambulant behandelcentrum vanwege een productieplafond en organisaties die personeelsleden van de reguliere ambulante centra niet langer toestaan om op huisbezoek te gaan, spelen ook een grote rol bij de (on)mogelijkheden om de gewenste ketenzorg te kunnen bieden. De afstemming tussen de verschillende voorzieningen van één GGZ-aanbieder en de afstemming met andere aanbieders en domeinen laten dikwijls nog te wensen over. IHT kan dan in de praktijk worden ingezet om 'gaten te dichten' op plekken waar IHT in principe niet voor bedoeld is, aldus respondenten. Het vergroten van de kennis over de werkwijze en doelstellingen van IHT, is iets dat volgens respondenten dan ook binnen de gehele GGZ-organisatie en aanverwante domeinen moet plaatsvinden.

Financiering

Ten slotte werd door de respondenten benoemd dat onvoldoende en onduidelijke financiering knelpunten vormen in het optimaal kunnen inzetten en uitvoeren van IHT. Doordat niet de beschikbaarheid maar de productie wordt gefinancierd is het moeilijk om capaciteit te reserveren en flexibel om te kunnen gaan met fluctuaties in drukte. Werken met een vast budget zou wat dit betreft volgens respondenten bepaalde knelpunten kunnen oplossen. Hier wordt door de NZa over nagedacht.

8 Uitbreidingsplannen en kwaliteitsverbeteringen

Aan de respondenten zijn vragen gesteld over uitbreidingsplannen van IHT en plannen om de kwaliteit van IHT te verbeteren. 17 van de 19 respondenten hebben de vraag over de uitbreidingsplannen beantwoord. 11 (65 %) gaven aan uitbreidingsplannen te hebben, zes (35 %) gaven aan dat er geen plannen zijn om de capaciteit van IHT uit te breiden. De omvang van de uitbreidingsplannen loopt erg uiteen. De range van

de uitbreidingsplannen loopt van 0.9 fte tot 40 fte met een gemiddelde van 7,6 fte en een totale omvang van 76,5 fte (n=10) (uitgaande van de schatting van 409 fte van 33 teams komt dit neer op een uitbreiding van afgerond 19 procent). Soms gaat het om het vergroten van de bestaande teams, soms zijn er plannen om het aantal teams uit te breiden (vier respondenten gaven aan plannen te hebben om het aantal teams uit te breiden met een uitbreiding van in totaal zes teams). Dit verklaart ook de range van het aantal uit te breiden fte's.

Bijna twee derde van de respondenten gaf aan dat er (ook) plannen zijn om de kwaliteit van het IHT-aanbod te versterken (13 respondenten, n=18). Veel genoemd is het bevorderen van de deskundigheid van het personeel, onder andere wat betreft systematisch werken en suïcidepreventie. Respondenten gaven ook aan concrete plannen te hebben om de poortwachtersfunctie en de mogelijkheden voor acute dag/deeltijdbehandeling te versterken. Daarnaast zijn er (zoals genoemd) plannen om het aantal fte te vergroten en om de beschikbaarheid buiten kantoortijden te verbeteren. Tenslotte gaven respondenten aan te gaan onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om taken door andere professionals (of door een andere samenstelling van professionals) uit te laten voeren dan nu het geval is. Als voorbeeld werd benoemd dat de SPV-er meer verantwoordelijkheden kan krijgen in de intakeprocedure.

9 Samenvatting en conclusie

De 19 organisaties die deelnamen aan de uitvraag over IHT hebben tezamen 31 teams. Uitgaande van een gemiddelde van 12 à 13 fte per team en een gemiddelde van ruim 300 aanmeldingen in 2015 per team, wordt het totaal van de fte's van deze 31 teams plus (tenminste) twee teams van de niet responderende instellingen (met een zekere marge) geschat op ruim 400 fte en het aantal aanmeldingen op ruim 10.500 in 2015.

Uit de resultaten blijkt dat er nog aanzienlijke verschillen zijn tussen de teams in de mate waarin er volgens de uitgangspunten van het IHT-model wordt gewerkt (hetgeen in Engeland overigens ook het geval is (Paton e.a., 2016)). Zo zijn (nog) niet bij alle teams integratie van de crisisdienst, 24x7 beschikbaarheid en de poortwachtersfuncties voor opnamen gerealiseerd. Bij vier op de tien teams maakt de crisisdienst (nog) geen onderdeel uit van het team, bij ruim een derde van de teams is de 24x7 beschikbaarheid (nog) niet gerealiseerd en de poortwachtersfunctie is bij één op de acht teams nog niet geïntegreerd en bij de helft van de teams alleen gedeeltelijk. De respondenten geven ook aan de nodige verbeterpunten te zien, vooral wat betreft de poortwachtersfunctie en de afstemming binnen het netwerk in de regio.

De randvoorwaarden om optimaal te functioneren en verder te ontwikkelen laten (nog) dikwijls te wensen over, aldus respondenten. De belangrijkste knelpunten zijn dat financiën en capaciteit vaak niet afdoende zijn om de gehele regio optimaal te kunnen bedienen en dat er diverse knelpunten zijn in de organisatie van (keten-)zorg. Door het disfunctioneren van de keten zien IHT-teams zich genoodzaakt om taken te verrichten die eigenlijk niet tot hun pakket behoren, ontstaan er wachttijden en blijven cliënten onnodig lang bij het IHT-team. Met als gevolg dat de leden van het IHT-team de kerntaken soms niet kunnen vervullen op de manier dat zij zouden willen. Het gevoel leeft dat de 'grenzen van het systeem nu wel echt bereikt zijn'.

De resultaten wijzen uit dat IHT volop in ontwikkeling is, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. De plaats van IHT in het zorglandschap is nog niet vanzelfsprekend. In het kader van de ambulantisering zal nader bezien moeten worden of en hoe die plaats versterkt kan worden.

Geraadpleegde professionals

Geïnterviewden:
Charlotte Gabriel
Arianne van Hoorn
Stefan Moleman

Leden IHT-platform die input hebben geleverd voor de vragenlijst en de rapportage:
Lianne Boersma
Jurgen Cornelis
Elnathan Prinsen
Rijna Smeerdijk
Bas van Wel

Literatuur

Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model S Johnson. *Advances in Psychiatric Treatment, 19*, 115-12.

Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., Webber, M. & Meader, N. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess, 20,* 1-162.

Prinsen, E., van Wel, B., Mulder, N. & de Koning, N. (Red.). (2016). *Handboek IHT*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Bijlage G
Deelonderzoek Vroege Interventie Psychose (VIP)

Michel Planije
Aafje Knispel
Frank van Hoof

Inhoud

1. Inleiding 149

2. Vroege Interventie Psychose (VIP) 149

3. Onderzoeksaanpak 149

4. Capaciteit en zorggebruik in cijfers 150

5. Kwaliteit en benodigde verbeteringen 151

6. Randvoorwaarden en knelpunten 153

7. Uitbreidingsplannen en kwaliteitsverbetering 154

8. Samenvatting en conclusie 154

Geïnterviewde professionals 155

Literatuur 155

Vroege Interventie Psychose (VIP)

1 Inleiding

Eén van de doelstellingen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) is het monitoren van veranderingen in het ambulante aanbod van de GGZ, en dan met name het ambulante aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
Onderdeel van de tweede meting van de LMA is het in kaart brengen van de omvang en implementatieknelpunten van een aantal specifieke ambulante voorzieningen. Dit deelonderzoek betreft Vroege Interventie Psychose (VIP).

2 Vroege Interventie Psychose (VIP)

Vroege Interventie Psychose (VIP) is een behandel- en zorgmodel ter ondersteuning van jongvolwassenen die een verhoogde kans hebben om een psychose te krijgen. De gespecialiseerde[1] ambulante VIP-teams zijn opgericht om zo snel mogelijk intensieve behandeling te kunnen geven, met als belangrijkste doel dat mensen met een vroege psychose de aansluiting bij de maatschappij niet verliezen.
Volgens de Module Vroege Psychose (NVP, conceptversie januari 2016) wordt het VIP-model gekenmerkt door 'een multidisciplinaire ondersteuning en behandeling van patiënten in de eerste vijf jaar van een psychotische stoornis. Deze teams werken met een kleine caseload en een assertieve benadering. De behandeling wordt op maat afgesproken met en aangepast aan de wensen en behoeften van de patiënt, en zo vroeg mogelijk aangeboden. Het doel van de interventie is om een patiënt met een vroege psychose te leren omgaan met zijn of haar kwetsbaarheid en te zorgen dat deze zijn of haar leven verder kan uitbouwen. Een eerste vereiste daarvoor is dat de patiënt in behandeling komt. Bij de behandeling van vroege psychose wordt gestreefd naar herstel van symptomen, meedoen in alle sociale rollen en voorkómen van een chronisch beloop van psychose.'
VIP is er in twee varianten: 1) een zelfstandig team voor mensen met een vroege psychose, met een zorgorganisatie en multidisciplinaire teamsamenstelling in lijn met het (F)ACT-model; 2) VIP geïntegreerd binnen een algemeen ACT-team, FACT-team of poliklinisch team. In de Module Vroege Psychose wordt voor zelfstandige VIP-teams een caseload tussen de 1:10 en 1:15 aanbevolen. De meeste huidige VIP-teams hanteren een leeftijdsgrens van 18-35 jaar. Soms worden ook patiënten onder de 18 jaar behandeld (wanneer de financiering geen probleem oplevert).

3 Onderzoeksaanpak

Om inzicht te krijgen in de omvang van VIP in Nederland, de wijze waarop de teams georganiseerd zijn en mogelijke belemmeringen die worden ervaren bij de implementatie van VIP is in samenwerking met het Netwerk Vroege Psychose en Kenniscentrum Phrenos een vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst is verstuurd (middels een online uitvraag) naar contactpersonen van de bij het Netwerk aangesloten GGZ organisaties. In totaal werden 35 GGZ organisaties aangeschreven. Bij het Netwerk Vroege Psychose zijn 25 gespecialiseerde ambulante VIP-teams bekend, waarmee ruim de helft van het land gedekt wordt[2]. Om de resultaten van de schriftelijke uitvraag nog beter te kunnen duiden, is aanvullend een groepsinterview gehouden met drie vertegenwoordigers van VIP-teams[3].

1 Het specialistische zit hem daarbij vooral in 'de brede diagnostiek, de snelle en intensieve psychiatrische en psychosociale behandeling, en het opbouwen van een behandelrelatie onder moeilijke omstandigheden' (Module Vroege Psychose - NVP, 2016).
2 Onbekend is hoeveel organisaties er zijn die wel VIP bieden maar geen lid zijn van het Netwerk Vroege Psychose.
3 Van de tien personen die deelname aan het groepsinterview hadden toegezegd, waren er zeven om uiteenlopende redenen verhinderd.

4 Capaciteit en zorggebruik in cijfers

Van de 35 benaderde organisaties, respondeerden er 24 (69 %). Bij deze 24 organisaties zijn er in totaal 51 teams waar VIP deel uitmaakt van het aanbod: 23 gespecialiseerde VIP-teams; 13 als onderdeel van 13 FACT-teams; en 15 binnen andere teams.
Van 28 teams waar VIP wordt aangeboden, is de omvang in fte bekend (tabel 1.1). In totaal gaat het om 145 fte, de gemiddelde omvang in fte per team bedraagt 5,2 fte (variërend van 1 tot 12 fte).

Tabel 1.1. FTE beschikbaar voor VIP in 2015

	N	Totaal fte	Gemiddeld aantal fte	min – max omvang beschikbare fte
Gespecialiseerd VIP-team	18	108	6	2 - 10
VIP binnen FACT	8	19	2,4	1 - 12
VIP binnen ander team	2	18	9	8 - 10
Totaal	**28**	**145**	**5,2**	**1 - 12**

Van 28 teams is het aantal aanmeldingen in 2015 bekend (tabel 1.2). In 2015 ging het in totaal om 1206 aanmeldingen, gemiddeld 43 aanmeldingen per team. Ook is gevraagd naar het aantal cliënten op peildatum 1 mei 2016. Het totaal aantal cliënten op peildatum bedroeg 1898, met gemiddeld 70 cliënten per team.

Tabel 1.2. Aantal aanmeldingen en aantal cliënten

	Aantal aanmeldingen in 2015			Aantal cliënten op peildatum 1 mei 2016		
	N	Totaal	Gemiddeld	N	Totaal	Gemiddeld
Gespecialiseerd VIP-team	18	976	54,2	17	1650	97,1
VIP binnen FACT	8	57	7,1	8	109	13,6
VIP binnen ander team	2	173	86,5	2	139	69,5
Totaal	**28**	**1206**	**43**	**27**	**1898**	**70,2**

Voor 26 VIP-teams kon de caseload (aantal cliënten op peildatum gedeeld door het aantal fte's van het team) berekend worden. Voor alle teams met VIP-aanbod gezamenlijk bedroeg de gemiddelde caseload 14 (met een grote bandbreedte). In de Module Vroege Psychose wordt voor VIP-teams een caseload tussen de 1:10 en 1:15 aanbevolen. Deze aanbevolen norm wordt door de achttien responderende gespecialiseerde VIP-teams net niet gehaald (gemiddelde caseload van 15,9 (variërend tussen 2 en 27,5)).

Uitgaande van het gemiddelde van 5,2 fte per team en een gemiddelde van 43 aanmeldingen in 2015 kan een voorzichtige schatting gemaakt worden van het totaal aantal fte en aantal cliënten in 2015 van de organisaties die lid zijn van het Netwerk Vroege Psychose. Bij de 24 responderende organisaties zijn er in totaal 51 teams waar VIP onderdeel uitmaakt van het aanbod. Uitgaande van nog eens (tenminste) elf VIP-teams van de instellingen die wel zijn aangeschreven maar niet hebben gerespondeerd zou het totaal uitkomen op 62 teams met VIP-aanbod. Dit zou neerkomen op afgerond 322 fte, 2.666 aanmeldingen in 2015 en 4352 cliënten op peildatum voor deze 62 teams. Hierbij moet worden opgemerkt dat het heel voorzichtige schattingen betreft. Het gaat om een schatting gebaseerd op het gemiddelde waarbij dus rekening gehouden moet worden met een behoorlijke marge.

We vroegen de teams om een schatting te maken van de contacttijd met cliënten buiten de instelling als percentage van de totale contacttijd met cliënten (tabel 1.3). Door de 24 teams die hierover informatie gaven, wordt dit gemiddeld geschat op 32 % (variërend van 0 - 80 %). Binnen de gespecialiseerde VIP-teams wordt het aandeel contacttijd buiten de instelling het hoogst ingeschat (43 %).

Tabel 1.3. Geschatte contacttijd met cliënten buiten de instelling als percentage van de totale contacttijd met cliënten

	N	Geschatte contacttijd in %	min – max (%)
Gespecialiseerd VIP-team	15	43	0 - 80
VIP binnen FACT	7	14	0 - 60
VIP binnen ander team	2	18	0 - 35
Totaal	**24**	**32**	**0 - 80**

5 Kwaliteit en benodigde verbeteringen

Teamleiders van twintig instellingen hebben voor een aantal onderdelen van het VIP-aanbod aangegeven wat hun oordeel is over de geboden kwaliteit en in het bijzonder over gewenste verbeteringen[4]. Tabel 1.4 laat zien dat de teamleiders (zelf)kritisch zijn; op ieder onderdeel van het VIP-aanbod zien zij ruimte voor verbetering. Het meest is men te spreken over de geboden ondersteuning bij symptomatisch-, en persoonlijk herstel en diagnostiek. De meeste ruimte voor verbetering ziet men bij de inzet van ervaringsdeskundigheid, vroegdetectie en de maatschappelijke inbedding/samenwerking.

Tabel 1.4 Oordeel teamleider over kwaliteit en benodigde verbeteringen (N=20)

Veel verbetering nodig	Kwaliteit op orde
• Rol/positie ervaringsdeskundigheid (45 %)	• Ondersteuning bij symptomatisch herstel (55 %)
• Vroegdetectie (35 %)	• Ondersteuning bij persoonlijk herstel (45 %)
• Maatschappelijke inbedding/samenwerking (21 %)	• Diagnostiek (45 %)
• Diagnostiek (15 %)	• Vroegdetectie (30 %)
• Caseload (15 %)	• Rol/positie ervaringsdeskundigheid (30 %)
• Inbedding/samenwerking in zorgnetwerk (11 %)	• Inbedding/samenwerking in zorgnetwerk (26 %)
	• Ondersteuning bij maatschappelijk herstel (20 %)
	• Maatschappelijke inbedding/ samenwerking (16 %)
	• Caseload (15 %)

De teamleiders konden voor ieder onderdeel een toelichting geven bij de beoordeling. We beschrijven per onderdeel de observaties van de teamleiders.

Rol/positie ervaringsdeskundigheid

Meerdere teamleiders geven aan dat er binnen het team geen ervaringsdeskundige werkzaam is, terwijl dat wel wenselijk wordt gevonden. Opgemerkt wordt dat er soms bij andere afdelingen binnen de organisatie enige weerstand/onbekendheid bestaat rondom ervaringsdeskundigheid; het roept vragen op over hoe ervaringsdeskundigheid ingezet kan worden. Ook komt het voor dat een ervaringsdeskundige wel regelmatig wordt ingezet maar dat deze persoon geen vast dienstverband heeft.

4 Om de gemiddelde score te berekenen zijn aan de antwoordopties punten toegekend: 1=geen verbeteringen nodig, kwaliteit op orde; 2=enige verbeteringen nodig; 3=veel verbeteringen nodig. 'Symptomatisch herstel' scoorde het meest positief (gemiddeld 1,5); 'Rol/positie van ervaringsdeskundigheid' het minst positief (gemiddeld 2,2).

Vroegdetectie

Vroegdetectie[5] is volgens enkele van de responderende teamleiders nog onvoldoende ontwikkeld. Opgemerkt wordt dat – met name bij kinderen - psychotische symptomen vaak niet herkend worden in een vroeg stadium. Enkele teamleiders vermelden dat vroegdetectie een punt van aandacht is waarbij verdere inbedding binnen de organisatie wenselijk is. Binnen enkele teams is men bezig met (het opstarten van) *cognitieve gedragstherapie – ultrahoog risico (CGT-UHR),* voor het opsporen en behandelen van jongeren met een hoog risico op een psychose. Een teamleider geeft aan dat mensen binnen de organisatie zijn getraind in het afnemen van de *CAARMS*-vragenlijst (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States), bedoeld om te bepalen of iemand 'at risk' is voor het ontwikkelen van een psychose of dat er al sprake is van een psychose. Dit moet nog structureel onderdeel van de werkwijze gaan worden.

Maatschappelijke inbedding/samenwerking

De maatschappelijke inbedding en samenwerking kan beter, aldus enkele teamleiders. Daarbij wijzen zij op de samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, wijkteams en UWV. De verbinding leggen met het sociale domein is en blijft een uitdaging. Het kan daarbij waardevol zijn om ervaringen met en van anderen te delen, aldus één van de teamleiders. Een respondent geeft aan dat in de afgelopen periode met name is ingezet op de interne inbedding in de organisatie, bijvoorbeeld om de samenwerking met de reguliere teams te verbeteren.

Diagnostiek

Enkele teamleiders geven aan dat de kwaliteit van de geboden diagnostiek op orde is en geen verbeteringen behoeft. Er worden ook knelpunten gesignaleerd: de diagnostiek voor kind en jeugd is onderontwikkeld en er is een VIP-team dat kampt met personele onderbezetting als het gaat om psychiaters en psychologen. Twee teams geven aan behoefte te hebben aan aanvullende diagnostiek, bijvoorbeeld bij psychotische symptomen behorende bij een andere stoornis of bij mensen met verstandelijke beperking en/of verslavingsproblemen. Tot slot wordt opgemerkt dat de wachttijd voor aanvullende diagnostiek regelmatig te lang is.

Caseload

Drie van de twintig instellingen vinden dat er geen verbeteringen nodig zijn als het gaat om de caseload rondom het VIP-aanbod. Andere instellingen signaleren verschillende knelpunten. Vier teamleiders geven aan dat de caseload (veel) te groot is. Bij één VIP-team behelst het werkgebied de gehele provincie, waardoor een aantal professionals een te grote geografische spreiding in hun caseload heeft. Een ander VIP-team geeft aan dat door gewijzigd instroombeleid minder VIP-klanten komen dan voorheen en meer klanten met andere psychiatrische kwetsbaarheden. Tot slot wordt genoemd dat het VIP-aanbod verloren dreigt te gaan binnen de reguliere FACT-werkzaamheden.

Inbedding/samenwerking in het zorgnetwerk

Volgens vijf respondenten is de kwaliteit op orde als het gaat om de inbedding/samenwerking in het zorgnetwerk, veertien respondenten vinden verbetering wenselijk (waarvan twee vinden dat er veel verbeteringen noodzakelijk zijn). Eén van de teams geeft aan dat door een interne reorganisatie er in het afgelopen jaar minder oog was voor de samenwerking in het zorgnetwerk. Daarnaast merken twee teams op dat de inbedding in het zorgnetwerk nog in ontwikkeling is. Er wordt (beperkt) samengewerkt met wijkteams.

5 Onder vroegdetectie vallen alle inspanningen om de symptomen van een psychose vroeg te herkennen en deze in verband te brengen met een psychose. Vroegdetectie heeft met name zin bij mensen met een verhoogd risico op psychose die klachten beginnen te ontwikkelen (Ypsilon, 2014).

Ondersteuning bij symptomatisch herstel

Ruim de helft van de teamleiders vindt de kwaliteit van de geboden ondersteuning bij symptomatisch herstel op orde. Geen van de teamleiders vindt dat er veel verbeteringen nodig zijn in de geboden ondersteuning. Eén van de genoemde knelpunten heeft te maken met de beperkte capaciteit van behandelaars. Daarnaast wordt als verbeterpunt genoemd dat het CGT-, en leefstijltrainingsaanbod uitgebreid kan worden.

Ondersteuning bij persoonlijk herstel

Over het algemeen zijn de teamleiders gematigd tevreden over de geboden ondersteuning bij persoonlijk herstel. Als voorbeeld wordt genoemd het werken met familiegroepen. Er worden ook kansen voor verbetering gezien. Bij één team ligt de focus vooral op de ondersteuning bij symptomatisch en maatschappelijk herstel, waardoor er minder oog is voor het persoonlijk herstel. Een andere teamleider geeft aan dat de kennis omtrent psychose (nog) beter kan om zo betere ondersteuning te kunnen bieden, bijvoorbeeld met betrekking tot trauma.

Ondersteuning bij maatschappelijk herstel

De genoemde mogelijkheden tot verbetering van de ondersteuning bij maatschappelijk herstel hebben vooral betrekking op de inzet van Individual Placement and Support (IPS), een arbeidsintegratiemodel voor mensen met (ernstige) psychische stoornissen. Teamleiders zien hierin kansen liggen maar merken op dat de inzet van IPS nog niet haalbaar is. Een teamleider merkt op dat jobcoaches niet alleen binnen de FACT en VIP-teams ingezet zouden moeten worden maar ook daarbuiten.

6 Randvoorwaarden en knelpunten

Naast vragen over het aantal VIP-teams en de mogelijke verbeterpunten voor de teams zelf, is aan de respondenten ook gevraagd om aan te geven of zij knelpunten ervaren in de *randvoorwaarden* om VIP optimaal aan te kunnen bieden. Zestien van de twintig[6] responderende instellingen ervaren knelpunten in de randvoorwaarden om optimale VIP te bieden. We geven hier een niet uitputtende opsomming.
Veel genoemd worden belemmeringen op het gebied van *financiering en bekostiging*. Teamleiders merken op dat de huidige financieringssystematiek niet altijd passend is voor de gewenste/geboden zorg. Dit komt volgens hen doordat de financiering is gebaseerd op de geleverde zorg, terwijl VIP zich richt op zoveel mogelijk voorkómen van chronische zorg. Ook wordt genoemd dat VIP 'te duur' wordt bevonden; onder invloed van de marktwerking ligt binnen de organisatie de nadruk niet op de kwaliteit van zorg maar op productie. Eén van de respondenten wijst erop dat de bekostiging van detectie en behandeling van UHR-cliënten die in behandeling zijn bij een andere zorgaanbieder in de regio problematisch is. Ook wordt opgemerkt dat een voorgenomen uitbreiding van het VIP-team alleen opgebracht kan worden uit de reeds bestaande formatie. Door een gebrek aan financiële middelen staan bestaande onderdelen van het VIP-aanbod onder druk, aldus de respondenten. Als voorbeelden hiervan noemen zij vroegdetectie en IPS. Ook is er te weinig ruimte voor aanvullende scholing en ontwikkeling van personeel.
Een ander knelpunt wordt gevormd door *bezuinigingen.* Er zijn instellingen die hierdoor in de afgelopen jaren genoodzaakt waren om het aantal fte te reduceren. Daardoor is er onvoldoende tijd voor doorontwikkeling van zorgprogramma's zoals VIP, aldus een respondent. Bezuinigingen nopen ook tot het maken van keuzes, waarbij aan VIP niet altijd de hoogste prioriteit word toegekend.
Meerdere teamleiders ervaren knelpunten rondom de *personele bezetting en de caseload.* De geschetste problemen hebben te maken met een te hoge caseload per medewerker en een te hoge werkdruk. Er wordt in dit verband gewezen op een tekort aan beschikbare mankracht, bijvoorbeeld om UHR goed te kunnen opzetten en ontwikkelen. In een regio met een groot verzorgingsgebied is de geografische spreiding te groot om de gehele caseload voldoende te kunnen bedienen.

6 In totaal respondeerden 24 organisaties op de vragenlijst. Niet iedere vraag werd door alle respondenten beantwoord.

De *interne organisatie* zorgt soms ook voor hindernissen: schotten tussen de verschillende teams (in communicatie, aansturing en financiering) kunnen de uitvoering belemmeren. Een teamleider merkt op dat VIP regelmatig onder de aandacht gebracht moet worden, niet alleen bij verwijzers maar ook binnen de instelling. Volgens enkele teamleiders laat de inzet van ervaringsdeskundigen ook nog te wensen over.
Deelnemers aan het groepsinterview signaleren dat de zorgzwaarte van een deel van de cliënten toeneemt en daarmee de intensiteit van de begeleiding. In de beleving van de geïnterviewden, wordt de dagelijkse praktijk van de VIP-werkzaamheden steeds meer in beslag genomen door het 'blussen van brandjes', waardoor er steeds minder tijd is voor de eigenlijke werkzaamheden.

7 Uitbreidingsplannen en kwaliteitsverbetering

We informeerden of er binnen de organisaties concrete uitbreidingsplannen bestaan voor VIP en we vroegen naar plannen om de kwaliteit te verbeteren. Twaalf van de twintig responderende instellingen hebben geen voornemens om uit te breiden, acht instellingen hebben wel concrete plannen om uit te breiden. Zes van deze acht instellingen gaven informatie over de verwachte uitbreidingsplannen, in totaal gaat het om 16,9 fte aan extra VIP-aanbod. Dit gaat grotendeels om een uitbreiding van teams: drie teams met in totaal 15,1 fte. De overige 1,8 fte gaat om uitbreiding van bestaande teams.
Twaalf van de twintig responderende instellingen hebben concrete plannen om de kwaliteit van het VIP-aanbod te verbeteren. De belangrijkste voornemens in die plannen lopen uiteen. Meerdere instellingen geven aan dat ze (meer) gebruik willen maken van ervaringsdeskundigheid binnen het VIP-aanbod. Ook is er de wens om meer in te zetten op herstelondersteunende zorg. Er zijn voornemens om de deskundigheid en resultaatgerichtheid in de teams te versterken en er wordt getracht de diagnostiek 'aan de voordeur' te verbeteren. Een ander plan is om meer in te zetten op het persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten, bijvoorbeeld door het wijkteam er actief bij te betrekken. Verschillende teams geven aan dat ze naastbetrokkenen in een vroeg(er) stadium, blijvend willen gaan betrekken. Daarnaast bestaan diverse plannen om meer interventies en modellen te gaan inzetten. Genoemd worden onder meer: PTTS behandeling, cognitieve remediatie therapie, Individual Placement and Support, de inzet van CGT aan de UHR-groep, Shared Decision Making, enz.;

8 Samenvatting en conclusie

Ten behoeve van de Landelijke Monitor Ambulantisering is een inventarisatie gemaakt van de stand van zaken rond VIP. De 24 organisaties die respondeerden op de uitvraag hebben tezamen 51 teams met VIP-aanbod. Als we hierbij (tenminste) elf teams optellen van de niet responderende instellingen, gaat het om 62 teams met VIP-aanbod. Uitgaande van een gemiddelde van 5,2 fte per team en een gemiddelde van 43 aanmeldingen per team in 2015, gaat het in totaal om 322 fte met 4352 cliënten op peildatum in 2015.
Als het gaat om de geboden zorg, zijn de teamleiders het meest tevreden over de geboden ondersteuning bij symptomatisch en persoonlijk herstel. Ruimte voor verbetering zien zij vooral bij de inzet van ervaringsdeskundigheid, vroegdetectie en de maatschappelijke inbedding/samenwerking van de VIP-teams.
Er worden verschillende belemmeringen ervaren in de randvoorwaarden om optimale VIP te kunnen bieden. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om obstakels rondom financiering en bekostiging. De financieringssystematiek is niet altijd passend omdat deze vaak is gebaseerd op de geleverde zorg, terwijl VIP zich richt op het zoveel mogelijk voorkómen van chronische zorg. Door bezuinigingen zijn een aantal organisaties genoodzaakt om het aantal fte te reduceren, dit gaat deels ook ten koste van VIP. Meerdere teamleiders ervaren knelpunten door een te hoge caseload. Er zijn teams waarbij de geografische spreiding van het regionale verzorgingsgebied groot is. Soms lukt het met de bestaande fte niet om de gehele caseload voldoende te kunnen begeleiden.
Van de twintig[7] responderende organisaties, zijn er acht met concrete plannen om de *capaciteit* voor VIP uit te breiden. Twaalf organisaties hebben concrete voornemens om de *kwaliteit* van het VIP-aanbod te verbeteren. De belangrijkste voornemens in die plannen lopen uiteen. Men wilt (meer) gebruik maken van ervaringsdeskundigheid binnen het VIP-aanbod en er is de wens om meer in te zetten op herstelondersteunende zorg. Ook zijn er voornemens om de deskundigheid en resultaatgerichtheid in de teams te versterken en er wordt getracht de diagnostiek 'aan de voordeur' te verbeteren.

7 In totaal respondeerden 24 organisaties op de vragenlijst. Niet iedere vraag werd door alle respondenten beantwoord.

Opvallend is de roep om meer inzet van ervaringsdeskundigen. Ook in de Module Vroege Psychose (NVP, conceptversie januari 2016) wordt aanbevolen om in ieder VIP-team een ervaringsdeskundige op te nemen. In de praktijk blijkt dit nog niet in elk VIP-team te zijn gerealiseerd. Opmerkelijk is ook dat belemmeringen worden ervaren in organisatorische randvoorwaarden die in sommige gevallen leiden tot reductie van de omvang in fte van het VIP-aanbod. Gecombineerd met het feit dat slechts acht van de twintig organisaties concrete plannen hebben om de capaciteit voor VIP uit te breiden, werpt het vragen op over de opbouw en uitvoering van deze vorm van gespecialiseerde ambulante begeleiding.

Geïnterviewde professionals

Naam	*Organisatie*
C. Koks	GGZ Breburg
M. van Vuure	HVO Querido
B. Ploeger	HVO Querido

Literatuur

Ypsilon (2014). *VIP-zorg. Informatie over vroege interventie bij psychose voor familieleden en naastbetrokkenen*. Den Haag: Vereniging Ypsilon.

NVP (2016). *Module Vroege Psychose – conceptversie– januari 2016*. Netwerk Vroege Psychose.

Bijlage H
Deelonderzoek Maatschappelijke initiatieven voor en door mensen met een psychische kwetsbaarheid

Christien Muusse
Frank van Hoof

Inhoud

1 Inleiding 161
1.1 Doel en reikwijdte van uitvraag 161
1.2 Achtergrond 161
1.3 Aanpak en methoden 163
1.4 Leeswijzer 163

2 Omvang, doelstelling en activiteiten 165
2.1 Spreiding 165
2.2 Omvang fte/vrijwilligers/deelnemers 165
2.3 Doelstellingen 166
2.4 Activiteiten 166

3 Organisatie en financiering 169
3.1 Organisatorische inbedding 169
3.2 Financiering 170

4 Knelpunten, toekomstplannen en randvoorwaarden. 171
4.1 Knelpunten 171
4.2 Toekomstplannen 171
4.3 Randvoorwaarden 172

5 Samenvatting en slotbeschouwing 175

Literatuur 177

1 Inleiding

In dit rapport doen we verslag van de uitvraag onder maatschappelijke initiatieven 'voor en door' mensen met een psychische kwetsbaarheid. De uitvraag maakt onderdeel uit van de Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, die wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. De monitor brengt in beeld welke veranderingen als gevolg van de transities plaatsvinden in het zorglandschap en wat daarvan de gevolgen zijn voor mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid.

1.1 Doel en reikwijdte van uitvraag

In het denken over de huidige transities in het zorglandschap voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening nemen maatschappelijke initiatieven 'voor en door' mensen met een psychische kwetsbaarheid een steeds belangrijker plaats in. De hoop is dat ze bevorderen dat mensen (weer) zelf regie over hun leven nemen en tevens bijdragen aan het bevorderen van een maatschappelijk klimaat dat het voor mensen met psychische kwetsbaarheden mogelijk maakt om (weer) mee te doen naar eigen wensen en mogelijkheden (zie ook Kal, 2001).
In het kader van de Monitor Ambulantisering willen wij daarom in kaart brengen:

1. Wat de actuele stand van zaken is rond deze initiatieven, in termen van doelstellingen, omvang, organisatie en activiteiten;
2. In welke mate de randvoorwaarden voor de ontwikkeling en het functioneren van deze initiatieven aanwezig zijn;
3. Welke verdere ontwikkelingsmogelijkheden de initiatieven voor zich zichzelf zien weggelegd.

Reikwijdte

Maatschappelijke initiatieven 'voor en door' mensen met een psychische kwetsbaarheid zijn er in uiteenlopende omvang en vorm. We denken daarbij bijvoorbeeld aan herstelacademies en zelfregiecentra. Deze uitvraag is gericht op initiatieven die aan de volgende drie criteria voldoen:

- De initiatieven zijn laagdrempelig toegankelijk.
- Deelnemers in de initiatieven zijn zowel 'consument' als 'producent' (deelnemers hebben de ruimte voor het ontwikkelen van nieuwe activiteiten).
- De initiatieven vervullen zowel een functie in het persoonlijk en maatschappelijk herstel van de deelnemers als in het leggen van verbindingen met andere maatschappelijke organisaties en terreinen.

Voor de hier omschreven initiatieven zijn verschillende benamingen in omloop: herstelacademies, cliëntgestuurde organisaties, peer organisaties, zelfregiecentra of consumer-run initiatieven. Wij hebben in overleg met de voorbereidingsgroep waarin mensen vanuit dergelijke initiatieven waren vertegenwoordigd, gekozen voor de benaming '*Maatschappelijke initiatieven 'voor en door' mensen met een psychische kwetsbaarheid*', hierna afgekort als 'voor en door' initiatieven.

1.2 Achtergrond

De 'voor en door' initiatieven die in dit rapport centraal staan hebben wortels in wat wel als 'de tegenbeweging binnen de psychiatrie' wordt omschreven; projecten en initiatieven waarin betrokkenen vanuit eigen idealen en een emancipatoir streven vormgeven aan onderlinge steun, ervaringskennis en support: cliëntgestuurde organisaties, wegloophuizen, zelfhulpinitiatieven, herstelgroepen en belangenbehartiging bijvoorbeeld. (Zinman, 1986; Chamberlin, 1990; Van Haaster en Vesseur, 2002; Nederland, Duyvendak en Brugman, 2003). De canon van de cliëntenbeweging geeft een mooi overzicht van deze initiatieven. Waren de eerste projecten vooral gericht op het bieden van een alternatief voor de psychiatrie (wegloophuizen, zelfhulpalternatieven), in de jaren '90 wordt er ook steeds meer de samenwerking gezocht met reguliere zorg, om hierbinnen

ruimte te maken voor het perspectief van cliënten. Cliëntgestuurde projecten nemen dan, mede dankzij zorgvernieuwingsgelden een vlucht (Van Hoof e.a 2014). Onzekere financieringsstructuren zorgen er echter ook voor dat de continuïteit van veel van deze projecten steeds weer ter discussie staat.
De recente opkomst van het hersteldenken en de transities in het zorglandschap geven een nieuwe invulling aan de ontwikkeling en het perspectief van 'voor en door' initiatieven. Door de transities en decentralisaties in de zorg ontstaat urgentie om opnieuw na te denken over de manier waarop ondersteuning van mensen die behoren tot de zogenaamde EPA-groep, georganiseerd zou moeten worden. Belangrijk is bijvoorbeeld het verschijnen van het document '*Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen'*. Het rapport beschrijft wat nodig is om goede zorg gericht op het herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen beschikbaar en toegankelijk te houden in een sterk veranderend zorglandschap (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014). Hierin wordt gesproken over het streven om in elke regio van Nederland een herstelacademie op te richten die mensen met ernstige psychische aandoeningen in staat stelt inzicht te krijgen in hun eigen wensen en te werken aan eigen mogelijkheden. Het idee hierachter is dat dergelijke centra de participatie van cliënten en naastbetrokkenen in regionale netwerken kan bevorderen. In navolging hiervan startte het LPGGz een project om dergelijke netwerken te ondersteunen en te faciliteren. Hierin wordt ook duidelijk het verband gelegd tussen de omslag naar een participatie-samenleving en de noodzaak om ruimte te maken voor maatschappelijke initiatieven 'voor en door' mensen met een psychische kwetsbaarheid:

> "Deze organisaties belichamen een omslag van zorg naar participatie, van cliënt naar burger, en van problemen naar mogelijkheden. Deze omslag sluit aan bij het gedachtegoed van de participatiesamenleving, herstel, de positieve definitie van gezondheid van Machteld Huber, zelfregie en empowerment. Daarmee verdienen deze organisaties een plek in het hart van de transformaties in zorg en welzijn."(Brink, 2016)

Meerwaarde van 'voor en door' initiatieven

Naast meer ideologische motieven om 'voor en door' organisaties te faciliteren en te ondersteunen, zijn er ook aanwijzingen dat dergelijke initiatieven effectief bijdragen aan herstel en sociale participatie van mensen met psychische kwetsbaarheden (Campbell, 2006; Nelson, Ochocka, Janzen, en Trainor, 2006; Schutt en Rogers, 2009; zie ook Muusse & Boumans, 2015 en Van Hoof e.a., 2014).
De kracht van het deelnemen in 'voor en door' initiatieven ligt volgens Brown et al (2008 & 2009) in het feit dat mensen in dit soort organisaties zowel sociale rollen als leiderschapsrollen op zich kunnen nemen, omdat ze zowel consument als producent zijn. Er zijn aanwijzingen dat mensen die deelnemen aan de genoemde initiatieven, minder gebruik maken van reguliere GGZ-zorg (Trainor e.a., 1997) en dat de initiatieven bijdragen aan psychisch welbevinden (Campell, 2006).
Naast veranderingen op individueel niveau blijkt uit onderzoek over 'voor en door' initiatieven dat deze er ook toe bij kunnen dragen dat er een genuanceerder maatschappelijk beeld ontstaat over mensen die met de GGZ of maatschappelijke opvang te maken hebben (gehad). Deelnemers van 'voor en door' initiatieven laten zien dat ze zelf verantwoordelijkheid kunnen dragen voor een organisatie en kunnen fungeren als gesprekspartner bij beleidsmakers, zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars, enzovoorts. Dat is een krachtige boodschap naar de samenleving (Gillis et al., 2010; Chamberlin, 1990, Campbell 2006)
Ook kunnen de initiatieven een belangrijke voorwaarde scheppen en een bijdrage leveren aan de empowerment van de deelnemers. Boumans (2012) wijst er op dat empowerment ontstaat in de context van 'co-learning'. Hiermee bedoelt ze een samenwerken op gelijkwaardige basis aan gezamenlijke doelen en betekenisgeving. Hiervoor zijn er plekken nodig die vrij zijn van hiërarchische structuren: "*er is een gastvrije niche in de samenleving nodig, een plek waar men als subject anderen kan ontmoeten en zinvolle activiteiten kan ondernemen (…). Door plekken te creëren waar men anderen kan ontmoeten en activiteiten kan ondernemen, kan empowerment worden gefaciliteerd*" (idem). 'Voor en door' initiatieven zijn de plekken waar een situatie geschapen kan worden waarin processen van empowerment op gang kunnen komen. Dit is geen automatische beweging: voorwaarde is dat binnen de initiatieven werkelijk een vrijplaats wordt geschapen waarin onderlinge verbinding en samenwerking op basis van gelijkwaardigheid tot stand kan komen.

1.3 Aanpak en methoden

De resultaten van dit rapport zijn gebaseerd op een digitale uitvraag onder 31 'voor en door' initiatieven. De vragenlijst is tot stand gekomen in samenspraak met het Landelijk Platform GGz, en een voorbereidingsgroep waarin deelnemers uit verschillende 'voor en door' initiatieven waren vertegenwoordigd. Zij hebben meegedacht over de inclusiecriteria waaraan organisaties moesten voldoen om de vragenlijst in te vullen. De definitieve lijst van te benaderen initiatieven is opgesteld in samenspraak met deze voorbereidingsgroep, het LPGGz en medewerkers van het Trimbos-instituut. De vragenlijst is door 23 organisaties volledig ingevuld, dat is een respons van 74 %.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport wordt verslag gedaan van de uitkomsten van de uitvraag, gegroepeerd naar onderwerp: omvang doelstelling en activiteiten (Hoofdstuk 2), organisatie en financiering (Hoofdstuk 3) en knelpunten, toekomstplannen en randvoorwaarden (Hoofdstuk 4). In de slotbeschouwing plaatsen we de uitkomsten binnen de bredere discussie over ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ.

2 Omvang, doelstelling en activiteiten

2.1 Spreiding

De initiatieven die de vragenlijst hebben ingevuld zijn verspreid over negen provincies. Alleen Groningen, Drenthe en Zeeland zijn niet vertegenwoordigd. In deze provincies zijn wel 'voor en door' initiatieven of startende projecten rond herstelacademies, maar deze voldeden (nog) niet aan de voorwaarden voor deze vragenlijst, zoals opgesteld met de voorbereidingsgroep.

Tabel 1: spreiding van de bevraagde initiatieven

Provincie	initiatieven (N 23)
Noord-Brabant	3
Gelderland	4
Noord-Holland	4
Limburg	2
Zuid-Holland	5
Overijssel	1
Friesland	1
Flevoland	1
Utrecht	2

2.2 Omvang fte/vrijwilligers/deelnemers

Bij 21 van de 23 initiatieven die de vragenlijst hebben ingevuld werken betaalde krachten. Hierin een spreiding van 0,8 tot 11 FTE, maar in meer dan de helft van de initiatieven is minder dan 2 FTE aan betaalde krachten werkzaam. In totaal is er 89,2 FTE werkzaam. In alle bevraagde organisaties zijn vrijwilligers actief. Dit verschilt van 3 tot 180 personen. In totaal zijn er 974 personen als vrijwilliger actief binnen de bevraagde initiatieven. Gezamenlijk zorgen zij voor activiteiten voor een uiteenlopend deelnemers aan activiteiten: op jaarbasis verschilt dit van 40 deelnemers tot 8000[1] met een totaal bereik van 22. 682. Meer FTE leidt niet per se tot meer deelnemers, het aantal deelnemers verschilt vooral naar gelang de aard van de activiteiten: het ene initiatief organiseert trainingen rond empowerment met 10-12 deelnemers per keer, een ander initiatief heeft een grotere nadruk op inloop en bereikt daar meer mensen mee op jaarbasis.

Door de verscheidenheid van de activiteiten die initiatieven organiseren vinden drie initiatieven het ook lastig een goede inschatting te geven. In de omschrijving van de initiatieven wordt een aantal keren benadrukt dat de inloopfunctie belangrijk is om het 'voor en door' principe van de initiatieven vorm te geven. Door de inloop kunnen mensen laagdrempelig kennis maken met het initiatief en vanuit daar gaan mensen eigen activiteiten ontwikkelen.

1 Dit initiatief behelst ook een e-community: een website die gevuld wordt door vrijwilligers waarbij deelnemers actief informatie aanleveren als redacteurs en zo komen tot gezamenlijke kennis.

2.3 Doelstellingen

De respondenten is gevraagd drie hoofdoelen van hun initiatieven te benoemen. Hieruit blijkt dat de initiatieven zich inzetten op verschillende terreinen. In de analyse van de drie hoofddoelen van de initiatieven blijkt dat vooral het ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid (12x) en bijdragen aan participatie van deelnemers vaak wordt genoemd (10x). Kernbegrippen die centraal staan in de omschrijving van de initiatieven zijn *zelfregie, herstel, empowerment en het vergroten van eigen kracht.* In de beschreven doelen wordt vaak benadrukt dat de initiatieven zich nadrukkelijk richten op samenwerking met andere partners, bijvoorbeeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

> "Ervaringsdeskundigen ontwikkelen didactische vaardigheden om training te kunnen geven aan zowel professionals als studenten en wijkbewoners."

Hierop aansluitend valt op dat een groot deel van de initiatieven het eigen doel omschrijft vanuit de positie die zij innemen in het bredere landschap van zorg en welzijn. In totaal wordt 15 keer expliciet de relatie met het omliggende zorg- en welzijnslandschap, professionals, buren of anderen benoemd in de eigen doelstelling:

> "Naar gemeenten toe willen we goed te vinden zijn en raadpleegbaar zijn in de ontwikkelingen in de stad. Waar wil een gemeente naar toe op het gebied van zorg en welzijn en hoe kunnen ervaringsdeskundigen hierin bij dragen?"

Hoewel de doelstellingen van de initiatieven dus veel gemeenschappelijk hebben, zijn er ook accentverschillen. Deze zijn grofweg in te delen in drie groepen: initiatieven die zich richten op vergroten van (arbeids-)participatie van deelnemers, initiatieven die zich vooral richten op verandering in de reguliere zorg door het verder ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid en initiatieven die zich vooral richten op persoonlijke ontwikkeling en herstel van deelnemers. Belangrijk is om te benadrukken dat het gaat om accent-verschillen; kenmerkend aan de initiatieven is juist dat ze verschillende activiteiten uitvoeren, dat deze elkaar ook versterken en dat dit deelnemers de mogelijkheid biedt talenten te benutten en ontwikkelen.

2.4 Activiteiten

Tabel 2 laat zien dat de initiatieven die de vragenlijst hebben beantwoord, allen actief zijn op veel verschillende terreinen. Gemiddeld voeren ze activiteiten uit op acht door ons gedefinieerde deelgebieden.
Uit de verscheidenheid van activiteiten wordt ook weer duidelijk dat alle initiatieven zich zowel richten op het bieden van activiteiten voor deelnemers (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen, cursussen rond persoonlijk herstel en cursussen gericht op creativiteit), maar ook verbindingen leggen met het omliggende zorg- en sociale domein. Dit gebeurt door het geven van voorlichting, advisering en participatie in beleidsontwikkeling en de zorg en ondersteuning. De nadruk op ervaringsdeskundigheid die de initiatieven voor ogen staat wordt op die manier ook ingebracht in dit omringende domein.

Tabel 2 activiteiten van bevraagde initiatieven

soort activiteit waarop de bevraagde initiatieven (23) actief zijn	aantal initiatieven (N 23)	percentage
Activiteiten gericht op maatschappelijke participatie (bv vrijwilligerswerk/werkprojecten)	23	100
Voorlichting aan maatschappelijke organisatie	20	87,0
Zelfhulpgroepen en lotgenotengroepen	20	87,0
Participatie in beleidsontwikkeling	19	82,6
Cursussen rond persoonlijk herstel en zingeving (bijvoorbeeld WRAP)	18	78,3
Advisering aan maatschappelijke organisaties	18	78,3
Cursussen of activiteiten gericht op creativiteit en ontspanning, of gezondheid	16	69,6
Participatie in (de organisatie) van de zorg en ondersteuning door andere organisaties	16	69,6
Belangenbehartiging	15	65,2
Activiteiten 'voor en door' naastbetrokkenen	12	52,2

3 Organisatie en financiering

3.1 Organisatorische inbedding

Hoe zijn de bevraagde initiatieven organisatorisch ingebed? 12 organisaties (52 %) zijn onafhankelijk, of maken deel uit van een cliëntgestuurde organisatie.
Ruim de helft van de initiatieven (13 van de 23) maakt deel uit van een grotere overkoepelende organisatie, meestal een zorg- of welzijn-instelling.

Tabel 3: organisatie vorm en organisatie waar 'voor en door' initiatief deel vanuit maakt

	Aantal initiatieven (N 23)	Percentage
Onafhankelijk	12	52,2
Instelling op gebied van welzijn	4	17,4
Ggz instelling/ RIBW	3	13,0
Gemeente	1	4,3
Anders[1]	3	13,0

In de toelichting geven twee organisaties aan zich deels los te maken van de overkoepelende GGZ-instelling en ook te zoeken naar andere financiers om samenwerking te bevorderen en om onafhankelijkheid te waarborgen.

Wat zijn de belangrijkste samenwerkingspartners van de initiatieven? Ook hier is terug te zien dat de initiatieven niet alleen gericht zijn op activiteiten voor/met deelnemers en bezoekers, maar ook maatschappelijk op een breed spectrum actief zijn. Gemiddeld worden er door de initiatieven vijf typen externe organisaties als samenwerkingspartners benoemd. Tabel 4 laat zien dat er veel wordt samengewerkt met gemeenten en zorg- & welzijnsorganisaties; en ook, zij het vooralsnog in iets mindere mate, met voorzieningen op het gebied van werk en onderwijs.

Tabel 4: Belangrijke samenwerkingspartners van de 'voor en door' initiatieven (meerdere antwoorden mogelijk)

	Aantal initiatieven (N 23)	Percentage
GGZ/verslavingszorg/MO	23	100
Gemeente	22	95,7
Wijkteams	21	91,3
Welzijnsorganisaties	16	69,6
Burgerinitiatieven	9	39,1
Re-integratie bureaus	9	39,1
Onderwijs	8	34,8
Anders	6[2]	26,0
Bedrijfsleven	5	21,7
Religieuze organisaties	3	13,0

1. MEE, samenwerking met LPGGz, Zorgbelang Zuid-Holland.
2. Zorgorganisaties, belangenorganisaties VG en LG, wijkcentra, stedelijke peersupport initiatieven, politie, Wmo-team, POH-GGZ, stedelijke peersupport initiatieven.

3.2 Financiering

In de enquête is uitgevraagd op welke wijze de initiatieven zijn gefinancierd. Verreweg de meeste initiatieven zijn afhankelijk van verschillende financieringsbronnen: gemiddeld krijgen de initiatieven geld vanuit 2,7 verschillende financieringsbronnen. Hiervan verkrijgt 65,2 % financiering uit drie of meer bronnen, met een maximum van zes verschillende financieringsbronnen. Gemeenten zijn de belangrijkste financiers. Op één na ontvangen alle initiatieven financiering van gemeenten. Gemiddeld ontvangen de initiatieven 72 % van hun financiering vanuit de gemeenten; vijf van de initiatieven worden volledig door de gemeente gefinancierd. Andere belangrijke financieringsbronnen zijn opbrengsten uit diensten en producten (met per initiatief een aandeel in het budget variërend van 3 % tot 20 %) en subsidies en fondsen anders dan de Wmo (met een aandeel in het budget variërend van 1 % tot 40 %). Opvallend is dat zorgverzekeraars een relatief kleine rol spelen in de financiering; bij de twee initiatieven die wel financiering ontvangen van zorgverzekeraars gaat om een heel klein deel van het budget (resp. 5 en 3 %).

De initiatieven draaien voor een groot deel op tijdelijke financiering (58 % van de financieringsbronnen). Van de ondersteuning vanuit de gemeente gaat het om iets minder dan de helft om structurele vormen van financiering, de rest is tijdelijk.

Tabel 5: financiering van de 'voor en door' initiatieven naar geldstroom (meerdere antwoorden mogelijk)

Soort financiering	Aantal initiatieven (N 23)
Gemeente (Wmo of elders)	22
Opbrengsten uit diensten en producten	13
Subsidies/fondsen anders dan Wmo	12
Re-integratie gelden	4
Eigen bijdrage deelnemers	4
Bijdrage vanuit zorggelden via PGB deelnemers	2
Bijdrage vanuit zorgverzekeraars	2
Project-budget (bijvoorbeeld vanuit overkoepelende instelling)	2
Bijdrage vanuit zorggelden op een andere manier	1
Anders	1

4 Knelpunten, toekomstplannen en randvoorwaarden

4.1 Knelpunten

Respondenten van 16 initiatieven (bijna 70 %) geven aan dat ze knelpunten ervaren in de randvoorwaarden om als initiatief te kunnen functioneren.
De onderwerpen die genoemd worden zijn:

- Financiering: door 13 van de 16 respondenten die deze vraag invullen wordt financiering als knelpunt genoemd. Het gaat dan vooral om het tijdelijke karakter hiervan. Dit bemoeilijkt de continuïteit van de projecten. Daarnaast wordt genoemd dat het veel tijd vraagt van de initiatieven om de financiering rond te krijgen, zeker als door de decentralisaties met meerdere gemeenten moet worden afgestemd.
- Gebrek aan erkenning/begrip over het doel van de initiatieven: de manier van werken botst soms met de manier van werken van grotere instanties en de respondenten geven aan dat ook gemeenten het belang van ervaringsdeskundigheid nog niet altijd zien. Maar de initiatieven zien hier ook een rol voor zichzelf weggelegd. Eén van de deelnemers zegt daarover:

  "Te weinig uitvoerenden van de samenwerkingsorganisaties zijn op de hoogte van het aanbod herstel en participatie buiten de eigen organisatie en kunnen de klant daardoor onvoldoende informatie geven waarmee de klant gericht kan kiezen.(…) Er worden momenteel ambassadeurs (mensen met cliëntervaring opgeleid) om ons aanbod bekend te maken bij uitvoerenden en klanten van andere organisaties. Er bestaan nog wat vooroordelen over de inzet van ervaringsdeskundigen en hoe zij kunnen bijdragen aan herstel en participatie van kwetsbare burgers, bijvoorbeeld als ervaringscoach of begeleider van een herstelgroep. De meerwaarde en specifieke competenties worden soms niet of onvoldoende benut. Wat nodig: nog meer bekendheid en voorlichting geven over de inzet van ervaringsdeskundigen en dit regelmatig herhalen voor nieuwe medewerkers."

- Een aantal respondenten benadrukt het belang van het denken in netwerken en zorgen voor een goed ondersteuningsaanbod en loopt soms op tegen denken in termen van concurrentie, wat samenwerking en afstemming juist in de weg kan staan.

4.2 Toekomstplannen

De initiatieven is gevraagd naar de toekomstplannen rond organisatie, financiering en activiteiten voor de komende drie jaar. Hierbij wordt een veelheid aan activiteiten genoemd. Geclusterd naar de drie onderwerpen vallen de volgende zaken op:

- Organisatie:

Tien organisaties benoemen expliciet hun eigen rol in het zorg- en welzijnslandschap als één van de punten waarop ze zich willen doorontwikkelen. Dan gaat het bijvoorbeeld om meer verbinding maken met andere organisaties, samenwerken met externen aan de transformaties in de zorg en meer wijkgericht werken. Hierbij klinkt een bewustzijn door van de eigen maatschappelijke positie en de rol die de initiatieven kunnen en willen innemen. Daarbij is er bij de initiatieven ook het bewustzijn dat de eigen manier van werken ook verder aangepast moet worden, bijvoorbeeld door meer inzichtelijk te maken wat de activiteiten zijn of door deze beter te laten aansluiten op wensen van gemeenten. Zo is er een organisatie die het voortouw heeft genomen in het opstellen van een regio-agenda voor de GGZ. Dit gebeurt samen met andere organisaties en wordt ondersteund door de gemeenten en GGZ-instellingen. Een andere respondent noemt dat ze gaan werken met arrangementenaanbod waaruit gemeenten activiteiten voor hun burgers kunnen samenstellen

en waarmee tegemoet wordt gekomen aan verschillende wensen van gemeenten. Het verbeteren van de zichtbaarheid en toegankelijkheid vraagt wel om verdere professionalisering:

> "We hebben de subsidieaanvragen nieuwe stijl de deur uit. Dat betekent dat we inzichtelijk maken en borgen wat we in de deelnemende gemeenten precies doen. Dat betekent ook dat we dat moeten organiseren en administreren."

Twee organisaties benoemen expliciet dat ze willen inzetten op een verdere verzelfstandiging van het initiatief. Dat betreft projecten die nu onderdeel zijn van een grotere GGZ-instelling.

- Financiering

Rond financiering benoemen de initiatieven dat ze willen inzetten op duurzaamheid en op onafhankelijkheid. Met duurzaamheid wordt bedoeld dat er meerjarenfinanciering is en dat initiatieven niet afhankelijk zijn van één subsidieverstrekker, veelal de gemeente. Een aantal respondenten (3) benoemt dat het benaderen van fondsen hiervoor een mogelijkheid is. Ook willen initiatieven meer geld krijgen vanuit eigen productie, zoals verhuur van ruimten en catering.

- Activiteiten

De initiatieven noemen een veelheid van plannen die op stapel staan. Die plannen variëren van het opzetten van een nachtopvang in zelfbeheer tot projecten met een nieuwe methodiek. Ervaringsdeskundigheid is een belangrijk thema waarop de initiatieven willen doorontwikkelen en ook het thema van familie ervaringsdeskundigen wordt genoemd. Parallel aan de voornemens meer samen te werken in wijkgerichte ondersteuning, zijn er veel plannen voor activiteiten die gaan over het meewerken in visie en beleidsontwikkeling in de regio. Ook geeft een aantal respondenten aan dat ze activiteiten willen opzetten op die gebieden waar nu gaten vallen in het reguliere zorgaanbod. Dat geldt bijvoorbeeld voor de al genoemde opvang in zelfbeheer. Ook wordt ingezet op het verder uitbreiden van de eigen activiteiten: meer inzetten op werk en activeringsplekken, het sterker inzetten op individuele trajecten, outreachend werken en activiteiten voor jongeren ontwikkelen vanuit ervaringsdeskundigheid.

4.3 Randvoorwaarden

Wat is er nodig volgens de initiatieven om de veelheid aan plannen te realiseren? Uiteraard wordt financiering genoemd maar ook het belang van samenwerken en in gesprek gaan en blijven met gemeente en wijkteams. Continuïteit is hiervoor belangrijk: in financiën, maar ook in personen zodat een initiatief gedragen wordt. Er is bewustzijn dat een goede communicatie en PR hierbij belangrijk is als ook creativiteit en de vaardigheid te kunnen aansluiten bij de 'taal en kennis' van andere partijen. Soms leidt dat ook tot frustratie:

> "Lange adem; veel geduld; talent om congruent te zijn qua visie; wendbaar kunnen zijn als een kameleon om steeds weer aan te kunnen sluiten bij het sterk wisselende kennis- en inzicht niveau van ambtenaren."

Eén van de moeilijke punten is dat de initiatieven vaak te maken hebben met veel partijen, zeker als ze actief zijn over de grenzen van één gemeente heen. Binnen een grote stad zijn er juist weer veel organisaties actief binnen het zorgdomein, waarmee afstemming noodzakelijk is. Dat vergt naast tijd dus ook steeds het zoeken naar een gemeenschappelijke taal en daarin het bewaken van de eigen onafhankelijkheid. Dat vraagt veel afstemming en overleg:

> "Omdat wij niet groot zijn, zijn instellingen, ook gemeentes, veelal niet geneigd om wat we zeggen serieus te nemen, ook al geef je aan dat we allen ervaring hebben in de psychische zorg en er daardoor verstand van hebben. Ook zien instellingen ons niet snel als een serieuze samenwerkingspartner. De gemeentes hebben vaak als beleidsregel dat ze alleen maar financiële relaties willen met grote partijen, omdat kleine instellingen zoals wij te veel aandacht vragen."

Ook in dit soort zaken spelen financieringsmogelijkheden op de achtergrond een rol. Meer mankracht geeft ook meer lucht om op dit soort zaken in te zetten en meer zicht op structurele financiering maakt het mogelijk op lange termijn plannen uit te zetten en samenwerkingsverbanden aan te gaan, met behoud van eigenheid en onafhankelijkheid. Bij het laatste punt wijst één van de respondenten erop dat juist eisen rond financiering het soms moeilijk maken de onafhankelijke positie te behouden:

> "We proberen zoveel mogelijk contacten te hebben met gemeentes en instellingen in de zorg enz.. Maar ik heb al een paar maal van gemeentes, wethouders en adviseurs gehoord, dat de gelden die wij vragen zijn ondergebracht bij grotere organisaties. Wij moeten dan contact opnemen met die organisaties om te zoeken naar mogelijkheden voor onder-aanneming. Maar dat botst direct met onze principes van onafhankelijkheid en belangenbehartiging. Dit is veelal heel moeilijk uit te leggen en dus gefinancierd te krijgen."

5 Samenvatting en slotbeschouwing

In de inleiding stelden we dat in het denken over de huidige transities in het zorglandschap maatschappelijke initiatieven 'voor en door' mensen met een psychische kwetsbaarheid een steeds belangrijker plaats innemen. Er is de hoop dat deze initiatieven bevorderen dat mensen zelf regie over hun leven kunnen nemen en dat zij bijdragen aan het vergroten van de maatschappelijke ruimte die nodig is voor mensen met psychische kwetsbaarheden om (weer) mee te doen naar eigen wensen en mogelijkheden. Wordt deze hoop ondersteund door de uitkomsten van deze uitvraag? De resultaten van de uitvraag onder 31 initiatieven, waarvan 74 % (23) ook de lijst invulde, laat in ieder geval een aantal hoopvolle ontwikkelingen zien:

Opvallende ontwikkelingen

Er is een grote verscheidenheid onder te initiatieven die deze vragenlijst hebben ingevuld: bijvoorbeeld in omvang, soort activiteiten en financiering. De initiatieven combineren verschillende functies: ze zijn zowel gericht op activiteiten voor deelnemers, maar zoeken ook nadrukkelijk de samenwerking met externe organisaties. Belangrijke doelen daarbij zijn het ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid en het vergroten van participatie van deelnemers. Begrippen die daarbij centraal staan zijn zelfregie, herstel, empowerment en het vergroten van eigen kracht.

- Activiteiten gericht op interne deelnemers
  Als het gaat om het organiseren van activiteiten gericht op deelnemers is het kernidee dat deelnemers zowel consument als producent van activiteiten kunnen zijn. In praktijk betekent dit dat je als deelnemer kan binnenlopen om een cursus te volgen of op bezoek te gaan bij de inloop, maar ook dat je zelf een activiteit kan opzetten en ontwikkelen en op die manier talenten kan ontwikkelen. In de voorbereidingsgroep van dit onderzoek werd benadrukt dat dit één van de krachten is van de initiatieven: dit schept immers ruimte voor eigen initiatief en maakt van de initiatieven 'vrijplaatsen' waarbinnen mensen (weer) zelf regie kunnen nemen. Vanuit dit principe is ook een grote verscheidenheid aan activiteiten ontwikkeld (zelfhulpgroepen, werktrajecten, creatieve activiteiten, activiteiten gericht op gezondheid etc.) waarbij de initiatieven verschillende accenten leggen. Een blauwdruk van '*de* voor en door' organisatie of herstelacademie is dan ook niet te geven.

- Activiteiten in het sociale domein
  De uitvraag laat zien dat de initiatieven ook nadrukkelijk gericht zijn op externe samenwerking en het werken aan een meer inclusieve omgeving, waarin mensen met psychische kwetsbaarheden hun eigen weg kunnen vinden. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar bij de omschreven doelstellingen: vijftien initiatieven benoemen in hun doelstelling expliciet hun relatie ten opzichte van het omringende zorglandschap. De samenwerking krijgt in de praktijk vorm door het geven van voorlichting, advisering en participatie in beleidsontwikkeling en de zorg en ondersteuning. Ook in de toekomstplannen staat het verder ontwikkelen van wijkgericht werken en zoeken van samenwerking met andere organisaties in het sociale domein hoog op de agenda. De nadruk op ervaringsdeskundigheid die de initiatieven voor ogen staat wordt op die manier ook ingebracht in dit omringende domein.

Knelpunten

Uit de uitvraag komen ook een aantal knelpunten naar voren. Deze zijn te ordenen op de volgende gebieden:

- Financiering
  Rond financiering is het tijdelijke karakter van veel inkomstenbronnen en energie die erin wordt gestoken dit rond te krijgen het meest genoemde probleem. Decentralisaties en afstemming met verschillende gemeenten zijn hierin een extra ingewikkeldheid. Op dit moment ontvangen alle initiatieven geld via de gemeente (Wmo). Voor vijf van de 23 initiatieven is dit zelfs de enige financieringsbron. De initiatieven

zijn zich ervan bewust dat het belangrijk is om niet afhankelijk te zijn van één subsidieverstrekker en zetten daarom in op het verkrijgen van middelen via fondsen en opbrengst uit eigen producten en diensten (verhuur ruimtes, catering etc). Zorgverzekeraars dragen maar in kleine mate bij aan de financiering van de onderzochte initiatieven.
Een ander probleem bij de financiering is dat de afhankelijkheid van steeds weer tijdelijke bronnen soms op gespannen voet lijkt te staan met de onafhankelijkheid van de initiatieven, terwijl juist die onafhankelijkheid ook in de literatuur als een belangrijke voorwaarde wordt genoemd om te kunnen functioneren als vrijplaats waarbinnen ruimte ontstaat voor empowerment en herstel van deelnemers.

- Inbedding: onbekendheid en positie in zorglandschap
  Een ander knelpunt is dat de waarde en kracht van de initiatieven vaak nog niet goed duidelijk is voor externe partijen en daarbij het risico bestaat dat het belang ervan niet goed wordt ingeschat, er bij aanbestedingen eerder naar bekende (grotere) aanbieders wordt gestapt, of de initiatieven eenzijdig worden gezien als instrument voor bijvoorbeeld participatie. Een aantal respondenten geeft aan dat het daarom van belang is om de eigen uitgangspunten en werking goed onder het voetlicht te brengen in contact met externe organisaties. Dit doen zij bijvoorbeeld door te werken aan professionele PR, het werken met ambassadeurs of het aanbieden van arrangementen zodat het aanbod voor gemeenten gemakkelijker toegankelijk wordt. Wel geeft een aantal respondenten aan dat het hierbij soms zoeken is naar een taal die alle partijen verstaan om bijvoorbeeld het belang van ervaringsdeskundigheid onder de aandacht te brengen.

Voorkomen moet worden dat door de bovengenoemde knelpunten op het gebied van financiering en inbedding de continuïteit van de projecten in het geding komt en de initiatieven teveel tijd kwijt zijn met het generen van middelen. Een ander mogelijk probleem is dat eisen van financiers het onafhankelijke karakter van de initiatieven kan bedreigen en daarmee de meerwaarde onder druk komt te staan.

Tot slot

Belangrijk is om op te merken dat deze knelpunten en risico's niet nieuw zijn. En dat de bevraagde 'voor en door' initiatieven die recentelijk worden aangeduid met termen als herstelacademie of zelfregiecentrum, vaak al een lange traditie hebben in, of voortbouwen op, de geschiedenis van zelforganisaties die vanuit de cliëntenbeweging sinds de jaren '70 zijn ontwikkeld. In de loop van de jaren is er immers veel kennis ontwikkeld over hoe deze praktijken kunnen functioneren in het spanningsveld tussen de eigen (emancipatoire) ideologie en de relatie met reguliere zorg en welzijn. (Praktijkgericht) onderzoek laat zien dat een onafhankelijke positie en een proces van reflectie op de eigen positie en uitgangspunten hierbij van belang is (Muusse & Boumans 2015, Boumans e.a. 2010). Dit zal ook gelden voor de onderzochte initiatieven die de belofte in zich dragen om een belangrijke rol te spelen in het opnieuw vorm te geven zorglandschap voor mensen met ernstige psychiatrische beperkingen. Er bestaat het risico dat de groeiende aandacht voor de onderzochte initiatieven ook een inperkende werking kan hebben, bijvoorbeeld als de initiatieven niet als vrijplaats, maar meer instrumenteel als een interventie of methodiek worden beschouwd om mensen weer te doen herstellen of te laten 'participeren'(zie ook Boumans en Muusse 2016, in press). Het ruimte scheppen voor en het waarborgen van de eigenheid en onafhankelijkheid van de onderzochte initiatieven is, naast het creëren van een stevige en meer structurele financiële basis, één van de grote uitdagingen van het verder ontwikkelen van de onderzochte initiatieven.

Literatuur

Brink, C. (2016). basisfuncties zelfregienetwerken, concept. Utrecht: LPGGz.

Boumans, J., Muusse, C., Plaijne, M. & Tuynman, M. (2012). Nu leef je zelf. Een onderzoek naar zelfbeheer in de maatschappelijke opvang. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boumans, J (2012). Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar grondslagen van empowerment van kwetsbare doelgroepen binnen zorg en welzijn. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut.

Boumans, J., Muusse, C. (2016). Herstelacademie: prachtkans of Hype? (in press)

Brown, L. D. (2009). How People Can Benefit from Mental Health Consumer-Run Organizations. in: American Journal of Community Psychology, 43 : 177-188.

Brown, L. D., Shepherd, M. D., Merkle, E. C., Wituk, S. A., Meissen, G. (2008). Understanding How Participation in a Consumer-Run Organization Relates to Recovery. in: American Journal of Community Psychology, 42: 167-178.

Campbell, J., C. Lichtenstein, D. Teague, M. Johnson, B. Yates, et.al. (2006). The Consumer Operated Services Programs (COSP). Multi-site Research Initiative: Final Report. Saint Louis, MO: Coordination Center at the Missouri Institute of Mental Health

Chamberlin, J. (1990). The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going. In: Journal of Mind and Behavior, 11 (3): 323-336.

Gillis, L., Dickerson, G., Hanson, J. (2010). Recovery and Homeless Services: New Directions for the Field. In: The Open Health Services and Policy Journal, 3 : 71-79.

Haaster, H. van, Vesseur, J. (2002). Door cliënten gestuurd. Een onderzoek naar cliëntgestuurde projecten in Nederland. Amsterdam: Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid.

Hoof, F. van, Erp, N. van., Boumans, J., & Muusse, C. (2014). Trendrapportage Persoonlijk en Maatschappelijk Herstel van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht: Trimbos-instituut

Kal, D. (2001). Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam: Boom

Muusse, C.M., & Boumans, J. (2016). Ruimte voor Peer Support! Een onderzoek naar de totstandkoming van Enik Recovery College. Utrecht: Lister.

Nederland, T., Duyvendak, J. W., en Brugman, M. (2003). Belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging. De theorie. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R., Trainor, J. (2006a). A Longitudinal Study Of Mental Health Consumer Survivor Initiatives: Part 1. In: Journal of Community Psychology, 34 (3): 247-260. 134

Projectgroep Plan van Aanpak EPA (2014). Over de Brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht:
Kenniscentrum Phrenos.

Schutt, R. K. en Rogers, E. S. (2009). Empowerment and Peer Support: Structure and Process of Self-Help in a Consumer-Run Center for Individuals with Mental Illness. In: Journal of Community Psychology, 37 (6): 697-710.

Trainor J. & M. Shepherd M. (1997). Beyond the service paradigm: the impact and implications of consumer/ survivor initiatives. Psychiatric Rehabilitation Journal 21, 132-140.

Zinman, S. (1986). Self-Help: the Wave of the Future. in: Hospital and Community Psychiatry, 37 (3): 213

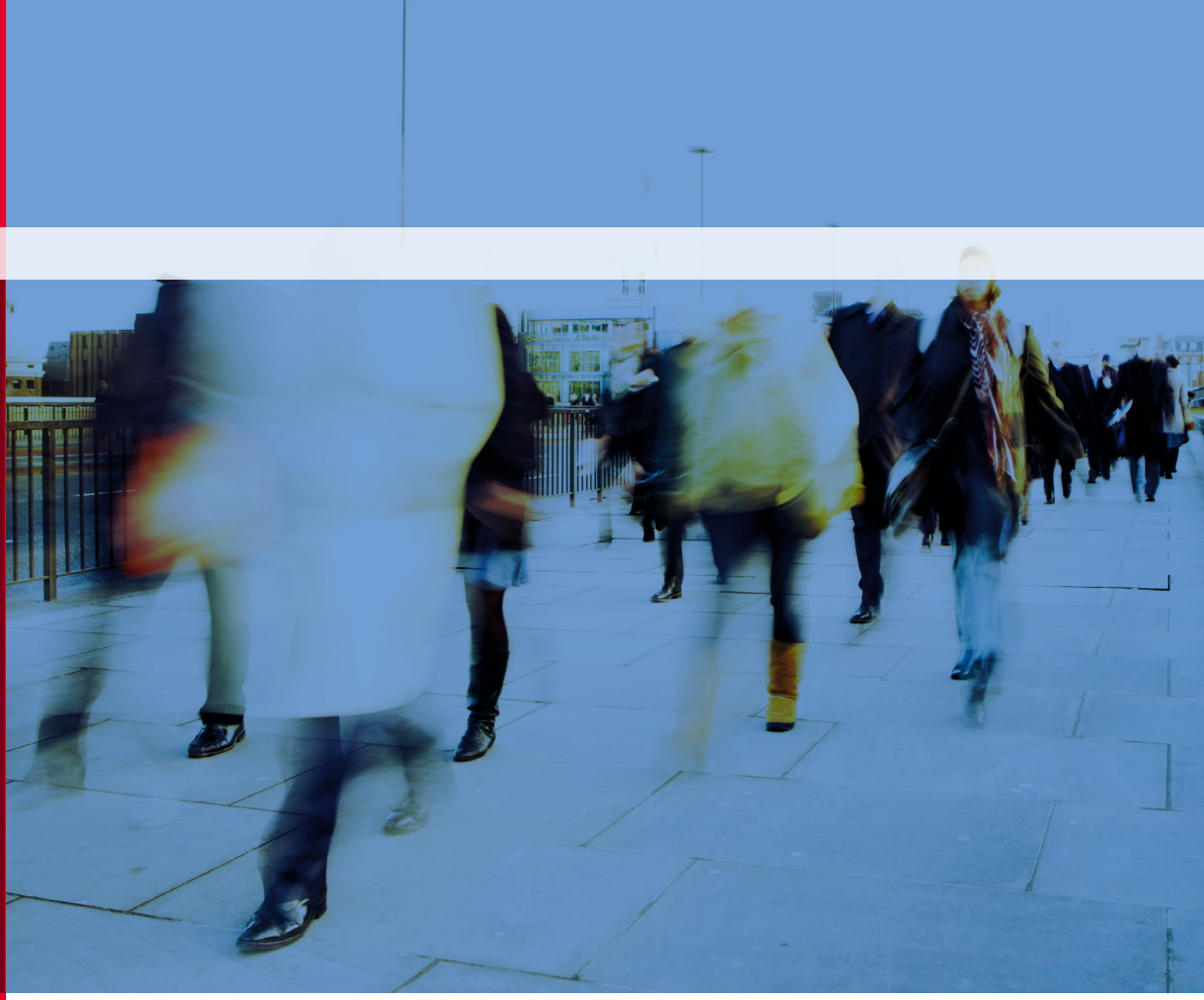
1 MEE, samenwerking met LPGGz, Zorgbelang Zuid-Holland

2 Zorgorganisaties, belangenorganisaties VG en LG, wijkcentra, stedelijke peersupport initiatieven, politie, Wmo-team, POH-GGZ, stedelijke peersupport initiatieven.

Afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BW	Beschermd wonen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCAF	Centrum Certificering ACT en FACT
CPB	Centraal Planbureau
DBBC	Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstige Psychische Aandoening
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPZ	Forensisch Psychiatrische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IHT	Intensive Home Treatment
LMA	Landelijke Monitor Ambulantisering
LPGGz	Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PIT	Psychiatrische Intensieve Thuiszorg
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RACT	Resource Assertive Community Treatment
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VIP	Vroege Interventie Psychose
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VPT	Volledig Pakket Thuis
VV	Voortgezet verblijf
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet Langdurige Zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Trimbos instituut



De geestelijke gezondheidszorg ondergaat een aantal ingrijpende transities. Belangrijke onderdelen van deze transities zijn de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd per 2015 de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Deze rapportage doet verslag van de resultaten van het tweede meetjaar van de monitor.

www.trimbos.nl