

Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Een vergelijking van nationaal beleid en zorgstelsels in Nederland, Engeland en Denemarken

Themarapportage



20
11

Tendrapportage GGZ 2011

Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Een vergelijking van nationaal beleid en zorgstelsels in Nederland, Engeland en Denemarken

Themarapportage

Colofon

Opdrachtgever en Financier
Ministerie van VWS

Projectleiding
Frank van Hoof

Auteurs
Frank van Hoof¹
Aafje Knispel¹
Justine Schneider²
Chris Beeley²
Jørgen Aagaard³
Marijke van Putten⁴
René Keet⁴
Stefanie Snuverink¹

Met bijdragen van
Maaïke van Vugt¹
Harry Michon¹
Simone van de Lindt¹
Christien Muusse¹

¹ Trimbos-instituut

² Institute of Mental Health Nottingham

³ Centre for Psychiatric Research, Aarhus University Hospital & CSU, Aarhus Municipality

⁴ GGZ Noord-Holland Noord

Redactie
Freeke Perdok

Productie assistentie
Joris Staal

Opmaak en druk
Ladenius Communicatie BV, Houten

Beeld
www.istock.com

ISBN 978-90-5253-726-9

Deze uitgave is te bestellen of te downloaden via www.trimbos.nl met AF1125.

© 2011, 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.

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut sinds 2008 jaarlijks rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages worden opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages vervullen daarbij een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staan de rapportages ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

- Organisatie, structuur en financiering van de GGZ
- Toegang tot en gebruik van de GGZ
- Kwaliteit en effectiviteit van de GGZ

In een tweejaarlijkse cyclus worden over elk van deze deelterreinen overzichtsrappportages geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen themarapportages rond specifieke, actuele onderwerpen. Voorliggend rapport is de tweede themarapportage, behorend bij het deelterrein *Organisatie, structuur en financiering van de GGZ*.

Velen hebben door middel van het verlenen van een interview of advies danwel anderszins aan dit rapport bijgedragen. We zijn hen zeer erkentelijk. De verantwoordelijkheid voor de inhoud rust uitsluitend bij de auteurs.

Inhoud

Samenvatting	7
1 Introductie	17
1.1 Inleiding	17
1.2 Sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen	17
1.3 Internationale vergelijking van nationaal beleid en nationale stelsels	19
1.4 Opbouw van het rapport	23
2 Denemarken - Aarhus	25
2.1 Het Deense GGZ-systeem	25
2.2 Deens nationaal beleid rond zorg, ondersteuning en inclusie	30
2.3 Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Aarhus	32
2.4 Sleutelpersonen over regionale voorzieningen en nationaal beleid	39
2.5 Belangrijkste bevindingen	47
3 Engeland - Nottingham	51
3.1 Het Engelse GGZ-systeem	51
3.2 Engels nationaal beleid rond zorg, ondersteuning en inclusie	55
3.3 Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in Nottingham	59
3.4 Sleutelpersonen over de regionale voorzieningen en nationaal beleid	65
3.5 Belangrijkste bevindingen	75
4 Nederland - Alkmaar	79
4.1 Het Nederlandse GGZ-systeem	79
4.2 Nederlands nationaal beleid rond zorg, ondersteuning en inclusie	84
4.3 Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Alkmaar	86
4.4 Sleutelpersonen over de regionale voorzieningen en nationaal beleid	91
4.5 Belangrijkste bevindingen	100
5 Conclusies	105
5.1 Vergelijking van nationaal beleid en nationale stelsels	105
5.2 Conclusies	121
5.3 Aanbevelingen	124
Adviescommissie	129
Geraadpleegde personen	131
Bibliografie	135

Samenvatting

In dit rapport worden de resultaten beschreven van een internationaal vergelijkend onderzoek naar de stimulansen en belemmeringen die uitgaan van nationaal beleid en nationale zorgstelsels op de ontwikkeling en implementatie van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Beleid en stelsels worden besproken en vergeleken vanuit het perspectief van drie GGZ-regio's in respectievelijk Denemarken (de regio Aarhus), Engeland (de regio Nottingham) en Nederland (de regio Alkmaar). De regio's die participeren in het onderzoek worden in hun respectievelijke landen gezien als 'good practices' wat betreft ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Stimulansen en belemmeringen op het niveau van landelijk beleid en stelsel worden belicht vanuit de ervaringen van sleutelpersonen in de regionale zorg- en ondersteuningsnetwerken.

Landelijk beleid en stelsel in Denemarken, Engeland en Nederland

Een belangrijke overeenkomst tussen de stelsels in de drie landen is dat in elk ervan één of andere vorm van *regionale ordening* van de zorg en ondersteuning aan de orde is en dat lokale of regionale GGZ-instellingen een cruciale rol in deze regionale systemen spelen. Ook kan in alle drie de landen de *langdurige ambulante zorg* (of zorg aan huis) worden beschouwd als een onderdeel van het gezondheidszorgstelsel en van de voorzieningen van de GGZ-instellingen terwijl bij *maatschappelijke ondersteuning* (ofwel hulp bij sociale en maatschappelijke participatie) meer actoren en financieringskaders in beeld komen; vooral lokale actoren en vaak ook financieringskaders waar lokale partijen een prominentere rol in vervullen. Deze factoren tezamen maken dat de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen zich in elk van de drie landen afspelen op het grensgebied van de reguliere GGZ en andere maatschappelijke voorzieningen en op het grensgebied van (landelijk) gereguleerd voorzieningen en (lokale) maatschappelijke initiatieven.

Binnen deze gemeenschappelijke context, doen zich een aantal belangrijke verschillen voor in beleid en stelsel van de drie landen. Een van de belangrijkste verschillen is de mate waarin de GGZ in de afgelopen decennia is gedeïnstitutionaliseerd. Deïnstitutionalisering en de ontwikkeling van langdurige ambulante zorg zijn expliciete beleidsdoelstellingen geweest in Engeland en in Denemarken. Met name in Engeland is de ontwikkeling van ambulante zorg en zorg aan huis voor mensen met ernstige psychische aandoeningen afgedwongen door een expliciet, prescriptief nationaal beleid. In iets minder sterke mate geldt hetzelfde voor Denemarken. In Nederland zijn de stimulansen vanuit de landelijke overheid voor deïnstitutionalisering en voor de ontwikkeling van

ambulante zorg voor deze populatie veel vrijblijvender geweest en feitelijk verdwenen na 2002. Als gevolg daarvan springt Nederland er momenteel uit met een relatief hoog aantal klinisch psychiatrische en residentiële plaatsen, terwijl de klinische en residentiële capaciteit in Engeland tot de laagste van Europa behoort. Denemarken neemt in dit opzicht een middenpositie in met een relatief laag aantal klinische psychiatrische bedden en een relatief hoog aantal plaatsen in de (overigens wel volledig gedeconcentreerde) residentiële zorg (opvanghuizen, beschermende woonvormen, verpleeghuizen).

Wanneer we ambulante zorg aan huis beschouwen als een eerste stap en bredere maatschappelijke ondersteuning als een tweede stap naar sociale inclusie, is het opnieuw Engeland dat het meest expliciet een aantal nieuwe bewegingen heeft gemaakt in de afgelopen jaren, in ieder geval in de formele landelijke beleidsvisies en -standpunten. Sociale inclusie en het betrekken van andere sectoren in de samenleving bij de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen, zijn kernthema's in recente Engelse beleidsdocumenten. Verschillende innovatieprogramma's en nationale campagnes hebben dit beleid tot dusverre ondersteund. Ook in Denemarken is sociale inclusie uitgegroeid tot een kernthema in beleidsdocumenten van de landelijke overheid. Verschillende maatregelen zijn genomen om tot individuele en groepsaanspraken te komen op het gebied van werk, onderwijs en huisvesting en om samenwerking tussen aanbieders te bevorderen. In Nederland zijn nog weinig specifieke beleidsdoelstellingen, plannen of maatregelen rond sociale inclusie geformuleerd, maar die volgen mogelijk op korte termijn op de huidige, hernieuwde aandacht voor de mogelijkheden van beddenafbouw.

De drie landen verschillen ook met betrekking tot de rol van de landelijke overheid, de 'markt' en de gemeenten binnen het zorgstelsel. Engeland kent traditioneel – en tot dusver – een hoofdzakelijk vanuit de landelijke overheid aangestuurd en beheerd stelsel, dat gekenmerkt wordt door een normerend en voorschrijvend landelijk beleid met betrekking tot de beschikbaarheid en organisatie van voorzieningen. Ook de toewijzing van middelen aan de zorgaanbieders, gebeurt in hoofdzaak door (vertegenwoordigers van) de landelijke autoriteiten. In Denemarken en in Nederland is een belangrijk deel van de verantwoordelijkheden rond de aansturing van het veld en de toedeling van de middelen gedecentraliseerd naar respectievelijk regio's en gemeenten (Denemarken) en zorgverzekeraars (Nederland). Met name in Nederland is de aan 'de markt' toebedachte rol het grootst: concurrerende, private zorgverzekeraars kopen voorzieningen in bij concurrerende GGZ-aanbieders.

Wat betreft de betrokkenheid van gemeenten, springt Denemarken eruit met een sinds een ingrijpende hervorming in 2007 bijna volledig via de gemeenten gefinancierde en aangestuurde sociaal psychiatrische en residentiële zorg. De klinische psychiatrische zorg en de curatieve GGZ worden in Denemarken aangestuurd door regionale zorgautoriteiten. Denemarken kent in dit opzicht dus een 'dual' GGZ-systeem. In Engeland neemt de rol van gemeenten een tussenpositie in: gemeenten bieden c.q. financieren enkele voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische

aandoeningen, maar de sociale psychiatrie als zodanig is nog steeds onderdeel van het gezondheidszorgstelsel en van de GGZ-instellingen. Specifiek voor het Engelse systeem is wel de belangrijke rol van zogeheten 'non-statutory', 'third sector' organisaties bij voorzieningen op het terrein van huisvesting, sociale steun en participatie. Deze voorzieningen halen hun inkomsten uit een reeks van veelal tijdelijke financieringsbronnen.

Opmerkelijk is dat, terwijl de rollen van de centrale overheid, de markt en de gemeenten grote verschillen laten zien tussen de drie landen, momenteel een convergentie lijkt plaats te vinden op elk van deze drie aspecten. In Engeland worden hervormingsplannen uitgewerkt en geïmplementeerd die gericht zijn op de overheveling van landelijke overheidsfuncties naar lokaal niveau, op de introductie van marktprikkels en op het vergroten van de rol van de private sector in de zorg. In Nederland spelen marktprikkels en private zorgverzekeraars al een prominente rol. Terwijl gemeenten echter tot recent nauwelijks in beeld waren, zal hun rol in de nabije toekomst steeds groter worden, als gevolg van de overheveling van verantwoordelijkheden vanuit het landelijke gezondheidszorgstelsel naar het gemeentelijke stelsel voor maatschappelijke zorg en welzijn (WMO). In Denemarken is de decentralisering van verantwoordelijkheden en met name de overheveling van voorzieningen naar gemeenten tot dusver het verst voortgeschreden. De introductie van marktprikkels is in Denemarken niet zozeer een gericht landelijk beleid als wel een resultaat van het gedecentraliseerde systeem op lokaal niveau.

Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in Aarhus, Nottingham and Alkmaar

De voorzieningensystemen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in elk van de drie regio's weerspiegelen de nationale systemen en het nationale beleid. Maar ze hebben ook hun eigen specifieke kenmerken en zelfs onderlinge overeenkomsten. Met name bestaat in alle drie de regio's, vergeleken met landelijke ontwikkelingen, al relatief lang de ambitie om adequate voorzieningen te ontwikkelen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen. In alle drie de regio's is inmiddels een reeks van voorzieningen gerealiseerd en wordt geïnvesteerd in de coördinatie van deze voorzieningen op individueel en organisatorisch niveau. De herstelbenadering is inmiddels ook omarmd door de relevante organisaties in Aarhus, Nottingham en Alkmaar en implementatieprogramma's lopen in elk van deze organisaties.

De belangrijkste verschillen tussen de regio's liggen in de capaciteit van (intramurale) voorzieningen, de rol van de GGZ en de betrokkenheid van gemeenten. Van de drie regio's beschikt Nottingham over verreweg de laagste capaciteit aan opname- en residentiële voorzieningen. In tegenstelling tot hetgeen de landelijke cijfers zouden doen vermoeden, heeft niet Alkmaar maar Aarhus in totaal de meeste plaatsen in de klinisch psychiatrische en residentiële zorg (vooral als gevolg van een relatief hoge capaciteit van residentiële voorzieningen in Aarhus). Alkmaar springt er ook uit met de omvattende rol van de

regionale GGZ-instelling (voor een deel het gevolg van het Nederlandse GGZ-stelsel en niettegenstaande ambities om de lokale samenleving te engageren). Gemeenten komen nauwelijks in het spel voor in Alkmaar. In Aarhus is de situatie min of meer omgekeerd, met feitelijk twee GGZ systemen, aangestuurd vanuit respectievelijk de regionale zorgautoriteit en de gemeente. De traditionele GGZ in Aarhus, zoals vertegenwoordigd door de regio c.q. het Aarhus Universiteitsziekenhuis, speelt een relatief kleine rol in de maatschappelijke ondersteuning, terwijl de rol van de gemeentelijke sociale psychiatrie des te groter is, naast die van andere gemeentelijke voorzieningen op het gebied van huisvesting en participatie. In dit opzicht neemt Nottingham een middenpositie in, met de ambulante zorg die vooral door de verschillende ambulante teams van de GGZ-instelling wordt geboden, maar waar 'non-statutory' organisaties en gemeenten ook voorzieningen bieden c.q. financieren voor mensen met ernstige psychische problemen.

Geen van de drie regio's beschikt over uitgebreide, representatieve gegevens over de feitelijk kwaliteit van de voorzieningen en kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische problemen in de regio. Niettemin zijn in alle drie de regio's de sleutelpersonen van mening dat in de afgelopen decennia veel vooruitgang is geboekt in de ontwikkeling van regionale voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning. Ook geloven sleutelpersonen in elk van de drie regio's dat er nog veel moet gebeuren. Vooral de aanhoudende dominantie van de op symptomen en beperkingen georiënteerde psychiatrische perspectieven en praktijken in de mainstream GGZ, worden nog steeds als belangrijke barrières beschouwd. Een andere is stigma, vooral stigmatisering in de GGZ zelf. Anti-stigma campagnes maar ook scholing van GGZ medewerkers worden in dit opzicht cruciaal geacht. Sleutelpersonen in zowel Aarhus, Nottingham als Alkmaar hebben hoge verwachtingen van de opkomst van de herstelbenadering en van de scholings- en implementatieprogramma's rond herstelgerichte zorg, al wijzen sommigen ook op het risico dat 'herstel' van het oorspronkelijke, emancipatoire concept devalueert tot weer een nieuwe professionele GGZ methodiek. In dit opzicht wordt niet zozeer cliënten*participatie*, maar worden cliënten*sturing* en open ontmoetingen tussen mensen met ernstige psychische problemen, professionals en anderen als cruciale factoren gezien voor de toekomstige ontwikkelingen.

Stimulansen en belemmeringen voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie

Naast deze regionale ontwikkelingen, noemen sleutelpersonen in de drie regio's een reeks van factoren op nationaal beleids- en systeemniveau die de ontwikkeling van adequate ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning tot dusverre hebben gestimuleerd of juist belemmerd.

Sleutelpersonen in Aarhus waarderen het actieve deinstitutionaliseringsbeleid uit het verleden en de huidige pleidooien in recente landelijke beleidsdocumenten voor sociale

inclusie en samenwerking op regionaal niveau. Velen menen dat de invoering van individuele en groepsaanspraken voor mensen met psychische problemen op het gebied van werk, onderwijs en huisvesting tot op zekere hoogte effectief zijn geweest. Dat geldt ook voor de verschillende instrumenten in het Deense stelsel om samenwerking te bevorderen zowel individueel als regionaal niveau. Meer ambiguïteit heerst er onder sleutelpersonen over het duale GGZ-systeem. Volgens sommigen heeft de overheveling van de sociale psychiatrie naar de gemeenten de mogelijkheden vergroot van lokale samenwerking met andere relevante gemeentelijke afdelingen (opleiding, huisvesting, werk). Echter, het duale GGZ systeem belemmert volgens velen ook de samenhang en continuïteit in de zorg. Men is bezorgd dat de kloof tussen de respectievelijke systemen en voorzieningen groter wordt, dat integrale voorzieningen moeilijker te realiseren zullen zijn en dat met name de meest kwetsbare mensen tussen wal en schip zullen belanden. Die bezorgdheid wordt nog eens versterkt doordat de aandacht verschuift van de meeste kwetsbare cliënten naar cliënten met relatief lichte problemen. Een andere belemmering voor de verdere ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning of zelfs de continuering van bestaande voorzieningen is dat de besluitvorming over budgetten en de vereiste voorzieningen voor een groot deel gedecentraliseerd is naar de regio's en de gemeenten. Dit kan ruimte voor innovatie bieden in tijden van voorspoed, maar blijkt ook de verankering van het voorzieningenniveau in economisch slechtere tijden te ondermijnen, zoals actuele bezuinigingen op de gemeentelijke voorzieningen in Aarhus laten zien.

Van de drie regio's zijn sleutelpersonen in Nottingham het meest positief over de stimulansen die in eerdere fasen van het nationale beleid zijn uitgegaan naar de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vooral de directieve aanpak en de daaraan verbonden, scherpe, inhoudelijke financieringscriteria (zowel bij de structurele financiering als in het geval van tijdelijke innovatiefondsen) hebben zich naar verluidt uitbetaald en hebben met name geresulteerd in een adequate en stevige landelijke structuur voor langdurige ambulante zorg. Het succes van aanvullende innovatieprogramma's op het gebied van 'supported housing' en werk is volgens sleutelpersonen het gevolg de combinatie van geoormerkte (interdepartementale) budgetten met financieringsvoorwaarden rond lokale samenwerking. Sleutelpersonen in Nottingham zijn ook van mening dat de beleidsinzet op maatschappelijke ondersteuning aan inhoud heeft gewonnen door recentere beleidsdocumenten over sociale inclusie, herstel en de potentiële rol van andere maatschappelijke sectoren, bijvoorbeeld rond onderwijs en werk. Sleutelpersonen noemen echter ook een aantal belemmerende aspecten van het nationale beleid en het nationale stelsel. Sommige daarvan zijn nieuw, sommige bestaan al langer. Eén van de belangrijkste barrières voor de (verdere) ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning is de kwetsbaarheid van de gefragmenteerde en veelal niet-structurele financiering van voorzieningen voor ondersteuning bij wonen, sociale contacten, dagbesteding, onderwijs en werk (e.e.a. in contrast met de eenduidige en structurele financiering van de GGZ-teams voor ambulante zorg). Nottingham is momenteel getuige van ingrijpende bezuinigingen

op dit terrein. Sleutelpersonen zijn ook van mening dat de relatief nieuwe landelijke beleidsthema's van sociale inclusie en herstel weliswaar helpen de juiste 'mind-set' te creëren, maar dat de solide implementatieplannen ontbreken die de eerdere ontwikkeling van de langdurige ambulante GGZ ondersteunden en in goede banen leidden. Er zijn vooral zorgen dat de kwetsbaarheid van de financiering van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, de facto alleen maar groter wordt door actuele hervormingsplannen rond de overheveling van verantwoordelijkheden naar het lokale niveau en naar de markt.

Volgens sleutelpersonen in Alkmaar heeft de ontwikkeling van de langdurige ambulante GGZ en de maatschappelijke ondersteuning in de regio door de jaren heen geprofiteerd van verschillende landelijke innovatieprogramma's. Echter, alles bij elkaar is volgens geïnterviewden de bijdrage van het landelijke beleid en het landelijke stelsel aan de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland en in de regio Alkmaar, in het afgelopen decennium bescheiden geweest. Maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie hebben niet erg hoog op de landelijke beleidsagenda gestaan. Ondertussen waren en zijn er wel enkele concrete belemmeringen. Terwijl de commentaren op het nationale beleid vanuit Nottingham en Aarhus vooral gericht zijn op de kwetsbaarheid van de huidige voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning, zijn de sleutelpersonen in Alkmaar van mening dat barrières in het Nederlandse beleid en het Nederlandse stelsel in de eerste plaats betrekking hebben op de daaraan voorafgaande fase, namelijk op de afbouw van intramurale zorg ten gunste van ambulante zorg. Door de jaren heen en tot op de dag van vandaag wordt het financieringskader voor de GGZ gekenmerkt door prikkels voor behoud en waar mogelijk uitbreiding van intramurale zorg (inclusief woonvoorzieningen). Tegelijkertijd zijn de bedrijfsmatige risico's groot voor organisaties die willen deinstitutionaliseren en die vooral willen inzetten op de ontwikkeling van adequate langdurige ambulante zorg. Ook zijn administratieve procedures voor de financiering van ondersteuningstrajecten op het gebied van dagactiviteiten, opleiding en werk zeer tijdrovend, des te meer omdat die procedures voor elk individueel traject afzonderlijk doorlopen moeten worden. De organisatie van een breed en samenhangend stelsel van voorzieningen voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen, wordt volgens sleutelpersonen verder belemmerd door het feit dat deze voorzieningen - zelfs binnen de GGZ - afhankelijk zijn van een reeks van financieringskaders. Deze fragmentatie van de financiering wordt weerspiegeld in een spreiding van verantwoordelijkheden over diverse lokale en landelijke partijen en departementen. Het gevolg is het ontbreken van een eenduidige probleemeigenaar en een gebrek aan coördinatie en planning. Tegen deze achtergrond wordt de hernieuwde aandacht op nationaal beleidsniveau voor psychiatrische beddenreductie en voor decentralisatie van verantwoordelijkheden naar lokale overheden, met enige ambivalentie ontvangen. Des te meer omdat noch het gedecentraliseerde, competitieve zorgstelsel noch de niet-geoordeelde WMO garanties biedt dat daadwerkelijk alternatieven zullen worden ontwikkeld voor de voorzieningen die worden afgebroken.

Conclusies

Sleutelpersonen in de drie regio's zijn van mening dat in Aarhus, Nottingham en Alkmaar een goede basis is gelegd voor de ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Directief nationaal beleid is daarbij met name behulpzaam geweest in Engeland en in iets mindere mate ook in Denemarken. Sleutelpersonen signaleren ook dat er goede (economische) argumenten zijn en een groot potentieel aan kennis en ervaring beschikbaar is voor de verdere ontwikkeling van effectieve en omvattende maatschappelijke steunsystemen. Die ontwikkeling lijkt momenteel echter te worden gefrustreerd door diverse oudere en nieuwe barrières op het niveau van de landelijke stelsels en het landelijke beleid. Voor een deel verschillen die barrières opnieuw per land, waarbij Nederland er enigszins uitspringt met de sterke prikkels ten faveure van intramurale zorg en ten nadele van geïntegreerde ambulante zorg. Maar er zijn ook de nodige overeenkomsten tussen de landen als het gaat om de huidige belemmeringen.

In het kort hebben die gemeenschappelijke barrières te maken met

- de kwetsbaarheid van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning in het overgangsgebied van gezondheidszorg en het stelsel van sociale voorzieningen,
- het ontbreken van geormerkte budgetten voor de doelgroep c.q. voor specifieke voorzieningen,
- het ontbreken van een centrale probleemeigenaar c.q. regievoerder en
- de spanning tussen de ambitie om andere maatschappelijke sectoren bij de ondersteuning te betrekken en de ambitie om samenhangende en geïntegreerde zorg te realiseren.

Daar komt bij dat elk van de drie landen momenteel getuige is van een actuele tendens om verantwoordelijkheden te decentraliseren naar de lokale politiek (met Denemarken als voorloper) en om marktprikkels in te voeren en private partijen een prominenter rol te geven (met Nederland voorop). Vooral deze combinatie van beleidsontwikkelingen wordt als een risico beschouwd voor de verdere ontwikkeling of zelfs het behoud van het bestaande voorzieningenniveau voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen. Vooral omdat de hervormingen kunnen leiden tot een verdere diffusie van verantwoordelijkheden en tot een verwijdering tussen enerzijds individuele belangen van de afzonderlijke partijen en anderzijds het gemeenschappelijke, maatschappelijke en economische belang van sociale inclusie.

Als gevolg van bovenstaande factoren vinden bezuinigingen op overheidsuitgaven momenteel een gemakkelijke weg naar voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van de (over het algemeen relatief weinig assertieve) populatie van mensen met ernstige psychische problemen (vooral in Engeland, maar ook in Nederland en Denemarken). Het grote risico daarvan is dat een reeks van hoopgevende ontwikkelingen op operationeel niveau daarmee wordt gefrustreerd of zelfs teruggedraaid. Uiteindelijk leidt dat tot minder participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen en tot hogere kosten voor zorg, opvang en uitkeringen.

Aanbevelingen

Sociale inclusie is het enige duurzame antwoord op de economische kosten van ernstige psychische aandoeningen, zo signaleren sleutelpersonen. Dit maakt de urgentie van investeringen in de ontwikkeling van goede ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning des te grote in tijden van economische teruggang. Ook geven de resultaten van deze studie aan dat dit brede, maatschappelijke en economische belang van adequate ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, om een gezaghebbende pleitbezorger en organisator op nationaal bestuurlijk niveau vraagt. De invloedssfeer van die pleitbezorger moet uitstijgen boven de individuele werkvelden en individuele belangen van afzonderlijke aanbieders, lokale autoriteiten, budgetbeheerders, zorginkopers en ministeries. Het is aan deze nationale bestuurlijke voortrekker om de krachten van alle relevante partijen te bundelen en om tot een geïntegreerd en intersectoraal beleid te komen waarin waarden, doelstellingen, verantwoordelijkheden, organisatie en financiering van voorzieningen worden gedefinieerd. Deze voortrekker kan met name ook signaleren wat nodig is om de individuele belangen van de verschillende partijen in overeenstemming te brengen het gemeenschappelijke belang van sociale inclusie.

Sommige elementen van een dergelijk landelijk beleid zijn al aanwezig in de drie landen, zij het in verschillende mate en op verschillende terreinen. In elk van de drie landen is echter ook nog veel te winnen in termen van omvattendheid, samenhang, directiviteit en implementatie. Sleutelpersonen in de regio's hebben een reeks van suggesties gedaan voor de (verdere) landelijke beleidsontwikkeling rond ambulante zorg, maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie. Die suggesties kunnen als volgt worden samengevat.

Landelijke beleidsvisie op sociale inclusie

In alle drie de regio's zijn sleutelpersonen van mening dat op nationaal bestuurlijk niveau een brede erkenning vereist is van de maatschappelijke en economische opbrengsten van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen; niet alleen opbrengsten voor de betrokkenen zelf, maar voor de samenleving als geheel. Die erkenning dient actief te worden uitgedragen en moet niet beperkt blijven tot het departement voor gezondheidszorg, maar interdepartementale en brede politieke ondersteuning krijgen.

Landelijk kader van verantwoordelijkheden, aanspraken en voorzieningen

Een landelijk kader is nodig, dat de verantwoordelijkheden definieert van landelijke, regionale en lokale overheden en andere instanties met sleutelposities binnen het nationale stelsel (ook financiers en zorginkopers, waaronder private zorgverzekeraars), met betrekking tot voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning. Dat landelijke kader moet onder meer de vraag beantwoorden naar de eindverantwoordelijkheid voor de coördinatie en regie op landelijk, lokaal en individueel niveau. Ook wordt bepleit de individuele aanspraken van mensen met ernstige psychische aandoeningen zo expliciet

mogelijk te maken; niet alleen aanspraken op zorg en ondersteuning, maar ook op huisvesting en werk.

Structurele financiering en inclusie stimulerende bekostigingssystemen

Directieve implementatie van landelijk beleid rond maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie vraagt primair om gedegen financiering en de juiste financiële prikkels. Vooral voor langdurige, individuele ondersteuning bij wonen, sociale contacten, onderwijs en werk is solide, structurele, geormerkte financiering nodig (mogelijk vanuit gezamenlijke interdepartementale budgetten). In de plaats van bekostigingssystemen die gebaseerd zijn op psychiatrische diagnoses en beperkingen, zijn systemen gewenst die het voor aanbieders lonend maken om in te zetten op adequate ambulante zorg, op herstelgerichte zorg en op lokale samenwerking.

Geïntegreerde zorg voor de meest kwetsbare cliënten

Bepleit wordt om de mogelijkheden te verkennen om te komen tot integrale budgetten, over de grenzen van de verschillende sectoren en financieringskaders heen, voor geïntegreerde ondersteuning aan de meeste kwetsbare cliënten binnen de populatie van mensen met ernstige psychische problemen. Criteria voor integrale financiering zouden expliciet gemaakt moeten worden in termen van kenmerken en ondersteuningsbehoeften van cliënten en in termen van vereisten aan de budgethouder.

Innovatieprogramma's

De ontwikkeling van een omvattend, landelijk beleid voor sociale inclusie is een proces en vraagt tijd. Tijdelijke innovatieprogramma's en -fondsen kunnen een belangrijke rol vervullen bij het verkennen, ontwikkelen of uitbreiden van de gewenste voorzieningen en condities en bij de voorbereiding van structurelere aanpassingen in het stelsel voor zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Omvattend beleidsplan

Beleidsmaatregelen met betrekking tot maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie zullen veel aan samenhang, consistentie en doelmatigheid winnen, wanneer ze worden geïntegreerd in een omvattend, interdepartementaal beleidsplan. Fundamenteel aan dat plan dient het besef te zijn, zoals aangegeven door sleutelpersonen in deze studie, dat sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen geen utopie is. Het kan worden georganiseerd.

1 Introductie

1.1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten van een internationaal vergelijkend onderzoek naar de stimulansen en belemmeringen die van nationaal beleid en nationale zorgstelsels uitgaan voor de ontwikkeling en implementatie van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Beleid en stelsels worden bestudeerd en vergeleken vanuit het perspectief van drie GGZ-regio's in respectievelijk Denemarken (de regio Aarhus), Engeland (de regio Nottingham) en Nederland (de regio Alkmaar). De regio's die participeren in het onderzoek worden in hun respectievelijke landen gezien als 'good practices' als het gaat om ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In dit eerste hoofdstuk worden de achtergrond en de opzet van het onderzoek en de opbouw van het rapport besproken.

1.2 Sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen

Deïstitutionalisering van de GGZ en de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen staan al enkele decennia op de beleidsagenda's van veel West-Europese landen. Recente studies van onder andere de *Mental Health Economics European Network (MHEEN)* suggereren dat "it is a widely held consensus today that delivering mental health services within the community is more appropriate than offering long-stay residence in institutions. It is widely recognized that community-based services have the potential to be more effective in achieving good quality of life for people with long-term needs for support. It is also recognized that community care is not necessarily more expensive than institutional care. Most importantly, care in community settings is generally preferred by service users" (Medeiros e.a., 2008; zie ook McDaid en Thornicroft, 2005).

Op basis van deze ervaringen is een brede consensus ontstaan over de wenselijkheid van deïstitutionalisering en van het bevorderen van de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Landen verschillen dan ook niet zozeer in deze doelstellingen op zich, maar wel in de manieren waarop ze die doelen proberen te bereiken en in de inspanningen die ze daarbij leveren. Die verschillen impliceren dat in veel landen nog het nodige te doen is. Ze bieden ook de mogelijkheid om van elkaar te leren. Vooral omdat recente overzichtsstudies laten zien dat er nog de nodige barrières zijn te overwinnen (Medeiros e.a., 2008; McDaid e.a., 2008; Knapp e.a., 2009).

Deze barrières hebben betrekking op twee aspecten van het deïstitutionalisering-proces:

- De ontwikkeling van adequate *ambulante zorg*, ofwel het verplaatsen van de zorg van de instelling naar de eigen omgeving van de cliënt (zorg aan huis);
- De ontwikkeling van adequate *maatschappelijke ondersteuning*, ofwel de ontwikkeling van ondersteuning die cliënten in de gelegenheid stelt een bevredigend sociaal en maatschappelijk leven te leiden (sociale inclusie).

Belemmeringen voor het verplaatsen van de zorg van de instelling naar de eigen omgeving van de cliënt hebben te maken met zowel financiële, culturele als personele factoren. Lange tijd is het financieringsstelsel voor de GGZ in veel Europese landen gericht geweest op zorg in een instelling, waarbij de financiële prikkels vooral die institutionele zorg stimuleerden. In sommige landen is dat nog steeds het geval (McDaid e.a., 2008; zie ook Van Hoof e.a., 2009). Ook de perspectieven, verwachtingen en competenties van professionals in de psychiatrie, staan volgens sommigen de overgang van instituutszorg naar ambulante zorg soms in de weg (Amaddeo e.a., 2007; McDaid en Thornicroft, 2005).

Als het gaat om maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie, wordt het stigma dat aan psychische aandoeningen kleefte vaak als een belangrijke barrière beschouwd. Stigmatisering is aan de orde in de samenleving in het algemeen maar ook binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf. Het raakt vooral mensen met ernstige psychische problemen die geen betaalde baan hebben en die met de klinische psychiatrie te maken hebben of hebben gehad. Naast stigmatisering is een belangrijke horde gelegen in het feit dat, gegeven de doelstelling van sociale inclusie, de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen steeds meer terecht komt in een complexe 'multi-services' en 'multi-budget' wereld (McDaid e.a., 2007). Een infrastructuur is nodig van GGZ-hulpverleners en -instellingen maar ook van professionals en organisaties uit andere sectoren, die gezamenlijk (en in samenhang) aandacht besteden en tegemoet proberen te komen aan de wensen en behoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen op het gebied van wonen, opleiding, werk en sociale contacten. Anders dan instituutszorg of zelfs 'gewone' ambulante GGZ-zorg, vragen maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie om de betrokkenheid van verschillende stakeholders, ieder participierend vanuit verschillende culturele achtergronden en financiële kaders. Een van de grootste uitdagingen bij de ontwikkeling van adequate maatschappelijke ondersteuning is het managen van deze organisatorische en intersectorale 'interfaces' (McDaid e.a., 2007).

Economische en sociale omstandigheden

De ontwikkeling van dergelijke 'maatschappelijke steunsystemen' vindt op dit moment plaats in de bredere context van een internationale economische recessie en van langere termijnen hervormingen van de zorgstelsels van veel West-Europese landen. Deze omstandigheden brengen extra risico's maar wellicht ook extra kansen met zich mee voor de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Economische

omstandigheden leiden tot een toenemende druk tot het beheersen en op onderdelen verlagen van de overheidsuitgaven. Tegelijkertijd bieden ze de gelegenheid om het economische belang van (investeringen in) sociale inclusie en participatie van zoveel mogelijk burgers voor het voetlicht te brengen, ook van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De liberalisering van de gezondheidszorg, die momenteel in veel landen gaande is, brengt het risico met zich mee van een focus van belanghebbenden op korte termijn financiële resultaten in plaats van op duurzame samenwerking en algemene volksgezondheids- en participatiedoelstellingen. Mits financiële prikkels de goede kant op wijzen, zou het ook innovaties kunnen bevorderen. Zo kan ook de huidige trend van individualisering van de gezondheidszorgfinanciering leiden tot een rigide oriëntatie op formele aanspraken en tot onderfinanciering van de zorg voor mensen met ernstige gezondheidsproblemen. Op de juiste manier ingezet kan het ook nieuwe kansen creëren voor de ontwikkeling van vraaggestuurde zorg.

Ook de groei van het aantal sectoren dat als gevolg van de deïstitutionalisering betrokken raakt bij de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, brengt zowel risico's als kansen met zich mee. De kansen liggen in het feit dat deze sectoren, met de hen ter beschikking staande middelen, potentiële bouwstenen zijn voor een omvattend en samenhangend steunsysteem. Risico's liggen in de fragmentatie van budgetten, verkokering van besluitvorming, het afschuiven van verantwoordelijkheden en hiaten in de dienstverlening. Deïstitutionalisering leidt ook vaak tot de verschuiving van verantwoordelijkheden en budgetten van de (doorgaans landelijk aangestuurde) zorgsector naar de (voornamelijk vanuit lokaal niveau aangestuurde) sociale sector. Dit schept mogelijkheden voor het engageren van organisaties in de sociale sector maar draagt ook het risico in zich van het weglekken van middelen naar andere doelgroepen of voorzieningen.

Kort gezegd dienen zich de nodige kansen aan en kan er veel gewonnen worden op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Maar er zijn ook veel belemmeringen en risico's. Landelijke sturing en coördinatie en landelijk beleid lijken zijn daarom cruciaal voor de resultaten van het deïstitutionaliseringsproces en voor de realisering van brede en effectieve ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Landelijke beleid staat daarom ook centraal in dit rapport.

1.3 Internationale vergelijking van nationaal beleid en nationale stelsels

In de het kader van de periodiek door het Trimbos-instituut (Ti) uitgebrachte Trendrapportages GGZ, verzocht het Ministerie van VWS het Ti in 2011 een themarapportage te maken over de ambulante zorg en de maatschappelijk ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen. Daarbij gaat het met name om die diensten (en die

voorwaarden) die nodig zijn om mensen met ernstige psychische aandoeningen in de gelegenheid te stellen een sociaal en maatschappelijk leven te leiden (met betrekking tot wonen, relaties, gezondheid, opleiding en werk), overeenkomstig hun wensen en voorkeuren. Overeengekomen werd dat de themarapportage zich vooral zou moeten richten op de stimulansen en belemmeringen voor de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning op het niveau van nationale zorgstelsels en nationaal beleid. Met name een internationale vergelijking zou behulpzaam kunnen bij de toekomstige Nederlandse beleidsontwikkeling.

Aanpak

De breedte van het onderwerp en beperkte tijd en middelen, noodzaakten tot een aantal scherpe keuzes met betrekking tot de aanpak van het project. Allereerst werd besloten dat een grondig inzicht in beleid en stelsels van een beperkt aantal landen de voorkeur had boven een oppervlakkige opsomming van de kenmerken van een lange reeks van landen. Ook werd besloten dat de landen die in het onderzoek betrokken zouden worden een maximale relevantie voor de Nederlandse situatie dienden te hebben in termen van a) maximale overeenkomst in economische en culturele achtergronden en b) maximale verscheidenheid in landelijk beleid en landelijke stelsels voor GGZ en maatschappelijke ondersteuning. Vastgesteld werd dat, naast Nederland zelf, Engeland en Denemarken goede kandidaten zouden zijn. De drie landen voldoen aan het eerste criterium maar verschillen tegelijk aanzienlijk van elkaar in termen van recente ontwikkelingen in en de actuele stand van zaken met betrekking tot beleid en voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning in het algemeen en intramurale capaciteit en de rol van lokale en nationale overheden in het bijzonder.

Verondersteld werd dat vooralsnog weinig representatieve en vergelijkbare kwantitatieve gegevens in de drie landen beschikbaar zouden zijn over de effectiviteit van de dienstverlening aan en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen (laat staan over causale verbanden met nationaal beleid en nationale zorgstelsel of GGZ-stelsels). Besloten werd de wel beschikbare kwantitatieve gegevens (bijvoorbeeld over het aantal bedden, de capaciteit van andere voorzieningen, het zorggebruik en de zorgkosten), uitsluitend te verzamelen ten behoeve van het inzicht in de respectievelijke nationale zorg- en GGZ-stelsels, maar niet voor benchmark doeleinden. Als belangrijkste informatiebron over de stimulansen die van nationaal beleid en zorgstelsels uitgaan voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie, werd ingezet op de ervaringen en perspectieven van stakeholders en sleutelpersonen in regionale netwerken van voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Met het oog op de belangrijke plek van deze ervaringen van lokale stakeholders en sleutelpersonen, werd besloten dat de inventarisatie zich zou moeten concentreren op de ervaringen in relatief innovatieve regio's of in regio's die in hun respectievelijke landen beschouwd worden als 'good practices' als het gaat om ambulante zorg, maatschappelijke ondersteuning en samenwerking tussen de GGZ en andere sectoren

(wonen, werk). Achterliggende gedachte is dat van diegenen die betrokken zijn bij innovatieve regio's of baanbrekende ontwikkelingen in het algemeen, te verwachten is dat zij de meeste en de meest waardevolle informatie kunnen verschaffen over de kansen en belemmeringen die zij tegenkomen bij de ontwikkeling van adequate zorg en voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning voorzieningen van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een regionale insteek biedt bovendien de gelegenheid een blik te werpen op de samenwerking en coördinatie binnen de respectievelijke regionale netwerken.

Besloten werd dat de stimulansen en belemmeringen die uitgaan van het nationale beleid en de nationale stelsels, bestudeerd zouden worden vanuit het perspectief van sleutelpersonen van één innovatieve regio per land. Ook werd overeengekomen dat, omwille van de vergelijkbaarheid, elk van deze drie regio's zou moeten bestaan uit een middelgrote stad en het direct omringende platteland. Bovendien zou de aanwezigheid in de regio van een potentiële onderzoekspartner nuttig zijn. Raadpleging van nationale experts aan de hand van deze criteria leidde uiteindelijk tot de keuze voor de regio Aarhus in Denemarken, de regio Nottingham in Engeland en de regio Alkmaar in Nederland. Onderzoekers en vertegenwoordigers van het *Centre of Psychiatric Research* van het Aarhus University Hospital, het *Nottingham Institute of Mental Health* en GGZ Noord-Holland-Noord werden benaderd en uitgenodigd deel te nemen aan het project. In nauwe samenwerking met deze partners, werden de onderzoeksvragen en de aanpak verder uitgewerkt.

Onderzoeksvragen

De volgende vier onderzoeksvragen werden geformuleerd met betrekking tot de deelnemende landen/regio's:

- a. Wat zijn de belangrijkste kenmerken van het nationale GGZ-stelsel en van het nationale beleid met betrekking tot de ambulante zorg, maatschappelijke ondersteuning en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen?
- b. Wat zijn de belangrijkste kenmerken van de regionale zorg- en ondersteuningsstructuren voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, in termen van de organisaties die erbij betrokken zijn, de rollen en de voorzieningen van deze organisaties en de capaciteit, financiering en coördinatie van deze voorzieningen? Wat maakt de regio's innovatief binnen hun respectievelijke nationale context?
- c. Wat zijn volgens vertegenwoordigers (sleutelpersonen) van de betrokken regionale organisaties de belangrijkste stimulansen en belemmeringen die van het nationale beleid en het nationale stelsel uitgaan voor de ontwikkeling van goede ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio?
- d. Wat kan volgens vertegenwoordigers (sleutelpersonen) van de betrokken regionale organisaties op landelijk niveau worden gedaan om de ontwikkeling van goede ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (nog meer) te stimuleren en faciliteren?

Op basis van de antwoorden op bovengenoemde vragen, moet het onderzoek uiteindelijk ook antwoord geven op de volgende twee algemene vragen:

- e. Welke overeenkomsten en welke verschillen doen zich tussen de landen/regio's voor wat betreft nationaal beleid, nationale stelsels, kenmerken van regionale zorg- en ondersteuningssystemen en de perspectieven van regionale sleutelpersonen op de stimulansen en belemmeringen voor goede ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning?
- f. Tot welke algemene conclusies en welke eventuele aanbevelingen voor toekomstig nationaal beleid met betrekking tot ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, leiden deze bevindingen?

Onderzoeksopzet

Voor het verzamelen van de benodigde informatie en gegevens, werd een opzet overeengekomen, die bestond uit drie stappen:

Fase 1: Context analyse (onderzoeksvragen a. en b.): oriëntatie op de kenmerken van nationale GGZ-systemen, nationaal inclusiebeleid en de zorg- en ondersteuningsstructuren in de respectievelijke regio's, door middel van:

- Interviews met nationale experts en document analyse van nationaal beleid en nationale stelsels. Met speciale aandacht voor onder andere het nationale GGZ-stelsel, intramurale en ambulante capaciteit, rolverdeling tussen lokale en nationale overheden, financiering, budgetten, zorgaanpakken en specifieke nationale stimuleringsmaatregelen op het gebied van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning.
- Interviews met de regionale onderzoekspartners, document analyse en gestructureerde dataverzameling (door de regionale onderzoekspartners) op basis van een korte checklist over de kenmerken van de regionale zorg- en ondersteuningsstructuren voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Met speciale aandacht voor intramurale en ambulante capaciteit, voor organisaties en voorzieningen op het gebied van wonen, sociale steun, opleiding en werk, voor de rol van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf ('hersteloriëntatie') en voor regionale samenwerking en coördinatie.

Fase 2: Inventarisatie en analyse van de landelijke stimulansen en belemmeringen voor de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning en inventarisatie van suggesties voor toekomstig beleid (onderzoeksvragen c. en d.). door middel van:

- Individuele interviews in de drie regio's met sleutelpersonen uit het lokale netwerk van organisaties voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning. In het bijzonder werden sleutelpersonen uitgenodigd die werkzaam zijn op het gebied van de langdurige geestelijke gezondheidszorg, herstelondersteunende zorg, huisvesting, opleidings- en arbeidsondersteuning, belangenbehartiging (cliëntenorganisaties) en zorginkoop en zorgcoördinatie. In de interviews werden kort de resultaten van de context analyse gecheckt. Vervolgens werd uitgebreider ingegaan op de perspec-

tieven van de sleutelpersonen op de kwaliteit van en eventuele tekortkomingen in de huidige regionale ondersteuningsstructuren, op de toekomstplannen en ambities met betrekking tot de verdere ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning in de regio, op stimulansen en belemmeringen die daarbij uitgaan van het landelijke beleid en het landelijke zorg- en GGZ-systeem en op suggesties voor toekomstige nationale beleidsmaatregelen.

- Een serie van drie afsluitende groepsinterviews in elk van de drie regio's, met de sleutelpersonen die aan de individuele interviewronde hebben deelgenomen. Met kort aandacht voor resterende witte vlekken in de tot dan toe verzamelde feitelijke informatie. En met een aansluitende uitgebreide inventarisatie van de (consensus over) de sterke en zwakke punten in het huidige nationale beleid en van de suggesties voor toekomstig beleid.

Fase 3: Analyse van de overeenkomsten in en verschillen tussen de resultaten in de respectievelijke landen/regio's en analyse van de algemene conclusies die hieruit getrokken kunnen worden (onderzoeksvragen e. en f.), door middel van:

- Presentatie van en consultatie over tussentijdse resultaten en voorlopige eindresultaten van het onderzoek binnen de projectgroep en met leden van een kleine externe adviescommissie (bestaande uit vertegenwoordigers van de WHO Europe en van de internationale onderzoeksgemeenschap op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen; zie bijlage).

Uitvoering

Onderzoeksactiviteiten werden uitgevoerd door leden van het projectteam, bestaande uit de onderzoekers van de vier samenwerkende organisaties. De onderzoekspartners in de respectievelijke regio's namen het voortouw in het verzamelen van de nationale en regionale gegevens en documenten, zorgden voor de basisinformatie over de regionale voorzieningen, selecteerden en benaderden de relevante regionale sleutelpersonen, assisteerden bij de organisatorische en inhoudelijke voorbereidingen van de groepsinterviews en participeerden in de analyse van de tussentijdse en eindresultaten. De onderzoekers van het Trimbos-instituut coördineerden het project, voerden alle interviews uit en stelden de tussentijdse rapportages en het eindrapport samen.

1.4 Opbouw van het rapport

De volgende drie hoofdstukken van het rapport gaan over de bevindingen in de respectievelijke drie landen en regio's. Achtereenvolgens komen Denemarken/Aarhus, Engeland/Nottingham en Nederland/Alkmaar aan bod. In elk hoofdstuk worden de volgende onderwerpen besproken:

- Kenmerken van het nationale GGZ-stelsel (voorzieningen, organisatie en financiering)
- Kenmerken van het nationale beleid met betrekking tot de GGZ, maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie
- Kenmerken en organisatie van voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio
- Perspectieven van regionale sleutelpersonen op het landelijke beleid

In het laatste hoofdstuk wordt een vergelijking gemaakt tussen de landen en de regio's en tussen de ervaringen, perspectieven en suggesties van de sleutelpersonen in de drie regio's. Deze vergelijking wordt gevolgd door een algemene analyse van de stimulansen en belemmeringen voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie en van de implicaties daarvan voor toekomstig beleid.

2 Denemarken - Aarhus

2.1 Het Deense GGZ-systeem

Het huidige GGZ systeem in Denemarken kan beschouwd worden als het resultaat van twee belangrijke ontwikkelingen. De eerste is een geleidelijk, langdurig proces van deïstitutionalisering. En de tweede is een radicale hervorming van gezondheidszorg in 2007, die leidde tot een overheveling van een groot deel van de verantwoordelijkheden voor de zorg naar gemeenten.

Wat betreft de deïstitutionalisering laten de cijfers zien dat het totale aantal psychiatrische bedden in Denemarken flink is gedaald gedurende de afgelopen 15 tot 20 jaar. Terwijl Denemarken volgens Priebe e.a. (2008) in 1990 nog 112 bedden per 100.000 inwoners telde, was dit aantal in 2005 gedaald tot 76 per 100.000 (of ongeveer 4000 in totaal). De WHO komt, gebruik makende van iets andere definities, tot aan daling van 92 bedden per 100.000 inwoners in 1991 tot 60 in 2007 (ongeveer 3200 in totaal). In beide gevallen komen de cijfers neer op een daling van de intramurale capaciteit met ongeveer een derde. Ook wijzen de cijfers in beide gevallen op een relatief lage psychiatrische intramurale capaciteit, vergeleken met andere West Europese landen (al heeft Denemarken, zoals verderop zal blijken, wel een relatief groot aantal residentiële voorzieningen c.q. voorzieningen voor beschermd wonen).

De tweede belangrijke factor in de totstandkoming van het huidige GGZ-systeem in Denemarken is een structurele hervorming in 2007. Vanaf 1976 tot 2007 werd het grootste gedeelte van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg georganiseerd en ook grotendeels gefinancierd vanuit één, relatief fijnmazige provinciale ordeningstructuur (vergelijkbaar met de zorgkantoorregio's in Nederland). Als gevolg van een omvattende bestuurlijke hervorming in 2007, vond een dubbele overheveling plaats. Een groot gedeelte van de GGZ werd overgedragen aan de gemeenten. Met name de sociale psychiatrie en de woonvoorzieningen kwamen onder de directe verantwoordelijkheid van de gemeenten te vallen. Het overgebleven gedeelte, aangeduid als het (intramurale en ambulante) curatieve deel van de 2^e lijns GGZ, kwam onder de verantwoordelijkheid van vijf regionale zorgautoriteiten en met name van de (psychiatrische) ziekenhuizen die door deze regionale zorgautoriteiten worden beheerd¹. De overheveling was zowel

1 De structurele hervorming van 2007 betrof feitelijk het Deense bestuurlijke systeem als geheel. Veertien betrekkelijk kleine provincies werden vervangen door vijf grote bestuurlijke regio's en het aantal gemeenten werd teruggebracht van een paar honderd tot 98. De bestuurlijke veranderingen rond de GGZ waren onderdeel van de gevolgen van deze bredere bestuurlijke hervorming voor de zorg als zodanig. Meer specifiek resulteerde de hervorming in de vijf nieuwe regionale zorgautoriteiten, die ieder een aantal ziekenhuizen beheren en de eerstelijnszorg in de regio financieren (waaronder huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers). De 98 gemeenten werden, naast de sociale psychiatrie, verantwoordelijk voor verpleeghuizen, gezinsverpleging, thuiszorg en verslavingszorg.

in kwantitatieve als in kwalitatieve zin van groot belang. In kwantitatieve zin leidde de hervorming tot een zeer significant aandeel van de gemeenten in de totale GGZ-uitgaven (circa een derde tot de helft). In kwalitatieve zin werden niet alleen gemeenten zeer belangrijke partners in de GGZ, ook leidde de hervorming ertoe dat de voorheen redelijk geïntegreerde sector van de gespecialiseerde GGZ, in tweeën werd gesplitst, in ieder geval wat betreft aansturing, beheer en financiering.

Als gevolg van de hervorming kunnen de huidige Deense GGZ-voorzieningen langs twee lijnen beschreven worden: regionaal versus lokaal aangestuurde voorzieningen. In het vervolg van deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van elk van deze twee sectoren (en de relaties ertussen). Ook wordt kort ingegaan op de rol van de 1^e lijns (geestelijke) gezondheidszorg.

Regionale GGZ

Elk van de vijf regionale zorgautoriteiten in Denemarken is verantwoordelijk voor de organisatie en het aanbod van gezondheidszorg in die regio. Als onderdeel daarvan is de regionale zorgautoriteit ook verantwoordelijk voor het 'behandel' gedeelte (het curatieve deel) van de GGZ. Dit houdt in: psychiatrische intramurale zorg en gespecialiseerde ambulante GGZ. Intramurale zorg wordt geboden door de psychiatrische ziekenhuizen. Ambulante zorg wordt geleverd vanuit poliklinieken die gehuisvest zijn op het terrein van het ziekenhuis of in ambulante GGZ-centra (Community Mental Health Centers).

Vanuit de poliklinieken dragen de regio's ook bij aan de sociaal psychiatrische zorg, maar alleen voor zover het de behandelaspecten daarvan betreft. Dit betekent dat professionals van de regionale GGZ soms huisbezoeken afleggen, maar dat de focus ook dan ligt op diagnostiek en (medicamenteuze) behandeling. In de praktijk komt huisbezoek met name voor in geval van verslechtering van de psychische toestand van de cliënt en voor een inventarisatie van de symptomen, beperkingen en ondersteuningsbehoeften. Regionale GGZ professionals stellen behandelplannen op in samenwerking met het psychiatrisch ziekenhuis en met de huisarts. Ook deze behandelplannen zijn hoofdzakelijk gericht op de lichamelijke en psychische toestand van de cliënt en op de actuele psychische problemen. Wanneer we kijken naar beroepsgroepen binnen de regionale GGZ, dan betreft het vooral psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig assistenten, psychiaters en andere medische of therapeutische specialisten. Het grootste gedeelte van de verwijzingen naar de regionale GGZ is afkomstig van de huisarts.

Gemeentelijke GGZ

De gemeenten in Denemarken zijn verantwoordelijk voor de algemene sociale voorzieningen. In 2007 werden verantwoordelijkheden toegevoegd met betrekking tot de huisvesting van mensen met ernstige psychische aandoeningen, dag- en nachtopvangvoorzieningen, sociaalpsychiatrische voorzieningen (uitgezonderd de behandelaspecten daarvan) en voorzieningen voor dagactiviteiten, sociale contacten en participatie

(inclusief school, werk en vrije tijd)². Gemeenten bieden deze voorzieningen hoofdzakelijk zelf, een kleiner deel wordt ingekocht bij de regio's, andere gemeenten of private instellingen. Cliënten van de gemeentelijke GGZ voorzieningen hebben doorgaans te kampen met ernstige en langdurige geestelijke gezondheidsproblemen, vaak ook met sociale problemen en soms met excessief middelengebruik. Het grootste gedeelte van de verwijzingen naar de gemeentelijke GGZ is afkomstig van de regionale GGZ.

Bij gemeentelijke woonvoorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen gaat het om verschillende soorten accommodaties, waaronder verpleeghuizen, beschermde woonvormen en verschillende 'tussenvoorzieningen'. Sommige van deze voorzieningen zijn dag en nacht bemenst, andere alleen overdag en 's avonds. Als gezegd telt Denemarken een relatief klein aantal traditionele psychiatrische bedden, maar een relatief groot aantal residentiële c.q. woonvoorzieningen, vergeleken met andere West-Europese landen. Priebe e.a. (2008) schatte het totale aantal plaatsen in residentiële voorzieningen en beschermende woonvormen voor mensen met psychische problemen in Denemarken op 87 per 100.000 inwoners in 2006 (wat neerkomt op een totaal van ongeveer 4500 plaatsen)³. Dit was het hoogste aantal van alle negen West-Europese landen in Priebe's overzicht. Dat overzicht laat bovendien zien dat dit aantal redelijk stabiel is geweest gedurende de laatste 15 tot 20 jaar (in 1990 lag het totaal aantal plaatsen in de woonvoorzieningen al op 82 per 100.000 inwoners). Deze al langer bestaande, stabiele en hoge capaciteit wijkt ook af van de situatie in veel andere landen, waar voorzieningen voor beschermd wonen eigenlijk nog nauwelijks bestonden in 1990 en zich pas vanaf toen begonnen te ontwikkelen.

Naast huisvesting, speelt sociaal psychiatrische (thuis)zorg een belangrijke rol in de gemeentelijke voorzieningen voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Een centrale plaats in deze voorzieningen (en binnen de gemeentelijke GGZ in zijn geheel) is weggelegd voor de sociaalpsychiatrisch werker (Mental Health Social Worker, MHSW). De sociaalpsychiatrisch werker heeft geen verpleegkundige maar een (relatief korte) sociaal-pedagogische opleidingsachtergrond. Voor de meeste cliënten met ernstige, langdurige psychische aandoeningen is de sociaalpsychiatrisch werker het primaire aanspreekpunt binnen de lokale GGZ. In de praktijk komt de sociaalpsychiatrisch werker regelmatig bij de cliënt op huisbezoek. Belangrijkste doelstellingen zijn het helpen van de cliënt bij het dagelijks leven en het bieden van sociale steun. Tot de concrete activiteiten van de sociaalpsychiatrisch werker behoren onder andere het bieden van assistentie bij het voeren van een huishouden, ondersteuning bij huisartsbezoek of bezoek van instanties, het motiveren van de cliënten om gebruik te maken van maatschappelijke voorzieningen of deel te nemen aan werk of dagactiviteiten en het helpen oefenen van sociale vaardigheden. Doelen en ondersteuningsactiviteiten worden vastgelegd in een actieplan, opgesteld in overleg met de cliënt.

2 Sommige gemeenten (waaronder Aarhus) hadden voor 2007 al enkele basisvoorzieningen voor mensen met psychische problemen ontwikkeld.

3 De totale capaciteit van de intramurale- en verblijfsvoorzieningen in Denemarken bedraagt daarmee ongeveer 8.000 plaatsen ofwel 145 plaatsen per 100.000 inwoners.

Een derde onderdeel van het gemeentelijke GGZ systeem bestaat uit voorzieningen voor dagactiviteiten, sociale contacten, opleiding, arbeidsrehabilitatie en (beschut) werk. Doorgaans gaat het hierbij om en grote verscheidenheid aan kleinschalige lokale projecten (zie ook paragraaf 2.3).

Ambulante GGZ-centra

De regionale GGZ en de gemeentelijke GGZ zijn twee verschillende systemen. Dat betekent echter niet dat ze volledig gescheiden van elkaar opereren. Feitelijk zijn, deels om historische redenen, grote delen van beide systemen vertegenwoordigd in gezamenlijke lokale, ambulante GGZ-centra (Community Mental Health Centers). Een extrapolatie van de regionale gegevens over 2009 uit Aarhus (zie paragraaf 2.3), laat zien dat in die tijd circa een derde van de medewerkers van de ambulante GGZ-centra afkomstig was van de regionale GGZ en twee derde van de gemeentelijke GGZ. Ook is er een overlap in de cliëntenpopulaties van de regionale en de gemeentelijke GGZ. Met name een aanzienlijk deel van de cliënten met ernstige of langdurige psychische problemen ontvangt zorg en ondersteuning van zowel gemeentelijke als regionale voorzieningen. Gezamenlijke planning en gezamenlijke overeenkomsten tussen de regio's en de gemeenten zijn bovendien belangrijke financieringsvoorwaarden binnen het Deense stelsel (zie paragraaf 2.2).

Eerstelijnszorg

Naast de gespecialiseerde regionale en gemeentelijke GGZ-systemen, spelen ook huisartsen en vrijgevestigde psychiaters en psychologen een rol in de Deense GGZ. Met name huisartsen verzorgen vaak de nazorg (en 'voorzorg') bij cliënten met chronische psychische aandoeningen. De huisartsen spelen ook een centrale rol bij verwijzingen naar de regionale tweedelijns GGZ, ook bij klinische opnames en bij dwangbehandeling.

Extrapolatie van de puntprevalenties in de regio Aarhus (paragraaf 2.3), laat zien dat er op elke 100 cliënten van de gemeentelijke GGZ, een geschatte 150 cliënten zijn in de regionale GGZ, 275 cliënten van vrijgevestigde psychiaters en (vooral) psychologen en 400 cliënten die voor hun psychische aandoeningen geholpen worden door de huisarts (deels overlappende populaties). De geschatte aandelen van de gemeentelijke GGZ, de regionale GGZ en de eerstelijns GGZ in de totale GGZ-uitgaven (exclusief huisartsen) bedragen respectievelijk 40%, 55% en 5%.

Financiering

Het Deense zorgstelsel is een grotendeels publiek stelsel, gebaseerd op het principe dat gezondheidszorg vrij en gelijkelijk toegankelijk moet zijn voor alle burgers. Aanspraken zijn gespecificeerd in de nationale ziektekostenverzekering. De gezondheidszorg zelf wordt gefinancierd vanuit belastinggelden. Tot 2007 werd het budget voor gezondheidszorg verkregen uit verschillende belastingen. In 2007 werd de belastingheffing voor gezondheidszorg geconcentreerd in één vanuit de centrale overheid geïnde

inkomstenbelasting, geoormerkt voor gezondheidszorg en vastgesteld op 8% van het belastbaar inkomen. De centrale overheid verdeelt de inkomsten over de vijf regio's (80%) en de 98 gemeenten (20%) op basis van risk-adjusted capitation, aangevuld met een kleiner deel productie-gerelateerde financiering.

Binnen de GGZ is met name de regionale GGZ in hoofdzaak afhankelijk van overheidsmiddelen (de regio zelf int geen belastingen). De hoogte van de budgetten wordt elk jaar vastgesteld op basis van productieschattingen in termen van Disease Related Groups (DRG's; vergelijk de DBC's in Nederland). De gemeentelijke GGZ is voor een deel eveneens afhankelijk van landelijke overheidsmiddelen, maar gemeenten innen ook zelf belastingen. Zowel de regio's als de gemeenten hebben een relatief grote mate van vrijheid in de besteding van de middelen. Ook wat betreft het deel van het (zorg) budget dat wordt uitgegeven aan de GGZ in het algemeen en aan specifieke GGZ-voorzieningen (er zijn geen afzonderlijke, geoormerkte GGZ-budgetten⁴). Nationale richtlijnen schrijven in algemene termen voor welke zorg geleverd moet worden, maar niet de omvang of capaciteit van de betreffende voorzieningen. Dit betekent dat de omvang en capaciteit van (GGZ-)voorzieningen voor een belangrijk deel afhankelijk zijn van de resultaten van periodieke onderhandelingen op regionaal en gemeentelijk niveau.

Capaciteit en budgetten van specifieke regionale en lokale voorzieningen zijn dus niet landelijk voorgeschreven. Wel zijn individuele aanspraken op behandeling en ondersteuning vastgelegd. Ook is een aantal landelijke maatregelen ingevoerd om te bevorderen dat die aanspraken zo goed mogelijk geëffectueerd kunnen worden. Eén van die maatregelen is dat gemeenten moeten betalen voor een verlengde psychiatrische ziekenhuisopname van cliënten die ontslagen zouden kunnen worden als geschikte sociaal psychiatrische of residentiële zorg voor hen beschikbaar zou zijn. (In de praktijk draagt deze maatregel ertoe bij dat 5 tot 15 % van de totale inkomsten van de regionale GGZ afkomstig is van de gemeenten.)

Volgens de WHO neemt de GGZ in Denemarken ongeveer 7.5% van de totale gezondheidszorguitgaven voor zijn rekening (WHO, 2008). Dit zou betekenen dat de totale GGZ uitgaven in 2008 naar schatting 1.250 miljoen euro bedragen, ofwel ongeveer 230 euro per inwoner.

4 Alleen in de twee jaar na de structurele hervorming van 2007, waren de gemeenten verplicht de budgetten voor sociale psychiatrie op het niveau te houden van voor de hervorming.

2.2 Deens nationaal beleid rond zorg, ondersteuning en inclusie

Veel van het Deense beleid met betrekking tot voorzieningen voor mensen met (ernstige) psychische problemen kan worden afgeleid uit het voorgaande. Centraal staan de al langer bestaande beleidsdoelstelling van deïstitutionalisering en de meer recente bestuurlijke decentralisering van de zorg.

In de afgelopen jaren zijn enkele nieuwe landelijke GGZ beleidsdocumenten gepubliceerd door de Deense nationale overheid, waaronder de *Nationale Strategie voor de Psychiatrie* ('National Strategi for Psykiatri'; Sundhedsstyrelsen, 2009a) en het *Actieplan voor de Psychiatrie* ('Handlingsplan for psykiaktri'; Sundhedsstyrelsen, 2009b). De actuele beleidsdoelstellingen, zoals beschreven in deze documenten, lijken in hoofdzaak voort te bouwen op eerder beleid, zij het met enkele nieuwe accenten. Die doelstellingen kunnen worden samengevat als het verbeteren van de toegankelijkheid van de GGZ, het bevorderen van de professionele zorgkwaliteit en het bevorderen en faciliteren van de participatie van mensen met psychische aandoeningen.

De beschikbaarheid van voldoende GGZ capaciteit is een aandachtspunt geworden als gevolg van indicaties dat de groei van het totale landelijke GGZ budget in de afgelopen jaren lager is geweest dan de groei van de totale zorguitgaven. Gesignaleerd wordt dat de toegang tot de GGZ onder druk staat. De kwaliteit van zorg moet volgens de beleidsplannen vooral worden verbeterd door middel van professionele standaarden en investeringen in onderzoek (in het bijzonder naar klinische interventies). Zoals de titels van de beleidsdocumenten al suggereren, lijkt de psychiatrische professie een relatief sterk stempel te hebben gedrukt op met name deze kwaliteitsparagraaf van het nationale GGZ beleid. Vanuit deze achtergrond wordt ook nadruk gelegd op verspreiding van kennis over psychische aandoeningen en op preventie.

Landelijk perspectief op sociale inclusie

Naast toegankelijkheid en professionele kwaliteit, is de participatie van mensen met psychische problemen een centraal thema in de recentere landelijke beleidsdocumenten. Vastgesteld wordt dat de samenleving een verantwoordelijkheid heeft tegenover mensen met psychische problemen en dat cliënten meer en betere kansen moeten krijgen om te herstellen. Mensen met psychische problemen moeten ook veel meer gelegenheid krijgen te participeren. Daarom moet de houding tegenover mensen met psychische problemen veranderen. Autonomie en zelfbeschikking moeten volgens de beleidsdocumenten leidende principes worden bij de ondersteuning van betrokkenen. Ook moet gewaarborgd worden dat mensen met psychische problemen omvattende steun krijgen bij hun functioneren op psychisch, sociaal én maatschappelijk gebied (waaronder school of werk). Daarvoor is samenwerking en coördinatie nodig, niet alleen binnen de GGZ, maar ook over de grenzen van de verschillende sectoren heen. Sociale voorzieningen en andere zorgsectoren worden uitgenodigd om samen te werken aan de totstandkoming

van een breed, goed georganiseerd stelsel van voorzieningen voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen. Nadruk wordt gelegd op het belang van coördinatie, continuïteit en betrokkenheid en op transparante afspraken over samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheden van de verschillende actoren.

Beleidsmaatregelen

In de afgelopen jaren zijn verscheidene beleidsmaatregelen genomen die dit inclusie- en participatiebeleid moeten helpen implementeren. Deze maatregelen variëren van de introductie van individuele- of groepsaanspraken tot innovatiefondsen en het stimuleren van samenwerking tussen zorgverleners op individueel en lokaal niveau.

Specifieke aanspraken zijn geïntroduceerd op het gebied van werk, opleiding en huisvesting. Rond werk zijn er speciale regelingen voor banen met een 'beschermde' of 'flexibele' status (voor werknemers met een beperkt arbeidsvermogen). Volgens een relatief nieuwe wet zijn bedrijven ook verplicht om een bepaald aantal mensen met een psychische beperking in hun organisatie aan te stellen. Mensen met psychische problemen hebben daarnaast toegang tot speciale opleidingsprogramma's. Verder hebben mensen met psychische (of sociale) problemen, als klant van gemeentelijke sociale voorzieningen, een eerste recht op een kwart van alle woningen in de publieke woningsector.⁵

Zorgcoördinatie is onder andere een belangrijk element van de Geestelijke Gezondheidswet. Volgens deze wet is coördinatie verplicht bij de planning van individuele voorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen. Meer specifiek moet een individueel, geïntegreerd coördinatieplan rond de psychische zorg en sociale ondersteuning worden opgesteld. In dit coördinatieplan worden de taken en rollen van alle betrokken professionele hulpverleners geformaliseerd (waaronder zowel professionals vanuit de gemeenten als professionals vanuit de regio)⁶.

Coördinatie van voorzieningen op geaggregeerd niveau wordt onder andere gestimuleerd door de verplichte *Gezondheidsvereenkomst*. In deze overeenkomst worden de plannen van de regio's en de gemeenten geformuleerd en op elkaar afgestemd. De Gezondheidsvereenkomst wordt elke vier jaar opgesteld. Hij moet worden goedgekeurd door de nationale autoriteiten en heeft consequenties voor de toedeling van regionale en lokale budgetten. Een verwante maatregel, die in de vorige paragraaf al werd genoemd, betreft de verplichting aan gemeenten om te betalen voor een verlengde psychiatrische ziekenhuisopname, wanneer adequate sociaal psychiatrische of residentiële zorg een goed alternatief zou zijn, maar niet beschikbaar is. Deze maatregel is bedoeld om gemeenten te stimuleren om samen te werken met de regio's in

5 Op sommige plaatsen – waaronder Aarhus – zijn er ook samenwerkingsovereenkomsten tussen woningbouwverenigingen en de GGZ rond de ondersteuning van huurders met ernstige psychische problemen.

6 De coördinatieplannen hebben wel een relatief beperkte geldigheidsduur (6 of 12 maanden). In de praktijk worden ze vaak opgesteld bij ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis.

het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnamen en om te voorzien in voldoende, toegankelijke en adequate sociale en maatschappelijke ondersteuning.

Naast bovengenoemde structurele maatregelen, zijn ook enkele speciale (tijdelijke) nationale projecten relevant. Een voorbeeld is de landelijke campagne om stigma te bestrijden. Een ander belangrijk voorbeeld is een omvangrijk vierjarig project gericht op het tegen gaan van dakloosheid in de grote steden. Acht steden krijgen tijdelijk extra middelen om dakloosheid te voorkomen en tegen te gaan en om interventies te implementeren die door het nationale Sociale Onderzoeksinstituut zijn geïdentificeerd als evidence-based.

We kunnen voorts concluderen dat maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, centrale thema's zijn in het Deense nationale beleid. In paragraaf 2.4 worden de oordelen van de geraadpleegde experts en sleutelpersonen over de effectiviteit van dit beleid en van de verschillende beleidsinstrumenten besproken. Maar eerst geven we een overzicht van de voorzieningen en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Aarhus.

2.3 Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Aarhus

Aarhus is een gemeente in de regio Centraal Jutland (in het Deens: Region Midt). De gemeente bestaat uit de stad Aarhus - de een na grootste stad in Denemarken - en zijn direct omliggende platteland. Wanneer in het rapport gesproken wordt over Aarhus, wordt de gemeente bedoeld (tenzij anders vermeld).

De gemeente Aarhus heeft in 2010 ongeveer 307.000 inwoners waarvan er 240.000 in de stad wonen. De gemeente bestrijkt 468 km² (655 inwoners per km²). Vergeleken met de totale Deense bevolking, heeft Aarhus een relatief groot aantal inwoners in de lagere inkomenscategorieën, maar ook een relatief groot aandeel hoogopgeleide inwoners, een combinatie die waarschijnlijk samenhangt met het feit dat Aarhus een universiteitsstad is. Aarhus telt ook relatief weinig ouderen en relatief veel inwoners in de leeftijdscategorie van 19-64 jaar.⁷

Geestelijke gezondheidszorg in Aarhus

GGZ stelsels zijn constant in beweging en dit geldt in het bijzonder voor de GGZ in Aarhus (zie ook Aagaard e.a., 2008). Het is goed om te realiseren dat de beschrijving in deze paragraaf een momentopname is van de situatie in 2009-2010. Waar mogelijk benoemen we ook relevante ontwikkelingen die sindsdien nog hebben plaatsgevonden.

7 De omvang van de leeftijdsgroepen is: 65.000 (21 %) <19 jaar, 202.000 (66 %) 19-65 jaar en 40.000 (13 %) > 65 jaar.

In het algemeen en overeenkomstig met het Deense GGZ stelsel, is de GGZ in Aarhus georganiseerd langs de lijnen van een regionaal aangestuurde curatieve GGZ, een gemeentelijk aangestuurde sociaal psychiatrie en de eerstelijns GGZ. In deze paragraaf zullen we de regionale GGZ ook wel aanduiden met de term tweedelijns GGZ.

Deze tweedelijns GGZ wordt in Aarhus geleverd door het Aarhus Universiteitsziekenhuis (Aarhus University Hospital, AUH), beheerd en bestuurd door de zorgautoriteit van de regio Centraal Jutland. Het verzorgingsgebied van het ziekenhuis bestrijkt een gebied dat iets groter is dan de gemeente Aarhus⁸. Het Aarhus Universiteitsziekenhuis biedt klinisch psychiatrische voorzieningen op het ziekenhuisterrein en ambulante GGZ-voorzieningen, eveneens op ziekenhuisterrein en tot voor kort in een aantal ambulante GGZ centra. Ambulante voorzieningen op het ziekenhuisterrein zijn georganiseerd in gespecialiseerde klinieken voor schizofrenie, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen, suïcidepreventie en neuropsychiatrie. De in de stad verspreide ambulante GGZ centra bieden algemene ambulante geestelijke gezondheidszorg en werden tot nu toe voor het merendeel in samenwerking met de gemeentelijke GGZ bemenst.

Belangrijke kanttekening is dat de betrokkenheid van het Aarhus universiteitsziekenhuis bij de ambulante GGZ centra momenteel afneemt en dat de regionale ambulante psychiatrie geleidelijk teruggetrokken wordt op het ziekenhuisterrein. Parallel hieraan ontwikkelt het ziekenhuis plannen voor het opzetten van een eigen mobiel psychiatrisch verpleegkundigen team, dat cliënten tijdelijk kan ondersteunen in de weken en maanden na ontslag uit het ziekenhuis. (Achtergronden en consequenties van deze recente ontwikkelingen komen verderop aan bod.)

In 2009 telde de intramurale psychiatrie voor volwassenen (> 18 jaar) in Aarhus een gemiddelde van 162 bezette bedden (puntprevalentie; inclusief 14 bedden voor de leeftijdscategorie 65+). Dat komt neer op 53 bezette bedden per 100.000 volwassenen in de gemeente Aarhus. Dat is een relatief lage capaciteit naar Deense maatstaven. Het totale aantal opnames van volwassenen bedroeg 3.446 (inclusief 262 opnames voor de leeftijdscategorie 65+). De gemiddelde opnameduur bedroeg 17 dagen.

In personele termen heeft het Aarhus Universiteitsziekenhuis een capaciteit van 727 fte (196 per inwoner van de gemeente; gegevens uit 2009). Daarvan werkt circa 200 fte bij de forensische en geronto psychiatrische afdelingen, de andere 500 bij de reguliere psychiatrische ziekenhuisafdelingen, de ambulante GGZ centra en de gespecialiseerde klinieken. Iets meer dan de helft van deze 500 fte is verbonden aan de intramurale voorzieningen van het ziekenhuis.

8 Voor enkele specifieke patiëntengroepen – geronto-psychiatrische patiënten en vooral forensisch psychiatrische patiënten – is het verzorgingsgebied groter dan het dan voor de ‘reguliere’ cliëntèle.

Tabel 2.1 Medewerkersbestand van het Aarhus universiteitsziekenhuis (full time equivalenten)

	N	%
Psychiatrisch verpleegkundigen	172	24
Assistent verpleegkundigen	216	29
Artsen / psychiaters	83	11
Psychologen	63	9
Fysiotherapeuten, arbeidstherapeuten en maatsch. werkers	87	12
Overige academici	7	1
Medisch secretaressen	57	8
Technici, catering- en schoonmaakpersoneel	24	3
Kantoorpersoneel	13	2
Overig	7	1
Totaal	727	100

Tabel 2.1 laat zien dat meer dan de helft van de GGZ medewerkers van het Aarhus Universiteitsziekenhuis bestaat uit psychiatrisch verpleegkundigen en assistent verpleegkundigen. Voor het overige bestaat het personeel vooral uit artsen/psychiaters en psychologen.

Naast het universiteitsziekenhuis (onder beheer van de regionale zorgautoriteit), biedt de gemeente Aarhus GGZ-voorzieningen, in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Deze voorzieningen bestaan uit niet-curatieve residentiële zorg, niet-curatieve sociaal psychiatrische zorg en verschillende ondersteuningsprojecten en voorzieningen rond participatie en dagbesteding.

De gemeentelijke residentiële zorg wordt geleverd vanuit in totaal 27 accommodaties. Deze variëren van basale bed, bad en brood voorzieningen en verzorgingshuizen tot beschermende woonvormen, 'tussenvoorzieningen' ('halfway houses') en geclusterde individuele appartementen met ondersteuning in de directe nabijheid. Niet al deze voorzieningen zijn specifiek gericht op mensen met psychische problemen als zodanig, maar veel van de bewoners behoren wel tot deze categorie. Sommige voorzieningen richten zich specifiek op daklozen (de gemeente Aarhus voert een serie projecten uit, gefinancierd vanuit het eerdergenoemde, tijdelijke nationale stimuleringsfonds ter bestrijding van dakloosheid - zie paragraaf 2.2). Andere richten zich op bijzondere doelgroepen zoals adolescenten of mensen met een dubbele diagnose. In 2010 werd een puntprevalentie gemeten van 307 bewoners/gebruikers van residentiële voorzieningen in Aarhus (circa 100 per 100.000 inwoners in de gemeente Aarhus). Het beleid van de gemeente is overigens om dit aantal terug te brengen, onder andere door het bevorderen van de uitstroom, door individuele aanspraken op residentiële ondersteuning in tijd te limiteren en door de invoering van het 'Housing first' principe.

De algemene sociaal psychiatrische zorg wordt voornamelijk geleverd door sociaalpsychiatisch werkers (Mental Health Social Workers), die zijn gestationeerd in de ambulante GGZ centra. Net zoals in de rest van Denemarken is de sociaalpsychiatisch werker in Aarhus vaak de belangrijkste contactpersoon voor mensen met ernstige psychische problemen. Activiteiten zijn voornamelijk gericht op huisbezoek, hulp bij het dagelijks leven, sociale steun en hulp bij het ontwikkelen van sociale vaardigheden. Acute ambulante zorg en crisisinterventie 's nachts en in het weekend wordt geleverd door het - naar verluidt voor Denemarken unieke - 'Acute and Assertive team' (aangestuurd door de gemeente maar mede gefinancierd door de regio). Teamleden zijn sociaalpsychiatrische werkers die naast hun periodieke diensten in het 'Acute team' een aanstelling hebben in de 'reguliere' gemeentelijke GGZ. Outreachende hulpverlening wordt in Aarhus voornamelijk geleverd vanuit een aantal van de eerdergenoemde residentiële voorzieningen en daklozenprojecten.

Gemeentelijke ondersteuning op het gebied van sociale participatie wordt vooral geboden door middel van algemene dagactiviteitencentra en ontmoetingscentra. Maar Aarhus telt ook een reeks specifieke projecten op het gebied van werk, opleiding en participatie. Deze voorzieningen en projecten komen verderop uitgebreider aan bod.

In 2009 bedroeg het totale medewerkersbestand van de gemeentelijke GGZ 483 fte (157 fte per 100.000 inwoners). Tabel 2.2 laat zien dat dit medewerkersbestand bijna volledig bestaat uit sociaalpsychiatisch werkers. Ongeveer 45 % van de medewerkers is werkzaam bij de residentiële voorzieningen, 35 % in de sociaalpsychiatrische zorg en 20% bij de dagactiviteiten- en ontmoetingscentra.

Tabel 2.2 Medewerkersbestand van de gemeentelijke GGZ in Aarhus (full time equivalenten).

	N	%
Sociaalpsychiatisch werkers	418	88
Psychiatrisch verpleegkundigen	11	2
Administratieve functies	32	6
Overig	22	4
Totaal	483	100

Behalve het universiteitsziekenhuis en de gemeente zijn in Aarhus ook nog 203 fte huisartsen (66 per 100.000), 57 fte vrijgevestigde psychologen (18 per 100.000) en 10 vrijgevestigde psychiaters (3 per 100.000) actief in de geestelijke gezondheidszorg voor inwoners met psychische problemen.

De geschatte totale uitgaven in 2009 aan de curatieve (regionale) en sociaalpsychiatrische (gemeentelijke) GGZ voor volwassenen (19-64 jaar) in Aarhus komen uit op 71 miljoen euro (351 euro per inwoner). Ongeveer 58% (43 miljoen euro) van deze uitgaven betreft de curatieve GGZ-voorzieningen (ambulant en intramuraal) van het

universiteitsziekenhuis en 38% (29 miljoen euro) de sociaalpsychiatrische, gemeentelijke zorg. De geschatte totale uitgaven in 2009 aan de eerstelijns GGZ (exclusief de huisartsen) voor volwassenen (19-64 jaar) in Aarhus zijn 5 miljoen euro (23 euro per inwoner).

GGZ cliënten in Aarhus

Tabel 2.3 geeft een overzicht van het aantal volwassenen (19-64 jaar) in Aarhus dat op enig moment in 2009 gebruik maakte van de GGZ. Daarbij zij opgemerkt dat er een aanzienlijke overlap bestaat in de cliëntenpopulaties van de verschillende voorzieningen. Ongeveer 30% van de 2100 cliënten van de ambulante GGZ centra heeft contact met de gemeentelijke sociale psychiatrie en ongeveer 25 % heeft contact met de gemeentelijke dagactiviteiten- en ontmoetingscentra. Allen hebben ook contact met de huisarts. Feitelijk krijgen de *gemeentelijke* voorzieningen de meeste van hun cliënten via de *regionale* psychiatrie. De jaarlijkse GGZ-instroom via de regionale GGZ wordt geschat op 3500 cliënten. Schattingen van het totale aantal cliënten (puntprevalentie) in de regionale en gemeentelijke GGZ komen ook uit op 3500 (of 1750 per 100.000 inwoners).

Tabel 2.3. Geschatte puntprevalenties van volwassen (19-64 jaar) inwoners van Aarhus die gebruik maakten van de GGZ in 2009.

	N	Per 100.000
Tweedelijns GGZ (regionale zorgautoriteit)		
Psychiatrisch ziekenhuis	150	75
Specialistische ambulante klinieken	500	250
Ambulante GGZ centra	2100	1150
Gemeentelijke GGZ		
Residentiële zorg	250	125
Sociale psychiatrie en ondersteuning bij participatie	1250	625
Eerstelijns GGZ		
Vrijgevestigde psychiaters	1000	500
Vrijgevestigde psychologen	3000	1000
Huisartsen	6000	3000

Ongeveer een derde van de cliënten van de regionale GGZ kan worden omschreven als langdurige regionale GGZ cliënten (meer dan twee jaar onafgebroken contact met de regionale psychiatrie). Deze groep telt iets minder dan 1% van de volwassen inwoners van de gemeente Aarhus. Van de cliënten van de gemeentelijke GGZ, is iets meer dan de helft een langdurige gebruiker van gemeentelijke GGZ-voorzieningen (meer dan twee jaar onafgebroken contact). Aangenomen wordt dat met name onder deze langdurige GGZ-gebruikers een grote overlap bestaat in de cliëntenpopulaties van de regio en de gemeente.

Voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en participatie in Aarhus

Aarhus heeft een traditie en wordt gezien als een voorloper op het gebied van sociale voorzieningen en maatschappelijke steun voor kwetsbare mensen. Samenwerking op dit gebied tussen de gemeente en de GGZ dateert ook al van ver voor de structurele hervorming van 2007. Door de jaren heen is een reeks van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning ontwikkeld. Die voorzieningen betreffen de bovenbeschreven residentiële zorg, maar ook voorzieningen op het gebied van zorg aan huis, sociale steun, dagactiviteiten, werk en onderwijs. Veel van deze activiteiten zijn geïnitieerd vanuit de GGZ of vanuit de gemeente. Maar ook cliëntenorganisaties en gemeentelijke afdelingen voor welzijn en werk zijn erbij betrokken.

Door de gemeentelijke GGZ worden recreatieve, educatieve en arbeidsmatige voorzieningen geboden vanuit ongeveer tien locaties door in totaal ongeveer 150 medewerkers. Activiteiten- en ontmoetingscentra spelen een centrale rol. De centra worden wekelijks bezocht door ongeveer 400 cliënten, waaronder 200 langdurige GGZ-cliënten (meer dan twee jaar cliënt van de sociale psychiatrie). Daarnaast is een reeks van specifieke projecten en voorzieningen ontwikkeld. Voorbeelden op het gebied van netwerkontwikkeling zijn het *Familie Netwerk* project, waarbij cliënten in contact worden gebracht met gezinnen, waar op regelmatige basis ontmoetingen mee plaatsvinden; en het *Flexbo* project, met een gespecialiseerd aanbod voor cliënten die ernstige problemen ondervinden bij het aangaan van (sociale) relaties. Binnen het project van de *Netwerk groep* wordt geprobeerd de voorkeuren en mogelijkheden van cliënten op het gebied van werk en opleiding systematisch te verhelderen. Beschutte werkplekken in Aarhus worden geboden door het lokale 'Fountain House', dat werk en opleiding biedt aan ongeveer 25 langdurige GGZ cliënten, en het 'Bosrand'-project, dat plaats biedt aan ongeveer 30 langdurige GGZ-cliënten.

Een belangrijke voorziening op het gebied van onderwijs is het CSO (het Centrum voor Speciaal Onderwijs), dat groeps- en individuele onderwijsondersteuning biedt aan volwassenen met een psychische kwetsbaarheid. Het onderwijscentrum dankt zijn bestaan aan de nationale wet voor speciaal onderwijs (zie paragraaf 2.2). Het centrum heeft 17 medewerkers en telde in 2009 circa 400 studenten. Ongeveer de helft daarvan (200) heeft al tenminste twee jaar contact met de GGZ.

Een belangrijke gemeentelijke organisatie op het gebied van arbeidsintegratie is de ARK, een afdeling van arbeidsconsulenten, die werkt voor het gemeentelijke departement voor sociale zaken en het departement voor werkgelegenheid. Vanuit deze afdeling zijn verschillende projecten opgezet om mensen met psychische of sociale problemen terug te leiden naar een reguliere betaalde baan. De ARK maakt daarvoor gebruik van een uitgebreid netwerk van bedrijven. De projecten zijn gebaseerd op de IPS-methode. Na een grondige verkenning van de wensen en ondersteuningsbehoeften van de cliënt, proberen de consulenten het juiste bedrijf voor de cliënt te vinden. Zodra de cliënt een baan heeft, wordt hij of zij continu op de werkplek gecoacht.

Naast bovengenoemde GGZ- en gemeentelijke voorzieningen, zijn er verschillende cliëntgestuurde activiteiten en werkprojecten in Aarhus. Een belangrijke, onafhankelijke cliëntgestuurde organisatie is Gallo. Deze organisatie, gefinancierd vanuit verschillende gemeentelijke en nationale fondsen, biedt aan ongeveer 150 mensen begeleid werk en vrijwilligerswerk. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om banen in de voorlichting en in de catering (een aantal kantines en cliënten cafés - ook toegankelijk voor het algemene publiek - in het stadscentrum). Een landelijke GGZ cliënten- en familieorganisatie met de naam Sind is ook actief in Aarhus, waar het een aantal dagactiviteiten-, onderwijs-, en werkprojecten heeft ontwikkeld, waaronder een particulier bedrijf dat banen creëert voor mensen met psychische problemen.

Van bijzonder belang voor de recente ontwikkelingen in de maatschappelijke ondersteuning in Aarhus, is het herstelprogramma dat in de gemeentelijke GGZ van start is gegaan kort na de structurele hervorming van 2007 (toen de sociaal psychiatrische voorzieningen overgedragen werden van de provincie naar de gemeente). Het programma bevatte een uitgebreide, verplichte cursus voor alle gemeentelijke GGZ hulpverleners (van arbeidsconsulenten tot medewerkers van de dagopvang) in de principes en praktijk van herstelgerichte zorg, een programma voor kennisdisseminatie over 'best practices' en een verbeterprogramma. Vanuit de overweging dat herstel vooral gaat over de perspectieven en ervaringen en over de empowerment van mensen met psychische problemen zelf, werden cliëntenorganisaties bij verschillende stadia van het project betrokken. Cliëntenorganisaties namen deel aan de stuurgroep, de projectorganisatie en het onderwijsprogramma. Overigens hadden professionele managers en adviseurs de leiding bij de vormgeving en de coördinatie van het project en bij het cursusaanbod aan de GGZ werknemers. De conclusie van een recente evaluatie van het herstelprogramma luidde dat er veel positieve resultaten zijn behaald (zie ook paragraaf 2.4). Tegelijk werd geconcludeerd dat in de volgende fase van het programma een accentverschuiving zou moeten plaatsvinden van de aanvankelijke bestuurlijke en professionele 'top-down' benadering, naar een 'bottom-up' benadering, waarbij de ervaringen van hulpverleners en met name van cliënten in het dagelijkse leven en in de dagelijkse praktijk worden uitgewisseld. Deze bevindingen zijn meegenomen in het strategisch plan voor de komende jaren.

Samenwerking en coördinatie

Aarhus kent geen functionaris of instelling die specifiek (en met het benodigde mandaat) belast is met de organisatie en coördinatie van de verschillende voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen. De huidige organisatie van de zorg en ondersteuning kan worden omschreven als een relatief open netwerk, dat zich ontwikkeld heeft vanuit een relatief lange en sterke traditie van lokale samenwerking. In het verleden heeft de GGZ nauwe banden ontwikkeld met andere gemeentelijke sectoren, de woningsector en bijvoorbeeld ook de politie. Ook heeft zich gaandeweg de samenwerking ontwikkeld tussen de GGZ en cliëntenorganisaties, bijvoorbeeld rond voorlichtingscampagnes voor het algemene

publiek (een van de resultaten is een jaarlijkse 'Dag van de Geestelijke Gezondheid' in het gemeentehuis, georganiseerd en geleid door GGZ-cliënten en -medewerkers en toegankelijk voor het algemene publiek). Binnen het GGZ-stelsel zelf zijn enkele gezamenlijke voorzieningen opgezet door de regionale en gemeentelijke GGZ (bijvoorbeeld het crisis team).

Daarnaast zijn er een paar afspraken en instrumenten die de lokale samenwerking rond de zorg voor mensen met psychische problemen ondersteunen. Eén van deze afspraken betreft een maandelijks bijeenkomst van vertegenwoordigers (op operationeel niveau) van een kerngroep van samenwerkingspartners, die informatie uitwisselen en gezamenlijke oplossingen zoeken voor problemen die zich aandienen in de dagelijkse praktijk. Eens in de drie maanden vindt eenzelfde soort bijeenkomst plaats op een hoger niveau, met de directies van de betreffende organisaties. Verder zorgt de verplichte Gezondheidsvereenkomst ervoor dat de regionale zorgautoriteit en de gemeente hun plannen uitwisselen en waar nodig voorzieningen op elkaar afstemmen (zie paragraaf 2.2). Sinds 2007 moet deze Gezondheidsvereenkomst elke vier jaar worden opgesteld. Terwijl de eerste overeenkomst in Aarhus nog vooral het karakter had van een document met goede voornemens, is de tweede naar verluidt al aanzienlijk specifiek met betrekking tot bepaalde gezamenlijke doelen en de implementatie van bepaalde voorzieningen. Een instrument voor de samenwerking en coördinatie op individueel niveau is het verplichte coördinatieplan voor mensen met ernstige psychische problemen. Dit individuele coördinatieplan wordt ook gebruikt in de dagelijkse praktijk van de ondersteuning aan mensen met ernstige psychische problemen in Aarhus.

Recente ontwikkelingen

Aan het begin van deze paragraaf signaleerden we al dat het stelsel van GGZ en maatschappelijke ondersteuning in Aarhus (net zoals elders) constant in beweging is. Een cruciaal element in de meest recente ontwikkelingen is het Masterplan van de regionale zorgautoriteit (waar het Aarhus universiteitsziekenhuis onder valt), waarin de intentie wordt uitgesproken om voorzieningen te reorganiseren op basis van diagnostische categorieën, de ambulante zorg verder te concentreren op het ziekenhuisterrein en zich terug te trekken uit de ambulante GGZ centra. Vermoed wordt, zoals in de volgende paragraaf zal blijken, dat het Masterplan grote gevolgen zal hebben voor de GGZ en de maatschappelijke ondersteuning in Aarhus.

2.4 Sleutelpersonen over regionale voorzieningen en nationaal beleid

De resultaten, eventuele tekortkomingen en toekomstige uitdagingen van het lokale maatschappelijke steunsysteem in Aarhus, zijn verder verkend en besproken in een reeks individuele en groepsinterviews met ongeveer twintig sleutelpersonen in het lokale netwerk van GGZ- en maatschappelijke voorzieningen voor mensen met ernstige

psychische problemen (zie bijlage). De geïnterviewden vertegenwoordigden de belangrijkste (professionele en cliënten-)organisaties en voorzieningen op het gebied van GGZ aan huis, wonen, participatie (opleiding en werk), herstel, coördinatie en planning. Behalve op de lokale situatie, richtten de interviews zich met name op het oordeel van betrokkenen over het nationale beleid en het nationale GGZ systeem en over de stimulansen en belemmeringen die daarvan uitgaan voor de (verdere) ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen.

Behaalde resultaten in Aarhus tot dusver

In het algemeen zijn de sleutelpersonen van mening dat de condities voor de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen in Aarhus relatief gunstig zijn, vooral vergeleken met andere regio's in Denemarken. De geïnterviewden verwijzen naar de relatief sterke sociaalpsychiatrische traditie in Aarhus, de traditie op het gebied van sociale voorzieningen voor kwetsbare mensen in het algemeen en het samenwerkingsverleden van de GGZ, de gemeente en cliënten- en familieorganisaties. De sleutelpersonen verwijzen ook naar de vele voorzieningen die ontwikkeld zijn op het gebied van zorg aan huis, wonen, werk en onderwijs. Ook het Daklozenprogramma heeft zijn effecten: de meest recente cijfers laten zien dat het aantal daklozen in Aarhus aan het afnemen is. De sleutelpersonen menen dat bij de relevante organisaties een besef aanwezig is van het gemeenschappelijke belang van de ontwikkeling van adequate voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen. Ook wordt gesignaleerd dat de contacten tussen professionele organisaties en cliënten- en familieorganisaties (en cliëntgestuurde projecten) intensief en constructief zijn. Sommigen geven aan dat de overgang van de sociale psychiatrie naar de gemeente heeft geleid tot meer contacten tussen de GGZ en andere gemeentelijke afdelingen. Binnen de GGZ zelf, heeft de samenwerking tussen het gemeentelijk en de regionale GGZ tot nu toe veel geprofiteerd van de gezamenlijke huisvesting in de ambulante GGZ centra.

Veel sleutelpersonen hebben ook de indruk dat het herstelprogramma een aanzienlijke invloed heeft gehad op de perspectieven van professionals op mensen met ernstige psychische problemen en op de potentie van betrokkenen om een betekenisvol en productief leven te leiden. Perspectieven op chroniciteit zijn minder rigide geworden en de oriëntatie is verschoven naar mogelijkheden voor sociale participatie, empowerment en herstel. Het herstelprogramma is op cliëntniveau geëvalueerd. Volgens de onderzoeksresultaten hebben cliënten onder andere meer zelfvertrouwen en meer sociale contacten gekregen tijdens het programma. Sommige geïnterviewden menen dat artsen en psychiaters zich meer bewust zijn geworden van het belang van, bijvoorbeeld, de financiële situatie en de woonsituatie van de cliënt, ook voor het succes van de behandeling. Volgens deze geïnterviewden zijn in het algemeen veel professionals (en vaak na aanvankelijke scepsis) enthousiast geworden over de herstelbenadering. Vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties bevestigen dat het ook 'common practice' is geworden

om cliënten en cliëntenorganisaties te betrekken bij de planning en besluitvorming op alle niveaus. Zoals al opgemerkt in de vorige paragraaf, is een plan opgesteld voor een vervolg op het herstelprogramma voor de periode 2011-2013.

Er zijn geen cijfers beschikbaar die laten zien hoe de sociale inclusie en de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische problemen in Aarhus zich verhoudt tot die in andere regio's in Denemarken of daarbuiten. In dit opzicht kunnen geen definitieve conclusies worden getrokken over de effectiviteit van het huidige lokale maatschappelijke steunsysteem. De heersende opinie onder sleutelpersonen lijkt echter te zijn dat Aarhus tenminste een relatief solide basis heeft om op voort te bouwen, waarbij de uitdaging is om maximaal van deze gunstige lokale omstandigheden gebruik te maken.

Stimulansen vanuit het nationale stelsel en nationaal beleid

Geïnterviewden ervaren een aantal kenmerken van het Deense nationale GGZ- stelsel en het nationale beleid als faciliterend en bevorderend voor de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen.

Het meest worden de specifieke groeps- en individuele aanspraken gewaardeerd, die ingevoerd zijn op de terreinen van werk, onderwijs en wonen. In het algemeen worden de inspanningen gewaardeerd die op nationaal niveau worden gedaan om onderwijs en arbeidsmarkt toegankelijk te maken voor iedereen. De ervaring van veel sleutelpersonen is dat kansen voor mensen met ernstige psychische problemen op regulier of begeleid werk groter zijn geworden in de laatste jaren. Ook het eerste recht van personen met een psychische of sociale kwetsbaarheid op 25% van de woningen in de publieke woningsector, heeft geholpen om adequate leefomstandigheden voor het grootste deel van deze populatie te creëren.

Nationale maatregelen om samenwerking te bevorderen op lokaal en individueel niveau, worden ook als effectief ervaren. Volgens veel geïnterviewden stimuleert en faciliteert de verplichte Gezondheidsovereenkomst de communicatie tussen de regionale en de gemeentelijke voorzieningen. Het biedt een raamwerk voor de communicatie tussen de intramurale psychiatrische afdelingen en de sociale psychiatrie. Het biedt ook een platform om problemen te bespreken en over oplossingen te overleggen. In het algemeen wordt de Gezondheidsovereenkomst gezien als een effectieve stimulans voor de ontwikkeling van een lokale overlegstructuur. Ook het landelijk voorgeschreven individuele coördinatieplan voor mensen met ernstige psychische problemen sorteert volgens sleutelpersonen effect. Het dwingt alle betrokken professionals hun taken en verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen. Het schept helderheid voor alle betrokkenen en vooral voor cliënten zelf.

Specifieke landelijke programma's zoals het Sats programma om dakloosheid terug te dringen, en de anti-stigma campagne kunnen ook op positieve reacties van sleutelper-

sonen rekenen. Gesignaleerd wordt dat het daklozenprogramma - hoewel tijdelijk - ten tijde van de interviews al effect sorteert. De nationale anti-stigma campagne is tijdens de interviews nog in de ontwerpfase, maar ook daarvan zijn de verwachtingen positief.

Eén cruciaal kenmerk van het nationale Deense GGZ stelsel roept echter meer ambiguïteit op onder de sleutelpersonen in Aarhus. Dat kenmerk is het duale systeem van de medisch georiënteerde regionale psychiatrie aan de ene kant en de gemeentelijke sociale psychiatrie en maatschappelijke ondersteuning aan de andere kant. Pleitbezorgers van dit systeem menen dat de overheveling van de sociale psychiatrie naar de gemeenten, in 2007, heeft geholpen de muren rond de GGZ af te breken en in het bijzonder de barrières met andere gemeentelijke sociale voorzieningen tenminste voor een deel heeft weggenomen. Anderen geloven, zoals verderop wordt toegelicht, dat de kosten van de tweedeling in termen van samenhang en continuïteit van zorg, hoog zijn en misschien te hoog.

Actuele knelpunten en uitdagingen in Aarhus

De interviewresultaten laten zien dat Aarhus in de ogen van de sleutelpersonen in de regio een betrekkelijk stevige basis heeft, van waaruit verder gebouwd kan worden aan de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen. Echter, een groot deel van de geïnterviewden (zowel vertegenwoordigers van de regionale voorzieningen als van gemeentelijke voorzieningen) gelooft dat de splitsing van de GGZ in twee aparte systemen daar niet bij helpt en dat die tweedeling zich feitelijk tot een belangrijke barrière aan het ontwikkelen is. Samenhang en continuïteit zijn cruciaal in de ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen. De realisering van deze voorwaarden wordt gefrustreerd doordat de kernbestanddelen van dit zorg- en ondersteuningsstelsel ondergracht zijn bij twee aparte organisaties, met afzonderlijke financieringsstelsels en afzonderlijke visies. 'Het is een verdeelde wereld', aldus één van de geïnterviewden.

Gesignaleerd wordt dat de tweedeling om grote investeringen vraagt in onderlinge consultatie en overleggen op alle niveaus (individueel en organisatie-breed). Onderlinge consultatie is nodig over financiële, organisatorische en inhoudelijke zaken, en zowel om de huidige voorzieningen op elkaar af te stemmen als om continuïteit van zorg door de tijd heen te waarborgen (bijvoorbeeld rond de overgang van cliënten van de sociale psychiatrie naar de intramurale zorg en vice versa). Zoals hierboven opgemerkt, worden de Gezondheidsovereenkomst en de periodieke bijeenkomsten van vertegenwoordigers van de regionale en gemeentelijke GGZ (en andere organisaties), als nuttig ervaren. Maar sleutelpersonen wijzen er ook op dat het soms moeilijk is om tot een gezamenlijke visie en tot concrete acties te komen. In de praktijk fungeren de bijeenkomsten en de Gezondheidsovereenkomst ook als onderhandelingsplatforms voor organisaties die alle hun eigen belangen hebben. Datzelfde geldt volgens sommigen voor het verplichte individuele coördinatieplan voor mensen met ernstige psychische problemen. (Sommige geïnterviewden signaleren dat de implementatie van het coördinatieplan ook nog lang niet overal heeft plaatsgevonden.)

In het algemeen (en niettegenstaande de goede uitgangssituatie in termen van aanwezige voorzieningen), mist een groot deel van de geïnterviewden in Aarhus een gedeeld leiderschap en een breed gedeelde visie. Breed wordt de mening gedeeld dat het recente Masterplan van de regionale zogeheten 'autoriteit' de kloof tussen de twee systemen verder zal vergroten. Zoals opgemerkt in de vorige paragraaf, wordt in het regionale Masterplan de intentie uitgesproken om voorzieningen te reorganiseren op basis van diagnostische categorieën en om fors te investeren in de specialisatie van medewerkers in biomedische en cognitief therapeutische behandelingen van specifieke psychische stoornissen. In het Masterplan wordt ook aangegeven dat de ambulante regionale psychiatrie geconcentreerd zal worden op het ziekenhuisterrein en teruggetrokken wordt uit de ambulante GGZ centra (waarbinnen tot dusverre werd samengewerkt met de gemeentelijke GGZ). In het algemeen zal met name de langdurige ambulante zorg voor een veel groter deel worden overgelaten aan de gemeente (en aan de huisarts). De outreachende activiteiten van de regionale GGZ zullen ook minder worden.

Veel geïnterviewden menen dat het Masterplan een indicatie is van het uit elkaar groeien van de biomedisch georiënteerde regionale GGZ en de (psycho)sociaal georiënteerde gemeentelijke GGZ. Sommigen denken dat deze tendens inherent is aan het duale GGZ systeem als zodanig. Gewezen wordt op het feit dat, bijvoorbeeld, het herstelprogramma tot dusverre een vrijwel exclusief gemeentelijke onderneming is geweest. Regionale GGZ managers en hulpverleners nemen niet deel aan het programma.

Een groot deel van de geïnterviewden is er van overtuigd dat het Masterplan op zijn minst de communicatie tussen de regionale en gemeentelijke GGZ hulpverleners ingewikkelder zal maken (zowel fysiek als ideologisch). De sleutelpersonen vrezen echter vooral dat het plan en de scheiding van de twee GGZ systemen in het algemeen, tot een verschraling zal leiden van de voorzieningen voor mensen met ernstige psychische en sociale problemen en meervoudige ondersteuningsbehoeften. Men is van mening dat de regionale psychiatrie te specialistisch en te medisch georiënteerd aan het worden is, terwijl het de gemeentelijke GGZ aan de benodigde expertise ontbreekt over ernstige psychische aandoeningen. Maar vooral wordt erop gewezen dat, terwijl geïntegreerde zorg steeds belangrijker wordt, het steeds moeilijker wordt deze te realiseren⁹.

De zorgen om het risico dat mensen door de mazen van het duale systeem gaan vallen, worden versterkt door een aantal andere factoren. Een daarvan is de productiedruk in de regionale psychiatrie, die aanzet tot maximalisering van de cliënteninstroom

9 Enkele geïnterviewden spreken de wens uit om in Aarhus tot ACT-teams te komen voor de meest kwetsbare mensen. De tweedeling van de GGZ (en de GGZ-financiering) wordt daarbij ervaren als een hindernis. De groeiende ideologische kloof tussen de twee systemen bemoeilijkt de zaak nog meer. Enkele ACT pleitbezorgers opteren voor financiering uit het Sats zorginnovatiefonds (waaruit momenteel het daklozenprogramma wordt gefinancierd), maar realiseren zich dat Sats financiering op projectbasis en tijdelijk zal zijn.

en -doorstroom. Volgens sommige sleutelpersonen leidt dit ook (en heeft dit in het verleden al geleid) tot een verschuiving van de aandacht van mensen met ernstige en langdurige problemen naar de veel grotere populatie van mensen met minder ernstige, kortdurende psychische problemen (zie ook Aagaard e.a., 2008). Gesignaleerd wordt dat de productiedruk ook aanzet tot het afstoten van tijdrovende outreachende activiteiten. Tegelijkertijd vrezen sommige geïnterviewden dat de herstel-oriëntatie in de gemeentelijke GGZ (onbedoeld) zal leiden tot een focus op de beter functionerende cliënten en tot het afkalven van investeringen in cliënten die verondersteld worden over minder potentieel te beschikken. Ook is men bezorgd dat het herstel- en het gerelateerde sociale inclusie vocabulaire niet altijd kan ontsnappen aan het risico van misbruik voor kostenbesparingsmotieven. Vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties geven aan dat om deze redenen en vanwege de betrekkelijk rigide top-down implementatie, niet alle cliënten in Aarhus zich op hun gemak voelen bij het huidige herstel paradigma. Terwijl herstel door velen beschouwd wordt als een kans, ervaren sommigen het als een drukkende verplichting.

Tenslotte worden zorgen geuit over de mate waarin de medewerkers van de gemeentelijke GGZ geëquipeerd zijn voor hun taak. De opleiding voor het beroep van sociaal-psychiatrisch medewerker - verreweg de grootste beroepsgroep in de gemeentelijke GGZ (en niet te verwarren met dat van sociaalpsychiatrisch verpleegkundige) - is relatief kort en van een relatief laag niveau. Enkele geïnterviewden geven daarnaast aan dat de samenwerking met andere afdelingen binnen de gemeente weliswaar is toegenomen sinds de overdracht van de sociale psychiatrie, maar niet in de mate waarop was gehoopt. De gemeentelijke afdelingen voor onderwijs, arbeid, welzijn en sociale uitkeringen hebben elk hun eigen targets, budgetten en landelijk gereguleerde financierings- en verantwoordingssystemen. Geïnterviewden geven aan dat deze verkokerde systemen het in het geval van mensen met meervoudige problemen en ondersteuningsbehoeften moeilijk maken om ervoor te zorgen dat de andere professionals en afdelingen hun verantwoordelijkheid nemen. Sommigen signaleren juist een neiging om taken terug te schuiven naar de GGZ. In het algemeen merken de sleutelpersonen op dat uiteindelijk op individueel niveau meestal wel oplossingen worden gevonden, maar dat het veel moeilijker is om afspraken te maken op het formele niveau.

Tegen deze onzekere achtergrond van deels positieve verwachtingen én, gelijktijdig, ernstige zorgen over de huidige en toekomstige kwaliteit van de ambulante zorg en de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen in Aarhus, neemt momenteel de roep toe om het gedeeltelijk terugdraaien van de psychiatrische beddenreductie van de laatste decennia.

Actuele belemmeringen en knelpunten vanuit het nationale stelsel en nationaal beleid

Sommige van de knelpunten die op dit op moment op lokaal niveau in Aarhus spelen, hangen samen met kenmerken van het landelijke GGZ stelsel en landelijk beleid. Het

belangrijkst zijn de veronderstelde desintegrerende effecten van het duale GGZ systeem. Volgens veel geïnterviewden wegen de voordelen van lokale verantwoordelijkheid voor de sociale psychiatrie niet op tegen de uit het duale systeem voortvloeiende risico's van discontinuïteit en incoherentie. Beleidsmakers hebben de consequenties van de hervorming niet overzien, zo luidt het. Ook omdat de overheveling van de sociale psychiatrie naar de gemeenten geen beredeneerde beleidskeuze op zich was, maar een bijproduct van een veel omvattender bestuurlijke hervorming. Niet alle sleutelpersonen zijn negatief over het resultaat, maar geen enkele is uitgesproken positief. Sommige geïnterviewden halen landelijke cijfers aan die wijzen op een groeiend aantal crisissituaties, een groeiend aantal forensisch psychiatrische patiënten, toenemende discontinuïteit in zorgtrajecten en zelfs stijgende sterftcijfers onder mensen met ernstige psychische problemen in Denemarken. Sommigen geloven dat er een verband is met een afnemende kwaliteit van de GGZ.

Sleutelpersonen wijzen op nog een andere factor die de ontwikkeling van adequate ambulante zorg en maatschappelijk ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Denemarken momenteel vertraagt en hindert. Dat is het feit dat de budgetten voor de GGZ en voor sociale zorg niet geormerkt zijn en dat de vereiste (capaciteit en kwaliteit van) voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning niet zijn gespecificeerd op nationaal niveau. Beslissingen over het voorzieningenniveau zijn in hoge mate gedecentraliseerd. Dit kan ruimte voor innovatie bieden in tijden van voorspoed (al signaleren sommige geïnterviewden dat het gedecentraliseerde systeem voor zorgaanbieders vaak leidt tot minder in plaats van meer flexibiliteit; zowel de acquisitie als de verantwoording zijn veel tijdrovender en gefragmenteerder geworden). Veel geïnterviewden menen echter ook dat gedecentraliseerde besluitvorming over budgetten, de risico's vergoot van willekeur in het lokale voorzieningenniveau en van zorgvershraling in tijden van economische crisis. Gesignaleerd wordt dat het voorzieningenniveau aanzienlijk verschilt per regio en per gemeente in Denemarken. Daarbij laten de ervaringen in Aarhus zien dat vooral gemeentelijke voorzieningen te lijden hebben en eerder al te lijden hebben gehad onder de huidige economische crisis. Woonvoorzieningen, dagactiviteitencentra, maar ook cliëntenorganisaties en het herstelproject hebben budgetkortingen opgelegd gekregen of gaan die op korte termijn opgelegd krijgen¹⁰. De druk neemt toe om de verblijfsduur in de woonvoorzieningen (en deels ook in andere voorzieningen) te bekorten. Enkele geïnterviewden opperen dat een positief aspect van deze ontwikkeling zou kunnen bestaan uit de groeiende druk om mensen te integreren in reguliere maatschappelijke voorzieningen (reguliere woningen, regulier onderwijs, etc.). Anderen wijzen erop dat sociale inclusie alleen succesvol kan zijn met de juiste ondersteuning voor deze reguliere instellingen en voor de cliënten zelf. Zij menen dat het streven naar sociale inclusie niet verenigbaar is met de huidige bezuinigingen.

10 Cliëntenorganisaties gaan in toenemende mate hun eigen diensten ontwikkelen en 'vermarkten'.

Opnieuw gaan de zorgen vooral over mensen met ernstige psychische en sociale problemen. Ten eerste omdat juist de voorzieningen voor deze groep onder druk staan. Ten tweede omdat de bezuinigingen er toe leiden dat de regio's, de gemeenten en de verschillende afdelingen binnen de gemeenten, zich terugtrekken op hun eigen kerntaken. Het investeren in samenwerking daalt op het prioriteitenlijstje van de betrokken organisaties, vooral als het gaat om 'moeilijke groepen'. Geïnterviewden wijzen erop dat als gevolg van de economische tegenwind ook de groeps- en individuele aanspraken van mensen met ernstige psychische (of sociale) problemen op het gebied van huisvesting en werk aan erosie onderhevig zijn (het aantal betaalbare woningen en het aantal vacatures nemen af, toelatingseisen en functievereisten nemen toe).

Concluderend kunnen we vaststellen dat het duale GGZ systeem, de decentralisatie van de besluitvorming en de huidige economische crisis door de geïnterviewden momenteel als serieuze belemmeringen worden ervaren voor de verdere ontwikkeling van omvattende en samenhangende voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen in Denemarken. Daarnaast stellen veel geïnterviewden dat het nationale beleid veel goede intenties en zinvolle maatregelen bevat, maar dat een consequente, samenhangende en daadkrachtige landelijke aanpak ontbreekt.

Suggesties voor nationaal beleid

Sleutelpersonen hebben een reeks van suggesties gedaan voor overheidsmaatregelen die de huidige knelpunten kunnen wegnemen en de verdere ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen faciliteren en bevorderen. Deze suggesties kunnen samengevat worden in vijf categorieën:

Visie

Volgens veel van de geïnterviewden zou de nationale overheid een heldere en consistente visie moeten formuleren op de maatschappelijke ondersteuning en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen. De wens van mensen om een 'gewoon leven' te leiden en de ervaringen van betrokkenen over wat daarvoor nodig is, moeten in deze visie centraal staan. Het algemene, nationale, economische en maatschappelijke belang van investeringen in adequate voorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen, zou daarbij ook veel nadrukkelijker voor het voetlicht moeten worden gebracht en actief uitgedragen moeten worden.

Kader

In een nationaal kader zou omschreven moeten worden waar een adequaat en effectief stelsel van ambulante zorg en maatschappelijk ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen uit bestaat. Dat kader moet gaan over inhoud, organisatie en financiering en zou zoveel mogelijk gebaseerd moeten worden op bestaande 'evidence' over effectieve arrangementen.

Implementatie

De geïnterviewden lijken enigszins van mening te verschillen over de mate waarin deze visie en dit kader tot in detail uitgewerkt en opgelegd moeten worden. Met betrekking tot het actuele beleid lijkt er echter een brede consensus te bestaan dat een meer directieve en dwingende benadering wenselijk is in termen van:

- individuele aanspraken op huisvesting en werk
- het oormerken van budgetten
- investeringen in de kwaliteit van de gemeentelijke sociaalpsychiatrische voorzieningen
- investeringen in een veel meer 'outreaching' rol van het regionale GGZ systeem
- het bevorderen van samenwerking op alle niveaus (door middel van bonussystemen en financieringsvoorwaarden)
- het bevorderen van inclusie in onderwijs en werk (door middel van bonussystemen en financieringsvoorwaarden)
- kwaliteitsbewaking

Geïntegreerde zorg

"Zorg ervoor dat klinische behandeling en maatschappelijke ondersteuning hand in hand gaan. Dat is absoluut de belangrijkste les", aldus één van de sleutelpersonen. In het algemeen benadrukt een aanzienlijk aantal sleutelpersonen dat vanuit nationaal beleid actiever gestuurd moet worden op de totstandkoming van geïntegreerde zorg voor mensen met ernstige psychische problemen, vooral voor de meest kwetsbaren onder hen. Sommigen zouden met dit doel het liefst een hereniging willen zien van de gemeentelijke en regionale GGZ onder één autoriteit. Anderen betwijfelen of dit realistisch is en bepleiten dat tenminste specialistische, goed onderzochte, geïntegreerde interventies zoals Assertive Community Treatment (ACT) en Individual Placement and Support (IPS) van overheidswege worden voorgeschreven (Aagaard & Muller Nielsen, 2011). Volgens deze sleutelpersonen zou ook de financiering van dergelijke geïntegreerde voorzieningen vanuit landelijk beleid opgelegd en georganiseerd moeten worden, zo niet door middel van een herenigde GGZ, dan wel door middel van een verplichting aan de gemeenten en de regio's tot gezamenlijke financiering van ACT en IPS teams.

Nationaal plan

Er is een brede consensus onder de sleutelpersonen in Aarhus dat het goed zou zijn om de bovengenoemde thema's uit te werken in een consistent en omvattend nationaal plan voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

2.5 Belangrijkste bevindingen

In dit hoofdstuk zagen we dat het huidige GGZ systeem in Denemarken het resultaat is van enerzijds een geleidelijk proces van deïstitutionalisering en anderzijds een radicale bestuurlijke hervorming in 2007. De deïstitutionalisering heeft in Denemarken geleid

tot een relatief lage psychiatrische bedden capaciteit, hoewel het aantal residentiële voorzieningen relatief hoog is. De structurele hervorming in 2007 heeft geleid tot een duaal GGZ systeem, waarbij de sociale psychiatrie en de woonvoorzieningen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten zijn komen te vallen en de 'behandel-GGZ' onder die van de regionale autoriteiten.

Maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige en langdurige psychische problemen zijn relatief veel genoemde thema's in de Deense nationale beleidsdocumenten van de afgelopen jaren. In het recente en verdere verleden zijn verscheidene beleidsmaatregelen genomen, die dit inclusie- en participatiebeleid moeten helpen implementeren. Deze maatregelen variëren van de introductie van individuele- of groepsaanspraken tot innovatiefondsen en het stimuleren van samenwerking tussen zorgverleners op individueel en lokaal niveau.

Wat Aarhus betreft, constateerden we dat deze stad een lange traditie heeft in de ontwikkeling van sociale voorzieningen voor kwetsbare mensen. Door de jaren heen is in Aarhus een reeks aan voorzieningen ontwikkeld op het gebied van huisvesting, beschermd en begeleid wonen, dagactiviteiten, participatie, onderwijs en werk. De GGZ in Aarhus bestaat (zoals in de rest van Denemarken) sinds 2007 uit twee onafhankelijke sectoren: de sociale psychiatrie wordt geboden door de gemeente, de intramurale voorzieningen en ambulante behandeling worden geboden door het Aarhus Universiteitsziekenhuis, dat onder verantwoordelijkheid valt van de regionale autoriteiten.

Sleutelpersonen zijn van mening dat er in Aarhus nog veel ontwikkelwerk te doen valt als het gaat om maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie, maar dat in de afgelopen jaren wel een relatief stevige basis is ontwikkeld, waar in de komende jaren op voortgebouwd kan worden. Zo kent Aarhus niet alleen een relatief uitgebreid aanbod aan voorzieningen, de stad kent ook een relatief lange en sterke traditie van lokale samenwerking. Cliëntenorganisaties zijn ook sterk vertegenwoordigd in en betrokken bij activiteiten in Aarhus. Verder heeft in de afgelopen jaren een uitgebreid scholings- en implementatieprogramma rond herstelgerichte zorg plaatsgevonden binnen de gemeentelijke GGZ. De betrokkenen menen dat het programma een aanzienlijke invloed heeft gehad op de visie van professionals op mensen met ernstige psychische problemen en op de potentie van betrokkenen om een betekenisvol en productief leven te leiden.

Met betrekking tot nationaal beleid, waarden de sleutelpersonen de individuele en groepsaanspraken van mensen met psychische problemen op het gebied van werk, opleiding en huisvesting. De indruk van de geïnterviewden is dat deze maatregelen redelijk effectief zijn. Datzelfde geldt voor instrumenten om de samenwerking op individueel en organisatorisch regionaal niveau te bevorderen: het verplichte individuele coördinatieplan voor mensen met ernstige psychische problemen en de verplichte Gezondheidsovereenkomst tussen de gemeenten en de regio.

Volgens de sleutelpersonen zijn er op het niveau van het nationale stelsel en het nationale beleid echter ook twee belangrijke belemmeringen voor de ontwikkeling van omvattende maatschappelijke steunsystemen. De eerste is het duale GGZ systeem op zich. Positief aan dit systeem is dat het de afstand bekort tussen de sociale psychiatrie en andere gemeentelijke afdelingen (opleiding, huisvesting, werk); al merken sommigen op dat ook binnen de gemeente de financiële, organisatorische en ideologische schotten tussen verschillende afdelingen sterk kunnen zijn. Belangrijker is echter dat het duale GGZ systeem volgens veel sleutelpersonen de samenhang en continuïteit en de totstandkoming van geïntegreerde zorg belemmert. Meer nog: er is een aanzienlijk risico dat de gemeentelijke en de regionale GGZ in Aarhus uit elkaar gaan groeien, zo luidt het. Zo is het uitgebreide herstelprogramma tot dusverre beperkt gebleven tot de gemeentelijke GGZ-medewerkers, terwijl het GGZ-beleid van de regionale autoriteiten zich juist steeds meer richt op medisch-psychiatrische specialisatie. De regionale GGZ trekt zich bovendien terug uit de tot dusverre in samenwerking met de gemeentelijke sociale psychiatrie bemenste ambulante GGZ centra. De onderlinge communicatie zal moeilijker worden, zo is de vrees, zowel in fysieke als ideologische zin. Het zal ook moeilijker worden om integrale zorg te realiseren. Men is bezorgd dat als gevolg van de groeiende kloof tussen de respectievelijke GGZ-systemen en -voorzieningen vooral de meest kwetsbare mensen tussen de wal en het schip zullen raken. Vooral omdat er ook tendensen zijn in zowel de gemeentelijke GGZ als de regionale GGZ om de aandacht steeds meer te richten op mensen met relatief lichte problematiek, ten koste van de aandacht voor mensen met de meest ernstige psychische problemen en de grootste ondersteuningsbehoeften. Die tendensen hebben onder andere te maken, zo luidt het, met het relatief lage opleidingsniveau van de gemeentelijke sociaalpsychiatrische medewerkers, de potentiële misinterpretatie (c.q. het potentiële misbruik) van het herstelparadigma als een participatieverplichting en de productiedruk in de regionale GGZ, die aanzet tot maximalisering van de cliënteninstroom en -doorstroom.

De tweede belemmering voor de ontwikkeling van omvattende en samenhangende maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen is dat de besluitvorming over budgetten en de vereiste voorzieningen voor een groot deel gedecentraliseerd is naar de regio's en de gemeenten. Dit kan ruimte voor innovatie bieden in tijden van voorspoed, maar ondermijnt ook de verankering van het voorzieningenniveau. Dat wordt door sleutelpersonen vooral als een groot risico gezien in de huidige tijden van economische crisis. Bezuinigingen vinden momenteel al plaats bij de gemeentelijke voorzieningen. Budgettaire krapte leidt er ook toe dat betrokken partijen zich terugtrekken op hun kerntaken en minder geneigd zijn tot intersectorale samenwerking. Ook leidt de huidige economische tegenwind volgens sommigen tot erosie van individuele- en groepsaanspraken op het gebied van huisvesting en werk. In het algemeen wordt opnieuw gevreesd dat vooral mensen met ernstige psychische problemen het eerste de gevolgen zullen ondervinden van dit gebrek aan verankering van voorzieningen.

Sleutelpersonen hebben een reeks van suggesties gedaan voor overheidsmaatregelen die de huidige knelpunten kunnen wegnemen en de verdere ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen faciliteren en bevorderen. Deze voorstellen kunnen samengevat worden in vijf categorieën:

- het formuleren en uitdragen van een consistente overheidsvisie op de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen
- de ontwikkeling van een landelijk kader met betrekking tot aanspraken en vereiste voorzieningen
- een directieve aanpak met betrekking tot implementatie - door middel van het oormerken van budgetten, explicitering van financieringsvoorwaarden, bonussystemen en kwaliteitscontrole
- een directief beleid met betrekking tot de organisatie en financiering van integrale zorg voor mensen met de meest ernstige psychische en sociale problemen
- de integratie van de bovengenoemde elementen in een consistent en omvattend nationaal plan voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie.

3 Engeland - Nottingham

3.1 Het Engelse GGZ systeem

Het stelsel van gezondheidszorg en sociale voorzieningen in Engeland is momenteel onderwerp van turbulente beleidsdiscussies en -ontwikkelingen¹¹. De verwachting is dat deze discussies en ontwikkelingen ook de GGZ zullen raken, zoals verderop in dit hoofdstuk zal blijken. Als we echter kijken naar het GGZ systeem zoals zich dat in de afgelopen circa twintig jaar heeft ontwikkeld, dan zijn daar twee hoofdlijnen in aan te wijzen. De eerste is de relatief directieve rol van nationale autoriteiten met betrekking tot zowel de organisatie van de GGZ als de te leveren voorzieningen. De tweede hoofdlijn is het al langer geleden ingezette, ingrijpende deinstitutionaliseringproces dat ertoe heeft geleid dat de omvang van Englands intramurale GGZ-capaciteit van een relatief hoog niveau enkele decennia terug, gedaald is naar één van de laagste naar West-Europese maatstaven in de afgelopen jaren.

Nationaal gefinancierde, 'statutory' voorzieningen

Centraal in de Engelse gezondheidszorg staat het stelsel van de *National Health Service* (NHS), een vrijwel geheel vanuit de rijksoverheid gefinancierd gezondheidszorgsysteem, onder directe verantwoordelijkheid van het *Ministry of Health*. Ook het grootste deel van de GGZ behoort tot de NHS ofwel tot de zogeheten 'statutory' (letterlijk: 'wettelijk voorgeschreven') voorzieningen. De NHS beslaat alle eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De eerstelijnszorg onderging ten tijde van het onderzoek een herstructurering, maar werd tot dan toe voornamelijk geleverd vanuit de *Primary Care Trusts* (PCT). Het grootste deel van de tweedelijns zorg en met name de ziekenhuiszorg, wordt namens de NHS geleverd door de *National Health Service Trusts* (NHS Trusts).

De NHS (inclusief de GGZ) wordt voornamelijk gefinancierd vanuit de algemene belastingen (76%; hoofdzakelijk inkomstenbelasting), maar ook vanuit nationale verzekeringen (19%) en eigen bijdragen (5%) (Boyle, 2008). Met uitzondering van deze 5% eigen bijdragen (voor bepaalde medicatie en oog- en tandheelkundige voorzieningen), is de NHS gratis toegankelijk voor iedereen die aan de Britse 'residency requirements' voldoet. De regering stelt in een driejaarlijkse cyclus het budget voor de NHS vast. In 2008/2009 werd ongeveer 14% van het totale gezondheidszorgbudget besteed aan de GGZ. Dat komt neer op ongeveer 16 miljard euro in totaal (ofwel 310 euro per inwoner).

De NHS heeft een traditie van relatief gedetailleerde standaarden met betrekking tot het regionale voorzieningenaanbod en met betrekking tot de beschikbaarheid van specifieke

11 In Groot Britannië kennen Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland elk relatief autonome zorgstelsels. In dit rapport concentreren we ons op de GGZ in Engeland.

interventies voor verschillende patiëntengroepen (Boyle, 2008). Lange tijd hebben de NHS Trusts ook directe verantwoording over hun voorzieningen af moeten leggen aan het Ministry of Health. Deze nationale standaardisatie en kwaliteitseisen zijn ook belangrijke elementen geweest in de transitie van de Engelse GGZ van het voormalige, sterk intramuraal georiënteerde systeem naar het huidige, hoofdzakelijk ambulant georiënteerde voorzieningenstelsel. Recent lijkt het tij wat betreft deze directieve nationale aanpak overigens enigszins te keren: als gevolg van recente ontwikkelingen binnen de NHS ontwikkelen momenteel steeds meer trusts zich tot zogeheten '*Foundations*', een juridische organisatievorm die een grotere organisatorische onafhankelijkheid van het Ministerie toelaat. Deze Foundations bepalen in sterkere mate hun eigen prestatiecriteria en -targets. Ze mogen hun eventuele jaarlijkse 'winsten' ook herinvesteren. (In paragraaf 3.2 komen we uitgebreider terug op deze recente koerswijzigingen in het Engelse zorgstelsel.)

Tweedelijns GGZ (intramuraal en ambulant) wordt binnen het kader van de NHS in hoofdzaak geleverd door 52 lokale *Mental Health Trusts*. Deze Mental Health Trusts telden in 2008/2009 gezamenlijk in totaal 26.000 psychiatrische bedden (bezet en onbezet), alle op afdelingen voor wat de 'acute' intramurale zorg wordt genoemd (Harker, 2009). Op een totale populatie van 52 miljoen, komt dit neer op iets meer dan 50 psychiatrische ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners. Ter vergelijking: in 1987/1988 bedroeg het totaal aantal bedden nog 67.000. Dit betekent dat de intramurale capaciteit in twee decennia gedaald is met bijna tweederde. (In feite startte de beddenreductie in een bescheiden tempo al in de jaren vijftig en zestig.) Recente cijfers geven aan dat het aantal psychiatrische bedden nog steeds afneemt, althans in termen van aantallen bezette bedden. Terwijl Engeland 23.000 bezette bedden telde in 2005/2006, was dit aantal verder afgenomen tot 21.000 in 2009/2010.

Mental Health Trusts bieden niet alleen intramurale zorg. Mensen met relatief milde of kortdurende psychische klachten kunnen terecht in ambulante klinieken van de Trusts. Daarnaast zijn met name voor langduriger ambulante zorg zijn in de loop van de afgelopen tien á vijftien jaar verschillende, landelijk voorgeschreven voorzieningen ontwikkeld. Centraal daarin staan de Community Mental Health Teams (CMHT). Het grootste deel van de cliënten met ernstige en langdurige psychische aandoeningen ontvangt zorg vanuit deze CMHT's. Daarnaast (en soms geïntegreerd in de CMHT's) zijn er vier typen gespecialiseerde zorgteams voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, namelijk: Crisis Resolution teams (CRT), Assertive Outreach teams (AOT), Early Intervention in Psychosis teams (EIP) en Rehabilitation teams (RT). De meest intensieve zorg wordt geleverd door de Crisis Resolution teams. Cliënten van deze teams verkeren in een acute en ernstige crisis en zouden zonder de hulp van het team opgenomen moeten worden. De teams zijn 24 uur per dag beschikbaar. Verwijzingen komen van uiteenlopende instanties, zoals de politie, de spoedeisende hulp, huisartsen en algemene ziekenhuizen. Assertive Outreach teams zijn specifiek gericht op mensen met een geschiedenis van ernstige psychische problemen, die zelf geen hulp (meer) zoeken. De medewerkers van de Assertive Outreach proberen deze mensen weer in contact te brengen met de

hulpverlening. De Early Intervention in Psychosis teams richten zich op mensen tussen de 18 en 35 jaar die een eerste psychose hebben doorgemaakt. De Rehabilitation teams, ten slotte, bieden mensen met ernstige of langdurige psychische problemen maatschappelijke ondersteuning, trainingen en andere rehabilitatieve ondersteuning.

Nationale productiecijfers en de extrapolatie van cijfers uit Nottingham laten zien dat de Mental Health Trusts hoofdzakelijk bemenst worden door psychiatrisch verpleegkundigen. Geschat wordt dat tweederde van de GGZ-medewerkers psychiatrisch verpleegkundige is. Artsen/psychiaters, maatschappelijk werkers en arbeidstherapeuten maken elk 5 tot 15 % van medewerkersbestand uit en iets minder dan 5 % is psycholoog.

Toewijzing van financiële middelen aan GGZ voorzieningen vindt plaats langs twee kanalen: via regionale budgetbeheerders van de gezondheidszorg en via gemeenten. Budgetbeheerders van de gezondheidszorg waren tot recent ondergebracht bij de Primary Care Trusts (PCT) van de NHS (ook voor het beheer en de toewijzing van middelen voor de tweedelijns gezondheidszorg). Deze PCT's beheerden 85 % van het NHS budget (Boyle, 2008). Naar schatting 80 % van de inkomsten van de Mental Health Trust kwam binnen via de PCT's. Onlangs is echter een aantal wijzigingen in gang gezet in de organisatie van het regionale budgetbeheer voor de gezondheidszorg. Tot die wijzigingen hoort het vervangen van de PCT-budgetbeheerders door lokale beheer- en zorginkoopgroepen van klinici (zie ook paragraaf 3.2).

Landelijke cijfers laten zien dat in 2009/2010 meer dan 1,25 miljoen mensen enige vorm van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg ontvingen (instroomratio van 2.700 per 100.000 inwoners). Het gebruik van de GGZ is sinds 2005 met circa 3 % per jaar gegroeid. Het merendeel van de mensen die gebruik maken van GGZ voorzieningen en diensten, doet een beroep op ambulante voorzieningen (meer dan 90 %, bijna 12,5 miljoen contacten in totaal). In totaal maakten in 2009/2010 ongeveer 108.000 mensen gebruik van intramurale voorzieningen (iets meer dan 200 per 100.000 inwoners).

Lokaal gefinancierde en 'non-statutory' voorzieningen

Zoals hierboven aangegeven, wordt een deel van de 'statutory' GGZ voorzieningen gefinancierd via de lokale autoriteiten. Dit is met name het geval bij voorzieningen op het gebied van huisvesting, maatschappelijke ondersteuning en participatie. Sommige van deze voorzieningen worden geleverd door de Mental Health Trusts (net zoals de landelijk gefinancierde GGZ voorzieningen), maar er is ook een verscheidenheid aan zogeheten 'non-statutory' organisaties bij betrokken. Deze organisaties, ook bekend als 'voluntary', 'third sector' of 'non-governmental' organisaties, hebben vaak een bredere cliëntenpopulatie (daklozen of sociaal geïsoleerde mensen). Ook halen veel van deze organisaties hun inkomsten niet alleen (en soms helemaal niet) uit de formele GGZ financiering, maar ook uit andere lokale of nationale budgetten voor sociale voorzieningen of huisvesting, (tijdelijke) innovatiefondsen, liefdadigheidsfondsen en andere bronnen.

Veel woonvoorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen in Engeland worden geleverd door deze non-statutory organisaties, vaak maar niet altijd in samenwerking met de Mental Health Trusts. De voorzieningen bestaan uit uiteenlopende vormen van begeleid en beschermd wonen, met verschillende niveaus van zorg(intensiteit). Soms hebben deze voorzieningen vooral verpleegkundig personeel in dienst, soms in hoofdzaak andere professionals. Sommige voorzieningen zijn sterk gericht op rehabilitatie, andere kunnen gekarakteriseerd worden als verzorgingshuizen. Volgens Priebe e.a. (2009) is het aantal plaatsen in deze woonvoorzieningen in Engeland gegroeid van 16 per 100.000 inwoners in 1990 tot 24 per 100.000 in 2006 (ofwel van 7.500 tot circa 12.500).¹²

Voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, dagactiviteiten (dagcentra) en participatie bestaan vaak uit een reeks van uiteenlopende (vaak kleinschalige) projecten en voorzieningen, gefinancierd vanuit een mix van lokale en nationale, structurele of tijdelijke financieringsbronnen voor gezondheidszorg, sociale voorzieningen en arbeidsintegratie. Opnieuw spelen zowel Mental Health Trusts, gemeenten als 'non-statutory' organisaties een rol in deze typen voorzieningen. De sterk ontwikkelde cliëntorganisaties in Engeland zijn ook vaak bij verschillende projecten betrokken of hebben zelf activiteiten opgezet.

Dus, terwijl de kern van de GGZ in Engeland wordt gevormd door de Mental Health Trusts, gefinancierd vanuit de NHS, komen andere organisaties en financieringsbronnen in beeld (deels in beheer van gemeenten), waar het gaat om huisvesting, maatschappelijke ondersteuning en voorzieningen gericht op sociale inclusie en participatie. Belangrijk gegeven daarbij is dat financieringskaders in dit 'sociale' domein doorgaans als minder solide beschouwd worden (vaak gaat het om niet-geoomerkte gelden) dan de financieringskaders voor de reguliere gezondheidszorg. Er zijn ook aanwijzingen dat de lokale autoriteiten een steeds grotere autonomie krijgen in het bepalen van de voorzieningen die ze willen financieren en in de budgetten die ze aan deze voorzieningen willen uitgeven (Moscone en Knapp, 2005). In dit opzicht bevindt de organisatie en financiering van de maatschappelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen in Engeland zich op het grensvlak van een goed gedefinieerd en (tot dusverre) relatief strak georganiseerd nationaal GGZ systeem (met duidelijke zorgaanspraken voor cliënten) en een veel 'losser' sociaal en maatschappelijk voorzieningensysteem, gedeeltelijk onder beheer van de lokale autoriteiten en met veel minder scherpe individuele aanspraken.

Zoals eerder opgemerkt, is het huidige systeem niet statisch. De volgende paragraaf laat zien dat de actuele situatie het resultaat is van een proces van voortdurende beleidsdynamiek, dat recentelijk nog in een hogere versnelling is gekomen.

12 Het totaal aantal plaatsen in intramurale en residentiële voorzieningen komt volgens deze laatste cijfers uit op circa 38.500 ofwel 75 per 100.000 inwoners.

3.2 Engels nationaal beleid rond zorg, ondersteuning en inclusie

Veel van het Engelse beleid met betrekking tot voorzieningen voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen kan afgeleid worden uit het bovenstaande. Een krachtig deïnstitutionaliseringsbeleid en de centraal geleide implementatie van een welomschreven reeks van ambulante alternatieven voor de voormalige intramurale voorzieningen, vormen de kern van de ontwikkelingen in Engeland in de laatste circa twintig jaar. Gedurende de laatste paar jaar zijn de beleidsontwikkelingen voortgeschreden in de richting van participatie- en inclusiedoelstellingen. Echter, de traditioneel sterk voorschrijvende en structurerende aanpak van het GGZ beleid lijkt nu plaats te maken voor een veel liberalere insteek. Ook staan de GGZ en de maatschappelijke ondersteuning steeds meer onder invloed van veel bredere beleidsplannen voor ingrijpende hervormingen in het zorgstelsel en het stelsel van sociale voorzieningen.

Een deel van deze algemene beleidsontwikkelingen in de GGZ in Engeland kan geïllustreerd worden aan de hand van twee belangrijke nationale GGZ beleidsdocumenten van de laatste 15 jaar: het *National Service Framework* (NSF) uit 1998 en de *New Horizons* uit 2009.

Het National Service Framework

Na de *Community Care Act* uit 1990, die leidde tot een versneld deïnstitutionaliseringsproces, kan het National Service Framework uit 1998 beschouwd worden als een cruciale factor in de ontwikkeling van de Engelse GGZ van het voormalige ziekenhuis georiënteerde systeem naar een welomschreven infrastructuur van ambulante GGZ. Het NSF was onderdeel van een bredere set van beleidsvoorschriften voor specifieke zorgsectoren. Het GGZ gedeelte van het NSF kan voor een groot deel verantwoordelijk worden gehouden voor de huidige vormgeving van de GGZ in Engeland: het omschreef relatief nauwgezet de nationale standaarden voor de GGZ, in termen van doelstellingen maar ook in de termen van de in elk deel van het land te ontwikkelen en te leveren voorzieningen. De NSF standaarden richtten zich vooral op de ontwikkeling van ambulante GGZ voor mensen voor mensen met een ernstige psychische aandoeningen. De verschillende ambulante teams zoals de Engelse GGZ die op dit moment kent - en zoals kort beschreven in vorige paragraaf - komen allemaal van de tekentafel van het NSF uit 1998. Naast deze standaarden lanceerde het NSF ook een aantal aanvullende richtlijnen, bijvoorbeeld gericht op de betrokkenheid van cliënten en hun familieleden bij de zorgplanning en het zorgaanbod en op de taak van de GGZ om de autonomie van cliënten te bevorderen en de coördinatie en continuïteit van zorg te waarborgen, zolang als nodig is.

De implementatie van het NSF in alle regio's in Engeland werd doortastend ter hand genomen. Terugblikkend lag de focus van het NSF vooral op het garanderen van goede en toegankelijke ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problemen, meer dan op het bevorderen van hun participatie en sociale inclusie (ofwel op *maatschap-*

pelijke ondersteuning). De focus lag op outreach en crisis interventie en op daarop aansluitende toegang tot adequate zorg, zo dicht mogelijk bij huis.

De implementatie van de NSF werd echter vergezeld door verscheidene aanvullende beleidsmaatregelen en innovatieprogramma's (sommige nieuw en sommige nog daterend van voor het NSF), die relevant waren voor de samenwerking van de GGZ met andere sectoren, vooral met de sociale sector en de woningsector. Een van die maatregelen is de *Care Programme Approach* (CPA), voor het eerst gelanceerd in 1991. De CPA vereist dat de gezondheidszorg en de sociale sector bij gezamenlijke cliënten in onderlinge samenspraak zorgbehoeften inventariseren, een zorgplan opstellen, een zorgcoördinator aanstellen en vervolgens de voortgang van het zorgplan periodiek evalueren met de belangrijkste belanghebbenden. De CPA heeft twee revisies ondergaan, waarbij onder ander toegangscriteria zijn verfijnd. In 2009/2010 zaten ongeveer 210.000 personen in een CPA-programma.

Eveneens relevant is het *Social Inclusion Programme*, dat ook gericht was op het bevorderen van de samenwerking en coördinatie tussen gezondheidszorg en sociale voorzieningen, maar op een ander niveau. Het Social Inclusion Programme was een poging van de landelijke overheid om sociale inclusie in het algemeen te bevorderen en om in het bijzonder de interdepartementale en intersectorale samenwerking op het gebied van huisvesting en werkgelegenheid voor kwetsbare burgers te stimuleren. Mensen met psychische problemen behoorden tot de geïdentificeerde doelgroepen.

Ten slotte moet met name het *Supporting People Programme* worden genoemd, dat geïntroduceerd werd in 2003, en dat een aanzienlijke impact heeft gehad op de ontwikkeling van de Engelse varianten van beschermd en met name begeleid wonen (zie paragraaf 3.4). Het programma bestond uit de integratie van een voorheen betrekkelijk ongeorganiseerde verzameling van subsidies en fondsen in een solide, geoormerkte budget voor de ontwikkeling van 'supported housing'. Het budget van het Supporting People Programme werd beheerd door het Ministry of Housing en toegewezen via de gemeenten. Het programma kende strikte toekenningscriteria, waaronder de eis van lokale samenwerking tussen relevante organisaties.

Voor het Social Inclusion Programme en het Supporting People Programme verbreedden het blikveld in de dienstverlening aan mensen met ernstige psychische problemen van zorg naar maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie. Beide programma's zijn inmiddels beëindigd (visies op hun impact en op de impact van hun beëindiging worden in paragraaf 3.4 uitgebreider besproken), maar sociale inclusie werd het centrale concept van *New Horizons*, het nieuwe nationale beleidsdocument over de GGZ, dat werd gepubliceerd in 2009.

New Horizons

New Horizons benadrukt dat de algemene principes voor een rechtvaardige samenleving ook geldig zijn voor mensen met psychische problemen. Volgens New Horizons komen

deze principes neer op de waarden van gelijkheid, rechtvaardigheid en mensenrechten en op de mogelijkheid voor alle burgers om sociale relaties aan te gaan, de eigen capaciteiten te ontplooiën en de regie over het eigen leven te voeren. Om deze principes ook voor mensen met psychische aandoeningen werkelijkheid te maken, zou een aantal doelstellingen leidend moeten zijn bij de (organisatie van) maatschappelijke en zorgvoorzieningen. Centraal bij deze doelstellingen staan sociale inclusie en het aanpakken van stigma en discriminatie. Voorzieningen zouden mensen met psychische problemen in staat moeten stellen te participeren in zinvolle activiteiten en in de samenleving, zonder dat ze geconfronteerd worden met foutieve en negatieve beeldvorming. Volgens New Horizons zouden voorzieningen daartoe 'gepersonaliseerd' moeten worden: individuele achtergronden, levensgeschiedenissen, omstandigheden en voorkeuren moeten erkend worden en cliënten moeten in staat gesteld worden hun eigen keuzes te maken en hun eigen processen te volgen. Het betrekken en ondersteunen van familie en andere informele zorgverleners moet standaardprocedure worden. En voorzieningen moeten gericht zijn op herstel en op erkenning van de waarde van persoonlijke ervaringen en hoop.

Vergeleken met het National Service Framework, zet New Horizons, door het blikveld te verbreden en nadrukkelijk het perspectief van sociale inclusie en herstel te omarmen, een volgende stap. Het gaat niet meer alleen over zorg, het gaat over de plaats van mensen met psychische problemen in de samenleving. En het gaat niet alleen over de GGZ, maar ook over de sociale sector, onderwijs en arbeid. In dit opzicht zou New Horizons beschouwd kunnen worden als een emancipatorisch pleidooi. Een ander belangrijk verschil tussen de twee beleidsdocumenten is echter dat, zoals een van de geraadpleegde experts het uitdrukte, *'the National Service Framework talked about structures and targets while New Horizons talks about values and ideas'*. De NSF was feitelijk een gedetailleerde blauwdruk, inclusief implementatieplan, terwijl New Horizons meer bedoeld lijkt als een inspiratiebron, op basis waarvan de nationale en lokale actoren en stakeholders zelf hun handelen verder moeten vormgeven. New Horizons is ook niet expliciet gericht op mensen met ernstige of langdurige problemen. Het spreekt over psychische aandoeningen in brede zin en lijkt daarmee een bredere populatie op het oog te hebben.

Hoewel het New Horizons ontbreekt aan een uitgewerkt implementatieplan, zijn er de laatste jaren wel enkele acties ondernomen die de kerngedachten van het document weerspiegelen. Allereerst is in 2011 een nieuw beleidsdocument verschenen, getiteld *No Health without Mental Health*. Dit document benadrukt opnieuw de concepten van inclusie, stigma en herstel, maar bevat ook een sterk pleidooi voor preventie en verplaatst een belangrijk deel van de aandacht naar de geestelijke gezondheid van de algemene bevolking. Meer concreet werd de nationale anti-stigma campagne *Time to Change* gelanceerd. De campagne is breed opgezet, met aandacht voor uiteenlopende thema's en met een reeks van nationale en lokale projecten. Op kleinere schaal wordt door de overheid het nationale *Recovery Pilot Program* ondersteund. In dit programma wordt een aantal locaties geholpen met het implementeren van een herstel benadering in de ondersteuning van (en voor een steeds groter gedeelte ook door) mensen met psychi-

sche problemen. Het project wordt deels gefinancierd door de nationale overheid en zal worden geëvalueerd door het Centre for Mental Health (voorheen het Sainsbury Centre).

In lijn met het sociale inclusie beleid zijn er ook enkele recente beleidsmaatregelen op het gebied van werk uitgezet. Het hebben van een betaalde baan is toegevoegd aan de uitkomstmaten de NHS. Verder zijn recentelijk verschillende nieuwe werkgelegenheidsprogramma's opgezet, waaronder *Work Choice* (onderdeel van het algemene *Work Program*), dat gespecialiseerde ondersteuning biedt (tot maximaal twee jaar) aan mensen met (psychische) gezondheidsproblemen. Ook zijn contracten opgesteld (voornamelijk met grote particuliere bedrijven in plaats van GGZ instellingen) om trajecten voor *Individual Placement and Support* (IPS) op grotere schaal te ontwikkelen en implementeren.

Ondertussen vinden enkele parallelle veranderingen plaats in het stelsel van sociale voorzieningen en sociale uitkeringen. In de eerste plaats worden mensen met een uitkering, sinds de *Welfare Reform Act* van 2009, krachtiger aangezet tot het vinden en behouden van een betaalde baan. Een andere relevante ontwikkeling is de introductie van het Persoonsgebonden Budget in de maatschappelijke zorg. Middelen gaan niet meer naar algemene voorzieningen voor specifieke populaties maar naar persoonlijke budgetten, waarmee de betrokkene de (reguliere) voorzieningen kan inkopen die hij of zij nodig heeft. Tot slot zijn verschillende anti-discriminatie wetten in 2010 vervangen door één *Equality Act*, die tot doel heeft gelijke kansen voor allen te scheppen in de samenleving in het algemeen en op de arbeidsmarkt in het bijzonder.

Laatste ontwikkelingen: hervormingsplannen voor de gezondheidszorg en de sociale sector

Het GGZ beleid in Engeland heeft het afgelopen decennium enkele belangrijke veranderingen ondergaan, zoals we hierboven hebben gezien. De laatste ontwikkelingen zijn dat de GGZ en de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in toenemende mate onder invloed staan van stelselbrede hervormingsplannen voor de gezondheidszorg en de sociale sector. Kernelementen van deze hervormingsplannen zijn een verdere decentralisatie van verantwoordelijkheden, een toenemende betrokkenheid van de particuliere sector en meer ruimte voor lokale besluitvorming en voor marktwerking en concurrentie tussen aanbieders. Verschillende concrete maatregelen zijn inmiddels genomen of zijn in voorbereiding, om de hervormingsplannen te implementeren. De verantwoordelijkheid voor de openbare gezondheidszorg wordt overgeheveld naar de lokale autoriteiten. Kwaliteits- en prijsconcurrentie wordt gestimuleerd door, onder andere, de voorbereiding van een nieuw vergoedingssysteem in de gezondheidszorg ('Payment by Results', waarbij betaling gekoppeld wordt aan de kwaliteit en case mix van de geleverde diensten). Budgetbeheerders c.q. zorginkopers namens de NHS worden gestimuleerd contracten te sluiten met particuliere aanbieders. En ondertussen wordt, zoals aangegeven in de vorige paragraaf, de zorginkoop zelf overgeheveld van de nationaal aangestuurde Primary Care Trust naar lokale inkoopconsortia van clinici.

De verwachting is dat, als gevolg van de hervormingen, de positie van de National Health Service Trust zal verschuiven van een 'statutory' instituut onder de verantwoordelijkheid van de nationale overheid, naar een relatief onafhankelijke stichting die voor zijn marktaandeel moet wedijveren¹³. Precair aan de hervormingsplannen is vooral (naast de politieke dimensie) dat ze gelanceerd en geïmplementeerd worden in economisch moeilijke tijden en dat ze samenvallen met soms drastische bezuinigingen op de overheidsuitgaven. Mede om die reden zijn de discussies over de mogelijke consequenties van de hervormingsplannen de afgelopen periode fors opgelaaid (zie ook paragraaf 3.4).

Voor dit moment concluderen we dat de GGZ in Engeland veel aandacht heeft gekregen van de nationale overheid en in de afgelopen twintig jaar in belangrijke mate mede is vormgegeven vanuit nationaal beleid. Dat beleid is in het bijzonder van grote invloed geweest voor de afbouw van klinische capaciteit en op de ontwikkeling ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. We concluderen ook dat de doelstellingen recentelijk zijn verbreed van de (ambulante) zorg naar maatschappelijke ondersteuning, sociale inclusie en herstel, maar dat de implementatie van dit vernieuwde beleid minder directief is. Verder zijn het stelsel van gezondheidszorg en sociale voorzieningen – en de publieke sector in het algemeen – recentelijk het onderwerp geworden van tamelijk ingrijpende hervormingsplannen en van intensief nationaal debat.

In paragraaf 3.4 worden de oordelen van de geraadpleegde experts en sleutelpersonen besproken over de impact van het Engelse zorg- en GGZ-stelsel en van de beleidsontwikkelingen van de afgelopen periode op de maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Maar eerst geven we een overzicht van de voorzieningen en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Nottingham.

3.3 Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Nottingham

De Engelse regio waarop deze studie zich concentreert is Nottingham city en het omliggende Nottinghamshire county. De regio ligt in centraal Engeland. Er wonen ongeveer 1,1 miljoen mensen in de regio, waarvan bijna 300.000 in Nottingham city¹⁴. De regio bestrijkt 2160 km² (495 inwoners per km²). Nottingham city en Nottinghamshire county hebben elk een eigen lokaal bestuur (gemeenteraad).

13 Het nieuwe 'marktstelsel' kent uiteraard ook een aantal nieuwe spelregels. Een van die spelregels is dat – anders dan bijvoorbeeld in Nederland – de zorginkoop door de nieuwe consortia plaats dient te vinden op regionale basis, conform een centraal vastgelegde regio-indeling.

14 De omvang van de van de verschillende leeftijdsgroepen is: 248.500 (23 %) <20 jaar, 652.000 (61 %) 20-64 jaar en 170.000 (16 %) > 64 jaar.

Op een landelijke ranglijst van gemeenten met de laagste gemiddelde scores op indicatoren voor de sociaaleconomische status (SES), staat Nottingham city op de 12e plaats (van de 354). De stad scoort vooral hoog op het aandeel van de populatie dat in meervoudig achtergestelde wijken woont. Nottinghamshire county staat 92e op de ranglijst van laagste gemiddelde SES-score, maar scoort relatief hoog (zelfs hoger dan de Nottingham city) op het aandeel lage inkomens en het percentage werklozen (www.communities.gov.uk/indices).

Wanneer we in dit rapport spreken over Nottingham, doelen we op de regio die bestaat uit Nottingham city en Nottinghamshire county (tenzij anders vermeld).

GGZ in Nottingham

De belangrijkste aanbieder van de tweedelijns GGZ in de regio is de Nottinghamshire Healthcare NHS Trust (NHCT). Het verzorgingsgebied van de 'reguliere' GGZ-voorzieningen van de Trust is de bovenbeschreven regio: Nottingham city en Nottinghamshire county. Onderdeel van de NHCT is echter ook een erg grote forensisch psychiatrische afdeling met een veel groter verzorgingsgebied (en een aandeel van circa een kwart in de totale NHCT capaciteit).

De GGZ voorzieningen van de Nottinghamshire Healthcare Trust worden geleverd door 6.000 medewerkers vanuit meer dan 100 locaties¹⁵. Het medewerkersbestand van de NHCT bestaat vooral uit psychiatrisch verpleegkundigen (59%) en maatschappelijk werkers ('social workers') (23%). De totale inkomsten in 2010 bedroegen 345 miljoen euro¹⁶. Financiering verliep tot voor kort grotendeels via de drie Primary Care Trusts en, voor een klein deel, via de twee gemeenten in de regio¹⁷. Op jaarbasis ontvangen naar schatting 20.000 volwassenen (18-65 jaar) zorg van de NHCT¹⁸.

Het GGZ aanbod van de NHCT is grotendeels georganiseerd conform de in het verleden ontwikkelde nationale standaarden voor de beschikbaarheid van verschillende typen GGZ voorzieningen (zie paragraaf 3.1). Wat wel direct opvalt is de zelfs naar Engelse maatstaven lage capaciteit van de 'acute' intramurale zorg. Deze voorzieningen worden geleverd in zeven locaties met een totaal aantal van 203 'acute' bedden. Dit komt neer op 20 bedden per 100.000 inwoners, wat aanzienlijk lager is dan het nationale gemiddelde en spectaculair veel lager dan het West Europese gemiddelde.

15 Exclusief forensische psychiatrische voorzieningen (circa ¼ van de totale capaciteit), komen deze cijfers neer op ongeveer 450 medewerkers per 100.000 inwoners.

16 Exclusief forensische psychiatrische voorzieningen (circa ¼ van de totale inkomsten), komen deze cijfers neer op ongeveer € 260 per 100.000 inwoners.

17 Nottingham city PCT, Nottinghamshire county PCT, Bassetlaw PCT, de gemeente Nottingham city en de gemeente Nottinghamshire county.

18 Ongecorrigeerd voor het grotere psychiatrische verzorgingsgebied, komen deze getallen neer op circa 3.000 cliënten per 100.000 inwoners.

De ambulante zorg en 'zorg aan huis' van de NHCT worden voornamelijk geleverd door de ambulante teams zoals genoemd paragraaf 3.1, al vinden er veranderingen plaats in de organisatie en ook in de betiteling van deze teams. Gegevens uit 2010 laten zien dat de ambulante GGZ voor volwassenen op dat moment bestaat uit:

- Community Rehabilitation teams, recent herdoopt tot Recovery teams (188 fte), die algemene ambulante hulp bieden aan meer dan 5.000 cliënten met relatief ernstige psychische problemen (puntprevalentie) (caseload circa 1:30).
- Assertive Outreach teams (64 fte), die outreachende hulp bieden aan meer dan 400 cliënten met doorgaans ernstige problemen (caseload 1:8); recentelijk zijn de Assertive Outreach teams geïntegreerd in de Community Rehabilitation teams c.q. Recovery teams.
- Crisis Resolution teams (109 fte), die hoog-intensieve zorg aan huis verlenen aan bijna 200 cliënten in acute crisissituaties (caseload 1: 2).
- Early Intervention in Psychosis teams (51 fte), die hulp bieden aan bijna 500 mensen die een eerste psychotische episode doorgemaakt hebben (caseload 1:10).
- Rehabilitation / Continuing Care teams (50 fte), die trainingen en (andere) revalidatievoorzieningen bieden aan bijna 600 cliënten die te kampen hebben met ernstige of chronische psychische problemen (caseload 1:10).

Daarnaast zijn er nog twee 'ambulante klinieken', waaronder één meer traditionele consultatieve kliniek en een zogeheten 'step forward', herstel georiënteerde kliniek.

Woonvoorzieningen en woonbegeleiding in Nottingham

De NHCT biedt ook verschillende woonvoorzieningen voor mensen met langdurige psychische problemen. Daarbij gaat het vooral om 'residentiële revalidatievoorzieningen' en om voorzieningen voor '24-uurs verpleegkundige zorg'. In totaal beschikken de zestien door de NHCT beheerde accommodaties in de regio over naar schatting 183 plaatsen (18 plaatsen per 100.000 inwoners).

Woonvoorzieningen worden echter ook geboden door andere organisaties. Met name *Framework* is een relatief grote 'non-statutory' organisatie, die niet alleen woonvoorzieningen voor kortdurend verblijf biedt, maar ook woonbegeleiding ('supported housing') aan kwetsbare mensen, waaronder mensen met ernstige psychische problemen. *Framework* heeft zijn basis in Nottingham maar heeft een verzorgingsgebied dat zich uitstrekt tot buiten Nottinghamshire county. Het is de grootste aanbieder van 'ondersteuning bij wonen' in de regio. Op jaarbasis worden ongeveer 7.000 mensen geholpen door *Framework*. Een geschatte 40-50% van *Framework's* cliënten heeft psychische problemen.

Voorzieningen van *Framework* variëren van hostels en doorstroomhuizen ('move-on houses') tot ondersteuning aan huis ('floating support'). De nadruk ligt op informele, laagdrempelige, praktische en maatschappelijke ondersteuning, waaronder hulp bij het vinden en behouden van werk. De financiering van de voorzieningen en de ondersteuning komt uit verschillende bronnen, waaronder fondsen van de woningsector, gemeentelijke fondsen voor zorgvoorzieningen en sociale voorzieningen, overige fond-

senverwerving en eigen bijdragen van cliënten. In het afgelopen decennium is het in de vorige paragraaf al genoemde Supporting People Programme een belangrijke katalysator geweest voor de ontwikkeling van Framework's voorzieningen in Nottingham.

Framework en de Nottinghamshire Healthcare Trust werken samen op formele en informele basis. Deze samenwerking heeft onder andere geresulteerd in een gezamenlijk beheerde woonvoorziening voor mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen. De voorziening bestaat uit geclusterde accommodaties met intensieve, 24-uurs zorg en sociale steun, die ook beschikbaar is voor mensen in een aantal individuele appartementen in de nabije omgeving. Cliënten zijn voor een groot deel voormalige psychiatrische verblijfspatiënten.

Behalve Framework en de NHCT, leveren ook sommige woningcorporaties en een aantal andere, kleinere organisaties enige vorm van woonbegeleiding aan mensen met psychische problemen.

Voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en participatie in Nottingham

Naast bovengenoemde voorzieningen is in Nottingham een reeks van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning ontwikkeld op het gebied van dagactiviteiten, onderwijs en werk. Verschillende organisaties zijn betrokken bij deze diensten, waaronder de gemeenten (voor de financiering maar gedeeltelijk ook met eigen voorzieningen), diverse 'non-statutory' ofwel 'voluntary' organisaties, cliëntenorganisaties en opnieuw de NHCT en Framework.

Belangrijk om op te merken is dat veel van deze voorzieningen afhankelijk zijn van tijdelijke programma's of projectsubsidies. Voorzieningen op dit terrein worden ook geraakt door actuele veranderingen in financieringsstelsels en bezuinigingen in de sociale sector. Een voorbeeld is de recente sluiting van voorheen door de gemeenten gefinancierde dagactiviteiten- en inloopcentra voor mensen met psychische problemen. Deze voorzieningen worden vervangen door een systeem van persoonsgebonden budgetten die uitgegeven kunnen worden aan uiteenlopende reguliere maatschappelijke voorzieningen. Hoeveel mensen met ernstige psychische problemen voldoen aan de criteria en gebruik maken van deze budgetten, is niet duidelijk.

Niettemin kunnen mensen met psychische problemen voor specialistische individuele ondersteuning bij participatie en arbeidsrehabilitatie nog steeds een beroep doen op verschillende voorzieningen. Eén daarvan is de *Social Inclusion and Well-being service* van de NHCT. Deze afdeling van de Trust telt 35 medewerkers, met een brede range van disciplines. De afdeling biedt individuele ondersteuning ('personalized support') bij werk, opleiding en andere activiteiten. Ook worden zelfhulpgroepen ('peer support groups') georganiseerd en wordt consultatie geboden aan andere NHCT-teams. Het grootste deel van de *Social Inclusion and Well-being service* wordt gefinancierd vanuit

de budgetten van de gezondheidszorg (NHS). Financiering vanuit deze bron staat momenteel echter onder druk en pogingen worden ondernomen om toegang te krijgen tot de reguliere middelen van het *Department of Work and Pensions*.

Voor begeleiding bij het vinden en behouden van werk, telt de Trust vijf arbeidsconsulenten ('*Employment Connections team*'), waarvan een deel voor de stad en een deel voor de regio daarbuiten werkt. Diegenen die voor de stad werken zijn recentelijk gestart met IPS. Dit IPS-project wordt gedeeltelijk en op een tijdelijke basis gefinancierd door de universiteit. Buiten de stad is de IPS-methodiek nog niet ingevoerd. Naast de NHCT, biedt ook Framework hulp bij arbeidsparticipatie voor mensen met psychische problemen, met name buiten de stad. Deze hulp wordt geleverd vanuit een tijdelijk project, genaamd *Helping Hands*, dat zes medewerkers telt en op resultaatbasis gefinancierd wordt door het Department of Work and Pensions. Framework is ook gestart met een aantal sociale ondernemingen in de regio van Nottingham.

Reguliere voorzieningen voor arbeidsintegratie worden geboden door de lokale *Job Centre Plus* (JCP) kantoren (onderdeel van het Department of Work and Pensions). De JCP kantoren doen de assessments rond sociale uitkeringen en bieden hulp bij het vinden van werk voor mensen met een handicap.

Naast bovengenoemde voorzieningen, vindt in Nottingham een reeks van kleinschalige activiteiten plaats op het gebied van sociale participatie, dagactiviteiten en 'kwartier maken' ('community networking'). De NHCT beschikt over een speciaal team van 'community development workers' (circa 4 fte), wiens taak het is om de betrokkenheid van de lokale samenleving bij mensen met psychische problemen te vergroten, bijvoorbeeld door middel van het ontwikkelen en uitwisselen van informatie en kennis tussen GGZ voorzieningen en andere organisaties. Een ander voorbeeld is MIND, een particuliere organisatie die verschillende kleinschalige voorzieningen biedt op het gebied van steun aan mantelzorgers, vriendendiensten, vrijwilligerswerk en dagactiviteiten. Ook de gemeenten verzorgen ondersteuning aan mantelzorgers. Gemeenten bieden ook faciliteiten voor cliëntengroepen. Verder worden op het gebied van de belangenbehartiging en zelfhulp verschillende activiteiten ondernomen door lokale cliëntenorganisaties.

Samenvattend is een reeks van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning beschikbaar in Nottingham. Ook stellen we vast dat deze voorzieningen relatief kwetsbaar lijken te zijn als het gaat om financiering. De totale capaciteit van gespecialiseerde ondersteuning op het gebied van sociale participatie, onderwijs en werk, lijkt ook niet heel groot, vergeleken met bijvoorbeeld de totale capaciteit van de Trust.

Ondanks deze beperkingen, wordt de regio van Nottingham in het algemeen beschouwd als een voorloper op het gebied van de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen. De regio wordt ook beschouwd als een pionier wat betreft de ontwikkeling en implementatie van herstelgerichte zorg ('recovery').

Herstel

Verschiedende factoren hebben bijgedragen aan de relatief sterke herstel oriëntatie in Nottingham. Zo hebben toonaangevende personen in de nationale Britse herstelbeweging hun thuisbasis in Nottingham. En een 'non-statutory' maar belangrijke regionale organisatie als Framework werkt volgens een benadering die naar verluidt sterk heeft bijgedragen aan de verspreiding van een herstelgeoriënteerde visie en praktijk in de regio. Verder kent Nottingham van oudsher een aantal goed georganiseerde cliëntenorganisaties en belangenorganisaties van cliënten.

Een van deze organisaties is *Making Waves*, een van de grotere cliëntenorganisaties in de regio. *Making Waves* opereert vanuit een tamelijk kritische houding ten opzichte van de traditionele GGZ. Het is actief op het gebied van belangenbehartiging, maar biedt ook eigen diensten aan aan mensen met psychische problemen en aan andere organisaties, waaronder de Trust. Tot die diensten behoren onder andere trainingen voor zelfhulpgroepen, trainingen voor ervaringsdeskundige medewerkers van de Trust, kwaliteitsevaluaties vanuit cliëntenperspectief en cursussen binnen reguliere opleidingen van verpleegkundigen en andere hulpverleners. *Making Waves* heeft ook een aantal anti-stigma activiteiten geïnitieerd.

In de Trust is in 2009 een ambitieus programma opgezet, gericht op de implementatie van herstelgeoriënteerde zorg door de introductie van 'recovery action plans', de opleiding en aanstelling van ervaringsdeskundigen en training van de NHCT staf. In 2011 is een Recovery Education Center (REC) geopend. Het REC organiseert een reeks van cliëntgestuurde (groeps)activiteiten rondom onderwerpen en doelen die gekozen worden door de deelnemers zelf. In de praktijk en in lijn met de op ontwikkeling gerichte doelstellingen van het REC, ligt de nadruk op onderwerpen als werk, opleiding, gezondheid of sport, maar bijvoorbeeld ook op een thema als 'vertrouwen'. Naast het REC speelt het *Involvement Center*, bestaande uit cliënten en familie, een belangrijke rol in het inbrengen van het cliëntperspectief binnen de NHCT. Het *Involvement Center* is vooral betrokken bij besluitvorming op instituutsniveau (bijvoorbeeld rond werving van personeel).

Nottingham is een van de regio's die participeren in het in de vorige paragraaf genoemde nationale Recovery Programme. Verschillende van de hierboven genoemde activiteiten worden vanuit dit programma gefinancierd. Ook de aanstelling van ervaringsdeskundige medewerkers wordt (gedeeltelijk) gefinancierd met middelen van het Recovery Programma, zij het onder de voorwaarde dat deze medewerkers vaste contracten aangeboden krijgen zodra het Recovery Programme en bijbehorende projectsubsidies eindigen.

Samenwerking en coördinatie

Wat betreft de algemene, regionale organisatie van de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen in Nottingham, is er tot op heden geen specifieke, centrale, coördinerende instantie of een gezamenlijk plan van de relevante stakeholders. Niettemin is er veel samenwerking op verschillende

niveaus. Onderlinge werkrelaties worden in het algemeen als positief aangeduid. Zo zochten tot voor kort de budgetbeheerders van de Primary Care Trusts (gezondheidszorg) en die van de gemeenten (sociale voorzieningen) elkaar op voor gezamenlijke behoeftenanalyses en gezamenlijke strategische planning. Ook de NHCT en Framework hebben nauwe werkrelaties, zowel op management- als op operationeel niveau en deels ook in de vorm van een geformaliseerd partnerschap, bijvoorbeeld rond gezamenlijke voorzieningen. Eerder wezen we erop dat de Trust over een team van 'kwartiermakers' ('community development workers') beschikt. Framework lijkt al een langere traditie te hebben van het engageren van andere maatschappelijke organisaties.

Gesignaleerd wordt echter ook dat, ook al zijn de werkrelaties goed, meer gedaan zou kunnen worden. In 2009 ontwikkelde de Local Services division van de NHCT een plan voor een 'Sociale Inclusie strategie', waarin de noodzaak uiteen wordt gezet van regionale coördinatie en afstemming van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en activiteiten op het gebied van sociale inclusie. Voorgesteld wordt om met de belangrijkste samenwerkingspartners de basis te leggen voor een georganiseerd 'multi-agency partnership'. De belangrijkste partners in dit samenwerkingsverband zouden volgens het plan, naast de Trust zelf, moeten bestaan uit gemeenten en lokale organisaties op het gebied van huisvesting, sociale uitkeringen, vrije tijd en werk. Vervolgens wordt in het plan een omvattend sociale inclusie programma voorgesteld, onder andere bestaande uit een herstelprogramma, een 'community engagement' programma, een anti-stigma programma en een arbeidsrehabilitatieprogramma.

Enkele onderdelen van het programma zijn daadwerkelijk in praktijk gebracht. Zo heeft de NHCT in samenwerking met andere lokale organisaties in 2010 een anti-stigma campagne opgezet en uitgevoerd. Onderzoek naar de resultaten daarvan laat zien dat GGZ-cliënten een positieve verandering constateerden in de houding van het algemene publiek (Schneider e.a., 2011). Echter, de ambitie van de Sociale Inclusie strategie als de start van een omvattende en goed gecoördineerde intersectorale onderneming, lijkt tot dusverre nog niet te zijn gerealiseerd.

3.4 Sleutelpersonen over regionale voorzieningen en nationaal beleid

De resultaten, beperkingen en toekomstige uitdagingen van het lokale maatschappelijke steunsysteem in Nottingham, zijn verder verkend en besproken in een reeks individuele en groepsinterviews met ongeveer twintig sleutelpersonen in het lokale netwerk van GGZ- en maatschappelijke voorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen (zie bijlage). De geïnterviewden vertegenwoordigden de belangrijkste (professionele en cliënten-)organisaties en voorzieningen op het gebied van de ambulante en langdurige GGZ, wonen, participatie (opleiding en werk), herstel, coördinatie en planning. Behalve op de lokale situatie, richtten de interviews zich met name op het oordeel van betrok-

kenen over het nationale beleid en het nationale GGZ systeem en over de stimulansen en belemmeringen die daarvan in het verleden uitgingen en momenteel uitgaan voor de (verdere) ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen.

Vooraf zij opgemerkt dat de interviews in Nottingham plaatsvonden in een periode van heftige nationale discussies over de hervormingsplannen van de Britse regering. Ook waren permanent op de achtergrond zorgen voelbaar over de impact van aangekondigde en gedeeltelijk al in gang gezette gemeentelijke bezuinigingen. Bijgevolg heerste rondom de interviews een sfeer van tamelijk grote ongerustheid, vooral in de afsluitende groepsdiscussies.

Behaalde resultaten in Nottingham tot dusver

Ondanks deze zorgen (die verderop uitgebreider worden besproken), zijn de sleutelpersonen in het algemeen van mening dat door de jaren heen veel is bereikt in Nottingham. De algemene opvatting is dat de regio wat betreft de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie lange tijd een voorloper is geweest in Engeland en dat nog steeds is. Illustratief voor deze traditie is, bijvoorbeeld, dat assertive outreach - het thuis bezoeken van mensen, vanuit teams met kleine caseloads - in Nottingham al in de jaren tachtig werd gedaan, lang voordat dat vanuit het overheidsbeleid werd gestimuleerd en uiteindelijk wettelijk werd voorgeschreven. Illustratief is ook, zo luidt het, de betrekkelijk grote impact van cliëntenorganisaties in de regio door de jaren heen.

Volgens de geïnterviewden zijn verschillende concrete resultaten zichtbaar in het regionale netwerk van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning, zoals dat op dit moment functioneert. Zo is een solide systeem van ambulante GGZ-teams opgezet. Veel van deze teams lijken goede resultaten te boeken. De Early Intervention in Psychosis (EIP) teams bijvoorbeeld, hebben volgens betrokkenen een zeer laag drop-out percentage (10 %) en een lage suïcide-ratio (vergelijken met nationale cijfers) en behalen goede resultaten in termen van maatschappelijke integratie (50% van de cliënten stroomt in in een opleiding of vindt werk). De teams slagen er ook in een etnisch diverse groep te bereiken (inclusief familie en vrienden van cliënten). Op het gebied van huisvesting en woonbegeleiding hebben de NHCT en Framework een reeks van voorzieningen ontwikkeld, die mensen met ernstige psychische problemen (en anderen, in het geval van Framework) helpen bij het realiseren en behouden van goede leefomstandigheden. Volgens de geïnterviewden is de 24-uurs woonvoorziening voor voormalige verblijfspatiënten, in gezamenlijkheid beheerd door de NHCT en Framework, tot dusverre erg succesvol gebleken (bijvoorbeeld in het voorkomen van opnamen). Er zijn aanwijzingen dat de ontwikkeling van het Social Inclusion and Well-being team en de arbeidsrehabilitatie voorzieningen van de NHCT (IPS) en Framework hebben geleid tot een groei van het aantal mensen dat weer aan het werk gaat. Een ander positief gegeven is de lokale anti-stigma campagne, die geresulteerd heeft in een (wetenschappelijk vastgestelde) positieve verandering in de houding van de algemene bevolking tegenover mensen met ernstige psychische problemen.

Er wordt ook op gewezen dat Nottingham een toonaangevende rol heeft verworven bij de implementatie van de herstelbenadering, als een van de demonstratie sites van het nationale Recovery Programme. Het meest recente resultaat op dat vlak is de opening van het Recovery Education Center, dat actief is binnen en buiten de Trust en dat van meet af aan een substantiële clientèle aantrekt. Gesignaleerd wordt echter dat wellicht het belangrijkste resultaat tot dusver (gerealiseerd dankzij de hierboven genoemde activiteiten en ontwikkelingen) gelegen is in het feit dat - zij het langzaam - de houding in Nottingham tegenover mensen met ernstige psychische problemen en tegenover hun sociale inclusie en hun herstel aan het veranderen is. Volgens de geïnterviewden vinden deze veranderingen zowel plaats binnen de GGZ als daarbuiten, in de lokale samenleving. Het bevorderen van persoonlijke contacten met en verspreiden van persoonlijke verhalen van mensen met ernstige psychische problemen, zijn daarbij volgens betrokkenen cruciaal. Een gevolg van deze ontwikkelingen is dat het vertrouwen in de haalbaarheid van herstel en inclusie terrein wint onder mensen met psychische problemen, hun familie en vrienden en hun professionele hulpverleners in Nottingham.

Stimulansen vanuit het nationale stelsel en het nationale beleid

Volgens sleutelpersonen heeft in het algemeen het nationale beleid van de laatste decennia zeer geholpen bij het realiseren van de tot dusver bereikte resultaten. De GGZ als zodanig heeft veel aandacht gekregen in het nationale beleid door de jaren heen. Er is een breed gevoel van continuïteit en ontwikkeling in het nationale GGZ beleid. Ook heerst de overtuiging dat het systeem van de National Health Service en het directieve beleid van het National Service Framework, bijgedragen hebben aan de ontwikkeling van een solide systeem van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problemen.

Kanttekening daarbij is dat het National Service Framework met name wordt gewaardeerd om zijn bijdrage aan de totstandkoming van een algemene structuur voor ambulante zorg, meer dan om zijn inhoudelijke visie of zijn perspectief op sociale inclusie. Sociale inclusiedoelstellingen zijn pas later op de voorgrond gekomen en zijn de centrale thema's geworden van recentere beleidsdocumenten zoals *New Horizons* en *No Health without Mental Health*. In deze documenten gaat het niet meer alleen over (geestelijke gezondheids-)zorg, maar ook over sociale steun, onderwijs en arbeid. Ook wordt 'herstel' als een leidend concept gepropageerd. Een van de geïnterviewden stelt vast dat, met deze recente beleidsnotities en hun nadruk op bredere doelstellingen van sociale inclusie, empowerment, emancipatie en herstel, "voor het eerst absolute consistentie bestaat tussen wat het beleid bepleit en wat de mensen met psychische problemen zelf willen". In het algemeen zijn sleutelpersonen het erover eens dat deze beleidsontwikkelingen en landelijke pleidooien veel geholpen hebben om een atmosfeer te creëren, waarin nieuwe initiatieven op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, sociale inclusie en herstel zich in Nottingham hebben kunnen ontwikkelen in de afgelopen jaren.

Geïnterviewden noemen ook enkele specifieke beleidsmaatregelen en -instrumenten die behulpzaam zijn geweest in het afgelopen decennium (waarbij sommige van deze maatregelen en instrumenten zich niet beperkten tot de GGZ). Positief zijn geïnterviewden vooral over de impact van de (tijdelijke) stimuleringsfondsen van het Social Inclusion Programme en het Supporting People Programme. Met name de combinatie van helder geoormerkte (soms interdepartementale) budgetten voor ondersteuning bij wonen en werk, gecombineerd met de financieringsvoorwaarden van lokale samenwerking tussen de belangrijkste organisaties, is volgens geïnterviewden erg vruchtbaar en constructief geweest voor de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning, ook in Nottingham. Door deze en vergelijkbare stimulansen zijn de zorgsector en de sociale sector in de afgelopen vijftien jaar naar verluidt ook naar elkaar toe gegroeid, op institutioneel en op operationeel niveau (bijvoorbeeld door het aanstellen van maatschappelijk werkers, gefinancierd door de gemeenten, in de GGZ-instellingen).

De meeste geïnterviewden signaleren ook dat de nationale anti-stigma campagne effect sorteert en bijdraagt aan attitudeverandering op lokaal niveau. Daarnaast zien sleutelpersonen nieuwe mogelijkheden en kansen in de groeiende nationale beleidsaandacht voor arbeidsparticipatie (en IPS) en in het nationale Recovery Programme en de huidige beleidsaandacht voor het herstelconcept in het algemeen.

Voor dit moment concluderen we dat, volgens sleutelpersonen, de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen in Engeland geprofiteerd heeft van verschillende positieve nationale 'incentives' in de afgelopen twintig jaar. Vooral de directieve aanpak en de daaraan verbonden, scherpe en inhoudelijke financieringscriteria (zowel bij de structurele financiering als in het geval van tijdelijke innovatiefondsen) heeft zich uitbetaald. Sleutelpersonen geloven ook dat het streven naar sociale inclusie door recenter nationaal beleid nieuw momentum heeft gekregen.

Ondertussen groeit echter ook de zorg over nieuwe belemmeringen. De zorgen richten zich specifiek op recente beleidsontwikkelingen rond het zorgstelsel en sociale stelsel in het algemeen. Gevreesd wordt voor afbraak van hetgeen in de afgelopen jaren is opgebouwd. Volgens sommigen is die afbraak zelfs al ingezet.

Actuele knelpunten en uitdagingen in de regio Nottingham

Actuele uitdagingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen in Nottingham, kunnen worden samengevat in twee hoofdcategorieën. De eerste heeft te maken met de persistentie van een restrictieve medische en verpleegkundige benadering in de mainstream GGZ; de tweede met de gefragmenteerde en niet-structurele financiering van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en de daaruit voortvloeiende kwetsbaarheid van deze voorzieningen in tijden van economische crisis.

Traditionele GGZ

Volgens sommige van de geïnterviewden - en ondanks de sociaalpsychiatrische traditie en recente herstelinitiatieven - worden de basale waarden, ideeën, praktijken en organisatie van de mainstream GGZ in Nottingham nog steeds gedomineerd door een nadruk op psychiatrische diagnoses, symptomen en psychiatrische behandeling (medicatie). Ook is de focus van het grootste deel van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problemen naar verluidt nog steeds in hoofdzaak gericht op het in de gaten houden van de mentale toestand van de cliënt en van diens thuissituatie en veiligheid, in plaats van op herstel. Geïnterviewden hebben de indruk dat er nog veel werk te verrichten valt aan het tegengaan van een overbeschermende attitude bij GGZ-hulpverleners, een attitude die vooral gebaseerd is op negatieve verwachtingen bij GGZ-hulpverleners zelf. Sommigen hebben ook de indruk dat 'community development' hoger op de agenda van de GGZ gezet zou kunnen worden; gesignaleerd wordt, bijvoorbeeld, dat de ambulant werkende verpleegkundigen ('community nurses') vaak nauwelijks of geen contact hebben met de buurt en de omgeving van de cliënt. Sommige sleutelpersonen menen ook dat op managementniveau nog steeds een beperkte visie bestaat op de verantwoordelijkheden van de GGZ, namelijk een visie waarin die verantwoordelijkheden beperkt blijven tot de behandeling van psychiatrische stoornissen en waarin geen aandacht bestaat voor sociale en maatschappelijke factoren en ondersteuningsbehoeften. De 'non-statutory' organisaties in Nottingham hebben bovendien de indruk dat er nog belangrijke stappen gezet moeten worden, voordat zij door alle geledingen van de 'statutory' GGZ als volwaardige partners worden beschouwd.

Een aantal geïnterviewden heeft ook twijfels over de huidige status van het herstelconcept binnen Nottingham's GGZ systeem als geheel. Sommigen geloven dat het concept nog niet door alle afdelingen en disciplines serieus genomen wordt. En waar dat wel het geval is, wordt het vaak gezien als de kers op de taart, meer dan als een andere benadering op zich. Geïnterviewden waarschuwen ook voor het risico van inflatie van het herstelconcept. Een groeiend aantal voorzieningen meet zich een herstel titel aan. Enkele van deze voorzieningen hebben relatief hoge toegangsdrempels. Ook bij de groeiende nadruk op arbeidsparticipatie en op de individuele vereisten daarvoor plaatsen sommige geïnterviewden kanttekeningen. Zij wijzen op het risico dat, tegen deze achtergrond, herstel een 'contextloos' concept dreigt te worden, dat de aandacht vooral richt op individuele prestaties (en individuele mislukking) en zo zelf bijdraagt aan de internalisering van complexe sociale, biografische en economische problemen¹⁹. Ook het gebruik van het herstelconcept bij de legitimatie van beslissingen die minstens voor een deel van politieke aard zijn (bijvoorbeeld de sluiting van dagactiviteitencentra), draagt bij aan het risico dat de populariteit ervan snel weer zal afnemen, ook onder mensen met ernstige psychische problemen zelf.

19 Vergelijkbaar commentaar wordt geleverd op de lokale en nationale anti-stigma campagnes. Opgemerkt wordt dat de campagnes, door te spreken in termen van psychische *ziekten* ('mental illnesses'), de economische, sociale en biografische contexten van psychische problemen naar de achtergrond schuiven en zo het risico lopen juist aan stigma bij te dragen, in plaats van het tegen te gaan.

Op een structureel niveau plaatsen sommige geïnterviewden vraagtekens bij de differentiatie en specialisatie (en, volgens sommigen, fragmentatie) van de ambulante GGZ in verschillende specialistische ambulante teams. “We hebben een zeer ingewikkeld systeem”, aldus één van de sleutelpersonen. Door dit (nog steeds voortgaande) proces van specialisatie loopt het systeem volgens betrokkenen het risico nog meer naar binnen gekeerd te raken in plaats van zich open te stellen.

Gefragmenteerde financiering van maatschappelijke ondersteuning

Andere belangrijke barrières, naast bovengenoemde aspecten van de traditionele GGZ, hebben te maken met de gefragmenteerde en vaak tijdelijke financiering van voorzieningen op het gebied van sociale en maatschappelijke ondersteuning. Vooral financiering van voorzieningen op het gebied van woonbegeleiding ('supported housing'), sociale steun, ontwikkeling van sociale netwerken, 'community development' en specialistische ondersteuning bij opleiding en werk (IPS), zijn afhankelijk van een mix van tijdelijke financieringsbronnen. Deze bronnen variëren van de gemeenten en de reguliere gezondheidszorg- en welzijnsinstellingen tot lokale en nationale innovatieprogramma's, liefdadigheidsfondsen en andere projectsubsidies. Deze afhankelijkheid van fragmentarische en tijdelijke bronnen brengt de continuïteit van de voorzieningen in gevaar. Projecten worden vaak gedwongen te stoppen (en worden soms vervangen door andere), juist wanneer medewerkers een behoorlijk kennis- en vaardigheidsniveau hebben ontwikkeld. Tegelijkertijd vergroot de introductie van aanbestedingsprocedures de administratieve en bureaucratische lastendruk rond het verkrijgen of het verlengen van de benodigde financiën. Grootschalige nationale organisaties (zonder specifieke lokale banden) bevinden zich rond deze aanbestedingsprocedures bovendien in een gunstiger positie dan de kleinere (lokaal ingebedde) organisaties, zo is de ervaring van betrokkenen.

De kwetsbaarheid van de financiering van de betreffende voorzieningen brengt aanzienlijke risico's met zich mee in tijden van economische crisis. In alle groepsdiscussies ten behoeve van dit onderzoek, werd unaniem vastgesteld dat Nottingham op het moment getuige is van exact de harde consequenties van dat risico. Gewezen wordt op forse bezuinigingen op de woonbegeleiding en maatschappelijke ondersteuning van Framework. Deze voorzieningen zijn opgebouwd met hulp van het nationale Supporting People Programme, waarvan de middelen via de gemeenten worden toegewezen (zie paragraaf 3.2). Het budget voor dit programma is recent op nationaal niveau drastisch gekort. Bovendien is het budget niet langer geoormerkt. Nottingham is één van de gemeenten die ervoor heeft gekozen om de financiering van de betreffende voorzieningen drastisch in te krimpen. Geconstateerd wordt ook dat Nottingham in deze veel drastischer besluiten heeft genomen dan de meeste andere gemeenten. Het resultaat is dat veel van de voorzieningen die in de afgelopen 10 á 12 jaar ontwikkeld zijn, gesloten moeten worden. Schattingen van de omvang van de consequenties voor Framework alleen, komen er op uit dat de organisatie tussen de 40 en 50% van zijn voorzieningen moet sluiten.

Sleutelpersonen wijzen ook op de sluiting van de voorheen door de gemeenten gesubsidieerde dagactiviteitencentra. De intentie is dat deze vervangen zullen worden door persoonsgebonden budgetten ('personalized budgets'). Veel geïnterviewden hebben echter ernstige twijfels over de mate waarin mensen met ernstige psychische problemen aanspraak kunnen en zullen maken op deze budgetten. (Sommigen vragen zich ook af of het persoonsgebonden budget het juiste instrument is voor de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen, vooral in een tijd waarin fors op reguliere maatschappelijke en openbare voorzieningen wordt bezuinigd.) Ondertussen zijn de arbeidsrehabilitatie voorzieningen van de Trust (waaronder het IPS-project) afhankelijk van tamelijk onstabiele financiering, terwijl de arbeidstoeleiding en -ondersteuning van Framework ('Helping Hands') uitsluitend tijdelijke projectfinanciering ontvangt, die medio 2012 eindigt. Ook wordt ten tijde van de groepsinterviews gesproken over op handen zijnde plannen om de door de gemeenten gefinancierde maatschappelijk werkers terug te trekken uit de multidisciplinaire GGZ teams.

Discussiërend over de huidige teruggang van voorzieningen voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen in Nottingham, spreken de sleutelpersonen over "bezuinigingen op een ongekende, niet eerder vertoonde schaal" en over "traumatische tijden" en "een grote verspilling". De impact is des te groter, zo luidt het, omdat tegelijk forse budgetkorting opgelegd worden aan algemene maatschappelijke en openbare voorzieningen. Veel geïnterviewden vinden de maatregelen vooral kortzichtig, omdat ze verwachten dat ze zullen resulteren in toenemende dakloosheid, meer psychiatrische opnamen, toenemende ineffectiviteit van voorzieningen in het algemeen en, uiteindelijk, in een groei van de overheidsuitgaven aan sociale uitkeringen, acute zorg en opvangvoorzieningen. Dit wordt vooral als een verspilling beschouwd, omdat eerdere ontwikkelingen in het beleid en de praktijk in Engeland in het algemeen en in Nottingham in het bijzonder, het momentum bereikt hadden voor een definitieve stap naar daadwerkelijke inkluderende en daarmee kostenbesparende maatschappelijke ondersteuning. Dat momentum, zo wordt geconstateerd, loop nu het risico om te slaan in een pijnlijk gemiste kans.

Actuele belemmeringen en knelpunten vanuit het nationale stelsel en nationaal beleid

Bovenbeschreven knelpunten en 'setbacks' in de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning in Nottingham, komen gedeeltelijk voort uit specifieke lokale omstandigheden. Echter, nationale systeemkenmerken en beleidsontwikkelingen dragen ook en wellicht in nog grotere mate bij aan de barrières die op dit moment gesignaleerd worden. Dit geldt vooral voor de gefragmenteerde en kwetsbare financieringsstructuur voor voorzieningen op het gebied van sociale en maatschappelijke ondersteuning. Het geldt ook voor de bezuinigingen die op dit terrein plaatsvinden als gevolg van landelijke (en ten dele internationale) politiek-economische ontwikkelingen.

Daarnaast hebben veel sleutelpersonen in ons onderzoek vooral zorgen over de gevolgen van de bredere nationale hervormingsplannen voor de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Zoals opgemerkt in paragraaf 3.2 draaien die hervormingen vooral om een verdere decentralisatie van verantwoordelijkheden, een toenemende betrokkenheid van de particuliere sector en meer ruimte voor lokale besluitvorming en voor marktwerking en concurrentie tussen aanbieders. De overheveling van de zorginkoop van de nationaal aangestuurde Primary Care Trusts naar lokale inkoopconsortia van klinici, maakt ook onderdeel uit van deze hervormingen.

Sommige sleutelpersonen menen dat deze ontwikkelingen nieuwe mogelijkheden kunnen creëren voor lokale initiatieven. Echter, wanneer het gaat om maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen, voorzien de meeste geïnterviewden vooral een aantal extra risico's voor het voorzieningenniveau en voor de coördinatie en samenhang van deze voorzieningen.

Risico's voor het voorzieningenniveau

Gezondheidszorg en sociale voorzieningen in Engeland worden van oudsher voor een groot deel geleverd op geleide van nationale standaarden en nationaal voorgescreven voorzieningenniveaus. Decentralisatie van verantwoordelijkheden en meer ruimte voor marktwerking en voor particuliere partijen, zullen resulteren in grotere regionale verschillen in de beschikbaarheid en kwaliteit van de verschillende typen voorzieningen. Volgens de geïnterviewden bestaat het risico dat vooral voorzieningen op de grensvlakken van zorg en welzijn en van zorg en participatie (voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning) extra kwetsbaar zullen worden, met name als het gaat om voorzieningen voor de meest kwetsbare en minst assertieve mensen (waaronder veel mensen met ernstige psychische problemen). De verwachting is dat in een gedecentraliseerd, competitief stelsel, de aandacht van de aanbieders zal verschuiven naar meer winstgevend en veelbelovende cliënten (vooral wanneer financiering steeds meer wordt gebaseerd op behaalde resultaten). Sommige geïnterviewden zijn van mening dat recente nationale beleidsdocumenten over de GGZ (*New Horizons* en *No Health without Mental Health*) bijdragen aan de aandachtsverschuiving van mensen met ernstige en aanhoudende problemen naar een breder publiek²⁰. Bovendien wordt de hoop dat deze documenten een verslechtering van de dienstverlening aan mensen met ernstige problemen zullen voorkomen, getemperd door hun non-prescriptieve ("vage") toonzetting (dit in tegenstelling tot eerdere beleidsdocumenten over GGZ voorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen)²¹.

20 Ook wordt door enkele geïnterviewden opgemerkt dat de nationale anti-stigma campagne *Time to change* bijdraagt aan een verschuiving van de aandacht naar relatief lichte psychische klachten, ten koste van aandacht voor mensen die lijden aan ernstige en chronische aandoeningen.

21 Terwijl het *National Service Framework* wordt getypeerd als een structuur zonder inhoud, wordt *New Horizons* getypeerd als inhoud zonder structuur.

Sleutelpersonen signaleren kort gezegd dat de kwetsbaarheid van de financiering van de maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen, door de huidige beleidsplannen niet wordt verminderd, maar juist wordt versterkt, met name door de overheveling van verantwoordelijkheden naar het lokale niveau en naar de markt. Gesignaleerd wordt ook dat de kans op negatieve gevolgen van de overheveling voor deze groep nog eens wordt vergroot door het feit dat de beleidsmaatregelen samenvallen met forse bezuinigingen op de overheidsuitgaven.

Enkele geïnterviewden vrezen dat - als gevolg van deze ontwikkelingen en ondanks de inclusie retoriek - een repressieve praktijk weer terrein zal winnen in de GGZ (sommigen geloven dat dit al enige tijd gebeurt, in de vorm van de groei van de forensische psychiatrie). De behoefte aan risicovermijding is een constante ondertoon in publieke discussies en verwachtingen over de GGZ. Daarbij geholpen door de media, kunnen individuele incidenten grote consequenties hebben, tot op politiek niveau (vanwege het overheidsgestuurde zorgstelsel).

Coördinatie en samenhang van voorzieningen

Naast de risico's voor het voorzieningenniveau, brengen de hervormingsplannen volgens de sleutelpersonen ook nieuwe uitdagingen met zich mee met betrekking tot samenwerking en coördinatie.

Samenwerking en coördinatie worden door de geïnterviewden als essentiële voorwaarden beschouwd voor de samenhang en continuïteit van de ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. De noodzaak van coördinatie zal ook alleen maar toenemen: het proces van sociale inclusie gaat samen met de betrokkenheid van steeds meer maatschappelijke voorzieningen, elk met hun eigen doelen, wettelijke kaders en financieringsstelsels. Samenwerking, vooral tussen de gezondheidszorg, de woningsector, de sociale sector en de arbeidssector (en tussen de NHS Trusts en gemeenten), is door de jaren heen ook gestimuleerd en gefaciliteerd door een reeks van nationale beleidsmaatregelen.

Echter, de meeste van die maatregelen zijn niet langer van kracht (veel maatregelen hadden een tijdelijk karakter). Instellingen worden nu meer aangezet tot competitie (in plaats van samenwerking) en als gevolg van de bezuinigingen en van veranderingen in het systeem van middelentoewijzing c.q. zorginkoop ('commissioning') worden ook de relaties tussen de zorgsector en de sociale sector minder hecht. Sleutelpersonen vragen zich af wat het effect zal zijn van deze ontwikkelingen op de kwaliteit van de samenwerking tussen aanbieders, op de samenwerking tussen financiers en op de coördinatie en de samenhang van de zorg. Geïnterviewden signaleren dat een gezamenlijke, gecoördineerde regionale aanpak van de zorginkoop in de GGZ en in de sociale sector al steeds moeilijker wordt. Ze signaleren ook dat, als gevolg van de systeemveranderingen en de budgetkortingen, sommige aanbieders zijn begonnen zich terug te trekken op de eigen kernactiviteiten, zich steeds meer concentreren op afscherming van het eigen domein

en zich onthouden van investeringen in samenwerking (tenzij ze voorspelbaar winstgevend zijn). Sleutelpersonen merken op dat afhankelijkheid van verkokerde financiering (vanuit verschillende sectoren en departementen) deels wellicht onvermijdelijk is als het gaat om maatschappelijke ondersteuning, maar dat er geen mechanismen (meer) zijn om te compenseren voor het feit dat voor verbeteringen en opbrengsten in de ene sector (bijvoorbeeld werk), investeringen nodig zijn in een andere sector (bijvoorbeeld de zorg). Zo drijven individuele belangen van afzonderlijke instellingen en sectoren weg van het algemene sociale en economische belang van sociale inclusie. Investerings in de verdere ontwikkeling van lokale maatschappelijke steunsystemen dreigen daardoor achter te blijven. Ook omdat steeds minder duidelijk wordt wie de probleemeigenaar en eindverantwoordelijke is, op regionaal zowel als nationaal niveau.

Suggesties voor nationaal beleid

Sleutelpersonen hebben een reeks van suggesties gedaan voor overheidsmaatregelen die de huidige knelpunten kunnen wegnemen en de verdere ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen faciliteren en bevorderen. Deze suggesties kunnen als volgt worden samengevat.

In de eerste plaats zijn de sleutelpersonen van mening dat een besef en een brede erkenning op het niveau van de nationale overheid vereist is van de sociale en economische opbrengsten van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen, niet alleen voor de betrokkenen zelf, maar voor de samenleving als geheel. Dit besef en deze erkenning moeten niet beperkt blijven tot het gezondheidszorgdepartement, maar moeten ook doordringen tot andere departementen en daartoe actief uitgedragen worden vanuit het politieke niveau. Alleen dan kan gewerkt worden aan een consistent, interdepartementaal beleid (waarbij hetgeen het ene departement probeert te bevorderen niet meer teniet wordt gedaan door het beleid van een ander departement). Dan kunnen ook investeringen plaats vinden die niet direct resulteren in opbrengsten voor het investerende departement zelf, maar die bijdragen aan opbrengsten voor andere departementen en voor de samenleving in zijn geheel.

Vervolgens pleiten veel sleutelpersonen voor een continuering van het directieve beleid van de afgelopen tien á twintig jaar. Geïnterviewden pleiten in het bijzonder voor behoud van wat is opgebouwd, vooral sinds het National Service Framework. Daarnaast pleiten ze voor de uitwerking van de meer recente nationale beleidsidealen van inclusie en herstel in een krachtig en directief implementatieplan.

De kern van dit plan zou een solide financiering van maatschappelijke ondersteuning moeten zijn. Vooral voor flexibele, langdurige en samenhangende steun bij zelfstandig wonen, sociale contacten, opleiding en werk moet er solide, geoormerkte, structurele (eventueel interdepartementale) financiering komen. (Enkele geïnterviewden voegen daaraan toe dat de budgetten voor deze voorzieningen verdubbeld zouden moeten worden ten opzichte van de op dit moment beschikbare middelen.) In aanvulling op

een dergelijk financieringssysteem zouden algemene financieringsvoorwaarden voor de reguliere 'statutory' instellingen geëxpliciteerd kunnen worden en zou een reeks van stimulerings- en innovatieprogramma's in het leven geroepen kunnen worden. Via de algemene financieringsvoorwaarden kunnen bijvoorbeeld lokale samenwerking, de implementatie van herstelgerichte zorg en inkluderend instellingsbeleid bevorderd worden. Stimulerings- en innovatieprogramma's kunnen ingezet worden voor specifieke doeleinden, bijvoorbeeld, herscholing van GGZ medewerkers (nu vooral verpleegkundigen) tot 'support workers', het bevorderen van lokale contacten tussen mensen zonder en mensen met ernstige psychische problemen ('community development') en investeringen in coördinatie van voorzieningen op lokaal niveau.

In essentie geloven de meeste sleutelpersonen in Nottingham dat er geen fundamentele economische of organisatorische belemmeringen zijn voor het realiseren van adequate maatschappelijke ondersteuning en daadwerkelijke sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen. Ze geloven wel dat er nog veel gedaan moet worden en dat een cruciale factor in de realisatie van sociale inclusie gelegen is in de politieke wil om de vereiste stappen te zetten.

3.5 Belangrijkste bevindingen

Een ingrijpend deïstitutionaliseringsproces in de afgelopen decennia heeft ertoe geleid dat Engeland in Europa momenteel tot de landen behoort met de laagste intramurale GGZ-capaciteit. Ambulante alternatieven zijn ontwikkeld op geleide van een directief en prescriptief nationaal beleid, en bestaan, naast de algemene ambulante GGZ-teams voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit specialistische teams voor 'assertive outreach', crisisinterventie, vroeginterventie bij psychose en rehabilitatie. Ambulante GGZ wordt geboden door regionaal georganiseerde, 'statutory' (bij wet ingestelde) GGZ instellingen, ofwel mental health trusts. De trusts zijn onderdeel van de National Health Service (NHS), een bijna volledig publiek gefinancierd gezondheidszorgstelsel, onder direct beheer van het Department of Health. NHS-financiering van de GGZ trusts loopt voor het grootste deel via beheerders van de regionale gezondheidszorgbudgetten en voor een klein deel (sociale voorzieningen) via de gemeenten.

Maatschappelijke ondersteuning op het gebied van huisvesting, zelfstandig wonen, sociale contacten, opleiding en werk wordt geboden door GGZ-trusts en door 'non-statutory' (niet bij wet ingestelde) particuliere stichtingen. Deze 'non-statutory' organisaties halen hun inkomsten niet alleen (en soms helemaal niet) uit de formele GGZ financiering, maar ook uit andere lokale of nationale budgetten voor sociale voorzieningen of huisvesting, (tijdelijke) innovatiefondsen, liefdadigheidsfondsen en andere bronnen. In het afgelopen decennium zijn enkele grootschalige nationale innovatieprogramma's en -fondsen belangrijk geweest voor de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning.

Het GGZ beleid in Engeland is in de afgelopen vijftien jaar geëvolueerd van een directieve aanpak, gericht op de invoering van een stevige ambulante zorgstructuur, naar bredere pleidooien voor sociale inclusie en herstel. Illustratief voor deze beleidsontwikkeling zijn de introductie van een uitgebreid nationaal anti-stigma campagne en, op kleinere schaal, een nationaal Recovery Programme. Recent krijgen de GGZ en de voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning steeds meer te maken met hervormingsplannen voor de algehele stelsels van zorg en sociale zekerheid. De kern van de voorgenomen hervormingen bestaat uit de overheveling verantwoordelijkheden naar lokaal niveau en de invoering van prikkels voor marktwerking en concurrentie.

Kenmerkend voor de regio Nottingham zijn een sterke traditie op het gebied van sociale voorzieningen voor kwetsbare mensen en een sterke cliëntenbeweging. Door de jaren heen is een solide systeem van ambulante zorg ontwikkeld, inclusief verscheidene voorzieningen voor maatschappelijk georiënteerde ondersteuning. Daarnaast is de 'non-statutory' sector voor een groot gedeelte (mede-)verantwoordelijk geweest voor de ontwikkeling van voorzieningen op het gebied van (beschermde en begeleid) wonen en participatie (waaronder ondersteuning bij het vinden en behouden van een baan). Goede relaties tussen en gezamenlijke planning door regionale budgetbeheerders van de gezondheidszorg en van de gemeenten, hebben aan deze ontwikkelingen bijgedragen. Nottingham wordt ook beschouwd als een toonaangevende regio in de implementatie van herstelgeoriënteerde zorg. In 2011 is in de regio een Recovery Education Center geopend. Nottingham participeert ook als één van de pilot sites in het nationale Recovery Programme.

Volgens sleutelpersonen in Nottingham heeft het nationale beleid van de afgelopen tien à twintig jaar veel geholpen bij het realiseren van de voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning die tot dusverre in de regio zijn ontwikkeld. Gewaardeerd wordt dat de aandacht voor de GGZ op nationaal beleidsniveau in het algemeen groot is geweest en zich door de jaren heen op een relatief samenhangende en consistente manier heeft ontwikkeld. Vooral de directieve aanpak en de daaraan verbonden, scherpe en inhoudelijke financieringscriteria (zowel bij de structurele financiering als in het geval van tijdelijke innovatiefondsen) heeft zich uitbetaald. Het National Service Framework uit 1998, bijvoorbeeld, heeft geholpen een adequaat systeem van ambulante GGZ te creëren. Specifieke innovatieprogramma's op het gebied van 'supported housing' en werk combineerden solide geoormerkte (interdepartementale) budgetten met financieringsvoorwaarden rond lokale samenwerking en hebben daarmee ook in Nottingham in belangrijke mate bijgedragen aan de ontwikkeling van voorzieningen voor maatschappelijk ondersteuning. Sleutelpersonen zijn ook van mening dat het streven naar sociale inclusie door recentere nationale beleidsdocumenten nieuw momentum heeft gekregen.

Geïnterviewden blijken echter ook bezorgd over het feit dat dit nieuwe beleid een solide implementatieplan ontbeert, terwijl aan enkele belangrijke barrières voor sociale inclusie weinig aandacht wordt besteed en belemmeringen momenteel feitelijk toenemen. Sleu-

telpersonen wijzen in het bijzonder op de kwetsbaarheid van de gefragmenteerde, niet-structurele financiering van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning, vooral in de huidige tijd van economische crisis en met name waar het gaat om voorzieningen voor de meest kwetsbare mensen. Nottingham is momenteel daadwerkelijk getuige van forse bezuinigingen op dit terrein, vooral bij de voorzieningen voor woonbegeleiding. Dagactiviteitencentra zijn recentelijk ook gesloten (de status van de geïndividualiseerde alternatieven is nog niet duidelijk). Een bijkomende zorg ten tijde van de interviews was de potentiële terugtrekking van de - door de gemeente gefinancierde - maatschappelijk werkers uit de multidisciplinaire GGZ teams van de Trust.

Zorgen worden ook geuit over het gevaar dat de kwetsbaarheid van de financiering van maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen de facto zal toenemen door de huidige hervormingsplannen en door de overheveling van verantwoordelijkheden naar het lokale niveau en naar de markt. De hervormingen dreigen er toe te leiden dat individuele belangen steeds minder in overeenstemming zijn met het algemene sociale en economische belang van sociale inclusie, waardoor investeringen in de verdere ontwikkeling van lokale maatschappelijke ondersteuning en in samenwerking en coördinatie steeds meer achterwege blijven. Ook omdat, tengevolge van de hervormingen, de helderheid over de eindverantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie steeds verder vervaagt, op regionaal zowel als nationaal niveau.

Geïnterviewden geven aan dat deze scenario's voorkomen kunnen worden en dat de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning bevorderd kan worden door de erkenning - te beginnen op het niveau van de nationale overheid - van de sociale en economische opbrengsten van de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen, niet alleen voor de betrokkenen zelf, maar voor de samenleving als geheel. Om tot een consistent interdepartementaal beleid te komen, moet die erkenning niet beperkt blijven tot het gezondheidszorgdepartement, maar ook doordringen tot andere departementen en actief uitgedragen worden vanuit het politieke niveau. Daarnaast pleiten veel sleutelpersonen voor een continuering van het directieve beleid van de afgelopen tien á twintig jaar. Geïnterviewden pleiten in het bijzonder voor behoud van wat is opgebouwd op basis van eerder beleid en voor de uitwerking van de meer recente nationale beleidsidealen van inclusie en herstel in een krachtig en directief implementatieplan. De kern van dit plan zou een solide financiering van maatschappelijke ondersteuning moeten zijn. Vooral voor flexibele, langdurige en samenhangende steun bij zelfstandig wonen, sociale contacten, opleiding en werk moet er solide, geoormerkte, structurele (eventueel interdepartementale) financiering komen. In aanvulling daarop kunnen algemene financieringsvoorwaarden voor de 'statutory' instellingen geëxpliciteerd worden en kan een reeks van stimulerings- en innovatieprogramma's in het leven worden geroepen. Zowel van de algemene financieringsvoorwaarden als van de innovatieprogramma's moet een krachtige stimulans uitgaan voor lokale samenwerking en voor de lokale ontwikkeling van inkluderend beleid en een inkluderende, herstelgeoriënteerde praktijk.

4 Nederland - Alkmaar

4.1 Het Nederlandse GGZ systeem

Vergeleken met het Deense en het Engelse stelsel - en vergeleken ook met dat van veel andere West-Europese landen - vallen twee kenmerken op aan het huidige GGZ systeem in Nederland. Het eerste is het grote aantal psychiatrische bedden. Het tweede is de centrale rol van concurrerende zorgverzekeraars bij de besteding van het GGZ budget.

De intramurale GGZ-capaciteit in Nederland bedroeg in 2009 ruim 23.000 bedden, wat neerkomt op 135 bedden op 100.000 inwoners. Dit is een van de hoogste ratio's in Europa. Terwijl de intramurale capaciteit in veel landen in afgelopen twintig á dertig jaar fors is gedaald, is die capaciteit in Nederland in deze periode nauwelijks gewijzigd. Niettemin is, naast deze hoge en stabiele intramurale capaciteit, het aantal plaatsen in voorzieningen voor beschermd wonen snel gestegen, vooral in de afgelopen paar jaar.

Het andere onderscheidende kenmerk van de Nederlandse GGZ is het resultaat van een bredere stelselwijziging in de gezondheidzorg in 2006. Centraal daarin stond de introductie van Zorgverzekeringswet (ZVW). Onder deze nieuwe wetgeving wordt iedere burger geacht een basisverzekering bij een zorgverzekeraar naar keuze af te sluiten en worden de zorgverzekeraars geacht te concurreren om klanten op basis van premiehoogte en kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars mogen grotendeels zelf bepalen bij welke aanbieders zij zorg inkopen. Vanaf 2008 is de Zorgverzekeringswet ook van toepassing op het grootste deel van de GGZ.

Op de volgende pagina's wordt een kort overzicht gegeven van het stelsel en het voorzieningenaanbod van de Nederlandse GGZ. Vooraf wijzen we erop dat het nieuwe stelsel op termijn mogelijk ook de nodige gevolgen zal hebben voor de geografische organisatie van de GGZ, maar dat vooralsnog een vanuit de historie tot stand gekomen regionale structuur overheerst.

GGZ aanbieders

In 2011 werd verreweg het grootste deel van de tweedelijns GGZ in Nederland geboden door 31 regionaal georiënteerde, 'geïntegreerde' GGZ instellingen. De term 'geïntegreerd' komt voort uit het feit dat deze aanbieders ontstaan zijn uit regionale fusies (vooral in de jaren '90) van regionale psychiatrische ziekenhuizen, regionale instellingen voor ambulante GGZ (Riagg's) en vaak ook regionale instellingen voor beschermd wonen (Ribw's). Fusies vonden vrijwillig plaats en gedeeltelijk vanuit strategische motieven, maar werden ook ondersteund door pleidooien van de landelijke overheid voor de integratie van GGZ-voorzieningen. Op dit moment zijn er nog maar enkele zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen en enkele zelfstandige Riagg's. Van de Ribw's

is ongeveer de helft (20) tot dit moment zelfstandig. Het resultaat is dat tegenwoordig naar schatting 85% van de totale GGZ productie geleverd wordt door de geïntegreerde GGZ instellingen.

Sinds de stelselherziening zijn geïntegreerde GGZ instellingen in geografische zin niet meer in hun activiteiten begrensd. Als gezegd heeft dit nog niet geleid tot grote verschuivingen in de verzorgingsgebieden, al beginnen die elkaar al wel meer te overlappen en hebben sommige GGZ instellingen expliciet een expansief strategisch beleid geformuleerd (inclusief marketingstrategieën). Het meest in het oog springt echter een nieuwe golf van fusies, deze keer niet zozeer op regionaal maar op interregionaal niveau: veel naburige, geïntegreerde GGZ-instellingen (maar soms ook instellingen die verder van elkaar af liggen) zijn de afgelopen jaren in snel tempo met elkaar gefuseerd. Dit heeft geleid tot daling van het totaal aantal (geïntegreerde) GGZ-aanbieders, terwijl de gemiddelde omvang van deze aanbieders en die van de verzorgingsgebieden steeds groter worden.

GGZ voorzieningen

Logischerwijs bieden geïntegreerde GGZ instellingen een brede reeks van GGZ voorzieningen. Ze zijn om te beginnen de belangrijkste aanbieders van intramurale voorzieningen²². Een deel van deze voorzieningen is bestemd voor kinderen en jeugdigen, voor forensisch psychiatrische zorg en voor verslavingszorg. Van het totaal van 23.000 psychiatrische bedden in Nederland, zijn er ongeveer 19.000 bestemd voor intramurale GGZ voor volwassenen (inclusief ouderen)²³. De intramurale volwassenen GGZ kan in drie categorieën worden verdeeld: kortdurende opname- c.q. time-out voorzieningen; specialistische intramurale behandelvoorzieningen; en langdurige psychiatrische verblijfsvoorzieningen. Terwijl de meeste intramurale cliënten gebruik maken van de eerste twee categorieën voorzieningen, is het grootste deel (naar schatting meer dan de helft) van de psychiatrische bedden in gebruik voor de langdurige zorg c.q. verblijfspsychiatrie. In de afgelopen tien á vijftien jaar heeft overigens een gedeeltelijke deconcentratie plaatsgevonden van intramurale voorzieningen naar verspreide kleinschalige locaties. Niettemin zijn de schattingen dat een meerderheid van de intramurale plaatsen, vooral die voor langdurige zorg, zich nog steeds op de oude ziekenhuisterreinen bevinden.

Bovengenoemde intramurale voorzieningen komen voor het overgrote deel voort uit de voormalige psychiatrische ziekenhuizen, die nu vrijwel allemaal onderdeel zijn van geïntegreerde GGZ instellingen. Op het gebied van de verblijfs- c.q. residentiële zorg, zijn de voormalige psychiatrische ziekenhuizen echter niet de enige aanbieders. Woonvoorzieningen worden van oudsher ook geboden door de gespecialiseerde regionale aanbieders van beschermd wonen (waarvan als gezegd ongeveer de helft inmiddels

22 Een klein deel van de intramurale zorg wordt geleverd door andere instellingen, met name door de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, kleine specialistische aanbieders en een aantal algemene psychiatrische ziekenhuizen die zelfstandig zijn gebleven.

23 Op basis van de beschikbare landelijke cijfers kan geen onderscheid worden gemaakt tussen voorzieningen voor volwassenen (tot 65 jaar) en voorzieningen voor ouderen (65+).

eveneens geïntegreerd is in grotere GGZ instellingen). Met name het aantal plaatsen in deze beschermende woonvormen is erg snel gegroeid de laatste jaren. Terwijl dit aantal al toegenomen was van 4.000 plaatsen in 1993 naar 7.000 in 2004, is het verder gestegen naar 14.000 in 2009 (ongeveer 85 per 100.000 inwoners)²⁴. Veel van deze voorzieningen bestaan uit groepswoningen, vaak nog met gedeelde woonkamer en sanitaire voorzieningen. Er is echter een tendens van schaalverkleining en individualisering van de woonvoorzieningen (eigen, al dan niet geclusterde appartementen).

Ook op het gebied van ambulante voorzieningen hebben de geïntegreerde GGZ instellingen verreweg het grootste aandeel in de 'productie'²⁵. Een groot deel van deze ambulante tweedelijns GGZ bestaat uit relatief kortdurende trajecten, veelal voor mensen met minder ernstige of relatief kortdurende psychische problemen (ongeveer 40% van de ambulante trajecten duurt minder dan drie maanden). Hoe groot precies het aandeel is van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen is niet bekend; bekend is wel dat ongeveer een kwart van de ambulante trajecten langer duurt dan een jaar.

Gedurende de afgelopen vijftien jaar heeft de sociale psychiatrie in Nederland zich ontwikkeld in een aantal specifieke ambulante voorzieningen voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Een belangrijke aanzet tot het huidige aanbod werd al in de loop van de jaren '90 gegeven door het zogeheten Zorgvernieuwingsfonds (inmiddels weer opgeheven), dat onder andere de ontwikkeling stimuleerde en faciliteerde van voorzieningen voor psychiatrische thuiszorg (zowel acuut als langdurig), begeleid wonen en (clinical) casemanagement. Recenter is de Nederlandse GGZ getuige van een sterke opkomst van 'Assertive Community Treatment' (ACT) en een afgeleide daarvan, genaamd 'Functie ACT' (FACT) (Van Veldhuizen, 2007). Essentieel aan ACT en FACT is de brede, integrale benadering (ondersteuning wordt in principe geleverd of georganiseerd op alle levensgebieden waarop dat nodig is - van psychologische behandeling tot werkbegeleiding), de intensiteit en duur van de ondersteuning (zo intensief en zo lang als nodig), de multidisciplinaire aanpak, de teamverantwoordelijkheid voor de cliënt (ook in geval van ziekenhuisopname), de gedecentraliseerde positionering van de teams in de wijken en de nauwe samenwerking met andere lokale en buurtorganisaties²⁶. Opgemerkt zij overigens dat, hoewel het ACT- c.q. FACT-concept breed wordt omarmd, de werkelijke ACT en FACT capaciteit nog steeds betrekkelijk bescheiden is. In 2011 bedienden ongeveer 130 teams (niet gelijkelijk verspreid over het land) circa 3% van alle jaarlijkse GGZ cliënten en een geschatte 10-15 % van alle volwassenen met ernstige en langdurige psychische problemen.

24 De totale capaciteit voor intramurale GGZ en beschermd wonen bedraagt ruim 37.000 plaatsen ofwel 220 per 100.000 inwoners.

25 Een klein deel van de ambulante zorg komt voor rekening van andere aanbieders, vooral kleine, gespecialiseerde instellingen voor specifieke doelgroepen, zelfstandig gevestigde psychologen en psychiaters, groepspraktijken en enkele zelfstandig gebleven Riagg's.

26 Het belangrijkste verschil tussen ACT en FACT is dat de eerste zorgvorm toegespitst is op cliënten met een permanent hoog-intensieve zorgbehoefte, terwijl de tweede flexibeler is qua intensiteit en in dit opzicht varieert met de wisselende behoeften van de cliënten.

Zoals in veel landen, bestaan voorzieningen op het gebied van participatie voornamelijk uit een reeks van kleinschalige projecten en voorzieningen. Een belangrijke rol spelen de dagactiviteitencentra (DAC's) van de geïntegreerde GGZ instellingen. De DAC's bieden activiteiten en ondersteuning op het gebied van recreatie, educatie en werk. Daarnaast zijn in diverse regio's cliëntenorganisaties betrokken bij (of zelf initiatiefnemer van) uiteenlopende projecten op het gebied van sociale contacten, zelfhulp, opleiding en werk. In de afgelopen jaren is de arbeidsrehabilitatie methode van Individual Placement and Support (IPS) geïmplementeerd in een aantal regio's (hoewel de totale capaciteit nog laag is). Ook worden (al sinds de jaren '90) pogingen gedaan om de principes van rehabilitatie en - meer recent - herstel te implementeren in het aanbod van de (langdurige) GGZ. Er zijn aanwijzingen dat vooruitgang wordt geboekt, maar vooralsnog in een bescheiden tempo. Een belangrijk kenmerk van de Nederlandse situatie is ook dat gemeenten tot dusverre weinig bemoeienis hebben gehad met de GGZ en ook niet met de maatschappelijke ondersteuning van mensen met (ernstige) psychische problemen (een paar verspreide initiatieven uitgezonderd). Waar gemeenten wel betrokken zijn, blijft de bemoeienis vaak beperkt tot het toeleiden van de meest gemarginaliseerde mensen (daklozen) met psychische problemen naar zorgprogramma's van de GGZ.

GGZ medewerkers en cliënten

Nederland telt circa 64.000 fte aan arbeidsplaatsen in GGZ instellingen. Daarnaast zijn er ongeveer 3.000 vrijgevestigde GGZ professionals²⁷. De totale capaciteit komt neer op 395 fte per 100.000 inwoners. Ongeveer 40 tot 45% van de medewerkers is psychiatrisch verpleegkundige, 30 tot 35% behoort tot de medische of therapeutische staf en de resterende 25 tot 30% werkt in niet-cliëntgebonden functies.

GGZ aanbieders boden in 2009 hulp aan in totaal circa 940.000 cliënten. Dit komt neer op meer dan 5.500 GGZ gebruikers per 100.000 inwoners. Ongeveer 90% van deze cliënten maakte uitsluitend gebruik van ambulante voorzieningen. Het totale aantal GGZ cliënten is de afgelopen decennia continu gestegen (in een sneller tempo dan de algemene bevolkingsgroei) en neemt nog steeds toe.

Het exacte aantal GGZ cliënten met ernstige en langdurige psychische problemen is niet eenduidig vast te stellen, afhankelijk als de cijfers zijn van precieze definities en inclusie criteria. Schattingen van de totale bevolkingsgroep van volwassenen met ernstige en langdurige psychische problemen variëren van 75.000 tot 225.000 (ofwel 500 tot 1500 per 100.000 inwoners). Er zijn aanwijzingen dat een grote meerderheid van deze populatie langdurige GGZ gebruiker is.

27 In overlappende categorieën: 600 psychiaters, 1.100 psychotherapeuten en 1.400 eerstelijns psychologen.

Kosten en financiering

In 2009 bedroegen de totale GGZ uitgaven in Nederland 5,5 miljoen euro. Dat komt neer op 330 euro per inwoner, waarvan meer dan de helft wordt uitgegeven aan intramurale zorg (inclusief beschermd wonen).

Tot 2007 werd de GGZ grotendeels gefinancierd door één nationaal financieringskader. Sinds 2008 is de financiering gespreid geraakt over verschillende bronnen. De twee belangrijkste zijn de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De Zorgverzekeringswet werd in 2006 van kracht voor de curatieve somatische gezondheidszorg en in 2008 voor de *geestelijke* gezondheidszorg. De Zorgverzekeringswet regelt voor alle burgers een basiszorgverzekering, af te sluiten bij private zorgverzekeraars, die op hun beurt zorg voor hun verzekerden inkopen bij zorgaanbieders. De ZVW wordt gezien als één van de belangrijkste instrumenten in de transitie van de gezondheidszorg in Nederland naar een marktgeoriënteerd stelsel. De ZVW moet ruimte creëren voor concurrentie tussen verzekeraars en tussen zorgaanbieders (zorgverzekeraars die wedijveren om cliënten en zorginstellingen die wedijveren om goede contracten met de zorgverzekeraars, zie paragraaf 4.2). De basisverzekering van de Zorgverzekeringswet dekt alle essentiële curatieve gezondheidszorg. Voor wat betreft de geestelijke gezondheidszorg, valt nagenoeg alle ambulante zorg en alle kortdurende intramurale zorg (opnamen tot maximaal 1 jaar) onder de ZVW. Circa tweederde van de totale uitgaven aan GGZ in Nederland, wordt gefinancierd vanuit de ZVW.

Het tweede financieringskader is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ gaat over intramurale en ambulante zorg voor ouderen, mensen met een handicap en, tot 2008, het grootste deel van de zorg voor mensen met psychische problemen. De AWBZ dateert al van 1968 en werd destijds ingevoerd met de intentie een solide sociale verzekering te regelen voor de zorg aan mensen met ernstiger of chronische gezondheidsproblemen of handicaps. Regionale zorgkantoren (formeel niet-competitief maar sinds 2008 op uitvoeringsniveau ondergebracht bij de private zorgverzekeraars) zijn de beheerders van de AWBZ. Voor wat betreft de GGZ vallen sinds 2008 alle langdurige intramurale zorg (langer dan een jaar), alle niet-psychiatrische residentiële zorg (beschermd en begeleid wonen) en de dagactiviteitencentra onder de AWBZ. De AWBZ neemt ongeveer een derde van de GGZ financiering voor zijn rekening.

Van de verschillende andere, veel kleinere financieringsbronnen van de GGZ, moet er één apart vermeld worden. Dat is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De WMO bestrijkt een brede reeks van (maatschappelijke) zorg- en welzijnsdomeinen. De wet werd ingevoerd 2007, een jaar na de invoering van de Zorgverzekeringswet. Verschillende reeds bestaande wetten en regelingen op het gebied van maatschappelijk zorg en welzijn werden onder de WMO samengebracht. Gemeenten zijn de beheerder van de WMO-budgetten en hebben een aanzienlijke autonomie als het gaat om besluit-

vorming over de besteding van de middelen (budgetten in de WMO zijn niet geoormerkt en de WMO kent - anders dan de ZVW en de AWBZ - geen individuele aanspraken). Geschat wordt dat niet veel meer dan 1 tot 2 procent van de totale uitgaven van GGZ-instellingen wordt gefinancierd vanuit de WMO. Het vermoeden is dat WMO-uitgaven aan andere voorzieningen voor mensen met psychische problemen, ook gering zijn.

Het belang van de WMO ligt dan ook niet zozeer in zijn huidige aandeel in de financiering van voorzieningen voor mensen met psychische problemen, maar in het feit dat de wet met zoveel woorden aangeeft dat gemeenten een centrale (zij het vooralsnog niet geoperationaliseerde) verantwoordelijkheid hebben in de sociale inclusie van mensen met langdurige psychische problemen. (In beleidsdocumenten wordt ook standaard aan de WMO gerefereerd wanneer de onderwerpen van maatschappelijke ondersteuning en participatie van mensen met psychische problemen ter sprake komen.) Bovendien zijn er plannen voor een verdere decentralisatie van verantwoordelijkheden van de AWBZ naar de WMO. In het bijzonder zullen AWBZ-aanspraken op begeleid wonen en op georganiseerde dagbesteding (de DAC's) in 2013 ophouden te bestaan. De plannen zijn dat in plaats daarvan gemeenten middelen krijgen om (grotendeels naar eigen inzicht) alternatieve voorzieningen op deze terreinen in het leven te roepen (danwel de financiering van bestaande voorzieningen over te nemen).

Samengevat is, vanuit internationaal perspectief, het meest kenmerkende van het huidige Nederlandse GGZ systeem niet alleen de omvangrijke intramurale opname- en verblijfs capaciteit maar ook de transitie die de GGZ momenteel doormaakt van een relatief homogene, non-competitieve, regionaal georganiseerde sector naar een 'multi-budget', competitief systeem, dat in toenemende mate mede wordt aangestuurd door private zorgverzekeraars.

4.2 Nederlands nationaal beleid rond zorg, ondersteuning en inclusie

De ontwikkeling van het Nederlandse overheidsbeleid met betrekking tot GGZ en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen, kan in drie stadia worden verdeeld. Die stadia bestaan uit een aanvankelijke nadruk op het bevorderen van ambulante zorg, gevolgd door een verschuiving van de beleidsaandacht naar de introductie van marktwerking in de zorg en zeer recent weer gevolgd door een hernieuwde aandacht voor de mogelijkheden de hoge intramurale capaciteit in de GGZ te verminderen.

In het laatste decennium van de vorige eeuw, werd het GGZ beleid gekenmerkt door expliciete pleidooien voor de ontwikkeling van goede ambulante zorg en voor het ontwikkelen van mogelijkheden tot sociale en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische problemen. Beleidsmaatregelen concentreerden zich echter niet zozeer op het actief implementeren en afdwingen van deze doelstellingen, maar op

het stimuleren van 'good practices' via stimuleringsfondsen. Zoals al gesignaleerd in de vorige paragraaf, droegen deze stimuleringsmaatregelen bij aan de ontwikkeling van verschillende gespecialiseerde ambulante voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het bevorderde ook de opkomst - in een voorzichtig tempo - van een rehabilitatie perspectief en van verschillende cliëntengestuurde initiatieven. Het resulteerde echter niet in het uitgebreide deïstitutionaliseringsproces, zoals dat plaatsvond in veel andere landen. De intramurale capaciteit nam af, maar slechts in zeer beperkte mate.

Rond 2002 vond een omslag plaats in het nationale GGZ beleid. Vanaf die tijd richtte de beleidsaandacht zich in hoofdzaak op de implementatie van een meer marktgeoriënteerd gezondheidszorgsysteem. Concurrerende zorgverzekeraars, die voorzieningen inkopen van concurrerende zorgaanbieders, vormden in de beleidsplannen de toekomstige drijvende kracht achter kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering. De voorbereiding en implementatie van de Zorgverzekeringswet, als fundament van dit nieuwe stelsel, werd het belangrijkste beleidsthema. In dit proces vormde de GGZ als zodanig geen apart beleidsdomein. GGZ beleid was feitelijk een afgeleide geworden van het algemene gezondheidszorgbeleid en van algemene transitiedoelstellingen met betrekking tot het zorgstelsel als geheel. Meer specifiek werd de overheveling van het grootste deel van de GGZ financiering naar de DBC-systematiek van de Zorgverzekeringswet, het centrale GGZ beleidsthema. In belangrijke beleidsdocumenten werd ondertussen verkondigd dat de focus van het GGZ beleid niet langer op de langdurige zorg gericht zou moeten zijn, aangezien verreweg de meeste cliënten gebruik maken van de kortdurende GGZ.

De uitrol van het nieuwe GGZ beleid vanaf 2002 ging samen met een verminderde aandacht voor de langdurige ambulante zorg, een versnelling van de groei van de residentiële GGZ - in het bijzonder het beschermd wonen - en een hernieuwde (langzame maar constante) stijging van de overige intramurale GGZ capaciteit. In deze periode werden ook beleidsplannen ontwikkeld voor de decentralisatie van meer maatschappelijke georiënteerde zorg van de AWBZ naar gemeenten en in het bijzonder naar de WMO. Zoals in de vorige paragraaf al aangegeven, zijn in de afgelopen jaren verschillende AWBZ-aanspraken komen te vervallen en zijn nieuwe maatregelen in voorbereiding.

Het derde stadium in de GGZ beleidsontwikkelingen van de afgelopen circa vijftien jaar is eigenlijk pas net aangevangen en werd voorafgegaan door enkele kleinschalige stimuleringsprojecten, waarin weer meer aandacht ontstond voor de ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen. Een van deze projecten was *Herstel en burgerschap*, gefinancierd door het Ministerie van VWS en gericht op het uitwisselen van ideeën en ervaringen rond de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De belangrijkste deelnemers van het project waren nationale koepelorganisaties van onder andere de GGZ instellingen, de welzijnssector, de maatschappelijke opvang, de arbeidssector, gemeenten en cliënten. Een ander programma, geïnitieerd door het Ministerie van VWS, was het Transitie-

programma Langdurige Zorg, dat tijdelijke subsidies verleende voor lokale innovaties in de langdurige ambulante maatschappelijke zorg (niet alleen voor de GGZ). Beide programma's eindigden in 2011. In de tussentijd werd echter ook het deinstitutionalisering debat nieuw leven ingeblazen, dit keer door de zorgverzekeraars. Terwijl de zorgverzekeraars hun formele rol in de GGZ in 2008 opgepakt hebben, was hun inhoudelijke bemoeienis met het GGZ aanbod aanvankelijk relatief bescheiden en aftastend. Recent hebben echter de relatief hoge intramurale GGZ capaciteit - en de daarmee gemoeide kosten - de aandacht getrokken van de verzekeraars. In hun jaarlijkse onderhandelingen met de GGZ aanbieders over de productie van het volgende jaar, zijn de zorgverzekeraars inmiddels begonnen met het formuleren van targets voor het afbouwen van intramurale capaciteit. In de tussentijd heeft ook de rijksoverheid de beddenreductie op de eigen beleidsagenda gezet. Recent zijn maatregelen genomen om de overheveling van budgetten van de intramurale zorg naar de ambulante zorg te vereenvoudigen.²⁸

Concluderend kunnen we vaststellen dat de maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen zich (nog) niet heeft ontwikkeld tot een richtinggevende, nationale beleidsdoelstelling in Nederland, al is de beleidsaandacht voor de mogelijkheden van beddenafbouw de laatste tijd weer toegenomen. Ondertussen hebben wel ingrijpende wijzigingen in het zorgstelsel en in de financiering van de zorg plaatsgevonden, die ook van invloed zijn op de omstandigheden waaronder op lokaal en uitvoerend niveau gewerkt wordt aan de ontwikkeling van adequate voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Factoren die daar ook een rol in spelen zijn de bezuinigingen en de invoering van eigen bijdragen in de GGZ, maar ook voorgenomen wijzigingen in het stelsel van sociale zekerheid, die tot doel hebben de verantwoordelijkheid voor het eigen (maatschappelijke) leven en het eigen inkomen meer bij mensen zelf te leggen.

In paragraaf 4.4 worden de oordelen van de geraadpleegde experts en sleutelfiguren besproken over de consequenties van de ontwikkelingen in het Nederlandse stelsel en het Nederlandse beleid. Maar eerst geven we een overzicht van de voorzieningen en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Alkmaar.

4.3 Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Alkmaar

De Nederlandse regio waar we ons in dit rapport richten is de Kop van Noord-Holland, bestaande uit de gemeente Alkmaar en de omliggende gemeenten, met name ten

28 Ook zijn door het veld zelf inmiddels landelijke richtlijnen ontwikkeld voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, met daarin ook de nodige aandacht voor maatschappelijke ondersteuning en participatie (Van Weeghel e.a., 2011). De ontwikkeling van de richtlijnen wordt gestimuleerd door de rijksoverheid maar implementatie wordt overgelaten aan de veldpartijen.

noorden van de stad. In de GGZ staat de regio bekend als Noord-Holland Noord. De regio bestrijkt 1057 km² en telt in 2011 ruim 435.000 inwoners (411 per km²), waarvan er bijna 100.000 in de gemeente Alkmaar wonen²⁹. Het gemiddelde opleidingsniveau van de bevolking van de regio is relatief laag in vergelijking met het landelijk gemiddelde.

Wanneer we in dit rapport spreken over Alkmaar, bedoelen we bovenbeschreven regio, tenzij anders vermeld.

Geestelijke gezondheidszorg in Alkmaar

De belangrijkste aanbieder van tweedelijns GGZ in Alkmaar is GGZ Noord-Holland Noord (GGZ NHN). Naar schatting wordt 85 % van de GGZ in de regio geboden door GGZ-NHN³⁰. Tot 2009, viel het verzorgingsgebied van GGZ NHN samen met de bovenbeschreven regio. Na een fusie in 2009, breidde het verzorgingsgebied uit met de naburige regio West-Friesland. In dit rapport beperken we ons tot de capaciteit en voorzieningen van GGZ NHN in het oorspronkelijke verzorgingsgebied Noord-Holland Noord.

GGZ NHN is een geïntegreerde GGZ-instelling, met een brede reeks aan intramurale en ambulante voorzieningen voor uiteenlopende categorieën cliënten. De voorzieningen van GGZ NHN zijn georganiseerd in vier divisies, respectievelijk voor kortdurende psychiatrie, langdurende psychiatrie, ouderenpsychiatrie en forensische psychiatrie. Daarnaast heeft de instelling een specialistisch behandelcentrum voor mensen met autisme. De voorzieningen van GGZ NHN worden geboden vanuit meer dan dertig locaties in de regio. De instelling telt ongeveer 1.400 werknemers - iets meer dan 1.000 fte³¹ -, waarvan ongeveer 40% psychiatrisch verpleegkundige is. Inkomsten in 2008 bedroegen 82 miljoen euro (bijna 200 euro per inwoner in het verzorgingsgebied)³².

Eind 2008 telde GGZ NHN ruim 7.600 cliënten (wat neerkomt op een puntprevalentie van bijna 1.800 per 100.000 inwoners). Ongeveer 90% van deze cliënten was volwassene (tot 65 jaar). Ongeveer 20% was cliënt van de divisie voor langdurige psychiatrie (circa 1.400 personen, ofwel 320 per 100.000 inwoners).

Intramurale zorg en beschermd wonen

GGZ NHN staat bekend om zijn relatief lage intramurale capaciteit in vergelijking met andere regio's in Nederland. In 2010 telde GGZ NHN 322 psychiatrische bedden. Dat komt neer op 74 bedden per 100.000 inwoners, iets meer dan de helft van de gemiddelde intramurale capaciteit in Nederland. Ongeveer de helft (157) van de psychiatrische bedden van de GGZ-NHN zijn bestemd voor acute intramurale zorg (kortdurende

29 Omvang van de leeftijdsgroepen is: 100.500 (23 %) <19 jaar, 269.600 (62 %) 19-64 jaar en 65.200 (15 %) > 64 jaar.

30 Andere aanbieders zijn twee specialistische GGZ instellingen voor respectievelijk kinderen/jeugd en geriatric en zelfstandig gevestigde psychiaters en psychologen.

31 Dit komt neer op iets minder dan 250 fte per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied.

32 Daarvan was 50 % afkomstig van de ZVW, 35 % van de AWBZ, 14,5 % van het Ministerie van Justitie (voor forensisch-psychiatrische zorg) en 0,5 % van de WMO (gemeenten).

opnamen) en de andere helft (165 bedden) voor langdurige zorg c.q. verblijf. GGZ NHN biedt ook voorzieningen voor beschermd wonen (resultaat van een eerdere fusie met een Ribw). Het totale aantal plaatsen in beschermende woonvormen van GGZ NHN bedroeg 136 in 2010. Dit komt neer op 31 plaatsen per 100.000 inwoners, wat minder is dan de helft van het nationale gemiddelde³³.

De verschillende accommodaties voor beschermd wonen variëren in omvang, in de mate waarin bewoners over eigen voorzieningen beschikken en in intensiteit van de beschikbare zorg. Ze zijn ook de thuisbasis voor woonbegeleiding aan mensen met ernstige psychische aandoeningen met een eigen woning in nabije omgeving (vaak mensen die verhuisd zijn van een beschermende woonvorm naar een zelfstandige woning). Rond de woonbegeleiding is in de afgelopen jaren samenwerking tot stand gekomen met de reguliere thuiszorgorganisatie Actiezorg, die gespecialiseerde thuiszorg biedt aan enkele cliënten van GGZ NHN.

Een algemene tendens in de huisvesting van mensen met ernstige psychische problemen in de regio Alkmaar is een overgang van groepshuisvesting naar meer individuele (geclusterde) appartementen. Een relatief recente ontwikkeling is ook dat GGZ NHN woningen huurt van reguliere woningcorporaties en deze woningen zelf doorverhuurt aan eigen cliënten. Via deze constructie kunnen cliënten voorrang krijgen bij de toedeling van woningen. Na een bepaalde periode en als de cliënt zich bekwaam heeft getoond als huurder, wordt het contract omgezet in een regulier huurcontract tussen de cliënt en de woningcorporatie. In 2010 werd via deze constructie huisvesting geregeld voor 73 cliënten op 46 locaties, meestal bestaande uit eigenstandige en soms geclusterde appartementen.

Ambulante zorg: FACT

GGZ NHN staat ook bekend als een pleitbezorger voor de ontwikkeling van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en als een koploper bij de implementatie van FACT (Functie ACT). Zoals beschreven in paragraaf 4.1, worden FACT-teams gekenmerkt door hun integrale, multidisciplinaire, flexibele, wijkgerichte benadering. De FACT-teams ondersteunen hun cliënten op een breed terrein, van huisvesting, werk, opleiding en dagbesteding tot sociale contacten, gezinsleven en ook psychiatrische behandeling. De inhoud en intensiteit van de contacten worden afgestemd op de actuele situatie. De intensiteit kan indien nodig opgehoogd worden tot vier of vijf contacten per dag. In het geval van ziekenhuisopname, blijft het team verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie.

GGZ NHN telt negen FACT-teams, elk werkend voor een specifiek geografisch gebied. De totale FACT-formatie is 97 fte (gegevens over 2011). Deze negen teams bedienen 1.200 cliënten. Vergeleken met andere regio's zijn de FACT-capaciteit en het aantal

33 Niet meegeteld in de cijfers over de intramurale zorg en het beschermd wonen van GGZ NHN zijn 32 forensische bedden, 12 plaatsen in forensische voorzieningen voor beschermd wonen en circa 164 plaatsen voor dagbehandeling.

FACT-cliënten in de regio Alkmaar het drievoudige van het landelijk gemiddelde. Mogelijk ligt ook de sociaalpsychiatrische capaciteit als zodanig (ongeacht specifieke methodieken en organisatievormen) in Alkmaar boven het landelijk gemiddelde, maar daar zijn geen cijfers over beschikbaar.

Voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en participatie in de regio Alkmaar

GGZ NHN is ook betrokken bij een reeks van voorzieningen op gebied van (ondersteuning bij) dagactiviteiten, sociale contacten, opleiding en arbeid. De vijf dagactiviteitencentra van de GGZ NHN zelf, spelen daarin een belangrijke rol. Deze dagactiviteitencentra - totaal medewerkersbestand 69 fte - ondersteunen ongeveer 1.150 cliënten (puntprevalentie; bijna al deze cliënten ontvangen ook zorg van de FACT-teams). De dagactiviteitencentra bieden mogelijkheden voor en ondersteuning bij creatieve, recreatieve, educatieve- en arbeidsmatige activiteiten. Daarbij gaat het om 'beschutte' activiteiten bij de centra zelf, maar ook uit om ondersteuningsprogramma's bij (het vinden van) een reguliere opleiding of werk elders.

In de afgelopen jaren is GGZ NHN ook begonnen met het aanstellen van cliënten in (gedeeltelijk betaalde) banen bij de eigen administratieve, huishoudelijke, transport- en onderhoudsdiensten. Het management van deze voorzieningen is geïntegreerd met het management van de dagactiviteitencentra. Daarnaast biedt GGZ NHN sinds 2008 arbeidsrehabilitatie volgens de methode van Individual Placement and Support (IPS). Negen IPS werkers zijn vanuit Werkbedrijf Noord-Kennemerland (de regionale organisatie voor sociale werkvoorziening) gedetacheerd bij de FACT-teams van GGZ NHN, een naar Nederlandse maatstaven unieke constructie (en tevens een hoge regionale IPS-capaciteit). In 2010 ontvingen ongeveer 250 cliënten IPS-ondersteuning. In 2009 en 2010 vonden 45 cliënten een betaalde baan via IPS.

Een deel van de voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen in de regio, wordt geboden door andere organisaties - zij het vaak in afstemming met GGZ NHN medewerkers. Op het gebied van sociale contacten en dagactiviteiten, bijvoorbeeld, maken sommige cliënten van GGZ NHN gebruik van vriendendiensten van welzijnsorganisaties en van buurthuizen. Enkele cliënten zijn ingeschreven bij het ROC (Regionaal Opleidings Centrum); anderen zijn werkzaam bij de sociale werkvoorziening. In alle gevallen hebben GGZ NHN medewerkers (doorgaans van de FACT-teams) contact met de respectievelijke organisaties over de benodigde ondersteuning aan deze cliënten.

Herstel en cliëntgestuurde activiteiten

Het Strength Model is binnen GGZ NHN leidend voor de wijze waarop de instelling zorg en ondersteuning wil bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarnaast heeft GGZ NHN verscheidene activiteiten opgezet om de herstelbenadering tot ontwikkeling te brengen en te implementeren binnen de organisatie. Herstelgerichte

zorgplannen zijn geïntroduceerd en uitwisselingsbijeenkomsten van cliënten over herstel en sociale participatie zijn geïnitieerd. Verder zijn in de FACT-teams en in de dagactiviteitencentra in totaal ongeveer twintig medewerkers aangesteld met langdurige ervaring als GGZ-cliënt. Recent is het landelijk opererende, door ervaringsdeskundigen geleide en bemenste HEE-team (het team voor herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid) uitgenodigd voor het verzorgen van een trainings- en cursusprogramma aan de cliënten en professionals van GGZ NHN.

Een andere organisatie die betrokken is bij cliëntgestuurde activiteiten en de ontwikkeling van een herstelbenadering in de regio Alkmaar is de Regionale Cliënten Organisatie (RCO) de Hoofdzaak. De Hoofdzaak huisvest verschillende cliëntgestuurde projecten en zelfhulpgroepen. Het verzorgt trainingen in herstel en ervaringsdeskundigheid voor regionale, langdurige GGZ gebruikers. Daarnaast biedt het een reeks van voorzieningen, waaronder diverse cursussen en een helpdesk sociale participatie. Ongeveer 70% van de werknemers van De Hoofdzaak heeft ervaring als cliënt in de GGZ.

Samenwerking en coördinatie

Zoals het voorgaande al laat zien, investeert GGZ NHN veel in 'netwerken', 'kwartier maken' en samenwerking. Leidend is daarbij de ondersteuning en ontwikkeling van de individuele sociale netwerken van cliënten, op basis van individuele wensen en aspiraties. De FACT-teams spelen hierbij een centrale rol. FACT-medewerkers ontvangen trainingen in 'netwerken'. Op basis van de wensen en behoeften van hun cliënten, benaderen de FACT-teams actief voorzieningen in de omgeving.

Er wordt ook geïnvesteerd in netwerken en samenwerking op geaggregeerd niveau. GGZ NHN heeft enkele medewerkers (gedeeltelijk) vrijgesteld voor activiteiten die bestempeld zouden kunnen worden als 'community development'. Eerder noemden we al de samenwerking tussen GGZ NHN en de reguliere thuiszorg, woningcorporaties en arbeidsorganisaties. Een ander voorbeeld is de organisatie van onderlinge consultatie rond individuele casuïstiek in de regio in de zogeheten 'netwerktafels'. Dat zijn reguliere bijeenkomsten van medewerkers van verschillende organisaties, die gezamenlijk verkennen welke bijdrage zij kunnen leveren aan het realiseren van de wensen van individuele cliënten, onder andere rond vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten.

Een belangrijke partner van GGZ NHN in de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning is zorgverzekeraar UVIT. Deze organisatie heeft verzekerden in het hele land, maar is de zorgverzekeraar met verreweg grootste marktaandeel in de regio Alkmaar. Daardoor is UVIT de belangrijkste onderhandelingspartner voor GGZ NHN als het gaat om ZVW-financiering van ambulante en kortdurende intramurale zorg. Het voert bovendien de regionale zorgkantoortaken uit in het kader van de AWBZ. Bijzonder aan de samenwerking, in vergelijking met de algemene praktijk in Nederland, is dat die niet beperkt blijft tot de gebruikelijke technische contractonderhandelingen over de jaarlijkse productie, maar dat de verzekeraar een actieve bijdrage tracht te

leveren aan de ontwikkeling van een adequaat stelsel van maatschappelijke ondersteuning in de regio. Bijvoorbeeld door overheveling van middelen van de langdurige zorg naar de FACT-teams (nog voordat dat door landelijke maatregelen werd gefaciliteerd) en, in samenwerking met GGZ NHN, door initiatieven tot lange termijn planning en tot het engageren van andere stakeholders (bijvoorbeeld gemeenten).

In 2009 nam GGZ NHN (met behulp van middelen uit het Transitie Programma Langdurige Zorg, zie paragraaf 4.2) het initiatief om de regionale samenwerking rond maatschappelijke ondersteuning naar een hoger plan te tillen door de oprichting van de Regionale Werkgroep Transitie Noord-Holland Noord. Het doel van het project is om tot een breed, samenhangend, regionaal samenwerkingsverband te komen van de GGZ en andere maatschappelijke organisaties, met een sterk bestuurlijk commitment van alle deelnemers. Uitnodigingen om te participeren in de Regionale Werkgroep Transitie gingen onder andere uit naar zorgverzekeraar UVIT, gemeenten, regionale organisaties op het gebied van openbare gezondheidszorg, werkgelegenheid en sociale zekerheid, werkgeversorganisaties en regionale cliëntenorganisaties. De actuele stand van zaken is dat de formatie van de Regionale Werkgroep Transitie nog niet op alle fronten lijkt te hebben geleid tot de beoogde brede en intensieve samenwerking, maar dat er niettemin positieve effecten lijken te zijn op betrokkenheid van andere lokale stakeholders (zie ook de volgende paragraaf). Een complicerende factor voor de voortgang van het project is echter dat de financiering vanuit het Transitieprogramma Langdurige Zorg in 2011 is geëindigd.

Samenvattend stellen we vast dat, vanuit een landelijk perspectief, de regio Alkmaar een enigszins atypische regio is voor wat betreft de voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vergeleken met landelijke gemiddelden is het aantal psychiatrische bedden en het aantal plaatsen in beschermende woonvormen in de regio laag. GGZ NHN heeft al enige tijd geleden heel expliciet gekozen voor ambulante zorg in de vorm van FACT, als de kern van het eigen zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De instelling tracht daar actief andere maatschappelijke organisaties bij te betrekken. Om bovenstaande redenen wordt GGZ NHN in Nederland beschouwd als één van voorlopers in de ambulante zorg voor deze populatie.

4.4 Sleutelpersonen over regionale voorzieningen en nationaal beleid

De resultaten, beperkingen en toekomstige uitdagingen van het lokale maatschappelijke steunsysteem in de regio Alkmaar, zijn verder verkend en besproken in een reeks individuele en groepsinterviews met ongeveer twintig sleutelpersonen in het lokale netwerk van GGZ- en maatschappelijke voorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen (zie bijlage). De geïnterviewden vertegenwoordigden de belangrijkste

(professionele en cliënten-)organisaties en voorzieningen op het gebied van de ambulante en langdurige GGZ, wonen, participatie (opleiding en werk), herstel, coördinatie en planning. Behalve op de lokale situatie, richtten de interviews zich met name op het oordeel van betrokkenen over het nationale beleid en het nationale GGZ systeem en over de stimulansen en belemmeringen die daarvan uitgaan voor de (verdere) ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning en de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen.

Behaalde resultaten in de regio Alkmaar tot dusver

Sleutelfiguren wijzen erop dat GGZ NHN een lange traditie heeft van innovaties in de ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De organisatie is vaak succesvol geweest in het verkrijgen van subsidies voor innovatieprojecten. Gesignaleerd wordt dat die traditie in de afgelopen jaren heeft geresulteerd in een weloordachte en goed onderbouwde aanpak en organisatie van het hulpaanbod. Net als bij de andere landen en regio's die besproken worden in dit rapport, ontbreekt het (nog) aan representatieve gegevens over het feitelijk effect van deze ontwikkelingen en de huidige voorzieningen op de kwaliteit van leven van cliënten in de regio Alkmaar. Indrukken van sleutelpersonen zijn positief, maar de successen worden voorsnag vooral afgemeten aan een aantal 'voorwaardelijke resultaten'. Met name is volgens geïnterviewden de introductie van de FACT-teams belangrijk geweest. De FACT-teams bieden een solide structuur, zo luidt het, aan de langdurige ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning, zowel op individueel als organisatorisch niveau. Daarnaast heeft het consequente beleid van 'community networking' op alle niveaus geresulteerd in belangrijke, formele en informele samenwerkingsverbanden. En geïnterviewden signaleren ook dat het herstelconcept - ooit beschouwd als een leuke maar niet heel erg belangwekkende nieuwheid - een voet tussen de deur begint te krijgen als een belangrijke paradigmaverandering met consequenties voor het perspectief op de problemen en ondersteuningsbehoeften van cliënten en voor de interactie tussen cliënten en professionals.

Zoals gezegd wordt de regio Alkmaar, vanwege bovenbeschreven initiatieven en innovaties, in Nederland beschouwd als een koploper in de ontwikkeling van langdurige ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning. Sleutelfiguren wijzen erop dat twee gunstige condities hieraan bijdragen. De eerste is het feit dat het bestuur van GGZ NHN de ontwikkeling naar maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie niet alleen krachtig ondersteunt, maar ook bereid is daar risico's voor te nemen. Met name het afbouwen van intramurale capaciteit, om ruimte te creëren voor intensieve ambulante zorg, wordt vanuit bedrijfsmatig oogpunt als een riskante onderneming beschouwd (intramurale zorg is een stabiele inkomstenbron terwijl adequate financiering van ambulante alternatieven niet is gegarandeerd). Een tweede gunstige conditie is dat de regionale zorgverzekeraar de visie en inspanningen van GGZ NHN volledig steunt. Beide organisaties delen de overtuiging dat de zorgkosten uiteindelijk lager zullen uitvallen en de algemene sociale en economische opbrengsten hoger zullen zijn in een adequaat maatschappelijk steunsysteem. Een eerste proeve van een gezamenlijke maatschappe-

lijke en economische business case van de FACT-structuur, steunt die overtuiging. Deze gemeenschappelijke visie en overtuiging draagt naar verluidt ook bij aan het onderlinge vertrouwen, hetgeen ruimte biedt aan verdere innovaties en experimenten.

Voor de nabije toekomst is een centraal thema in de plannen van de GGZ NHN en de regionale zorgverzekeraar, het veiligstellen van de huidige FACT-structuur door middel van integrale financiering. Op dit moment wordt FACT gefinancierd vanuit de ZVW en de AWBZ. FACT-teams bieden echter ook sociale en maatschappelijk ondersteuning (tot en met ondersteuning bij werk); activiteiten die formeel niet behoren tot het domein van de ZVW of de AWBZ, maar tot dat van, bijvoorbeeld, de WMO of de financieringskaders voor arbeidsintegratie. Landelijke beleidsplannen om functies van de AWBZ over te hevelen naar gemeenten en de WMO, vergroten de urgentie om tot adequate, integrale financiering van de FACT-teams te komen³⁴. Dit betekent dat de betrokkenheid van gemeenten cruciaal wordt, niet alleen voor de reguliere, gemeentelijke sociale en maatschappelijke voorzieningen, maar ook voor de financiering van FACT. In dit verband worden de mogelijkheden verkend van een gezamenlijke zorginkoop door de zorgverzekeraar en gemeenten.

Wat betreft de verdere ontwikkeling van de langdurige ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning, zijn er diverse nieuwe plannen. Deze plannen gaan, onder andere, over de ontwikkeling van 7x24 uren FACT, het gebruik van digitale media voor permanente bereikbaarheid en voor sociale participatie en de verdere implementatie van de herstelbenadering. Voor de verdere toekomst bestaan er ideeën over voortgaande ontmanteling van de intramurale zorg, 'intrekken' bij reguliere voorzieningen en de overdracht van activiteiten aan deze voorzieningen.

Stimulansen vanuit het nationale stelsel en nationaal beleid

Door de jaren heen heeft de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Alkmaar geprofiteerd van verschillende nationale innovatieprogramma's. In de jaren rond 2000, maakte het tijdelijke Zorgvernieuingsfonds de overheveling mogelijk van budgetten van klinische zorg naar intensieve ambulante alternatieven. Meer recent heeft GGZ NHN geprofiteerd van het Transitieprogramma Langdurige Zorg (zie ook paragraaf 4.2). Veel van de hierboven genoemde projecten en initiatieven zijn gefinancierd vanuit dit innovatieprogramma, bijvoorbeeld de ontwikkeling van IPS, de introductie van Netwerktafels, de oprichting van de Regionale Werkgroep Transitie NHN en de maatschappelijke en economische businesscase voor het FACT-model. Sleutelpersonen noemen ook het vanuit de landelijke overheid gefinancierde uitwisselingsprogramma *Herstel en Burgerschap* als een project dat de ontwikkeling van een maatschappelijk steunsysteem in de regio heeft gestimuleerd.

34 Op landelijk niveau nemen enkele samenwerkingspartners momenteel initiatieven om tot een calculatie te komen van het aandeel van elk van de financieringskaders in een toekomstig, integraal FACT-budget.

Behalve de regio Alkmaar en GGZ NHN hebben ook andere regio's en organisaties in verschillende mate geprofiteerd van deze landelijke nationale innovatieprogramma's. De indruk is dat vooral het toenmalige Zorgvernieuwingsfonds van substantiële, positieve invloed is geweest (het ging om relatief grote budgetten), overigens niet alleen op de ontwikkeling van intensieve ambulante zorg maar ook op de ontwikkeling van cliënteninitiatieven. Het Zorgvernieuwingsfonds werd echter halverwege het vorige decennium beëindigd. Het Transitie Programma Langdurige Zorg was veel bescheidener qua opzet en impact. Het was niet zozeer gericht op de permanente overheveling van middelen naar innovatieve zorg, maar op het subsidiëren van tijdelijke projecten. Overigens is ook het Transitie Programma inmiddels geëindigd, evenals het uitwisselingsproject *Herstel en Burgerschap* (beide in 2011).

Volgens de geïnterviewden, en afgezien van bovengenoemde programma's, is alles bij elkaar de bijdrage van het landelijke beleid en het landelijke stelsel aan de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland en in de regio Alkmaar, in het afgelopen decennium zeer bescheiden geweest. (In sommige opzichten, zo zal op de volgende pagina's blijken, is het landelijk beleid eerder ervaren als belemmerend.) Geïnterviewden bevestigen ook dat naar hun inzicht maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie niet heel erg prominent op de nationale beleidsagenda heeft gestaan. Tegen deze achtergrond is men enigszins ambivalent over de recente, hernieuwde beleidsaandacht voor de mogelijkheden tot beddenreductie. In principe biedt deze ontwikkeling nieuwe kansen voor de totstandkoming van adequate maatschappelijke alternatieven, zo luidt het, maar er zijn twijfels over de vraag of de intramurale budgetten wel zullen worden geherinvesteerd in ambulante zorg.

Een soortgelijke ambivalentie kan worden bespeurd met betrekking tot de overheveling van functies en verantwoordelijkheden van de AWBZ naar de WMO. Sommige geïnterviewden zijn van mening dat bijvoorbeeld de als gevolg van de overheveling verwachte (gedeeltelijke) sluiting van de categorale dagactiviteitencentra, bij kan dragen aan het tegengaan van stigmatisering. Ze zijn ook van mening dat de WMO nieuwe kansen biedt voor de ontwikkeling van voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen als *burgers* (zij het kwetsbare burgers), in plaats van als *psychiatrische patiënten*. Aanstaande veranderingen in het stelsel van sociale zekerheid, die uitkeringsgerechtigden nadrukkelijker zullen aanzetten tot het zoeken en accepteren van werk, leiden volgens sommige geïnterviewden ook tot een perspectiefverandering ten positieve, ofwel van beperkingen naar mogelijkheden.

De ambivalentie die veel geïnterviewden rond deze maatregelen uiten, komt wederom voort uit de constatering dat noch het gedecentraliseerde, concurrentiële zorgstelsel, noch de niet-geoomerkte WMO garanties biedt dat daadwerkelijk alternatieven zullen worden ontwikkeld voor de voorzieningen die worden afgebroken.

Actuele knelpunten en uitdagingen in de regio Alkmaar

Terugkerend naar Alkmaar, laten de interviewresultaten zien dat de regio in de ogen van de sleutelpersonen een relatief stevige basis heeft, van waaruit verder gewerkt kan worden aan de ontwikkeling van een coherent en omvattend maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Geïnterviewden wijzen er echter ook op dat er nog een aantal belangrijke knelpunten c.q. uitdagingen ligt te wachten, zowel op regionaal als landelijk niveau. Te beginnen bij het regionale niveau, liggen de belangrijkste uitdagingen volgens betrokkenen enerzijds in GGZ cultuur en anderzijds in de betrokkenheid van gemeenten.

Volgens sleutelpersonen laat een definitieve doorbraak in de traditioneel in hoofdzaak psychiatrische en soms paternalistische cultuur binnen de regionale GGZ, tot dusverre nog steeds op zich wachten. Enkele sleutelpersonen menen dat stigmatisering feitelijk nog steeds het hardnekkigst is in de GGZ zelf. Geïnterviewden geven aan dat herstel hoog staat op de beleidsagenda van GGZ NHN, maar dat in de dagelijkse praktijk en in de dagelijkse interacties professionals en cliënten nog steeds vaak in hun traditionele rollen vervallen. “Bij alles wat ze zeggen en doen, voelen de mensen dat ze patiënten zijn, zoals gevangenen in een gestreept pak”, aldus één van de geïnterviewden. Sommigen waarschuwen ook voor een professionele kolonisering van het herstelconcept, waarbij herstel devalueert tot weer een nieuwe professionele methode in een oude cultuur. Anderen wijzen er op dat zelfs het integrale en ‘assertieve’ FACT-model van de GGZ het risico in zich draagt de kenmerken aan te nemen van een alomvattende, paternalistische, psychiatrische voorziening. In het algemeen zijn geïnterviewden van mening dat het belangrijk is om zich er op alle niveau van te verzekeren dat mensen met ernstige psychische problemen niet langer aangesproken worden in hun rol van cliënt, maar in hun reguliere sociale en maatschappelijke rollen; en dat de aandacht wordt gericht op wat nodig is om die rollen te vervullen.

Het betrekken van gemeenten bij de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen, wordt beschouwd als een andere belangrijke uitdaging voor de nabije toekomst. Gemeenten hebben tot dusverre weinig bemoeienis gehad met deze populatie. Lokale overheden spelen echter een belangrijke rol in de reguliere dienstverlening op het gebied van huisvesting, welzijn, uitkeringen en werk. In potentie kunnen ze daarom een substantiële bijdrage leveren aan de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen. De positie van gemeenten zal bovendien alleen nog maar belangrijker worden, als gevolg van de overheveling van verantwoordelijkheden vanuit de AWBZ naar de WMO.

Ervaringen in de regio Alkmaar tot dusver stemmen echter niet bijzonder hoopvol. Sleutelpersonen verzekeren dat het moeilijk is de aandacht van gemeenten te krijgen voor de populatie van mensen met ernstige psychische problemen. De WMO helpt daar vooralsnog ook maar matig bij, omdat (anders dan in de AWBZ en de ZVW) budgetten niet geoormerkt zijn en er geen individuele aanspraken op specifieke voorzieningen

gelden. Gemeenten hebben een grote autonomie met betrekking tot de besteding van WMO-middelen, zowel in termen van doelgroepen als van typen voorzieningen. Mensen met ernstige psychische problemen vormen bovendien een relatief kleine groep, vergeleken met andere WMO doelgroepen zoals ouderen en mensen met lichamelijke handicaps. Succes hangt vaak af van de toevallige belangstelling van een lokaal raadslid of lokale gemeenteambtenaar en is moeilijk vast te leggen in lange termijn afspraken. Ook is vaak betrokkenheid nodig van verschillende gemeentelijke afdelingen (welzijn, sociale zekerheid, reïntegratie, openbare gezondheidszorg), elk met hun eigen visie en benadering. Vooral het sterk gefragmenteerde veld van de welzijnssector (met veel tijdelijke projecten, op subsidiebasis), wordt beschouwd als een lastig domein als het gaat om het realiseren van structurele afspraken en continuïteit van dienstverlening. Daar komt bij dat de regio tientallen gemeenten telt. Vanuit het perspectief van GGZ NHN is het onmogelijk om te investeren in samenwerking met al deze gemeenten, maar ook samenwerking met de grootste is erg tijdrovend, vooral in verhouding tot de potentiële opbrengsten.

Naast de traditionele GGZ cultuur en de vooralsnog zeer bescheiden betrokkenheid van gemeenten, lopen sleutelpersonen momenteel aan tegen nieuwe barrières c.q. uitdagingen als gevolg van recente of aangekondigde bezuinigingen op de overheidsuitgaven. Het wordt moeilijker, zo luidt het, de middelen te verkrijgen voor extra ondersteuning, organisaties vertonen de neiging zich terug te trekken op de eigen kernactiviteiten en sommige reguliere voorzieningen die cruciaal geacht worden voor sociale inclusie (bijvoorbeeld buurthuizen), dreigen gesloten te worden.

Actuele knelpunten en belemmeringen vanuit het nationale stelsel en nationaal beleid

Veel van de hierboven genoemde regionale knelpunten en uitdagingen komen deels ook voort uit nationaal beleid. Dat geldt vooral voor de rol van gemeenten en voor de huidige bezuinigingen. Sprekend over het nationale beleid en het nationale stelsel, noemen geïnterviewden echter nog een aantal belemmeringen voor sociale inclusie. Kernpunten in het commentaar van sleutelpersonen op het Nederlandse nationale beleid rond voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zijn de gesegmenteerde, verkokerde financiering van de GGZ en van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning, enkele 'perverse' prikkels in het huidige bekostigingsstelsel, een riskante overwaardering van hetgeen marktwerving kan bewerkstelligen en de afwezigheid van een omvattend en consistent beleid voor sociale inclusie. We lichten de aandachtspunten kort toe.

De organisatie van een breed en samenhangend stelsel van voorzieningen voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen, wordt belemmerd door het feit dat deze voorzieningen afhankelijk zijn van een reeks van financieringskaders, elk met zijn eigen procedures en elk gekenmerkt door de neiging van desbetreffende financiers om de toegang scherp te bewaken en waar mogelijk door te verwijzen

naar andere sectoren/voorzieningen. De GGZ alleen al wordt gefinancierd vanuit vier systemen. Wanneer ook ondersteuning rond huisvesting en arbeidsbegeleiding aan de orde zijn, worden de zaken nog ingewikkelder. Deze situatie maakt het voor cliënten moeilijk om op het juiste moment toegang te krijgen tot de juiste voorzieningen. Het compliceert ook de financiering van integrale voorzieningen zoals FACT. In de huidige praktijk is de financiering van samenhangende en omvattende ondersteuning in grote mate afhankelijk van lokale improvisatie en de bereidheid van relevante lokale partijen om te investeren in tijdelijke oplossingen voor de financieringsproblemen. Waar die bereidheid er is, vormen de uiteenlopende administratief-geografische regio-indelingen van de verschillende systemen een nieuwe uitdaging. Zorgverzekeraars kennen geen eenduidige afbakeningen van hun werkgebieden en ook de verzorgingsgebieden van de GGZ-aanbieders zijn niet meer zo vastomlijnd als ze ooit waren. In de regio Alkmaar vinden de GGZ-aanbieder en de zorgverzekeraar elkaar, ook inhoudelijk, maar dat is niet overal het beeld. Daar komt bij dat gemeenten en instellingen voor arbeidsintegratie en -begeleiding ook elk hun eigen geografische domein hebben. Dat maakt het soms extra moeilijk om alle partijen mee te krijgen in gezamenlijke afspraken.

Sleutelpersonen wijzen erop dat de fragmentatie op het niveau van de financiering weerspiegeld wordt in de gespreide verantwoordelijkheden op het niveau van de landelijke overheid, waar het Ministerie van VWS, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het Ministerie van Justitie en het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieubeheer (VROM) sleutelrollen vervullen. Ook binnen het Ministerie van VWS zelf, zijn verschillende afdelingen verantwoordelijk voor respectievelijk ZVW-, AWBZ-, en WMO-gefinancierde (GGZ-) voorzieningen. Bij afwezigheid van een eenduidige probleemeigenaar c.q. eindverantwoordelijke voor de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen, blijft ook ontwikkeling van een uitgebreid sociaal inclusiebeleid achter (uitgezonderd enkele incidentele innovatieprogramma's). De ontwikkeling van voorzieningen voor langdurige ambulante zorg, maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, wordt niet vanuit het landelijke niveau afgedwongen, wat leidt tot een grote mate van vrijblijvendheid en tot relatief grote interregionale verschillen. Gesignaleerd wordt ook dat het op landelijk niveau ontbreekt aan heldere beleidskeuzes, waardoor soms weliswaar nieuwe ontwikkelingen ontstaan, maar zonder fundamentele veranderingen in het oude, relatief sterk geïnstitutionaliseerde GGZ systeem.

Kenmerkend voor deze situatie zijn de prikkels die nog steeds van de financieringskaders voor de GGZ uitgaan, ten faveure van intramurale zorg. Tot dusverre is geen bovengrens vastgesteld voor de intramurale capaciteit (noch een benedengrens voor de capaciteit voor langdurige ambulante zorg trouwens). Voor GGZ aanbieders is intramurale capaciteit nog steeds een solide inkomstenbron, vooral in tijden van economische druk. Zoals in paragraaf 4.1 al bleek, nam de klinische capaciteit niet af, maar is die zelfs nog licht gegroeid in het afgelopen decennium. De capaciteit van de verblijfsvoorzieningen

(langdurige klinische zorg plus beschermd wonen) verdubbelde in deze periode, terwijl die van alleen het beschermd wonen verdriedubbelde. Ondertussen kunnen aanbieders die kiezen voor deïstitutionalisering, dat niet doen zonder financiële risico's te nemen. Temeer omdat intramurale capaciteit die afgebouwd is door de ene aanbieder, door een andere weer opgebouwd kan worden.

Enkele geïnterviewden wijzen ook op ongewenste prikkels in het huidige bekostigings-systeem van de GGZ en in de criteria om aanspraak te kunnen maken op zorg. Dit systeem en deze criteria zijn voornamelijk gebaseerd op psychiatrische beperkingen in plaats van op participatiewensen en ondersteuningsbehoeften. Tegelijkertijd worden de administratieve procedures voor de financiering van ondersteuningstrajecten op het gebied van dagactiviteiten, opleiding en werk, als extreem tijdrovend ervaren. Daar komt bij dat deze administratieve procedures voor elk individueel traject gevolgd moeten worden. Het inventariseren en vaststellen van individuele behoeften en wensen, wordt helemaal niet gefinancierd (GGZ NHN is erin geslaagd daar een unieke maar tijdelijke overeenkomst over te sluiten met de zorgverzekeraar). Verder wordt signaleerd dat, terwijl mensen met ernstige psychische problemen vaak langdurige arbeidsondersteuning nodig hebben, financiering voor begeleiding beperkt is in tijd en frequentie. Het systeem is volgens geïnterviewden gebouwd voor mensen die theoretisch de beste kansen hebben, maar werkt ontmoedigend voor diegenen voor wie de stap naar betaalde arbeid een grotere uitdaging is. Met name de aankomende, nieuwe sociale zekerheidswetgeving, is volgens sleutelpersonen ook nauwelijks verenigbaar met de methodiek van IPS.

Tenslotte merken sleutelpersonen op dat het nationale beleid gekenmerkt wordt door een sterk geloof in wat marktwerking kan bewerkstelligen. Verantwoordelijkheden worden gedecentraliseerd naar de markt van concurrerende verzekeraars en zorgaanbieders en naar de lokale politiek. Geïnterviewden zijn niet zozeer bevreesd voor deze decentralisatie op zich. Wel wijzen ze op het risico van ongewenste effecten bij de afwezigheid van prikkels voor en een beleidsvisie op sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen. Zonder een dergelijke visie en zonder deze prikkels, zullen competitieve verhoudingen de noodzakelijke samenwerking en coördinatie juist verder bemoeilijken (op individueel, lokaal én nationaal niveau), zo luidt het. Zowel de lokale politieke actualiteit als de marktwerking in de gezondheidszorg, zouden dan ook wel eens kunnen leiden tot een verschuiving van de aandacht van kwetsbare cliënten en burgers, naar financieel en politiek aantrekkelijker populaties.

Suggesties voor nationaal beleid

Sleutelpersonen hebben een reeks suggesties gedaan voor overheidsmaatregelen die de huidige knelpunten kunnen wegnemen en de verdere ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen faciliteren en bevorderen. Deze suggesties kunnen in de volgende vier categorieën worden samengevat:

Landelijk kader

Voorgesteld wordt om, onder regie van de landelijke overheid en samen met de veldpartijen, een landelijk kader te ontwikkelen, waarin afspraken worden vastgesteld over de maximale regionale capaciteit van klinische voorzieningen en woonvoorzieningen en de minimale regionale capaciteit voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning (waaronder bijvoorbeeld FACT en IPS). Deze capaciteitsafspraken kunnen als leidraad dienen voor de financiering c.q. budgettering van de regionale GGZ en de regionale maatschappelijke ondersteuning. Ze kunnen ook voorkomen dat het grootste deel van het regionale GGZ budget opgaat aan niet-incluserende intramurale voorzieningen en woonvoorzieningen.

Solide financiering voor ondersteuning bij participatie

De financiering van ondersteuning op het gebied van sociale contacten, dagactiviteiten, onderwijs en werk moet veel minder complex en minder vrijblijvend worden. Structurele financiering en heldere aanspraken zijn nodig. Bijvoorbeeld voor langdurige, individuele ondersteuning bij werk en voor IPS. Maar ook binnen de WMO. Geïnterviewden zouden willen zien dat het WMO-budget gerelateerd wordt aan prestatiegraden en dat delen van het budget geoorloofd worden voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De WMO zou een beleidsinstrument moeten worden dat gemeenten verplicht om de verantwoordelijkheid te nemen voor de ontwikkeling van het lokale maatschappelijke steunsysteem voor mensen met ernstige psychische problemen. Ook wordt bepleit om binnen de WMO afspraken vast te leggen op langdurige, individuele, sociale en maatschappelijke steun. Sommige geïnterviewden opteren voor het aanstellen van individuele herstel coaches; bij voorkeur goed opgeleide professionals met ervaringsdeskundigheid.

Integrale financiering

Andere geïnterviewden pleiten ervoor de mogelijkheden te onderzoeken om te komen tot integrale budgetten voor de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, over de grenzen van de verschillende sectoren en financieringssystemen heen. Een dergelijk integraal, intersectoraal budget zou de samenhang, efficiency en continuïteit in ondersteuning kunnen bevorderen, bureaucratie kunnen terugdringen en perverse prikkels kunnen neutraliseren (onder andere rond afschuiven van verantwoordelijkheden). Criteria voor integrale financiering zouden expliciet gemaakt moeten worden in termen van kenmerken en ondersteuningsbehoeften van cliënten en in termen van vereisten aan de budgethouder. Budgetten zouden bijvoorbeeld verbonden kunnen worden aan een formele verantwoordelijkheid voor de zorgcoördinatie. In geval van behoefte aan intensieve, integrale zorg, zouden de coördinatorrol en het budget toegewezen kunnen worden aan een integraal team (FACT). In andere gevallen zou het budget toegewezen kunnen worden aan de organisatie of de professional die het meest betrokken is bij de dagelijkse ondersteuning van de individuele cliënt (eerstelijns professional, herstel coach) of aan het cliëntsysteem zelf. In alle gevallen zou de besteding van de budgetten zo vrij mogelijk moeten zijn en met name gestuurd door de ondersteuningsbehoeften van de cliënt.

Breed en consistent beleidsplan

Volgens veel geïnterviewden zou de landelijke overheid een helder en consistent, intersectoraal plan voor de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen moeten opstellen. Het plan zou moeten bestaan uit maatregelen voor het creëren van een inkluderend klimaat, een adequaat stelsel van individuele aanspraken op sociale en maatschappelijke ondersteuning en een heldere toedeling van (coördinerende) verantwoordelijkheden op individueel, lokaal en nationaal niveau. Verder zouden het plan de aanzet moeten geven tot de invoering van financiële prikkels om samen te werken rond en bij te dragen aan de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

4.5 Belangrijkste bevindingen

In dit hoofdstuk constateerden we dat Nederland behoort bij de Europese landen met de grootste klinische en residentiële, intramurale GGZ-capaciteit. Recente trends laten een bescheiden maar nog steeds voortdurende groei zien van de klinische capaciteit en een sterk toegenomen groei in de residentiële voorzieningen (beschermde wonen).

Naast dit relatief omvangrijke aanbod aan intramurale voorzieningen, is ook gespecialiseerde ambulante zorg beschikbaar voor mensen met ernstige psychische problemen. Die zorg bestaat vooral uit de reguliere sociaal psychiatrische voorzieningen van de ruim dertig geïntegreerde GGZ instellingen (die tezamen het grootste deel van de GGZ in Nederland bieden). Aanvullende voorzieningen op het gebied van participatie en sociale inclusie, bestaan vooral uit een reeks van verschillende kleinschalige projecten en faciliteiten van GGZ instellingen, cliëntenorganisaties en soms ook welzijnsinstellingen of aanbieders van beschutte en begeleide arbeid.

Maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie hebben in Nederland in het afgelopen decennium niet bovenaan de landelijke beleidsagenda gestaan. De aandacht was geconcentreerd op de invoering van een meer competitief zorgstelsel, als middel voor kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg in het algemeen. Dat heeft er onder andere in geresulteerd dat sinds 2008 private zorgverzekeraars een centrale rol spelen in de GGZ-inkoop in het kader van de ZVW (circa tweederde van de uitgaven van de GGZ), met name voor ambulante en kortdurende intramurale zorg. Zorgverzekeraars vervullen ook een uitvoerende rol als regionale zorgkantoren voor de AWBZ, het financieringskader voor het grootste deel van de langdurige intramurale GGZ en de woonvoorzieningen.

De meest recente ontwikkelingen in Nederland laten een groeiende belangstelling zien voor de mogelijkheden tot afbouw van intramurale capaciteit. Meer specifiek hebben de relatief hoge intramurale GGZ capaciteit en de daarmee gemoeide kosten de aandacht getrokken van de zorgverzekeraars. In hun jaarlijkse onderhandelingen met de GGZ

aanbieders over de productie van het volgende jaar, zijn de verzekeraars inmiddels begonnen met het formuleren van targets voor beddenafbouw. Ondertussen is op nationaal beleidsniveau een ontwikkeling in gang gezet waarbij landelijke verantwoordelijkheden in het kader van de AWBZ worden gedecentraliseerd naar het gemeentelijke domein van de WMO. Kenmerkend voor de WMO is dat dit financieringskader een brede (niet geoormerkte) reeks van sociale en welzijnsvoorzieningen voor een breder publiek bestrijkt. Met name AWBZ-aanspraken op individuele, sociaal-maatschappelijk georiënteerde ondersteuning, (woon)begeleiding en ondersteuning bij dagbesteding en participatie komen gaandeweg te vervallen en worden geacht vervangen te worden door algemene gemeentelijke (WMO-)voorzieningen.

Dit hoofdstuk liet ook zien dat de regio Alkmaar naar Nederlandse maatstaven een enigszins atypische regio is als het gaat om voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen. Het heeft, vergeleken met landelijke gemiddelden, een relatief lage klinisch psychiatrische en residentiële capaciteit. De belangrijkste regionale GGZ aanbieder, GGZ Noord-Holland Noord, heeft zeer expliciet gekozen voor FACT als leidend model voor de organisatie en uitvoering van de langdurige zorg. FACT-teams worden gekenmerkt door hun integrale, multidisciplinaire, flexibele, wijkgerichte benadering. GGZ NHN kiest ook voor de herstelbenadering (hoewel sleutelpersonen aangeven dat een definitieve doorbraak in de traditionele psychiatrische GGZ cultuur nog moet plaatsvinden). Daarnaast pleegt GGZ NHN een meer dan gemiddelde inzet om de aandacht voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie naar het niveau te tillen van een breed erkend algemeen belang, waar alle relevante partijen bereid zijn zich achter te scharen. Cruciaal daarbij en relatief uniek vanuit landelijk perspectief, is de actieve ondersteuning vanuit de belangrijkste zorgverzekeraar in de regio. Deze stemt erin toe dat wat wordt bespaard op intramurale zorg, wordt geherinvesteerd in langdurige ambulante zorg. Ook assisteert de zorgverzekeraar bij de pogingen om andere financiers en partijen - in het bijzonder gemeenten – te betrekken bij de ontwikkeling van een adequaat regionaal maatschappelijk steunsysteem.

Door de jaren heen heeft de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning in de regio Alkmaar geprofiteerd van verschillende nationale innovatieprogramma's. Echter, alles bij elkaar is volgens geïnterviewden de bijdrage van het landelijke beleid en het landelijke stelsel aan de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland en in de regio Alkmaar, het afgelopen decennium bescheiden geweest. In sommige opzichten is het landelijk beleid eerder ervaren als belemmerend. In de commentaren van de sleutelpersonen op het Nederlandse beleid en stelsel wordt aandacht gevraagd voor de volgende zaken:

- De gefragmenteerde en verkokerde financiering van de GGZ en de maatschappelijke ondersteuning en de nadelige consequenties daarvan voor de tijdige toegang van cliënten tot de juiste voorzieningen en voor de financiering van integrale voorzieningen zoals FACT;

- De aan het voorgaande gerelateerde spreiding van verantwoordelijkheden op lokaal en landelijk niveau en de daaruit voortvloeiende afwezigheid van een eenduidige probleemeigenaar c.q. eindverantwoordelijke en van gecoördineerde lokale of landelijke planning;
- De aan het huidige stelsel inherente financiële en bedrijfseconomische prikkels tot het bieden en bouwen van intramurale voorzieningen en de gerelateerde economische risico's voor organisaties die tot een meer inkluderend beleid proberen te komen;
- De zeer tijdrovende administratieve procedures voor de financiering van individuele ondersteuningstrajecten op het gebied van dagactiviteiten, opleiding en werk;
- De ongewenste effecten van marktwerking op samenwerking en coördinatie en op investeringen in kwetsbare populaties, vooral in de afwezigheid van een omvattend beleid voor sociale inclusie en van inkluderende financiële prikkels.

Tegen deze achtergrond wordt de nieuwe aandacht op nationaal beleidsniveau voor psychiatrische beddenreductie en voor decentralisatie van verantwoordelijkheden naar lokale overheden, met ambivalentie ontvangen: noch het gedecentraliseerde, competitieve zorgstelsel noch de niet-geoordeelde WMO, bieden garanties dat daadwerkelijk alternatieven zullen worden ontwikkeld voor de voorzieningen die worden afgebroken. Daar komen momenteel ook zorgen bij over bezuinigingen op de GGZ, de invoering van eigen bijdragen en de aanstaande hervormingen in het stelsel van sociale zekerheid.

Suggesties voor overheidsmaatregelen die de huidige knelpunten kunnen wegnemen en de verdere ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen faciliteren en bevorderen, kunnen worden samengevat in vier categorieën:

Landelijk kader

Voorgesteld wordt om, onder regie van de landelijke overheid en samen met de veldpartijen, een landelijk kader te ontwikkelen, waarin afspraken worden vastgesteld over de maximale regionale capaciteit van klinische voorzieningen en woonvoorzieningen en de minimale regionale capaciteit voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning (waaronder bijvoorbeeld FACT en IPS).

Solide financiering voor ondersteuning bij participatie

De financiering van ondersteuning op het gebied van sociale contacten, dagactiviteiten, onderwijs en werk moet veel minder complex en minder vrijblijvend worden. Structurele financiering en heldere aanspraken zijn nodig. Bepleit wordt om WMO-budgetten te relateren aan prestatiecriteria (bijvoorbeeld rond lokale samenwerking), delen van het WMO-budget te oormerken voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en individuele aanspraken vast te leggen op langdurige, individuele, sociale en maatschappelijke steun. Sommige geïnterviewden opteren voor het aanstellen van individuele herstel coaches; bij voorkeur goed opgeleide professionals met ervaringsdeskundigheid.

Integrale financiering

De mogelijkheden zouden moeten worden onderzocht om te komen tot integrale budgetten voor de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, over de grenzen van de verschillende sectoren en financieringssystemen heen. Criteria voor integrale financiering zouden expliciet gemaakt moeten worden in termen van kenmerken en ondersteuningsbehoeften van cliënten en in termen van vereisten aan de budgethouder.

Breed en consistent beleidsplan

Gepleit wordt ten slotte voor een helder en consistent, intersectoraal, nationaal beleidsplan voor de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het plan zou moeten bestaan uit maatregelen voor het creëren van een inkluderend klimaat, een adequaat stelsel van individuele aanspraken op sociale en maatschappelijke ondersteuning, een heldere toedeling van (coördinerende) verantwoordelijkheden op individueel, lokaal en nationaal niveau en effectieve financiële prikkels in alle sectoren om samen te werken rond en bij te dragen aan de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

5 Conclusies

5.1 Vergelijking van nationaal beleid en nationale stelsels

De voorgaande hoofdstukken laten zien dat er overeenkomsten, maar ook belangrijke verschillen zijn tussen het Deense, Engelse en Nederlandse nationale beleid en nationale voorzieningensysteem voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Deze overeenkomsten en verschillen worden weerspiegeld in de voorzieningen en maatschappelijke steunsystemen van Aarhus, Nottingham en Alkmaar, al heeft elke regio ook zijn eigen specifieke kenmerken, vergeleken met andere regio's in het betreffende land. Uit de voorgaande hoofdstukken wordt ook duidelijk dat sleutelpersonen een aantal specifieke, landelijke verdiensten en tekortkomingen signaleren, maar dat een aantal knelpunten betrekking heeft op bredere ontwikkelingen, over de grenzen van de afzonderlijke landen heen. In deze paragraaf worden een inventarisatie en een analyse gemaakt van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen in beleid en stelsel en in de perspectieven van sleutelpersonen op de stimulansen en belemmeringen die van het nationale beleid en het nationale stelsel uitgaan voor de ontwikkeling van adequate maatschappelijke ondersteuning op regionaal niveau.

Nationaal beleid en nationale stelsels

De belangrijkste kenmerken van het nationale beleid en de landelijke stelsel voor (de ontwikkeling van) maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen in Denemarken, Engeland en Nederland, kunnen als volgt worden samengevat.

Denemarken

Het huidige GGZ systeem in Denemarken is het resultaat van enerzijds een geleidelijk proces van deinstitutionalisering en anderzijds een radicale bestuurlijke hervorming in 2007. De deinstitutionalisering heeft in Denemarken geleid tot een relatief lage psychiatrische beddenscapaciteit, hoewel het aantal residentiële voorzieningen relatief hoog is. De structurele hervorming in 2007 heeft geleid tot een duaal GGZ systeem, waarbij de sociale psychiatrie en de woonvoorzieningen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten zijn komen te vallen en de 'behandel-GGZ' onder die van de regionale autoriteiten.

Tegenwoordig telt Denemarken vijf regionale zorgautoriteiten, die (onder andere) verantwoordelijk zijn voor psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische ambulante klinieken. Deze ambulante klinieken zijn doorgaans samen met de gemeentelijke GGZ-voorzieningen gevestigd in ambulante GGZ centra (community mental health centers). Sommige regio's tenderen echter naar het terugtrekken van de ambulante klinieken naar het eigen ziekenhuisterrein (zie hieronder). Het medewerkersbestand van de regionale

GGZ bestaat vooral uit psychiatrische verpleegkundigen en medisch, psychiatrisch, of therapeutisch specialisten. De gemeenten in Denemarken zijn verantwoordelijk voor de algemene sociale voorzieningen en, sinds 2007, voor de huisvesting van mensen met ernstige psychische aandoeningen, dag- en nachtopvangvoorzieningen, sociaalpsychiatrische voorzieningen (uitgezonderd de behandelaspecten daarvan) en voorzieningen voor dagactiviteiten, sociale contacten en participatie (inclusief school, werk en vrije tijd). Het medewerkersbestand van de gemeentelijke sociale psychiatrie bestaat vrijwel uitsluitend uit sociaalpsychiatrisch werkers ('mental health social workers'; dus geen 'nurses'). Het aandeel van de gemeenten in de totale GGZ-uitgaven bedraagt naar schatting 40 %. Er bestaat een aanzienlijke overlap in de cliëntenpopulaties van het regionale en het gemeentelijke systeem, vooral bij de groep van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De financiering van de zorg in Denemarken is gebaseerd op nationale (en voor een klein deel lokale) belastingen. De totale gemeentelijke en regionale zorgbudgetten worden voor het grootste gedeelte toegewezen door de landelijke overheid. Echter, zowel de regio's als de gemeenten kunnen in belangrijke mate zelf bepalen welk deel van het (zorg)budget zij willen besteden aan de GGZ en aan specifieke GGZ-voorzieningen (geen geormerkte GGZ-gelden).

In de beleidsdocumenten van de Deense rijksoverheid van de afgelopen periode, wordt de nodige aandacht besteed aan de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een aantal maatregelen is genomen om te komen tot individuele en groepsaanspraken rond werk, onderwijs en huisvesting. Samenwerking tussen zorgaanbieders op individueel en lokaal niveau wordt bevorderd door verschillende maatregelen, zoals het geïntegreerde coördinatieplan voor GGZ en sociale ondersteuning, dat verplicht is bij de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Gezamenlijke (zorgbrede) planning en afspraken tussen gemeenten en regio's behoren tot de algemene financieringsvoorwaarden vanuit de rijksoverheid. Verder moeten gemeenten betalen voor verlengde ziekenhuisopname als adequate sociaalpsychiatrische of gemeentelijke residentiële zorg een goed alternatief zou zijn, maar niet beschikbaar is.

Engeland

Een ingrijpend deïstitutionaliseringsproces in de afgelopen decennia heeft ertoe geleid dat Engeland in Europa momenteel tot de landen behoort met de laagste intramurale GGZ-capaciteit. Ambulante alternatieven zijn ontwikkeld op geleide van een directief en prescriptief nationaal beleid, en bestaan, naast de algemene ambulante GGZ-teams voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit specialistische teams voor 'assertive outreach', crisisinterventie, vroeginterventie bij psychose en rehabilitatie. Ambulante GGZ wordt geboden door regionaal georganiseerde, 'statutory' (bij wet ingestelde) GGZ instellingen, ofwel mental health trusts. De trusts zijn onderdeel van de National Health Service (NHS), een bijna volledig publiek gefinancierd gezondheidszorgstelsel, onder direct beheer van het Department of Health. NHS-financiering van de GGZ trusts loopt

voor het grootste deel via beheerders van de regionale gezondheidszorgbudgetten en voor een klein deel (sociale voorzieningen) via de gemeenten.

Maatschappelijke ondersteuning op het gebied van huisvesting, zelfstandig wonen, sociale contacten, opleiding en werk wordt geboden door GGZ-trusts en door 'non-statutory' (niet bij wet ingestelde) particuliere stichtingen. Deze 'non-statutory' organisaties halen hun inkomsten niet alleen (en soms helemaal niet) uit de formele GGZ financiering, maar ook uit andere lokale of nationale budgetten voor sociale voorzieningen of huisvesting, (tijdelijke) innovatiefondsen, liefdadigheidsfondsen en andere bronnen. In het afgelopen decennium zijn enkele grootschalige nationale innovatieprogramma's en -fondsen belangrijk geweest voor de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning.

Het GGZ beleid in Engeland is in de afgelopen vijftien jaar geëvolueerd van een directieve aanpak, gericht op de invoering van een stevige ambulante zorgstructuur, naar bredere pleidooien voor sociale inclusie en herstel. Illustratief voor deze beleidsontwikkeling zijn de introductie van een uitgebreid nationaal anti-stigma campagne en, op kleinere schaal, een nationaal Recovery Program. Recent krijgen de GGZ en de voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning steeds meer te maken met hervormingsplannen voor de algehele stelsels van zorg en sociale zekerheid. De kern van de voorgenomen hervormingen bestaat uit de overheveling van verantwoordelijkheden naar lokaal niveau en de invoering van prikkels voor marktwerking en concurrentie.

Nederland

Nederland behoort bij de Europese landen met de grootste klinische en residentiële, intramurale GGZ-capaciteit. Recente trends laten een bescheiden maar nog steeds voortdurende groei zien van de klinische capaciteit en een zeer sterke groei in de residentiële voorzieningen (beschermd wonen).

Naast dit relatief grote aantal intramurale voorzieningen, is ook gespecialiseerde ambulante zorg beschikbaar voor mensen met ernstige psychische problemen. Die zorg bestaande vooral uit de reguliere sociaalpsychiatrische voorzieningen van de ruim dertig geïntegreerde GGZ instellingen (die tezamen het grootste deel van de GGZ in Nederland bieden). Recent is in Nederland het (F)ACT model in opkomst: geïntegreerde, multidisciplinaire zorg vanuit wijkteams. Aanvullende voorzieningen op het gebied van participatie en sociale inclusie, bestaan vooral uit een reeks van verschillende kleinschalige projecten en faciliteiten van GGZ instellingen, cliëntenorganisaties en soms ook welzijnsinstellingen of aanbieders van beschutte en begeleide arbeid.

Maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie hebben in Nederland in het afgelopen decennium niet bovenaan de landelijke beleidsagenda gestaan. De aandacht was geconcentreerd op de invoering van een meer competitief zorgstelsel, als middel voor kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg in het algemeen. Dat heeft er onder andere in geresulteerd dat sinds 2008 private zorgverzekeraars een centrale

rol spelen in de GGZ-inkoop in het kader van de ZVW (circa twee derde van de uitgaven van de GGZ), met name voor ambulante en kortdurende intramurale zorg. Zorgverzekeraars vervullen ook een uitvoerende rol als regionale zorgkantoren voor de AWBZ, het financieringskader voor de langdurige intramurale GGZ en de woonvoorzieningen.

Recent heeft de relatief hoge Nederlandse intramurale GGZ capaciteit ook de aandacht getrokken van de zorgverzekeraars. In hun jaarlijkse onderhandelingen over de productiecontracten voor het volgende jaar, leggen de verzekeraars inmiddels targets aan de GGZ-aanbieders voor over de gewenste beddenreductie. Ondertussen is op nationaal beleidsniveau een ontwikkeling in gang gezet waarbij landelijke verantwoordelijkheden in het kader van de AWBZ worden gedecentraliseerd naar het gemeentelijke domein van de WMO. Kenmerkend voor de WMO is dat dit financieringskader een brede (niet geoormerkte) reeks van sociale en welzijnsvoorzieningen voor een breder publiek bestrijkt. Met name AWBZ-aanspraken op individuele, sociaal-maatschappelijk georiënteerde ondersteuning, (woon)begeleiding en ondersteuning bij dagbesteding en participatie komen gaandeweg te vervallen en worden geacht vervangen te worden door algemene gemeentelijke (WMO-)voorzieningen.

Vergelijking van de landelijke stelsels

Met betrekking tot de zorg- en GGZ-stelsels laten de resultaten van de studie zien dat in alle drie de landen één of andere vorm van *regionale ordening* van de maatschappelijke ondersteuning aan de orde is en dat lokale of regionale GGZ-instellingen een cruciale rol in deze regionale systemen spelen. In elk van de drie landen wordt de GGZ op regionaal/lokaal niveau gedomineerd door één (Engeland en Nederland) of twee complementaire (Denemarken) regionale of lokale GGZ-organisaties. Uitgezonderd de Deense gemeentelijke GGZ-aanbieders, zijn deze instellingen overigens niet exclusief gericht op langdurige ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ze bieden het volledige spectrum van GGZ-voorzieningen, waar bijvoorbeeld ook hulp aan mensen met mildere psychische problemen een belangrijk onderdeel van uitmaakt. Verder kan in elk van de drie landen de *langdurige ambulante zorg* (of zorg aan huis) worden beschouwd als een onderdeel van het gezondheidszorgstelsel en van de voorzieningen van de GGZ-instellingen. Bij *maatschappelijke ondersteuning* (ofwel hulp bij sociale en maatschappelijke participatie) komen meer actoren en financieringskaders in het spel, vooral lokale actoren en vaak ook financieringskaders waar lokale partijen een prominentere rol in vervullen.

Tot zover de overeenkomsten. De belangrijkste verschillen tussen de stelsels van de drie landen betreffen de rol van de landelijke overheid, de rol van 'de markt' en de rol van gemeenten.

Engeland kent traditioneel – en tot dusver – een hoofdzakelijk vanuit de landelijke overheid aangestuurd en beheerd stelsel, dat gekenmerkt wordt door een normerend en voorschrijvend landelijk beleid met de betrekking tot de beschikbaarheid en organisatie

van voorzieningen. Ook de toewijzing van middelen aan de zorgaanbieders, gebeurt in hoofdzaak door (vertegenwoordigers van) de landelijke autoriteiten. In Denemarken en in Nederland is een belangrijk deel van de verantwoordelijkheden rond de aansturing van het veld en de toedeling van de middelen gedecentraliseerd naar respectievelijk de gemeenten en zorgverzekeraars. Nederland is ook het land waar de aan 'de markt' toebedachte rol het grootst is: concurrerende, private zorgverzekeraars kopen voorzieningen in bij concurrerende GGZ-aanbieders. Vanwege de historisch gegroeide (bijna-) monopolies van de geïntegreerde GGZ-instellingen op regionaal niveau, worden tot dusver alle grote GGZ-aanbieders door de verzekeraars nog jaarlijks gecontracteerd. Maar de grenzen van de oorspronkelijk verzorgingsgebieden vervagen en bovenregionale activiteiten en concurrentie nemen toe. Wat betreft de betrokkenheid van gemeenten, springt Denemarken eruit met een sinds de Structurele Hervorming van 2007 bijna volledig via de gemeenten gefinancierde en aangestuurde sociaal psychiatrische en residentiële zorg. In Engeland is de rol van gemeenten iets bescheidener: gemeenten bieden c.q. financieren enkele voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar de sociale psychiatrie als zodanig is nog steeds onderdeel van het gezondheidszorgstelsel en van de GGZ-instellingen. In Nederland zijn gemeenten tot dusverre nauwelijks in beeld geweest als het gaat om (GGZ-)voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Opmerkelijk is dat, terwijl de rollen van de centrale overheid, de markt en de gemeenten grote verschillen laten zien tussen de drie landen, momenteel juist een convergentie lijkt plaats te vinden op deze drie aspecten. In Engeland worden hervormingsplannen uitgewerkt en geïmplementeerd die gericht zijn op de overheveling van landelijke overheidsfuncties naar lokaal niveau, op de introductie van marktprikkels en op het vergroten van de rol de private sector in de zorg. In Nederland spelen marktprikkels en private zorgverzekeraars al een prominente rol. Terwijl echter gemeenten tot recent nauwelijks in beeld waren, zal hun rol in de nabije toekomst steeds groter worden, als gevolg van de overheveling van verantwoordelijkheden vanuit het gezondheidszorgstelsel naar de WMO. In Denemarken is de decentralisering van verantwoordelijkheden en met name de overheveling van voorzieningen naar gemeenten tot dusver het verst voortgeschreden. De introductie van marktprikkels is in Denemarken niet zozeer een gericht landelijk beleid als wel een vermoedelijk resultaat van het gedecentraliseerde systeem op lokaal niveau (bijvoorbeeld woonvoorzieningen die om gemeentelijke middelen gaan wedijveren).

Samenvattend en op hoofdlijnen stellen we vast dat de nationale stelsels voor (geestelijke gezondheids)zorg en maatschappelijke ondersteuning in Denemarken, Engeland en Nederland aanzienlijk verschillen in termen van overheidssturing, marktgeoriënteerdheid en de positie van lokale autoriteiten, maar dat ze momenteel een algemene tendens delen - mede politiek-ideologisch gemotiveerd, zo is de indruk - van decentralisering en van overheveling van verantwoordelijkheden naar de lokale politiek en naar de markt.

Vergelijking van landelijk beleid

De drie landen hebben vooralsnog niet alleen hun eigen specifieke stelsels, ze verschillen ook in hun beleid met betrekking de ambulante zorg en de maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen. Dat blijkt het duidelijkst uit de cijfers over de intramurale capaciteit.

Deïinstitutionalisering en de ontwikkeling van langdurige ambulante zorg zijn expliciete beleidsdoelstellingen geweest in Engeland en in Denemarken in de afgelopen decennia. Met name in Engeland is de ontwikkeling van ambulante zorg en zorg aan huis voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, afgedwongen door een expliciet, prescriptief nationaal beleid. In iets minder sterke mate geldt hetzelfde voor Denemarken. In Nederland zijn de stimulansen vanuit de landelijke overheid voor deïinstitutionalisering en voor de ontwikkeling van ambulante zorg voor deze populatie veel vrijblijvender geweest en feitelijk verdwenen na 2002. Als gevolg daarvan springt Nederland er momenteel uit met een relatief erg hoog aantal klinisch psychiatrische en residentiële plaatsen, terwijl de klinische en residentiële capaciteit in Engeland tot de allerlaagste van Europa behoren. Denemarken neemt in dit opzicht een middenpositie in met een relatief laag aantal klinisch psychiatrische bedden en relatief hoog aantal plaatsen in de (overigens wel volledig gedeconcentreerde) residentiële zorg (opvanghuizen, beschermende woonvormen, verpleeghuizen).

Wanneer we ambulante zorg aan huis beschouwen als een eerste stap en bredere maatschappelijke ondersteuning als een tweede stap naar sociale inclusie, is het opnieuw Engeland dat het meest expliciet een aantal nieuwe bewegingen heeft gemaakt in de afgelopen jaren, in ieder geval in de formele landelijke beleidsvisies en -standpunten. Sociale inclusie en het betrekken van andere sectoren in de samenleving bij de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen, zijn kernthema's in recente Engelse beleidsdocumenten. Verschillende innovatieprogramma's en nationale campagnes hebben dit beleid tot dusverre ondersteund, al is de implementatie veel minder prescriptief en dwingend dan die van de afbouw van klinische capaciteit en de ontwikkeling van langdurige ambulante GGZ (aan huis), zoals die in een eerder fase hebben plaatsgevonden. Ook in Denemarken is sociale inclusie uitgegroeid tot kernthema in beleidsdocumenten van de landelijke overheid. Verschillende maatregelen zijn genomen om tot individuele en groepsaanspraken te komen op het gebied van werk, onderwijs en huisvesting en om samenwerking tussen aanbieders te bevorderen. In Nederland is beddenafbouw pas zeer recent een landelijk beleidsthema geworden en zijn nog geen specifieke beleidsdoelstellingen, plannen of maatregelen rond sociale inclusie geformuleerd.

Algemene ambities en specifieke maatregelen van de overheid met betrekking tot sociale inclusie, verschillen dus nogal tussen de drie landen. Eén gemeenschappelijk aspect van de huidige situatie is echter dat in elk van de drie landen de overheidsuitgaven onder druk staan. En hoewel die druk in principe een extra prikkel zou kunnen zijn voor het streven naar sociale inclusie, werkt het in de praktijk om een aantal redenen niet zo, zoals hieronder wordt geïllustreerd.

Regionale maatschappelijke steunsystemen

Als gezegd worden de overeenkomsten en verschillen tussen de nationale stelsels en het nationale beleid in Denemarken, Engeland en Nederland weerspiegeld in de voorzieningen en maatschappelijke steunsystemen van Aarhus, Nottingham en Alkmaar. Elk van deze regio's heeft echter ook zijn eigen specifieke kenmerken, vergeleken met andere regio's in de respectievelijke landen. Kenmerkend voor elk van de drie regio's in deze studie is dat ze naar landelijke maatstaven over een lange traditie beschikken van innovaties in sociale voorzieningen en sociaalpsychiatrische zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ze worden in dit opzicht elk in eigen land als voorloper beschouwd.

De belangrijkste kenmerken van de voorzieningen voor en organisatie van de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de drie regio's, kunnen als volgt worden samengevat.

Aarhus

Net als de rest van Denemarken kent Aarhus sinds 2007 een duaal GGZ systeem. Sociale psychiatrie en voorzieningen op het gebied van huisvesting en participatie worden geboden door de gemeente, klinische psychiatrische zorg en ambulante behandeling worden verzorgd door het Aarhus Universiteitsziekenhuis, dat onder beheer staat van de regionale zorgautoriteit.

Door de jaren heen is in Aarhus een reeks van voorzieningen ontwikkeld op het gebied van huisvesting, beschermd en begeleid wonen, dagactiviteiten, participatie, onderwijs en werk. Cliëntenorganisaties zijn relatief sterke vertegenwoordigd in en betrokken bij deze activiteiten. In het gemeentelijke GGZ systeem is in de afgelopen jaren een uitgebreid trainings- en implementatieprogramma rond herstelgerichte zorg uitgevoerd. De indruk is dat het programma een aanzienlijke invloed heeft gehad op de perspectieven van professionals op mensen met ernstige psychische problemen en op de potentie van betrokkenen om een betekenisvol en productief leven te leiden. Een strategisch plan is opgesteld voor continuering van het programma in de komende jaren.

De organisatie van het bredere, regionale maatschappelijke steunsysteem in Aarhus kan worden omschreven als een relatief open netwerk, dat zich ontwikkeld heeft vanuit een lange en sterke traditie van lokale samenwerking. Er is geen functionaris of instelling die specifiek (en met het benodigde mandaat) belast is met de organisatie en coördinatie van de zorg- en maatschappelijke voorzieningen voor mensen met langdurige psychische problemen, maar er is rond de regionale samenwerking wel een aantal procedurele afspraken gemaakt. Eén daarvan is de maandelijkse bijeenkomst van vertegenwoordigers (op operationeel niveau) van een kerngroep van samenwerkingspartners, die de dagelijkse praktische zaken bespreken. Eens in de drie maanden vindt eenzelfde soort bijeenkomst plaats op directieniveau. Verder zorgt de verplichte Gezondheidsovereenkomst ervoor dat de regionale zorgautoriteit en de gemeente hun plannen uitwisselen

en waar nodig voorzieningen op elkaar afstemmen. Ook het landelijk voorgeschreven individuele coördinatieplan voor de zorg en maatschappelijke ondersteuning aan mensen met ernstige psychische problemen, wordt in Aarhus gebruikt voor de onderlinge afstemming van taken en verantwoordelijkheden van betrokken professionals.

Sleutelpersonen zijn van mening dat er in Aarhus nog veel ontwikkelwerk te doen valt als het gaat om maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie, maar dat in de afgelopen jaren wel een relatief stevige basis is gelegd, waar in de komende jaren op voortgebouwd kan worden. Er zijn echter ook enkele zorgen over de toekomst, zoals verderop in dit hoofdstuk uitgebreider zal worden besproken. De meeste van die zorgen hebben te maken met een aantal kenmerken van het landelijke beleid en het landelijke stelsel, maar één specifieke lokale zorg is dat de lokale samenwerking rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen ingewikkelder dreigt te gaan worden als gevolg van nieuwe beleidsplannen van de regionale zorgautoriteit waar Aarhus onder valt. De medewerkers van de regionale en gemeentelijke GGZ in Aarhus zijn na de hervorming van 2007 samen blijven werken in een aantal ambulante GGZ centra (community mental health centers) in de stad. Als gevolg van het nieuwe, sterk biomedisch georiënteerde beleid van de regio, wordt alle ambulante zorg van het regionale GGZ-systeem teruggehaald naar het ziekenhuisterrein en wordt samenwerking tussen de twee GGZ systemen minder evident, in ieder geval op operationeel niveau.

Nottingham

De basisstructuur van de ambulante GGZ voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nottingham, komt overeen met algemene structuur van de Engelse GGZ, zoals voorgeschreven door het National Service Framework uit 1998. Dat wil zeggen dat er algemene ambulante GGZ-teams zijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, met daarnaast specialistische teams voor 'assertive outreach', crisisinterventie, vroeginterventie bij psychose en rehabilitatie. Deze ambulante GGZ wordt in Nottingham geleverd door de Nottinghamshire Health NHS Trust (NHCT), tot dusverre onderdeel van de National Health Service.

Kenmerkend voor Nottingham is een zelfs naar Engelse maatstaven lage intramurale capaciteit. Kenmerkend zijn ook een sterke traditie op het gebied van sociale voorzieningen voor kwetsbare mensen en een sterke cliëntenbeweging. De 'non-statutory' sector is voor een belangrijk deel (mede) verantwoordelijk geweest voor de ontwikkeling van voorzieningen voor kwetsbare mensen - waaronder veel mensen met ernstige psychische problemen - op het gebied van (beschermd en begeleid) wonen en participatie (waaronder ondersteuning bij het vinden en behouden van een baan). Nottingham wordt ook als landelijke voorloper beschouwd wat betreft de introductie en invoering van een herstelbenadering in de dienstverlening. In 2011 is in de regio een Recovery Education Center geopend. Nottingham participeert ook als één van de pilot sites in het nationale Recovery Program.

Net als in Aarhus, is er in Nottingham niet één specifieke instelling of functionaris die de coördinatie en planning van voorzieningen of de ontwikkeling van regionaal beleid rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen voor zijn rekening neemt. Een gezamenlijk plan van alle relevante stakeholders is niet voorhanden. Eveneens vergelijkbaar met Aarhus, is er echter wel veel regionale samenwerking, op alle niveaus. Tot recent werkten de budgetbeheerders van de NHS (gezondheidszorg) en die van de gemeenten (sociale voorzieningen) aan gezamenlijke behoeftenanalyses en gezamenlijke strategische planning. De Nottinghamshire Health NHS Trust heeft formele samenwerkingsrelaties en gezamenlijke voorzieningen met Framework, de belangrijkste 'non-statutory' aanbieder van woonvoorzieningen, woonbegeleiding en andere sociale ondersteuning. Framework zelf heeft een traditie van 'community networking' en van het engageren van andere maatschappelijke organisaties.

In 2009 ondernam de 'Local Services division' van de Trust een poging om de regionale samenwerking naar een hoger plan te liggen door middel van een Sociale Inclusie strategie. Daarin wordt een programma voorgesteld voor optimalisering van de regionale coördinatie en organisatie van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning, onder andere door het instellen van een formeel samenwerkingsverband van alle relevante stakeholders. Enkele onderdelen van het programma zijn daadwerkelijk in praktijk gebracht. Zo heeft de NHCT in samenwerking met andere lokale organisaties in 2010 een anti-stigma campagne opgezet en uitgevoerd. Echter, de ambitie van de Sociale Inclusie strategie als de start van een omvattende en goed gecoördineerde intersectorale onderneming, lijkt tot dusverre nog niet te zijn gerealiseerd.

Net als in Aarhus, zijn de sleutelpersonen in Nottingham van mening dat in de afgelopen jaren een goede basis is gelegd voor de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen in de regio. Ze zijn ook van mening, zoals verderop wordt toegelicht, dat nationaal beleid daarbij zeer heeft geholpen. Maar sleutelpersonen in Nottingham geven ook aan dat er nog veel te doen is en dat de voortgang belemmerd dreigt te worden door recente landelijke beleidsontwikkelingen.

Alkmaar

Ook de regio Alkmaar is naar landelijk maatstaven een enigszins atypische regio als het gaat om voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problemen. Het heeft, vergeleken met landelijke gemiddelden, een relatief lage klinisch psychiatrische en residentiële capaciteit. En de belangrijkste regionale GGZ aanbieder, GGZ Noord-Holland Noord, heeft zeer expliciet gekozen voor FACT als leidend model voor de organisatie en uitvoering van de langdurige zorg. De FACT-teams worden gekenmerkt door hun integrale, multidisciplinaire, flexibele, wijkgerichte benadering. GGZ NHN kiest ook voor de herstelbenadering (hoewel sleutelpersonen aangeven dat een definitieve doorbraak in de traditionele psychiatrische GGZ cultuur nog moet plaatsvinden).

GGZ NHN is ook betrokken bij een reeks van voorzieningen op gebied van (ondersteuning bij) dagactiviteiten, sociale contacten, opleiding en arbeid. De dagactiviteitencentra van GGZ NHN zelf, spelen daarin een belangrijke rol. Sinds 2008 biedt GGZ NHN ook arbeidsrehabilitatie volgens de methode van Individual Placement and Support (IPS). Negen IPS werkers zijn vanuit Werkbedrijf Noord-Kennemerland gedetacheerd bij de FACT-teams van GGZ NHN. Enkele andere voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen in de regio, worden geboden door andere organisaties - vaak in afstemming met medewerkers van GGZ NHN.

GGZ NHN investeert van oudsher veel in lokale samenwerking, bijvoorbeeld met de reguliere thuiszorg, woningcorporaties en organisaties op het gebied van werk en werkbegeleiding. GGZ NHN stelt enkele medewerkers in de gelegenheid om activiteiten te ontplooiën rond 'community development'. In het algemeen pleegt GGZ NHN een meer dan gemiddelde inzet om de aandacht voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie naar het niveau te tillen van een breed erkend algemeen belang, waar alle relevante partijen bereid zijn zich achter te scharen. Cruciaal daarbij en relatief uniek vanuit landelijk perspectief, is de actieve ondersteuning vanuit de belangrijkste zorgverzekeraar in de regio. Deze stemt erin toe dat wat wordt bespaard op intramurale zorg, wordt geherinvesteerd in langdurige ambulante zorg. Ook assisteert de zorgverzekeraar bij de pogingen om andere financiers en partijen - in het bijzonder gemeenten - te betrekken bij de ontwikkeling van een adequaat regionaal maatschappelijk steunsysteem.

In 2009 nam GGZ NHN het initiatief om de regionale samenwerking rond maatschappelijke ondersteuning naar een hoger plan te tillen door middel van de oprichting van de Regionale Werkgroep Transitie Noord-Holland Noord. Belangrijkste knelpunt daarbij lijkt echter de terughoudendheid van gemeenten om in de Werkgroep te participeren. Dat dreigt een substantieel risico voor toekomstige ontwikkelingen te worden, gegeven de beleidslijn van de rijksoverheid om budgetten voor langdurige ondersteuning bij zelfstandig wonen, dagbesteding en participatie over te hevelen van het landelijke zorgstelsel naar de gemeenten. Met deze overheveling komen individuele aanspraken te vervallen, zijn betreffende budgetten niet geoormerkt meer en wordt de verdere ontwikkeling of zelfs het behoud van bestaande voorzieningen volledig afhankelijk van de medewerking van lokale autoriteiten en de bereidheid van de lokale politiek.

Vergelijking van de regio's

Als gezegd en zoals het voorgaande laat zien, hebben alle drie de regio's een al lang bestaande ambitie om adequate voorzieningen te ontwikkelen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen. In alle drie de regio's is inmiddels een reeks van voorzieningen gerealiseerd en wordt geïnvesteerd in de coördinatie van deze voorzieningen op individueel en organisatorisch niveau. De herstelbenadering is ook omarmd door de relevante organisaties in Aarhus, Nottingham en Alkmaar en implementatieprogramma's lopen in elk van deze organisaties.

De belangrijkste verschillen tussen de regio's liggen in de capaciteit van voorzieningen, de rol van de GGZ en de betrokkenheid van gemeenten. Van de drie regio's beschikt Nottingham over verreweg de laagste capaciteit in opname- en residentiële voorzieningen. In tegenstelling tot hetgeen de landelijke cijfers zouden doen vermoeden, heeft niet Alkmaar maar Aarhus in totaal de meeste plaatsen in de klinisch psychiatrische en residentiële zorg (vooral als gevolg van een relatief hoge capaciteit van residentiële voorzieningen in Aarhus).

Alkmaar springt er ook uit met de alomvattende rol van de regionale GGZ-instelling (voor een deel het gevolg van het Nederlandse GGZ-stelsel en niettegenstaande ambities om de lokale samenleving te engageren). Gemeenten komen nauwelijks in het spel voor in Alkmaar. In Aarhus is de situatie min of meer omgekeerd, met feitelijk twee GGZ systemen, aangestuurd vanuit respectievelijk de regionale zorgautoriteit en de gemeente. De traditionele GGZ, zoals vertegenwoordigd door de regio c.q. het Aarhus Universiteitsziekenhuis, speelt een relatief kleine rol in de maatschappelijke ondersteuning, terwijl de rol van de gemeentelijke sociale psychiatrie des te groter is, naast die van andere gemeentelijke voorzieningen op het gebied van huisvesting en participatie. In dit opzicht neemt Nottingham een middenpositie in, met de ambulante zorg die vooral door de verschillende ambulante teams van de GGZ-instelling wordt geboden, maar waar 'non-statutory' organisaties en gemeenten ook voorzieningen bieden c.q. financieren voor mensen met ernstige psychische problemen.

Uit de beschrijving van de drie regio's komt ook nog eens naar voren dat voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zich vaak in een enigszins ongedefinieerd overgangsgebied bevinden tussen het hoofdzakelijk landelijk aangestuurde, relatief gestructureerde gezondheidszorgstelsel en het hoofdzakelijk lokaal georganiseerde, doorgaans minder eenvormige en eenduidige stelsel voor welzijn en maatschappelijke zorg. De precieze grenzen tussen deze twee domeinen zelf verschillen per regio en zijn afhankelijk van landelijke systemen. In elk van de drie regio's/landen blijkt deze tussenpositie echter risico's met zich mee te brengen voor de stabiliteit en continuïteit van de voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Sleutelpersonen over stimulansen en belemmeringen voor maatschappelijke ondersteuning

Geen van de drie regio's beschikt over uitgebreide, representatieve gegevens over de feitelijk kwaliteit van de voorzieningen en kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische problemen in de regio. Niettemin zijn in alle drie de regio's de sleutelpersonen van mening dat in de afgelopen decennia veel vooruitgang is geboekt in de ontwikkeling van regionale voorzieningen voor ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning. Ook geloven sleutelpersonen in elk van de drie regio's dat er nog veel moet gebeuren. Vooral de aanhoudende dominantie van de op symptomen en beperkingen georiënteerde psychiatrische perspectieven en praktijken in

de mainstream GGZ, wordt als een belangrijke barrière beschouwd, die nog lang niet overwonnen is. Een andere is stigma, vooral stigmatisering in de GGZ zelf. Anti-stigma campagnes maar ook scholing van GGZ medewerkers worden in dit opzicht cruciaal geacht. Sleutelpersonen in zowel Aarhus, Nottingham als Alkmaar hebben hoge verwachtingen van de opkomst van de herstelbenadering en van de scholings- en implementatieprogramma's rond herstelgerichte zorg. Al wijzen sommigen ook op het risico dat 'herstel' van het oorspronkelijke, emancipatoire concept devalueert tot weer een nieuwe professionele GGZ methodiek. In dit opzicht wordt niet zozeer cliënten-*participatie*, maar worden cliënten*sturing* en open ontmoetingen tussen mensen met ernstige psychische problemen, professionals en anderen als cruciale factoren gezien voor de toekomstige ontwikkelingen.

Daarnaast noemen sleutelpersonen in elk van de drie regio's een reeks van landelijke systeem- en beleidsvoorwaarden voor de totstandkoming van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie. Maar voordat we daarop ingaan, evalueren we eerst in welke mate, volgens de sleutelpersonen in de drie regio's, eerder landelijk beleid heeft geholpen en in hoeverre het huidige landelijk beleid de toekomstkansen op sociale inclusie helpt vergroten.

Stimulansen en belemmeringen voor maatschappelijke ondersteuning in Denemarken - Aarhus

Volgens sleutelpersonen in Aarhus zijn verschillende kenmerken van het nationale Deense beleid en het nationale GGZ-stelsel behulpzaam geweest bij de sociale inclusie tot dusver. In het algemeen waarderen sleutelpersonen het actieve deïstitutionalisering-beleid uit het verleden en de huidige pleidooien in recente landelijke beleidsdocumenten voor sociale inclusie en samenwerking op regionaal niveau. Velen menen dat de invoering van individuele en groepsaanspraken voor mensen met psychische problemen op het gebied van werk, onderwijs en huisvesting tot op zekere hoogte effectief zijn geweest. Dat geldt ook voor de verschillende instrumenten in het Deense stelsel om samenwerking te bevorderen op individueel en regionaal niveau: het verplichte coördinatieplan voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en de verplichte Gezondheidsovereenkomst tussen de gemeenten en de regionale zorgautoriteiten.

Meer ambiguïteit heerst er onder sleutelpersonen over het duale GGZ-systeem. Volgens sommigen heeft de overheveling van de sociale psychiatrie naar de gemeenten de mogelijkheden vergoot van lokale samenwerking met andere relevante gemeentelijke afdelingen (opleiding, huisvesting, werk); al brengen sommigen daar tegenin dat ook binnen de gemeente de financiële, organisatorische en ideologische schotten tussen verschillende afdelingen sterk kunnen zijn. Belangrijker is echter het bezwaar dat het duale GGZ systeem volgens velen de samenhang en continuïteit in de zorg belemmert en totstandkoming van integrale zorgvormen bemoeilijkt. Ten tijde van het onderzoek wordt gesproken over een aanzienlijk risico dat de gemeentelijke en de regionale GGZ

in Aarhus uit elkaar groeien. Terwijl de gemeentelijke GGZ werkt aan de ontwikkeling van herstelgerichte zorg, is het GGZ-beleid van de regionale zorgautoriteit gericht op psychiatrische specialisatie en op het rationaliseren van de dienstverlening, onder ander door middel van terugtrekking uit de ambulante GGZ centra. De zorg is dat de kloof tussen de respectievelijke systemen en voorzieningen groter wordt, dat integrale voorzieningen moeilijker te realiseren zullen zijn en dat met name de meest kwetsbare mensen tussen wal en schip zullen belanden. Die zorgen worden nog eens versterkt door tendensen in zowel de gemeentelijke GGZ als de regionale GGZ om de aandacht steeds meer te richten op mensen met relatief lichte problematiek, ten koste van de aandacht voor mensen met de meest ernstige psychische problemen en de grootste ondersteuningsbehoeften. Die tendensen hebben onder andere te maken, zo luidt het, met het relatief lage opleidingsniveau van de gemeentelijke sociaalpsychiatrische medewerkers, de potentiële misinterpretatie (c.q. het potentiële misbruik) van het herstelparadigma als een participatie-verplichting en de productiedruk in de regionale GGZ, die aanzet tot maximalisering van de cliënteninstroom en -doorstroom.

Een andere belemmering voor de verdere ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning of zelfs de continuering van bestaande voorzieningen is dat de besluitvorming over budgetten en de vereiste voorzieningen voor een groot deel gedecentraliseerd is naar de regio's en de gemeenten. Dit kan ruimte voor innovatie bieden in tijden van voorspoed, maar ondermijnt ook de verankering van het voorzieningniveau. Dat wordt door sleutelpersonen vooral als een groot risico gezien in de huidige tijden van economische crisis. Bezuinigingen vinden momenteel al plaats bij de gemeentelijke voorzieningen (soms met gebruikmaking van het sociale inclusie motief als legitimering). Gesignaleerd wordt dat budgettaire krapte in het algemeen ook leidt tot minder investeringen in samenwerking en tot erosie van individuele- en groepsaanspraken op het gebied van huisvesting en werk.

Stimulansen en belemmeringen voor maatschappelijke ondersteuning in Engeland - Nottingham

Van de drie regio's zijn sleutelpersonen in Nottingham het meest positief over de stimulansen die in eerdere fasen vanuit het nationale beleid zijn uitgegaan naar de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vooral de directieve aanpak en de daaraan verbonden, scherpe, inhoudelijke financieringscriteria (zowel bij de structurele financiering als in het geval van tijdelijke innovatiefondsen) hebben zich naar verluidt uitbetaald. Het National Service Framework uit 1998, bijvoorbeeld, heeft geholpen een adequaat en solide, landelijk systeem van ambulante GGZ te creëren, ook voor de langdurige zorg. Specifieke innovatieprogramma's op het gebied van 'supported housing' en werk combineerden geoormerkte (interdepartementale) budgetten met de financieringsvoorwaarden van lokale samenwerking en hebben daarmee in belangrijke mate bijgedragen aan de ontwikkeling van voorzieningen voor maatschappelijk ondersteuning, ook in Nottingham.

Sleutelpersonen zijn ook van mening dat de beleidsinzet op maatschappelijke ondersteuning aan inhoud heeft gewonnen door recentere beleidsdocumenten over sociale inclusie, herstel en de potentiële rol van andere maatschappelijke sectoren, bijvoorbeeld rond onderwijs en werk. Een van de geïnterviewden stelt vast dat, met deze recente beleidsnotities en hun nadruk op bredere doelstellingen rond sociale inclusie, empowerment, emancipatie en herstel, “voor het eerst absolute consistentie bestaat tussen wat het beleid bepleit en wat de mensen met psychische problemen zelf willen”. In het algemeen zijn sleutelpersonen het erover eens dat deze beleidsontwikkelingen en landelijke pleidooien veel geholpen hebben om een atmosfeer te creëren, waarin nieuwe initiatieven op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, sociale inclusie en herstel zich in Nottingham hebben kunnen ontwikkelen in de afgelopen jaren.

Sleutelpersonen noemen echter ook een aantal belemmerende aspecten van het nationale beleid en het nationale stelsel. Sommige daarvan zijn nieuw, sommige bestaan al langer. Eén van de belangrijkste barrières voor de (verdere) ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning is de kwetsbaarheid van de gefragmenteerde en veelal niet-structurele financiering van voorzieningen voor ondersteuning bij wonen, sociale contacten, dagbesteding, onderwijs en werk (e.e.a. in contrast met de eenduidige en structurele NHS-financiering van de GGZ-teams voor ambulante zorg). Sleutelpersonen wijzen erop dat die kwetsbaarheid momenteel op ondubbelzinnige wijze wordt blootgelegd. Meer specifiek en als gevolg van de politieke en economische omstandigheden is Nottingham momenteel getuige van ingrijpende bezuinigingen op dit terrein, vooral bij de voorzieningen voor ‘supported housing’. Dagactiviteitencentra zijn recentelijk ook gesloten (de status van de geïndividualiseerde alternatieven is nog niet duidelijk). Een bijkomende zorg ten tijde van de interviews was de potentiële terugtrekking van de - door de gemeente gefinancierde – maatschappelijk werkers uit de multidisciplinaire GGZ teams van de Trust.

Sleutelpersonen in Nottingham zijn ook van mening dat de relatief nieuwe beleidsthema's van sociale inclusie en herstel weliswaar helpen de juiste ‘mind-set’ te creëren, maar de solide implementatieplannen ontberen die bijvoorbeeld de eerdere ontwikkeling van de langdurige ambulante GGZ ondersteunden en in goede banen leidden. Bestaande barrières voor sociale inclusie worden niet serieus aangepakt en belemmeringen nemen zelfs toe, zo luidt het. Er zijn vooral zorgen dat de kwetsbaarheid van de financiering van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, de facto alleen maar groter wordt door de huidige hervormingsplannen en door de overheveling van verantwoordelijkheden naar het lokale niveau en naar de markt. De hervormingen leiden ertoe dat individuele belangen niet altijd meer congruent zijn met het algemene maatschappelijke en economische belang van sociale inclusie, waardoor investeringen in de verdere ontwikkeling van lokale maatschappelijke ondersteuning en in samenwerking en coördinatie steeds meer achterwege blijven.

Stimulansen en belemmeringen voor maatschappelijke ondersteuning in Nederland - Alkmaar

Volgens sleutelpersonen in Alkmaar heeft de ontwikkeling van de langdurige ambulante GGZ en de maatschappelijke ondersteuning in de regio door de jaren heen geprofiteerd van verschillende landelijke innovatieprogramma's. Met name het toenmalige Zorgvernieuwingfonds heeft volgens velen een substantiële en positieve impact gehad. GGZ NHN heeft ook geprofiteerd van het recentere *Transitie Programma Langdurige Zorg*, van waaruit enkele innovatieve regionale projecten zijn gefinancierd. Echter, alles bij elkaar is volgens geïnterviewden de bijdrage van het landelijke beleid en het landelijke stelsel aan de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland en in de regio Alkmaar, in het afgelopen decennium bescheiden geweest. Maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie hebben niet heel erg hoog op de landelijke beleidsagenda gestaan. Ondertussen waren en zijn er wel enkele concrete belemmeringen.

Terwijl de commentaren op het nationale beleid vanuit Nottingham en Aarhus vooral gericht zijn op de kwetsbaarheid van de huidige voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning, zijn de sleutelpersonen in Alkmaar van mening dat barrières in het Nederlandse beleid en het Nederlandse stelsel in de eerste plaats betrekking hebben op de daaraan voorafgaande fase, namelijk op de afbouw van intramurale zorg ten gunste van ambulante zorg. Door de jaren heen en tot op de dag van vandaag wordt het financieringskader voor de GGZ gekenmerkt door prikkels voor behoud en waar mogelijk uitbreiding van intramurale zorg (inclusief woonvoorzieningen). Tegelijk zijn de bedrijfsmatige risico's groot voor organisaties die willen deïstitutionaliseren en die vooral willen inzetten op de ontwikkeling van adequate langdurige ambulante zorg. Ook zijn administratieve procedures voor de financiering van ondersteuningstrajecten op het gebied van dagactiviteiten, opleiding en werk zeer tijdrovend, des te meer omdat die procedures voor elk individueel traject afzonderlijk doorlopen moeten worden.

Sleutelpersonen zijn van mening dat de organisatie van een breed en samenhangend stelsel van voorzieningen voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen, daarnaast vooral wordt belemmerd door het feit dat deze voorzieningen afhankelijk zijn van een reeks van financieringskaders, elk met zijn eigen procedures en elk gekenmerkt door de neiging van desbetreffende financiers om de toegang scherp te bewaken en waar mogelijk door te verwijzen naar andere sectoren/voorzieningen. De GGZ alleen al wordt gefinancierd vanuit vier systemen. Deze situatie maakt het voor cliënten moeilijk om op het juiste moment toegang te krijgen tot de juiste voorzieningen. Het compliceert ook de financiering van integrale voorzieningen zoals FACT. Sleutelpersonen wijzen erop dat deze fragmentatie op het niveau van de financiering weerspiegeld wordt in een spreiding van verantwoordelijkheden over diverse lokale en landelijke partijen en departementen en in het ontbreken van een eenduidige probleemeigenaar c.q. eindverantwoordelijke die zorg kan dragen voor de noodzakelijk coördinatie, planning en regie.

Tegen deze achtergrond wordt de nieuwe aandacht op nationaal beleidsniveau voor psychiatrische beddenreductie en voor decentralisatie van verantwoordelijkheden naar lokale overheden, met ambivalentie ontvangen. Des te meer omdat noch het gedecentraliseerde, competitieve zorgstelsel noch de niet-geoomerkte WMO garanties bieden dat daadwerkelijk alternatieven zullen worden ontwikkeld voor de voorzieningen die worden afgebroken.

Vergelijking van nationale stimulansen en belemmeringen

Sleutelpersonen in de drie regio's zijn van mening dat in Aarhus, Nottingham respectievelijk Alkmaar een goede basis is gelegd voor de ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De mate waarin landelijk beleid heeft bijgedragen aan wat tot dusverre is ontwikkeld, verschilt per regio ofwel per land, zo suggereren de interviewresultaten. Sleutelpersonen in Nottingham zijn het meest positief, die in Alkmaar zijn kritischer. Aspecten van nationaal beleid die als constructief worden ervaren voor de ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning zijn met name een heldere visie, sturende en directieve financiering, geoomerkte budgetten, heldere aanspraken, stimulerende innovatieprogramma's en financiële prikkels tot samenwerking.

Sleutelpersonen signaleren ook dat er goede (economische) argumenten zijn en een groot potentieel aan kennis en ervaring beschikbaar is voor de verdere ontwikkeling van effectieve en omvattende maatschappelijke steunsystemen. Die ontwikkeling lijkt momenteel echter te worden gefrustreerd door diverse oude en nieuwe barrières op het niveau van de landelijk stelsels en het landelijke beleid. Voor een deel verschillen die barrières opnieuw per land, waarbij Nederland er enigszins uitspringt met de sterke financiële prikkels ten faveure van intramurale zorg en ten nadele van geïntegreerde ambulante zorg. Maar er zijn ook de nodige overeenkomsten tussen de landen als het gaat om de huidige belemmeringen. In het kort hebben die gemeenschappelijke barrières te maken met de kwetsbaarheid van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning in het overgangsgebied van gezondheidszorg en het stelsel van sociale voorzieningen, het ontbreken van geoomerkte budgetten voor de doelgroep c.q. voor specifieke voorzieningen, het ontbreken van een centrale probleem eigenaar c.q. regievoerder en de spanning tussen de ambitie om andere maatschappelijke sectoren bij de ondersteuning te betrekken en de ambitie om samenhangende en geïntegreerde zorg te realiseren.

Ook wat betreft de meest recente beleidsontwikkelingen lijkt er een convergentie op te treden: elk van de drie landen is getuige van een tendens om verantwoordelijkheden te decentraliseren naar de lokale politiek (met Denemarken als voorloper) en om marktprikkels in te voeren en private partijen een prominenter rol te geven (met Nederland voorop). Vooral deze combinatie van beleidsontwikkelingen wordt als een risico beschouwd voor de verdere ontwikkeling of zelfs het behoud van het bestaande voorzieningenniveau voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen.

5.2 Conclusies

De vergelijking tussen de drie landen en de drie regio's laat zien dat de belangrijkste uitdagingen met betrekking tot de ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in veel opzichten dezelfde zijn in alle drie de landen. Verschillen betreffen vooral de mate waarin op landelijk beleidsniveau oplossingen worden gezocht en de richting van die oplossingen.

Eén van de belangrijkste uitdagingen is gelegen in het feit dat maatschappelijke ondersteuning en de financiering daarvan zich vooral afspelen in het grensgebied van een hoofdzakelijk landelijk aangestuurd, gestructureerd gezondheidszorgstelsel (met heldere aanspraken voor zorgconsumenten) en het hoofdzakelijk lokaal georganiseerde, doorgaans minder eenvormige en eenduidige stelsel voor welzijn en maatschappelijke zorg. Een van de gevolgen hiervan is dat de doelstellingen van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie een duidelijke, centrale probleemeigenaar ontberen. Er is niet één orgaan of departement dat de eindverantwoordelijkheid op zich neemt. Er is ook niet één instantie volledig afrekenbaar op mislukking. Een ander gevolg is dat de financiering van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning een kwestie is van voortdurende acquisitie, lobbyen en zoeken naar fondsen en naar de randen van de regelgeving. Veel voorzieningen zijn afhankelijk van samengestelde budgetten vanuit verschillende financieringskaders en tijdelijke subsidies. Dit belemmert niet alleen de ontwikkeling van voorzieningen en van know-how, het is ook zeer tijdrovend en inefficiënt.

Op een fundamenteel niveau lijkt de belangrijkste uitdaging erin te bestaan dat maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, de betrokkenheid vereisen van een groeiend aantal maatschappelijk voorzieningen en organisaties, terwijl diezelfde ontwikkeling tegelijk de noodzaak versterkt van helderheid over verantwoordelijkheden, van samenhang en continuïteit in ondersteuning en van solide financiering ervan. Beleid met betrekking tot maatschappelijke ondersteuning vereist maatregelen om die helderheid, soliditeit en coördinatie te waarborgen. Enkele van de maatregelen die in het verleden door nationale overheden zijn genomen, passen ook in dit rijtje. In Engeland is het National Service Framework een voorbeeld geweest van een heldere en prescriptieve regelgeving van voorzieningen en verantwoordelijkheden (hoewel beperkt tot het zorgdomein). In Denemarken zijn verschillende maatregelen genomen om coördinatie en samenwerking op individueel en organisatorisch niveau te waarborgen. In Nederland moet het vooralsnog van afzonderlijke instellingen komen die hun eigen maatregelen nemen, bijvoorbeeld in de vorm van de ontwikkeling van FACT-teams, die zelf de volledige verantwoordelijkheid op zich nemen dat cliënten samenhangende zorg op alle benodigde levensgebieden ontvangen.

Het onderzoek laat zien dat, vanuit het perspectief van sleutelpersonen in de regio's, deze afzonderlijke maatregelen helpen, maar dat een consistenter en consequenter

beleid nodig is met betrekking tot verantwoordelijkheden, coördinatie en financiering van de zorg voor en maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De resultaten laten ook zien dat elk van de drie landen momenteel getuige is van een tendens om verantwoordelijkheden te decentraliseren naar de lokale politiek en om marktprikkels in te voeren. Die ontwikkelingen op zich hoeven niet schadelijk te zijn voor de ontwikkeling van adequate maatschappelijke ondersteuning en van sociale inclusie. Dat zullen ze echter wel zijn wanneer ze niet vergezeld worden van nationaal beleid dat helderheid over verantwoordelijkheden schept, coördinatie van voorzieningen organiseert en solide en structurele financiering waarborgt. Bij afwezigheid van een dergelijk beleid zijn de risico's van decentralisering dat mensen met ernstige psychische aandoeningen niet op de prioriteitenlijst van de lokale politiek zullen staan, aanspraken en voorheen geoormerkte budgetten zullen verdampen en grote verschillen tussen regio's zullen gaan ontstaan (zoals op dit moment in Denemarken ten dele al het geval is). Risico's van de introductie van marktprikkels zijn dan een versnelling van de uitgavengroei in de zorg (als gevolg van de competitieve prikkels tot markttuitbreiding) en een verschuiving van middelen naar het grote en profijtelijke reservoir van de relatief lichtere problemen, ten koste van voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (zoals momenteel wordt gevreesd in Nederland).

Dat wil niet zeggen dat maatregelen met betrekking tot decentralisering van verantwoordelijkheden en de introductie van marktprikkels niet kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie. Die potentie is er wel, mits ze worden vergezeld van aanvullende beleidsmaatregelen. Gemeenten kunnen in potentie een heel belangrijke en stimulerende rol vervullen, als hoofdrolspeler in de lokale samenleving. Om ze daartoe aan te zetten, zullen de verantwoordelijkheden en de van de gemeenten verwachte inspanningen en voorzieningen voor mensen met ernstige psychische problemen echter zo expliciet mogelijk moeten worden gemaakt. Ook zullen dan individuele aanspraken op lokale voorzieningen voor ondersteuning geformuleerd moeten worden en budgetten moeten worden geoormerkt. (Sleutelpersonen in Nottingham merken op dat tot voor kort het Engelse systeem tot op zeker hoogte aan deze criteria voldeed.)

Wat de potentiële bijdrage van de introductie van marktprikkels betreft, is een belangrijke conclusie uit de interviewronde dat sleutelpersonen er in alle drie de regio's op wijzen dat maatregelen die financiële consequenties hebben, de maatregelen zijn met verreweg de grootste impact. (Prescriptief beleid zonder financiële consequenties wordt als te vrijblijvend en grotendeels ineffectief beschouwd.) In dit opzicht kan concurrentie om de te verdelen middelen een zeer sterk instrument zijn, mits de marktprikkels en toekenningscriteria inhoudelijk stroken met het streven naar adequate maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de huidige op psychiatrische diagnoses en beperkingen

gebaseerde bekostigings- en vergoedingssystemen vervangen worden door systemen die positieve financiële prikkels bevatten voor adequate ambulante zorg (in plaats van intramurale zorg), een herstelbenadering, sterke lokale samenwerking, etc.. Een dergelijk systeem zou ook geïntegreerde zorg voor de meest kwetsbare cliënten kunnen belonen. En mogelijk zou het in het algemeen ruimte kunnen laten voor enige flexibiliteit, wanneer budgetten eenmaal zijn toegekend. Wanneer een en ander te ambitieus is voor onmiddellijke implementatie, kunnen innovatie- en stimuleringsprogramma's, op basis van dezelfde toekenningscriteria, de weg banen voor inkluderende financierings- en bekostigingssystemen. In feite zijn eerdere, succesvolle innovatieprogramma's in Nederland (Zorgvernieuwingsfonds) en Engeland (Supporting People Programme) grofweg op basis van deze criteria opgezet.

Essentieel is dat decentralisering en de introductie van marktwerking het risico met zich mee brengen dat individuele belangen van de afzonderlijke instanties en partijen afdrijven van het gemeenschappelijke, nationale, economische en maatschappelijke belang van sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zelfs wanneer individuele organisaties en aanbieders dat algemene belang erkennen en zelfs wanneer men weet wat de eigen bijdrage zou kunnen zijn, zijn er gerede kansen dat men vanwege de prikkels die uitgaan van de marktsituatie en lokale politieke omstandigheden gedwongen wordt om andere keuzen te maken. Daarom is het cruciaal dat de prikkels in het financieringsstelsel zodanig zijn dat individuele belangen in overeenstemming zijn met het gemeenschappelijk belang van sociale inclusie.

De huidige situatie is hier echter nog ver van verwijderd, in alle drie de landen. Als gevolg van de kwetsbare financieringssituatie en bij afwezigheid van een heldere, eindverantwoordelijke autoriteit, vinden bezuinigingen op overheidsuitgaven momenteel een gemakkelijke weg naar voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van de (over het algemeen relatief weinig assertieve) populatie van mensen met ernstige psychische problemen. Het grote risico daarvan is dat een reeks van hoopgevende ontwikkelingen op operationeel niveau daarmee wordt gefrustreerd of zelf teruggedraaid. Uiteindelijk leidt dat tot minder participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen en tot hogere kosten voor zorg, opvang en sociale uitkeringen.

Sociale inclusie is het enige duurzame antwoord op de economische kosten van ernstige psychische aandoeningen. Dit maakt de urgentie van investeringen in de ontwikkeling van goed georganiseerde en adequaat gefinancierde maatschappelijke steunsystemen des te groter in tijden van economische recessie.

5.3 Aanbevelingen

De resultaten van dit onderzoek geven aan dat het brede, maatschappelijke en economische belang van adequate ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen om een gezaghebbende pleitbezorger en organisator op nationaal bestuurlijk niveau vraagt. De invloedssfeer van die pleitbezorger moet uitstijgen boven de individuele werkvelden en individuele belangen van afzonderlijke aanbieders, lokale autoriteiten, budgetbeheerders, zorginkopers en ministeries. Het is aan deze nationale bestuurlijke voortrekker om de krachten te bundelen met alle relevante partijen om tot een geïntegreerd en intersectoraal beleid te komen waarin waarden, doelstellingen, verantwoordelijkheden, organisatie en financiering van voorzieningen worden gedefinieerd. Deze voortrekker kan met name ook aangeven wat nodig is om de individuele belangen van de verschillende partijen in overeenstemming te brengen het gemeenschappelijke belang van sociale inclusie. Op deze manier kan hij de maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen faciliteren, stimuleren en waar nodig structureren.

Sommige elementen van een dergelijk landelijk beleid zijn al aanwezig in de drie landen, zij het in verschillende mate en op verschillende terreinen. In elk van de drie landen is echter ook nog veel te winnen in termen van omvattendheid, samenhang, directiviteit en implementatie. Sleutelpersonen in de regio's hebben een reeks van suggesties gedaan voor de (verdere) landelijke beleidsontwikkeling rond sociale inclusie. De accenten in deze suggesties verschillen opnieuw tussen de landen en regio's en uiteraard ook tussen de sleutelpersonen onderling. Maar van deze individuele en regionale suggesties laat zich ook een bredere, algemene set van aanbevelingen afleiden. Deze aanbevelingen gaan over

- de noodzaak van een heldere beleidsvisie;
- een landelijk kader met betrekking tot verantwoordelijkheden, aanspraken en voorzieningen;
- gedegen financiering en inkluderende financiële prikkels;
- bijzondere aandacht voor geïntegreerde zorg voor de meest kwetsbaren en;
- een stimulerend innovatieprogramma.

Landelijke beleidsvisie op sociale inclusie

In alle drie de regio's zijn sleutelpersonen van mening dat op nationaal bestuurlijk niveau een breed besef en een brede erkenning vereist zijn van de maatschappelijke en economische opbrengsten van maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen; niet alleen opbrengsten voor de betrokkenen zelf, maar voor de samenleving als geheel. Die erkenning moet niet beperkt blijven tot het departement voor gezondheidszorg, maar zou interdepartementale en brede politieke ondersteuning moeten krijgen. Die brede ondersteuning is nodig om te komen tot een consistent beleid over de grenzen van de departementen heen en om te voorkomen dat het ene departement teniet doet wat het andere probeert te realiseren.

Het moet ook de basis leggen voor investeringen die niet direct tot opbrengsten leiden voor het investerende departement, maar wel voor andere departementen en voor de samenleving in het algemeen. Deze visie zou ook actief uitgedragen moeten worden en moeten bijdragen aan een inkluderend maatschappelijk klimaat, onder andere door het ondersteunen van anti-stigma programma's en vooral door het faciliteren en stimuleren (financieren) van een actieve rol daarin van mensen met ernstige psychische problemen zelf. Tot de centrale thema's van de dergelijk programma zouden de persoonlijke en maatschappelijke ervaringen en wensen van betrokkenen zelf moeten behoren.

Landelijk kader van verantwoordelijkheden, aanspraken en voorzieningen

Een landelijk kader is nodig, dat de precieze verantwoordelijkheden definieert van landelijke, regionale en lokale overheden en andere instanties met een sleutelpositie binnen het nationale stelsel (financiers en zorginkopers, waaronder private zorgverzekeraars), met betrekking tot voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De samenwerking (op alle niveaus) van deze hoofdrolspelers zou daarin ook geconcretiseerd moeten worden. Het landelijke kader moet de vraag beantwoorden naar de eindverantwoordelijkheid voor de coördinatie en regie op landelijk, lokaal en individueel niveau en in termen van coördinerende instanties en te coördineren activiteiten. Voor zover dat nodig is om andere relevante organisaties te betrekken, zou de coördinerende instantie zeggenschap moeten krijgen over de inzet van middelen uit de verschillende financieringskaders.

Bepleit word om een dergelijk landelijk kader waar mogelijk te baseren op bestaande 'evidence' van effectieve zorg en ondersteuning. Voor zover mogelijk zou ook de vereiste capaciteit van een aantal kernvoorzieningen op landelijk en regionaal moeten worden beschreven. Verder wordt bepleit de individuele aanspraken van mensen met ernstige psychische aandoeningen zo expliciet mogelijk te maken, niet alleen aanspraken op zorg en ondersteuning, maar ook op huisvesting en werk.

Structurele financiering en inclusie stimulerende bekostigingssystemen

Directieve implementatie van landelijk beleid rond maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie vraagt primair om gedegen financiering en de juiste financiële prikkels. Vooral voor langdurige, individuele ondersteuning bij wonen, sociale contacten, onderwijs en werk is solide, structurele, geoormerkte financiering nodig (mogelijk vanuit gezamenlijke interdepartementale budgetten). In aanvulling daarop kunnen algemene, inclusie stimulerende financieringsvoorwaarden worden opgesteld. In de plaats van bekostigingssystemen die gebaseerd zijn op psychiatrische diagnoses en beperkingen, zijn systemen gewenst die het voor aanbieders lonend maken om in te zetten op adequate ambulante zorg, op herstelgerichte zorg en op lokale samenwerking. Wenselijk is ook dat deze bekostigingssystemen ruimte laten voor enige flexibiliteit in de besteding van de middelen, als budgetten eenmaal zijn toegekend. Buiten het voorzieningenstelsel, kan inclusie op het terrein van onderwijs en werk financieel gestimuleerd worden door middel van bonussystemen voor onderwijsinstellingen werkgevers.

Geïntegreerde zorg voor de meest kwetsbare cliënten

Bepleit wordt om de mogelijkheden te verkennen om te komen tot integrale budgetten, over de grenzen van de verschillende sectoren en financieringskaders heen, voor geïntegreerde ondersteuning aan de meeste kwetsbare cliënten binnen de populatie van mensen met ernstige psychische problemen. Een dergelijk integraal, intersectoraal budget kan een belangrijke bijdrage leveren aan de samenhang, efficiency en continuïteit van de zorg en kan ook geïntegreerde zorg voor de meest kwetsbare cliënten lonend maken. Criteria voor integrale financiering zouden expliciet gemaakt moeten worden in termen van kenmerken en ondersteuningsbehoeften van cliënten en in termen van vereisten aan de budgethouder. Budgetten zouden bijvoorbeeld verbonden kunnen worden aan een formele verantwoordelijkheid voor de zorgcoördinatie. In geval van behoefte aan intensieve, integrale zorg, zouden de coördinatorrol en het budget toegewezen kunnen worden aan een team voor geïntegreerde zorg en maatschappelijke ondersteuning, dat de integrale verantwoordelijkheid op zich neemt voor (het aanbieden, organiseren of inkopen van) adequate ondersteuning op alle levensterreinen. In andere gevallen zou het budget toegewezen kunnen worden aan de organisatie of de professional die het meest betrokken is bij de dagelijkse ondersteuning van de individuele cliënt (eerstelijns professional, herstel coach) of aan het cliëntsysteem zelf.

Innovatieprogramma's

De ontwikkeling van een omvattend, landelijk beleid voor sociale inclusie is een proces en vraagt tijd. Tijdelijke innovatieprogramma's en -fondsen kunnen een belangrijke rol vervullen bij het verkennen, ontwikkelen of uitbreiden van de gewenste voorzieningen en condities en bij de voorbereiding van structurelere aanpassingen in het stelsel voor zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Feitelijk kunnen innovatieprogramma bijdragen aan het realiseren van een brede reeks van voorwaarden voor maatschappelijke ondersteuning en sociale inclusie, bijvoorbeeld door het bevorderen van de implementatie van herstelgerichte zorg, scholing van GGZ-medewerkers, 'community development' (engageren van andere maatschappelijke organisaties en sectoren), investeringen in lokale samenwerking en coördinatie en de ontwikkeling van lokaal beleid voor sociale inclusie. Door middel van innovatieprogramma's kunnen ook de mogelijkheden worden verkend van het harmoniseren en vereenvoudigen van complexe acquisitietrajecten en verantwoordingsverplichtingen en van de ontwikkeling van geïntegreerde budgetten.

Omvattend beleidsplan

Als gezegd zullen de voorgestelde beleidsmaatregelen veel aan samenhang, consistentie en doelmatigheid winnen, wanneer ze worden geïntegreerd in een omvattend, interdepartementaal beleidsplan. Fundamenteel aan dat plan dient het besef te zijn, zoals aangegeven door sleutelpersonen in deze studie, dat sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen geen utopie is. Het kan worden georganiseerd.

Adviescommissie

Mathijs Muijen	Programma manager Mental Health, World Health Organization Europe
Geoff Shepherd	Adviseur Centre for Mental Health, Londen
Jaap van Weeghel	Hoogleraar rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Universiteit van Tilburg
Povl Munk-Jørgensen	Hoogleraar klinische psychiatrie, Aalborg Psychiatric Hospital

Geraadpleegde personen

Denemarken – Aarhus	
Jørgen Aagaard	Psychiater, consultant Community Mental Health Center South, regio Centraal; onderzoeker Centre of Psychiatric Research, Aarhus University Hospital AUH, Risskov, regio Centraal
Merete Bysted	Consultant, MD, Aarhus University Hospital AUH, Risskov, regio Centraal
Torben Christiansen	Manager Acute and assertive team, gemeente Aarhus
Marianne Cohen	Herstelcoördinator, gemeente Aarhus
Annette Davidsen	Consultant, MD, Community Mental Health Center South, regio Centraal
Mette Grandjean	Centrumdirecteur Acute and assertive work, gemeente Aarhus
Svend Hamann Petersen	Manager dagactiviteitencentrum Kragelund, gemeente Aarhus
Helle Horn	Centrumdirecteur Dagactiviteiten, gemeente Aarhus
Per Jørgensen	Medewerker divisie Psychische gezondheid en sociale zaken, regio Centraal
Knud Kristensen	Directeur cliënten- en familieorganisatie SIND
Henrik Lyngklip Kjeldgaard	Manager Community Mental Health Center South, gemeente Aarhus
Svend H. Madsen	Hoofd Centraal kantoor, regio Centraal
Jakob May	Centrumdirecteur Specialistisch instituut voor drugs- en alcoholmisbruik, gemeente Aarhus
Jakob Storm Elner	Manager Acute and assertive team, gemeente Aarhus
Mette Svarre	Directeur Sociale psychiatrie en kwetsbare volwassenen, gemeente Aarhus
Bodil Svenstrup	Manager Beschermd woonvorm Hasle Kollegiet, gemeente Aarhus
Karen Thyrsting	Manager Beschermd woonvorm voor verslaving en psychose Atriumhuset, gemeente Aarhus
Nina Thorn Clausen	Projectcoördinator, gemeente Aarhus

Engeland - Nottingham	
Pam Abbott	Manager Framework, instelling voor ondersteuning van kwetsbare burgers, divisie Psychische gezondheid en high support
Erica Bore	Loopbaanspecialist Education Improvement Partnership, Nottingham City en County South
Adele Cresswell	Directeur Governance Development, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust
Graeme Green	Leidinggevende Framework, instelling voor ondersteuning van kwetsbare burgers, divisie Psychische gezondheid en high support
Jill Jefferies	Manager Framework, instelling voor ondersteuning van kwetsbare burgers, divisie Psychische gezondheid en high support
Robin Johnson	Redacteur Housing Care and Support Journal, Pier Professional; Visiting Fellow International Centre for Public Service Management, Business School, Nottingham Trent; R&D manager en consultant, RJA consultancy
Michael Leng	Algemeen directeur Framework, instelling voor ondersteuning van kwetsbare burgers
Gary Nuttall	Beleidsmedewerker en inkoper voorzieningen, Nottingham City
Michael Osborne	Lid van het Involvement Center, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust
Bert Park	Psychiater, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust, Rehabilitation Medical Team
Catherine Pope	Fysiotherapeut; Directeur Allied Health Professionals for Nottinghamshire Healthcare NHS Trust; Directeur Therapie bij de Mental Health Network Board, NHS Confederation.
Paul Prendergast	Teammanager Early Intervention in Psychosis team, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust
Julie Repper	Associate Professor Mental Health Nursing and Social Care, University of Nottingham, Faculty of Medicine and Health Science
Justine Schneider	Professor Mental Health & Social Care, University of Nottingham, Faculty of Social Sciences; onderzoeker bij het Institute of Mental Health Nottingham
Torsten Shaw	Projectmanager bij cliëntenorganisatie Making Waves
Julie Swann	Onafhankelijk ergotherapeut
Sue Thornton	Algemeen directeur GGZ-voorzieningen in Nottingham city
Eric Wodke	IPS ontwikkelingsmanager, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust
Nicola Wright	Research fellow, CLAHRC Collaboration for Leadership in Applied Research and Care
Gill Vasilevskis	Inkoper voorzieningen, Nottinghamshire county

Nederland - Alkmaar	
Nico Adrichem	Directeur divisie Langdurende psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord
Michiel Bahler	Beleidsadviseur, GGZ Noord-Holland-Noord
Frans Binnekade	Beleidsmedewerker V&V en GGZ, UVIT
Foeke Dekker	Zorginkoper, UVIT zorgkantoor
Willem van Eijk	Directeur WNK Bedrijven
Henk Everhardus	Bedrijfsleider Groep Woondiensten, Woningstichting
Kelly van der Graaf	Teamleider Beschermd Wonen Den Helder, GGZ Noord-Holland-Noord
Dirk Happee	Coördinator wijkteam Alkmaar centrum, GGZ Noord-Holland-Noord
René Keet	Directeur Behandelzaken, divisie Langdurende psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord
Katinka Kerssens	Clustermanager, GGZ Noord-Holland-Noord
Henk Willem Klaassen	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, wijkteam GGZ Noord-Holland-Noord
Rob Laane	Zorginkoper GGZ, UVIT
Rob Martens	Teamleider Beschermd Wonen Noord-Alkmaar, GGZ Noord-Holland-Noord
Christianne Moussault	Directeur RCO de Hoofdzaak
Ellen Otto	IPS teamleider WNK Bedrijven
Niek Pijnaker	Ervaringswerker GGZ Noord-Holland-Noord
Tom Ploeg	Manager GGZ Noord-Holland-Noord
Jane Pril	Ervaringswerker GGZ Noord-Holland-Noord
Marijke van Putten	Directeur Innovatie, GGZ Noord-Holland-Noord
Yvonne Rozemeijer	Coördinator ambulante begeleiding, Actiezorg
Helga Smidtman	Psycholoog, GGZ Noord-Holland-Noord
Sandy van der Vliet	Consulent, WoonWaard
Remy van Waterschoot	Manager Inkoop, Marketing & Sales, GGZ Noord-Holland-Noord

Bibliografie

- Aagaard, J., Muller Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: A case control study with a 2-years follow up. *Nord J Psychiatry* 65, 299-305.
- Aagaard, J., Nielsen, J.A., Skadhede, S., Aagaard, A., Munk-Jørgensen, P.M. et al (2008). *Effekter af udbygning af lokalt baseret psykiatri*. (Effects of extending community based psychiatry.) København: Fadl's Forlag.
- Amadeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., Tansella, M. (2007). Reforms in community care: the balance between hospital and community based mental health care. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (eds.): *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, p. 235-249. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Anderson, R., Wynne, R., McDaid, D. (2007). Housing and employment. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (eds.): *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, p. 280-307. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Århus Universitetshospital Risskov (2010). *Forslag til masterplan for funktion, opgaver og organisering*.
- Boyle, S. (2008). The health system in England. *Eurohealth*, 14, 1, 1-2.
- Dansk Psykiatrisk Selskab (2004). *Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer: 2004-2010*. Dansk Psykiatrisk Selskab.
- Danske Regioner (2006). *Rammeaftaler for 2007 på social- og specialundervisningsområdet*. Copenhagen: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2007). *Kvalitet i regionernes sociale tilbud*. Copenhagen: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2008). *Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatrimrådet i 2007*. Copenhagen: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2008). *Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatrimrådet i 2008*. Copenhagen: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2009). *Indberetning af kvartsvise nøgletal fra Region Nordjylland 1. og 2. kvartal 2009*. Copenhagen: Danske Regioner.
- Department of Health (1999). *National service framework for mental health: modern standards and service models*. London: Department of Health.
- Department of Health (2009). *New Horizons. A shared vision for mental health*. London: Department of Health.
- Department of Health (2011). *No health without mental health*. London: Department of Health.
- European Commission (2008a). *European pact for mental health and well-being*. Brussels: European Commission.

- European Commission (2008b). *Mental health in the EU. Key facts, figures and activities*. Brussels: European Commission.
- European Commission (2009). *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels: European Commission.
- European Communities (2010). *Background document for the thematic conference 8th- 9th November 2010, Lisbon: "Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being"*.
- European Communities (2010). *Conference Report for the thematic conference 8th-9th November 2010, Lisbon: "Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being"*.
- European Union Executive Agency for Health and Consumers (2010). *Mental Health systems in European Union Member States, Status of mental health in Populations and Benefits to be expected from Investments into Mental Health*.
- GGZ Nederland (2010). *Op weg naar herstelondersteunende zorg: Overzicht van activiteiten bij GGZ instellingen anno 2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2010). *Zorg op waarde geschat: Sectorrapport GGZ 2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Health and Social Care Information Centre. Mental Health and Community Care Team (2009). *Mental health bulletin: Second report on experimental statistics from Mental Health Minimum Dataset (MHMDS) annual returns; 2003-2008*. London: NHS information Centre.
- Knapp, M., McDaid, D., Evers, S., Salvador-Carulla, L., Halsteinli, V. & the MHEEN Group (2008). *Cost-effectiveness and mental health*. London: MHEEN.
- Knapp, M. (2008). *Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century. Mental Ill-health: Cost Implications*. London: The Government Office for Science.
- Knapp, M., McDaid, D., Medeiros, H. & the MHEEN Group (2009). Balance of care (deinstitutionalisation in Europe). Results from the Mental Health Economics European Network (MHEEN). *International Journal of Integrated Care* 9, 5.
- Light, D.W., Connor, M. (2011). Reflections on commissioning and the English coalition government NHS reforms. *Social Science and Medicine* 27, 6, 821-822.
- Medianos, M. (2011). Deinstitutionalization. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/33>
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and Community Living - Outcomes and Costs: a Report of a European Study. Report To European Commission*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- McDaid, D., Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D., Knapp, M., Curran, C. (2005). *Funding mental health in Europe*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.

- McDaid, D., Oliveira, M.D., Jurczak, K., Knapp, M., The MHEEN Group (2007). Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between the health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2), 181-194.
- McDaid, D. (2008). *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- McDaid, D., Knapp, M., Medeiros, H., and the MHEEN group (2008). *Mental health and economics in Europe: findings from the MHEEN Group*. Eurohealth 13, 3.
- Medeiros, H. McDaid, D. Knapp, M. and the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.
- Mental Health Europe (2007). *Good Practices for Combating Social Exclusion of People with Mental Health Problems*. Brussels: Mental Health Europe.
- Mladovsky, P., Allin, S. Masseria, C., Hernandez-Quevedo, C., McDaid, D., Mossialos, E. (2009). *Health in the European Union: Trends and Analyses*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Moscone, F., Knapp, M. (2005). Exploring the spatial pattern of mental health expenditure. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 8, 4, 206-17.
- Mossialos, E., Allin, S. Figueras, J., Busse, R., Dixon, A., Grosse-Tebbe, S., Kutzin, J. McDaid, D., Nolte, E., Rico, A., Riesberg, A., Thomson, S., (2007). *Health systems in transition: template for analysis*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Muijen, M. (2008). Mental Health Services in Europe: An Overview. *Psychiatric services* 59, 5, 479-482.
- Pontoppidan, M. (2005). *Socialpsykiatrien i Danmark. 1970-2005*. Roskilde Universitetscenter.
- Priebe, S., Badesconyi, A. Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 330, 123-126.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R. e.a. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006 *Psychiatric services* 59, 5, 570-573.
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R., Knapp, M. (2009). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 44, 10, 805-814. *PROMO-project. Best Practice In Promoting Mental Health In Socially Marginalized People In Europe* (2008). <http://www.promostudy.org>.
- Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* 6, March, 1-11.

- Regeringen (2009). *Styrket indsats for sindslidende, Handlingsplan for psykiatri*. Copenhagen: Regeringen.
- Rigsrevisionen (2010). *Beretning til Statsrevisorerne om voksnes adgang til psykiatrisk behandling*. [http://www.rigsrevisionen.dk/media\(1546,1030\)/09-2009.pdf](http://www.rigsrevisionen.dk/media(1546,1030)/09-2009.pdf).
- Royal College of Psychiatrists, Mental Health Network, NHS Confederation & London School of Economics and Political Science (2009). *Mental health and the economic downturn. National priorities and NHS solutions*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Sayce, L., Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (eds.): *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, p. 34-59. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.
- Schanda, H. (2008). Re-institutionalisation of the severely mentally ill – who or what is to blame? *European Psychiatry* 23, 2, 15.
- Schneider, J. (2009). Community work - a cure for stigma and social exclusion? *Psychiatric Bulletin*, 33, 281-284.
- Schneider, J., C. Beeley, J. Repper (2011). Campaign appears to influence subjective experience of stigma. *Journal of mental health* 20, 1, 89-97.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury centre for mental health.
- Shepherd, G., Boardman, J., Burns, M. (2009). *Implementing recovery. A methodology for organizational change*. London: Sainsbury centre for mental health.
- Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M.B., Vallgård, S., Krasnik, A., Vrangbæk, K., Mossialos, E. (2007). *Health Systems in Transition* 9, 6. Denmark: Health system review.
- Sundhedsstyrelsen (2009a). *National strategi for psykiatri*. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2009b). *Den akutte indsats i psykiatrien - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen.
- Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union : challenges and policy responses*. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- TNS UK for the Care Services Improvement Partnership, Department of Health (2008). *Attitudes to Mental Illness 2008 Research Report*. London: TNS UK.
- Vallgård, S., Krasnik, A., Vrangbæk, K. (2001). *Health Care Systems in Transition: Denmark*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Van Hoof, F., Kok, I., Vijselaar, J. (2008). Liberalisation of health care in the Netherlands: The case of mental health care. *Eurohealth* 14, 4, 18-21.
- Van Hoof, F., Knispel, A., Vijselaar, J. (2009). *Tendrapportage GGZ 2009, deel 1. Nieuwe financieringskaders voor de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Van Hoof, F., Knispel, A., Van Wijngaarden, B., Kok, I. (2009). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Hoof, F., Vijselaar, J., Kok, I. (2009). Van overheidssturing naar marktwerking. Stand van zaken en toekomstscenario's in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 64, 4, 239-255.
- Van Hoof, F. Knispel, A., Meije, D., Van Wijngaarden, B., Vijselaar, J. (2010). *Trendrapportage GGZ 2010, deel 1. Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos -instituut.
- Van Hoof, F., Van Vught, M. (2011). *Samenhang en coördinatie: in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Kemenade, Y.W. (2007). *Health care in Europe 2007: the finance and reimbursement systems of 11 European countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Van Leur, J., N. van Erp, A. van Bergen, Rooijen van, S. (2010). *Inventarisatie maatschappelijke steunsystemen in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut, Movisie.
- Van Weeghel, J., Van de Lindt, S., Slooff, M.D., Van de Kar, F., Van Vugt, M., Wiersma, D. (2011). A regional Assessment of the quality of care for people with schizophrenia in the Netherlands. *Psychiatric services* 62, 7, 789-792.
- Van Weeghel, J., Van Audenhove, C., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégois, A., McCulloch, A. e.a. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European studies. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28, 3, 274-281.
- Van Veldhuizen,, J. (2007). *FACT: a Dutch version of ACT*. *Community Mental Health Journal* 43, 4, 421-433
- Van Veldhuizen, J.R., Bähler, M., Polhuis, D., Van Os, J. (eds.). (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: de Tijdstroom
- Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. *Euro Observer* 11, 3, 1-3.
- Vrangbaek, K. (2008). The health system in Denmark. *Eurohealth*, 14, 1, 7-8.
- World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005a). *Mental health declaration for Europe: facing the challengers, building solutions*. Helsinki: WHO.
- World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005b). *Mental health action plan for Europe*. Helsinki: WHO.
- World Health Organization (2008). *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization Europe (2008). *European Pact for mental health and Well-being*. EU High-level conference "Together for mental health and wellbeing" Brussel:
- World Health Organization (2009). *Empowering mental health service users and carers*. http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics/20090331_1.
- World Health Organization (2010). *WHO European Health for all database*. <http://www.euro.who.int/hfadb>.



De ontwikkeling van ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen staat al enig tijd op de nationale beleidsagenda's in Europa. Aard en omvang van de beleidsinspanningen tot dusver, verschillen echter per land.

Dit rapport beschrijft de resultaten van een internationaal vergelijkend onderzoek naar de stimulansen die van nationaal beleid en nationale zorgstelsels uitgaan voor de ontwikkeling en implementatie van langdurige ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In het bijzonder worden beleid en stelsels vergeleken van Denemarken, Engeland en Nederland. Dat gebeurt vanuit het perspectief van drie GGZ-regio's in de respectievelijke landen. Het rapport bespreekt de verschillen en overeenkomsten in de landelijke zorgstelsels en het landelijk beleid, in de aard en de organisatie van regionale voorzieningen en in de oordelen van betrokkenen in de drie regio's over de impact van de landelijke beleidsontwikkelingen. Vervolgens wordt een aantal algemene aanbevelingen op een rij gezet die vanuit de drie regio's worden gedaan voor toekomstig nationaal beleid rond de ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Dit rapport is de eerste van twee themarapportages die het Trimbos-instituut dit jaar uitbrengt in het kader van de Trendrapportage GGZ. Publicaties in het kader van de Trendrapportage GGZ worden jaarlijks opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.