

Zo gewoon mogelijk

Zo gewoon mogelijk

Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.

M.H. Kwekkeboom



Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, november 2001

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a. wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b. bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c. informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn, die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2001

SCP-publicatie 2001/8

Zet- en binnenwerk: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: Bureau Stijlzug, Utrecht

Omslagillustratie: *Zotskap* (wandkleed: appliqué in zijde), M.H. Kwekkeboom/

Le Sorbier Textiles, Amsterdam

Verspreiding in België: Maklu-Distributie
Somersstraat 13-15, B-2018 Antwerpen

ISBN 90-377-0071-3

NUGI 661

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

Postbus 16164

2511 VX Den Haag

Tel. (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: <http://www.scp.nl>

E-mail: info@scp.nl

	VOORWOORD	1
1	INLEIDING	3
	Noten	7
2	DE NEDERLANDSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Van extramuralisering naar vermaatschappelijking – accenten in het overheidsbeleid	9
2.3	Van opname naar zorgvernieuwing – veranderingen in aanbod en gebruik	19
2.3.1	Ontwikkelingen in het aanbod	19
2.3.2	Ontwikkelingen in de vraag	24
	Noten	29
3	DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT NADER OMSCHREVEN	31
3.1	Inleiding	31
3.2	De centrale begrippen en hun onderlinge relaties	32
3.3	Centrale vraagstelling en uitwerking per onderzoeksdeel	38
	Noten	42
4	BELEIDSNETWERKEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG – EEN BESTUURSKUNDIGE INVALSHOEK	43
4.1	Inleiding	43
4.2	Bestuurlijke verhoudingen in het (geestelijkegezondheids)zorgbeleid	44
4.3	De netwerkbenadering	48
4.4	Consequenties van de netwerkbenadering voor de uitwerking van de vraagstelling	52
	Noten	54
5	OPZET VAN HET ONDERZOEK	55
5.1	Inleiding	55
5.2	Draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg – uitkomsten van de verkenning	56
5.3	Leerpunten voor de tweede fase van het actorenonderzoek	59
5.4	Opzet en uitvoering van de tweede fase van het actorenonderzoek	61
5.4.1	Enquête onder leden van de regionale beleidsnetwerken	61
5.4.2	Vraaggesprekken met vertegenwoordigers provinciale overheden	64
5.4.3	Analyse en rapportage	65
	Noten	67

6	DE LEDEN VAN HET BELEIDSNETWERK EN HUN ONDERLINGE VERHOUDINGEN	69
6.1	Inleiding	69
6.2	De actoren in het beleidsnetwerk	70
6.2.1	De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg	70
6.2.2	De cliëntenorganisaties	77
6.2.3	De lokale overheden – centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang	81
6.2.4	De zorgkantoren	86
6.2.5	De algemene instellingen	88
6.2.5.1	Instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening	88
6.2.5.2	Instellingen op de terreinen wonen en werken	96
6.3	De onderlinge verhoudingen in de regionale netwerken	101
	Noten	104
7	DRAAGVLAK VOOR HET BELEID EN DE GEVOLGEN VOOR NETWERKVORMING	107
7.1	Inleiding	107
7.2	Mate van instemming met het beleid bij de actoren	107
7.3	Het draagvlak van het netwerk	112
	Noten	114
8	VOORZIENINGEN EN SAMENWERKINGSRELATIES	115
8.1	Inleiding	115
8.2	Voorzieningenaanbod op het terrein van de vermaatschappelijking – een overzicht	116
8.3	Het aanbod per actor	120
8.3.1	Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg	120
8.3.2	Cliëntenorganisaties	123
8.3.3	Lokale overheden	125
8.3.4	Zorgkantoren	128
8.3.5	Instellingen voor maatschappelijke opvang	131
8.3.6	Instellingen voor AMW	133
8.3.7	Instellingen voor thuiszorg	136
8.3.8	GGD's	139
8.3.9	Woningcorporaties	141
8.3.10	Instellingen voor arbeidsvoorziening	142
8.4	Beleidsnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg?	144
	Noten	149
9	DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT IN DE REGIO	151
9.1	Inleiding	151
9.2	De Regiovisie geestelijke gezondheidszorg – verschillen per regio en per actor	152
9.3	Samenwerking binnen de regio's – de invloed van regionale kenmerken	157
9.4	Regionale invloeden op de sterkte van draagvlak en draagkracht	161
	Noten	162

10	SAMENVATTING EN CONCLUSIES STERKTE VAN INSTITUTIONEEL DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT	163
11	DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT VAN DE LEDEN VAN HET PERSOONLIJKE NETWERK VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN	171
11.1	Inleiding	171
11.2	Onderzoek en onderzoekspopulatie	173
11.3	Draagvlak – de meningen over het beleid	181
11.4	Draagkracht – de belasting door de zorg en de mogelijkheid om daarmee om te gaan	184
11.4.1	Materiële belasting en draagkracht in tijd en geld	184
11.4.2	Immateriële belasting, behoefte aan en beschikbaarheid van emotionele steun	189
11.5	Samenvatting en conclusies	197
	Noten	200
12	DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT IN DE SAMENLEVING	203
12.1	Inleiding	203
12.2	Maatschappelijk draagvlak	205
12.3	Maatschappelijke draagkracht	211
12.4	Samenvatting en conclusies	216
	Noten	218
13	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN DE BUURLANDEN: ENGELAND EN ZWEDEN	219
13.1	Inleiding	219
13.2	Engeland	221
13.2.1	Vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg	221
13.2.2	De voorgeschiedenis, 1945-1997	221
13.2.3	Een nieuwe weg	225
13.3	Zweden	231
13.3.1	Vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg	231
13.3.2	De voorgeschiedenis, 1967-1995	231
13.3.3	Hervorming in de geestelijke gezondheidszorg – 1995	234
13.4	Cross-nationale vergelijking	241
	Noten	245
14	SLOTBESCHOUWING	247

SAMENVATTING	257
SUMMARY	267
LIJST VAN AFKORTINGEN	277
CURRICULUM VITAE	279
BIJLAGEN	281
A Het gestandaardiseerd onderzoeken van beleidsnetwerken	281
Noten	286
B Samenstelling klankbordgroep	287
C Opvattingen over de uitgangspunten voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid, weergave per type actor in het beleidsnetwerk	289
D Accenten in projecten op terrein vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg, naar aandachtsveld	299
LITERATUUR	301
PUBLICATIES SCP	321

Het Nederlandse geestelijke gezondheidszorgbeleid staat al enige decennia in het teken van de 'vermaatschappelijking', het streven naar een zo min mogelijke institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt. Ondanks de jarenlange inspanningen blijkt de doelen van het vermaatschappelijkingsbeleid echter maar ten dele bereikt te worden. Dit was voor het Sociaal en Cultureel Planbureau reden om de sterkte van draagvlak en draagkracht voor de veranderingsprocessen in de geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken.

De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg brengt ingrijpende veranderingen met zich mee voor een groot aantal betrokkenen. Deinstitutionalisering van de zorg brengt namelijk niet alleen veranderingen met zich mee voor de gespecialiseerde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, maar ook voor niet- categorale instellingen en organisaties die nu betrokken worden bij het aanbod van diensten die psychiatrische patiënten in staat moeten stellen een zelfstandig leven te leiden en deel te nemen aan de samenleving. Daarnaast ondervinden ook de familieleden en vrienden van psychiatrische patiënten gevolgen van het vermaatschappelijkingsbeleid, dat met zich mee kan brengen dat het beroep op hun hulp en opvang groter wordt. 'Vermaatschappelijking' doet ook een beroep op de leden van de maatschappij in haar geheel: van hen wordt verwacht dat zij als buur, collega, werkgever of toevallige passant de psychiatrische patiënt als volwaardig lid van de samenleving accepteren en zo nodig bijstaan in het integratieproces.

De omvangrijke kring van betrokkenen brengt met zich mee dat het onderzoek naar de sterkte van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid breed moest worden opgezet en uit meerdere onderdelen moest bestaan. Tevens is de situatie in het Nederlandse geestelijke gezondheidszorgbeleid vergeleken met die in twee buurlanden, die vaak als voorbeeld voor de beleidsontwikkelingen worden genomen, t.w. Engeland en Zweden.

In deze studie worden de bevindingen van de diverse deelonderzoeken in onderlinge samenhang beschreven. De uitkomsten van enkele onderdelen van het project vormen aanleiding om de huidige invulling van het vermaatschappelijkingsbeleid op onderdelen te herzien. Dit leidt in de slotbeschouwing tot een oproep om de koers in het geestelijke gezondheidszorgbeleid te wijzigen. Dergelijke oproepen vormen meestal aanleiding tot discussies en dat is in dit geval ook precies de bedoeling. Het onderwerp, een zo goed mogelijk beleid voor een kwetsbare groep in onze samenleving, verdient immers een grondige dispuut.

Het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg is niet alléén opgezet om een bijdrage te leveren aan een gedachtewisseling over de beste inrichting van het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Het project heeft ook vanaf het begin het karakter gedragen van een promotieonderzoek. Dit komt het sterkst tot uiting

in het onderdeel waarin sterkte van draagvlak en draagkracht onder de institutionele betrokkenen bij het vermaatschappelijkingsbeleid zijn geëxploreerd. Voor dit onderdeel is aangesloten bij de in de Bestuurskunde gehanteerde benadering van beleidsnetwerken. In deze studie is onderzocht of deze benadering ook bruikbaar is voor bestudering en verklaring van beleidsprocessen op het terrein van de (geestelijke gezondheids)zorg en is tevens getoetst of het mogelijk is dergelijke processen via gestandaardiseerd onderzoek in kaart te brengen.

Het onderzoek heeft daarmee ook ten doel gehad bij te dragen aan de ontwikkeling van een methodiek om de gang van zaken bij de ontwikkeling van integraal zorgbeleid te kunnen analyseren.

Voor de uitvoering van het veldwerk voor enkele onderdelen van het project is een beroep gedaan op Intomart B.V. te Hilversum. Ik wil vanaf deze plaats de medewerkers van Intomart bedanken voor de deskundigheid en nauwgezetheid waarmee zij hun werkzaamheden ten behoeve van dit onderzoek hebben verricht.

Het onderzoek is verder vanaf de start begeleid door een informele Klankbordgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van diverse instellingen, cliëntenorganisaties en overheden (zie bijlage B voor de samenstelling). Ook de leden van de Klankbordgroep wil ik bij deze hartelijk danken voor het enthousiasme en de deskundigheid, waarmee zij aan de wording van deze studie hebben bijgedragen.

Prof. dr. P. Schnabel
(directeur SCP)

1 INLEIDING

Aanleiding tot en opzet van het onderzoek

Het onderzoek Vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, waarover in deze studie verslag wordt gedaan, is in het najaar van 1997 van start gegaan. Belangrijke aanleiding voor het onderzoek was het in het voorgaande jaar verschenen advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en aanverwante dienstverlening over het te voeren beleid ten aanzien van chronisch psychiatrische patiënten (RVZ 1996). In dit advies werd gepleit voor voortzetting én intensivering van het huidige beleid, dat gericht is op het vergroten van de maatschappelijke integratie van (chronisch) psychiatrische patiënten. Deze integratie zou onder meer tot uiting moeten komen in zelfstandige huisvesting en betekenisvolle dagbesteding dan wel arbeidsmarktparticipatie door deze patiënten. Opnamen in intramurale voorzieningen zouden zo veel mogelijk moeten worden voorkomen en, indien onvermijdelijk, zo kort mogelijk moeten zijn. De benodigde ondersteuning en begeleiding zouden ambulante of bij de betrokken patiënt thuis moeten worden geboden. Om dit te bereiken, zouden instellingen voor geestelijke gezondheidszorg intensief moeten samenwerken met instellingen op de terreinen wonen, welzijn en werk en, idealiter, eigen taken aan deze instellingen overdragen. Uitgangspunt in het advies was dat mensen met (chronisch) psychiatrische problemen in staat moesten worden gesteld een zo gewoon mogelijk leven te leiden en voor hun dagelijkse behoeften een beroep moesten kunnen doen op dezelfde algemene voorzieningen als iedere andere Nederlandse burger.

In het regeringsstandpunt op dit advies werd dit uitgangspunt volmondig overgenomen (TK 1996-1997c). Daarbij werd er, net als in het RVZ-advies, opnieuw op gewezen dat een grotere maatschappelijke integratie – in casu een zo gewoon mogelijk leven voor de psychiatrische patiënt – al geruime tijd doel was van het geestelijke gezondheidszorgbeleid, maar dat de realisatie ervan achterbleef bij de verwachtingen. In de media werd inmiddels steeds vaker melding gemaakt van probleemsituaties rond mensen met psychische problemen, die rechtstreeks in verband werden gebracht met het gevoerde geestelijke gezondheidszorgbeleid. Niet alle psychiatrisch patiënten zouden in staat zijn een zelfstandig leven buiten de intramurale voorzieningen te handhaven en het aanbod voor zorg- en dienstverlening buiten deze voorzieningen zou onvoldoende en te versnipperd zijn. Dit zou leiden tot eenzaamheid, vervuiling en, in sommige gevallen, overlast en agressie¹.

De situatie in de geestelijke gezondheidszorg vertoonde daarmee grote overeenkomsten met die in het beleid voor andere groepen langdurig zorgafhankelijken, te weten ouderen en gehandicapten. Ook voor deze groepen staat het streven naar maatschappelijke integratie centraal en wordt daarvoor geijverd voor intensieve samenwerking en afstemming tussen categorale en algemene instellingen. En ook voor deze groepen blijft de realisatie daarvan achter bij de verwachtingen, met een ontoereikende hulpverlening als gevolg. Uit onderzoek naar de gang van zaken in het ouderen- en gehandicaptenbeleid was naar voren gekomen dat een deel hiervan te verklaren was uit het ontbreken van een voldoende sterk draagvlak voor alle uitgangspunten die aan

dit integratiebeleid ten grondslag lagen (Kwekkeboom 1997). Daarnaast waren de bij het beleid betrokken instellingen ook niet altijd in staat om de van hen verwachte rollen ook daadwerkelijk te vervullen. Met andere woorden: hun draagkracht schoot hiervoor tekort. Ook bleek dat het overheidsbeleid gebaseerd is op verwachtingen ten aanzien van het gedrag van de bij het ouderen- en gehandicaptenbeleid betrokken partijen, die niet met de werkelijkheid overeenkomen.

De uitkomsten uit dat onderzoek riepen de vraag op of de stagnatie in de realisatie van de doelstellingen in het geestelijke gezondheidszorg beleid niet zou kunnen worden verklaard door dezelfde factoren. Gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep en de ernst van de incidenten die (al dan niet terecht) aan het falen van het geestelijke gezondheidszorgbeleid werden toegeschreven, is daarom besloten ook een onderzoek te wijden aan draagvlak en draagkracht voor dit beleid bij degenen die bij de implementatie ervan zijn betrokken. Achterliggende vragen waren ook in dit onderzoek óf en in hoeverre de veronderstellingen waarop het overheidsbeleid is gebaseerd, reëel zijn en zo nee, wat hiervan dan de consequenties zouden kunnen zijn voor de verdere beleidsontwikkeling.

In het onderzoek is de meeste aandacht besteed aan de zogenoemde institutionele actoren die, in de ogen van de overheid althans, bij de uitvoering van het geestelijke gezondheidszorgbeleid betrokken zouden moeten zijn: de formele aanbieders van zorg- en dienstverlening aan mensen met psychische problemen, zowel binnen als buiten de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Het gaat daarbij niet alleen om de instellingen voor zorg en welzijn, maar ook om die op de terreinen wonen en werk. Tot de institutionele actoren behoren daarnaast ook de financiers van het aanbod alsmede de gebruikers daarvan.

Het uiteindelijke doel van het geestelijke gezondheidszorgbeleid is echter, zoals gezegd, dat psychiatrische patiënten als ieder ander ('zo gewoon mogelijk') deel uit gaan maken van de samenleving. Dit houdt in dat ook de samenleving – in casu de leden in de sociale omgeving van de patiënt – meer of minder direct bij de realisatie van dit beleid wordt betrokken. Daarom is besloten om, in aanvulling op het onderzoek onder de institutionele actoren, ook aandacht te besteden aan deze sociale omgeving. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënt (familie, vrienden en andere direct betrokkenen) en anderzijds de bredere omgeving (collega's, burens, wijkbewoners, enz.).

Het totale onderzoek heeft dus uit meerdere, aparte onderdelen bestaan. Het bestuderen van draagvlak en draagkracht voor beleid onder institutionele actoren vraagt immers een geheel andere onderzoeksmethode dan het in kaart brengen ervan bij leden van informele netwerken respectievelijk van de bevolking. In deze publicatie zal over de uitkomsten van deze afzonderlijke onderzoeksdelen in samenhang worden gerapporteerd zodat een zo breed mogelijk beeld kan worden gegeven van de sterkten van draagvlak en draagkracht voor het gevoerde beleid.

In aanvulling op het onderzoek naar diverse aspecten van het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Nederland is ook het beleid op dit terrein in Groot-Brittannië, in het bijzonder Engeland, en Zweden verkend. Ten behoeve hiervan is gedurende de looptijd van het project aan beide landen een werkbezoek gebracht. Er is voor deze verkenning

van buitenlands beleid gekozen omdat Nederland niet het enige (West-Europese) land is dat in het geestelijke gezondheidszorgbeleid streeft naar deinstitutionalisering van de zorg. In een groot deel van de ons omringende landen is zelfs al eerder begonnen het beleid hierop in te richten en maatregelen te nemen die afbouw van het intramuraal zorgaanbod moesten bevorderen. Omdat in deze landen daarom al langer ervaring bestaat met het extramuraliseringsbeleid en met de gevolgen daarvan voor de zorgverlening kan verwacht worden dat daar inmiddels meer inzicht bestaat in de voorwaarden waaronder het geestelijke gezondheidszorgbeleid gerealiseerd zou kunnen worden dan wel in de obstakels die zich hiervoor kunnen voordoen. Voor de vergelijking is de keuze gevallen op Engeland en Zweden, omdat in deze landen, net zoals dat in Nederland het geval is, niet alleen gestreefd wordt naar deinstitutionalisering van de zorg, maar ook naar maatschappelijke (re)integratie van de psychiatrische patiënt. Beide landen kennen een met dat in Nederland vergelijkbaar aanbod van voorzieningen voor mensen met psychische problematiek, waarbij een onderscheid gemaakt kan worden in specialistische en categorale geestelijke gezondheidszorg enerzijds en meer algemene voorzieningen voor zorg- en dienstverlening anderzijds. De bestuurlijke stelsels van de beide landen is echter onderling verschillend én afwijkend van dat van Nederland. Bij de onderlinge vergelijking van het beleid in de drie landen is specifiek aandacht besteed aan de gevolgen van deze verschillen in bestuurlijke stelsels voor de realisatie van het beoogde beleid.²

Opbouw van de rapportage

In deze studie wordt dus verslag gedaan van de uitkomsten van alle onderdelen van het onderzoeksproject. Als inleiding hierop zal in het volgende hoofdstuk eerst worden ingegaan op de voor dit onderzoek relevante ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Er zal een beschrijving worden gegeven van het door de overheid nagestreefde beleid en van de discussies die hierover zijn gevoerd. Tevens zullen meer kwantitatieve gegevens over de geestelijke gezondheidszorg en zijn gebruikers worden gepresenteerd.³ In het daaropvolgende hoofdstuk wordt beschreven hoe de centrale begrippen 'draagvlak' en 'draagkracht' in dit onderzoek zijn ingevuld, wat de centrale vraagstelling voor het gehele project is en hoe deze per onderzoeksdeel verder is uitgewerkt.

Hierna wordt verslag gedaan van het centrale onderdeel van het gehele project: het onderzoek naar draagvlak en draagkracht onder de institutioneel betrokkenen ('beleidsactoren') bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Zoals hierboven als werd aangegeven, dienen deze beleidsactoren gezocht te worden onder een groot aantal instellingen en organisaties, die elk hun eigen taken, verantwoordelijkheden en organisatievormen hebben. Onderzoek onder de actoren binnen het geestelijke gezondheidszorgbeleid is daarom per definitie breed en gezien de onderlinge verschillen tussen de diverse betrokken partijen, enigszins gecompliceerd. Het onderzoek is dan ook in twee fasen uitgevoerd. Over de eerste, verkennende fase is in eerder stadium al apart gerapporteerd. In deze studie zullen de uitkomsten van deze fase opnieuw aan de orde komen. Daarbij gaat de aandacht dan vooral uit naar de gevolgen van de uitkomsten van de verkenning voor de inrichting van het vervolgonderzoek. Ook zal worden ingegaan op enkele

bevindingen uit de eerste fase, die aanleiding vormden voor specifieke aandacht in het vervolg. De weergave van de resultaten van het verkennend onderzoek wordt voorafgegaan door een uiteenzetting over de voor dit onderdeel gehanteerde theoretische uitgangspunten ten aanzien van beleidsontwikkeling en -uitvoering door institutionele netwerken.

Deze beide inleidende hoofdstukken zullen worden gevolgd door een integrale verslaglegging van de tweede fase van dit 'actorenonderzoek'. Daarvoor zal eerst worden uiteengezet hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd, waarna zal worden ingegaan op de uitkomsten en de conclusies die daaraan kunnen worden verbonden.

Volgend op de verslaglegging over het 'actorenonderzoek' komen in deze studie de onderdelen van het project die waren gewijd aan de sociale omgeving van de psychiatrische patiënt aan de orde. Het eerste onderdeel betreft een onderzoek naar de hulp en ondersteuning die wordt geboden door de leden van het persoonlijke netwerk van psychiatrische patiënten. In dit onderzoek is tevens gevraagd naar de opvattingen van de leden van netwerk over het voorgenomen geestelijke gezondheidszorgbeleid en hun rol daarin. De uitkomsten van dit onderzoek – waarover reeds eerder is gepubliceerd (Kwekkeboom 2000a) – zullen hier nogmaals worden besproken aan de hand van de in dit project centraal staande begrippen 'draagvlak' en 'draagkracht'.

Het tweede onderdeel gaat in op onderzoek in de bredere sociale omgeving van (ex)-psychiatrische patiënten onder de bevolking. Op basis van de uitkomsten van diverse bevolkingsonderzoeken – waarvan een deel is uitgevoerd door het SCP – zal worden nagegaan wat de houding is van de samenleving ten opzichte van het gevoerde geestelijke gezondheidszorgbeleid alsmede ten opzichte van mensen met (ernstige) psychische problematiek. Vervolgens zal worden ingegaan op de door de respondenten getoonde bereidheid tot acceptatie van psychiatrische patiënten in hun omgeving en de bereidheid om deze patiënten, mocht dit worden gevraagd, te helpen. In het hoofdstuk wordt ook aandacht gegeven aan de daadwerkelijke hulp en opvang die door die leden van de samenleving, al of niet in georganiseerd verband, worden geboden.

De hoofdstukken – die alle gewijd zijn aan de resultaten van in Nederland uitgevoerd onderzoek – worden gevolgd door een hoofdstuk waarin, na een beschrijving van het geestelijke gezondheidszorgbeleid en voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten in Engeland, en Zweden, het beleid in de drie landen zal worden vergeleken. Daarbij zal, zoals gezegd, de aandacht vooral uitgaan naar de verschillen van de bestuurlijke stelsels en de wijze waarop deze de realisatie van het geestelijke gezondheidszorgbeleid beïnvloeden. Op basis daarvan zal worden besproken wat voor het Nederlandse beleid kan worden geleerd van de ervaringen van deze buurlanden.

De rapportage over de diverse onderzoeksonderdelen zal uitmonden in een samenvattend overzicht van de diverse uitkomsten, op basis waarvan aanbevelingen voor het in Nederland te voeren geestelijke gezondheidszorgbeleid zullen worden geformuleerd.

Noten

- 1 Een incident dat veel beroering teweegbracht vond in 1993 plaats in de Amsterdamse Vrolikstraat. Een psychiatrische patiënt vermoordde toen op brute wijze een buurmeisje. Er doen zich rond psychiatrische patiënten ook minder schrijnende situaties voor, die echter voor zowel de betrokken patiënt als voor diens omgeving bijzonder onaangenaam zijn. Zo komen bij de afdeling Vangnet en Advies van de GGD in Dordrecht regelmatig meldingen binnen van overlastsituaties (i.h.b. vervuiling) die zijn ontstaan nadat mensen als gevolg van hun psychische problemen de regie over hun leven kwijt zijn geraakt (mondelijke informatie mw. Noordhoek). Uit de verslagen van de diverse projecten voor aanpak van overlast resp. outreachende hulpverlening blijkt dat dergelijke situaties vaak voorkomen, vaker dan de meer in het oog lopende incidenten waarbij sprake is van agressie en geweld.
- 2 Het totale onderzoek kende een looptijd van meerdere jaren. In die tussentijd is over onderdelen ervan al (tussentijds) gerapporteerd. Voor een overzicht van het totaal aan publicaties over het gehele project wordt verwezen naar de literatuurlijst.
- 3 Beide onderwerpen zijn eveneens, maar dan meer gedetailleerd, aan de orde gekomen in een eerdere publicatie over het onderzoek: Kwekkeboom 1999.

2 DE NEDERLANDSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ter introductie op de verslaglegging over de diverse onderdelen van het onderzoek, eerst een beschrijving worden gegeven van het veld van de geestelijke gezondheidszorg zelf. In de volgende paragraaf wordt daarbij ingegaan op de ontwikkelingen in het beleid op dit terrein. Daarbij is het accent vooral gelegd op de inhoudelijke veranderingen in het geestelijke gezondheidszorgaanbod die met name de rijksoverheid voor ogen staan. Het zijn immers voornamelijk de beleidsvoornemens van de rijksoverheid en de daaraan ten grondslag liggende veronderstellingen, die in het onderzoek op hun haalbaarheid zijn getoetst. De consequenties van de veranderingen voor de diverse betrokkenen respectievelijk de wijze waarop zij het overheidsbeleid interpreteren, zullen in de volgende hoofdstukken aan de orde komen.

In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt vervolgens een overzicht gegeven van ontwikkelingen in aanbod en gebruik van de voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg. Dit overzicht beperkt zich tot de voorzieningen die tot de sector gespecialiseerde of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg worden gerekend. Het aanbod van de algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening aan mensen met psychische problemen zal worden besproken in de hoofdstukken 6 en 8.

2.2 Van extramuralisering naar vermaatschappelijking – accenten in het overheidsbeleid

Samenhang in de zorg

In een eerdere beschrijving van het recente en actuele, door de rijksoverheid gevoerde beleid rond de geestelijke gezondheidszorg, is geconcludeerd dat dit beleid wordt gekenmerkt door zijn gerichtheid op samenhang (Kwekkeboom 1999, hfst. 4: 58 e.v.). Daarbij wordt enerzijds gestreefd naar meer samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg, tot uiting komend in meer onderlinge samenwerking en afstemming tussen de diverse voorzieningen voor intramurale, semi-murale en ambulante opvang en behandeling. Anderzijds is het tevens de bedoeling om te komen tot meer samenhang tussen de geestelijke gezondheidszorg aan de ene kant en andere aanbieders van hulp- en dienstverlening aan de andere kant.

"Nodig is het vormen van zorgcircuits voor mensen die aangewezen zijn op de GGZ. Samen met andere instanties: maatschappelijk werk, de voorzieningen voor maatschappelijke opvang, dak- en thuislozenzorg, (...), de somatische gezondheidszorg moet de GGZ opvangnetwerken gaan vormen.

Circuitvorming is ook een hulpmiddel bij het doorbreken van de schotten tussen de verschillende GGZ-voorzieningen. Zorg op maat krijgt zo de kans: niet te veel zorg, maar ook niet minder dan noodzakelijk, aangepast aan een bepaalde groep patiënten of aan de individuele patiënt."

Bron: *Onder anderen – geestelijke gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief* (TK 1992/1993b)

Een combinatie van interne en externe samenhang zou ertoe moeten leiden dat gebruikers van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen altijd op het juiste moment de hulp en begeleiding krijgen die ze nodig hebben. Wanneer de behoefte aan hulp groot is, bijvoorbeeld in geval van crisis, zou hierin kunnen worden voorzien door een gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De onderlinge afstemming en samenhang zou een drempelloze gang door de sector zelf mogelijk maken: van 'zware' opname en behandeling naar 'lichte', ambulante begeleiding en ondersteuning, en vice versa, zonder nieuwe intakeprocedures en, idealiter, nieuwe hulpverleners. In tijden van geen of lichte behoefte aan hulp zou de cliënt terecht moeten kunnen bij algemene, niet-gespecialiseerde voorzieningen voor zorg- en dienstverlening. Door goede samenwerking en afstemming tussen deze voorzieningen en de geestelijke gezondheidszorg zouden ook de overgangen tussen de algemene en gespecialiseerde zorg soepel en snel kunnen verlopen. Het continu beschikbare en in elkaar overlopende aanbod van zorg zou het de psychiatrische patiënt mogelijk moeten maken een zo gewoon mogelijk leven te leiden, zelfstandig te kunnen blijven wonen en deel uit te blijven maken van de samenleving. Opname in een intramurale voorziening zou daarbij moeten worden vermeden dan wel zo kort mogelijk moeten blijven. Het continuüm in het zorgaanbod zou er ook aan bij moeten dragen dat 'terugval' van een lichte naar een zware zorgbehoefte (bv. ten gevolge van een crisis) kon worden voorkomen, dan wel in een zo vroeg mogelijk stadium zou moeten worden gesignaleerd. Ook van een grotere maatschappelijke participatie wordt een bijdrage aan het behoud respectievelijk herstel van de geestelijke gezondheid van de (ex-)psychiatrische patiënt verwacht.

Dit beleid, gericht op enerzijds meer samenhang in de zorg en anderzijds behoud of vergroting van de maatschappelijke participatie, wordt regelmatig aangeduid met de term 'vermaatschappelijking'. De 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg' heeft met name in de laatste jaren veel aandacht gekregen. In de inleiding is al verwezen naar het advies van de RVZ uit 1996 hierover alsmede naar de reactie van de regering hierop (RVZ 1996 resp. TK 1996/1997). De nationale koepel van geestelijke gezondheidszorginstellingen in Nederland wijdde in 1997 een landelijk congres aan de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Het Trimbos-instituut deed in 1999 hetzelfde, zoals het Landelijk Forum GGZ dat in 2000 deed. Naar aanleiding van de bespreking in de Tweede Kamer der Staten-Generaal van de *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg* (TK 1998/1999a) in september 1999, werd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2000 de Task force vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg ingesteld. Deze task force heeft als taak aan te geven wat de randvoorwaarden zijn voor het zo kansrijk mogelijk functioneren van chronische of voormalige psychiatrische patiënten in de thuissituatie respectievelijk de maatschappij. Uiterlijk per 2002 zou hierover aan de minister moeten worden gerapporteerd (TK 1999/2000, TK 2000/2001a).

De ontwikkeling van een begrip

Deze opeenvolging van gebeurtenissen rond het fenomeen 'vermaatschappelijking' zou de indruk kunnen wekken dat het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg van recente datum is. Het begrip 'vermaatschappelijking' werd ech-

ter, waar het de geestelijke gezondheidszorg betreft, al gebruikt in de in 1984 verschenen *Nieuwe Nota geestelijke volksgezondheid* (TK 1983/1984a). In deze nota wordt bedoeld op de daar ingezette beleidskoers naar meer ambulante en minder intramurale zorg voor psychiatrische patiënten. De psychiatrische patiënt moest, ook toen al, weg uit de inrichting en terug naar de samenleving, om daar als gewone burger in een gewoon huis in een gewone buurt te gaan of blijven wonen.

'Vermaatschappelijking' verwees in deze nota ook naar 'substitutie': het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen moest omlaag en het zo vrijkomende geld moest worden besteed aan zorg buiten de muren van de inrichting. Een belangrijk bestedingsdoel was daarbij de vorming van de zogenoemde instellingen voor beschermd wonen, waar psychiatrische patiënten naast betrekkelijk zelfstandige huisvesting ook professionele begeleiding en opvang werden geboden. Om deze substitutie goed te laten verlopen, was meer samenwerking nodig tussen de diverse voorzieningen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Het streven naar samenhang en afstemming beperkte zich in deze nota dus nog tot de geestelijke gezondheidszorgsector zelf.

Met de *Nieuwe Nota* werd op overheidsniveau ingespeeld op ontwikkelingen die zich ook eind jaren zeventig, begin jaren tachtig in zowel de geestelijke gezondheidszorgsector als de samenleving hadden voorgedaan. In die periode hadden aanbieders en gebruikers van de zorg elkaar gevonden in hun strijd om sluiting of afbouw van de toen bestaande grootschalige psychiatrische ziekenhuizen (Van der Poel et al. 1985). Zij werden daarin gestimuleerd door ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg in onder meer het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten van Amerika. Vooral de ontwikkeling van zogenoemde Community Mental Health Centers in deze landen vormde een belangrijke inspiratiebron voor het pleidooi voor een andere inrichting van de geestelijke gezondheidszorg (Gersons 1977).

Dit pleidooi kreeg ook maatschappelijke steun; onder invloed van de ideeën van de beweging voor antipsychiatrie was ook in Nederland de overtuiging gegroeid dat de toenmalige geestelijke gezondheidszorg eerder bijdroeg aan het ontstaan van psychische stoornissen dan aan de genezing ervan (Foudraine 1971; Trimbos 1978). Een (overheids)pleidooi voor een terugkeer van psychiatrische patiënt in de samenleving, gepaard aan een herwaardering van deze patiënt als volwaardig mens met eigen mogelijkheden en beperkingen, kon dan ook op brede bijval rekenen.

In de opvolger van de *Nieuwe Nota*, de nota *Onder Anderen* uit 1993, moest echter worden geconstateerd dat ondanks de positieve ontvangst van de plannen, de daadwerkelijke ontwikkelingen achterbleven bij de voornemens (TK 1992/1993b). Dit gold met name de ontwikkeling van de beschermende woonvormen, maar ook het realiseren van de gewenste samenhang tussen de intramurale, semi-murale en ambulante zorg. Om de schotten tussen de drie sectoren weg te halen, werd de 'circuitvorming' geïntroduceerd. Daarmee werd bedoeld op de vergaande samenwerking tussen de diverse geestelijke gezondheidszorginstellingen in dezelfde regio rond de hulpverlening aan specifieke groepen cliënten, zoals kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen.

Om deze circuitvorming te bespoedigen, werd van overheidswege gestreefd naar de oprichting van zogenoemde Multifunctionele Eenheden, kleinschalige, evenwichtig over de regio verspreide voorzieningen die zowel eenmalige ambulante hulp als kortdurende opname als alles wat daartussenin ligt, zouden moeten bieden. Voor de vorming van deze MFE's zouden de onderscheiden geestelijke gezondheidszorginstellingen in de regio op zijn minst intensief moeten samenwerken. De overheid gaf echter de voorkeur aan fusie tussen de betrokken partijen, zodat er grotere garanties zijn voor het voortbestaan van een dergelijk multifunctioneel en integraal voorzieningen-aanbod.

De circuitvorming diende zich bij voorkeur echter niet te beperken tot de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg alleen. Om de vermaatschappelijking verder vorm te geven, dienden ook andere, niet-categoriele, voorzieningen hierbij worden betrokken. Het ging daarbij in eerste instantie om voorzieningen als maatschappelijke opvang, Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), justitie en somatische zorg. Tussen deze algemene voorzieningen en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zouden, idealiter, op regionaal niveau min of meer structurele samenwerkingsrelaties moeten ontstaan en in stand worden gehouden. Met de introductie van dergelijke regionale zorgcircuits werd in deze nota dus uitdrukking gegeven aan het streven naar samenhang tussen de geestelijke gezondheidszorg enerzijds en meer algemene voorzieningen anderzijds en werd deze intersectorale samenwerking tot beleidsdoel verheven. De introductie van dit nieuwe thema in het geestelijke gezondheidszorgbeleid houdt feitelijk een verschuiving van de accenten in. Aanvankelijk werden de betere onderlinge samenwerking tussen de diverse geestelijke gezondheidszorginstellingen en de circuitvorming, waarbij ook diverse niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen moesten worden betrokken, beschouwd als *voorwaarden* om de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg te kunnen doen slagen. Het centraal stellen van deze beleids-thema's geeft aan dat zij, op rijksniveau, inmiddels *doelen* van het geestelijke gezondheidszorgbeleid waren geworden en daarmee dus aan gewicht hebben gewonnen (Kwekkeboom 2001c).

Een ander nieuw element in de nota *Onder Anderen* is de verdere verbreding van het begrip 'vermaatschappelijking'. Met 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg' wordt nu ook bedoeld dat de sector een signaleringstaak is toebedeeld. De instellingen zouden, onder meer op basis van de achtergrond van de bij hen binnenkomende hulpvragen, meer oog moeten gaan krijgen voor maatschappelijke processen die in potentie een bedreiging zouden kunnen vormen voor de geestelijke gezondheid van (leden van) de samenleving. In reactie daarop zouden ook vanuit de geestelijke gezondheidszorg zelf preventieve maatregelen moeten worden genomen.

Deze verbreding van het begrip, en daarmee van de aandacht van de rijksoverheid, werd ingegeven door kritiek op de voorganger van deze nota, de *Nieuwe Nota* uit 1983. In tegenstelling tot wat de naam van die nota (*Nieuwe Nota geestelijke volksgezondheid*) suggereerde, was daarin nauwelijks tot geen aandacht besteed aan de geestelijke volksgezondheid zelf. Het enige wat hierover werd opgemerkt, was dat enerzijds de burger zelf verantwoordelijk wordt geacht voor de eigen geestelijke gezondheid en dat het de taak van de overheid is mogelijke negatieve ontwikkelingen

in de samenleving te signaleren en waar mogelijk daartegen maatregelen te treffen. Een verband tussen geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid werd echter niet gelegd (Schnabel, Bijl en Hutschemaekers 1992: 1). De instrumenten waarmee volgens de nota het ideaal van 'een GGZ die dicht bij de mensen staat' moest worden verwezenlijkt, waren gericht op de organisatie van de zorg. Het waren vooral een krachtige ambulante geestelijke gezondheidszorg en de introductie van het beschermd wonen waarvan werd verwacht dat zij de sector voor de gehele bevolking toegankelijk zouden maken (de Goei 1997).

Ook de in 1990 uitgebrachte toekomststudie *Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst* (STG 1990) ging meer in op de geestelijke gezondheidszorg dan op de (andere determinanten) van geestelijke volksgezondheid. Deze inperking lijkt illustratief voor een ontwikkeling in een sector die zich meer en meer is gaan richten op behandeling en genezing van psychische problemen en geen aandacht heeft gegeven aan het voorkomen ervan. De overheid heeft door haar geïnstitutionaliseerde aandacht voor maatschappelijke, met name emancipatoire bewegingen (vrouwenemancipatie, racismebestrijding, homobeleid, enz.) deze scheiding van welzijnsbeleid en geestelijke gezondheidsbeleid verder in de hand gewerkt (Schnabel, Bijl en Hutschemaekers 1992; Schnabel 1995).

De breed gedragen kritiek op deze consequenties van het door de overheid gevoerde beleid leek weerklank te krijgen, wat dus in de nota *Onder anderen* resulteerde in een nieuwe betekenislaag voor het al bestaande begrip 'vermaatschappelijking'. Met de introductie van deze nieuwe betekenis werd nu in het overheidsbeleid, zo lijkt het, een terugkeer van de sociale psychiatrie in het geestelijke gezondheidszorgaanbod bepleit (zie ook Van Londen 2001: 10). Het gaat echter niet om een integratie van het gedachtegoed van de geestelijke volksgezondheid in het geestelijke gezondheidszorgaanbod. Dit gedachtegoed, al vanaf begin jaren twintig van de vorige eeuw uitgedragen door de Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid, vraagt immers nadrukkelijk aandacht voor een meer sociaal-culturele oriëntatie op psychische problematiek. De ontwikkeling van een preventie- en facetbeleid zou daarin een centrale positie in moeten nemen om zo bij te dragen aan het ideaal: de geestelijk gezonde samenleving (de Goei 1997). De rijksoverheid kiest hier echter niet voor. De nota *Onder Anderen* beperkt de aandacht voor de preventie van psychische problematiek namelijk tot ontwikkeling en uitbouw van een Openbare Geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), naast de meer curatieve zorg en behandeling. Deze OGGZ zou zich niet moeten richten op de individuele hulpvrager, maar een algemeen voorzieningenbeleid moeten voeren. Daarbij dient weliswaar aandacht te worden gegeven aan preventie, maar dan toch eerder bedoeld om verergering van de problematiek te voorkomen dan om een geestelijk gezonde samenleving te realiseren (TK 1992/1993b).

Met het uitbrengen van de nota *Onder anderen* heeft het toen tien jaar oude begrip 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg' – op papier althans – drie, cumulatieve betekenissen gekregen: extramuralisering van de zorg (1), inbedding van het voorzieningenaanbod van de sector in intersectorale zorgcircuits (2) en vanuit de sector bijdragen aan de bevordering van de geestelijke volksgezondheid (3). Deze

driedelige invulling van het begrip wordt in de jaren negentig formeel gehandhaafd. Uit de aan het eind van dit decennium uitgebrachte beleidsbrieven van de minister van VWS blijkt echter wel dat in het beleid vooral de aandacht uitgaat naar de invulling van de eerste twee begrippen (TK 1996/1997c, TK 1998/1999a). Het bevorderen van de geestelijke volksgezondheid wordt, in lijn met de visie die uit *Onder anderen* blijkt, toch eerst en vooral opgevat als de ontwikkeling van een openbare geestelijke gezondheidszorg. Over dit onderwerp wordt ook een afzonderlijke beleidsbrief naar buiten gebracht (TK 1996/1997d)¹.

Facetbeleid voor langdurig zorgafhankelijken

Vier jaar na het verschijnen van de nota *Onder anderen* wordt in een beleidsbrief aan de Tweede Kamer vastgesteld dat de vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg weliswaar goed op koers ligt, maar – zeker in een deel van de regio's – wat achterblijft bij de verwachtingen (TK 1996/1997c). Belangrijke oorzaak daarvoor is het – om diverse redenen – stoeve verloop van de fusieprocessen in de geestelijke gezondheidszorg. Een van de doelstellingen van het overheidsbeleid – het bereiken van meer interne samenhang in de geestelijke gezondheidszorg – dreigt daardoor buiten bereik te blijven en daarmee ook de realisatie van intersectorale circuitvorming te verhinderen. Ondanks het belang dat de overheid hecht aan fusies binnen de sector, zal echter geen druk worden uitgeoefend op de diverse instellingen om toch hiertoe over te gaan. Er wordt gekozen voor een ontwikkelingsproces dat 'van onderop' gestalte moet krijgen. In de beleidsbrief wordt verder, geheel in lijn met het hiervoor al genoemde advies van de RVZ hierover, gepleit voor een grotere rol van algemene voorzieningen in de zorg- en dienstverlening aan mensen met psychische problematiek. Er wordt dan ook opnieuw op de noodzaak gewezen om tot meer samenhang te komen en afstemming met de grensgebieden. Tot deze grensgebieden worden in deze brief, behalve de maatschappelijke dienstverlening en de zorg, nu ook de volkshuisvesting en de arbeidsvoorzieningen gerekend. In het geestelijke gezondheidszorgbeleid zijn voor (chronisch) psychiatrische patiënten inmiddels namelijk ook zelfstandige huisvesting en dagbesteding/arbeidsrehabilitatie belangrijke aandachtspunten geworden.

Met zijn pleidooi voor meer zorg buiten de muren en meer betrokkenheid van algemene instellingen hierbij, ging deze brief voorbij aan de protesten die het RVZ-advies in de sector zelf had opgeroepen (Mouton 1997). Onder meer bij monde van de koepelorganisatie werd er vanuit de sector op gewezen dat de instellingen zelf al heel lang streefden naar vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Sterker nog, dat deze door henzelf in gang was gezet. De noodzaak tot samenwerking met andere organisaties werd zeker onderschreven, maar het primaat voor de zorg en de daaraan gekoppelde arrangementen voor bijvoorbeeld huisvesting en dagbesteding dienden in handen van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te blijven. Verder werd erop attent gemaakt dat voor een belangrijk deel van de chronisch psychiatrische patiënten een zelfstandig bestaan in de samenleving geen haalbare kaart was. Bovendien zou van maatschappelijke integratie toch geen sprake kunnen zijn zolang de maatschappelijke acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten niet toenam. In plaats van te streven naar het "binnenstebuiten keren van het Algemeen

psychiatrisch ziekenhuis (APZ)" kon de energie dan ook beter worden gericht op het onderzoeken van de voorwaarden waaronder extramuralisering van de zorg kon plaatsvinden, of extramuralisering wel voor iedereen gewenst was en of er nog mogelijkheden waren om het proces waar dat wellicht te ver was doorgeschoten, terug te draaien (Mouton 1997).

In weerwil van deze en andere protesten worden in de *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg* (die anderhalf jaar later, in december 1998, naar de Tweede Kamer werd gestuurd) de beleidslijnen zoals deze in 1997 al waren uitgezet, zwaarder geaccentueerd (TK 1998/1999a). De geestelijke gezondheidszorg moet zich ontwikkelen tot een (tweedelijns)aanbieder van gespecialiseerde zorg; voor de minder zware vormen van zorg- en dienstverlening moeten de cliënten bij de algemene voorzieningen in de eerste lijn terechtkomen. Deze algemene voorzieningen dienen met de geestelijke gezondheidszorg en met elkaar samen te werken om tot een integraal, onderling samenhangend aanbod te komen. Zelfstandige huisvesting, maatschappelijke integratie en arbeidsmarktparticipatie worden daarbij tot specifieke aandachtspunten in het te voeren facetbeleid inzake psychiatrische patiënten.

Met deze laatste ontwikkelingen gaat het geestelijke gezondheidszorgbeleid steeds grotere overeenkomsten vertonen met het beleid voor andere groepen langdurig zorgafhankelijken, zoals ouderen, gehandicapten en chronisch zieken (Kwekkeboom 1999, hfst. 4; Overkamp 2000: 59 e.v.; Van Londen 2001: 19). In het beleid voor deze groepen zijn immers dezelfde accenten terug te vinden. Ook in het ouderen- en gehandicaptenbeleid wordt met steeds groter wordende nadruk gepleit voor een algemeen voorzieningenaanbod. Tegelijkertijd wordt van de categorale voorzieningen gevraagd hun aanbod meer te richten op de zwaardere hulpvragen. Het motto 'Algemeen wat kan, categoriaal wat moet' waaronder vanaf begin jaren negentig de doelgroepenbenadering in het welzijnsbeleid (WVC 1991; VWS 1994) werd afgezwakt, wordt nu dus ook, maar dan wel minder expliciet, op het geestelijke gezondheidszorgbeleid van toepassing geacht (TK 1998/1999a).

Net als nu in het geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt ook voor ouderen en gehandicapten al geruime tijd gestreefd naar behoud dan wel herstel van de zelfstandige huisvesting (Kwekkeboom 1999, hfst. 4). In het advies van de Raad voor de Zorg over het 'loskoppelen van wonen en zorg' worden chronisch psychiatrische patiënten dan ook feitelijk met kwetsbare ouderen en lichamelijk en verstandelijk gehandicapten gelijkgesteld door deze allen te beschrijven als 'mensen met ernstige en langdurige beperkingen in het dagelijks functioneren' (RVZ 1997b: 5). Grotere maatschappelijke participatie is eveneens een belangrijk aandachtspunt in ouderen- en gehandicaptenbeleid. Met name in het beleid voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten wordt in toenemende mate de nadruk gelegd op een vergroting van deelname aan de arbeidsmarkt (TK 1994/1995b; TK 1996/1997b). In de wetgeving over dit onderwerp wordt echter steeds nadrukkelijk gesproken over de reïntegratie van 'arbeidsgehandicapten', zonder te verwijzen naar de oorzaak van deze handicap. Door deze formulering te hanteren, wordt het mogelijk gemaakt het arbeidsparticipatiebeleid ook van toepassing te laten zijn op mensen met (chronische) psychische problematiek.

Gevolg van de ontwikkeling van categoriaal doelgroepenbeleid tot facetbeleid in onder meer de sectoren wonen en werken, is tevens dat van de instellingen die op deze terreinen werkzaam zijn, gevraagd wordt hun voorzieningenaanbod toegankelijk te maken voor de leden van de diverse doelgroepen. Voorzover het reguliere aanbod daarin niet voorziet, dienen meer of minder specifieke arrangementen te worden ontwikkeld, zodat van corporaties kan worden gevraagd ouderenwoningen te laten bouwen en instellingen voor arbeidsvoorziening, reïntegratieprojecten voor (ex-)psychiatrische patiënten moeten gaan bieden.

Rol van de lokale overheden

De groeiende overeenkomsten in doelstellingen en uitgangspunten voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid enerzijds en het ouderen- en gehandicaptenbeleid anderzijds maken ook dat de rol van de decentrale overheden in het beleid rond mensen met psychiatrische problemen toeneemt.

Zoals van de lokale overheden wordt verwacht dat zij een regierol vervullen bij de totstandkoming van een samenhangend voorzieningenaanbod voor ouderen en gehandicapten, zouden zij dit ook moeten doen ten aanzien van het aanbod voor psychiatrische patiënten. En zoals de provinciale overheden verantwoordelijk zijn voor het opstellen van middellange beleidsvisies (regiovisies) voor het ouderen- en gehandicaptenbeleid, zijn zij dit ook voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid in hun werkgebied. Ook in het geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt namelijk groot belang gehecht aan een meer decentrale ontwikkeling van het voorzieningenaanbod en beleid. Hierdoor zou namelijk beter kunnen worden ingespeeld op specifiek lokale of regionale omstandigheden die de wensen en behoeften van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg bepalen. Ook de intersectorale afstemming van het beleid zou beter op decentraal niveau kunnen plaatsvinden, omdat de onderlinge contactlijnen tussen alle betrokkenen korter zijn, men elkaar beter kent en dus gemakkelijker opzoekt voor samenwerking of afstemming. Bij een dergelijke decentrale ontwikkeling past een grotere betrokkenheid, in coördinerende of regisserende zin, van juist de decentrale overheden.

Hierbij dient echter wel worden aangetekend dat de rol van met name de lokale overheden bij het totstandkomen van een samenhangend aanbod voor geestelijke gezondheidszorg wel wat diffuus is. Zo werd in de beleidsbrief uit 1997 aangegeven dat het tot de taken van de lokale overheden werd, zorg te dragen voor een op regionaal niveau samenhangend en integraal aanbod voor mensen met psychische problemen (TK 1996/1997c). In de anderhalf jaar later volgende sectorvisie wordt de regierol van de lokale overheid vervolgens beperkt tot samenhang in het OGGZ-beleid (TK 1998/1999a). De regiefunctie voor de samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf alsmede voor de vermaatschappelijking van deze zorg komt in deze visie in handen van het zorgkantoor te liggen.

De een halfjaar later uitgebrachte nota *Zicht op zorg* over de voorgenomen modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) brengt geen nadere duidelijkheid over de rol van de lokale overheden. In deze nota wordt over hen alleen opgemerkt dat zij verantwoordelijk zijn voor het beleid op aanpalende terreinen

(wonen, welzijn, sociale infrastructuur) en dat afstemming op de AWBZ-zorg, waaronder dus ook de geestelijke gezondheidszorg, noodzakelijk is (TK 1998/1999c). Dezelfde lijn wordt gevolgd in het tweede deel van de *Welzijnsnota 1999-2001*. Daarin wordt eveneens opgemerkt dat 'meer samenhang gerealiseerd moet worden tussen voorzieningen die gefinancierd worden via de AWBZ en de regierol die gemeenten hebben inzake hun voorzieningen voor de meest kwetsbare groepen' (TK 1998/1999d). Hoe deze afstemming en samenhang moeten worden vormgegeven en welke partij er uiteindelijk verantwoordelijk voor is, wordt niet verder uitgewerkt. Uit het feit dat de lokale overheden wel vertegenwoordigd zijn in de hiervoor al genoemde task force Vermaatschappelijking – de task force wordt zelfs voorgezeten door een vertegenwoordiger van het lokale bestuur – kan worden afgeleid dat de lokale overheid in ieder geval wel wordt geacht een rol te (blijven) spelen in het (toekomstige) geestelijke gezondheidszorgbeleid.

Vooralsnog lijkt de samenbindende taak van de lokale overheid waar het de curatieve geestelijke gezondheidszorg betreft echter alleen nog een maar een concrete uitwerking te hebben gekregen in haar betrokkenheid bij de indicatiestelling. Als middel om de samenhang en afstemming tussen en binnen de diverse sectoren van de zorg te bevorderen, is in het kader van de modernisering van het ouderenbeleid besloten om de indicatiestelling voor de zorg onder te brengen bij zogenoemde regionale indicatieorganen (RIO's). Daarbij is bepaald dat de lokale overheid, in lijn met haar oorspronkelijke taken ten aanzien van de indicatiestelling voor de intramurale ouderenzorg, verantwoordelijk zou worden voor de oprichting en instandhouding van deze RIO's (TK 1995/1996b). Het oorspronkelijke voornemen was om naast de indicaties voor verpleging en verzorging (voornamelijk intra- en extramurale zorg aan ouderen) en zorg voor verstandelijk gehandicaptenzorg, ook de indicatiestelling voor alle geestelijke gezondheidszorg over te dragen aan deze RIO's. Op deze wijze zou voor worden bewerkstelligd dat indicering en toewijzing voor alle AWBZ-gefinancierde zorg op dezelfde wijze en onder dezelfde voorwaarden van onafhankelijkheid en vraaggerichtheid zouden plaatsvinden. Ook dit voornemen stuitte echter op grote weerstand bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, die momenteel nog zelf verantwoordelijk zijn voor indicering en toewijzing van de benodigde zorg. Zij betoogden dat indicatiestelling via een RIO niet voldoende garanties bood voor een adequate toewijzing van de benodigde zorg en, zeker waar het om kortdurende hulpvragen ging, tot onnodige bureaucratie en vertraging zou leiden. De instellingen ontwikkelden zelf een protocol dat zou moeten leiden tot integrale indicatiestelling, voor zowel kortdurende als langdurende zorg, in de geestelijke gezondheidszorg (Mos 1997). Uiteindelijk is besloten om de indicatiestelling voor kortdurende zorg inderdaad volgens dit 'eigen' protocol te laten plaatsvinden en alleen de aanvragen voor langdurende en complexe zorg door de RIO's te laten beoordelen (TK 2000/2001c). Deze stap naar (gedeeltelijke) samenvloeiing van de sector voor geestelijke gezondheidszorg met andere sectoren voor zorg zal, volgens de plannen, per januari 2002 worden gezet.

Gevolgen voor sociale omgeving

Het geestelijke gezondheidszorgbeleid heeft ook met dat voor ouderen en gehandicapten gemeen dat het de rol van de informele zorgverlening (zorg en hulp verleend door

familieleden en vrienden) in belang doet toenemen. Waar in het verleden immers het personeel van de intramurale voorzieningen verantwoordelijk waren voor de dagelijkse ondersteuning, zal dit, voorzover de patiënt het niet altijd alleen aankan, nu een taak worden voor de leden van het sociale netwerk. In een van de eerste beleidsnota's over het na te streven substitutiebeleid in de zorgsector wordt begin jaren tachtig hierover al opgemerkt dat het instandhouden en stimuleren van de informele zorg die door het netwerk wordt geleverd, basisvoorwaarden zijn om zo veel mogelijk mensen in staat te stellen een vrij en zelfstandig bestaan in de eigen leefsituatie te leiden (TK 1983/1984b). En net zoals dat in de andere caresectoren het geval is, kan het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg dan ook alleen worden gerealiseerd als het sociale netwerk bereid en in staat is de ondersteunende taken op zich te nemen. Extramuralisering betekent dus ook in de geestelijke gezondheidszorg een extra belasting van het thuismilieu. In zowel de beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg als in de daarop uitgebrachte beleidsvisie wordt dan ook aangetekend dat in de mate van extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg rekening moet worden gehouden met de gevolgen die deze kan meebrengen voor het thuismilieu (TK 1996/1997c, TK 1998/1999a). Op welke wijze dat gaat gebeuren, wordt overigens niet verder uitgewerkt.

De extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg mag volgens de beide hiervoor aangehaalde beleidsbrieven ook geen overbelasting van de samenleving tot gevolg hebben. In verband hiermee worden twijfels uitgesproken over de bereidheid van de samenleving de psychiatrische patiënt te accepteren. Om de belasting te beperken, zou er in ieder geval naar moeten worden gestreefd om de specifieke voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg zo veel mogelijk over woongebieden te verspreiden en bijvoorbeeld niet in een wijk te concentreren (TK 1996/1997c, TK 1998/1999a). De gevolgen voor de samenleving van het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg strekken echter verder dan het vestigen van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in woongebieden. 'Vermaatschappelijking' heeft idealiter immers ook betrekking op het deelnemen aan de samenleving door de ex-psychiatrische patiënt én op het deelnemen van deze samenleving aan de zorg. Dit betekent dat van de sociale omgeving niet alleen de leden van het persoonlijke netwerk een belangrijke rol spelen in het dagelijks bestaan van de psychiatrische patiënt. Het leven in een gewoon huis in een gewone buurt brengt immers ook de, voor elke burger, gebruikelijke omgang met burens en wijkbewoners met zich mee. Arbeidsreïntegratie betekent ook dat men in contact komt met collegae en – uiteraard afhankelijk van het soort werk – dat men te maken krijgt met de afnemers van de producten en diensten. Acceptatie door de leden van de sociale omgeving is van groot belang voor het kunnen doen slagen van de maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten. Daarnaast wordt van deze omgeving ook gevraagd dat zij zich medeverantwoordelijk voelt voor het zorgen voor en opvangen van mensen met psychische problemen (TK 1998/1999d). Ook in dit opzicht wordt in het geestelijke gezondheidszorgbeleid eenzelfde weg ingeslagen als in het beleid voor andere groepen langdurig zorgafhankelijken. Ook in het ouderenbeleid en, in het bijzonder, het (verstandelijk)gehandicaptenbeleid wordt immers gestreefd naar een grotere betrokkenheid van samenleving bij

de opvang en integratie van deze kwetsbare groepen, de zogenoemde community care: zorg te midden van en door de gemeenschap (zie ook BCC 1998; Overkamp 2000: 85-86).

Inhoudelijke ontwikkelingen hebben gevolgen voor bestuurlijke verhoudingen

De ontwikkelingen in het van overheidswege gevoerde geestelijke gezondheidszorg-beleid lopen dus, zoals uit de hiervoor gegeven beschrijving blijkt, in toenemende mate parallel aan die in de andere sectoren voor langdurige zorg. Ondanks de op diverse momenten geuite bezwaren van 'het veld' houdt de overheid er vooralsnog aan vast dat de kerntaak van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg dient te gaan bestaan uit het geven van gespecialiseerde behandeling aan mensen met ernstige of acute psychische problematiek. De minder specifieke, haast alledaagse, opvang en dienstverlening wordt een taak van algemene, niet-categorale voorzieningen en de sociale omgeving. De koers die de sector voor geestelijke gezondheidszorg in meer inhoudelijke zin geacht wordt te varen, dient ook zijn vertaling te vinden in een aanpassing van de bestuurlijke verhoudingen waarbinnen het geestelijke gezondheidszorgbeleid ontwikkeld moet worden. Deze bestuurlijke verhoudingen en de ontwikkelingen die zich daarbinnen voordoen als gevolg van de inhoudelijke accentverschuivingen zullen aan de orde komen in hoofdstuk 4.

2.3 Van opname naar zorgvernieuwing – veranderingen in aanbod en gebruik

2.3.1 Ontwikkelingen in het aanbod

Uit de hiervoor gegeven beschrijving over de ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid kan al worden afgeleid dat zich ook in het aanbod aan geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen grote veranderingen moeten hebben voorgedaan. Het overheidsbeleid mag dan wel niet altijd en overal met even groot enthousiasme ontvangen zijn, het heeft wel zijn weerslag gehad op de organisatie van 'het veld'. Bovendien sloten de uitgangspunten van het beleid – met name waar het de extramuralisering en het vergroten van onderlinge samenhang betreft – sterk aan bij de ideeën die bij de aanbieders leefden over de wijze waarop de hulpverlening het beste kon worden opgezet. Dit heeft er als eerste toe geleid dat in de loop van de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw de capaciteit van de semi-murale en ambulante geestelijke gezondheidszorg is toegenomen. Vervolgens zijn, mede onder druk van het overheidsbeleid, een groot aantal instellingen voor geestelijke gezondheidszorg met elkaar gefuseerd en zijn zij overgegaan tot het oprichten van (decentrale) centra voor geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg. In deze paragraaf zal, op basis van de beschikbare gegevens, een hoofdzakelijk kwantitatief overzicht gegeven worden van de veranderingen in de afgelopen decennia. Daarvoor zal eerst ingegaan worden op de ontwikkelingen in capaciteit van de drie oorspronkelijke voorzieningen (intramuraal, semi-muraal en ambulant). Daarna zullen de fusieprocessen en de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen in de laatste jaren aan de orde komen.

Intramurale voorzieningen

Opvallend genoeg is de toename van het voorzieningenaanbod buiten de muren van de intramurale geestelijke gezondheidszorg niet gepaard gegaan met een afname van de capaciteit binnen die muren. Uit een vergelijking van het aantal erkende bedden in de algemene psychiatrische ziekenhuizen in 1996 met dat in 1986, blijkt zelfs dat er sprake is van een toename van 22.843 tot 22.885 (tabel 2.1). De daling die zich in de eerste helft van de jaren tachtig (25.379 erkende bedden in 1980) heeft voorgedaan, lijkt dus in de tien jaar daarna tot stilstand te zijn gebracht.

Het beeld wordt wel wat genuanceerder als er rekening wordt gehouden met de groei van de bevolking en dus met de potentiële vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Als hiervoor wordt gecorrigeerd, blijkt namelijk dat in dezelfde periode het aantal 'bedden' per hoofd van de bevolking wel verder is teruggelopen en sinds 1980 met 18% verminderd². Op vergelijkbare wijze kan dan ook worden vastgesteld dat het aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking tussen 1980 en 1986 met 15% afnam.

Het aantal bedden van de psychiatrische afdelingen in de algemene en academische ziekenhuizen is tussen 1986 en 1996 teruggelopen van 2.415 tot 2.114. Deze daling liep parallel aan de afname van het aantal afdelingen: van 83 in 1986 tot 67 in 1996. Het aantal verpleegdagen op afdelingen is sinds 1980 gereduceerd met 20% en liep dus gelijk op met de capaciteitsvermindering van 20% in diezelfde periode.

Ook de capaciteit van de herstellingsoorden is tussen 1986 en 1996 aanzienlijk verminderd: van 617 plaatsen tot 348³. Eenzelfde reductie deed zich voor in het aantal verpleegdagen, dat met 91.000 (42%) verminderde (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Ontwikkeling capaciteit intramurale voorzieningen geestelijke gezondheidszorg 1986-1996 (in absolute aantallen)

	APZ		PAAZ PUK		herstellingsoorden	
	1986	1996	1986	1996	1986	1996
aantal instellingen	52	50	83	67	18	9
erkende bedden/plaatsen	22.843	22.885	2.415	2.114	617	348
verpleegdagen x 1.000	7.356	6.910	770	658	215	124

Bron: diverse
In: Ten Have et al. (1998)

Semi-murale voorzieningen

Met de term semi-murale voorzieningen wordt hier bedoeld op de zorgvormen 'beschermd wonen', 'psychiatrische woonvoorziening' en 'psychiatrische deeltijd-behandeling'. Gezien de grote overeenkomst tussen de eerste twee (het enige verschil is feitelijk dat de bewoners van de psychiatrische woonvoorziening gemiddeld ouder zijn en vaak ook lichamelijk gehandicapt zijn en dus meer somatische zorg nodig hebben) worden zij in het hiernavolgende gezamenlijk beschreven.

In lijn met het gevoerde beleid is de capaciteit van de beschermende woonvormen sterk toegenomen; sinds 1980 zou in 1996 een groei van 123% zijn gerealiseerd. Dit beeld wordt enigszins vertekend doordat in 1990 de psychiatrische woonvoorzieningen (met een capaciteit van 433 plaatsen) aan deze sector werden toegevoegd. Daardoor

valt de groei in vijftien jaar een kleine 18% hoger uit dan in feite het geval is geweest. Om diezelfde reden is ook de groei van het aantal verblijfsdagen minder spectaculair dan de absolute aantallen doen vermoeden: van 941.000 in 1986 tot 1.872.000 in 1996.

Ook de capaciteit van de psychiatrische deeltijdbehandeling is gestegen en wel met ruim 200% sinds 1980⁴. Uit het feit dat ook tussen 1995 en 1996 nog een stijging van 4% heeft plaatsgevonden, kan worden afgeleid dat het aanbod aan deeltijdbehandeling zich nog steeds uitbreidt. Het merendeel van de behandelingsplaatsen (ruim 80%) is verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen, de rest vooral aan algemene en academische ziekenhuizen⁵. Het aantal instellingen dat deeltijdbehandeling biedt is tussen 1986 en 1996 met ruim de helft gegroeid; het aantal behandeldagen is in diezelfde periode meer dan verdubbeld (tabel 2.2).

Tabel 2.2 Ontwikkeling capaciteit semi-murale voorzieningen geestelijke gezondheidszorg 1986-1996 (in absolute aantallen)

	beschermd wonen		deeltijdbehandeling	
	1986	1996 ^a	1986	1996
aantal instellingen	125	49	72	109
aantal erkende plaatsen	2.977	5.556	2.222	3.683
verblijfs-/behandeldagen x 1.000	941	1.872	542	1.180

a Inclusief psychiatrische woonvoorzieningen.

Bron: diverse
In: ten Have et al. (1998)

Extramurale voorzieningen

Het belangrijkste deel van de ambulante zorg werd tot voor kort verleend door de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, de Riagg's. In de ambulante zorg is het niet mogelijk om de capaciteit uit te drukken in 'bedden/plaatsen' of 'verpleegdagen'. Als indicatie voor het aanbod wordt daarom hier het aantal arbeids- of formatieplaatsen voor hulpverleners gehanteerd. De op deze wijze vastgestelde capaciteit van de Riagg's is tussen 1986 en 1995 met zo'n 30% toegenomen. De productie (de verstrekte contacten) nam in diezelfde periode met zo'n 70% toe. Meer gedetailleerd nam tussen 1989 en 1995 het aantal hulpverleners (in fte) toe van 3.327 tot 3.846, een groei van 17%. Het aantal verstrekte contacten ontwikkelde zich van 1.893.000 in 1989 tot 2.356.000 in 1995, een toename dus van 24%. Per fte-hulpverlener betekent dit een toename van 569 tot 614 contacten in zes jaar tijd (tabel 2.3)⁶.

Tabel 2.3 Ontwikkeling capaciteit regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, 1989-1995 (in absolute aantallen)

	1989	1995
aantal instellingen	61	60
hulpverleners (in fte, gem./jaar)	3.327	3.846
verstrekte contacten x 1.000	1.893	2.356

Bron: diverse
In: Ten Have et al. 1998

Een tweede belangrijke 'bron' van aanbod aan ambulante zorg zijn de poliklinieken psychiatrie. Omdat registratiegegevens ontbreken, kan de behandelcapaciteit van deze klinieken alleen afgeleid worden uit het aantal voorzieningen. In 1996 waren er in totaal 143 poliklinieken; 74 daarvan waren verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis en 69 aan een algemeen of academisch ziekenhuis. 39 van de poliklinieken zijn specifiek bestemd voor aparte groepen als kinderen en jeugdigen, verslaafden en tbs-patiënten. Als de productieafspraken tussen psychiatrische ziekenhuizen en zorgverzekeraars als uitgangspunt worden genomen, zou het aantal consulten op de poliklinieken tussen 1986 en 1996 toegenomen zijn van 313.191 tot 982.557, een groei van ruim 200%. Het totaal aantal consulten (voor zowel psychiatrie als zenuw- en zielsziekten) op de poliklinieken van de algemene ziekenhuizen daalde in diezelfde periode van 320.392 tot 234.619, een daling van 27%. Het aantal consulten bij de academische ziekenhuizen bedroeg ruim 64.000, zodat alles bij elkaar opgeteld het aantal consulten bij alle poliklinieken tezamen eind jaren negentig ongeveer twee derde bedroeg van het aantal contacten bij de Riagg's.

Behalve bij de Riagg's en de diverse poliklinieken kan men voor ambulante zorg ook terecht bij de zogenoemde vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. In 1996 werden door de in totaal 405 psychiaters (in fte) zo'n 615.000 consulten verstrekt; het aantal contacten met psychotherapeuten bedroeg in dat jaar naar schatting 714.000. Overigens is het mogelijk dat er sprake is van een zekere overlap tussen de consulten met psychiaters enerzijds en psychotherapeuten anderzijds.

Samenwerking, fusie en nieuwe zorgvormen

In de voorgaande paragraaf is beschreven dat de overheid, in haar streven naar meer onderlinge samenhang in het geestelijke gezondheidszorgaanbod, pleitte voor het aangaan van samenwerkingsrelaties tussen de diverse aanbieders binnen de regio. Deze samenwerking zou ertoe moeten leiden dat het voorzieningenaanbod beter op elkaar wordt afgestemd en waar mogelijk wordt geïntegreerd. Om het voortbestaan van een multifunctioneel en integraal voorzieningenaanbod te garanderen, werd ervoor gepleit om de samenwerking structureel vorm te geven door het aangaan van bestuurlijke en inhoudelijke fusies.

Dit pleidooi vond – niet alleen om inhoudelijke redenen overigens – weerklank in de sector zelf. Steeds meer instellingen voor geestelijke gezondheidszorg gaven hun samenwerking structureel vorm door het aangaan van fusies. Uit een inventarisatie door de landelijke koepelorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg blijkt dan ook dat eind 1997 een ruime meerderheid van de instellingen was gefuseerd dan wel een fusie voorbereidde. De neiging tot fusie bleek het kleinst bij de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen – de RIBW's (tabel 2.4). Een deel van de RIBW's vreest namelijk dat hun op begeleiding gerichte werkwijze binnen de geestelijke gezondheidszorgconcerns overschaduw zou worden door de meer op behandeling en genezing gerichte aanpak van de (oorspronkelijke) APZ's en Riagg's. Dit is voor enkele van de RIBW's dan ook aanleiding geweest om zich uit de fusievoorbereidingen in de regio terug te trekken en zich te bezinnen om de mogelijkheden om, al of niet binnen een grotere geestelijke gezondheidszorginstelling, het eigen gedachtegoed te blijven uitdragen en ontwikkelen (GGZ Nederland, z.j.: 30; Mos en Van Weeghel 1999: VII).

Tabel 2.4 Bestuurlijke ontwikkelingen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, per 31 december 1997 (in procenten)

	APZ	Riagg	RIBW
is inmiddels gefuseerd	44	31	28
bereidt fusie voor	24	24	21
is/blijft zelfstandig	32	45	51

Bron: GGZ Nederland, z.j.

Uit een inventarisatie uit 1999 bleek verder dat de fusieprocessen nog niet ten einde waren. Had in de periode van de voorafgaande zes jaar in zeventien regio's al een fusie tussen geestelijke gezondheidszorginstellingen plaatsgevonden, in nog eens twaalf regio's werd op het moment van onderzoek alsnog een fusie voorbereid⁷. Bij al deze fusies was minimaal één algemeen psychiatrisch ziekenhuis betrokken. Op basis hiervan werd daarom verwacht dat met name de zelfstandige APZ's zouden ophouden te bestaan (Ravelli en Schrijvers 1999).

De gefuseerde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zouden in de ogen van de rijksoverheid de uitvalsbasis moeten gaan vormen voor gedeconcentreerde, kleinschalige voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, de MFE's. Een inventarisatie van de MFE's – inmiddels aangeduid met de benaming Regionale GGZ-Centra (RGC's) – leert echter dat anno 2001 over het gehele land nog maar 17 van dergelijke RGC's zijn gebouwd. Daarnaast zijn er plannen voor nog eens 24 RGC's (CBZ 2001a: 3). De gemiddelde omvang van de gerealiseerde RGC's bedraagt 83 behandelplaatsen (incl. deeltijdbehandeling). Een vijfde van de RGC- initiatieven heeft een capaciteit die kleiner is dan 60 plaatsen. Vooralsnog wordt het grootste deel (60%) van de capaciteit van de (gerealiseerde én voorgenomen) RGC's ingeruimd voor klinische opname en behandeling. Er lijkt zich wel een verschuiving voor te doen: het aantal klinisch bedden wordt sterk afgebouwd ten gunste van niet-klinische functies, in het bijzonder deeltijdbehandeling (CBZ 2001a:17).

Los van de fusieprocessen gaan steeds meer instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ertoe over om in hun aanbod nieuwe zorgvormen tot ontwikkeling te brengen. In 1994 is, ter stimulering hiervan, het zogenoemde Zorgvernieuwingsfonds geestelijke gezondheidszorg ingesteld. Dit fonds werd grotendeels gevoed uit de opbrengsten van een korting van 3% op de budgetten voor intramurale zorg. De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg konden voor hun zorgvernieuwingsprojecten een beroep doen op dit fonds. Kort na de instellingen van het fonds kon al kon worden vastgesteld dat de introductie van deze zorgvernieuwingsgelden in belangrijke mate heeft bijgedragen aan de inhoudelijke vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg (Peninga 1996; Borgesius en Brunenberg 1996).

In 1998 werd het Zorgvernieuwingsfonds opgevolgd door de zorg-op-maatregeling. Daartoe is de budgetkorting 'teruggegeven' aan de intramurale voorzieningen. De geestelijke gezondheidszorginstellingen hebben daarbij de ruimte gekregen om een deel van hun budget aan te (blijven) wenden voor vernieuwing van hun aanbod.

Uit een analyse in 1998 van een kleine duizend projecten blijkt dat grootste deel ervan (bijna een kwart) was gericht op het ontwikkelen van aanbod aan dagactiviteiten, gevolgd door aanbod aan psychiatrische zorg bij de cliënten thuis. De betrokkenheid bij de diverse typen nieuwe voorzieningen liepen per type instelling voor geestelijke gezondheidszorg (volgens de toen geldende indeling) sterk uiteen (tabel 2.5).

Tabel 2.5 Ontwikkeling zorgvernieuwendende voorzieningen, naar type project en soort instelling, 1998 (in procenten)

	APZ	Riagg	RIBW	totaal
dagactiviteiten (DAC)	28	13	36	24
kortdurende psychiatrische thuiszorg	12	11	4	10
langdurende psychiatrische thuiszorg (incl. begeleid zelfstandig wonen)	7	5	34	11
casemanagement	12	20	8	14
overig ^a	41	52	18	41
n =	515	328	152	995

a Hiertoe worden onder meer gerekend: indicatiestelling, diagnostiek, arbeidsbemiddeling, preventieve activiteiten, specifieke programma's.

Bron: CBZ 2001b:10

Voor het jaar 2000 hebben de GGZ-aanbieders voor ruim 400 miljoen gulden aan productieafspraken ten behoeve van de zorg-op-maatprojecten gemaakt. Gemiddeld is in dat jaar 10,6% van de budgetten van de diverse instellingen besteed aan zorg op maat c.q. zorgvernieuwing; dit is ruim boven norm van 8,5% (CBZ 2001b: 4).

2.3.2 Ontwikkelingen in de vraag

Voorzieningengebruik

De hierboven beschreven groei in aanbod aan geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen roept de vraag op of zij een antwoord is op een toename in de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg en zo ja, of deze toename alleen is toe te schrijven aan de groei van de bevolking. Een eerste antwoord op deze vraag kan worden gevonden in gegevens over de ontwikkeling in het gebruik van de diverse voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg.

Uit de registratiegegevens over opname en verblijf in de algemene psychiatrische ziekenhuizen komt ten eerste naar voren dat de aantallen opgenomen patiënten tussen 1986 en 1996 is afgenomen. Tegelijkertijd is in die periode de doorstroming toegenomen, zodat het aantal opnamen is gestegen. Het beroep op voorzieningen voor bescherm wonen en deeltijdbehandeling is tussen 1986 en 1996 sterk gegroeid (met meer dan 100%) en ook het aantal inschrijvingen bij de instellingen voor ambulante zorg, de Riagg's, is tussen 1986 en 1975 met 74% toegenomen (ten Have et al. 1998, geciteerd in Kwekkeboom 1999).

Een (gecomprimeerd) overzicht van de aantallen opnamen en aanmeldingen voor de voorzieningen voor gespecialiseerde of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg leert ook dat het beroep hierop tussen 1980 en 1997 behoorlijk is gegroeid. Deze groei deed zich het sterkst voor bij de semi-murale voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (beschermende woonvormen en dagbehandeling) en was naar verhouding het kleinst bij de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Het aantal opnamen en aanmeldingen bij de (poliklinieken van) de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen laat voor de eerste helft van de periode een daling zien, die in de tweede helft deels teniet wordt gedaan. In totaal was de groei van de vraag naar extramuraal zorg groter dan die naar intra- en semi-murale samen, wat in overeenstemming is met de hiervoor beschreven accentverschuiving van opname naar ambulante behandeling en begeleiding (tabel 2.6)⁸.

Tabel 2.6 Opname en aanmeldingen bij enkele van de voorzieningen voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, ontwikkelingen tussen 1980 en 1997 (aantallen per duizend Nederlanders)

	1980	1988	1997	index 1997 (1980 = 100)
algemene psychiatrische ziekenhuizen	1,6	1,9	2,8	175
categorale psychiatrische ziekenhuizen	0,3	0,6	0,7	233
psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ)	1,4	1,1	1,3	93
deeltijd (i.c. beschermende woonvorm en dagbehandeling)	0,3	0,9	1,8	216
intra/semi-muraal	3,6	4,5	6,6	183
Riagg	7,0	13,9	16,4	234
consultatiebureau voor alcohol en drugs	0,7	1,3	1,9	274
poli psychiatrische ziekenhuizen	1,7	2,2	5,7	335
poli PAAZ	2,8	3,1	2,5	89
eigen praktijk psychiater	1,4	1,5	2,5	177
eigen praktijk psychotherapeut	0,1	0,5	1,5	1.465
extramuraal	16,6	25,7	35,2	212

Bron: Hutschemaekers 2000, SCP-bewerking

Bij de interpretatie van deze gegevens moet echter bedacht worden dat het hier feitelijk gaat om registraties van aanmeldingen; hoeveel personen hierachter schuilgaan, is niet bekend. Uit de door de APZ's verstrekte cijfers blijkt dat een steeds groter aantal van de opnamen voor rekening komt van dezelfde mensen die weliswaar korter, maar ook vaker moeten worden opgenomen. In de hiervoor besproken periode nam het aantal heropnamen toe van 5.000 tot 12.000. Iets dergelijks kan worden opgemerkt over de aantallen aanmeldingen voor extramuraal zorg. Deze stijgen als gevolg van de kortdurende interventies, waardoor dezelfde patiënt meerdere keren per jaar kan worden ingeschreven. Verder hebben ook andere registratiesystemen, veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidszorgaanbod, toenamen in onderlinge verwijzingen en door de cliënten zelf geïnitieerde veranderingen in behandelaar ertoe geleid dat er sprake is van een groot aantal dubbeltellingen in de inschrijvingscijfers. Hoe groot het aandeel dubbeltellingen precies is, is niet goed vast te stellen; de schattingen lopen uiteen van 25-40%. Ook als uitgegaan wordt van het hoogste percentage

betekent dit dat het beroep op de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg sinds 1980 inderdaad is gestegen, zij het minder spectaculair dan de cijfers in tabel 2.6 zouden doen vermoeden. De stijging heeft zich vooral voorgedaan in de jaren tachtig, vermoedelijk ten gevolge van de introductie van de Riagg's (Hutschemaekers 2000).

Voorkomen van psychische problematiek in de bevolking

Zoals gezegd is het gebruik van geestelijke gezondheidszorg niet meer dan een indicatie voor het voorkomen van psychische problemen in de bevolking. Volgens het filtermodel van Goldberg en Huxley zou het aantal cliënten zelfs niet meer dan het topje van de ijsberg zijn. In het door hun ontwikkelde filtermodel zouden mensen die met psychische problemen kampen eerst door drie filters heen moeten om bij een gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorginstelling terecht te kunnen komen. De eerste filter is die waarin de betrokkene zelf, na onderkenning dat zijn of haar klachten een psychische achtergrond zouden hebben, daarvoor hulp gaat zoeken bij de huisarts. Vervolgens vormen de erkenning van de huisarts van de psychische problematiek én de daarop volgende verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen het tweede en derde filter. De mogelijke beslissing tot opname is dan nog een vierde filter voor toegang tot de intramurale geestelijke gezondheidszorg (Verhaak et al. 1993).

Ook Schnabel wijst erop dat lang niet alle mensen met een psychische stoornis een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg, laat staan dat zij allen zouden worden opgenomen (Schnabel 1998). Hij berekent dat weliswaar 1 op de 5 Nederlanders in de afgelopen 12 maanden te kampen heeft gehad met een psychische stoornis, maar dat slechts 1 op 7 hiervoor hulp heeft gezocht bij de huisarts. 4% van de Nederlanders heeft hulp gezocht bij de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen (overigens niet per definitie op verwijzing door de huisarts) en 1 op de 100 Nederlanders is in een intramurale voorziening opgenomen (tabel 2.7).

Tabel 2.7 Psychische stoornissen en voorzieningengebruik in de Nederlandse bevolking (in procenten)

aanwezigheid psychische stoornissen in de afgelopen twaalf maanden	20
bezoek huisarts in verband met psychische stoornissen	14
psychische stoornis tast persoonlijk en sociaal functioneren aan	10
meer dan één psychische stoornis in afgelopen jaar	8
psychische stoornis duurt al langer dan een jaar	7
hulp gezocht bij geestelijke gezondheidszorg	4
psychische problematiek zeer ernstig	2
opname	1
Bron: diverse	
In: Schnabel (1998)	

Het aantal mensen dat daadwerkelijk een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg zou dus met een onbekende factor vermenigvuldigd moeten worden om zicht te kunnen krijgen op de daadwerkelijke omvang van de psychische problematiek alsmede op een eventuele toename in de afgelopen periode. Hoe groot deze factor is, kan

enigszins worden afgeleid uit de uitkomsten van epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van psychische problemen onder de bevolking. In Nederland zijn in het verleden enkele van dergelijke onderzoeken gedaan (Vermande en Bijl 1997). De meest toonaangevende daarvan zijn het Regioproject Nijmegen (Hodiamont 1986), de Filterstudie Amsterdam Oost en Zuidoost (Van Limbeek et al. 1994) en het door het Trimbos-instituut uitgevoerde National Mental Health Survey and Incidence Study, inmiddels omgedoopt tot Nemesis (Bijl et al. 1997a; Bijl et al. 1997b). Uit een vergelijking van de uitkomsten van deze drie studies komt op het eerste gezicht naar voren dat de Nederlandse bevolking in 1997 niet met meer psychische problemen (incl. middelengebruik) te kampen had dan in 1977 (tabel 2.8).

Tabel 2.8 Schattingen van de jaarprevalentie van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking (per duizend inwoners), ontwikkelingen tussen 1977 en 1997

	1977 ^a	1991 ^b	1997 ^c
schizofrenie + psychosen	7	0	2
affectieve stoornissen	55	73	85
neurosen	20	171	125
middelen	50 ^d	70	77
psychosociale problemen	125 ^d		
totaal	250 ^d	265	230

a Regioproject Nijmegen (Hodiamont 1986).
b Filterstudie (Van Limbeek et al. 1994).
c Nemesis (Bijl et al. 1997b).
d Toegevoegde schattingen uit andere studies (zie Verhaak et. al. 1993).

Bron: Hutschemaekers et al. (1997)

Er zou zich echter wel een grote verschuiving hebben voorgedaan in het voorkomen van de soorten psychische stoornissen. Bij de interpretatie van de gegevens hierover doet zich echter het probleem voor dat de onderzoeken onderling moeilijk vergelijkbaar zijn en er verschillende diagnostische categorieën gehanteerd zijn. De cijfers in tabel 2.8 zijn ter wille van de vergelijking weliswaar alle vertaald naar de categorieën die in de oudste studie zijn gehanteerd, maar ook dan blijft er ruimte over voor interpretatieverschillen ten gevolge van uiteenlopende definities. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat in de loop van de tijd ook de (maatschappelijk bepaalde) definities van psychische problematiek zijn veranderd (Hutschemaekers 2000).

De cijfers in tabel 2.8 geven dus geen eenduidig antwoord op de vraag of de psychische problematiek onder de Nederlandse bevolking nu wel of niet is gegroeid. De onduidelijkheid wordt nog groter als naast de totaalcijfers ook de uitkomsten van een schatting van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) worden geplaatst. Op basis van de uitkomsten van divers onderzoek komt de RGO namelijk tot een geschatte jaarprevalentie van psychische problemen van 295 per 1000 inwoners. Ten opzichte van de geschatte jaarprevalentie voor 1977 zou dit een stijging van 20% inhouden, terwijl de gegevens van het twintig jaar later uitgevoerde Nemesis-onderzoek juist een daling

hadden gesuggereerd. Hutschemaekers concludeert dan ook dat de vraag naar de mogelijke toename van het voorkomen van psychische problematiek onder de Nederlandse bevolking alleen kan worden beantwoord met de vaststelling dat de cijfers er alleen op wijzen dat de problematiek in ieder geval niet is afgenomen (Hutschemaekers 2000).

De geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking lijkt daarmee een andere ontwikkeling door te maken dan de algemene of somatische volksgezondheid, die in de afgelopen decennia immers wel is toegenomen (SCP 1998). Schnabel verklaart de verschillen in ontwikkeling door erop te wijzen dat de geestelijke gezondheid van mensen, sterker dan hun fysiek welbevinden, mede wordt bepaald door maatschappelijke processen als emancipatie, acceptatie dan wel marginalisering en uitsluiting. Veranderingen in normen en waarden die door de samenleving worden gehanteerd, hebben zo hun directe invloed op de mate waarin de deelnemers aan de samenleving psychische problemen ervaren (Schnabel 1995).

Noten

- 1 Desondanks blijft de aandacht voor preventie idealiter wel deel uitmaken van een 'vermaatschappelijke' geestelijke gezondheidszorg. De door de rijksoverheid gesubsidieerde stichting Zorg Onderzoek Nederland (ZON) geeft in zijn programma 'Structurering en Zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg' een omschrijving van het begrip vermaatschappelijking waarin ook, naast extramuralisering en intersectorale samenwerking, het element preventie opgenomen is. In de letterlijke bewoordingen van ZON houdt vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg in: "het zo veel mogelijk extramuraal maken en houden van de behandeling en de zorg voor de bestaande geestelijke gezondheidszorgdoelgroepen", "het onderling samenwerken van de geestelijke gezondheidszorginstellingen binnen de sector op regionaal niveau en het samenwerken met aanpalende sectoren van welzijn en maatschappelijke dienstverlening" en "een verbreding van het werkterrein van de sector, geconcretiseerd in aandacht voor psychische aspecten van maatschappelijke problemen" (ZON 1998).
- 2 Overigens zij er hier al op gewezen dat met de term 'bedden' vooral bedoeld wordt op een administratieve rekeneenheid en niet op een fysiek bed. Het budget per 'bed' kan gebruikt worden voor uiteenlopende vormen van behandeling (zie ook het slot van deze paragraaf en hfst. 5).
- 3 De zorgverlening van herstellingssoorten is te plaatsen tussen enerzijds de Riagg-eerstelijnszorg en anderzijds de PAAZ en APZ. De oorden bieden kortdurende, intensieve behandeling aan mensen met psychische problemen; de hulpverlening is gericht op herstel van het persoonlijk functioneren. De meeste herstellingssoorten maken inmiddels bestuurlijk deel uit van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Zij zijn wel op een andere locatie gehuisvest en kennen ook een ander behandelingsregime.
- 4 Er zijn twee vormen van deeltijdbehandeling te onderscheiden, tw. primaire en secundaire. De primaire deeltijdbehandeling is vooral bedoeld om opname te voorkomen c.q. te vervangen, de secundaire biedt opvang en begeleiding na opname en is daarmee dus een vorm van nazorg. In de hier gepresenteerde gegevens zijn beide vormen van deeltijdbehandeling samengenomen.
- 5 Van de ruim 3.600 plaatsen waren er in 1996 in totaal 425 bedoeld voor specifieke groepen (kinderen en jeugdigen, verslaafden en tbs-patiënten).
- 6 Deze gegevens hebben betrekking op alle hulpverleningsafdelingen, dus incl jeugdzorg en ouderenzorg. Bij de jeugdzorg werden in 1995 737.000 contacten geregistreerd en bij de ouderenzorg 317.000.
- 7 Bij deze inventarisatie is uitgegaan van de regio-indeling die door de geestelijke gezondheidszorg zelf gehanteerd wordt. Deze geestelijke gezondheidszorgregio's vallen niet altijd samen met de zogenoemde WZV-regio's en zijn in de meeste gevallen ook kleiner.
- 8 In deze studie wordt alleen ingegaan op beleid en voorzieningenaanbod voor volwassen met chronische psychische problemen. In deze tabel zijn daarom, in afwijking van de bron, de gegevens over opname in psychogeriatrische verpleeghuizen weggelaten.

3 DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT NADER OMSCHREVEN

3.1 Inleiding

In de inleiding is aangegeven dat het de opzet was van het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg om meer inzicht te krijgen in de sterkte van draagvlak en draagkracht onder de betrokkenen bij dit vermaatschappelijkingsbeleid. De vraag hiernaar werd ingegeven door de op diverse plaatsen geuite constatering dat de realisatie van het belangrijkste doel van de vermaatschappelijking – psychiatrische patiënten de mogelijkheden bieden een zo gewoon mogelijk leven te leiden – nog altijd achterbleef bij de verwachtingen. Uit onderzoek naar veranderingen in het beleid voor ouderen en gehandicapten waarin zich vergelijkbare situaties voordoen, was inmiddels bekend dat deze terug te voeren waren op onvoldoende sterkte van draagvlak en draagkracht bij de dit beleid betrokken partijen.

In de (bestuurskundige) literatuur wordt er eensluidend op gewezen dat ingrijpende beleidswijzigingen alleen mogelijk zijn als zowel het draagvlak als de draagkracht voor de veranderingen bij alle betrokkenen groot genoeg zijn (Van Dam et al. 1996; Rijnveld en Koppenjan 1997; Lako en Smelik 1997; Becker et al. 1996: 10). De volledige vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg – zoals gedefinieerd in het vorige hoofdstuk – is een verandering die voor de betrokkenen inderdaad ingrijpende gevolgen met zich meebrengt. Het niet realiseren van deze volledige vermaatschappelijking brengt verder, zo lijkt het, ernstige nadelige gevolgen met zich mee, niet in het laatst voor de psychiatrische patiënten zelf.

Dit laatste was reden om ook voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor het beleid uit te voeren. Daarbij is aangenomen dat draagvlak en draagkracht met elkaar samenhangen en elkaar onderling beïnvloeden. De kans op een sterk draagvlak voor een beleidswijziging zal groter zijn als ook de (verwachte) draagkracht voor dit beleid toereikend is. Anderzijds, zo wordt verondersteld, vergroot een voldoende grote draagkracht de kans op een voldoende sterkte van het draagvlak.

Het onderzoek is er daarom op gericht om ten eerste bij alle bij de zorg en opvang van mensen met psychische problemen betrokken partijen na te gaan hoe men tegenover de voorgenomen veranderingen staat – het draagvlak. Parallel daaraan is de vraag gesteld welke mogelijkheden deze betrokken partijen hebben om deze veranderingen daadwerkelijk te realiseren – de draagkracht. Aan deze laatste vraag is de vraag verbonden naar de voorwaarden waaronder deze draagkracht, indien nodig én gewenst, vergroot zou kunnen worden¹.

Bij de opzet van het onderzoek is uitgegaan van een groot aantal partijen dat bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg betrokken is. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de institutionele betrokkenen – de professionele aanbieders van zorg- en dienstverlening, de financiers (w.o. de lokale overheden) en de gebruikers – en anderzijds de groepen en individuen in de sociale omgeving van de

psychiatrische patiënt – de leden van diens persoonlijk netwerk respectievelijk 'de samenleving'. Deze partijen zijn op uiteenlopende manieren bij het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg betrokken en ondervinden dan ook uiteenlopende gevolgen. Binnen de centrale begrippen 'draagvlak' en 'draagkracht' kunnen voor de institutioneel betrokkenen dan ook andere aspecten worden onderscheiden dan voor de leden van de sociale omgeving. Deze uiteenlopende aspecten zullen in de volgende paragraaf nader worden toegelicht. In aansluiting daarop zal vervolgens kort en in algemene zin worden ingegaan op de onderlinge relatie tussen draagvlak en draagkracht en de manier waarop deze in dit onderzoek worden gemeten.

Het verschil tussen de diverse betrokkenen alsmede de onderlinge verscheidenheid van de aspecten van draagvlak en draagkracht die per type in het onderzoek hiernaar centraal staan, hebben gevolgen voor de wijze waarop deze kunnen worden onderzocht. Daarom zal in paragraaf 3.3 worden uiteengezet hoe de centrale vraagstelling die voor het gehele onderzoek is geformuleerd per onderdeel is ingevuld en tot welke methode van onderzoek dit heeft geleid.

3.2 De centrale begrippen en hun onderlinge relaties

Draagvlak

Voor een succesvolle realisatie van een ingrijpende beleidswijziging is het dus, zo is de breedgedragen veronderstelling, noodzakelijk dat hiervoor bij de betrokkenen een voldoende sterk draagvlak bestaat. Uit een verkenning van de literatuur over draagvlak voor beleid komt echter naar voren dat de definiëring van het begrip draagvlak verre van eenduidig is. Een van de meest gehanteerde omschrijvingen is die van de Raad voor het Milieubeleid, die draagvlak voor beleid als volgt definieert: "Draagvlak is acceptatie van het uitgevoerde of nog uit te voeren beleid en van huidige en voorgestelde maatregelen, met inbegrip van de consequenties van dat beleid of die maatregelen" (RMB 1995).

In andere omschrijvingen blijkt acceptatie van of instemming met het uitgevoerde of nog te voeren beleid eveneens als uitgangspunt genomen te worden (Becker et al. 1996: 12). Van deze beide begrippen verdient 'instemming met' wellicht de voorkeur boven 'acceptatie', omdat aan het laatste een sterkere connotatie van passiviteit is verbonden.

In de bestuurskunde wordt ervan uitgegaan dat bij de implementatie van beleidsvoornemens in de meeste gevallen meerdere partijen betrokken zijn en dat daarom niet gesproken kan worden van hét draagvlak voor beleid (Van Dam et al. 1996; Rijnveld en Koppenjan 1997). In principe dient voor elke betrokken partij apart het draagvlak in kaart te worden gebracht. Rijnveld en Koppenjan (1997) onderscheiden in hun artikel over draagvlakvorming bij grote projecten vier soorten draagvlak, te weten bij de projectpartners, in de politiek, bij de (lagere) overheden en in de samenleving. Ook Becker et al. (1996) gaan bij de invulling van het begrip draagvlak uit van ten minste twee typen. Zij maken onderscheid tussen een *institutioneel* en een *sociaal* draagvlak.

Met de term *institutioneel* draagvlak duiden zij op de instemming met of acceptatie van de beleidsvoornemens bij instituties en organisaties die bij het beleid zijn betrokken of rechtstreeks met de gevolgen ervan worden geconfronteerd. Hiermee komt dit begrip in grote lijnen overeen met het draagvlak bij projectpartners en (lagere) overheden van Rijnveld en Koppenjan (1997). *Sociaal* draagvlak betreft de mate van instemming van of acceptatie door de bevolking of groepen daarin en is dus synoniem aan het ook wel gebruikte begrip maatschappelijk draagvlak.

Becker et al. (1996) beschrijven het *sociale* draagvlak als (onder meer) opgebouwd uit de volgende elementen:

- een of meerdere waarden;
- een probleemperceptie of probleembesef;
- de aanwijzing van een of meer actoren;
- relevant gedrag.

De kern van dit bouwsel zijn de waarden, dat wil zeggen de algemeen onderschreven wenselijkheden die men gerealiseerd wil zien². Als een waarde onvoldoende gerealiseerd is, is er sprake van een probleem. Voor de oplossing hiervan worden een of meer actoren aangewezen, die vervolgens op (de effectiviteit van) hun daden worden gewaardeerd. Het eigen gedrag is, waar mogelijk, in overeenstemming met de waarden; met andere woorden: gedrag dat strijdig is met de eigen waarden, zal achterwege worden gelaten (Becker et al. 1996: 12-13).

Het is te verdedigen dat het *institutionele* draagvlak dezelfde elementen kent als het *sociale* draagvlak. Een belangrijk verschil is echter dat bij het aanwijzen van de actoren die het eventuele probleem op zouden moeten lossen, de vinger ook naar de instituties en organisaties zelf kan wijzen. Daarbij kan het voorkomen dat een institutie zichzelf meer geëquipeerd acht om als probleemoplosser op te treden dan de overige. Een *institutioneel* draagvlak zal daarom, anders dan het *sociale* draagvlak, ook beïnvloed worden door competentiekwesties tussen de instituties onderling. De sterkte van het institutionele draagvlak wordt daarom bepaald door de attitude van de betrokken organisatie, zijn opdracht- of taakopvatting en zijn houding ten opzichte van de andere organisaties.

De mate waarin met het voorgenomen beleid wordt ingestemd (bv. volledig of alleen onder voorwaarden), bepaalt de sterkte van het draagvlak. Voorgenomen beleid zal, zo blijkt uit de literatuur, alleen succesvol gerealiseerd kunnen worden als hiervoor bij de betrokkenen minimaal een matig draagvlak aanwezig is. Becker et al. (1996) spreken van een sterk draagvlak als het probleem wordt erkend én de betrokkenen bereid zijn om dit op de van hen gevraagde wijze op te lossen. Er is sprake van een matig draagvlak als het probleem respectievelijk de wenselijkheid van het oplossen ervan wel worden erkend, maar er geen neiging bestaat zelf aan de oplossing mee te werken (Becker et al. 1996: 17). Overigens is de sterkte van het draagvlak geen statisch gegeven: nadere kennismaking met of aanpassing dan wel gewenning aan de consequenties kunnen eraan bijdragen dat het draagvlak bij de betrokkenen sterker wordt.

Beleidsvoorbereiders kunnen het draagvlak ook actief proberen te versterken, bijvoorbeeld door de wenselijkheid van de (voorgestelde) oplossing te onderstrepen, de voor-

waarde voor de bijdrage daaraan te veranderen of compensaties te bieden voor ongewenste gevolgen. Ook kan worden geprobeerd het draagvlak te versterken door de betrokkenen te belonen voor medewerking aan het realiseren van het beleidsdoel dan wel een beloning te onthouden wanneer medewerking wordt geweigerd. In dergelijke gevallen spreekt men van draagvlakvorming (Rijnveld en Koppenjan 1997)³.

De kern van het draagvlak voor beleid wordt dus gevormd door de waarden die door de betrokkenen gehanteerd worden. Een onderzoek naar de sterkte van het *institutionele* draagvlak voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zou dus in feite moeten inhouden dat de instituties allereerst wordt gevraagd naar deze waarden. Deze zijn hier te vertalen als hun opvattingen over de uitgangspunten op basis waarvan de beleidswijzigingen worden voorgesteld. Het centrale uitgangspunt voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg is dat de psychiatrische patiënt recht heeft op een volwaardige plaats midden in de samenleving. Dit uitgangspunt vindt zijn vertaling in een verandering van opvatting over waar, hoe en door wie de zorg aan psychiatrische patiënten het beste kan worden vormgegeven. In dit onderzoek is niet zozeer nagegaan wat de instituties vinden van het centrale uitgangspunt, maar wat hun opvattingen zijn over de vertaling ervan. De instituties is daarom gevraagd naar hun mening over de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg en de daarmee samenhangende wenselijkheid dat zorg- en steunvoorzieningen voor de (ex-)patiënt niet alleen door de geestelijke gezondheidszorg zelf, maar ook door andere instellingen worden geboden.

Voor het in kaart brengen van de sterkte van het *sociale* draagvlak kan mutatis mutandis hetzelfde worden opgemerkt. In dit geval worden (groepen van) individuen gevraagd naar hun opvattingen over de uitgangspunten van het gevoerde beleid en over een voor hen relevante vertaling daarvan. Voor een deel van de individuen die hier worden bedoeld, de leden van het persoonlijke netwerk van een chronisch psychiatrische patiënt, houdt deze vertaling onder meer in dat zij meer betrokken zullen worden bij de zorg en opvang van hun psychisch zieke familielid of vriend. Voor alle individuele leden van de samenleving brengt het geestelijke gezondheidszorgbeleid met zich mee dat zij in het dagelijks leven meer en vaker te maken zullen krijgen met mensen met chronisch psychische problematiek. De mate waarmee de betrokkenen kunnen instemmen met deze concrete gevolgen van het vermaatschappelijkingsbeleid is bepalend voor de sterkte van het draagvlak daarvoor.

Draagkracht

Met de draagkracht voor veranderingen in beleid wordt bedoeld op de mogelijkheden om de taak die deze veranderingen met zich brengen, uit te (blijven) voeren. Ook ten aanzien van de draagkracht kan een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds een *institutionele* en anderzijds een *sociale* draagkracht. Met de eerste wordt dan bedoeld op de mogelijkheden van de bij het beleid betrokken instanties om de gewenste veranderingen te kunnen realiseren. De tweede beschrijft dezelfde mogelijkheden, maar dan die van de groepen en individuen in de sociale omgeving van psychiatrisch patiënten.

Een van de meest voor de hand liggende aspecten van de *institutionele* draagkracht is de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen. Bij de beschrijving van de draagkracht van instanties heeft men het al snel over budgetten waarover zij kunnen beschikken. Draagkracht wordt dan vooral in materiële zin gedefinieerd. In het verlengde daarvan kunnen ook formatieruimte en deskundigheid van het personeel, huisvesting en beschikbaarheid en kwaliteit van hulpmiddelen tot deze materiële draagkracht gerekend worden.

Deze zaken bepalen vooral de draagkracht van institutionele actoren afzonderlijk. In hoofdstuk 2 is echter al beschreven dat in de ogen van de rijksoverheid 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg' zich niet beperkt tot extramuralisering van de zorg. Vermaatschappelijking houdt ook in dat niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen taken overnemen van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en zo psychiatrische patiënten in staat stellen een zelfstandig – 'zo gewoon mogelijk' – leven buiten de intramurale voorzieningen te leiden. Dit aspect van de vermaatschappelijking zou zijn beslag moeten krijgen in de vorming van zorgcircuits waarbinnen de diverse actoren met elkaar moeten samenwerken om tot een samenhangend beleid en voorzieningenaanbod te komen. Of deze circuits daarin slagen, is niet alleen afhankelijk van de draagkracht van de afzonderlijke actoren, maar ook die van een dergelijk circuit in zijn geheel. Deze draagkracht wordt beïnvloed door de onderlinge verhoudingen binnen het circuit, het al of niet voorkomen van samenwerking en de mate waarin deze resulteert in onderlinge afstemming. Daarnaast hebben ook gezamenlijke belangenbehartiging en eventuele coalitievorming binnen het zorgcircuit gevolgen voor de draagkracht van dit circuit en de daarin opgenomen actoren (Van der Pennen et al. 1995: 38; Kwekkeboom 1997: 14). En zoals dit geldt voor het draagvlak, kan onderlinge competentiestrijd binnen een circuit ook de sterkte van de draagkracht negatief beïnvloeden. Dit zou zich voor kunnen doen als een of meerdere van de actoren binnen het netwerk samenwerking en afstemming weigeren of zelfs verhinderen.⁴

In dit onderzoek zal het materiële aspect van draagkracht van de institutionele betrokkenen dan ook niet alleen worden vastgesteld aan de hand van hun respectieve budgetten en formatieruimtes, maar ook aan de hand van het aantal en soort samenwerkingsrelaties die zij met andere instituties aangaan en onderhouden. De informatie over deze samenwerking wordt daarbij tevens opgevat als een indicatie voor de (materiële) sterkte van de draagkracht van de zorgcircuits in hun geheel.

Bij de *sociale* draagkracht staat het materiële aspect veel minder centraal. Het zal vooral een rol spelen bij de draagkracht van die individuen die, hetzij als lid van het persoonlijke netwerk, hetzij als buurtgenoot of collega, betrokken zijn de bij hulp aan mensen met psychische problemen. De sterkte van deze materiële draagkracht wordt vastgesteld aan de hand van de beschikbare financiële middelen en tijd om deze hulp ook daadwerkelijk te verlenen.

De sterkte van de *sociale* draagkracht wordt, eerder dan door het materiële aspect, vooral bepaald door het psychische aspect: de mogelijkheid van mensen om om te gaan met zogenaamd afwijkend gedrag. Daarbij gaat het, anders dan bij objectief vaststelbare materiële draagkracht, vooral ook om de eigen interpretatie van het individu.

Deze stelt, als betekenisgevend subject, zelf vast of hij de hem opgelegde draaglast wel aankan (Schnabel 1986). Gedrag dat zich onttrekt aan de afspraken over 'normaal gedrag' is onvoorspelbaar en daarom verstoring, zodat mensen zich daartegen willen wapenen. Schnabel spreekt in dit verband van het "recht om niet gestoord te worden" (Schnabel 1992). Wanneer en tot hoever afwijkend gedrag van een ander als storend wordt ervaren, is per persoon en per situatie verschillend. Een psychiatrisch patiënt die gebukt gaat onder ernstige beperkingen en veel en langdurig hulp nodig heeft, zal naar verwachting sterker drukken op de draagkracht van de leden van zijn persoonlijk netwerk dan iemand die slechts heel af en toe eens ondersteuning nodig heeft. Zo zal ook een buurman wiens afwijkend gedrag zich beperkt tot een bijzondere kledestijl minder snel de draagkracht van zijn omgeving overvragen dan een buur die een voorkeur heeft voor het 's nachts luid afspelen van zijn geliefde cd's. Ook de aard en de kwaliteit van de relatie tot de psychiatrische patiënt zal een rol spelen bij het kunnen omgaan met de 'verstoringen' die de psychische problematiek met zich mee kan brengen⁵.

Relatie draagvlak en draagkracht

Draagvlak voor beleid duidt dus op acceptatie van of instemming met beleid en vertaalt zich meestal in een bereidheid om aan de realisatie van dit beleid bij te dragen. Deze bereidheid kan tot uiting komen in bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van middelen, van deskundigheid, van tijd. Met andere woorden: aanwezigheid van een draagvlak leidt tot het vergroten van de draagkracht. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat draagvlak en draagkracht recht evenredig met elkaar samenhangen: hoe groter het draagvlak, hoe meer er in de draagkracht zal worden geïnvesteerd. Om veranderingen in het beleid te realiseren, zou het dus voldoende zijn om bij de betrokkenen een draagvlak, een bereidheid, te creëren; de rest volgt dan vanzelf. Deze redenering is te simpel om in alle situaties onverkort op te gaan. Er zijn voldoende situaties bekend waarin beleidswijzigingen ondanks een groot draagvlak bij de betrokkenen, geen (volledige) doorgang hebben kunnen vinden. Soms is het niet mogelijk om meer middelen te genereren, soms is er domweg niet voldoende tijd, soms ook blijken voor de betrokkenen andere belangen zwaarder te wegen (zie ook Kwekkeboom 1997). Een groot draagvlak alleen is dus niet voldoende; ook de draagkracht zal, onder meer door impulsen van buiten, vergroot moeten worden.

De redenering dat door vergroting van de draagkracht het draagvlak ook wel vanzelf zal toenemen, is echter eveneens te simpel. Bij vergroting van de draagkracht wordt immers al snel uitsluitend gedacht aan materiële toerusting: meer geld, meer voorzieningen, meer personeel, meer samenwerking. Zoals gezegd kent draagkracht echter, behalve materiële, ook immateriële componenten. Deze zijn minder gemakkelijk te versterken en wellicht voor beleidsinterventies onbereikbaar.

De relatie tussen draagvlak en draagkracht voor beleidsmaatregelen is dus niet zo recht evenredig als ze lijkt. Dit geldt nog sterker voor een beleidsterrein waar persoonlijke waarden en vaardigheden, de immateriële draagkracht, een belangrijke rol spelen. In het onderzoek naar de mogelijkheden en voorwaarden voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zal daarom nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de invloed van de psychische component op de verhouding tussen draagvlak en draagkracht.

Het 'meten' van draagvlak en draagkracht

In de hierboven gegeven beschrijving van het begrip 'draagvlak' is al aangegeven dat in dit onderzoek het draagvlak voor de beleidsontwikkelingen voornamelijk in kaart gebracht zal worden door de betrokken partijen te vragen naar hun opvattingen over deze ontwikkelingen. Daarnaast zal hen worden gevraagd naar hun opvattingen over de rol die zij bij deze ontwikkelingen geacht worden te vervullen. Het meten van het draagvlak wordt hiermee feitelijk voor een groot deel gelijkgesteld aan attitudeonderzoek. Zoals uit de hiervoor gemaakte opmerkingen over de relatie tussen draagvlak en draagkracht echter al kan worden afgeleid, is 'houding' niet de enige voorspeller voor 'gedrag'. Gedrag is ook afhankelijk van andere factoren, zoals bijvoorbeeld de intellectuele of verbale competenties van de betrokkenen, de inschatting van de consequenties van mogelijk gedrag, de beschikbaarheid van gedragsalternatieven of interne of externe gedragsnormen (Ajzen en Fishbein 1980: 25; Kok, Meertens en Wilke 1987: 51). De attitude heeft dan ook alleen direct invloed op de gedragsintentie, maar niet op hoe iemand zich daadwerkelijk gedraagt (Overkamp 2000: 93). Daar staat tegenover dat ook uit daadwerkelijk vertoond gedrag – mits op vrijwillige basis – kan worden afgeleid welke opvattingen een actor of individu hanteert. Men zal immers niet snel kiezen voor bepaalde acties als men er niet achterstaat of in gelooft. Gezien de voor de diverse onderdelen van het onderzoek gekozen methoden die verderop in dit hoofdstuk worden besproken, is er bovendien de informatie over het daadwerkelijk gedrag gebaseerd op rapportage hierover door de betrokkenen zelf. Zelf gerapporteerd gedrag is in het algemeen accuraat en zal daarom een goede afspiegeling van de werkelijkheid vormen (Ajzen en Fishbein 1980: 38). Zelfrapportage biedt echter wel de mogelijkheid om alleen dat gedrag te noemen dat overeenkomt met de eigen opvattingen, zodat door de betrokkene zelf gegeven informatie over zijn gedrag tevens informatie over diens attitudes biedt.

Daadwerkelijk vertoond gedrag kan op zijn beurt weer indicaties geven over de draagkracht van de betrokkenen. Er mag immers worden aangenomen dat een actor of individu alleen bepaald gedrag vertoont als en zolang deze daartoe in staat is. Bij zichzelf waargenomen gedrag – wat dan duidt op voldoende draagkracht – kan er vervolgens zelfs toe leiden dat de oorspronkelijke attitudes worden aangepast of bijgesteld (Kok, Meertens en Wilke 1987: 57; Overkamp 2000: 273).

Gedrag is daarmee een belangrijke indicator voor zowel opvattingen (draagvlak) als mogelijkheden (draagkracht). Voor het meten van het draagvlak voor het beleid is daarom niet alleen gekeken naar de houding die de betrokkenen aannemen. Ook hun daadwerkelijk vertoond gedrag is, zo goed als mogelijk, in het onderzoek betrokken. Op dezelfde wijze is de draagkracht niet alleen vastgesteld door de materiële of sociale krachtbronnen te meten, maar is ook het gedrag als indicatie hiervoor beschouwd.

3.3 Centrale vraagstelling en uitwerking per onderzoeksdeel

Bij de aanvang van het project is voor het geheel de volgende vraagstelling geformuleerd:

'Hoe groot zijn het draagvlak en de draagkracht voor het proces van vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg en hoe zouden deze, indien nodig, vergroot kunnen worden?'

Voor elk van de betrokken partijen dient aan deze centrale vraagstelling een andere invulling te worden gegeven, afhankelijk van de voor deze partijen toepasselijke vertaling van de uitgangspunten van het vermaatschappelijkingsbeleid. Daarbij zijn, in lijn met de hierboven gegeven begripsomschrijvingen, draagvlak en draagkracht in kaart gebracht door te kijken naar zowel opvattingen als mogelijkheden als daadwerkelijk gedrag. Zoals in de inleiding al is aangegeven, is voor de verzameling van de onderzoeksgegevens gebruikgemaakt van verschillende onderzoeksbenaderingen en -methodieken, telkens aangepast aan de betrokken partij. Hierna zal per (type) betrokkenen worden uiteengezet welke invulling aan de centrale vraagstelling is gegeven, tot welke concrete onderzoeksvragen dat heeft geleid en welk type onderzoek is gebruikt om deze vragen te beantwoorden.

De institutionele betrokkenen

Zeker voor de institutionele betrokkenen (actoren) betekent de door de rijksoverheid nagestreefde vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg niet alleen 'extramuralisering van de zorg', maar ook de overdracht van taken in de zorg voor de (ex-)patiënt door de geestelijke gezondheidszorg aan andere instellingen (zie hoofdstuk 2). Zowel deze extramuralisering als de overdracht zouden hun beslag moeten krijgen binnen regionale zorgcircuits waaraan zowel de gespecialiseerde (categorale) als algemene voorzieningen die betrokken zijn bij de zorg aan psychiatrische patiënten zouden moeten deelnemen⁶. Ook de financiers van deze zorg (zorgkantoren en lokale overheden) en de gebruikers zouden deel uit moeten maken van deze zorgcircuits, waarbij aan de financiers tevens een regisserende dan wel sturende functie is toegekend. De leden van de zorgcircuits zouden samen, gestimuleerd door de provinciale overheden, beleidsvisies voor de middellange termijn moeten opstellen en daarmee dus in de rol treden van ontwikkelaars van een integraal geestelijke gezondheidszorgbeleid.

Onderzoek naar draagvlak en draagkracht bij de institutioneel betrokkenen betekent dus ook vragen naar de opvattingen over de verandering in taken en rollen van de bij het geestelijke gezondheidszorgaanbod betrokken partijen, de mogelijkheden om deze taken en rollen te vervullen en naar het door de betrokken partijen vertoonde gedrag als uitkomst van een indicatie voor deze opvattingen en mogelijkheden. Dit leidt voor het onderzoek onder de actoren tot de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe staan deze actoren tegenover het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de daaruit voortvloeiende overdracht van taken aan algemene voorzieningen, de gezamenlijke beleidsontwikkeling binnen zorgcircuits en de (regie)rol van de lagere overheden hierin?

- Zijn deze actoren momenteel betrokken bij het voorzieningenaanbod voor mensen met psychiatrische patiënten en zo ja, over welke de bronnen (financiële middelen, gebouwen, personeel, deskundigheid, enz.) kunnen zij hiervoor beschikken?
- Wordt door deze actoren (daarbij) tevens invulling gegeven aan de door hen in het kader van de vermaatschappelijking te vervullen taken en rollen en zo ja, welke vorm heeft deze invulling?
- Wordt door de actoren op regionaal niveau samengewerkt voor de ontwikkeling van een voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen en zo ja, voor welke voorzieningen, in welke vorm en met wie?

Het zoeken naar antwoorden op deze vragen komt in de praktijk neer op onderzoek naar het bestaan van regionale zorgcircuits, de samenstelling ervan, de daarbinnen voorkomende rolverdeling en samenwerking en het daaruit voortkomende voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten. Bij de opzet en uitvoering van dit onderzoek naar dergelijke regionale zorgcircuits is aansluiting gezocht bij de in de bestuurskunde gehanteerde bestudering van beleidsnetwerken (zie onder meer Koppenjan, de Bruijn en Kickert 1993). Zoals uit de in het volgende hoofdstuk te geven beschrijving van deze in de geestelijke gezondheidszorg te vormen circuits namelijk zal blijken, vertonen deze circuits idealiter alle karakteristieken die in deze bestuurskundige benadering worden toegeschreven aan zogenoemde beleidsnetwerken, waarbinnen de deelnemers gezamenlijk beleid voorbereiden en uitvoeren. In het volgende hoofdstuk zal, volgend op deze beschrijving, tevens nader worden ingegaan op zowel de belangrijkste onderdelen van de bestuurskundige theorieën over het functioneren van beleidsnetwerken als op de toepassing daarvan in de uiteindelijke onderzoeksopzet.

Draagvlak en draagkracht bij de leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënt

Voor deze 'groep' betrokkenen brengt de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg vooral met zich mee dat zij, in de meeste gevallen, meer betrokken zullen worden bij de zorg voor het met psychische problemen kampende familielid. Onderzoek naar draagvlak en draagkracht houdt in dit onderdeel dus in dat gevraagd wordt naar de opvattingen over deze consequentie van het beleid, de mogelijkheden om deze consequentie te dragen en naar de resultante van houding en vermogen. Dit leidt tot de volgende concrete onderzoeksvragen:

- Hoe staan de leden van het sociale netwerk van een psychiatrische patiënt tegenover het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder het daaruit voortvloeiende beroep op hen voor (grotere) betrokkenheid bij hulp en steun?
- Welke hulp en steun wordt (nu) door de leden van het sociale netwerk geboden en wat zijn hiervan de gevolgen in de zin van materiële en immateriële belasting?
- Hoe wordt deze belasting ervaren en is dat van invloed op de opvattingen over het beleid?

Zoals hiervoor al is aangegeven, wordt ervan uitgegaan dat de zorg voor iemand die te kampen heeft met ernstige beperkingen en vaak storend gedrag vertoont, zwaarder zal

drukken dan de begeleiding van iemand die zich grotendeels zelfstandig kan handhaven en nauwelijks last heeft van gedragsstoornissen. Daarom is bij de hierboven weergegeven onderzoeksvragen ook steeds gekeken naar de relatie met de ernst van de hulpbehoefte c.q. de psychische stoornis.

Over de informele zorgverlening en de opvattingen hierover van de zorgverleners is op landelijk niveau niet veel bekend. Het SCP kan weliswaar beschikken over data over de informele hulpverlening aan langdurig zorgafhankelijken, maar daarin is relatief weinig terug te vinden over de zorg aan (chronisch) psychiatrische patiënten⁷. Door anderen in Nederland verricht onderzoek naar dit onderwerp is veelal vanuit een andere invalshoek opgezet en vaak uitgevoerd onder kleine, vrij specifieke onderzoekspopulaties.

Daarom is besloten om ook voor dit onderdeel eigen data te verzamelen.

De gegevens over de aard, omvang en gevolgen van de informele zorg aan chronisch psychiatrische patiënten en over de opvattingen van de zorgverleners zijn verzameld via een schriftelijke enquête onder leden van twee landelijke familieverenigingen. Bij het opstellen van deze vragenlijst is enerzijds gebruikgemaakt van de ervaringen opgedaan bij eerder, door anderen, uitgevoerd onderzoek onder familieleden en vrienden van mensen met (ernstige) psychische problematiek. Anderzijds is hierbij tevens voortgeborduurd op kennis en inzichten afkomstig uit onderzoek naar informele hulpverlening aan andere groepen langdurig zorgafhankelijken. Een en ander zal bij de bespreking van de onderzoeksresultaten nog nader aan de orde komen.

Draagvlak en draagkracht bij de bevolking

In het vorige hoofdstuk is er al op gewezen dat het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg met zich meebrengt dat 'de samenleving' in het dagelijks bestaan vaker te maken krijgt met mensen met psychische problematiek.

Psychiatrische patiënten wonen immers niet meer allemaal in de intramurale voorzieningen, maar voeren een zelfstandige huishouding midden in de samenleving en nemen, als hun problemen het toelaten, als normale burger deel aan de maatschappij. Van deze maatschappij wordt dus ten eerste gevraagd deze mensen in hun midden op te nemen en als gelijke te waarderen. Daarnaast wordt van de samenleving in wezen ook verwacht dat, indien nodig, deze een eerste opvang biedt en zo bijdraagt aan het behoud van de zelfstandigheid van de psychiatrische patiënten. Het meten van draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappijking van de geestelijke gezondheidszorg bij de bevolking betekent dus vragen naar de bereidheid en mogelijkheid van deze bevolking tot acceptatie enerzijds en tot dienstverlening anderzijds. Voor dit onderdeel van het onderzoek zijn daarom de volgende vragen geformuleerd:

- Hoe wordt in de samenleving gedacht over het huidige vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg?
- Is de samenleving bereid een grotere maatschappelijke participatie door mensen met (chronische) psychische problematiek te accepteren?
- Is de samenleving bereid om, indien nodig, psychiatrische patiënten, ondersteuning te bieden bij de handhaving van hun zelfstandigheid?
- Wordt er momenteel door leden van de bevolking (al) dergelijke hulp verleend en zo ja, wat is de omvang en de aard van deze hulpverlening?

Voor de beantwoording van deze vragen is voor een deel gebruikgemaakt van door het SCP uitgevoerd onderzoek hiernaar. Het gaat hier veelal om gegevens die verzameld zijn in het kader van meer algemene bevolkingsonderzoeken. De uitkomsten hiervan zijn aangevuld met de resultaten van door anderen verrichte surveys en evaluatieonderzoek.

Noten

- 1 Van Dale (woordenboek voor hedendaags Nederlands) definieert 'draagkracht' als: 'vermogen om geldelijke lasten te dragen' en beperkt het begrip daarmee tot het financiële of materiële domein. In de sociale wetenschappen wordt het begrip 'draagkracht' echter ook gebruikt als aanduiding van het sociaal-emotionele en fysieke vermogen om een taak te kunnen (blijven) uitvoeren.
- 2 De definities van sociologische begrippen als waarden en normen lijken per geschrijf te verschillen. Ten behoeve van dit onderzoek is ervan uitgegaan dat waarden in het algemeen abstracter van karakter zijn dan normen. Waarden zijn dan de doeleinden van het menselijk gedrag en normen de richtlijnen, dat wat men niet mag doen of dat wat men juist wel moet doen (zie ook Brandsma 1977).
- 3 Aan de andere kant kan de confrontatie met de gevolgen van het beleid er natuurlijk ook aan bijdragen dat het draagvlak zwakker wordt.
- 4 Deze gevolgen voor de draagkracht van een circuit of voor de deelnemers daaraan, zijn ontleend aan de netwerkbenadering in de bestuurskunde. De toepassing van deze netwerkbenadering voor het bepalen van de sterkte van de draagkracht van de zorgcircuits en de daaraan deelnemende partijen zal aan de orde komen in hoofdstuk 4 van dit rapport.
- 5 Uit onderzoek naar de sterkte van de sociale netwerken van zorgbehoevende ouderen komt onder meer naar voren dat familierelaties beter bestand zijn tegen de 'lasten' van de noodzaak tot zorgverlening dan overige informele verbanden (Knipscheer en Antonucci 1990). Het is voorstelbaar dat een dergelijk verschil zich ook voordoet bij het kunnen 'verdragen' van de zorgvraag van psychiatrische patiënten.
- 6 In de beschrijving van de inhoudelijke ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid is al aangegeven dat, naast extramuralisering van de zorg, zelfstandige huisvesting en vergroting van de arbeidsmarktparticipatie belangrijke aandachtspunten in het beleid zijn geworden. Daarnaast wordt ook de ontwikkeling van de OGGZ tot een kernpunt van het vermaatschappelijkingsbeleid gerekend. Zoals ook in de volgende hoofdstukken zal worden uiteengezet, is bij de uitwerking van het onderzoek onder de institutioneel betrokkenen dan ook vooral aan deze beleidsterreinen gedacht. Dit heeft consequenties voor de vragen die in dit onderzoeksdeel zijn gesteld en voor de keuze van de partijen die gevraagd zijn aan dit onderdeel deel te nemen. Deze consequenties komen uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 5.
- 7 Het gaat immers om een relatief kleine groep, die in bevolkingsonderzoek slecht vertegenwoordigd is. (Chronische) *psychiatrische* problematiek is in de SCP-onderzoeken ook niet apart als reden voor de zorgvraag onderscheiden (De Boer et al. 1994; Timmermans, 2001b).

4 BELEIDSNETWERKEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG – EEN BESTUURSKUNDIGE INVALSHOEK

4.1 Inleiding

In dit eerste van de zes hoofdstukken die zijn gewijd aan het onderzoek onder de institutionele betrokkenen bij het vermaatschappelijkingsbeleid zal, zoals in het vorige hoofdstuk al is aangekondigd, nader worden ingegaan op de bestuurskundige theorie van de beleidsnetwerken en de toepassing ervan in dit onderzoek. Er is voor juist deze theorie gekozen omdat de beleidsnetwerken die zij bestudeert grote overeenkomsten vertonen met de (regionale) zorgcircuits die in de diverse nota's over het geestelijke gezondheidszorgbeleid zijn beschreven.

Het concept van deze zorgcircuits en de hun toegeschreven taken en mogelijkheden komt niet zomaar uit de lucht vallen. Zij zijn het product van jarenlange pogingen om binnen de Nederlandse bestuurlijke verhoudingen een consistent zorgbeleid te ontwikkelen. De verantwoordelijkheid voor dit zorgbeleid ligt namelijk niet in handen van één organisatie of instantie, die zonder last of ruggespraak beslissingen zou kunnen nemen over aanbod, organisatie en financiering van de zorg, bijvoorbeeld een centrale overheid. Integendeel, een van de meest kenmerkende eigenschappen van het stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg is de grote rol die het zogenoemde particuliere initiatief hierin van oudsher speelt (Aquina, Bekke en Bekkers 1988). Daarnaast is er niet één overheidslaag verantwoordelijk voor de vormgeving en uitvoering van het beleid, maar zijn hierbij meerdere overheden betrokken. De onderlinge taakverdeling respectievelijk afbakening van verantwoordelijkheden tussen deze overheden is bovendien in de loop van tijd aan diverse veranderingen onderhevig geweest. De verhoudingen tussen de diverse partijen in de zorgsector worden verder niet alleen bepaald door de hun eigen betrokkenheid bij beleid en voorzieningenaanbod, maar ook door ontwikkelingen die zich in het bestuurlijk stelsel in Nederland hebben voorgedaan. Voor een goed begrip van het te onderzoeken beleidsveld lijkt enige kennis van de bestuurlijke verhoudingen die zich in de geestelijke gezondheidszorg doen gelden dan ook minstens gewenst. Daarom wordt in dit hoofdstuk, in aanvulling op de beschrijving van de inhoudelijke ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg in hoofdstuk 2, ingegaan op de bestuurlijke context waarbinnen het beleid voor deze sector zich heeft ontwikkeld.

Deze beschrijving mondt uit in een karakterisering van de in het huidige beleid nagestreefde zorgcircuits die, zoals gezegd, ook beschouwd zouden kunnen worden als beleidsnetwerken. Daarom zal in de derde paragraaf van dit hoofdstuk nader worden ingegaan op de bestuurskundige theorie rond beleidsnetwerken en op de uitgangspunten die in deze theorie centraal staan. Vervolgens zal worden beschreven hoe deze uitgangspunten zijn vertaald in aandachtspunten voor het onderzoek onder de deelnemers aan de beleidsnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg en wat dit betekent voor de onderzoeksvragen die in hoofdstuk 3 zijn geformuleerd.

Het besluit om voor het onderzoek gebruik te maken van de netwerkbenadering is ingegeven door het feit dat het binnen deze benadering gebruikte begrippenkader handzame aangrijpingspunten biedt voor de bestudering van de beleidsprocessen binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Daardoor leek zij bruikbaar om de uit de diverse beleidsnota's naar voren komende veronderstellingen over het functioneren van de regionale zorgcircuits aan de werkelijkheid te toetsen. De toepassing van de netwerkbenadering bood tevens de mogelijkheid om (opnieuw) na te gaan of deze bestuurskundige invalshoek bruikbaar is om de beleidsprocessen op het terrein van de zorg te beschrijven en te verklaren.¹

4.2 Bestuurlijke verhoudingen in het (geestelijke gezondheids)zorgbeleid

In hoofdstuk 2 is beschreven dat er in het geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt gestreefd naar een regionaal georiënteerde ontwikkeling van beleid en voorzieningen-aanbod. Daarbij wordt aan de zogenoemde lagere overheden (provincies en gemeenten) een meer of minder invloedrijke regisseursrol toegekend. Met dit streven wordt het geestelijke gezondheidszorgbeleid (opnieuw) geplaatst in een lange Nederlandse traditie van decentralisatie van beleidsverantwoordelijkheid. Deze traditie kenmerkt zich door een voortdurend zoeken naar de juiste verhouding tussen centrale en decentrale ontwikkeling en naar de meest geaccepteerde vorm van bevoegdheidsverdeling.

Drie lagen in het openbaar bestuur

De inrichting van het binnenlands bestuur in Nederland dateert uit de negentiende eeuw. Met de invoering van de Provinciewet (1850) en de Gemeentewet (1951) werd gekozen voor een structuurprincipe van drie bestuurslagen (Derksen 1996; De Pree 1997: 22). De verhouding tussen deze drie bestuurslagen is in principe niet hiërarchisch, maar de 'lagere' overheden zijn, in tegenstelling tot de centrale overheid, in principe niet soeverein. Deze overheden beschikken weliswaar op diverse, nader beschreven beleidsterreinen over een aanzienlijke autonomie, maar ook dan blijven zij in veel gevallen toch nog in zekere mate verantwoording schuldig aan het landelijk bestuur of de landelijke volksvertegenwoordiging. Dit maakt Nederland tot een gedecentraliseerde eenheidsstaat, waarbinnen decentralisatie onder meer tot doel heeft rechtsgelijkheid en homogeniteit te bevorderen. Door het decentraliseren van de (uitvoerende) bevoegdheden wordt het meest omvattende overheidsverband immers ontlast, omdat het streven naar samenhang en afstemming nu in handen van de in omvang beperktere overheidslagen gelegd kan worden (BiZa 1980).

Het feit dat voor het Nederlandse openbaar bestuur al 150 jaar hetzelfde structuurprincipe wordt gehanteerd, wil niet zeggen dat dit principe in de tussenliggende periode niet ter discussie heeft gestaan, noch dat het in die periode steeds hetzelfde gewicht heeft gehad. Een studie over de inrichting van het binnenlands bestuur in Nederland leert dat dit structuurprincipe vrijwel voortdurend onderwerp van discussie is geweest en dat steeds opnieuw gezocht is naar andere manieren om de bestuurlijke verantwoordelijkheden te verdelen (De Pree 1997).

Overheidsbemoeyenis met gezondheid en welzijn bevolking

Een van de beleidsterreinen waar de discussie over de meest gewenste verhoudingen tussen de diverse overheidslagen steeds weer de kop opsteekt, is die van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. De aandacht voor de gezondheid en het welzijn van de bevolking was oorspronkelijk uitsluitend een zaak van het particuliere initiatief. Het waren charitatieve, vaak kerkelijke, instanties die zich als eerste verantwoordelijk achtten voor de zorg van met name de sociaal zwakkeren in de samenleving. De overheidsbemoeyenis met dit onderwerp is van veel later datum en neemt pas in de tweede helft van de twintigste eeuw structurele vormen aan (Van der Pennen et al. 1995: 15 e.v.; Van Heffen en Kerkhoff 1997: 45 e.v.). Dit heeft tot gevolg gehad dat de diverse meer of minder professionele organisaties die zich met zorg en dienstverlening bezighouden, al een lange traditie van autonomie achter zich hadden voordat zij met aandacht vanuit het openbaar bestuur te maken kregen. De diverse specialisaties en variëteiten die binnen de gezondheidszorg en het welzijnswerk waren ontstaan, zijn dan ook niet zelden het resultaat van initiatieven van de particuliere instanties zelf; niet van ingrijpen door een overheidsinstantie. De historie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg laat bijvoorbeeld zien dat deze – inmiddels formeel erkende – werksoort haar oorsprong niet alleen vindt in initiatieven op dit terrein van enkele provincies. Ook diverse levensbeschouwelijke organisaties waren begonnen met het ontwikkelen van diverse vormen van psychosociale zorg, die enerzijds waren bedoeld als nazorg aan psychiatrische patiënten na ontslag uit een inrichting, en anderzijds beoogden door tijdige opvang en begeleiding opname te voorkomen (Van der Grinten 1982, 1986; De Wit 1991).

In haar bemoeyenis met de beleidsvelden zorg en welzijn kon de overheid dan ook niets anders dan aansluiten bij al bestaand aanbod. Omdat van overheidswege – om diverse redenen – belang werd gehecht aan uitbreiding en continuïteit van dit aanbod, werd besloten tot (gedeeltelijke) financiering ervan. Deze financiering bood de overheid tegelijkertijd de mogelijkheid eisen te stellen aan de algemene toegankelijkheid en de kwaliteit van de diverse voorzieningen.

Verdeling van de verantwoordelijkheden

Met de 'inmenging' van de overheid in de zorg en dienstverlening startte ook voor dit beleidsterrein de discussie over de verdeling van de verantwoordelijkheid over de diverse bestuurslagen én die over de verhouding tussen overheid en particulier initiatief. Waar begin jaren vijftig de rijksoverheid financierde en de particuliere instanties uitvoerden, werd in de jaren zeventig later begonnen met de decentralisatie van de beleidsverantwoordelijkheden en werd geprobeerd de uitvoerende organisaties te herstructureren (Schrijvers 1980: 2-3; Aquina, Bekke en Bekkers 1988: 31-32; Van der Pennen et al. 1995: 16-23).

De discussie over de gewenste verdeling van de diverse verantwoordelijkheden wordt ook, en soms op heftige toon, gevoerd in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. In een eerdere rapportage over het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, is beschreven dat het dispuut in deze sector echter wel een ander verloop heeft gekend dan in de sectoren van de ouderen- en gehandicaptenzorg (Kwekkeboom 1999: 58). In deze laatste sectoren is met name de territo-

riale decentralisatie – overdracht van beleidsverantwoordelijkheden naar 'lagere', meer in het bijzonder lokale overheden – eerder en verder doorgevoerd. Als verklaring hiervoor wordt aangevoerd dat het ouderen- en gehandicaptenbeleid meer zijn ingebed in het beleidsveld 'maatschappelijke dienstverlening'². De beleidsverantwoordelijkheid voor dit beleidsveld werd met de invoering van de Welzijnswet in 1987 overgeheveld naar de lokale overheden. Aanpassingen aan deze wet én de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) in 1994 brachten met zich mee dat een belangrijk deel van de voorzieningen voor ouderen en gehandicapten nu onder de wettelijke bevoegdheden van de lokale overheden vallen.

Het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg is echter sterk bepaald door de ontwikkelingen in het beleid voor de somatische en curatieve gezondheidszorg. Ook voor deze beleidssector is vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw gestreefd naar een vorm van territoriale decentralisatie. De aanzet hiervoor werd gegeven in de in 1974 uitgebrachte *Structuurnota Gezondheidszorg* (TK 1973/1974). In de nota werd niet alleen gepleit voor een opdeling van het gezondheidszorg in drie echelons, maar ook voor regionalisatie ervan. Deze regionalisatie zou ertoe bij moeten dragen dat de samenhang tussen de diverse gezondheidszorgvoorzieningen (waaronder die voor de geestelijke gezondheidszorg) verbeterd zou worden en dat het aanbod beter over het land zou worden verspreid. Gepaard aan de ontwikkeling van een regionaal georiënteerd financieringsstelsel zou regionalisatie bovendien bijdragen aan kostenbeheersing van de gezondheidszorg. Daarnaast werd van regionalisatie van het voorzieningenstelsel verwacht dat daardoor de afstemming op met name de maatschappelijke dienstverlening zou verbeteren (Schrijvers 1980: 110). Als uitvloeisel van de Structuurnota werden na 1974 enige proefregio's aangewezen waarbinnen ervaring kon worden opgedaan met regionale samenwerking. Tevens werd in 1977 een ontwerp Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) ingediend. Deze wet zou de basis moeten vormen voor een verdergaande regionale samenwerking in de gehele gezondheidszorg – niet alleen de intramurale – met daarin een toezichthoudende en sturende rol van de provinciale overheden.

Ten einde de samenhang en afstemming tussen enerzijds de gezondheidszorg en anderzijds de maatschappelijke dienstverlening op decentraal niveau te stimuleren, werd begin jaren tachtig vervolgens de Wet gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (WGM) ingediend. Deze wet, feitelijk bedoeld als opvolger van de WVG, zou met name de lokale overheden belangrijke bevoegdheden moeten geven op onder meer het terrein van de eerstelijnszorg. De WGM stuitte echter op zo veel weerstand, zowel in de politiek als in 'het veld', dat deze nooit is ingevoerd. Ook de Wet voorzieningen gezondheidszorg werd, uit afkeer van de zorgaanbieders tegen de bemoeienis van bovenaf, enkele jaren na haar invoering alweer ingetrokken (Van der Pennen et al. 1995: 22; Van Heffen en Kerkhoff 1997: 59).

Opvallend genoeg blijkt het uitblijven van een wettelijke basis voor de regionalisering van het *beleid* op het terrein van de gezondheidszorg, in brede zin geen gevolgen te hebben gehad voor meer regionalisering van het *aanbod* in de geestelijke gezondheidszorgsector zelf. Geheel in lijn met de voorstellen in de Structuurnota ontwikkelden zich daar wel *regionale* instellingen voor ambulante zorg (Van der Grinten 1986)

en kregen de algemene psychiatrische ziekenhuizen in plaats van 'landelijke' nu regionale werkgebieden. Voor de geestelijke gezondheidszorg werd bovendien met behulp van een stimuleringsregeling van 1983 de oprichting van zogenoemde Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) bevorderd. De opzet daarvan was dat alle geestelijke gezondheidszorginstellingen in een bepaalde regio binnen de RIGG afspraken zouden maken over onderlinge samenwerking en verwijzing. Hiermee werd de basis gelegd voor een meer regionaal georiënteerde ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf (Kwekkeboom 1999: 60).

Doordat deze regionalisatie in de aanbodstructuur echter niet gepaard ging met de realisatie van een meer regionale bestuurslaag werden hierdoor de problemen van sturing van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en vergroting van de onderlinge samenhang tussen deze twee sectoren niet opgelost.

Het juiste niveau voor (overheids)sturing

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe er in het overheidsbeleid steeds nadrukkelijker wordt gestreefd naar het in elkaar vloeien van het beleid voor alle groepen langdurig zorgafhankelijken, inclusief de chronisch psychiatrische patiënten, tot één beleid voor de gehele caresector. Door het samenvoegen van het ministerie voor Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk (CRM) met dat voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VoMil) in 1982 is indertijd een belangrijk bestuurlijk obstakel voor het realiseren van dit streven weggenomen. De verschillen in beleid op enerzijds het terrein van de maatschappelijke dienstverlening en anderzijds de (somatische) gezondheidszorg konden hierdoor immers gemakkelijker overbrugd worden. Voor de bestuurlijke problemen waarmee de diverse onderdelen van de caresector te maken krijgen kon nu naar eenzelfde oplossing worden gezocht.

Een van de belangrijkste bestuurlijke problemen waarmee de caresector – zoals overigens vrijwel alle sectoren waarvoor het beleid geheel of gedeeltelijk is gedecentraliseerd – te kampen heeft, is die van de optimale schaal voor betrokkenheid door de overheid (zie ook Van Beek 1996). Nederland mag dan drie bestuurslagen hebben, in de praktijk blijkt geen enkele de juiste te zijn voor het ontwikkelen en implementeren van beleid. Centrale sturing brengt het risico met zich mee dat het beleid te weinig aansluit bij de lokale of regionale omstandigheden en behoeften. Lokale sturing heeft weer als nadeel dat de gemeentelijke schaal in de meeste gevallen kleiner is dan die van het voorzieningenaanbod³. De provinciale schaal daarentegen is vaak weer te groot, niet alleen omdat zij groter is dan die van de voorzieningen, maar ook omdat de provinciale overheid niet zelden weer te ver weg staat van de burger. In veler ogen zou daarom het regionale niveau het juiste zijn voor beleidsontwikkeling en – implementatie. Uit beschrijvingen van de (vele) pogingen tot reorganisatie van het binnenlands bestuur blijkt echter dat het realiseren van een regionale bestuurslaag – in welke vorm dan ook – op bezwaren uit velerlei hoek stuit (De Pree 1996, 1997; Elzinga en Van de Schreur 1995). Beleidsontwikkeling op regionaal niveau kan daarom alleen op basis van vrijwilligheid bij de deelnemende partijen, die ten aanzien hiervan geen van alle een dwingende bevoegdheid hebben.

Regionale circuits als centrum voor beleidsontwikkeling

Als uitweg uit dit dilemma – de wenselijkheid van een regionaal niveau voor ontwikkeling van beleid en voorzieningenniveau enerzijds en het ontbreken van een regionale bestuurslaag anderzijds – wordt dus in het geestelijke gezondheidszorg-beleid gestreefd naar de totstandkoming van breed samengestelde zorgcircuits op regionaal niveau. In deze circuits zouden naast de instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg ook die voor bijvoorbeeld maatschappelijke opvang, thuiszorg en AMW moeten participeren. Idealiter zouden ook instellingen op onder meer de terreinen wonen en werk moeten deelnemen. Behalve deze aanbieders van zorg- en dienstverlening dienen, zoals gezegd, ook de gebruikers van dit aanbod alsmede de belangrijkste financiers ervan (zorgkantoren resp. lokale overheden) in de circuits vertegenwoordigd te zijn. Het gaat dus om een samenstel van instellingen en organisaties die alle vrijwel autonoom ten opzichte van elkaar zijn en dit tot op zekere hoogte ook zijn ten opzichte van de diverse lagen van het openbaar bestuur. Binnen de circuits is verder een regiefunctie voorzien voor de lokale overheden en zorgkantoren, die geen van beide (volledige) zeggenschap hebben over inhoud en omvang van het voorzieningenaanbod. Ten slotte wordt de provinciale overheden een stimulerende, coördinerende rol bij het tot stand en bij elkaar komen van de circuits toegedacht; een rol die echter geen wettelijke verankering kent.

Er wordt van overheidswege dus gestreefd naar de totstandkoming van regionale netwerken waarbinnen geen van de deelnemende partijen sturende bevoegdheden heeft ten opzichte van de andere. Er is daarbij sprake van een vervlechting tussen de overheden en lokale en regionale eenheden, zonder dat ook dat leidt tot hiërarchisch verhoudingen. De centrale overheid voert wel beleid, maar is voor de realisatie ervan afhankelijk van partijen die over een eigen beleidsvrijheid kunnen beschikken. Een deel van deze partijen heeft bovendien een publiek karakter, terwijl een ander deel juist weer meer private organisaties zijn. De partijen zijn echter wel onderling van elkaar afhankelijk voor het realiseren van het beoogde doel. Besluitvorming over de manieren waarop dit doel zou kunnen worden bereikt, kan alleen plaatsvinden op basis van consensus van de betrokken partijen.

De beoogde netwerken in de geestelijke gezondheidszorg voldoen met deze kenmerken aan de 'criteria' voor de objecten van de zogenoemde 'netwerkbenadering', zoals deze in de bestuurskunde wordt toegepast (Teisman 1992; Hosman en Verburg 1997; Kickert, Klijn en Koppenjan 1997)⁴. In de volgende paragraaf zullen deze netwerkbenadering en de uitgangspunten waarop zij is gebaseerd nader worden toegelicht.

4.3 De netwerkbenadering

Bij besprekingen over de ontwikkelingen van de diverse (theoretische) benaderingen in de beleidswetenschappen of de bestuurskunde wordt de netwerkbenadering gekarakteriseerd als "modern" (Van Heffen en Kerkhoff 1997: 99), "in opgang" (Klijn en Koppenjan 1997) of "(nog) niet volwassen" (Berveling 1997). Deze benamingen zouden kunnen doen vermoeden dat het hier gaat om een nog jonge loot aan de stam van de bestuurskunde. Toch kent de netwerkbenadering in Nederland al een traditie van zo'n twintig jaar (Klijn en Koppenjan 1997), wat gezien de leeftijd van de Nederlandse beleidswetenschappen niet opvallend kort te noemen is.

In de netwerkbenadering wordt enerzijds voortgebouwd op de interactieve benadering in de beleidswetenschap en anderzijds op de interorganisatietheorie. Volgens sommigen dient de netwerkbenadering daarom opgevat te worden als een (kritische) reactie op de meer rationeel-analytische, unicentrische theorieën over beleidsprocessen (Van der Pennen et al. 1995: 35; Klijn en Koppenjan 1997). Anderen zien de netwerkbenadering meer als een verdere uitwerking van deze bestuurskundige theorieën en wijzen op het gebrek aan theoretische onderbouwing en heldere beoordelingscriteria voor het succes of het falen van sturing in beleidsnetwerken (Hoogerwerf 1996; Pröpper 1996; Berveling 1997). Volgens deze critici beperkt de toegevoegde waarde van het netwerkperspectief zich tot de aandacht voor de patronen en relaties tussen de leden van de beleidsnetwerken, voor de gevolgen daarvan voor het beleidsproces en voor de mogelijkheden tot sturing van dit proces. Het is juist echter deze aandacht die de netwerkbenadering zo geschikt maakt voor de analyse van de beleidsprocessen in de geestelijke gezondheidszorg. Inzicht in de patronen en relaties binnen beleidsnetwerken kan immers handvatten bieden voor sturing van deze netwerken en het daarmee dichterbij brengen van beleidsdoelen (Kickert, Klijn en Koppenjan 1997). Analyse van het beleidsnetwerk kan dan ook worden beschouwd als een eerste (noodzakelijke) stap in de beleidsontwikkeling (Van Heffen en Kerkhoff 1997). Daarom zal hieronder nader worden ingegaan op de uitgangspunten en vooronderstellingen van de netwerkbenadering. Daarna zal meer specifiek aandacht worden gegeven aan de mogelijkheden voor sturing van beleidsnetwerken.

Basisprincipes van de netwerkbenadering

In de analyse van beleidprocessen aan de hand van de netwerkbenadering staan de samenwerking tussen de leden van de beleidsnetwerken, de zogenoemde actoren, alsmede de voorwaarden voor deze samenwerking centraal. Het uitgangspunt is dat beleid, gezien de onderlinge afhankelijkheid van de partijen, alleen totstandkomt als actoren hun eigen middelen en mogelijkheden ook daadwerkelijk beschikbaar stellen. Verklaringen voor het al of niet succesvol verlopen van beleidsprocessen worden in de netwerkbenadering vooral gezocht in het onvermogen om tot samenwerking te komen. Dit onvermogen kan een gevolg zijn van het verloop van de onderlinge interacties en de strategieën die de actoren kiezen (Klijn en Koppenjan 1997). Op het interactieniveau is het voor een goede samenwerking van belang dat de actoren erin slagen hun eigen veelal uiteenlopende en soms strijdige belangen te herdefiniëren in een gemeenschappelijk belang. Verder dienen de kosten voor interactie in gunstige verhouding staan tot de (ingeschatte) opbrengsten ervan. Actoren zullen alleen van zins zijn met anderen samen te werken als de risico's die zij kunnen lopen ten gevolge van strategieën van anderen beperkt zijn dan wel als deze strategieën ook henzelf tot voordeel kunnen strekken.

Bevorderende omstandigheden zijn verder de overlap van de diverse netwerken waarbinnen de actoren participeren. Actoren die elkaar vaker en ook in een andere context ontmoeten, zullen eerder en beter met elkaar samenwerken dan actoren die weinig met elkaar gemeen hebben. Anderzijds zullen actoren met een breed en gedifferentieerd takenpakket (generalisten) meer contacten onderhouden met andere actoren en daarmee gemakkelijker vormen van samenwerking aangaan dan actoren met één of een beperkt aantal taken (specialisten). Contraproductief voor samenwerking is een grote autonomie bij een of meer van de actoren dan wel een behoefte hieraan (Arentsen 1991: 58-60).

Ook de kenmerken van het netwerk, de bestaande middelenverdeling en de vigerende regelgeving kunnen samenwerking verhinderen of in ieder geval bemoeilijken. Een klein netwerk waarin alleen actoren zijn opgenomen die op vele fronten met elkaar te maken hebben, zal sneller tot succesvolle samenwerking komen dan een wijdvertakt stelsel met actoren die slechts op een of enkele punten met elkaar in aanraking komen. Hetzelfde kan worden opgemerkt over netwerken waarin de deelnemers kunnen beschikken over vergelijkbare budgetten, formatieruimtes en benodigde deskundigheid in vergelijking met netwerken waarin dat niet het geval is. Regelgeving en, daarmee samenhangend, de verdeling van bevoegdheden over de deelnemers aan een beleidsnetwerk kunnen de samenwerking bevorderen, maar ook verhinderen (Klijn en Koppenjan 1997).

Minstens zo belangrijk als de 'objectiveerbare' eigenschappen van de beleidsnetwerken en van de daaraan deelnemende actoren zijn de meer subjectieve karakteristieken. Hiermee wordt bedoeld op de afzonderlijke belangen van de deelnemers aan de netwerken, hun eigen doelstellingen en uitgangspunten over het te voeren beleid, hun opvattingen over reden, zin en doel van een eventuele samenwerking alsmede hun mening over de rol van de andere partijen (Van der Pennen et al. 1995: 39; Kwekkeboom 1997: 14-16). Juist als binnen een beleidsnetwerk geen overeenstemming bestaat over de voordelen van onderlinge samenwerking zullen de verschillen in middelen en bevoegdheden een doorslaggevende rol spelen bij het al of niet totstandkomen ervan. 'Sterke' actoren kunnen zich, als zij dit willen, aan de samenwerking onttrekken en daarmee in feite netwerkvorming verhinderen. Zij kunnen hun positie juist ook gebruiken om door hun gewenste ontwikkelingen op de agenda te zetten en deze daar te houden. Actoren kunnen zich 'sterker' maken door coalities aan te gaan met andere netwerkleden en zo, door bundeling van middelen en bevoegdheden, de agenda voor het netwerk beïnvloeden (Van der Pennen et al. 1995: 36; Hosman en Verburg 1997). Of en met wie coalities zullen worden aangegaan, zal onder meer afhangen van de perceptie van de rol en positie die de mogelijke coalitiepartners bekleden. Afhankelijk van het doel van deze coalitievorming zal deze structureel of tijdelijk zijn en al of niet in schriftelijke overeenkomsten worden vastgelegd. De zo bereikte strategische allianties kunnen bepalend zijn voor het al of niet bereiken van het voor het gehele netwerk (of beleidsveld) gestelde doel.

Het samengaan van afzonderlijke actoren binnen één netwerk hoeft niet altijd voort te komen uit strategische overwegingen. Het is ook mogelijk dat binnen een netwerk groepjes actoren ontstaan ten gevolge van een gezamenlijke interesse of betrokkenheid bij een bepaald aspect van het beleidsterrein. De coalitievorming is dan meer een gevolg van passieve clustering dan van actief strategisch gedrag (Van der Pennen et al. 1995: hfst. 8). In dergelijke gevallen kan dan ook beter gesproken worden van clustervorming. Het bestuderen van de meer subjectieve karakteristieken van het beleidsnetwerk alsmede van het daar mogelijk uit voorkomende strategische gedrag is daarom een onmisbaar onderdeel van de netwerkanalyse (zie ook Teisman 1992: 87 e.v.).

Sturen van beleidsnetwerken

Kennis van het beleidsnetwerk, van de daarin opgenomen actoren en van hun onderlinge verhoudingen zijn een voorwaarde voor het kunnen beïnvloeden van de processen die zich in het netwerk voordoen. Daarmee is overigens niet gezegd dat deze processen eenvoudig te sturen zijn. De netwerken zijn immers weliswaar 'systemen' (een verzameling van actoren die minstens één relatie met een andere actor binnen de verzameling onderhouden), maar wel systemen die in open verbinding met de omgeving staan. Bovendien zijn niet alle relaties binnen het systeem even hecht en kunnen de relaties die buiten het systeem onderhouden worden voor de betrokkene belangrijker zijn dan die erbinnen. Uit de in de bedrijfskunde gehanteerde systeemtheorie is bekend dat aansturing of beïnvloeding van dergelijke open systemen vaak problematisch is. De moeilijkheidsgraad van het besturen neemt nog verder toe als de te besturen systemen niet hiërarchisch zijn opgebouwd, dat wil zeggen als de samenstellende onderdelen of subsystemen niet onafhankelijk van elkaar zijn (De Leeuw 1994: 85).

Het sturen van beleidsnetwerken is daarom een heikel probleem, zo heikel dat sommigen menen dat het gebruik van het woord 'sturing' waar het gaat om doelgerichte beïnvloeding van beleidsnetwerken geheel misplaatst is. Netwerken zouden alleen beïnvloed kunnen worden door middel van zorgvuldig 'netwerkmanagement', waarbij elke schijn van dwang vermeden moet worden (De Bruijn en Ten Heuvelhof 1993; De Bruijn en Ten Heuvelhof 1997). Wie binnen het beleidsnetwerk de rol van 'netwerkmanager' zou moeten vervullen, hangt dan eerder af van het doel dat door het beleidsnetwerk bereikt zou moeten worden dan van de bestuurlijke kracht van de in aanmerking komende actor (De Bruijn, Kickert en Koppenjan 1993). Voor een succesvol netwerkmanagement zijn verschillende strategieën denkbaar, zoals het selectief betrekken van een deel van de actoren in het netwerk bij het realiseren van een bepaalde beleidsdoelstelling en het vervlechten van de doelstellingen van deze deelnemende actoren. Andere strategieën van netwerkmanagement zijn het bewerken van de hulpbronnen waarover de actoren kunnen beschikken, het beïnvloeden van de onderlinge relaties, het wijzigen van de samenstelling van het netwerk, beïnvloeden van de regelgeving en het doen wijzigen van de percepties bij de actoren van de problemen of van de oplossingen. Netwerkmanagement is dan vooral een kwestie van op het juiste moment de juiste strategie kiezen. Ook de inzet van meerdere strategieën tegelijkertijd is daarbij mogelijk. Daarbij zij opgemerkt dat ook het creëren van chaos op het juiste moment de juiste strategie kan blijken te zijn (De Bruijn, Kickert en Koppenjan 1993; Kickert, Klijn en Koppenjan 1997b).

Geen van deze strategieën kan echter succesvol zijn als de betrokken partijen niet kunnen of willen meewerken. Sturing van beleidsnetwerken beperkt zich dan ook vooral tot het scheppen van voorwaarden dan wel het wegnemen van hindernissen voor het bereiken van de beleidsdoelstellingen, wat in feite te zwakke instrumenten zijn om van daadwerkelijke sturing te kunnen spreken (Kickert en Koppenjan 1997).

Sturingsmogelijkheden voor de overheid

Bij het bespreken van de sturings- of, zo men wil, managementproblematiek van beleidsnetwerken wordt in de literatuur veel aandacht gewijd aan de positie van de overheid in deze netwerken. Het ontwikkelen en vaststellen van beleid is immers bij

uitstek de taak van de overheid, die daarvoor over bijzondere bevoegdheden en middelen kan beschikken. Zij is voor de implementatie van haar beleidsvoornemens echter afhankelijk van de andere actoren in het netwerk waarvan ook zijzelf deel uit kan maken. Deze afhankelijkheid is zo groot dat sommigen menen dat de overheid helemaal niet in staat is tot het sturen of managen van beleid; zij spreken daarom van 'sturingswaan' als het gaat om het vermogen van de overheid om beleidsontwikkelingen te beïnvloeden. In de gezondheidszorg zou deze waan zelfs hebben geresulteerd in een 'oversturing', als gevolg van de vele stuurimpulsen die afzonderlijk al niet werkzaam zijn en samen alleen maar resulteren in verwarring (In 't Veld 1999).

Deze voorstelling van zaken lijkt echter wat erg negatief. De overheid mag dan geen onaantastbare dictator zijn, maar zij neemt wel degelijk een uitzonderingspositie in te midden van de overige beleidsactoren. Zij beschikt niet alleen over bijzondere, regelgevende bevoegdheden, maar niet zelden ook over meer middelen (budgetten, formatieruimte) dan de andere partijen. Daarnaast zijn de overheden meestal generalistischer dan de overige leden van een beleidsnetwerk. Zij zijn dus bij uitstek in de gelegenheid om met alle partijen relaties aan te gaan en zo een centrale positie te verwerven. Hoe uitzonderlijk de positie van de overheid in een beleidsnetwerk is, is per overheidslaag overigens wel sterk verschillend. Om te beginnen worden de provinciale en lokale overheden wel geacht om op basis van gelijkwaardigheid deel uit te maken van de regionale beleidsnetwerken en de centrale overheid per definitie niet. Verder mag de verhouding tussen de drie bestuurslagen dan, zoals hierboven al aangegeven, niet hiërarchisch zijn, alleen de centrale overheid is soeverein. De overige overheidslagen zijn dus niet bevoegd tot volledige autonomie en staan daarin gelijk aan de overige deelnemers van het netwerk. Ook het uitvaardigen van wettelijke regelgeving is voorbehouden aan de centrale overheid, die daarmee dan ook meteen een zeer krachtig instrument in handen heeft voor het toekennen en wijzigen van bevoegdheden aan de actoren binnen de beleidsnetwerken. Verder heeft de centrale overheid zelf de bevoegdheid de vigerende regelgeving te veranderen en daarmee invloed uit te oefenen op de onderlinge relaties binnen de beleidsnetwerken. Deze verschillen tussen de overheidslagen onderling nemen niet weg dat de hiervoor genoemde strategieën om de beleidsontwikkeling in netwerken te sturen alle bij uitstek door publieke overheden benut kunnen worden, al was het alleen al door het gericht en geclausuleerd inzetten van het subsidie-instrument.

4.4 Consequenties van de netwerkbenadering voor de uitwerking van de vraagstelling

In paragraaf 3.3 is bij de formulering van de vragen voor het onderzoek onder de institutioneel betrokkenen bij de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg al opgemerkt dat het beantwoorden ervan overeenkomt met het onderzoeken van beleidsnetwerken. Tevens is bij de beschrijving van de centrale begrippen draagvlak en draagkracht (§ 3.2) al gepreludeerd op het gebruik van de netwerkbenadering om de sterkten van deze beide begrippen in kaart te brengen. Het zal dan ook niet verwonderen dat in het onderzoek niet alleen geprobeerd is om draagvlak en draagkracht van alle afzonderlijke partijen te meten, maar dat ook gekeken is naar draagvlak en draagkracht van de te vormen circuits gezamenlijk. Daarbij is ten eerste aandacht

gegeven aan de onderlinge verhoudingen binnen de circuits en de mate van overeenstemming over de uitgangspunten van het overheidsbeleid. Ten tweede is nagegaan of en in hoeverre de verhoudingen en opvattingen leiden tot coalitie- of netwerkvorming en daarmee tot het vergroten van de eigen respectievelijk de gezamenlijke draagkracht. De keuze van de netwerkbenadering als invalshoek voor de onderzoeksopzet brengt met zich mee dat in aanvulling op de onderzoeksvragen uit paragraaf 3.3 de volgende vragen over het beleidsnetwerk zijn geformuleerd:

- Hoe zijn, uitgedrukt in de aanwezigheid van hulpbronnen per actor (individuele draagkracht), de onderlinge verhoudingen binnen de regionale netwerken?
- Monden deze onderlinge verhoudingen uit in machtsongelijkheid tussen de diverse actoren binnen de netwerken en wat zijn de gevolgen hiervan voor de draagkracht voor het netwerk als geheel?⁵
- Bestaan er binnen de netwerken verschillen in steun voor de uitgangspunten van het beleid en wat zijn de gevolgen daarvan voor het draagvlak voor het netwerk als geheel?
- Zijn er binnen de netwerken verschillen in voorzieningenaanbod, samenwerkingsrelaties en financieringsbronnen en zo ja, tussen welke (groepen) actoren hebben deze verschillen gevolgen voor de netwerkvorming?
- Wat zijn de gevolgen daarvan voor draagvlak en draagkracht van de netwerken in hun geheel?
- Zijn er regionale verschillen in draagvlak en draagkracht en zo ja, waardoor worden deze veroorzaakt?

Deze vragen zijn geformuleerd alsof er inderdaad sprake is van het bestaan of het kunnen ontstaan van regionale beleidsnetwerken binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit is immers, de facto, de aanname waarop het rijksbeleid is gebaseerd. Een minstens zo belangrijke vraag voor het onderzoek is dan ook of, op basis van de antwoorden op de diverse onderzoeksvragen, geconstateerd kan worden dat er inderdaad gesproken kan worden van beleidsnetwerken, waarbinnen de deelnemende partijen inderdaad samenwerken aan de realisatie van een samenhangend en integraal voorzieningenaanbod voor mensen met (langdurige)psychische problemen.

Noten

- 1 Hiermee wordt voortgebouwd op de ervaring die is opgedaan met eerdere onderzoeken naar de ontwikkeling van (integraal) beleid voor langdurig zorgafhankelijken. Ook bij deze onderzoeken is uitgegaan van de netwerkbenadering (zie Van der Pennen et al 1995; Kwekkeboom 1997).
- 2 Dit geldt, zoals ook in de genoemde publicatie wordt uiteengezet, voor de ouderenzorg nog sterker dan voor de gehandicaptenzorg. Het beleid in deze zorgsector is lange tijd tevens bepaald door ontwikkelingen in de (curatieve) gezondheidszorg.
- 3 Dit bezwaar weegt in het ouderenbeleid overigens minder zwaar; veel (zorg)voorzieningen voor ouderen zijn immers lokaal geïënteerd. Dit geldt echter alleen voor de grotere gemeenten, oudere inwoners van kleine gemeenten moeten vaak een beroep doen op voorzieningen elders.
- 4 Hosman en Verburg gaan in hun bijdrage vooral in op de diverse landelijke actoren die gezamenlijk het krachtenveld vormen waarin het geestelijk (volks)gezondheidsbeleid moet worden ontwikkeld. De door hen beschreven processen van netwerkontwikkeling en coalitievorming doen zich, idealiter, ook voor tussen de actoren die op het regionale of lokale niveau bij dit beleid betrokken zijn.
- 5 Met het mogelijk beladen woord 'machtsongelijkheid' wordt in deze context uitsluitend bedoeld op verschillen in de mogelijkheid om invloed uit te oefenen en daarmee de gang van zaken binnen een netwerk te sturen.

5.1 Inleiding

In de inleiding van deze studie is al uiteengezet dat het actorenonderzoek in twee fasen is uitgevoerd. De eerste, kwalitatieve, fase is vooral gebruikt voor een verkenning van het beleidsveld, de interpretatie van het (overheids)beleid en de daarin gebruikte begrippen en voor een eerste kennismaking met de belangrijkste partijen. Tevens is in deze fase onderzocht of en in hoeverre de regionale of lokale netwerken rond het geestelijke gezondheidszorgbeleid overeenkomen met de netwerken die op lokaal of regionaal niveau betrokken zijn bij het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Een voldoende grote overeenkomst zou het namelijk mogelijk maken om een landelijk onderzoek naar de ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid op een vergelijkbare, gestandaardiseerde manier uit te voeren als eerder is gedaan in een onderzoek naar beleidsnetwerken in het (lokale) ouderen- en gehandicaptenbeleid (Kwekkeboom 1997). De keuze voor standaardisering is ingegeven door de wens om de processen binnen meerdere beleidsnetwerken tegelijk in kaart te kunnen brengen. Dat zou het mogelijk moeten maken de gang van zaken binnen de netwerken met elkaar te vergelijken en inzicht te krijgen in succes- en faalfactoren bij de totstandkoming van (integrale) beleidsnetwerken. Informatie daarover wordt van belang geacht voor het kunnen bepalen wat de voorwaarden zijn voor netwerkvorming in het zorgbeleid.

Een bestudering van meerdere beleidsnetwerken tegelijk betekent dat er een groot aantal gesprekken gevoerd moet worden. Deze gesprekken moeten, die ondanks de heterogeniteit van de respondenten, wel onderling goed vergelijkbare data opleveren. Dit is het best te bereiken door de gesprekken te (laten) voeren aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten.

De uitkomsten van de verkenning zijn van groot belang geweest voor de vraagstelling en inrichting van de tweede fase van het actorenonderzoek. Daarom zal in dit hoofdstuk eerst ingegaan worden op de relevante bevindingen uit deze verkennende fase. In paragraaf 5.3 zal vervolgens worden uiteengezet welke consequenties deze bevindingen hebben gehad voor de inrichting van de tweede fase van het actorenonderzoek. In paragraaf 5.4 zal daarop worden toegelicht hoe deze tweede fase is opgezet en uitgevoerd. Tevens zal worden beschreven op welke wijze de gegevens uit deze tweede fase zijn geanalyseerd en hoe hierover in de volgende hoofdstukken zal worden gerapporteerd.

* Over de onderwerpen die in dit hoofdstuk aan de orde komen is eerder gepubliceerd in: M.H. Kwekkeboom, *Naar draagkracht. Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*, Den Haag, SCP/Elsevier bedrijfsinformatie, 1999: (215 pag.)
M.H. Kwekkeboom. *Is er een breed draagvlak voor het vermaatschappelijkingsproces in de GGZ?* In: A.H. Schene et al. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie, 2001-2002*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 333-346

5.2 Draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg – uitkomsten van de verkenning¹

Opzet en uitvoering

Voor de verkenning zijn tussen januari en oktober 1998 in zes geestelijke gezondheidszorgregio's in Nederland openvraaggesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van diverse instellingen en organisaties die betrokken waren bij de ontwikkeling van het voorzieningenaanbod in de betrokken regio's. Bij de selectie van de te onderzoeken regio's is geprobeerd om door een zo groot mogelijke variatie tussen de regio's aan te brengen een zo volledig mogelijk beeld van de toenmalige stand van zaken van het vermaatschappelijkingsproces te verkrijgen. Daarom zijn zowel regio's met een volledig gefuseerde geestelijke gezondheidszorginstelling als regio's met (toen) nog vrij los van elkaar werkende voorzieningen in het onderzoek opgenomen. Bij de selectie is ook rekening gehouden met het gegeven of een regio wel of niet het predikaat zorgregio had gekregen. Tevens is, voor zover mogelijk binnen een aantal van zes, gestreefd naar enige spreiding over het land en is rekening gehouden met verschillen in urbanisatiegraad. In alle zes regio's is gesproken met vertegenwoordigers van de plaatselijke instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, het regionale zorgkantoor en de lokale overheden (centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang) en cliëntenorganisaties. Daarnaast hebben in de meeste, maar niet alle regio's, gesprekken plaatsgevonden met instellingen voor maatschappelijke opvang, instellingen voor thuiszorg (i.h.b. de afdeling gespecialiseerde gezinszorg), woningcorporaties en GGD's. Welke (algemene) instellingen in de betreffende regio's voor deelname zijn benaderd, is voor een deel bepaald door de informatie die de gesprekken met de vier 'kern'-respondenten hadden opgeleverd. Als bijvoorbeeld uit deze gesprekken naar voren kwam dat een bepaalde instelling zeer actief betrokken was bij het regionale voorzieningenaanbod, was dat aanleiding deze instelling ook in het onderzoek te betrekken. Op vergelijkbare wijze kon het ertoe leiden dat de instellingen die in deze gesprekken niet genoemd werden ook niet voor deelname zijn benaderd, omdat verwacht kon worden dat een vraaggesprek niet zinvol zou zijn.

In de interviews is gevraagd naar de mening van de respondenten over onder meer de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg, de overdracht van taken van geestelijke gezondheidszorginstellingen aan algemene instellingen op de terreinen zorg- en dienstverlening en wonen, de regiefunctie van lokale overheden binnen regionale beleidsnetwerken en de rol van de Regionale Indicatieorganen (RIO's) bij de indicatiestelling voor geestelijke gezondheidszorg. Ook het eigen beleid en voorzieningenaanbod van de betrokken instelling of organisatie zijn aan de orde geweest. Tevens is geïnformeerd naar de mate waarin daarvoor met andere partijen wordt samengewerkt en naar de voorwaarden waaronder de instelling een bijdrage zou kunnen leveren aan het vermaatschappelijkingsbeleid. De gesprekken, die gehouden zijn aan de hand van een lijst van vraagpunten, zijn alle op band vastgelegd. De transcripties zijn, nadat de respondent had ingestemd met de weergave van het interview, geanalyseerd met behulp van Kwalitan, een programma voor analyse van kwalitatieve informatie. De analyse heeft plaatsgevonden op zowel het niveau van het type actor als op dat van de regio.

Onderlinge verhoudingen in de netwerken

Uit de gesprekken kwam onder meer naar voren dat een deel van de instellingen en organisaties elkaar regelmatig treft in meer of minder structurele samenwerkingsrelaties. Zij blijken redelijk goed op de hoogte van elkaars werkwijze, en binnen de (deel)netwerken op regionaal of lokaal niveau wordt inderdaad geprobeerd het voorzieningenaanbod op elkaar af te stemmen. De lokale overheden blijken een belangrijke rol te spelen bij het initiëren en eventueel ook faciliteren van de onderlinge samenwerking. Opvallend genoeg, bleken de cliëntenorganisaties niet tot nauwelijks bij het samenwerkingsoverleg betrokken te worden en zelf ook geen initiatieven hiertoe te nemen. Ook de zorgkantoren bleken in meerderheid nog niet erg actief in het regionale netwerk te participeren. Hun contacten beperkten zich tot de geestelijke gezondheidszorginstellingen zelf en hadden dan nog vooral betrekking op het fiatteren van verstrekingen en projecten op het terrein van zorgvernieuwing.

Het voornemen om de financiers van de zorg en dan in het bijzonder de lokale overheden, een regisserende rol te geven in het tot stand brengen van samenhang in het zorgaanbod werd door de respondenten verdeeld ontvangen. Vooral de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, maar ook de gebruikers van deze zorg en de zorgkantoren zagen weinig heil in een regisserende gemeente. De lokale overheden zelf en het merendeel van de algemene voorzieningen daarentegen, konden zich wel verenigen met een regisseursrol voor de lokale overheden.

Ook de meningen over de rol van de RIO's bij de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg waren verdeeld. Een groot deel van de respondenten had zich overigens geen mening gevormd over dit aspect van het geestelijke gezondheidszorgbeleid.

Interpretatie van het begrip 'vermaatschappelijking'

Een voor de beleidsontwikkeling belangrijke uitkomst was verder dat het begrip 'vermaatschappelijking' voor de in het onderzoek betrokken partijen vele, soms uiteenlopende, betekenissen bleek te hebben. In hoofdstuk 2 is beschreven hoe in de elkaar opvolgende beleidsnota's van de centrale overheid de invulling van de term 'vermaatschappelijking' steeds meer uit lijkt te dijen. Naast 'extramuralisering' betekent 'vermaatschappelijking' daar ook overdracht van taken en daarmee inbedding van het sectorale voorzieningenaanbod in integrale circuits en bevordering van de geestelijke volksgezondheid. Uit de verkenning kwam echter naar voren dat het grootste deel van de respondenten 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg' toch vooral interpreteert als het buiten de intramurale voorzieningen bieden van hulp en begeleiding aan mensen met (langdurige) psychiatrische problemen.

Voor deze 'vermaatschappelijking' kon een redelijk tot stevig draagvlak worden vastgesteld. Er werd wel een kanttekening gezet bij de mogelijke risico's van overlast door en/of sociaal isolement voor de psychiatrische patiënt. In het algemeen was men er echter van overtuigd dat vanuit het oogpunt van goede zorg de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg zo veel mogelijk moest worden nagestreefd.

Opvallend was verder dat de geïnterviewde vertegenwoordigers van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg 'vermaatschappelijking' ook regelmatig interpreteerden als 'zorgvernieuwing': het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorgverlening.

Deze nieuwe zorgvormen waren niet altijd gericht op het versterken van de zelfstandigheid van de psychiatrische patiënt en werden dan ook binnen een intramurale voorziening aangeboden aan de daar verblijvende patiënten. Een intensievere samenwerking tussen de diverse geestelijke gezondheidszorginstellingen, dus binnen de sector zelf, werd door deze respondenten eveneens aangeduid als 'vermaatschappelijking'.

De tweede betekenis van het begrip – de overdracht van taken door de geestelijke gezondheidszorg aan andere, algemene instellingen – vond vooral weerklank bij deze algemene instellingen zelf. De meerderheid hiervan vond het in het algemeen een logisch gevolg van het extramuraliseringsproces. De niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen achtten zich ook deskundig genoeg om een deel van de taken van de geestelijke gezondheidszorg over te nemen. In feite deden zij dat al en maakte de zorg en begeleiding van (chronisch) psychiatrische patiënten een vanzelfsprekend deel uit van hun reguliere werkzaamheden. Dit ging overigens niet altijd zonder problemen: de voorzieningen klaagden over een tekort aan capaciteit en financiële middelen om het (groeierende) aandeel van hun cliëntèle met psychische problemen adequate hulp te geven.

De financiers van de zorg- en dienstverlening – zorgkantoren en lokale overheden – hadden, net als de meeste cliëntenorganisaties overigens, niet echt een duidelijke mening over de wenselijkheid van deze invulling van het vermaatschappelijkingsbeleid.

Onder de geestelijke gezondheidszorginstellingen zelf waren de meningen verdeeld: enkele waren voorstander van een overdracht van taken, andere daarentegen fel tegenstander. Bij deze laatste bestonden sterke twijfels aan de deskundigheid van de algemene instellingen in de zorg voor deze specifieke groep hulpvragers. Uit de gesprekken met de voorstanders bleek verder dat zij bij de overdracht van taken aan andere instellingen er wel van uitgingen dat deze overdracht vooral plaats zou vinden in het kader van samenwerkingsovereenkomsten die aansloten bij de hulpverleningsopvattingen en -cultuur van de geestelijke gezondheidszorg. Als aan die voorwaarde niet werd voldaan, trok de geestelijke gezondheidszorg zich uit de overeenkomst terug en kon er dus ook geen sprake (meer) zijn van taakoverdracht.

Al met al bleek het draagvlak voor deze interpretatie van het vermaatschappelijkingsstreven op zijn best dus matig te zijn en konden er minstens evenveel tegenstanders als voorstanders voor gevonden worden. De draagkracht van de betrokken actoren was eveneens matig, vooral waar het het materiële aspect van de draagkracht betrof.

De uitleg van het begrip 'vermaatschappelijking' als een bijdrage vanuit de geestelijke gezondheidszorg aan het vergroten van de geestelijke volksgezondheid, bleek van een dergelijk abstract niveau dat slechts een enkele respondent zich hierover een mening had gevormd. Sterkte van draagvlak of draagkracht kon daarom niet worden vastgesteld.

Verschillen per regio

Bij de analyse van het onderzoeksmateriaal is ook bezien of in de antwoordpatronen mogelijk regionale invloeden te onderscheiden waren. Voor deze regionale invloeden zijn slechts zeer zwakke aanwijzingen gevonden. Zeer algemeen kon worden vastgesteld

dat de actoren in regio's waarin door de diverse partijen intensief werd samengewerkt, positiever dachten over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg dan elders. Intensieve samenwerking werd vooral gevonden in regio's waarin de werkgebieden van de diverse partijen elkaar grotendeels overlappen. Dit zou erop kunnen wijzen dat het samenvallen van werkgebieden van de actoren in het beleidsnetwerk een bevorderende factor is voor het realiseren van de vermaatschappelijking.

De analyse bracht wel naar voren dat intensieve samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorginstellingen onderling (veelal geformaliseerd in een fusie) niet leidt tot meer samenwerking met de algemene instellingen. In een enkele regio met een gefuseerde instelling was de samenwerking zelfs minder intensief geworden. In sommige regio's had de fusie er ook toe geleid dat de toch al geringe overlap tussen de werkgebieden van de diverse deelnemende instellingen nog verder was afgenomen.

Samenstelling en kenmerken regionale beleidsnetwerken

Hiervoor is al aangegeven dat de informatie die de diverse vraagesprekken hebben opgeleverd, van invloed is geweest op de beslissing om bepaalde (algemene) instellingen in de regio wel of juist niet voor deelname aan het onderzoek te benaderen. Uit de diverse gesprekken die in de zes regio's zijn gevoerd, kwam vrijwel unaniem naar voren dat noch de instellingen voor AMW noch die voor arbeidsvoorziening deel uitmaakten van de regionale netwerken rond mensen met psychische problemen. Hun betrokkenheid bij het beleid voor deze mensen was hooguit marginaal te noemen. Gezien de prominente rol die deze beide typen instellingen wordt toegedacht, is dit een frappante bevinding.

Het onderzoek onder de actoren in de (regionale) geestelijke gezondheidszorg leerde verder dat samenstelling en functioneren van de netwerken op dit beleidsterrein grote overeenkomsten vertoonden met die van de netwerken rond het (lokale) ouderen- en gehandicaptenbeleid. Binnen deze netwerken speelden vergelijkbare problemen rond samenwerking en afstemming in het voorzieningenaanbod en verschillen in hulpverleningscultuur. Een deel van de actoren participeerde zelfs in de netwerken rond zowel ouderen en gehandicapten als psychiatrische patiënten.

5.3 Leerpunten voor de tweede fase van het actorenonderzoek

Concretisering aspecten 'vermaatschappelijking' gewenst

Hiervoor is beschreven wat de bevindingen zijn van de verkenning naar het draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. De belangrijkste conclusie is feitelijk dat de sterkte van draagvlak en draagkracht vooral afhangt van de gekozen interpretatie van dit begrip. Als vermaatschappelijking wordt uitgelegd als 'extramuralisering', dan zijn draagvlak en draagkracht over de gehele linie redelijk sterk. De meeste bij het beleid betrokken partijen staan positief tegenover deze ontwikkeling en dragen in hun beleid en voorzieningenaanbod bij aan de realisering ervan. Als met vermaatschappelijking echter ook bedoeld wordt op overdracht van taken, circuitvorming en, in feite, de 'ontcategorisering' van het geestelijke gezondheidszorgaanbod, dan zijn draagvlak en draagkracht heel wat minder sterk. De meningen

over de wenselijkheid van deze ontwikkeling zijn verdeeld en niet iedereen is, mede daarom, in staat daaraan bij te dragen. In hoofdstuk 2 is aangegeven dat juist deze 'ontcategorisering' in de loop van tijd van *voorwaarde* is veranderd in *doel* van het van overheidswege gewenste vermaatschappelijkingsbeleid. Voor een mogelijk gewenste vergroting van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid in brede zin is het daarom van belang te weten langs welke lijnen de meningen zijn verdeeld. En wat de gevolgen zijn van deze verschillen in inzicht voor al of niet functioneren van de regionale beleidsnetwerken.

Een groot obstakel bij het vergaren van informatie hierover is de grote hoeveelheid definities van het begrip 'vermaatschappelijking', zoals deze in de loop van het onderzoek naar voren is gekomen. Niet alleen uit de vraaggesprekken uit de eerste fase, maar ook uit de literatuur over dit onderwerp blijkt dat dit begrip voor vrijwel elke gebruiker ervan een andere betekenis heeft. Deze betekenis komt vaker niet dan wel overeen met de – driedelige – definitie die er in de beleidsnota's aan wordt gegeven. Een vraag naar steun voor en invulling van 'het vermaatschappelijkingsbeleid' zou dan ook zo verschillend geïnterpreteerd kunnen worden, dat de antwoorden daarop geen enkele betekenis meer zouden hebben. Daarom is besloten om voor de tweede fase van het onderzoek het begrip 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg' nader te concretiseren door vier aspecten ervan eruit te lichten en de respondenten te vragen of zij in hun beleid daar aandacht aan besteden. Deze vier aspecten waren (1) 'ontwikkeling en ondersteuning van zorgverlening aan huis', (2) 'versterking van de huisvestingssituatie van psychiatrische patiënten', (3) 'vergroting van de arbeidsmarktparticipatie van psychiatrische patiënten' en (4) 'ontwikkeling aanbod openbare geestelijke gezondheidszorg'². De keuze hiervoor was ingegeven door de aandacht die deze in de meest recente Sectorvisie geestelijke gezondheidszorg kregen als elementen van het te ontwikkelen geestelijke gezondheidszorgbeleid (TK 1998/1999a). Uit de informatie over de mate waarin en de wijze waarop deze aspecten in het beleid van de diverse actoren aan bod komen, kan dan worden afgeleid welke accenten zij in 'hun' vermaatschappelijkingsbeleid wensen te leggen en welke definitie van vermaatschappelijking zij hanteren.³ Informatie hierover kan in combinatie met informatie over de verhoudingen binnen de netwerken gebruikt worden om verwachtingen te formuleren over de interpretatie waarvoor draagvlak en draagkracht het sterkst zullen zijn en dus over welke interpretatie in de (regionale) beleidsontwikkeling de boven- toon zal voeren.

Nadere verkenning invloed regionale kenmerken noodzakelijk

De bevinding dat enerzijds de fusieprocessen in de geestelijke gezondheidszorg de samenwerking met instellingen buiten deze sector niet bevorderen én dat de onderlinge samenwerking het intensiefst is in die regio's waarbinnen de werkgebieden van de diverse instellingen de meeste overlap vertonen, zou op zich al een tweede onderzoek naar de netwerkvorming in de geestelijke gezondheidszorg rechtvaardigen. Op het eerste gezicht immers zouden deze uitkomsten erop kunnen wijzen dat de door overheid gestimuleerde fusieprocessen een bedreiging vormen van het door dezelfde overheid gestelde doel van regionale netwerkvorming.

Een toetsing van deze uitkomsten in een groter aantal regio's op een later tijdstip is

gewenst, zodat nagegaan kan worden of het hier niet gaat om toevallige vertekeningen ten gevolge van het kleine aantal respectievelijk om een momentopname. Om deze toetsing mogelijk te maken, dient bij de inrichting van het onderzoek rekening gehouden te worden met analysemogelijkheden naar zowel kenmerken van de type actoren als naar kenmerken van de diverse regio's.

Uitbreiding typen actoren

De bevinding dat de instellingen voor AMW en die voor arbeidsvoorzieningen niet actief deel uitmaken van de regionale beleidsnetwerken rond mensen met psychische problemen is, zoals gezegd, opmerkelijk. Zij is echter wel gebaseerd op informatie afkomstig van andere, blijkbaar wel actieve, deelnemers aan het netwerk. Om na te gaan of deze informatie een correcte weergave van de werkelijkheid is, is besloten om deze twee typen actoren wel te betrekken bij de tweede fase van het actorenonderzoek. Een andere uitbreiding betreft de opname van een aparte onderzoeksronde onder vertegenwoordigers van de provinciale overheden. Deze provinciale overheden maken weliswaar geen deel uit van de regionale beleidsnetwerken, maar zij kunnen met hun rol bij de totstandkoming van de regiovisies grote invloed uitoefenen op samenstelling en functioneren van deze netwerken.

Standaardisatie gegevensverzameling

De uitkomst dat de netwerken rond het (regionale) geestelijke gezondheidszorgbeleid enerzijds en rond het ouderen- en gehandicaptenbeleid anderzijds inderdaad grote overeenkomsten vertonen, maakt het verantwoord om de tweede fase van het actorenonderzoek op te zetten volgens eenzelfde stramien als eerder is gebruikt voor landelijk, gestandaardiseerd onderzoek naar de (lokale) netwerken rond het ouderen- en gehandicaptenbeleid (Kwekkeboom 1997; Niggebrugge en Kwekkeboom 1997). Op deze wijze kon de tweede fase van het actorenonderzoek tevens worden gebruikt voor de (verdere)ontwikkeling van een methode om met behulp van grotendeels gestandaardiseerde vragenlijsten mogelijke netwerkvorming in het (gedecentraliseerde) zorgbeleid in kaart te brengen.⁴

5.4 Opzet en uitvoering van de tweede fase van het actorenonderzoek⁵

5.4.1 Enquête onder leden van de regionale beleidsnetwerken

Samenstelling van de steekproef en uiteindelijke onderzoeksgroep

Zoals gezegd is voor de tweede fase uitgegaan van een gestandaardiseerd landelijk onderzoek onder de (beoogde) deelnemers aan regionale netwerken in het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Tot deze deelnemers behoorden naast de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf, de regionale zorgkantoren, de centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang (en verslavingszorg), organisaties van gebruikers van geestelijke gezondheidszorg, instellingen voor respectievelijk maatschappelijke opvang, AMW en thuiszorg, GGD's, woningcorporaties en instellingen voor arbeidsvoorziening.⁶ Omdat voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid in toenemende mate wordt uitgegaan van de regio-indeling zoals deze wordt gehanteerd in de Wet ziekenhuisvoorzieningen

(WZV) is ook bij dit onderzoek uitgegaan van deze indeling. Per WZV-regio zijn een of meer vertegenwoordigers van de hierboven beschreven typen actoren geselecteerd en voor deelname aan het onderzoek benaderd. De selectie werd aanzienlijk vereenvoudigd door het gegeven het merendeel van de diverse typen actoren (inmiddels) op boven-lokaal niveau werken en hun werkgebieden dus meerdere gemeenten tot een hele regio omvatten. Met één of twee vertegenwoordigers per type actor zou bij deelname dus een gehele regio gedekt kunnen zijn. De uitzondering daarop wordt gevormd door de woningcorporaties waarvan het werkgebied zich relatief vaak beperkt tot één gemeente. Om toch een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van dit type actor is, waar aanwezig, een regionale of boven-lokale federatie of samenwerkingsverband aangeschreven. Waar dat niet kon is de corporatie met het grootste woningen bestand voor deelname benaderd.⁷

De in de geestelijke gezondheidszorg zelf nog vaak gehanteerde regio-indeling (gebaseerd op de werkgebieden van vooral de intramurale voorzieningen) loopt niet altijd parallel aan die volgens de WZV. Daarom is bij het samenstellen van het adressenbestand voor het onderzoek ook gekeken naar mogelijke 'natuurlijke' samenwerkingsverbanden tussen de diverse typen actoren. Hiermee wordt bedoeld op al langer bestaande samenwerkingsrelaties, die zich hebben ontwikkeld binnen de werkgebieden van de geestelijke gezondheidszorginstellingen. Deze relaties overschrijden soms de grenzen van de WZV-regio's. Een gevolg van de verschillende indelingsprincipes die worden gehanteerd, is ook dat er binnen sommige WZV-regio's meerdere geestelijke gezondheidszorgregio's dan wel werkgebieden van meerdere, al dan niet gefuseerde, geestelijke gezondheidszorginstellingen kunnen worden onderscheiden. In die gevallen is voor de samenstelling van het adressenbestand gezocht naar vertegenwoordigers van de andere typen actoren binnen of rond de vestigingsplaatsen van de geestelijke gezondheidszorginstelling. Daarbij is er steeds naar gestreefd om in elke WZV-regio minstens één (potentieel) netwerk in zijn geheel voor medewerking aan te schrijven. In die (WZV-)regio's waarbinnen niet alle geestelijke gezondheidszorginstellingen met elkaar waren gefuseerd, zijn verder alle afzonderlijk (gebleven) instellingen gevraagd deel te nemen aan het onderzoek.

Bij de selectie van cliëntenorganisaties is gestreefd naar een zo goed mogelijke verdeling over de verschillende typen organisaties, wat er soms in resulteerde dat ook voor dit type actor in enkele regio's meerdere organisaties zijn aangeschreven.⁸

De afwegingen en selectieprocedures hebben ertoe geleid dat in totaal 321 instellingen en organisaties voor deelname zijn benaderd. Van de meeste typen actoren is daarmee aan minstens de helft van alle instellingen in Nederland gevraagd om aan het onderzoek mee te doen. De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg waren ver in de meerderheid, in aantal gevolgd door de instellingen voor AMW, lokale overheden en woningcorporaties. De brieven met informatie over het onderzoek en verzoek om deelname, zijn in de meeste gevallen naar de raden van bestuur of de directies van de diverse organisaties gestuurd. De brieven bedoeld voor de lokale overheden, zijn gericht aan de hoofden van die diensten die, op voorhand, verantwoordelijk werden geacht voor het beleid op (o.m.) het terrein van de maatschappelijke opvang. Het was immers van begin af aan de bedoeling dat in het onderzoek informatie zou worden gevraagd over

het gevoerde of voorgenomen beleid van de organisatie en niet over, bijvoorbeeld, organisatie of kwaliteit van de hulpverlening. Daarvoor werd het wenselijk geacht het vraagesprek te voeren met een bestuurder of in ieder geval iemand die van de beleidsafwegingen binnen de organisatie op de hoogte was.

Van de aangeschreven organisaties hebben er uiteindelijk 208 daadwerkelijk aan het onderzoek deelgenomen, wat de respons op 65% brengt. Zoals uit tabel 5.1 blijkt, is de respons nogal ongelijk verdeeld over de diverse typen actoren. In combinatie met het uiteenlopende aantal organisaties dat per type actor voor deelname was uitgenodigd, heeft dit ertoe geleid dat de diverse typen actoren zeer ongelijk in de uiteindelijke onderzoeksgroep zijn vertegenwoordigd.⁹

Tabel 5.1 Respons naar type actor (in absolute aantallen en procenten)

	benaderd	deelgenomen	(%)
instellingen voor geestelijke gezondheidszorg	48	35	(72)
cliëntenorganisaties	31	18	(58)
lokale overheden	33	26	(79)
zorgkantoren	26	14	(54)
instellingen voor maatschappelijke opvang	27	24	(89)
instellingen voor thuiszorg	31	23	(74)
instellingen voor AMW	34	16	(47)
GGD29	24	(83)	
woningcorporaties	33	15	(45)
instellingen voor arbeidsvoorziening	29	13	(45)
totaal	321	208	(65)

Bron: SCP (VGG'00)

Opzet en inhoud van de vragenlijst¹⁰

Het onderzoek zelf bestond uit mondelinge interviews, die in de periode juni t/m september 2000 zijn afgenomen aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten. Deze lijsten bestonden uit drie onderdelen, waarvan twee voor alle typen actoren dezelfde waren. Voor het eerste onderdeel – waarin informatie over de betrokken instelling en organisatie werd gevraagd – waren vijf varianten opgesteld, elk aangepast aan het type actor waarover informatie werd ingewonnen. Zo was er een apart 'deel I' voor de deelnemende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, een voor de lokale overheden, een voor de zorgkantoren en een voor de cliëntenorganisaties. Voor de overige typen actoren was één gezamenlijk, overigens vrij kort, 'deel I' opgesteld. De vragen uit het eerste deel waren vooral bedoeld om inzicht te krijgen in aard en omvang van het voorzieningenaanbod van de deelnemende actoren, de omvang van hun budgetten en formatieruimte en, daarmee, de onderlinge verhoudingen in het beleidsnetwerk.¹¹ In termen van de centrale vraagstelling van het onderzoek is in dit deel dus vooral geïnformeerd naar de (materiële) draagkracht van de afzonderlijke leden van het beleidsnetwerk. Tevens is hiermee inzicht verkregen in de samenstelling van dit netwerk en in de eigenschappen van diverse leden.

Het tweede deel van de vragenlijst bestond uit een vrij uitgebreid vragenblok naar mogelijke 'vermaatschappelijkingsprojecten' binnen de eigen regio.¹² Daarbij is eerst geïnformeerd naar het voorkomen van dergelijke projecten op de vier hiervoor al genoemde concrete aandachtsgebieden binnen het vermaatschappelijkingsbeleid.¹³ Aan de hand van de vragenlijst is in de gesprekken vervolgens nader ingegaan op het door de respondent opgegeven project, waarbij is gevraagd naar het voorkomen van samenwerkingspartners, de wijze van financieren, de aard van de samenwerkingsrelaties, het bereik van de voorzieningen en de vooruitzichten van het project zelf.¹⁴ Aan het slot van dit 'onderdeel II' zijn nog enkele vragen opgenomen over het al of niet voorkomen van een regiovisie in de 'eigen' regio en over de daarbij betrokken (regionale) actoren.

De met behulp van dit deel vergaarde informatie over het gedrag van de diverse deelnemers in het netwerk wordt, in lijn met wat hierover is opgemerkt in hoofdstuk 3, opgevat als indicatie voor het draagvlak voor het vermaatschappelijkingsbeleid. De uitkomsten werpen tevens opnieuw licht op de onderlinge verhoudingen binnen het beleidsnetwerk en daarmee op de (gezamenlijke) draagkracht voor het realiseren van dit beleid.

Het derde en laatste deel van de vragenlijst bevatte een tiental uitspraken die de uitgangspunten van het vermaatschappelijkingsbeleid van de rijksoverheid verwoordden.¹⁵ De actoren werd gevraagd om op basis van een schaal van een op tien aan te geven of en in hoeverre zij het met deze uitspraken eens waren. Ook de antwoorden uit dit blok geven, zij het op geheel andere wijze, informatie over het draagvlak voor dit beleid bij de diverse typen actoren.

Voordat tot het veldwerk is overgegaan, is de conceptversie van de vragenlijst eerst voorgelegd aan de leden van de klankbordgroep die het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg vanaf de start in 1997 heeft begeleid. In deze klankbordgroep waren diverse typen actoren die in het onderzoek zijn opgenomen vertegenwoordigd (voor de samenstelling van de klankbordgroep zie bijlage C). Na verwerking van dit commentaar zijn aan de hand van de bijgestelde vragenlijst drie proefinterviews afgenomen. De definitieve versie van de vragenlijst is totstandgekomen na ingrijpende wijzigingen die naar aanleiding van deze proefinterviews zijn aangebracht.

5.4.2 Vraaggesprekken met vertegenwoordigers provinciale overheden

In hoofdstuk 4 is aangegeven dat van de provinciale overheden verwacht wordt dat zij een stimulerende en coördinerende rol spelen bij het tot stand doen komen van zogenoemde Regiovisies GGZ. Deze visies worden in het regeerakkoord voor het tweede kabinet-Kok omschreven als "een beleidskader op hoofdlijnen dat binnen de budgettaire kaders tot stand komt met betrokkenheid van het zorgkantoor, de patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten (...)" en, meer specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg als een "consensusdocument van de betrokken partijen" (TK 1998/1999a). Deze regiovisie kan dus een belangrijk instrument zijn voor het

door alle regionale partijen gezamenlijk ontwikkelen van een onderling samenhangend voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen. Door haar betrokkenheid hierbij kan de provincie een centrale rol spelen bij de totstandkoming van dergelijk beleid. Daarnaast heeft zij door deze betrokkenheid ook een goed zicht op de onderlinge verhoudingen binnen de beleidsnetwerken en de gevolgen daarvan voor de beleidsontwikkeling. Op het niveau van de provinciale overheid is dus, naar verwachting, veel informatie over het functioneren van de regionale beleidsnetwerken aanwezig – informatie die een belangrijke aanvulling kan vormen op de gegevens die uit de hiervoor besproken enquête naar voren zijn gekomen.

De provinciale overheden maken zelf geen deel uit van de regionale beleidsnetwerken. De informatie die van hen verkregen zou moeten worden, kan daarbij ook niet zo eenvoudig aan de hand van een gestandaardiseerde lijst worden vergaard. Daarom is besloten om voor het onderzoek onder de provincies een andere methode te hanteren en wel die van het open vraagesprek. In de periode juli-oktober 2000 is dan ook een reeks gesprekken gevoerd met de voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid verantwoordelijke ambtenaren in alle Nederlandse provincies. In deze gesprekken is gevraagd naar de gang van zaken bij de totstandkoming van de diverse regiovisies in hun werkgebied, de rol van de provincie daarbij en naar eventueel eigen door de provinciale overheid geëntameerd beleid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.¹⁶

5.4.3 Analyse en rapportage

In de hiernavolgende hoofdstukken zal aan de hand van de onderscheiden delen van de vragenlijst over de uitkomsten van het actorenonderzoek worden gerapporteerd. Daarbij zal in hoofdstuk 6 eerst een beschrijving worden gegeven van de diverse actoren die, idealiter, deel zouden nemen aan de regionale netwerken in het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Op basis van een analyse van de onderzoeksdata naar type actor zal voor elk van de actoren worden aangegeven over welke (voornamelijk materiële) krachtbronnen deze kunnen beschikken.¹⁷ Vervolgens zal worden beschreven welke gevolgen de beschikbaarheid van deze bronnen hebben voor de onderlinge verhoudingen binnen de netwerken en wat daarvan de consequentie kan zijn voor de meningsvorming binnen de netwerken en voor de (mogelijkheid tot) sturing.

In hoofdstuk 7 wordt daarna, eveneens op basis van een analyse naar type actor, ingegaan op de meningen van deze actoren over de diverse uitgangspunten die aan (aspecten van) het beleid van de rijksoverheid ten grondslag liggen. Dit leidt tot een beschrijving van de sterkte van het draagvlak voor dit beleid bij de diverse actoren afzonderlijk. De uitkomsten hiervan worden vervolgens in relatie gebracht met de bevindingen over de verhoudingen binnen de netwerken zoals deze in hoofdstuk 6 zijn beschreven. Dit mondt uit in de formulering van enkele verwachtingen ten aanzien van de sterkte van het draagvlak voor het vermaatschappelijkingsbeleid op het niveau van de netwerken. Hoofdstuk 8 gaat in op de informatie die de actoren hebben gegeven over de projecten en voorzieningen op het terrein van de vermaatschappelijking waarbij zij betrokken zijn. Daarbij wordt opnieuw op basis van een analyse naar type actor nagegaan of er voor deze voorzieningen en projecten wordt samengewerkt; zo ja, met wie en in welke vorm, welke omvang hebben deze voorzieningen en hoe worden zij gefinancierd en

doen zich daarbij per type actor bepaalde patronen voor. De keuzes in voorzieningen-aanbod en de daarbij eventueel voorkomende samenwerking worden daarbij beschouwd als indicatie voor de mate waarin en de wijze waarop de actoren deelnemen aan een gezamenlijk overleg- en afstemmingscircuit. Het is immers waarschijnlijk dat intensieve, veelvuldige en structurele samenwerking tussen actoren eerder zal samengaan met gezamenlijk overleg dan een enkelvoudig ad hoc contact.¹⁸ Deze uitkomsten over het gedrag van de diverse typen actoren worden vervolgens getoetst aan de verwachtingen die in hoofdstuk 7 zijn geformuleerd.

In hoofdstuk 9 ten slotte wordt aan de hand van een analyse per regio nagegaan of de in de hoofdstuk 8 beschreven projecten en voorzieningen en de zich daarbij voordoende samenwerkingsrelaties (ook) beïnvloed worden door regionale kenmerken. De regionale kenmerken die hierbij aan de orde komen, zijn de mate van overlap tussen de werkgebieden van de diverse instellingen en het samenvallen van de grenzen hiervan met de grenzen van de WZV-regio's, het al of niet gefuseerd zijn van de geestelijke gezondheidszorginstellingen in de betrokken regio's, en de gang van zaken rond de regiovisie. Met name bij dit laatste onderwerp wordt ook gebruikgemaakt van de informatie uit het onderzoek onder de provinciale ambtenaren.

De reeks hoofdstukken over het landelijke actorenonderzoek zal worden afgesloten met een samenvattend overzicht van de uitkomsten. Op basis hiervan worden conclusies getrokken over de sterkte van draagvlak en draagkracht bij de institutioneel betrokkenen bij het vermaatschappelijkingsbeleid en over de consequenties hiervan voor de verdere beleidsontwikkelingen. Deze consequenties zullen opnieuw aan de orde komen in de slotbeschouwing aan het einde van deze studie.

Noten

- 1 In deze paragraaf zal alleen ingegaan worden op de belangrijkste uitkomsten en dan nog alleen voorzover zij van belang zijn voor de uitwerking van het vervolgonderzoek. Voor een meer gedetailleerde bespreking van het onderzoek wordt verwezen naar de rapportage hierover (Kwekkeboom 1999).
- 2 De nadere uitwerking van deze aspecten komt aan de orde in de volgende paragraaf.
- 3 De vier onderscheiden aspecten geven, uiteraard, niet een volledig dekkende invulling van de door de overheid nagestreefde vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Wel kunnen zij elk opgevat worden als een indicatie voor de wijze waarop elke in het onderzoek betrokken actor deze vermaatschappelijking interpreteert en aan welke interpretatie de voorkeur wordt gegeven.
- 4 Zoals bij elke ontwikkeling van een (gestandaardiseerde) onderzoeksmethode, hebben zich ook hier echter gaandeweg diverse belemmeringen en problemen voorgedaan. De gevolgen van deze hindernissen voor de waarde van de gekozen onderzoeksmethode en de lering die hieruit voor een eventueel vervolg getrokken kan worden, zullen worden besproken in bijlage A: Het gestandaardiseerd onderzoeken van beleidsnetwerken.
- 5 De daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek (opmaak en drukken van de vragenlijst, uitvoering van het veldwerk en opmaken van een databestand) is uitbesteed aan Intomart BV, Hilversum.
- 6 In de navolgende hoofdstukken zal, bij de bespreking van de uitkomsten van het onderzoek, ook nader ingegaan worden op de rol die elk van de hier genoemde type actoren in het geestelijke gezondheidszorgbeleid geacht wordt te spelen.
De huisartsen zijn, ondanks hun belangrijke rol als o.m. 1e lijns hulpverlener en verwijzer, niet als respondent in het onderzoek opgenomen. De beslissing hiertoe is ingegeven door de overweging dat binnen één regio een groot aantal huisartsen actief zijn. Het zou onmogelijk zijn om alle huisartsen voor deelname te benaderen. Daar stond tegenover dat het risico van vertekening door keuze voor een of enkele per regio wel erg groot was.
De huisartsen zijn overigens wel opgenomen als antwoordmogelijkheid bij de vragen naar samenwerkingspartners. Uit de antwoorden kwam naar voren dat zij slechts door een minderheid van de actoren als medebetrokkene bij samenwerking op vier nader benoemde aandachtsvelden zijn genoemd.
- 7 Voor deze selectie is gebruikgemaakt van verschillende adresbestanden, tw. het ledenbestand van GGZ Nederland, het adressenbestand van ZN, *Gids Gemeentebesturen* (uitgegeven door VNG), adressenbestanden van LPR, *Clëntenbond en NPCP*, *de Vademeicum Opvang en Adreslijst maatschappelijke organisaties* (beide uitgegeven door NIZW) en het Jaarboek woningcorporaties. Voor de adressen van instellingen voor arbeidsvoorziening is gebruikgemaakt van het adressenbestand van Intomart BV.
Het zoeken naar (GGZ-)werkgebieden binnen WZV-regio's heeft er overigens wel toe geleid dat van de 27 in de Wet ziekenhuisvoorzieningen onderscheiden regio's er maar 26 in het onderzoek zijn opgenomen.
- 8 Voor dit onderzoek zijn drie typen cliëntenorganisaties onderscheiden, tw.:
 - categorale, instellingsgebonden organisaties, zoals cliënten- of gebruikersraden;
 - categorale, niet-instellingsgebonden organisaties, zoals Cliëntenbond, Pandora, Anois, enz. dan wel (regionale) samenwerkingsverbanden van dergelijke organisaties;
 - niet-categorale, niet-instellingsgebonden cliëntenorganisaties, zoals regionale patiënten en cliëntenplatforms (RP/CP's).
- 9 Een belangrijke reden voor niet-deelname aan het onderzoek was dat de binnen de betrokken instelling of organisatie aangewezen persoon gedurende onderzoeksperiode niet aanwezig was of geen tijd had; deze reden werd 27 keer opgegeven. Daarnaast is door in totaal 51 instellingen deelname aan het onderzoek geweigerd. Tot de overige redenen voor niet-deelname behoorden verder dat bij telefonische benadering geen gehoor werd gevonden (2 keer) en dat het telefonische gesprek werd afgebroken (3 keer).
- 10 In het hiernavolgende zal deze lijst op hoofdpunten worden besproken. Voor de letterlijke tekst van de vragen wordt verwezen naar de verantwoording van het veldwerk (Intomart 2001).

- 11 Om te voorkomen dat een groot deel van de gesprekstijd besteed zou moeten worden aan het opzoeken van cijfermateriaal en dergelijke, zijn de vragen naar budgetten, personeel- en cliëntenbestanden ook opgenomen op een schriftelijke hulpvragenlijst. Deze hulpvragenlijst was, met het verzoek deze bij deelname voor het daadwerkelijke vraaggesprek alvast in te vullen, meege-stuurd met de wervingsbrief. Voor elk type actor was, uiteraard, een aparte versie van de hulpvragenlijst opgemaakt.
- 12 Dit vragenblok is niet voorgelegd aan vertegenwoordigers van lokale overheden en algemene instellingen die eerder hadden geantwoord (in het geheel) geen beleid/voorzieningenaanbod te ontwikkelen voor mensen met (langdurige) psychische problemen.
- 13 Per aandachtsgebied kon tevens worden aangegeven welke accenten daarbinnen werden gelegd. De geboden antwoordcategorieën hiervoor waren:
 - I Versterking/ondersteuning zorgverlening aan huis: 1) psychiatrische thuiszorg/ gespecialiseerde gezinszorg; 2) (ambulante) woonbegeleiding; 3) casemanagement/ zorgcoördinatie; 4) maatjesprojecten/vriendendiensten.
 - II Versterking van de huisvestingssituatie van de psychiatrische patiënten: 1) zelfstandige huisvesting in wijk (individuele woningen); 2) specifieke woonprojecten in wijk (groepswoners); 3) voorzieningen voor beschermd wonen; 4) huizen/appartementen/kamer voor begeleid wonen.
 - III Vergroting arbeidsmarktparticipatie van psychiatrische patiënten: 1) dagbestedingscentra; 2) werkvoorziening binnen instelling/organisatie; 3) sociale werkvoorziening; 4) jobcoaching; 5) trajectbegeleiding.
 - IV Openbare geestelijke gezondheidszorg: 1) outreachende hulpverlening; 2) spreekuur op locatie; 3) preventie/voorlichting; 4) aanpak verwaarlozing en vervuiling; 5) consultatie door andere organisaties (bv. politie, GGD, enz.).
- 14 Omdat de opzet van het vraaggesprek zich niet leende voor het verschaffen van gedetailleerde informatie over de diverse voorzieningen en projecten, is de respondenten ook gevraagd naar jaar- of projectverslagen waarin deze gedetailleerde informatie wel was opgenomen.
- 15 Ter wille van de uitgesproken beantwoording zijn deze uitgangspunten wat extremer verwoord dan in formele beleidsnota's gebruikelijk is.
- 16 Voor een meer gedetailleerde bespreking van het provinciale beleid wordt verwezen naar het artikel dat over de uitkomsten van dit deel onderzoek is geschreven (Kwekkeboom 2002).
- 17 Deze en de hierna te bespreken analyses zijn alleen uitgevoerd aan de hand van rechte tellingen en listingprocedures. Het actorenonderzoek leent zich noch qua opzet noch qua uitkomsten voor (geavanceerde) statistische berekeningen.
- 18 De keuze om liever naar samenwerking rond een bepaald voorzieningenaanbod te vragen dan naar (structurele) deelname aan een overlegcircuit is ook ingegeven door eerdere ervaringen in het onderzoek naar de totstandkoming van lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid. In dat onderzoek is wel gevraagd naar de (mate van) deelname aan overlegcircuits en het voorkomen van bestuurlijke samenwerking. Deze vragen bleken echter nauwelijks tot geen bruikbare informatie te genereren. Daarom is besloten om in dit onderzoek naar de meer concrete samenwerking rond voorzieningen te vragen en uit de gegevens hierover informatie over het al dan niet bestaan van overlegcircuits af te leiden (zie ook bijlage A).

6 DE LEDEN VAN HET BELEIDSNETWERK EN HUN ONDERLINGE VERHOUDINGEN

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de actoren die idealiter deel uit zouden moeten maken van de regionale netwerken in het geestelijke gezondheidszorgbeleid, nader worden geïntroduceerd en vervolgens met elkaar worden vergeleken.

Voor de introductie, die plaatsvindt in paragraaf 6.2, wordt in de eerste plaats gebruikgemaakt van de uitkomsten van de diverse 'delen I' van de vragenlijst voor de landelijke enquête (zie hfst. 5, § 5.4.1). Op basis hiervan kan per type actor een beschrijving worden gegeven van het voorzieningenaanbod, kenmerken van de organisatie (omvang van budgetten, formatieruimte en cliëntenbestand) en hun contacten met andere actoren in het beleidsveld. De weergave van deze uitkomsten zal per type actor worden voorafgegaan door een beschrijving van de wijze waarop de betrokken actor momenteel (al) betrokken is bij het voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten dan wel van de betrokkenheid die van deze actor (in de toekomst) verwacht wordt. Deze beschrijving is gebaseerd op informatie uit beleidsnota's en (onderzoeks)literatuur over dit onderwerp.

Een deel van de hier beschreven actoren én hun (verwachte) rol in het geestelijke gezondheidszorgbeleid zijn ook in de verkennende fase van het actorenonderzoek aanbod geweest. Daarom is het ook mogelijk om, in voorkomende gevallen, in te gaan op ontwikkelingen in de tijd, in casu de twee jaar tussen verkennend (1998) en landelijk (2000) onderzoek. De informatie over de diverse actoren die op de een of andere manier betrokken zijn bij het voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten alsmede over dit voorzieningenaanbod zelf, vormt tevens een aanvulling op de informatie over aanbod en gebruik van de (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg die in hoofdstuk 2, paragraaf 2.3 is gegeven.

Voor de opzet van de volgende paragraaf is voortgebouwd op de structuur van de voor het onderzoek gebruikte vragenlijst. Dit heeft tot gevolg dat de instellingen en organisaties waarvoor afzonderlijke 'delen I' in de vragenlijst waren opgesteld – te weten de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de lokale overheden, de zorgkantoren en de cliëntenorganisaties – elk apart zullen worden besproken. De algemene instellingen worden tezamen behandeld. Daarbij zal echter wel een onderverdeling worden aangebracht tussen de (niet-categorale) instellingen op het terrein van de maatschappelijke en gezondheidszorg enerzijds (maatschappelijke opvang, AMW, thuiszorg en GGD) en die op de terreinen wonen en werk (corporaties en instellingen voor arbeidsvoorziening) anderzijds.

Zoals bij de bespreking van de vragenlijst in het vorige hoofdstuk al is uiteengezet, was het belangrijkste doel van het eerste deel van deze lijst inzicht te krijgen in de draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid van de diverse actoren afzonderlijk.

De uitkomsten die in paragraaf 6.2 worden besproken, geven dan ook antwoord op de vraag naar deze draagkracht, zoals deze in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3 is geformuleerd:

- Zijn deze actoren momenteel betrokken bij het voorzieningenaanbod voor mensen met psychiatrische patiënten en zo ja, over welke de bronnen (financiële middelen, gebouwen, personeel, deskundigheid, enz.) kunnen zij hiervoor beschikken?

Van de actoren wordt, zoals gezegd, verwacht dat zij tezamen een regionaal netwerk in het geestelijke gezondheidszorgbeleid zouden vormen. Voor de bestudering van de beleidsprocessen is het van belang om ook de onderlinge verhoudingen tussen de diverse deelnemers te kennen. Deze onderlinge verhoudingen zijn van belang voor de bepaling van de draagkracht van het netwerk gezamenlijk (hfst. 4). Daarom wordt in paragraaf 6.3 ingegaan op de verschillen in draagkracht tussen de diverse actoren, zoals deze uit de beschrijving in paragraaf 6.2. naar voren is gekomen. Aan de hand van deze verschillen zal worden besproken wat hiervan de gevolgen kunnen zijn voor de onderlinge verhoudingen en de mogelijk hieruit voortvloeiende machtsongelijkheid. Met deze bespreking wordt dus een antwoord gegeven op de meer specifieke vragen over de te bestuderen beleidsnetwerken, die in hoofdstuk 4, paragraaf 4.4 aan de orde zijn gekomen:

- Hoe zijn, uitgedrukt in de aanwezigheid van hulpbronnen per actor (individuele draagkracht), de onderlinge verhoudingen binnen de regionale netwerken?
- Monden deze onderlinge verhoudingen uit in machtsongelijkheid tussen de diverse actoren binnen de netwerken en wat zijn de gevolgen hiervan voor de draagkracht voor het netwerk als geheel?

6.2 De actoren in het geestelijke gezondheidszorgbeleid

6.2.1 De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

De instellingen voor (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg nemen – uit de aard van hun aanbod – het grootste deel van de verleende zorg aan mensen met (langdurige)psychische problemen voor hun rekening. Het ligt niet in de rede te veronderstellen dat dit anders zou zijn als in het kader van het vermaatschappelijkingsbeleid de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg taken zouden overdragen. Er is ook dan immers slechts sprake van een gedeeltelijke overdracht van taken aan de algemene voorzieningen, en dan alleen nog maar van taken die ook nu niet tot de kern van het geestelijke gezondheidszorgaanbod worden gerekend. Welke samenstelling de regionale beleidsnetwerken ook zullen krijgen en hoe zij ook zullen functioneren, de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zullen er een belangrijke positie in (moeten) blijven nemen. Deze instellingen zullen zelf, naar verwachting, de gevolgen van het vermaatschappelijkingsbeleid het sterkst ervaren. Er wordt van hen immers een geheel andere manier van werken verwacht, meer gericht op samenwerking en afstemming en vanuit een andere doelstelling voor de zorgverlening. In het actorenonderzoek is dan ook naar verhouding meer aandacht ingeruimd voor deze geestelijke gezondheidszorginstellingen. Daarvoor zijn ten eerste relatief meer vertegenwoordigers van dit type actor in het onderzoek betrokken. Het aantal geestelijke gezondheidszorginstellingen dat voor deelname benaderd is, is dan ook aanzienlijk hoger dan de aantallen andere actoren.

Ondanks de relatief hoge non-respons onder dit type actor (28%) vormen zij daardoor toch nog altijd veruit de grootste groep onder de respondenten. De deelnemende instellingen is vervolgens ook een uitgebreide versie van 'deel I' van de vragenlijst voorgelegd, uitgebreider dan de versies van dit deel voor de andere typen actoren. Bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is geïnformeerd naar hun organisatiestructuur, voorzieningenaanbod, cliëntenbestand, budgetten en naar de veranderingen hierin in de afgelopen vijf jaar. Ook zijn enkele vragen gewijd aan de cliëntenparticipatie aan het instellingenbeleid. Op deze wijze is getracht om, in aanvulling op en mogelijk contrasterend met de informatie uit hoofdstuk 2, een meer gedetailleerd inzicht te krijgen in de gang van zaken in de sector.

Organisatiestructuur en samenwerkingsrelaties binnen de sector

In hoofdstuk 2 is beschreven dat de diverse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg er in toenemende mate toe overgaan om hun samenwerkingsrelaties structureel vorm te geven in een onderlinge fusie. Deze ontwikkelingen zijn, zo blijkt uit de gegevens over de organisatiestructuur, zeker niet voorbijgegaan aan de instellingen die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Van de in totaal 35 instellingen die in het onderzoek vertegenwoordigd zijn, is namelijk de meerderheid (18) het resultaat van een fusie. In de meeste gevallen ging het daarbij om een zogenoemde Multifunctionele Eenheid (MFE), een decentrale geestelijke gezondheidszorgvoorziening waar zowel (kortdurende) klinische als ambulante zorg geboden wordt.¹

Uit het antwoordenpatroon blijkt dat de aanduiding 'MFE' – in de vragenlijst als antwoordmogelijkheid aangeboden – voor de respondenten zelf niet voldoende is. Voor de omschrijving van het soort geestelijke gezondheidszorginstelling maakten velen namelijk gebruik van de openantwoordcategorie om aan te geven dat de instelling zowel een 'MFE' als een APZ, Riagg, RIBW of een combinatie van deze was. Een en ander duidt erop dat de tamelijke rekkelijke term MFE, die indertijd in de nota *Onder anderen* (TK 1992/1993b) is ingevoerd, van toepassing wordt geacht op onderling uiteenlopende voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Deze bevinding komt overeen met die uit een in 2000 uitgevoerd onderzoek naar het functioneren van de huidige MFE's. Uit dit onderzoek blijkt ook dat onder de noemer MFE een zeer heterogeen aanbod aan geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen schuilgaat (Bakker, Hoeksma en Schutte 2000: hfst. 2).²

Onder de (nog) zelfstandige geestelijke gezondheidszorginstellingen die deelnamen aan het onderzoek bevond zich een APZ en verder tien RIBW's en vier Riagg's. Hiervan waren het APZ, twee RIBW's en twee Riagg's betrokken bij een voorbereiding tot fusie. Ook deze uitkomsten komen overeen met het landelijke beeld dat beschrijft dat de instellingen voor beschermd wonen naar verhouding minder vaak betrokken zijn bij de fusies in de geestelijke gezondheidszorg dan de andere voorzieningen (zie hfst. 2, § 2.3.1).

Uit de antwoorden op de vraag welke typen geestelijke gezondheidszorginstellingen bij de fusie betrokken waren of worden, blijkt opnieuw dat fusies het vaakst voorkomen tussen APZ's en Riagg's. Andere typen geestelijke gezondheidszorginstellingen doen naar verhouding minder vaak mee (tabel 6.1).

Tabel 6.1 Typen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg die betrokken waren of worden bij fusies (aantal malen genoemd)

APZ	15
PAAZ	3
RIBW	7
Riagg	20
forensische inrichting	2

Bron: SCP (VGG'00)

Er werd in totaal vijf keer melding gemaakt van een fusie met instellingen buiten de geestelijke gezondheidszorg; als fusiepartners werden daarbij genoemd instellingen op het terrein van de verslavingszorg, van de maatschappelijke opvang, ouderen- en verstandelijk gehandicaptenzorg.³

Bij het merendeel van de gefuseerde instellingen (10) had de integratie zich voltrokken in de twee jaren voorafgaand aan het onderzoek en was daarmee dus van betrekkelijk recente datum; de voorgenomen fusies zouden uiterlijk in 2001 moeten zijn afgerond.

De werkgebieden van de deelnemende instellingen blijken, mede als gevolg van de diverse fusieprocessen, vaker niet dan wel overeen te komen met de regio-indeling volgens de WZV. Uit de antwoorden blijkt namelijk dat bij slechts acht instellingen hun werkgebied samenvalt met een WZV-regio, bij zestien omvat het werkgebied een deel van de WZV-regio en bij tien juist (delen van) meerdere van dergelijke regio's. Het aantal inwoners van de werkgebieden loopt behoorlijk uiteen, van 31.000 tot 750.000.

De al dan niet gefuseerde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg werken veelvuldig samen met andere geestelijke gezondheidszorginstellingen, binnen of buiten de eigen (WZV-)regio. Doelen van dergelijke samenwerking zijn vooral de ontwikkeling van een gezamenlijke indicatiestelling en het ontwikkelen van projecten ten behoeve van specifieke groepen (tabel 6.2).

Tabel 6.2 Onderwerpen samenwerking andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (aantal malen genoemd)

centrale intake	11
gezamenlijke indicatiestelling	25
ketenzorg	19
projecten rond specifieke groepen	28
anders	9

Bron: SCP (VGG'00)

Uit de 'open' antwoorden die gegeven werden bij deze vraag blijkt dat de categorie 'specifieke groepen' een bont spectrum aan aandachtscategorieën omvat. Van deze werden vooral korsakovpatiënten, autisten, asielzoekers en dak- en thuislozen vaak genoemd. Daarnaast werd melding gemaakt van samenwerking rond mensen met eetstoornissen, jongeren met psychische problemen, ouderen en gehoorgestoorden.

Onder de categorie 'anders' valt eveneens een bonte verzameling samenwerkingsprojecten. Genoemd zijn onder meer: gezamenlijke consultatie ten behoeve van huisartsen, ontwikkeling van lokale zorgnetwerken, opzetten woonproject voor vrouwen en het ontwikkelen van seksespecifieke hulpverlening. Uit de antwoorden komt verder naar voren dat bij deze samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorginstellingen ook vaak niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen (algemene ziekenhuizen, maatschappelijke opvang) betrokken zijn.

Behalve met geestelijke gezondheidszorginstellingen wordt door twee derde van de geestelijke gezondheidszorginstellingen ook samengewerkt met vrijgevestigde psychiaters of psychologen in het eigen werkgebied. Daarbij gaat het vrijwel altijd om doorverwijzing, maar in de helft van de gevallen gaat deze doorverwijzing gepaard aan ketenzorg en kunnen de cliënten dus tevens bij de geestelijke gezondheidszorginstelling zelf in behandeling blijven.

(Behandel)capaciteit en budgetten

Om enig zicht te krijgen op het voorzieningenaanbod van de deelnemende geestelijke gezondheidszorginstellingen en (daarmee) op de positie die zij binnen het regionale beleidsnetwerk innemen, zijn in de vragenlijst enige vragen opgenomen over het voorzieningenaanbod, de capaciteit en het budget van deze instellingen. Daarbij is gevraagd aan te geven of zich hierin de afgelopen vijf jaar (grote) veranderingen hebben voorgedaan. Bij de interpretatie van de uitkomsten van dit deel van het onderzoek moet bedacht worden dat het gaat om soms zeer globale indicaties. Een deel van de respondenten was niet (volledig) op de hoogte van dergelijke instellingsgegevens en anderen gaven aan dat de gevraagde cijfers door diverse omstandigheden niet te leveren waren. Daarnaast was, zoals hierboven al is aangegeven, het merendeel van de deelnemende instellingen juist in de gegeven periode van vijf jaar, betrokken geweest bij een fusie.

Uit de antwoorden valt eerst en vooral op, dat de deelnemende instellingen onderling sterk verschillen in de (behandel)capaciteit en formatieruimte. Deze verschillen zijn het grootst bij de intramurale capaciteit. Slechts één instelling heeft een capaciteit van minder dan 250 bedden, van twaalf instellingen is deze capaciteit groter dan 500 bedden. Gezien de al eerder vastgestelde diversiteit in deelnemende instellingen (van MFE tot integraal geestelijke gezondheidszorgconcern) is dit echter niet verwonderlijk.

Opvallender is dat, in ieder geval in de beleving van de respondenten, de capaciteit en formatieruimtes van het merendeel van de instellingen is toegenomen in vergelijking met vijf jaar geleden. Dit geldt ook, zij het minder sterk, voor de intramurale capaciteit. Dit lijkt in tegenstelling te staan tot het overheidsstreven om deze intramurale capaciteit te reduceren. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat deze vraag per abuis is beantwoord voor het onderdeel waaraan de respondent verbonden was en niet voor de (gefuseerde) geestelijke gezondheidszorginstelling als geheel. Met name de MFE's hebben niet zelden 'bedden' overgenomen van het APZ waar zij uit voortkomen.

De capaciteit voor begeleid zelfstandig wonen lijkt, in lijn met de beleidsvoornemens in deze, inderdaad het vaakst te zijn toegenomen (tabel 6.3).

Tabel 6.3 (Behandel)capaciteit deelnemende instellingen en veranderingen daarin ten opzichte van vijf jaar geleden, naar type voorzieningenaanbod

	minimum	maximum	verandering t.o.v. 5 jr. geleden		
			meer	gelijk	minder
bedden/plaatsen intramurale behandeling	70	1.195	11	3	7
'stoelen'/plaatsen deeltijdbehandeling	38	187	10	8	1
plaatsen begeleid zelfstandig wonen	12	400	14	3	–
plaatsen beschermd wonen	20	309	12	5	2
formatieplaatsen ambulante of transmurale					
geestelijke gezondheidszorg (in fte)	2	550	15	7	–

Bron: SCP (VGG'00)

De gegevens over de samenstelling van het cliëntenbestand van de deelnemende instellingen bevestigen de tendens naar toenemende integratie van het voorzieningenaanbod. Het aantal instellingen dat alléén langdurig opgenomen psychiatrische patiënten in het cliëntenbestand heeft, is beperkt tot één, zoals het aantal dat alleen ambulante patiënten kent niet meer dan drie omvat. De overige instellingen hebben een meer of minder 'gemengd' cliëntenbestand. Een vergelijking van de samenstelling van het huidige bestand met die van vijf jaar geleden leert bovendien dat met name het aandeel langdurig opgenomen patiënten bij een ruime meerderheid van de instellingen is afgenomen. Het aandeel kortdurend opgenomen patiënten en vooral het aandeel cliënten dat begeleid zelfstandig woont, zijn – opnieuw geheel in lijn met het beleidsstreven – in diezelfde periode toegenomen (tabel 6.4).

Tabel 6.4 Samenstelling cliëntenbestand deelnemende instellingen (in procenten van het totaal) en veranderingen daarin ten opzicht van vijf jaar geleden (aantal malen genoemd), naar type voorzieningenaanbod

	minimum	maximum	verandering t.o.v. 5 jr. geleden		
			meer	gelijk	minder
aandeel langdurig opgenomen patiënten	1	100	–	6	15
aandeel kortdurend opgenomen patiënten	1	65	10	8	2
aandeel cliënten begeleid zelfstandig wonen	2	80	16	1	–
aandeel cliënten beschermd wonen	2	76	8	5	4
aandeel cliënten ambulant behandeld	1	100	9	8	–

Bron: SCP (VGG'00)

De verschillen in budgetten waarover de diverse instellingen kunnen beschikken, weerspiegelen de hiervoor al genoemde verschillen in capaciteit en voorzieningenaanbod. Het totale budget van de 'rijkste' instelling is ongeveer 20 keer zo groot als dat van de 'armste'. De verschillen worden nog groter als gekeken wordt naar de afzonderlijke posten; de personeelsbudgetten liggen nog het minst uiteen, maar het grootste personeelsbudget is wel ruim 30 keer groter dan het kleinste (tabel 6.5).

Tabel 6.5 Budgetten van de deelnemende geestelijke gezondheidszorginstellingen, totaal en uitgesplitst naar diverse posten (in guldens)

	minimum	maximum
totaal	4.396.000	90.000.000
personeel	2.690.000	86.000.000
gebouwen	100.000	42.000.000
overig	500.000	52.560.000

Bron: SCP (VGG'00)

De budgetten zijn voor circa een derde van de instellingen sinds de afgelopen vijf jaar dezelfde gebleven, voor ongeveer de helft echter zijn zij met gemiddeld ruim 25% verhoogd.

In hoofdstuk 2 is al ingegaan op de ruimhartige wijze waarop de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg afspraken hebben gemaakt over de besteding van (eigen) middelen aan nieuwe voorzieningen. Ook de instellingen die aan het onderzoek deel hebben genomen, hebben anno 2000 ruim van de mogelijkheid tot substitutie gebruikgemaakt. Zij zeggen gemiddeld 10% van hun budget te besteden aan projecten op het terrein van zorgvernieuwing of zorg op maat.

Voor vrijwel alle door de AWBZ-gefinancierde voorzieningen bestaan wachtlijsten (SCP 2000: 229) en zo ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Uit een eerste inventarisatie blijkt dat er begin 2001 ongeveer 70.000 mensen op een wachtlijst voor geestelijke gezondheidszorg stonden (Psy 2001). De problematiek van de wachtlijsten in de zorg is ook de instellingen uit dit onderzoek niet voorbijgegaan. Ondanks de vrij breed gemelde uitbreiding van capaciteit en budget blijkt een ruime meerderheid van hen zelf te maken te hebben met wachtlijsten. De omvang van deze lijsten loopt uiteen van 6 tot 900 wachtenden, met een gemiddelde van ruim 170. In een enkel geval betekende dit een wachttijd van twee jaar, maar gemiddeld bedroeg de wachttijd, voorzover bekend, circa zeven maanden. Iets minder dan de helft van de instellingen die met wachtlijsten te maken hebben, hebben afspraken gemaakt met geestelijke gezondheidszorginstellingen in andere regio's, zodat cliënten eventueel bij deze instellingen in behandeling kunnen worden genomen. Ruim de helft van instellingen zegt zelf ook cliënten uit andere regio's over te nemen als zich daar wachtlijsten voordoen. Bij vier instellingen gebeurt dat zelfs zeer regelmatig.

Cliënten-/gebruikersparticipatie

In de gehele gezondheidszorg en dus ook in de geestelijke gezondheidszorg, wordt een groot belang gehecht aan de betrokkenheid van de gebruikers van deze zorg bij het beleid en de ontwikkeling van het voorzieningenaanbod. Het bevorderen van deze betrokkenheid is zelfs een van de speerpunten in het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid (TK 1998/1999a). De doelstellingen uit het (algemene) consumenten- en patiëntenbeleid (zie TK 1998/1999a) alsmede de daaruit voortkomende Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Staatsblad 1996) zijn dan ook onverkort van

toepassing op de geestelijke gezondheidszorg. Gezien de uit deze wet voortvloeiende verplichting een cliënten- of gebruikersraad op te richten, hoeft het niet verwonderlijk te zijn dat vrijwel alle instellingen (32) opgeven een eigen raad te kennen⁴. Bij 28 instellingen kan deze cliënt- of gebruikersraad een bindende voordracht doen voor het lidmaatschap van de Raad van Toezicht van de instelling. Naast deze instellingsgebonden cliëntenvertegenwoordiging wordt door 32 van de respondenten ook 'overleg met regionale cliëntenorganisaties' genoemd als wijze om de zorgvragers bij het instellingenbeleid te betrekken⁵.

De wijze waarop de cliënten-/bewonersraad door de instelling wordt gefaciliteerd, verschilt weliswaar per instelling, maar er lijkt geen voorkeur te bestaan voor een van de drie in de vragenlijst opgenomen structurele vormen van ondersteuning. Deze werden vrijwel even vaak genoemd (tabel 6.6).

Tabel 6.6 Wijze van faciliteren van werkzaamheden cliëntenraad (aantal malen genoemd)

cliëntenraad krijgt eigen budget	17
cliëntenraad is professionele ondersteuning toegewezen	16
cliëntenraad heeft beschikking over eigen ruimte	15

Bron: SCP (VGG'00)

In het antwoordenpatroon bij deze vraag viel het overigens wel op dat sommige instellingen meerdere manieren van ondersteuning noemden, terwijl bijna de helft (15) van de instellingen die wel opgaven een eigen cliënten- of gebruikersraad te kennen, geen enkele manier noemden. Deze lijken hun raad helemaal niet of hoogstens incidenteel bij te staan.

De instellingen lijken ook niet erg actief in het informeren van hun cliëntèle over het bestaan van de cliënten- /bewonersraad van de instelling. In totaal achttien instellingen gaven op hier geen actief beleid in te voeren en het dus geheel aan de cliëntenraad zelf over te laten. Bij slechts zeven instellingen wordt in het intakegesprek melding gemaakt van het bestaan van een cliëntenraad; de meest genoemde wijzen van attenderen zijn redelijk passief (tabel 6.7).

Tabel 6.7 Wijze van attenderen individuele cliënt op bestaan cliëntenraad (aantal malen genoemd)

wordt bij intakegesprek gemeld	7
brochure over cliëntenraad is standaard opgenomen in informatiepakket	14
brochures cliëntenraad ligt in wachtkamer/bij receptie	11
er hangen posters in wachtruimte/bij receptie	5
geen van deze manieren, het wordt geheel aan cliëntenraad zelf overgelaten	18

Bron: SCP (VGG'00)

Een en ander wekt de indruk dat het betrekken van de cliënten bij het instellingenbeleid voor zeker de helft van de instellingen zelf ophoudt bij het installeren van een cliëntenraad. Van een actieve attendering op het bestaan van een cliëntenraad en daarmee

op de mogelijkheid voor cliënten om bij het beleid van de instelling betrokken te worden, lijkt nauwelijks sprake. Ook actieve ondersteuning van de raden wordt slechts door niet meer dan de helft van de deelnemende instellingen genoemd. Daarmee zouden klachten van cliënten zelf over hun geringe mogelijkheden tot inspraak, zoals deze naar voren is gekomen uit ander onderzoek (Kwekkeboom 1999: 154; Bakker, Hoeksma en Schutte 2000: 46) worden bevestigd.

6.2.2 De cliëntenorganisaties

De bevordering van de cliëntenparticipatie is dus, zoals hiervoor al aangehaald, een van de speerpunten in het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid. Dat dit (nog altijd) een speerpunt is, ondanks een al meer dan dertig jaar klinkende roep om meer invloed op het beleid (Heerma van Voss 1983; Dercksen en van 't Hof 1996), geeft al aan hoe moeizaam deze participatie verwezenlijkt kan worden. Uit de verkenning van het vermaatschappelijkingsonderzoek is dan ook naar voren gekomen dat de cliëntenorganisaties niet of nauwelijks betrokken worden bij het overleg over het regionale beleid en voorzieningenaanbod. En dat terwijl deze cliëntenorganisaties in elke zinsede over het regionaal georganiseerde overleg als derde partij, naast aanbieders en financiers, genoemd wordt. Tegelijkertijd echter moest worden vastgesteld dat de (categorale) cliëntenorganisaties zelf zich ook blijven oriënteren op de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en nauwelijks contacten zoeken met organisaties buiten deze sector. Ook lijkt de cliëntenbeweging zelf bij te dragen aan een zwakke positie door onderlinge tegenstellingen zwaarder te laten wegen dan gezamenlijke belangenbehartiging (Kwekkeboom 1999: 152). Een en ander was reden te meer om ook in de tweede fase van het actorenonderzoek uitgebreid aandacht te besteden aan de georganiseerde belangenbehartiging van gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg. Dit heeft geresulteerd in een specifiek 'deel I' van de vragenlijst, met daarin vragen over het budget, het eigen voorzieningenaanbod en aard en inhoud van de relaties met andere actoren in de regio.

In hoofdstuk 5 is beschreven hoe bij de samenstelling van de adreslijst is gezocht naar een evenredige verdeling over drie typen cliëntenorganisaties, te weten: de instellingsgebonden, categorale cliënten- of gebruikersraden, de niet-instellingsgebonden cliëntenorganisaties en de algemene patiënten- en consumentenplatforms. Op deze wijze was geprobeerd een zo breed mogelijk spectrum cliëntenorganisaties in het onderzoek te betrekken. Uiteindelijk bleek slechts echter iets meer dan de helft (18) van de benaderde belangenbehartigingsorganisaties bereid om aan het onderzoek deel te nemen. Onder hen waren de (algemene) RP/CP's bovendien ruim in de meerderheid (tabel 6.8).

Tabel 6.8 Respons cliëntenorganisaties, verdeeld over de verschillende typen

voor deelname benaderd	31
daadwerkelijk deelgenomen	18
waarvan: categoriaal, instellingsgebonden	4
categoriaal, niet-instellingsgebonden	3
RP/CP	11

Bron: SCP (VGG'00)

Dit heeft tot gevolg dat de informatie over de cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg toch vooral gebaseerd is op informatie die is verkregen van de algemene platforms. Deze worden door de categorale organisaties zelf, zo is gebleken, niet altijd beschouwd als de 'ideale' belangenbehartiger.

Functioneren cliëntenraden

Aan het (kleine) aantal instellingsgebonden cliëntenorganisaties zijn enkele vragen voorgelegd over de manier waarop de leiding van de instellingen hen betrok bij het overleg en over de wijze waarop zijzelf de potentiële leden van hun achterban benaderden. Bij de vier aan een instelling gebonden cliëntenraden ging het om drie centrale cliëntenraden gefuseerde geestelijke gezondheidszorginstelling en om een cliëntenraad van een Riagg. Elk van deze vier gaf op minstens een maal per kwartaal te overleggen met de leiding van de instelling en dat deze vergaderfrequentie van tevoren was vastgelegd. De vier raden mochten alle gebruikmaken van de facilitaire diensten van de instelling zelf, drie konden bovendien beschikken over een eigen vergader-/spreekruimte en een eigen budget dat naar eigen inzicht was te besteden. Twee raden meldden daarnaast dat de instelling voor hen een ondersteuningsfunctionaris betaalde. Deze functionarissen hadden een aanstelling van 10 respectievelijk 22 uur. Deze opgaven van de zijde van de cliëntenraden zelf geven dus een iets positiever beeld van de door de instellingen geboden ondersteuning. Het gaat hier echter om informatie van het zeer kleine aantal raden dat aan het onderzoek heeft meegedaan. Het is maar de vraag of hun positie representatief is voor die van de andere cliëntenraden in Nederland. Wellicht is hun bereidheid tot deelname juist te verklaren uit hun gunstige (uitzonderings)positie⁶.

Volgens de raden werden de medecliënten op de diverse manieren geattendeerd op het bestaan van de raad. Het klaarleggen van brochures over de cliëntenraad in de wachtkamer of bij de receptie van de geestelijke gezondheidszorginstelling werd door alle vier de raden genoemd (tabel 6.9).

Tabel 6.9 Wijze van attenderen individuele cliënten op bestaan cliëntenraad (aantal malen genoemd)

informatiebrochure maakt standaard onderdeel uit van	
informatiepakket van instelling	2
raad deelt brochures zelf uit	1
brochures cliëntenraad ligt in wachtkamer/bij receptie	4
er hangen posters in wachtruimte/bij receptie	2
Bron: SCP (VGG'00)	

'Personeelsbestand' en budgetten

Zoals ook bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is gedaan, is bij de cliëntenorganisaties geïnformeerd naar de omvang van hun personeelsbestand en van hun budgetten. Tot het personeelsbestand is bij dit type actoren ook het vrijwilligersbestand gerekend; belangenbehartiging is immers meestal een zaak van vrijwilligers. Net zoals dat bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg het geval was, kan aan de antwoorden hier geen absolute waarde worden toegekend. Zij zijn alleen maar

indicatief voor de bronnen waarover de organisaties – en dan vooral in hun eigen ogen – kunnen beschikken.

Gezien de geheel verschillende typen cliëntenorganisaties die in het onderzoek zijn opgenomen – de ene organisatie vertegenwoordigt immers alleen de leden van een regionale afdeling van een toch al niet omvangrijke landelijke vereniging, de andere alle (potentiële) zorggebruikers in een regio – is het niet verwonderlijk dat de (geschatte) omvang van bijvoorbeeld vrijwilligersbestand, personele bezetting en budgetten sterk uiteenlopen. De organisaties mogen dan alle tot doel hebben de belangen van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg te behartigen, de middelen die hun daartoe ter beschikking staan lopen wel erg uiteen. Zo werken alle cliëntenorganisaties die aan het onderzoek hebben deelgenomen met vrijwilligers, maar waar de ene kan 'beschikken' over een team van 75 actieve vrijwillige medewerkers, moet de andere het er met één doen. Ongeveer de helft van de organisaties gaf op dat deze vrijwilligers gemiddeld niet meer dan 4 uur per week aan dit werk besteden, in een enkel geval kwam echter ook een inzet van 10 tot 15 uur per week voor. 16 organisaties gaven op dat zij ook (meerdere) beroepskrachten in dienst hebben. Ook nu liep de omvang van de aanstellingen van deze sterk uiteen: van 10 tot 360 (= 10 fte) uur per week. En zoals de (geschatte) omvang van de diverse achterbannen divergeren tussen 8 en 65.000 leden, deden dat de (geschatte) jaarbudgetten dat tussen 6.000 gulden en 1.300.000 gulden⁷.

De belangrijkste inkomstenbronnen voor de cliëntenorganisaties waren (uiteeraard) de provinciale subsidies respectievelijk de bijdragen van de instellingen⁸. Deze budgetten werden voor sommige organisaties aangevuld met bijdragen van het zorgkantoor, de landelijke koepel en gemeentelijke subsidies.

In de antwoorden op de vragen naar de omvang van het vrijwilligersbestand, formatieruimte, ledenbestand en budgetten was overigens geen duidelijk patroon terug te vinden. Onder zowel de RP/CP's als de categorale cliëntenorganisaties waren in alle opzichten 'rijke' en 'arme' vertegenwoordigers terug te vinden. Zowel het laagste als het hoogste opgegeven budget hoorden toe aan een RP/CP. De budgetten waarover de deelnemende instellingsgebonden raden konden beschikken liepen uiteen van 10.000 gulden tot 250.000 gulden.

Activiteiten en voorzieningenaanbod

De organisaties die aan het onderzoek hebben deelgenomen, houden zich, uiteraard, alle bezig met de collectieve belangenbehartiging van (onder andere) gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg. Zeven van hen bieden daarnaast in voorkomende gevallen ook steun aan individuele zorgvragers.

Tien organisaties houden zich niet alleen bezig met belangenbehartiging, maar zijn ook betrokken bij het opzetten/exploiteren van voorzieningen voor hun achterban. In de meeste gevallen (zeven maal genoemd) ging het daarbij om vormingsactiviteiten (zoals kadercursussen) of informatieverstopping. Ook waren de cliëntenorganisaties zelf actief in het opzetten van recreatief aanbod (inloophuis), bieden van computer- en kopieerfaciliteiten en het organiseren van lotgenotencontact.

In de rapportage over de verkennende fase van het actorenonderzoek is melding gemaakt van de inspanningen van het Landelijk Coördinatiepunt Cliëntenbeheer en Innovatie (LCCI) om de rehabilitatie van (ex-)psychiatrisch patiënten te bevorderen door middel van het stimuleren en ondersteunen van projecten die vooral of uitsluitend door deze (ex-)patiënten worden beheerd. De belangenbehartigingsorganisaties die in het verkennende onderzoek waren betrokken, bleken (nog) niet erg actief te zijn in het zelf opzetten en uitvoeren van dergelijke 'consumer- run'-projecten (Kwekkeboom 1999: 158). De uitkomsten van de tweede fase laten, twee jaar later, een geheel ander beeld zien. Twee derde van de bij deze fase betrokken cliëntenorganisaties zeggen momenteel al consumer-runactiviteiten te ondersteunen en nog eens vier zijn van plan dit te gaan doen.

Voor het door de cliëntenorganisaties geboden of ondersteunde voorzieningenaanbod wordt door de meeste van hen samengewerkt met andere instellingen en cliëntenorganisaties. Deze samenwerking lijkt (nog?) wel bij voorkeur binnen de 'eigen' geestelijke gezondheidszorgwereld gezocht te worden; van samenwerking met partijen buiten deze wereld wordt de helft minder vaak melding gemaakt (tabel 6.10). Dit lijkt erop te wijzen dat een bredere oriëntatie op niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen nog niet erg is ingeburgerd.

Tabel 6.10 Samenwerkingspartners cliëntenorganisaties bij opzetten/exploiteren voorzieningen voor cliënten, inclusief consumer-runactiviteiten (aantal malen genoemd)

instellingen voor geestelijke gezondheidszorg	9
niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen	4
andere cliëntenorganisaties binnen GGZ	7
andere cliëntenorganisaties buiten GGZ	3

Bron: SCP (VGG'00)

In de hiervoor gemelde verkenning was ook geconcludeerd dat de deelnemende cliëntenorganisaties zich in hun contacten toch vooral beperkten tot de geestelijke gezondheidszorginstellingen in de eigen regio. Met de lokale overheden werd nauwelijks tot geen contact onderhouden en ook de andere (beoogde) leden van de regionale netwerken leken de cliëntenorganisaties vrijwel nooit te ontmoeten.

Ook ten aanzien van dit onderwerp wijken de gegevens uit de tweede fase van het onderzoek sterk af van die uit de eerste. De deelnemende cliëntenorganisaties blijken nu namelijk wel regelmatige contacten te onderhouden met de overige partners in de regionale netwerken. Naast de contacten met geestelijke gezondheidszorginstellingen en zorgkantoren gaat het dan vooral om contacten met de lokale overheden en de GGD's. Contacten met huisartsen en corporaties worden het minst genoemd (tabel 6.11). De reden voor het contact was meestal (reguliere) advisering, bijvoorbeeld via een lidmaatschap van een Raad van Advies. Bij de beantwoording werd door een deel van de RP/CP's overigens wel opgemerkt dat zij als regionaal platform niet geacht worden rechtstreeks lokale overheden te adviseren. Deze advisering verloopt dan meestal ook via een lokaal platform van zorggebruikers of lokale patiëntenraad.

Tabel 6.11 Bestaan en reden contacten cliëntenorganisaties met andere instellingen in regio (aantal malen genoemd)

	contact gehad:	i.v.m. individuele consultatie/advisering	(reguliere) advisering	samenwerking/ project
instellingen voor GGZ	14	1	3	4
lokale overheden	11	2	6	1
zorgkantoor	14	2	8	1
huisartsen	5	1	1	–
maatschappelijke opvang	7	4	1	2
thuiszorg/GGV	7	2	2	1
AMW	6	1	1	1
GGD	10	1	4	2
corporaties	3	1	1	1
arbeidsvoorziening	7	2	2	2

Bron: SCP (VGG'00)

Gezien de toch wel opvallende verschillen tussen de uitkomsten van de verkenning en die van het landelijk onderzoek, is bezien of deze veroorzaakt zouden kunnen worden door de oververtegenwoordiging van de RP/CP's in de 'groep' cliëntenorganisaties. Uit het datamateriaal bleek echter dat de breedte van het netwerk van de categorale cliëntenorganisaties niet afwijkt van die van de RP/CP's. Wel zijn de contacten binnen de diverse netwerken wat anders verdeeld. Gezien de kleine aantallen waarover het hier gaat, kunnen daaraan geen conclusies worden verbonden.

6.2.3 De lokale overheden – centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang

Bij de bespreking van de beleidsontwikkelingen in hoofdstuk 2 is aan de orde gesteld dat de rol van de lokale overheden in het formele geestelijke gezondheidszorgbeleid (nog) niet duidelijk is omschreven. De lokale overheden is wel een regiefunctie toegedacht in de ontwikkeling van het OGGZ-beleid, en zij worden tevens verantwoordelijk geacht voor het bereiken van samenhang in het aanbod aan zorg voor de mensen met psychische problematiek in hun gemeente. Hun positie ten opzichte van de aanbieders van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg of die ten opzichte van de belangrijkste financiers van deze zorg, de zorgkantoren, is echter niet uitgewerkt. Desondanks komt uit de diverse, ook meer algemene (overheids)nota's over het te ontwikkelen zorgbeleid naar voren dat de lokale overheden in dit beleid een steeds prominentere plaats wordt toegedacht. Een interdepartementale onderzoeksgroep rond de evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) heeft zelfs voorgesteld om (alle) welzijnsgerelateerde voorzieningen uit de zorg over te hevelen naar de lokale overheden. Deze overheden zouden dan een wettelijke zorgplicht moeten krijgen voor alle mensen met beperkingen die niet in een intramurale voorziening zijn opgenomen. Een werkgroep onder voorzitterschap van het ministerie van VWS werkt deze aanbeveling verder uit (TK 2000/2001d).

Op het moment van het onderzoek omvatten de formele bevoegdheden van de lokale overheden al heel wat taken die meer of minder direct betrekking hebben op de zorg voor mensen met (langdurige) psychische problemen. Zo zijn de lokale overheden op

basis van de Welzijnswet verantwoordelijk voor zowel beleidsontwikkeling als financiering van drie voor deze mensen relevante voorzieningen of beleidsterreinen, te weten: het algemeen maatschappelijk werk, de maatschappelijke opvang, en de (ambulante) verslavingszorg. Daarnaast hebben zij de bredere taak zorg te dragen voor een samenhangend sociaal beleid op lokaal niveau. In dat beleid dient expliciet aandacht te worden gegeven aan kwetsbare groepen, zoals (ex-)psychiatrische patiënten (TK 1998/1999b).

Naast de Welzijnswet zou ook de WVG een beleidskader kunnen bieden voor lokale aandacht voor deze groepen. Ook mensen die om psychische redenen belemmeringen ondervinden in hun deelname aan de samenleving vallen immers onder de reikwijdte van deze wet. De lokale overheden zijn, op grond van de Wet op de sociale werkvoorziening (WSW), Wet integratie werkzoekenden (WIW) en de Wet op reïntegratie van arbeidsgehandicapten (REA) bovendien verantwoordelijk voor het bevorderen van de arbeidsmarktparticipatie voor mensen met een zogenoemde arbeidshandicap. Een psychische belemmering in het vinden of behouden van betaalde arbeid wordt volgens de teksten in deze wetten ook tot de arbeidshandicaps gerekend. Een ander wettelijk kader voor bemoeienis door de lokale overheden met mensen met psychische problemen wordt gevormd door de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), die de lokale overheid verantwoordelijk maakt voor het bewaken en handhaven van de "psychohygiëne". Verder is de lokale overheid belast met het oprichten en onderhouden van regionale indicatieorganen (RIO's), die nu al verantwoordelijk zijn voor de indicatie en toewijzing van een groot deel van de AWBZ-zorg. Als de plannen doorgaan, zullen deze RIO's in de toekomst ook verantwoordelijk zijn voor de indicatie voor langdurige zorgverlening door de geestelijke gezondheidszorg (zie hfst. 2). Uit de verkenning uit 1998 is naar voren gekomen dat de in dat onderzoek opgenomen gemeenten een vrij actieve rol speelden in de ontwikkeling van een voorzieningen-aanbod voor mensen met (langdurige) psychische problemen. Omdat dit aanbod een ring leek te leggen rond het aanbod van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in de regio, is het beleid van de lokale overheden dan ook gekarakteriseerd als 'manchetbeleid' (Kwekkeboom 1999: 192).

De hiervoor gegeven opsomming van de wettelijke kaders die de lokale overheden een (gedeeltelijke) verantwoordelijkheid in de opvang van en zorg voor mensen met psychische problemen geven, wettigen – in combinatie met de bevindingen uit de verkenning – een aparte behandeling in het onderzoek. Daarom is ook voor de lokale overheden een aparte versie van 'deel I' van de vragenlijst opgesteld. In dit deel is onder meer gevraagd naar de organisatiestructuur van deze overheidslaag waar het het beleid rond (ex-)psychiatrische patiënten betreft. Daarbij is tevens (globaal) geïnformeerd naar de beschikbare menskracht en middelen. Gezien het belang van regionale beleidsontwikkeling is ook gevraagd naar de samenwerking met andere gemeenten in de regio en naar de contacten met het regionale zorgkantoor. Omdat van de lokale overheden wordt verwacht dat ook zij aandacht geven aan gebruikersparticipatie, is tevens geïnformeerd naar de wijze waarop (ex-)cliënten van de geestelijke gezondheidszorg bij de ontwikkeling van het gemeentelijk beleid worden betrokken.

Organisatiestructuur en (wettelijk) kader voor het beleid

Zoals blijkt uit de tabel in hoofdstuk 5 was de respons onder de lokale overheden met bijna 80% een van de hoogste. In hetzelfde hoofdstuk is aangegeven dat de verzoeken om deelname waren gericht aan de hoofden van die diensten waarvan op voorhand werd aangenomen dat zij (onder meer) verantwoordelijk zouden zijn voor het beleid op het terrein van de maatschappelijke opvang. Uit de antwoorden op de vraag naar de exacte naam van de betrokken gemeentelijke dienst, blijkt dat de ambtelijke diensten die binnen de onderzochte gemeenten als eerste verantwoordelijk zijn voor dit beleid getooid zijn met zeer uiteenlopende namen, zoals Sector of Dienst samenleving, afdeling Zorg en activering, Directie inwoners of Dienst stadszaken. Uit deze benamingen is niet altijd onmiddellijk af te leiden welke beleidsterreinen deze diensten bestrijken. Daarom is de respondenten gevraagd aan te geven voor welke beleidsterreinen de in het onderzoek betrokken dienst of afdeling (ook) verantwoordelijk is. Uit de antwoorden blijkt dat de meeste diensten in ieder geval bemoeienis hebben met het beleid op de terreinen: maatschappelijke opvang, verslavingszorg, welzijn en gezondheidszorg. In een enkele gemeente vallen ook wat verderaf gelegen beleidsterreinen (onderwijs, cultuur, sociale zaken, sport) onder de reikwijdte van dezelfde dienst.

In slechts één van de deelnemende gemeenten wordt er in het eigen beleid in het geheel geen aandacht geschonken aan mensen met (langdurige) psychische problemen. In twee gemeenten is dit beleid er nog niet, maar zijn er wel al concrete voornemens om daarmee aan de slag te gaan. In de 21 gemeenten waarin al wel beleidsmatige aandacht wordt gegeven aan deze doelgroep gebeurt dat vaak binnen meerdere beleidskaders. Het meest genoemde beleidskader is van de maatschappelijke opvang, gevolgd door het OGGZ-beleid, waartoe gemeenten in het kader van de WCPV verplicht zijn (tabel 6.12).

Tabel 6.12 Beleidskader aandacht lokale overheid voor mensen met psychiatrische problemen (aantal malen genoemd, meerdere antwoorden mogelijk)

algemeen welzijnsbeleid (Welzijnswet)	11
maatschappelijke opvang/verslavingszorg	20
overlastbeleid	11
O(G)GZ	18
anders	3

Bron: SCP (VGG'00)

Vier gemeenten gaven aan binnen elk van de hiervoor genoemde beleidskaders specifiek aandacht te geven aan de groep mensen met psychische problematiek, een enkele volgde daar verder nog het Grote Steden Beleid aan toe.

De gemeenten die in het onderzoek zijn betrokken, mogen dan alle centrumgemeenten zijn en dus tot de grotere gemeenten in Nederland behoren, zij liepen onderling nog altijd sterk uiteen in grootte⁹. Gezien de verschillen in gemeentegrootte en de daarmee samenhangende verschillen in omvang van het ambtelijk apparaat hoeft het niet te

verwonderlijk te zijn dat in de deelnemende gemeenten een zeer uiteenlopend aantal uren aan de ontwikkeling van dit beleid besteed kan worden. In een enkele gemeente was hiervoor nog geen 4 uur per week beschikbaar, terwijl elders meer dan 60 uur per week kon worden vrijgemaakt. Gemiddeld werd door de gemeenten 30 uur per week besteed aan specifiek beleid rond mensen met psychische problematiek.

Ook de omvang van de (op regionaal niveau) beschikbare budgetten voor dit beleid lopen sterk uiteen. Drie gemeenten meldden dat er in het geheel geen (apart) budget beschikbaar was. Eveneens drie gemeenten gaven op dat voor beleid rond deze groep zo'n 10 miljoen gulden op jaarbasis kon worden vrijgemaakt.

De lokale overheden noemden desgevraagd diverse redenen om specifiek beleid voor mensen met psychische problemen te ontwikkelen. Het feit dat dit een verplichting is die voortvloeit uit de taken als centrumgemeente op het beleid van de maatschappelijke opvang werd echter het vaakst genoemd. Een andere veelgenoemde reden was dat de (gemeentelijke) voorzieningen in toenemende mate te maken kregen met mensen die met ernstige psychische problemen te kampen hebben. De betrokken instellingen drongen er dan ook niet zelden bij de overheid op aan dat deze met een eigen beleid zou komen. Dit was in de meeste gemeenten ook meteen de belangrijkste reden. Ook de overlast die mensen met dergelijke problematiek zouden veroorzaken, was voor een belangrijk aantal gemeenten reden om met een eigen beleid te komen. Deze overlast was dan ook, na de verantwoordelijkheid van de gemeenten als centrumgemeente voor maatschappelijke opvang, de belangrijkste aanleiding voor een eigen beleidsontwikkeling. De reden dat de zorg voor mensen met psychische problemen tot het reguliere beleid hoorde en dus tot de (vanzelfsprekende) verantwoordelijkheden van de lokale overheid kon worden gerekend, werd slechts drie keer als belangrijkste reden genoemd (tabel 6.13). Een en ander wekt de indruk dat de lokale overheden hun taken in het geestelijke gezondheidszorgbeleid vooral zien als een onvermijdelijke verplichting die zij hebben te vervullen om erger (i.c. overlast) te voorkomen.

Tabel 6.13 Aanleiding voor lokale overheden om beleid voor psychiatrische patiënten te ontwikkelen (aantal malen genoemd, meerdere antwoorden mogelijk)

		als belangrijkste genoemd
reguliere taak lokale overheid	12	3
voorzieningen krijgen er steeds meer mee te maken	15	3
vloeit voort uit taak als centrumgemeente	20	10
toename meldingen overlast	12	5
aandringen instellingen	15	–
voldoende financiën	2	–
anders	4	2

Bron: SCP (VGG'00)

In alle gemeenten die aangeven specifiek beleid voor mensen met psychische problemen te (gaan) voeren, wordt daarvoor samengewerkt met andere afdelingen of sectoren binnen het ambtelijk apparaat. Daarvan wordt de sociale dienst of de afdeling Bijstandszaken het meest genoemd, gevolgd door de afdeling of dienst voor Huisvesting en

ruimtelijke ordening (tabel 6.14). Dit duidt erop dat (een deel van) de lokale overheden het beleid rond (ex-)psychiatrische patiënten en andere mensen met psychische problemen niet beperkt willen zien tot 'alleen' zorg- of welzijnsbeleid en zoeken naar een meer integrale benadering.

Tabel 6.14 Betrokkenheid (andere) gemeentelijke diensten/afdelingen bij beleid voor psychiatrische patiënten (aantal malen genoemd, meerder antwoorden mogelijk)

welzijn	14
gezondheidszorg	11
maatschappelijke opvang	14
verslavingszorg	15
huisvesting/ruimtelijke ordening	16
sociale dienst/bijstandzaken	20
anders	6

Bron: SCP (VGG'00)

Regionale contacten

Uit het onderzoek blijkt dat veel van de deelnemende gemeenten voor het beleid rond mensen met psychische problemen (structureel) samenwerken met andere gemeenten; slechts twee gemeenten geven op dat niet te doen. Meer dan de helft van de samenwerkingsafspraken zijn niet in het kader van de Wet gemeenschappelijke regelingen (WGR) gemaakt, maar bijvoorbeeld op het niveau van de gehele provincie of op dat van de WZV-regio¹⁰. Daarmee lijken de overheden in hun beleid voor mensen met psychische problemen dezelfde samenwerkingspatronen te volgen als die zij hebben ontwikkeld voor het (wat specifiekere) beleid rond de maatschappelijke opvang. Uit onderzoek daarnaar blijkt immers dat de centrumgemeenten zich inmiddels even vaak op gemeenten in dezelfde WZV-regio richten als op gemeenten in een WGR-gebied (Schoorl en Vink 2000: 66). Zij blijken daarmee vrij soepel in te spelen op de verandering in de regio-indeling voor het maatschappelijke opvangbeleid. Vanaf 1999 is voor dit beleid immers de oude WGR-indeling losgelaten en is men, om de samenhang met het zorgbeleid te vergroten, overgestapt naar de indelingen die in de Wet ziekenhuisvoorzieningen worden gehanteerd. De gegevens uit het onderzoek wijzen erop dat er door de gemeenten in ieder geval gestreefd wordt naar een regionale samenhang in de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod.

Ter bevordering van diezelfde samenhang is indertijd vastgelegd dat de regionale zorgkantoren een of meer gemeentelijke vertegenwoordigers opnemen in hun Raad van Advies. Van de deelnemende lokale overheden blijkt meer dan de helft (14) inderdaad een zetel in zo'n raad te bezetten. Slechts twee gemeenten gaven te kennen dat er, voorzover hun bekend, geen gemeentelijke vertegenwoordiger in de regionaal functionerende raad was opgenomen. De overige meenden dat een afgevaardigde uit een andere gemeente de lokale overheid in deze raad vertegenwoordigde.

Gebruikersparticipatie

De invloed van de zorgvragers op het beleid van de lokale overheden lijkt (nog?) niet echt structureel geregeld te zijn. In slechts een derde van de deelnemende gemeenten worden gemeentelijke plannen standaard voorgelegd aan algemene of categorale belangenbehartigingsorganisaties. Een kwart van de gemeenten zegt de (potentiële) gebruikers van de voorzieningen zelfs in het geheel niet bij de beleidsontwikkeling te betrekken (tabel 6.15).

Tabel 6.15 Mate en wijze van betrokkenheid cliënten bij ontwikkeling gemeentelijk beleid (aantal malen genoemd)

in het geheel niet	5
adviesaanvraag op adhocbasis	10
standaardadviesaanvragen RP/CP	4
standaardadviesaanvragen categorale cliëntenorganisaties	3

Bron: SCP (VGG'00)

6.2.4 De zorgkantoren

Ook voor de zorgkantoren is een – zij het bescheiden – aparte versie van 'deel I' van de vragenlijst opgesteld. Zij nemen als uitvoeringsorganen van de belangrijkste financiers van het voorzieningenaanbod in de regionale constellatie immers een aparte plaats in. Zij spelen een centrale rol bij het maken van de productieafspraken (door de aanbieders te leveren zorg) in de regio en daarin bij het vaststellen van het budget dat de aanbieders ter beschikking staat. De positie van de zorgkantoren in het regionale veld wordt daardoor meer en meer er een van prominente beleidspartner. Dit proces zal nog versterkt worden als de plannen voor de modernisering van de AWBZ, zoals neergelegd in de diverse beleidsnota's, in hun geheel doorgang vinden. Volgens deze plannen krijgen de zorgkantoren immers een centrale regiefunctie bij het realiseren van een regionaal samenhangend AWBZ-voorzieningenaanbod (TK 1998/1999c). De beslissingstaak die hun nu al bij de toewijzing van de gelden voor de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg is toegekend, zou daarbij verbreed worden naar andere regelingen op (ook) de terreinen ouderen- en gehandicaptenzorg (TK 2000/2001c)¹¹.

In de verkenning van het actorenonderzoek was vastgesteld dat de zorgkantoren op dat moment nog niet voldoende leken toegerust om een dergelijke regiefunctie te vervullen. Het onderzoek werd uitgevoerd in een periode dat de invoering van de zorgkantoren – als opvolgers van de toenmalige AWBZ-verbindingkantoren – nog maar net was afgerond. Deze invoering betekende voor alle kantoren dat zij niet alleen maar functioneerden als 'doorgeefluik' van AWBZ-gelden aan zorgaanbieders, maar dat zij ook in meer beleidsmatige en sturende zin betrokken werden bij de zorgverlening in hun werkgebied (TK 1995/1996b; ZN 1997). Voor een deel van de deelnemende zorgkantoren was deze invoering bovendien gepaard gegaan met een nieuwe indeling van hun werkgebieden. Deze kantoren hadden daardoor te maken gekregen met voor hen nieuwe instellingen; soms was ook de financiering van het geestelijke gezond-

heidszorgaanbod voor hen een geheel nieuwe taak. De veranderingen hadden duidelijk zo veel werk met zich meegebracht dat er ten tijde van het verkennende onderzoek nog nauwelijks sprake was van een beïnvloedende rol bij de beleidsontwikkeling. Omdat het vervolgonderzoek twee jaar later is gehouden, is het aannemelijk dat de zorgkantoren inmiddels beter op hun nieuwe taken en verantwoordelijkheden kunnen inspelen. Door de relatief lage respons onder de zorgkantoren (14 van de 26, d.i. 54%) is het echter niet mogelijk hiervan een compleet beeld te schetsen.

De overgrote meerderheid (11) van de deelnemende zorgkantoren is in 1998 als 'zorgkantoor nieuwe stijl' van start gegaan, de overige drie volgden het jaar daarna. Alle deelnemende zorgkantoren waren ook voor deze overgang al als AWBZ-verbindingsoffice verantwoordelijk voor verstrekkingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg; de helft van hen was dat echter in een andere (WZV-)regio dan de huidige. Op één na waren alle deelnemende kantoren als enige verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ in de hun toegewezen regio.

In de voorstellen voor de omvorming van AWBZ-verbindingsoffice naar zorgkantoor was vastgelegd dat de nieuwe kantoren in hun nieuwe taken zouden worden bijgestaan door een Raad van Advies. In deze raad zou een breed spectrum van (regionale) vertegenwoordigers van aanbieders, gebruikers en (mede)financiers van zorgvoorzieningen zitting moeten hebben. Bij alle deelnemende zorgkantoren was in 1999, dus uiterlijk een jaar na de overgang, een dergelijke Raad van Advies geïnstalleerd. In al deze raden waren naast de aanbieders van AWBZ-voorzieningen, lokale overheden en cliëntenorganisaties vertegenwoordigd, alsmede (bij de meeste zorgkantoren) collega-zorgverzekeraars uit dezelfde of naburige regio. In een enkele regio zijn ook de huisartsen in de raad vertegenwoordigd of is er plaats ingeruimd voor aanbieders van niet-AWBZ-voorzieningen. Het aantal zetels per type vertegenwoordiger loopt nogal uiteen, maar in de meeste raden lijken zowel de zorgaanbieders enerzijds als de zorgvragers anderzijds over drie zetels te kunnen beschikken (tabel 6.16). De lokale overheden waren in de meeste gevallen door een of hoogstens twee representanten vertegenwoordigd. Zij waren daarmee dus vrijwel altijd in de minderheid.

Tabel 6.16 Aantal zetels in Raad van Advies zorgkantoren, per type vertegenwoordiger (aantal malen genoemd)

	aanbieders AWBZ- voorzieningen	cliëntenvertegen- woordiging	lokale overheden	huisarts	aanbieders niet-AWBZ	overige leden, w.o. zorgverzekeraars
aantal toegewezen zetels						
1	3	1	5	1	1	6
2	–	1	4	–	–	3
3	9	11	3	–	1	2
4	–	–	1	–	–	–
5	–	1	–	–	–	–
6	1	–	–	–	–	–

Bron: SCP (VGG'00)

De geestelijke gezondheidszorg vormt slechts een deel van de gehele zorgsector en zeker niet het grootste. Voor de zorgkantoren neemt de bemoeienis met het geestelijke gezondheidszorgbeleid in hun regio dan ook slechts een beperkt aandeel van hun tijd in beslag, maximaal 30%. Bij een derde van hen wordt 10% van de beschikbare formatieruimte ingezet voor dit beleid. Omdat de formatieve omvang van de deelnemende kantoren, volgens hun opgaven, uiteenloopt van 40 tot 400 fte, betekent dit dat ook bij de grootste van de deelnemende kantoren maximaal 15 fte beschikbaar is voor de uitvoering van hun taken ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg. In de meeste gevallen gaat het echter om een heel wat kleinere formatieruimte¹². Naast het fiatteren van de verstrekkingen van deze zorg door de instellingen in de regio hield deze taak voor vrijwel alle deelnemende kantoren anno 2000 ook in dat zij niet alleen door de instellingen zelf ingediende projecten en initiatieven beoordeelden, maar ook dat zij zelf initiatieven voor dergelijke projecten (mede)ontwikkelden. Dit wijst erop dat de actieve betrokkenheid van de zorgkantoren bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid sinds 1998 inderdaad is toegenomen.

6.2.5 De algemene instellingen

Aan de zes typen algemene instellingen is één gezamenlijk 'deel I' van de vragenlijst voorgelegd. Daarin is, opnieuw globaal, geïnformeerd naar kenmerken van de betreffende instelling (omvang werkgebied, cliëntenbestand, formatieruimte, budgetten, enz.) en naar het beleid dat deze instelling voert ten aanzien van mensen met (langdurige) psychische problemen, in casu het voorzieningenaanbod dat zij voor deze mensen ontwikkelen. Bij dit laatste is ook gevraagd naar de wijze waarop de leden van de doelgroep worden betrokken bij het beleid respectievelijk voorzieningenaanbod. Bij de bespreking van de uitkomsten zullen de corporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening apart worden behandeld. Deze instellingen zijn namelijk, in tegenstelling tot de andere vier, voornamelijk actief op andere terreinen dan de zorg- en dienstverlening. Uit de door deze instellingen gegeven antwoorden blijkt dan ook dat zij, vergeleken met de andere algemene instellingen, een wat andere positie in het regionale (beleids)netwerk innemen.

6.2.5.1 Instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening

Instellingen voor maatschappelijke opvang

Zoals uit het overzicht in tabel 5.1 al blijkt, waren de algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening, met uitzondering van het AMW, door hun relatief hoge respons goed vertegenwoordigd in het uiteindelijke databestand. De bereidheid tot deelname was, met 89%, het hoogst bij de instellingen voor maatschappelijke opvang. Deze houden zich, in de woorden van hun landelijke koepel, bezig met 'het bevorderen van de zelfstandigheid van de cliënten die zich voor onderdak en hulpverlening tot de voorzieningen wenden, alsmede het bevorderen van de maatschappelijke positie en gezondheidstoestand van deze cliënten' (Federatie Opvang: 10). Binnen het werkveld van de maatschappelijke opvang zijn vier werksoorten te onderscheiden, te weten algemene crisisopvang, dak- en thuislozenzorg, vrouwenopvang en evangelische opvang. De scheidlijnen tussen deze voorzieningen zijn niet zo scherp als het hierboven gegeven onderscheid wellicht zou doen vermoeden. Binnen één instelling is vaak, al

dan niet op dezelfde locatie, aanbod uit meerdere werksoorten te vinden. Aan instellingen voor maatschappelijke opvang zijn bovendien ook vaak een of meerdere sociale pensions verbonden. Deze pensions zijn, in tegenstelling tot de andere voorzieningen voor maatschappelijke opvang, uitdrukkelijk bedoeld voor (ex-)psychiatrische patiënten. Zij kennen ook een andere financieringsbasis; waar de niet-categorale maatschappelijke opvang op basis van de Welzijnswet worden gefinancierd door de lokale overheden, vallen de sociale pensions voor een deel onder de AWBZ.

Uit een samenvattend overzicht van diverse registratiegegevens blijkt dat 25-30% van de bezoekers van de algemene crisisopvang een jaar voorafgaand aan de opname opgenomen was geweest in een geestelijke gezondheidszorginstelling. Dit geldt ook voor 20-26% van de gebruikers van de dak- en thuislozenzorg. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat 42% van de bezoekers van de crisisopvang en circa 30% van de gebruikers van de dak- en thuislozenzorg (onder meer) te kampen heeft met psychische problemen (Wolf, Elling en De Graaf 2000: 42-46).

Het is vanwege deze overlap tussen de cliëntengroepen van de geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de maatschappelijke opvang anderzijds dat er, ook van overheidswege, gestreefd wordt naar meer samenwerking en afstemming tussen de beide voorzieningen. Om de ontwikkeling van deze samenwerking te stimuleren, zijn in 1994 een aantal proefgebieden voor de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang aangewezen en is in 1995 een zogenoemde Task force afstemming maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg in het leven geroepen. Ook is in het kader van de in 1994 ingestelde Zorgvernieuwingsregeling geestelijke gezondheidszorg een bijdrage beschikbaar vanuit de AWBZ voor de begeleiding van maatschappelijke opvang van cliënten met psychische problemen. Uit een inventarisatie door de landelijke koepelorganisatie bleek dat in 1996 al zo'n 60% van de instellingen voor maatschappelijke opvang min of meer samenwerkte met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (Federatie Opvang: 68). Uit een in 2000 uitgevoerde evaluatie van de diverse stimuleringsmaatregelen blijkt echter wel dat de onderlinge samenwerking en afstemming tegen heel wat organisatorische en culturele belemmeringen oploopt. Voor een succesvolle continuering lijken duidelijke afspraken over de verdeling van de taken en (financiële) verantwoordelijkheden onontbeerlijke voorwaarden (Muntendam 2000: hfst. 6).

Instellingen voor algemeen maatschappelijk werk

Het relatief kleine aantal instellingen voor AMW dat aan het onderzoek heeft deelgenomen (nog niet de helft van het aantal dat was aangeschreven) staat in schril contrast met het belang dat momenteel in het geestelijke gezondheidszorgbeleid aan deze voorziening wordt gehecht. In de meest recente *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg* is immers vastgelegd dat het AMW een belangrijker rol moet gaan spelen als eerstelijnsvoorziening voor mensen met psychische problematiek (TK 1998/1999a). Van de kant van de instellingen voor AMW en van de lokale overheden, die immers in het kader van de Welzijnswet verantwoordelijk zijn voor de financiering van deze voorziening, is echter betoogd dat de huidige capaciteit van het AMW onvoldoende

is om aan het overheidsstreven tegemoet te komen. Daarop is besloten om via een tijdelijke stimuleringsregeling extra gelden beschikbaar te stellen. Deze extra gelden zouden voldoende moeten zijn om de helft van de eventuele uitbreiding van de formatieruimte voor het AMW te financieren. De lokale overheden worden geacht de andere helft uit eigen middelen aan te vullen. Na afloop van de stimuleringsperiode (31 december 2003) zal worden bezien of de benodigde capaciteitsuitbreiding daadwerkelijk is gerealiseerd. Indien dat het geval is, zullen de extra middelen vanaf die datum aan het Gemeentefonds worden toegevoegd (VWS 2000).

Een van de taken van het AMW – een algemene voorziening voor (gratis) materiële en immateriële hulpverlening – is het geven van procesmatige hulpverlening bij psychosociale problemen van cliënten en bij crisisinterventie. Het grootste deel van de cliënten dat een beroep doet op het AMW heeft te kampen met relatieproblemen, werkingsproblematiek en psychische problemen. Een vergelijking van de cijfers over de jaren leert dat met name het percentage cliënten dat (ook) soms ernstige psychische problemen heeft, sinds het begin van de jaren negentig is toegenomen (Verhaak et al. 1997: 29; s' Jacob, Melief en Broenink 1997: 24). Het is ook deze toename én de ervaring dat een vroegtijdige aanpak van deze problemen erger kan voorkomen, die de aanleiding vormden voor de hierboven beschreven beleidsveranderingen.

Instellingen voor thuiszorg (i.c. gespecialiseerde gezinszorg)

Het extramuraliseringsproces in de zorg, dus ook in de geestelijke gezondheidszorg, heeft haast onvermijdelijk tot gevolg dat aan meer mensen thuis verzorging moet worden geboden. Dit betekent vrijwel altijd een groter beroep op de thuiszorg. Uit het verkennend onderzoek was al gebleken dat dit grotere beroep, waar het de zorg voor mensen met psychische problemen betreft, een grotere vraag naar met name de gespecialiseerde gezinsverzorging met zich meebrengt (Kwekkeboom 1999). Deze specialisatie binnen het geheel aan thuiszorgaanbod is immers "een speciale vorm van thuiszorg, waarbij de cliënt, in samenwerking met andere disciplines, doelgericht en veranderingsgericht wordt begeleid bij het verminderen of oplossen van sociale en/of psychische problemen (...)" (GGV 1997). Deze omschrijving duidt er al op dat de gespecialiseerde gezinsverzorging vooral ingezet wordt bij mensen die te kampen hebben met (onder andere) psychische problematiek.

De verzoeken om deelname aan het landelijke actorenonderzoek waren, waar het de instellingen voor thuiszorg betreft, dan ook nadrukkelijk gericht aan de afdeling of sectie voor gespecialiseerde gezinsverzorging. Nu kent niet elke instelling voor thuiszorg een dergelijke aparte afdeling of sectie, maar uit de functieomschrijvingen van de respondenten kan worden afgeleid dat het toch vooral medewerkers van de gespecialiseerde gezinsverzorging zijn geweest die de vragen hebben beantwoord.

Het grootste deel van het takenpakket van de gespecialiseerde verzorgende, of verzorgende E, wordt ingenomen door de zogenoemde 'begeleidende taken'¹³. Dit betekent onder meer dat deze verzorgende niet wordt ingezet in situaties waarin alleen huishoudelijke hulp of verzorging noodzakelijk is. Niet zelden wordt in hulpverlenings-situaties waar (ook) 'begeleiding' is geïndiceerd voor de verlening van de huishoudelijke

hulp naast de gespecialiseerde verzorgende, een tweede medewerker van de thuiszorg ingezet. Uit een (landelijk) onderzoek uit 1997 naar het werk in de gezinsverzorging komt naar voren dat in 90% van de aanvragen waarbij op basis van de hulpbehoefte functieniveau E was geïndiceerd, deze hulp ook inderdaad werd toegewezen. 7,2% van alle toewijzingen voor gezinszorg betrof een toewijzing van een gespecialiseerde zorg. Wat er al op wijst dat, ondanks de groeiende vraag, de gespecialiseerde gezinsverzorging binnen het totaal aan thuiszorg een zeer bescheiden plaats inneemt (Arts, Kersten en Kerkstra 1997: 80).

Deze bescheiden plaats en de daarom door de uitvoerenden ervaren onzichtbaarheid waren in 1997 aanleiding voor een werkconferentie die onder meer als doel had de gespecialiseerde gezinsverzorging meer over het voetlicht te brengen. Ook pleitten de GGV'ers zelf voor een eigen methodisch profiel, dat meer recht doet aan de door hen geboden specifieke hulpverlening (Van Thiel 1999). Overigens blijkt dat in de praktijk de gespecialiseerde gezinsverzorging een belangrijke rol vervult bij de opvang en begeleiding van mensen met psychische problemen (Jansen en Lammers 1999; Kwekkeboom 1999).¹⁴

Uit een analyse van registratiegegevens van drie noordelijke thuiszorginstellingen blijkt verder dat bij 10% van de meldingen voor thuiszorg psychische problemen van de zorgvrager de belangrijkste aanleiding was. De meesten van (alle) hulpvragers hadden zichzelf aangemeld; meldingen door bijvoorbeeld instellingen voor geestelijke gezondheidszorg kwamen slechts zeer sporadisch voor, nog geen 2% (Van Campen et al. 2000: 49). Dit lijkt erop te duiden dat ofwel de cliënten van de gespecialiseerde gezinszorg niet bij de geestelijke gezondheidszorg bekend zijn ofwel dat de onderlinge samenwerking rond deze cliënten nog maar spaarzaam gestalte heeft gekregen.¹⁵

GGD's

In het voorgaande is al melding gemaakt van de verantwoordelijkheid van de lokale overheden voor het collectieve en preventieve volksgezondheidsbeleid in het kader van de WCPV. In dezelfde wet worden de gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (GGD's) als de gemeentelijke dienst, verantwoordelijk gemaakt voor de uitvoering van dit beleid. In de WCPV wordt de 'psychohygiëne' genoemd als een van de taken die door deze GGD's dienen te worden uitgevoerd. Daarmee zouden deze diensten weer een taak krijgen in de (sociale) psychiatrie, een taak die zij bij de vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg hadden overgedragen aan de Riagg's (Van der Grinten 1986).

Uit een evaluatieonderzoek naar de uitvoering van de WCPV moest echter geconstateerd worden dat met name de taken op het terrein van de psychohygiëne nogal verwaarloosd bleken. Gezien de toenemende vraag naar acute hulpverlening bij psychiatrische problemen werd er daarom voor gepleit deze taken meer centraal te stellen en zo de rol van de GGD's in de ontwikkeling en uitvoering van het openbare geestelijke gezondheidszorgbeleid (OGGZ) te versterken (CVCP 1996).

Dit pleidooi is door de rijksoverheid overgenomen, zodat de GGD's nu verantwoordelijk worden gesteld voor de preventieve zorg voor risicogroepen en voor de collectieve

geestelijke gezondheidszorg. Voor de financiering van deze OGGZ-activiteiten zouden, naast de gemeentelijke middelen, ook AWBZ-gelden moeten worden aangewend (TK 1996/1997d). De OGGZ-activiteiten van de GGD's dienen wel in overleg met andere instellingen, waaronder die voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, te worden ontwikkeld en uitgevoerd. In de Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg krijgen de lokale overheden daarom ook de regiefunctie ten aanzien van de samenhang in het OGGZ-beleid toegewezen (TK 1998/1999a).

Om de ontwikkeling van deze (nu) nieuwe taken van zowel GGD's als lokale overheden te stimuleren en daarbij de afstemming met andere betrokkenen te waarborgen, is in 1999 een landelijk convenant inzake het OGGZ beleid gesloten. Dit landelijke convenant is ondertekend door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, GGZ Nederland, de Landelijke Vereniging van GGD's, Zorgverzekeraars Nederland en de Federatie Opvang. In het convenant is afgesproken dat de kernpartijen op lokaal of regionaal niveau ook convenants over het ontwikkelen en uitvoeren van integraal beleid zullen sluiten. Een eerste inventarisatie leerde dat in mei van hetzelfde jaar, dus vooruitlopend op het landelijke convenant, al in zeven regio's dergelijke convenants bestonden. Uit deze inventarisatie bleek ook dat het merendeel van de GGD's inmiddels betrokken is bij een of meer OGGZ-activiteiten (GGD 1999).

De OGGZ-taken vormen slechts een deel van de werkzaamheden van de vrij grote organisaties die de GGD's zijn. Uit het verkennende onderzoek was gebleken dat deze taken meestal zijn toegewezen aan aparte afdelingen, die niet zelden de naam 'Vangnet en advies' dragen. Daarom waren de verzoeken om deelname aan het onderzoek ook specifiek gericht aan deze afdelingen.

Budgetten, werkgebieden en (samenstelling van het) cliëntenbestand¹⁶

Uit de opgaven van de respondenten, voorzover gegeven, blijkt ten eerste dat de deelnemende instellingen onderling erg uiteenlopen qua omvang van het budget (tabel 6.17). De spreiding lijkt het grootst onder de instellingen voor maatschappelijke opvang, een verschil dat blijft bestaan als de budgetten worden gesplitst naar diverse posten. Uit de vergelijking blijkt ook dat de kleinste deelnemende AMW wel over een heel wat ruimer budget kan beschikken dan de kleinste deelnemende instelling voor maatschappelijke opvang, maar dat de grootste AMW-instelling toch heel wat minder te besteden heeft dan het merendeel van de overige instellingen. Uit tabel 6.17 blijkt bovendien dat binnen de niet-categorale instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening grote verschillen bestaan, waarbij de instellingen voor maatschappelijke opvang en het AMW duidelijk tot de budgettair zwakste partijen behoren.

Voor het merendeel van de instellingen voor maatschappelijke opvang en van die voor AMW vormen gemeentelijke subsidies een belangrijke inkomstenbron. Ditzelfde geldt voor de GGD's. De instellingen voor maatschappelijke opvang voerden verder in meerderheid ook de AWBZ en de eigen bijdragen van bewoners en gebruikers als een van hun inkomstenbronnen op. Door de GGD's werden deze bronnen, evenals rijks-subsidies, slechts sporadisch genoemd en door de instellingen voor AMW nog (veel) minder.

Tabel 6.17 Budgetten van de deelnemende instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening, totaal en opgesplitst naar enkele specifieke posten (in gulden)

	totaal		personeel		gebouwen		overig	
	minimum	maximum	minimum	maximum	minimum	maximum	minimum	maximum
maatschappelijke								
opvang	700.000	34.924.636	300.000	23.108.417	50.000	7.725.020	138.995	9.330.000
AMW	2.000.000	15.000.000	1.500.000	12.600.000	144.000	6.374.600	126.000	3.000.000
thuiszorg	2.634.322	89.000.000	440.000	60.000.000	150.000	72.297.360	100.000	54.971.500
GGD	4.000.000	72.000.000	2.500.000	45.000.000	388.628	2.056.000	1.000.000	12.000.000

Bron: SCP (VGG'00)

Voor de instellingen voor thuiszorg vormen de uitkeringen op basis van de AWBZ juist de belangrijkste inkomstenbron, hier en daar aangevuld met subsidies van rijk en gemeenten. Vrijwel alle deelnemende instellingen maakten ook melding van project-subsidies van bijvoorbeeld particuliere organisaties of zorgkantoren.

De instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening werken in meerderheid op intergemeentelijk of regionaal niveau (tabel 6.18). Uit de omvang van het inwoneraantal van werkgebieden is echter wel af te leiden dat de schaal van de deelnemende AMW-instellingen heel wat kleiner is dan van bijvoorbeeld GGD's of instellingen voor thuiszorg. Het patroon bij de instellingen voor maatschappelijke opvang wijkt enigszins af van dat bij de overige typen. De meerderheid van deze instellingen geeft namelijk op boven regionaal te werken, wat ook in overeenstemming is met hun taakomschrijving. De instellingen voor maatschappelijke opvang worden immers geacht toegankelijk te zijn voor inwoners van geheel Nederland, wat ook het maximum inwoneraantal van 15 miljoen verklaart.

Tabel 6.18 Omvang werkgebied en inwoneraantal algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening (aantal malen genoemd)

	omvang werkgebied		omvang inwoneraantal		
	alleen	intergemeentelijk/			
	gemeentelijk	regionaal	bovenregionaal	minimum	maximum
maatschappelijke opvang (n = 23)	2	8	11	106.427	15.000.000
AMW (n = 16)	3	11	1	96.000	350.000
thuiszorg (n = 23)	7	14	2	111.500	1.200.000
GGD (n = 24)	2	19	–	160.000	654.382

Bron: SCP (VGG'00)

Een groot deel van de in het onderzoek opgenomen instellingen beperken hun hulp-aanbod overigens niet tot de inwoners van hun feitelijke werkgebied. De helft van de instellingen voor AMW en twee derde van de GGD's geven aan dat ook mensen van buiten dit gebied wel eens een beroep op hen doen. Gezien de taakomschrijving van de instellingen voor maatschappelijke opvang is het niet verbazingwekkend dat de ruime meerderheid van hen zegt dat dit ook bij hen voorkomt¹⁷.

Vrijwel alle instellingen meldden desgevraagd dat hun cliëntenbestand ook mensen met langdurige psychische problemen omvat. Dit komt naar verhouding het minst voor bij de GGD's, waarvan een derde meldt hier (nog?) niet mee te maken te hebben (tabel 6.19). Het percentage van het totale cliëntenbestand dat met dergelijke problemen te kampen heeft, loopt per instellingstype uiteen. De instellingen voor maatschappelijke opvang en de GGD's melden dat de helft van hun cliënten (ook) langdurige psychische problemen heeft. Wat, zeker waar het de instellingen voor maatschappelijke opvang betreft, een groter aandeel is dan uit de landelijke registratiegegevens naar voren is gekomen. De deelnemende instellingen voor AMW daarentegen melden met 16% een lager percentage mensen met psychische problemen, een verschil dat wellicht veroorzaakt wordt door het in dit onderzoek toevoegen van het bijvoeglijk naamwoord 'langdurig'. Voor dit onderzoek is het verder van belang dat een ruime meerderheid van de instellingen dat aangeeft met mensen met langdurige psychische problemen te maken te hebben, ook meldt dat het aandeel hiervan in het cliëntenbestand nu groter is dan vijf jaar geleden (tabel 6.19).

Tabel 6.19 Aantal algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening dat zegt mensen met langdurige psychische problemen in cliëntenbestand te hebben, gemiddeld aandeel van hen in totale bestand en eventuele toename in afgelopen vijf jaar hierin (in procenten)

	cliënten met langdurige psychische problemen	gemiddeld %	aandeel in cliëntenbestand meer dan 5 jr. geleden
maatschappelijke opvang (n = 23)	22	50	21
AMW (n = 16)	16	16	11
thuiszorg (n = 23)	23	23	21
GGD (n = 24)	16	50	13

Bron: SCP (VGG'00)

Voorzieningenaanbod voor mensen met (langdurige) psychische problemen en betrokkenheid van de leden van de doelgroep bij de ontwikkeling daarvan

Aan de instellingen die opgaven inderdaad te maken te hebben met mensen met langdurige psychische problemen is gevraagd of zij zelf ook betrokken zijn bij ontwikkeling van speciale voorzieningen voor deze doelgroep. Het overgrote deel antwoordde hierop bevestigend, waarbij het AMW overigens wel een relatieve uitzondering vormde; van dit type instellingen was bijna een kwart in het geheel niet betrokken bij de ontwikkeling van dergelijke voorzieningen (tabel 6.20).

In de meeste gevallen kwam de betrokkenheid al naar voren bij de ontwikkeling van het reguliere voorzieningenaanbod van de betrokken instelling. Een groot deel van de instellingen is daarnaast ook betrokken bij de ontwikkeling van aparte projecten. Dat de instellingen voor maatschappelijke opvang alléén projectmatig aan de ontwikkeling van dergelijke voorzieningen deelnemen, komt betrekkelijk weinig voor. Bij de overige instellingen was ongeveer een derde van hen die speciale voorzieningen boden, daar alleen op projectbasis bij betrokken (tabel 6.20).

Tabel 6.20 Wijze van betrokkenheid algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening bij ontwikkeling speciale voorzieningen voor mensen met (langdurige) psychische problemen, naar type instelling (aantal malen genoemd)

	in het geheel niet	ja, regulier voorzieningenaanbod	ja, projectmatig	zowel regulier als projectmatig
instellingen voor maatschappelijke opvang (n = 22)				
algemeen maatschappelijk werk (n = 16)	1	4	1	16
instellingen voor thuiszorg (n = 23)	3	1	3	9
GGD's (n = 16)	2	2	7	12
	1	3	3	9

Bron: SCP (VGG'00)

De redenen om dergelijke specifieke voorzieningen, al of niet op projectbasis, te (gaan) bieden, waren voor de instellingen, net als voor de lokale overheden, divers en vaak meervoudig. Voor de meerderheid van de instellingen voor maatschappelijke opvang en van die voor thuiszorg was het groeiend aantal contacten met mensen met psychische problematiek een aanleiding; voor de instellingen voor maatschappelijke opvang kwam daar nog bij dat andere instellingen druk op hen uitoefenden dergelijke voorzieningen te ontwikkelen. Voor de instellingen voor AMW was het juist in de meeste gevallen deze druk die de aanleiding vormde specifiek aanbod in het leven te roepen. Verder zagen met name de instellingen voor AMW en de GGD's het als een (nieuwe) taak om specifiek aanbod voor mensen met psychische problemen te verzorgen (tabel 6.21). Opvallend was dat de beschikbaarheid van voldoende middelen door slechts een minderheid van alle instellingen als aanleiding werd genoemd. Dit lijkt erop te wijzen dat de meerderheid bij de ontwikkeling van het voorzieningenaanbod niet heeft hoeven of willen wachten op extra financiën.

Tabel 6.21 Redenen algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening om specifiek voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen te ontwikkelen, naar type instelling (aantal malen genoemd, meerdere antwoorden mogelijk)

	wordt (nu) als taak instelling beschouwd	instelling kreeg vaker met groep te maken	andere instellingen oefenden druk uit	er is (nu) voldoende geld beschikbaar
instellingen voor maatschappelijke opvang (n = 21)				
algemeen maatschappelijk werk (n = 13)	14	16	12	4
instellingen voor thuiszorg (n = 21)	10	8	11	5
GGD's (n = 15)	7	17	8	6
	15	12	9	2

Bron: SCP (VGG'00)

De deelnemende instellingen lijken hun speciale voorzieningenaanbod voor mensen met (langdurige) psychische problemen vooralsnog zonder de inbreng van de beoogde gebruikers te ontwikkelen. Op de vraag naar de wijze waarop de instellingen de belangenbehartigingsorganisaties van cliënten van de geestelijke gezondheidszorg bij hun beleid betrekken, antwoordden slechts een minderheid van de respondenten dat

hun instellingen hiervoor een standaardprocedure kennen. Daarvan werd vertegenwoordiging in de cliëntenraad nog het meest genoemd. Een meerderheid van de instellingen voor AMW en van die voor thuiszorg betreft deze organisaties in het geheel niet bij de ontwikkeling van hun beleid. De meeste instellingen voor maatschappelijke opvang en de meeste GGD's doen dit hoogstens op adhocbasis (tabel 6.22).

Tabel 6.22 Wijze van betrekken cliëntenorganisaties geestelijke gezondheidszorg bij beleid algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening, naar type instelling (aantal malen genoemd)

	in het geheel niet	adviesaanvraag op adhocbasis	standaardadviesaanvragen RP/CP	standaard adviesaanvragen categorale cliëntenorganisatie	vertegenwoordiging in cliëntenraad
instellingen voor maatschappelijke opvang (n = 21)	5	10	1	1	4
algemeen maatschappelijk werk (n = 13)	7	3	–	–	2
instellingen voor thuiszorg (n = 21)	12	3	3	–	3
GGD's (n = 15)	4	7	–	2	1

Bron: SCP (VGG'00)

6.2.5.2 Algemene instellingen op de terreinen wonen en werk

'Vermaatschappelijking' van de geestelijke gezondheidszorg houdt, het is al eerder opgemerkt, niet alleen in dat de zorg in het vervolg buiten de instellingsmuren wordt geboden. Het betekent, idealiter, ook dat mensen met langdurige psychische problemen op een zo gewoon mogelijke wijze deelnemen aan de samenleving. Dit betekent ook dat zij, indien en voorzover daartoe in staat, zelfstandig een woning bewonen en betaalde arbeid verrichten. Een gevolg hiervan is dat zij voor het verkrijgen van een woning en werk een beroep zouden moeten kunnen doen op de algemene instellingen die op de terreinen wonen en werk actief zijn, te weten: woningcorporaties en organisaties voor arbeidsvoorziening. Deze instellingen worden dan ook geacht deel uit te maken van de (regionale) netwerken in de geestelijke gezondheidszorg en zijn daarom opgenomen in het onderzoek. Zoals uit tabel 5.1 echter al was gebleken, behoort de respons van juist de algemene instellingen die niet actief zijn op het terrein van de zorg- en dienstverlening met 45% tot de laagste¹⁸.

Woningcorporaties

In het in 1996 door de RVZ uitgebrachte advies Thuis in de geestelijke gezondheidszorg worden in een aparte bijlage de diverse mogelijkheden voor huisvesting die voor de chronisch-psychiatrisch patiënt openstaan, beschreven. Deze mogelijkheden variëren in de mate van zelfstandigheid en in de hoeveelheid begeleiding die wordt geboden. In de bijlage wordt daarop volgend ook ingegaan op de positie van de huisvester bij uitstek, de woningcorporatie, de rollen die deze corporatie bij de huisvesting van mensen met psychische problemen kan vervullen en op de diverse juridische aspecten van gecombineerde huur- en begeleidingsovereenkomsten (RVZ 1996, bijlage 8).

Ook door de corporaties zelf wordt al enige jaren nagedacht over hun (mogelijke) rol in de huisvesting van langdurige zorgafhankelijke groepen, waaronder psychiatrische patiënten. Zij zijn immers, op grond van de Woonwet, verplicht om hun woningen bij voorrang te verhuren aan mensen die door hun inkomen of door andere omstandigheden moeilijkheden ervaren bij het vinden van passende huisvesting. Naast (een deel van de) ouderen en gehandicapten horen (ex-)psychiatrische patiënten daarmee tot de primaire doelgroep van de sociale huisvestingssector. De in het begin van de jaren negentig doorgevoerde deregulering van deze sector heeft het de corporaties mogelijk gemaakt om samenwerkingsrelaties met organisaties buiten de eigen sector te maken. Deze relaties hebben in het zorgveld eind jaren negentig al geresulteerd in verhuur- en beheersovereenkomsten voor huisvesting van ouderen, gehandicapten en (ex-)psychiatrische patiënten die sterk overeenkomen met de voorstellen die de RVZ heeft gedaan. De corporaties blijken daarnaast een actieve rol te hebben gespeeld bij het totstandkomen van diverse projecten rond overlastbestrijding (Kwekkeboom 1999: 133-137).

Om de ontwikkeling van innovatieve samenwerkingsprojecten op het gebied van wonen en zorg verder te stimuleren, is vanaf september 2000 bovendien de tijdelijke Woonzorgstimuleringsregeling (WZSR) van kracht. De gelden uit deze regeling mogen alleen worden aangewend voor het opzetten of uitvoeren van een project, niet voor de exploitatie ervan. De regeling, die in principe drie jaar, dus tot 1 oktober 2003, zal gelden, drukt vooralsnog (geheel) op de begroting van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Het aanvragen van een subsidie is echter niet voorbehouden aan woningcorporaties; in principe kan ieder rechtspersoon zonder winstoogmerk een aanvraag indienen. Voorwaarden zijn wel dat het project innovatief is, ten goede komt aan personen die om zelfstandig te kunnen wonen zorg of begeleiding nodig hebben, en dat de potentiële gebruikers bij de ontwikkeling van het project betrokken zijn (VROM 2000).

Het tijdelijke karakter van deze regeling laat onverlet dat de corporaties geacht worden een grote(re) rol te spelen in de huisvesting van (langdurig) zorgbehoevenden. In de nota over het woonbeleid voor de eerste tien jaar van de eenentwintigste eeuw, die in december 2000 voor bespreking aan de Tweede Kamer werd aangeboden, wordt een apart hoofdstuk gewijd aan het te voeren woonbeleid voor zorgbehoevenden. Daarin wordt ook aangekondigd dat in het *Besluit beheer sociale huurwoningen* (BBSH) zal worden vastgelegd dat de corporaties ook verantwoordelijk voor het bieden van woonzorgarrangementen. Tevens wordt uitgesproken dat van corporaties een bijdrage aan de huisvesting van (ex-)dak- en thuislozen wordt verwacht. Het verlenen van zorg zelf wordt in deze nota overigens nadrukkelijk niet tot de taken van de corporaties gerekend. Zij zouden voor hun bewoners ten aanzien hiervan wel een makelaarsrol kunnen vervullen (TK 2000/2001b).

Instellingen voor arbeidsvoorziening

Net als zelfstandige huisvesting is volwaardige arbeidsmarktparticipatie geworden tot een van de ijkpunten voor een succesvolle vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg dan wel van de (ex-)psychiatrische patiënt. In de diverse wetten die doel hebben om de arbeidsmarktparticipatie van (o.a.) mensen met langdurige beper-

kingen te bevorderen – WSW, WIW, REA – worden de (ex-)psychiatrische patiënten dan ook stevast als een van de doelgroepen genoemd. In de *Sectorvisie geestelijke gezondheidszorg* wordt verder aangegeven dat van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg verwacht wordt dat zij voor een (grotere) arbeidsmarktparticipatie van hun cliëntèle samen zouden werken met lokale of regionale partijen op het terrein van de arbeidsvoorziening (TK 1998/1999a). Voor de cliëntenorganisaties is het hebben en houden van betaalde arbeid wellicht nog het belangrijkste doel van het gehele rehabilitatiestreven, belangrijker nog dan zelfstandige huisvesting. Zelfstandig wonen zonder dagelijkse structuur en zonder mogelijkheden om inkomen te verwerven, verwordt immers al snel tot een zelfstandig leven in eenzaamheid (LPR 1997b). In de praktijk blijkt echter dat de deelname aan de arbeidsmarkt door mensen met psychische problemen ver achterblijft bij het gemiddelde. Het hebben of gehad hebben van psychische problemen zou een belemmering zijn voor een succesvolle sollicitatie (Pandora 2000b). Uit een vergelijking van de reïntegratieprocessen van 'psychisch arbeidsongeschikten' met die mensen die als gevolg een andere (somatische) aandoening buiten het arbeidsproces zijn geraakt, komt verder naar voren dat werkgevers voorzichtiger zijn bij het reïntegreren van de eerste groep. Zij passen vaker een proefplaatsing toe en stellen de betrokkenen vaak voor minder uren aan en verlagen vaker het niveau van de functie (Van der Giezen en Jehoel-Gijsbers 1999: hfst. 6). Ook lijkt het voor psychiatrische patiënten in het algemeen moeilijk te zijn zich aan de eisen van de arbeidsmarkt aan te passen (Van Weeghel 1997).

In de verkennende fase van het onderzoek was gebleken dat de deelnemende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg vrijwel geen contacten onderhielden met reguliere arbeidsvoorzieningen (Kwekkeboom 1999: 154), reden waarom deze voorzieningen ook niet in de verkenning waren opgenomen. Gezien het belang dat aan deze (reguliere) voorzieningen kan worden gehecht voor een volwaardige arbeidsmarkt-rehabilitatie, is besloten om deze in de vervolgstudie toch op te nemen. De arbeidsmarktintegratie van (ex-)psychiatrische patiënten is immers inmiddels ook onderwerp geworden van afspraken tussen de landelijke koepels van de geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de arbeidsvoorzieningen anderzijds.

Ten tijde van het onderzoek was de wereld van de arbeidsvoorziening echter danig in beweging. Niet alleen zouden de diverse instellingen die zich bezighielden met arbeidsbemiddeling en het verstrekken van uitkeringen, moeten gaan samengaan in regionale Centra voor werk en inkomen – CWI's (TK 1998/1999e), maar ook werd tegelijkertijd gewerkt aan de ontvlechting van de taken van de arbeidsvoorziening, waarbij onder andere meer concurrentie in de reïntegratieactiviteiten moest worden gestimuleerd (SG 1999/2000). Het heeft dan ook enige moeite gekost om in de betrokken regio's de juiste instellingen en personen te benaderen¹⁹.

Budgetten, werkgebieden en (samenstelling van het)cliëntenbestand

Zoals de deelnemende instellingen op het terrein van de zorg en dienstverlening qua budgetten onderling sterk uiteenlopen, doen de instellingen op de terreinen wonen en werk dat. De budgetten van de kleinste corporatie en de kleinste instelling voor

arbeidsvoorzieningen komen weliswaar overeen, maar het budget van de grootste deelnemende corporatie is 16 keer groter dan het budget van de grootste deelnemende instelling voor arbeidsvoorziening (6.23). De budgetten voor personeel laten vergelijkbare verschillen zien: het budget van de grootste instelling voor arbeidsvoorziening is nog geen achtste van het bedrag dat de grootste corporaties voor deze post opvoert.

Tabel 6.23 Budgetten van de deelnemende instellingen op de terreinen wonen en werk, totaal en opgesplitst naar enkele specifieke posten^a

	totaal		personeel	
	minimum	maximum	minimum	maximum
woningcorporaties	1.200.000	80.000.000	800.000	16.764.000
instellingen voor arbeidsvoorziening	1.200.000	5.000.000	600.000	2.000.000

a De posten gebouwen en overige zijn in deze tabel weggelaten; het merendeel van de respondenten kon hierover geen gegevens leveren.

Bron: SCP (VGG'00)

De belangrijkste inkomstenbron voor de corporaties is, uiteraard, de opbrengst van de verhuur van hun woningbezit. Een enkele corporatie ontvangt daarbovenop nog wel eens een subsidie voor, zoals uit de toelichtingen blijkt, het opzetten van een specifiek project.

De instellingen voor arbeidsvoorziening noemen juist de overheidssubsidies het vaakst als inkomstenbron. Andere (aanvullende) inkomstenbronnen voor deze instellingen zijn projectsubsidies (van bijvoorbeeld provinciale overheid, maar ook uit Europese fondsen) en afzonderlijke contracten over reïntegratieactiviteiten.

Uit de antwoorden op de vraag naar de omvang van het werkgebied blijkt dat de meerderheid van de corporaties alleen op gemeentelijk niveau werkt. Voor de instellingen voor arbeidsvoorziening geldt juist dat voor de meerderheid hiervan het werkgebied de gemeentegrenzen overstijgt. Werkgebieden op bovenregionaal niveau komen bij beide typen instellingen zelden voor. Afgaand op de opgegeven aantallen lijken de werkgebieden van de instellingen voor arbeidsvoorziening een gemiddeld kleiner aantal inwoners te omvatten dan die voor de corporaties (tabel 6.24).

Tabel 6.24 Omvang werkgebied en inwoneraantal algemene instellingen voor wonen en werk (aantal malen genoemd)

	omvang werkgebied inter-			omvang inwoneraantal	
	alleen gemeentelijk	gemeentelijk/regionaal	boven-regionaal	minimum	maximum
woningcorporaties (n = 15)	8	5	2	63.700	1.000.000
instellingen voor arbeidsvoorziening (n = 11 ^a)	2	7	1	43.000	500.000

a Twee van deze instellingen hebben de vragen uit het eerste deel van de vragenlijst niet beantwoord.

Bron: SCP (VGG'00)

Van de corporaties geeft twee derde op dat hun cliënten- of bewonersbestand ook mensen met langdurige psychische problemen omvat. Het lijkt bij deze corporaties echter om een relatief klein aantal te gaan: gemiddeld 1% van het totale aantal huurders. De instellingen voor arbeidsvoorziening lijken vaker met (ex-)psychiatrische patiënten te maken te krijgen. Niet alleen gaven naar verhouding meer respondenten op dat onder hun cliënten ook mensen met langdurige psychische problemen voorkomen, ook maakten deze met gemiddeld 10% een groter deel uit van het totale cliëntenbestand (tabel 6.25). Zowel de corporaties als de instellingen van arbeidsvoorziening gaven in meerderheid op dat het aandeel in het cliëntenbestand van mensen met psychische problemen in de afgelopen vijf jaar was gegroeid.

Tabel 6.25 Aantal algemene instellingen voor wonen en werk dat zegt mensen met langdurige psychische problemen in cliëntenbestand te hebben, gemiddeld aandeel van hen in totale bestand en eventuele toename in afgelopen vijf jaar hierin (in procenten)

	cliënten met langdurige psychische problemen	gemiddeld	aandeel in cliëntenbestand meer dan 5 jr. geleden
woningcorporaties (n = 15)	10	1	8
instellingen voor arbeidsvoorziening (n = 11 ^a)	9	10	7

a Twee van deze instellingen hebben de vragen uit het eerste deel van de vragenlijst niet beantwoord.

Bron: SCP (VGG'00)

Voorzieningenaanbod voor mensen met (langdurige) psychische problemen en betrokkenheid van de leden van de doelgroep bij de ontwikkeling daarvan

Van de corporaties en instellingen voor arbeidsvoorziening die mensen met psychische problemen in hun bewoners- of cliëntenbestand telden, was een zeer ruime meerderheid ook betrokken bij de ontwikkeling van een specifiek voorzieningenaanbod voor deze mensen. Naar verhouding waren vooral de corporaties hier actief in; twee vijfde van hen waren zowel in hun reguliere aanbod als op projectbasis betrokken bij de ontwikkeling van specifieke voorzieningen voor deze doelgroep. De instellingen voor arbeidsvoorziening beperkten zich, naar verhouding, wat meer tot wat zij in hun reguliere aanbod konden leveren (tabel 6.26).

Tabel 6.26 Wijze van betrokkenheid algemene instellingen voor wonen en werk bij ontwikkeling speciale voorzieningen voor mensen met (langdurige) psychische problemen, naar type instelling (aantal malen genoemd)

	in het geheel niet	ja, regulier		zowel regulier als projectmatig
		voorzieningenaanbod	ja, projectmatig	
woningcorporaties (n = 10)	1	2	3	4
instellingen voor arbeidsvoorziening (n = 9)	2	3	2	2

Bron: SCP (VGG'00)

Voor de meerderheid van de corporaties was het feit dat men steeds vaker in aanraking kwam met huurders die met psychische problemen te kampen hebben, een belangrijke reden om specifieke voorzieningen voor hen te ontwikkelen. Twee derde van hen beschouwde het nu ook als hun taak om deze, toch kwetsbare, groep huurders onder

hun hoede te nemen. Dit was ook voor enkele instellingen voor arbeidsvoorziening een reden geweest (tabel 6.27). Door de representanten van dit type instelling werd echter relatief vaak in de open antwoordcategorie verwezen naar het overheidsbeleid, dat de arbeidsvoorziening een taak heeft gegeven in het reïntegratiebeleid van (ex-)psychiatrische patiënten (niet in tabel). Het beschikbaar zijn van voldoende geld werd noch door de corporaties noch door de instellingen voor werkvoorziening als aanleiding voor het ontwikkelen van een specifiek voorzieningenaanbod genoemd.

Tabel 6.27 Redenen algemene instellingen voor wonen en werk om specifiek voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen, te ontwikkelen, naar type instelling (aantal malen genoemd, meerdere antwoorden mogelijk)

	wordt (nu) als taak instelling beschouwd	instelling		
		kreeg vaker met groep te maken	andere instellingen oefenden druk uit	er is (nu) voldoende geld beschikbaar
woningcorporaties (n = 9)	6	7	5	–
instellingen voor arbeidsvoorziening (n = 7)	2	2	2	–

Bron: SCP (VGG'00)

De betrokkenheid van de cliëntenorganisaties uit de geestelijke gezondheidszorg bij de ontwikkeling van aanbod op de terreinen wonen en werken lijkt nog geringer dan die op het terrein van de zorg- en dienstverlening. De meerderheid van de corporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening die specifieke voorzieningen voor mensen met psychische problemen bieden, doen dit zonder de cliëntenorganisaties bij hun beleid te betrekken. Een enkeling vraagt wel eens ad hoc om advies en slechts één instelling, op het terrein van de arbeidsvoorziening, kent een standaardprocedure voor adviesaanvragen bij het Regionale Patiënten- en Cliëntenplatform (tabel 6.28).

Tabel 6.28 Wijze van betrekken cliëntenorganisaties geestelijke gezondheidszorg bij beleid algemene instellingen voor wonen en werk, naar type instelling (aantal malen genoemd)

	in het geheel niet	adviesaanvraag	standaard-
		op adhocbasis	adviesaanvragen RP/CP
woningcorporaties (n = 9)	8	1	–
instellingen voor arbeidsvoorziening (n = 7)	4	2	1

Bron: SCP (VGG'00)

6.3 De onderlinge verhoudingen in de regionale netwerken

Uit de hierboven gegeven beschrijvingen van de diverse deelnemers in de beoogde regionale netwerken in het geestelijke gezondheidszorgbeleid komt, zoals ook wel te verwachten was, naar voren dat deze onderling zeer sterk uiteenlopen. Zij lopen niet alleen uiteen waar het de hun toegeschreven rol in de eventuele beleidsnetwerken betreft, maar ook waar het gaat om omvang en herkomst van het budget, formatiebestand, betrokkenheid bij het voorzieningenaanbod voor mensen met (langdurige) psychische problemen en contacten met andere partijen op het beleidsveld. De sterkte van de individuele draagkracht voor het kunnen (doen) realiseren van het vermaat-

schappelijkingsbeleid is daarom voor de diverse betrokkenen nogal ongelijk. In termen van de benadering van beleidsnetwerken gaat het hier dus om actoren in een netwerk die in verschillende mate over diverse hulpbronnen kunnen beschikken en daarmee meer of minder invloedrijk zijn.

Van alle typen instellingen beschikken die voor de geestelijke gezondheidszorg over de meeste bronnen. Om te beginnen, zijn hun budgetten gemiddeld heel wat groter dan die van de overige. Verder hebben zij, uit de aard der zaak, een gespecialiseerde deskundigheid waar het de opvang van en zorg voor mensen met psychische problemen betreft. Omdat zij zich exclusief richten op het voorzieningenaanbod voor deze mensen worden zij van alle actoren ook het meest geraakt door mogelijke veranderingen in het beleid dat op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg wordt gevoerd. Zij hebben er dan ook het meeste belang bij betrokken te worden bij dit beleid.

Van het cliëntenbestand van de algemene instellingen heeft hooguit de helft te kampen met psychische problematiek. Dit leidt er niet alleen toe dat deze instellingen vermoedelijk (wat) minder deskundig zijn in de opvang van deze mensen, maar ook dat zij een minder exclusief belang hebben bij deelname aan de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod voor deze groep. Dit geldt het sterkst voor de instellingen voor wonen en voor werk en, opvallend genoeg, die voor algemeen maatschappelijk werk in het onderzoek. Van de laatste zegt zelfs een relatief groot deel in het geheel geen mensen met (langdurige) psychische problemen in hun cliëntenbestand te hebben. Voor een meerderheid van de deelnemende corporaties geldt bovendien dat hun werkgebied zich beperkt tot het gemeentelijke niveau. Zij zullen daarom, nog sterker dan de andere instellingen, geen zwaarwegend belang hechten aan regionale beleidsontwikkeling en eerder kiezen voor (deel)afspraken op lokaal niveau.

De zorgkantoren en lokale overheden nemen te midden van de instellingen, die vooral uitvoerende taken hebben, een afwijkende positie in. Zij hebben met de algemene instellingen gemeen dat zij zich niet alleen richten op (potentiële) cliënten van de geestelijke gezondheidszorg en zullen in hun beleid dus meer generalistisch dan specialistisch opereren. Wel wordt van hen – en dat in toenemende mate – een grotere betrokkenheid bij juist deze doelgroep verwacht. Dat geldt in het bijzonder de lokale overheden, die tot voor kort nauwelijks een rol hadden in het beleid voor burgers met psychische problematiek en daarin nu een regiefunctie krijgen toebedeeld. Voor het vervullen van deze functie is op regionaal niveau echter slechts een beperkt budget beschikbaar en ook de formatieruimte voor dit beleidsonderdeel kent z'n grenzen. De bronnen van de lokale overheden lijken zich dus te beperken tot wettelijke bevoegdheden. Daar staat tegenover dat bestuurders en ambtenaren van lokale overheden vaak deel uitmaken van omvangrijke én intersectorale informele netwerken, ook op bovenregionaal niveau. Bovendien zijn zij verantwoordelijk voor de (mede)subsiëring van enkele instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening die ook betrokken zijn of kunnen worden bij de zorg voor mensen met psychische problemen. Via deze subsidiëring kunnen zij deze instellingen bewegen binnen het beleidsnetwerk eenzelfde standpunt in te nemen.

Ook voor de zorgkantoren vormt de deelname aan de meer informele netwerken een

belangrijke machtsbron, zij het dan dat deze zich beperkt tot de wereld van de gezondheidszorg. Of en in hoeverre de zorgkantoren een regisserende rol in deze wereld zullen kunnen gaan spelen is afhankelijk van de besluitvorming over het zorgstelsel. Op het moment van onderzoek hadden zij deze regisserende rol al wel waar het gaat om (de zorgvernieuwing in) de geestelijke gezondheidszorg.

Afgaande op de gegevens die via dit onderzoek zijn verkregen, nemen de cliëntenorganisaties te midden van de andere partijen op het beleidsveld de zwakste positie in. Hun budgetten en (al of niet betaalde) personeelsbestanden zijn gemiddeld het kleinst. Nu is het kunnen beschikken over dergelijke materiële bronnen wel niet de enige voorwaarde om invloed uit te kunnen oefenen op onderhandelingsprocessen, maar in de dagelijkse praktijk toch wel een belangrijke. En ook al zeggen de cliëntenorganisaties dat zij zelf regelmatig contact hebben met andere actoren, deze actoren zelf maken vaker niet dan wel melding van consultatie van de cliëntenorganisaties in de beleidsontwikkeling. De vertegenwoordiging van gebruikers van de zorg in cliëntenraden en Raden van Advies is wettelijk voorgeschreven en zegt dus niets over de spontane bereidheid van aanbieders en financiers om gebruikers bij de ontwikkeling van hun aanbod te betrekken. De gegevens uit dit onderzoek over inspraak van cliënten van geestelijke gezondheidszorg waar deze niet wettelijk verplicht is, geven geen aanleiding voor optimistische verwachtingen.

Voorzover er in de geestelijke gezondheidszorg sprake is van netwerkvorming op regionaal niveau – een onderwerp dat in de volgende hoofdstukken zal worden besproken – zal het daarbij gaan om beleidsnetwerken die ten gevolge van de onderlinge verschillen verre van homogeen zijn. Te midden van de hier besproken actoren zijn er drie die over meer hulpbronnen kunnen beschikken dan de overige en daarmee dus de sterkste en mogelijk meest invloedrijke zijn, te weten: de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de zorgkantoren en de lokale overheden. Op grond van de werkzaamheden en de onderlinge financieringsband ligt het voor de hand te verwachten dat van deze drie de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de zorgkantoren meer voeling met elkaar zullen hebben. Dit kan hun gezamenlijke kracht en daarmee hun beïnvloedingsmogelijkheden vergroten.

De lokale overheden daarentegen hebben, op basis van onder meer subsidieregelingen, de meeste relaties met andere partijen in het veld, wat de invloed van deze overheden vergroot. Daarbij moet echter wel worden opgemerkt dat van deze andere partijen vooral de instellingen voor wonen en voor werk zo ver af lijken te staan van de doelgroep van het geestelijke gezondheidszorgbeleid, dat van hun bijdrage in de beleidsontwikkeling niet veel verwacht mag worden.

Ten gevolge van deze ongelijkheid tussen de diverse typen actoren en de daarmee gepaard gaande verschillen in invloed zal de draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid van het beoogde netwerk als geheel sterk afhangen van de mate waarin met name de invloedrijkste deelnemers met elkaar overeenstemmen in steun voor de uitgangspunten achter dit beleid – het draagvlak. Deze mate van instemming, de eventuele verschillen daarin en de mogelijke gevolgen daarvan voor draagvlak en draagkracht op het niveau van het netwerk zullen in het volgende hoofdstuk worden besproken.

Noten

- 1 De aanduiding Multifunctionele Eenheid – MFE – is, met ingang van de *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg* uit 1999 (TK 1998/1999a), vervangen door die van Regionaal GGZ Centrum (RGC) – zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 23.1.
- 2 De benaming MFE is dan ook inmiddels al weer in onbruik geraakt, zie hoofdstuk 2.
- 3 De (klinische)verslavingszorg maakt overigens inmiddels formeel deel uit van de geestelijke gezondheidszorg. Bij de fusieprocessen in de sector zijn dan ook vaak – maar niet altijd – tevens instellingen voor klinische verslavingszorg betrokken.
- 4 Dat drie instellingen aangeven een dergelijke raad niet te hebben, wil niet zeggen dat deze de wet ontduiken. Onder hen bevinden zich immers ook decentrale units of MFE's. Een cliëntenraad is alleen op het centrale niveau van de gehele geestelijke gezondheidszorg instelling verplicht. Aangenomen mag worden dat de inbreng van de gebruikers van dergelijke gedecentraliseerde voorzieningen via een centrale cliëntenraad is gewaarborgd (zie ook Bakker, Hoeksma en Schutte 2000). Overigens blijken niet alle cliëntenorganisaties even blij met deze gevolgen van de fusieprocessen in de geestelijke gezondheidszorg (Psy 2001).
- 5 In het voorjaar van 2001 is een nieuwe nota over het patiënten- en consumentenbeleid uitgebracht. De mogelijke consequenties van deze nota voor de positie van de cliënt van de geestelijke gezondheidszorg zullen in de slotbeschouwing aan de orde worden gesteld.
- 6 Uit een (landelijke) evaluatie van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstelling (WMCZ) komt in ieder geval naar voren dat er in de sector van geestelijke gezondheidszorg het nodige schort aan de uitvoering. De betrokkenheid van de cliënten – of bewonersraden op het beleid en voorzieningenaanbod van de instelling gaat in de meeste gevallen niet verder dan het minimum dat de wet voorschrijft. Daarnaast heeft de fusievorming ertoe bijgedragen dat de bovenwettelijke bevoegdheden van de cliëntenraden zijn gesneuveld (Zon 2000: 36-37). Deze uitkomsten lijken er inderdaad op te wijzen dat de cliëntenraden die aan het onderzoek hebben meegedaan de positieve uitzondering vormen.
- 7 Bij de (soms) lage aantallen leden die met name door de RP/CP's werden opgegeven, dient bedacht te worden dat zij onder hun 'leden' ook de aangesloten patiënten-/consumentenorganisaties zelf kunnen verstaan. Een RP/CP is immers een regionale koepel van diverse, veelal categorale patiënten en consumentenverenigingen en organisaties. Uit diverse overzichten blijkt dat het aantal bij een RP/CP aangesloten organisaties nogal uiteenloopt en ook dat het percentage aangesloten organisaties per regio verschillend is. Met deze niet-aangesloten organisaties wordt dan wel vaak een samenwerkingsovereenkomst afgesloten (Rijkschroeff et al. 1998, deel 3: 117).
- 8 Met ingang van 1 januari 1994 hebben de provinciale overheden de taak erop toe te zien dat elke WZV-regio een regionale patiënten en consumentenplatform operationeel is. Deze overheden zijn ook verantwoordelijk voor de subsidiëring van deze platforms en hun werkzaamheden (zie ook Rijkschroeff et al. 1998).
- 9 Het inwoneraantal van de kleinste deelnemende gemeente bedroeg ca 30.000, die van de grootste ruim 700.000.
- 10 De Wet gemeentenschappelijke regelingen biedt een kader voor (publieksrechtelijke) samenwerkingsrelaties tussen decentrale, h.b. lokale overheden. Door dergelijke relaties te versterken, zou het bovengemeentelijke beleid weer meer het karakter krijgen van verlengd lokaal bestuur en niet van regionaal bestuur, dat gezien de hoofdstructuur van het Nederlands binnenlands bestuur, in feite een oneigenlijke bestuurslaag is (zie ook hfst. 4, § 4,2). Gegeven het feit dat samenwerkingsregelingen in de WGR een tamelijk verbindend karakter hebben, geven lokale overheden echter steeds meer de voorkeur aan andere samenwerkingsvormen en -overeenkomsten (SGB0 1997: hoofdstuk 6).
- 11 Deze plannen (van de rijksoverheid) staan bij het schrijven van dit rapport nog ter discussie. Een meerderheid van de Tweede Kamer heeft grote bezwaren tegen de voorgestelde versterking van rol van de zorgkantoren.
- 12 Vanuit de Klankbordgroep, die dit onderzoek heeft begeleid, werd dan ook opgemerkt dat zorgkantoren waar een of hoogstens twee medewerkers inhoudelijk betrokken waren bij het geestelijke gezondheidszorgaanbod geen uitzondering vormen.

- 13 In de thuiszorg worden vier (hoofd)activiteiten onderscheiden, tw.: huishoudelijke taken, verzorgende taken, begeleidende taken en samenwerking & overleg. De laatste twee worden beschouwd als de hoofdtaken van de verzorgende E, de beide andere worden wel door hen verricht maar minder vaak en alleen in combinatie met de hiervoor genoemde (zie ook Arts, Kersten en Kerkstra 1997).
- 14 Het lijkt er inmiddels op dat specifieke aanbod van de gespecialiseerde gezinsverzorging – of gespecialiseerde thuiszorg – wat meer bekendheid heeft gekregen. Een belangrijke impuls daartoe is vermoedelijk ook geleverd door de 'docusoap' *De mensen van de thuiszorg*, die in het voorjaar van 2001 op de televisie is uitgezonden.
- 15 Het betreft hier (geaccumuleerde) registratiegegevens uit de periode 1992-1996 en, zoals gezegd, uit slechts een deel van Nederland. Er zijn geen nationale of meer actuele gegevens voorhanden; het is niet bekend of zich in de afgelopen vijf jaar substantiële wijzigingen in het cliëntenbestand van de thuiszorg hebben voorgedaan.
- 16 In het hiernavolgende zijn alleen de gegevens over de gehele organisaties opgenomen, de budgetten van bijvoorbeeld de afdeling gespecialiseerde gezinszorg (instellingen voor thuiszorg) of de afdeling Vangnet en advies (GGD) zijn omwille van de vergelijkbaarheid niet opgenomen. Dit geldt ook voor de gegevens van de instelling voor maatschappelijke opvang die is gefuseerd met een RIBW; deze instelling is hierdoor qua grootte en budgetten niet meer vergelijkbaar met de andere instellingen voor maatschappelijke opvang in het onderzoek.
- 17 Dat de instellingen voor thuiszorg vrijwel nooit met cliëntèle van buiten de eigen regio te maken heeft, is overigens het gevolg van de indicatiesystematiek en dus geen onderzoeksbevinding.
- 18 Of de hoge non-respons samenhangt met het onderzoeksobject of veroorzaakt wordt door een lagere bereidheid tot deelname aan onderzoek in het algemeen, is niet na te gaan. Bij eerder onderzoek naar (lokale) beleidsnetwerken in de ouderen- en gehandicaptenzorg was de respons onder de corporaties echter niet lager dan gemiddeld (Kwekkeboom 1997).
- 19 Het is mogelijk dat deze omstandigheden de respons van de kant van de arbeidsvoorzieningen ongunstig heeft beïnvloed.

7 DRAAGVLAK VOOR HET BELEID EN DE GEVOLGEN VOOR NETWERKVORMING

7.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aan de hand van de beschrijving van diverse kenmerken van de bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid betrokken instellingen en organisaties nagegaan wat voor elk van deze partijen de sterkte van de draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid is. Op grond van de hierbij vastgestelde verschillen in draagkracht is vervolgens geconcludeerd dat de sterkte van de draagkracht van de partijen gezamenlijk, het eventuele beleidsnetwerk, afhankelijk is van de sterkte van het gezamenlijk draagvlak voor het beleid. In dit hoofdstuk zal nader op dit draagvlak worden ingegaan. Daarvoor zal in paragraaf 7.2 eerst worden beschreven hoe elk van de typen actoren denkt over het door de rijksoverheid gevoerde geestelijke gezondheidszorgbeleid, met andere woorden wat voor elk van de actoren de sterkte van het draagvlak is. Daarmee zal antwoord worden gegeven op de eerste onderzoeksvraag uit hoofdstuk 3, paragraaf 3.3, te weten:

- Hoe staan deze actoren tegenover het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de daaruit voortvloeiende overdracht van taken aan algemene voorzieningen, de gezamenlijke beleidsontwikkeling binnen zorgcircuits en de (regie)rol van de lagere overheden hierin?

In de beschrijving van de meningen over het beleid zal tevens worden aangegeven of en zo ja, ten aanzien van welk uitgangspunt de diverse typen actoren onderling verschillen in hun mate van instemming. De uitkomsten hiervan worden in paragraaf 7.3 vervolgens gerelateerd aan de in het vorige hoofdstuk vastgestelde verschillen in draagkracht. Op basis daarvan zal worden besproken wat verwacht kan worden over de sterkte van het draagvlak voor de actoren tezamen en wat dit betekent voor de mogelijkheid van netwerkvorming. Deze bespreking geeft daarmee antwoord op de derde onderzoeksvraag uit hoofdstuk 4, paragraaf 4.4:

- Bestaan er binnen de netwerken verschillen in steun voor de uitgangspunten van het beleid en wat zijn de gevolgen daarvan voor het draagvlak voor het netwerk als geheel?

7.2 Mate van instemming met het beleid bij de actoren

Meetmethode

In het derde, tevens kortste, deel van de vragenlijst werd de respondenten gevraagd hun mening te geven over het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid. Daartoe werd hun een lijst met een tiental uitspraken voorgelegd. Een van deze uitspraken had betrekking op extramuraliseringsstreven in de geestelijke gezondheidszorg, een ander op de wenselijkheid taken van de geestelijke gezondheidszorg over te dragen aan algemene instellingen. De overige stellingen op de lijst kunnen worden beschouwd als meer gedetailleerde invullingen van het door de rijksoverheid gevoerde vermaatschap-

pelijkingsbeleid, zoals dat aan de orde is geweest in hoofdstuk 2 van deze studie. Sommige uitspraken hadden betrekking op zeer concrete beleidsopties, het al dan niet invoeren van een persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld of het onderbrengen van de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg bij de regionale indicatieorganen (de RIO's). Andere *statements* verwezen naar meer algemene opvattingen over zorgverlening aan mensen met psychische problematiek¹. De uitspraken zijn voorgelegd aan alle deelnemers aan het onderzoek, ook aan hen die hadden opgegeven zelf (nog) niet betrokken te zijn bij beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met (langdurige) psychische problemen. Bij de beantwoording van de vragen moest op een vijfpuntsschaal worden aangegeven in welke mate met elk van de uitspraken kon worden ingestemd. De 'waarden' die op de schaal stonden aangegeven, waren: 'sterk oneens' (1); 'oneens' (2); 'niet mee eens, maar ook niet mee oneens' (3); 'eens' (4); 'sterk eens' (5). Daarnaast was er de mogelijkheid om aan te geven dat men zich nog geen mening had gevormd over dit onderwerp dan wel er onvoldoende van afwist om er een mening over te hebben ('weet niet').

Om na te gaan of de diverse typen actoren onderling verschillen in de mate van instemming zijn de reacties op de uitspraken bij elkaar opgeteld en gedeeld over het aantal respondenten dat een mening had gegeven. Zo is een 'gemiddelde' voor de steun per type actor opgezet. Hierbij zij opgemerkt dat aan deze 'gemiddelden' geen absolute waarde voor de sterkte van het draagvlak per type actor mag worden toegekend. Het gaat immers om antwoorden van (soms zeer) kleine aantallen respondenten, waardoor de 'gemiddelden' zeer gevoelig zijn voor al of niet toevallige verschuivingen. Zij kunnen alleen worden gebruikt om onderlinge verschillen vast te stellen en zijn niet meer dan een indicatie voor de steun die aan de diverse uitgangspunten wordt gegeven. De uitkomsten van de meetprocedure zijn opgenomen in één overzichtstabel, tabel 7.1. De tabellen met de afzonderlijke reacties op de uitspraken zijn, per type actor, samengebracht in bijlage C (tabellen C1 t/m C10).

Resultaten

Uit het antwoordpatroon komt als eerste naar voren dat de meeste respondenten het er mee eens zijn dat het niet goed is om mensen met psychische problemen langdurig op te nemen. De grootste steun voor dit uitgangspunt is met 4.1 te vinden bij de deelnemende cliëntenorganisaties en zorgkantoren; de grootste terughoudendheid, 3.0, bij de instellingen voor arbeidsvoorziening (tabel 7.1). De uitspraak dat de zorg voor iemand met psychische problemen het beste bij de betrokkene thuis gegeven kan worden, wordt eveneens redelijk breed gesteund. Ook nu zijn het de instellingen voor arbeidsvoorziening die de grootste terughoudendheid aan de dag leggen, hierin ditmaal bijgetreden door de lokale overheden, beide 3.2. De instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg zijn met 3.8 de grootste voorstanders van dit uitgangspunt. De veronderstelling dat de indicatiestelling voor geestelijke gezondheidszorg het beste (ook) in de handen van de regionale indicatieorganen gelegd kan worden, roept flinke weerstand op bij de geestelijke gezondheidszorginstellingen. Met een 'gemiddelde' van 2.5 laten deze instellingen weten niet met deze uitspraak in te kunnen stemmen. Tegenover elke voorstander staan minstens twee even felle tegenstanders (tabel C1). De overige typen instellingen zijn het daarentegen in grote lijnen wel eens met dit uitgangspunt. De sterkste steun, 3.9, is te vinden bij de GGD's.

Opvallend genoeg neigt een groot deel van de respondenten ertoe het oneens te zijn met de stelling dat mensen met psychische problemen in eerste instantie bij de eigen familie terecht moeten kunnen. Daarmee wordt afstand genomen van een centraal uitgangspunt in het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid (zie hfst. 2). De grootste terughoudendheid is te vinden bij de thuiszorg (2.4), maar ook de corporaties (2.7), de instellingen voor arbeidsvoorziening (2.8), de cliëntenorganisaties, de lokale overheden en de instellingen voor maatschappelijke opvang (elk 2.9) zijn niet enthousiast. De geestelijke gezondheidszorginstellingen zelf staan met 4.4 vrijwel alleen in hun grote steun voor dit uitgangspunt, de overige voorstanders zijn met maximaal 3.7 (zorgkantoren) heel wat gematigder (tabel 7.1).

Met uitzondering van het AMW (2.8) en de thuiszorg (3.0) zijn vrijwel alle respondenten het er mee eens dat de algemene instellingen niet voldoende zijn toegerust om psychiatrische patiënten op te vangen². De uitspraak krijgt de grootste steun van de cliëntenorganisaties en de corporaties (beide 3.8).

Het uitgangspunt dat psychiatrische patiënten het best geholpen worden door hen een zo gewoon mogelijk leven te laten leiden, kan rekenen op brede tot zeer brede steun (tabel 7.1). Slechts zeer weinigen waren het hiermee (zeer) oneens: het laagste 'gemiddelde' voor alle typen instellingen bedraagt 3.3. Naar verhouding de meeste tegenstanders konden gevonden worden onder de instellingen voor arbeidsvoorziening (tabel C10). De vertegenwoordigers van de cliëntenorganisaties waren allen uitgesproken voor (tabel C2). Ook het zo veel mogelijk voorkomen van gedwongen opname is een item in het geestelijke gezondheidszorgbeleid dat door de meerderheid van de ondervraagden wordt ondersteund, hoewel het enthousiasme hiervoor wel wat minder is dan voor het vorige onderwerp. Ook nu zijn het weer de instellingen voor arbeidsvoorziening die – hoewel in meerderheid voor – wat meer bezwaren zien (3.3). De grootste voorstanders zijn, met 4.4, ook nu weer de cliëntenorganisaties.

De invoering van het persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg – ten tijde van het onderzoek nog niet gerealiseerd – lijkt bij het merendeel van de instellingen en organisaties op brede bijval de te kunnen rekenen. De uitspraak dat een dergelijk persoonsgebonden budget ook in deze zorgsector zou moeten worden ingevoerd, vond het minste weerklank bij de deelnemende vertegenwoordigers van het AMW (3.0), waarvan een vierde het 'zeer oneens' is met een dergelijk persoonsgebonden budget (tabel C6). Niet verrassend zijn de cliëntenorganisaties met 4.6 de meest overtuigde voorstanders; meer dan de helft van hun vertegenwoordigers was het 'zeer eens' (tabel C2).

De overweging om de lokale overheden de regie over de samenhang en afstemming van het voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen in handen te geven, blijkt nogal controversieel. De zorgkantoren zijn met 1.7 het felst tegen, maar ook de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (2.0), de cliëntenorganisaties (2.3), de thuiszorginstellingen (2.5) en de instellingen voor AMW (2.8) lopen niet warm voor het idee. Opvallend genoeg zijn de lokale overheden met 3.4 dan zelf wel voorstander van een dergelijke regiefunctie, maar is de steun hiervoor met 3.7 het grootst bij de deelnemende instellingen voor arbeidsvoorziening (tabel 7.1).

Tabel 7.1 'Gemiddeldenopvattingen' over uitgangspunten vermaatschappelijking, naar type actor (5 = 'zeer eens', 1 = 'zeer oneens')

Letterlijke tekst uitspraken in de vragenlijst	instellingen voor				instellingen voor			instellingen voor		
	geestelijke gezondheidszorg	cliënten-organisaties	lokale overheden	gezondheidszorgkantoren	instellingen voor maatschappelijke opvang	instellingen voor AMW	instellingen voor thuiszorg	GGD's	corporaties	instellingen voor arbeidsvoorziening
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	3,5	4,1	3,3	4,1	3,4	3,7	4,0	3,4	3,6	3,0
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	3,8	3,7	3,2	3,6	3,5	3,5	3,7	3,5	3,7	3,2
- omdat zo wordt bevorderd dat de indicatiestelling objectief en vraaggericht plaatsvindt dat deze het best in handen worden gelegd van een RIO (regionaal indicatieorgaan)	2,5	3,7	3,7	3,4	3,6	3,2	3,2	3,9	3,8	3,6
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	3,5	2,9	2,9	3,7	3,0	3,6	2,4	3,2	2,7	2,8
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	3,7	3,8	3,2	3,4	3,3	2,8	3,0	3,7	3,8	3,7
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	4,2	4,4	3,8	4,1	3,8	3,6	4,1	4,0	4,1	3,3
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	4,1	4,4	3,8	4,1	3,4	4,1	3,9	3,8	3,6	3,3
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	3,5	4,6	3,4	4,0	3,4	3,0	3,2	4,0	3,8	3,1
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	2,2	2,3	3,4	1,7	3,2	2,8	2,5	3,3	3,1	3,7
- zolang de geestelijke gezondheidszorg instellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bijv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	2,2	2,9	2,8	2,3	3,6	3,6	3,2	2,5	2,3	2,7
(n)	(35)	(18)	(26)	(15)	(24)	(16)	(23)	(24)	(15)	(13)

Bron: SCP (VGG'00)

Ook de laatste van de tien uitspraken "Zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten alleen mogelijk" riep veel weerstand op. Het merendeel van de respondenten was het hier niet, tot helemaal niet mee eens. Alleen de instellingen voor thuiszorg (3.2), voor maatschappelijke opvang (3.5) en voor AMW (3.6) konden in meerderheid met deze stelling instemmen. De geestelijke gezondheidszorginstellingen wezen de stelling met 2.2. het felst af; zij werden daarin, met 2.3, op de voet gevolgd door de zorgkantoren en de woningcorporaties.

Sterkte van draagvlak voor beleid ...

Uit de antwoordenpatronen in tabel 7.1 kan als eerste worden afgeleid dat de steun voor de meer algemene uitgangspunten voor het vermaatschappelijkingsbeleid vrij breed is, ook al zijn er per type actoren verschillen in de mate van instemming. Het merendeel van de respondenten kan het eens zijn met uitspraken als "De zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste thuis worden gegeven" of "Iemand met psychische problemen help je het beste door hem of haar een zo gewoon mogelijk leven te laten leiden". Ook de terughoudendheid ten aanzien van gedwongen opnamen is algemeen.

Deze meer algemene uitgangspunten voor het vermaatschappelijkingsbeleid kunnen dus rekenen op een redelijk stevig draagvlak onder alle institutionele betrokkenen.

De meer concrete beleidsvoornemens over de rol van de lokale overheid en die van de algemene instellingen blijken echter controversieel. Een groot deel van de actoren ziet niets in een regierol voor de lokale overheid ten aanzien van samenhang en afstemming in het zorgaanbod. Overname van taken door de algemene instellingen wordt door slechts een klein deel van de partijen gezien als een voorwaarde voor maatschappelijke integratie. Daarbij is het merendeel van deze partijen er ook van overtuigd dat deze algemene instellingen niet voldoende voor een dergelijke overname zijn toegerust. Daar staat dan tegenover dat een ingrijpende vernieuwing als een persoonsgebonden budget door vrijwel alle betrokkenen gesteund wordt. Het onderbrengen van de indicatiestelling voor geestelijke gezondheidszorg wordt bij de RIO's feitelijk alleen door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf afgewezen.

Het draagvlak voor de wijze waarop de algemene uitgangspunten volgens de rijksoverheid meer concreet zouden moeten worden ingevuld, is over de gehele linie genomen dus op zijn best als 'matig' te kwalificeren.

... is afhankelijk van mate van betrokkenheid bij ontwikkeling ervan

Als de uitkomsten, die weergegeven zijn in tabel 7.1, nog eens bestudeerd worden naar type actor springt als eerste in het oog dat de cliëntenorganisaties sterke voorstanders zijn van elke maatregel die bijdraagt aan een 'zo gewoon mogelijk leven' van mensen met psychische problemen; met een zo groot mogelijke keuzevrijheid en zo weinig mogelijk dwang. Voorzover er steun nodig zou zijn bij dit zo gewoon mogelijke leven wordt deze, zo lijkt het, eigenlijk alleen van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geaccepteerd, maar dan wel onder de voorwaarde van onafhankelijkheid.

De steun voor de extramuraliseringstendens in het geestelijke gezondheidszorgbeleid, is het grootst bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de zorgkantoren, de partijen die zelf ook het sterkst bij de ontwikkeling van het beleid zijn betrokken. Betrokkenheid van andere actoren dan het persoonlijke netwerk van de cliënt bij diens opvang en begeleiding, wordt door zowel de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg als de zorgkantoren afgewezen, al zijn de laatste wel weer geporteerd van een minder prominente rol van de aanbieders bij met name de indicatiestelling.

De actoren die in hun dagelijks werk vaak en in toenemende mate te maken krijgen met de gevolgen van het extramuraliseringsbeleid, de instellingen voor respectievelijk maatschappelijke opvang, AMW, en thuiszorg, de GGD's en ook de lokale overheden, steunen het beleid wel, maar zijn in het algemeen gereserveerder. De meerderheid van hen pleit voor een grotere betrokkenheid van andere instellingen, in casu henzelf, bij de opvang en begeleiding en voor een grotere afstand van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bij de indicatiestelling voor de zorg.

Voor de actoren die dus vaak tot regelmatig bij de opvang en begeleiding van mensen met psychische problemen zijn betrokken, lijkt op te gaan dat hoe groter de steun is voor het extramuraliseringsbeleid des te terughoudender men staat tegenover 'ontcategorialisering' van de geestelijke gezondheidszorg en vice versa.

Van de instellingen die in hun dagelijks werk vooralsnog weinig met psychiatrische patiënten te maken hebben gekregen – de woningcorporaties en de instellingen voor arbeidsvoorzieningen –, vallen vooral de laatste op door hun geringe steun voor het beleid³. Of dit wordt veroorzaakt door hun geringe ervaringen met de leden van de doelgroep of dat men juist weinig ervaringen heeft omdat men psychiatrische patiënten niet tot de eigen doelgroep wil rekenen, is niet duidelijk. Wel is duidelijk dat zeker deze actor zich niet aangesproken voelt door de recente tendensen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid.

Al met al lijkt het erop dat hoe verder de actor afstaat van de daadwerkelijke ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen, hoe geringer de steun is voor met name de extramuraliseringsgedachte binnen het geestelijke gezondheidszorgbeleid.

7.3 Het draagvlak van het netwerk

De hierboven weergegeven uitkomsten komen overeen met de bevindingen uit de verkennende fase van het onderzoek. Ook daar werd immers gevonden dat de algemene uitgangspunten voor het vermaatschappelijkingsbeleid wel werden gedragen, maar dat daar waar deze zouden leiden tot 'ontcategorialisering' van de zorg, met een heel wat smaller draagvlak gerekend zou moeten worden (Kwekkeboom 1999).

Hiervoor is beschreven dat de uitkomsten aangeven dat zich tussen de diverse actoren, die gezamenlijk een netwerk zouden moeten vormen, aanzienlijke verschillen in opvatting aftekenen. Deze verschillen doen zich vooral voor bij de uitgangspunten voor het beleid die betrekking hebben op de rollen die deze actoren zouden moeten spelen.

Zo zijn juist de actoren die in paragraaf 6.3 als een van de sterkste en meest invloedrijke werden gekwalificeerd – t.w. de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg – geen voorstander van de 'ontcategorisering' van de opvang en begeleiding van mensen met psychische problemen en de daarmee gepaard gaande overdracht van taken. Ook de zorgkantoren, eveneens aangeduid als sterk en invloedrijk, staan terughoudend tegenover deze invulling van het vermaatschappelijkingsbeleid. Dit geldt nog sterker voor de cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg, in de praktijk weliswaar de zwakste partij, maar volgens de ideologie toch de vertegenwoordigers van de belangrijkste actor in het beleid: de zorgvrager.

Van de ondersteuners van een vermaatschappelijkingsbeleid dat zich niet alleen 'beperkt' tot extramuralisering van de zorg, maar ook gekenmerkt wordt door een 'ontcategorisering' van deze zorg zijn feitelijk alleen de lokale overheden in staat een sturende invloed in de beleidsnetwerken uit te oefenen. Een sturende of regisserende rol van deze lokale overheid wordt echter door een groot deel van de actoren afgewezen, ook door de sterkere partijen in het beleidsveld.

Al met al moet worden geconcludeerd dat het op basis van de gegevens in tabel 7.1 niet mogelijk is om vast te stellen wat op het niveau van het beleidsnetwerk de sterkte van het draagvlak voor het beleid zou zijn. De hiervoor geconstateerde verschillen van mening, gerelateerd aan de onderlinge (krachts)verhoudingen zullen namelijk van invloed zijn op de mate waarin de diverse typen actoren binnen de regio überhaupt één netwerk kunnen vormen. Binnen een dergelijk netwerk zouden over het te voeren beleid en de daarin aan te brengen accenten er immers twee, wellicht drie krachtige actoren kunnen zijn die er verschillende meningen op na houden. Onder deze omstandigheden zou zo'n netwerk geen lang leven beschoren zijn en van een gezamenlijke meningsvorming, laat staan beleidsontwikkeling, moet dan ook niet veel worden verwacht. Het ligt meer voor de hand ervan uit te gaan dat de verschillende opvattingen tussen de meest krachtige partijen ertoe zullen leiden dat er binnen het regionale beleidsveld verschillende coalities zullen gaan ontstaan (zie hfst. 4, § 4.3). Deze coalities of clusters zouden zich dan, naar alle waarschijnlijkheid, rond de sterkste actoren vormen en uit die instellingen bestaan van wie de opvattingen onderling het meest met elkaar en met die van deze centrale actor overeenkomen. Deze clustervorming zal enerzijds de interne samenwerking en afstemming kunnen bevorderen, maar er anderzijds aan kunnen bijdragen dat de standpunten binnen het regionale beleidsveld verder uiteen komen te liggen.

In het volgende hoofdstuk zal worden nagegaan of de bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid betrokken partijen inderdaad tezamen één beleidsnetwerk vormen of dat er, als gevolg van de verschillen in opvattingen over het gewenste beleid, eerder sprake is van clustervorming. Hiervoor zal gebruikgemaakt worden van de informatie over het door de diverse actoren ontwikkelde voorzieningenaanbod en de mate waarin en de manier waarop daarvoor met andere partijen wordt samengewerkt. De uitkomsten hiervan zullen worden gebruikt om, in aanvulling op de bevindingen in dit en het vorige hoofdstuk, de sterkte van draagvlak en draagkracht van het (eventuele) netwerk in zijn geheel vast te stellen.

Noten

- 1 Om onderzoekstechnische redenen zijn de meeste uitspraken wat ongenueanceerd verwoord, ongenueanceerder dan in de diverse beleidsnota's van zowel overheid als instellingen gebruikelijk is.
- 2 Door de formulering is het, achteraf gezien, helaas niet mogelijk om een onderscheid te maken in materiële toerusting (personeel, financiële middelen) dan wel deskundigheid. Wat de respondenten ook bedoeld mogen hebben, duidelijk is dat als eraan wordt vastgehouden dat (ook) algemene voorzieningen psychiatrische patiënten opvang gaan bieden hiervoor, eerst de voorwaarden verbeterd moeten worden.
- 3 Dit geldt wel alleen voor die representanten die hierover een mening hadden Het aantal respondenten dat bij deze uitspraken 'weet niet' liet invullen, was bij de instellingen voor arbeidsvoorziening naar verhouding het hoogst (ziet tabel B10).

8 VOORZIENINGEN EN SAMENWERKINGSRELATIES

8.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is ten eerste geconstateerd dat binnen de beoogde regionale netwerken in het geestelijke gezondheidszorgbeleid de actoren onderling zo uiteenlopen in de beschikking over hulpbronnen – draagkracht – dat binnen deze netwerken twee tot drie 'zwaartepunten' zijn vast te stellen. Ten tweede is vastgesteld dat de actoren ook zo verschillen in hun opvattingen over het gevoerde geestelijke gezondheidszorgbeleid dat het niet mogelijk is om van één gezamenlijk draagvlak op netwerkniveau te kunnen spreken.

Op basis hiervan is verondersteld dat er, eerder dan van netwerkvorming, wel eens sprake zou kunnen zijn van het ontstaan van verschillende coalities binnen het beleidsveld.

Deze coalitievorming zou kunnen leiden tot enerzijds intensieve en structurele samenwerking tussen enkele actoren of groepjes van actoren en anderzijds vergroten van de afstand tot de andere (groepen van) actoren.

In dit hoofdstuk zal een beschrijving worden gegeven van de door de diverse actoren geboden voorzieningen en de samenwerkingsrelaties die hiervoor worden aangegaan. Op basis daarvan zal onderzocht worden of de betrokkenen bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid inderdaad één netwerk vormen of dat er eerder sprake is van coalitievorming. Daarvoor zal in paragraaf 8.2 eerst een overzicht worden geboden van het totaal aan voorzieningen en projecten op de vier aandachtsgebieden voor het vermaatschappelijkingsbeleid, welke door de diverse respondenten zijn besproken. Het al of niet betrokken zijn bij aanbod op deze gebieden kan immers, met het nodige voorbehoud (zie hfst. 5, noot 3), gezien worden als een eerste indicatie voor de wijze waarop de betrokken actor het vermaatschappelijkingsstreven interpreteert.

Vervolgens zal in paragraaf 8.3 per type actor worden beschreven bij welke voorzieningen zij betrokken zijn, of en met wie zij daarvoor samenwerken en wat het karakter van deze samenwerking is. Daarbij zal de aandacht in eerste instantie uitgaan naar de duur van de samenwerkingsrelaties en het al of niet bestaan van schriftelijke overeenkomsten. Informatie hierover is nodig om vast te stellen of de genoemde samenwerkingsrelaties wel of niet structureel zijn en dus wel of niet wijzen op netwerk- of coalitievorming (zie hfst. 4). Bij de bespreking van deze samenwerkingsrelaties zal ook – als indicatie voor de beïnvloedingsrelaties binnen het beleidsveld – worden aangegeven van wie het initiatief voor de eventuele samenwerking is uitgegaan. Vervolgens zal – eveneens als aanwijzing voor het structurele karakter van de samenwerkingsrelatie – worden ingegaan op de financieringsvorm ervan. De informatie hierover wordt aangevuld met die over het bereik van de voorzieningen en de omvang van het beschikbare budget, nodig om inzicht te krijgen in de onderlinge verhoudingen binnen het beleidsveld, en met die over de herkomst van de financiën, in casu de betrokkenheid van andere dan de eventuele samenwerkingspartners bij het voorzieningenaanbod.

Met de gegevens die in paragraaf 8.3 worden gepresenteerd, zal een antwoord worden gegeven op de in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3 geformuleerde onderzoeksvraag naar het bestaan van samenwerking bij de actoren afzonderlijk:

- Wordt door de actoren op regionaal niveau samengewerkt voor de ontwikkeling van een voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen en zo ja, voor welke voorzieningen, in welke vorm en met wie?

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk, paragraaf 8.4, zal vervolgens aan de hand van een vergelijking van de uitkomsten per actor worden bekeken of deze actoren onderling uiteenlopen in voorzieningenaanbod, samenwerkingsrelaties en financieringsbronnen en zo ja, of daarin specifieke patronen per actor of groepen actoren te herkennen zijn. Op basis daarvan zal worden nagegaan op welke manieren er door actoren vorm wordt gegeven aan het vermaatschappelijkingsbeleid en wat op basis daarvan geconcludeerd kan worden over de sterkte van draagkracht en draagvlak. Op het niveau van het beleidsveld als geheel wordt daarmee antwoord gegeven op de vragen over dit aspect van de netwerkvorming uit hoofdstuk 4, paragraaf 4.4:

- Zijn er binnen de netwerken verschillen in voorzieningenaanbod, samenwerkingsrelaties en financieringsbronnen en zo ja, tussen welke (groepen) actoren hebben deze verschillen gevolgen voor de netwerkvorming?
- Wat zijn de gevolgen daarvan voor draagvlak en draagkracht van de netwerken in hun geheel?

De gegevens die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd, zijn gebaseerd op de uitkomsten van de enquête. Dit heeft tot gevolg dat de diverse activiteiten die door de actoren worden ondernomen alleen op een tamelijk abstract niveau worden beschreven. Om toch een wat concreter beeld te geven van de daadwerkelijke gang van zaken zijn in dit hoofdstuk ook beschrijvingen van specifieke voorzieningen of samenwerkingsafspraken opgenomen. Voor deze beschrijvingen, die in aparte tekstkaders zijn weergegeven, is gebruikgemaakt van de diverse documenten die de respondenten na afloop van het vraaggesprek hebben meegegeven of naderhand hebben opgestuurd (zie hfst. 5, noot 13).

8.2 Voorzieningenaanbod op het terrein van de vermaatschappelijking – een overzicht¹

Voor de inventarisatie van de voorzieningenaanbod is, zoals ook besproken in hoofdstuk 5, eerst aan de actoren gevraagd of de specifieke voorzieningen voor mensen met psychische problemen die door hun instelling (mede) werden geboden, toe te wijzen waren aan een of meer concreet genoemde aandachtsgebieden voor het vermaatschappelijkingsbeleid. Deze aandachtsgebieden, die als typerend voor het vermaatschappelijkingsstreven worden opgevat, zijn:

- ontwikkeling/ondersteuning van de zorgverlening aan huis;
- versterking van de huisvestingssituatie van psychiatrische patiënten;
- vergroting van de arbeidsmarktparticipatie van psychiatrische patiënten;
- openbare geestelijke gezondheidszorg.

Uit de antwoorden blijkt dat de projecten en voorzieningen die door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worden geboden in meerderheid gericht zijn op het ontwikkelen en ondersteunen van de zorgverlening aan huis (tabel 8.1). Het terrein van de arbeidsmarktparticipatie lijkt op dit moment de minste aandacht van de geestelijke gezondheidszorginstellingen te krijgen, terwijl dit terrein door de deelnemende cliëntenorganisaties juist relatief vaak worden genoemd. Uit de bij deze laatste actor rijk gevulde antwoordcategorie 'anders' kan al afgeleid worden dat de cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg zich ook sterk bezighouden met voorzieningen en projecten die zich op geheel andere aspecten van de geestelijke gezondheidszorg richten. Uit de toelichting op deze antwoorden kwam namelijk naar voren dat de belangstelling van de organisaties ook (of vooral) uitgaat naar lotgenotencontact, relatiebemiddeling en kwaliteit van de zorg.

"18 november organiseerden we een thema-avond over de uitvoering van de WVG en de Welzijnswet ten behoeve van psychiatrische patiënten. Een ambtenaar van de gemeente kwam een inleiding over het thema houden en er was voldoende ruimte voor het stellen van vragen en discussie. Deze avond werd door acht leden bezocht. Er werden vanuit de cliënten zinvolle vragen gesteld, maar hoe deze ambtenaar zich er ook op had voorbereid, toch had hij weinig kennis over het feit dat ook ggz-clieënten een beroep kunnen doen op deze regelingen. Al met al toch een zinvolle avond (...)"

Bron: *Jaarverslag 1999* van de cliëntenbondsafdeling Stedendriehoek en Oost Gelderland

De meerderheid van de voorzieningen waarbij de lokale overheid betrokken is, richtte zich op het OGGZ-beleid, een terrein waarop ook een groot deel van de zorgkantoren actief was. De zorg aan huis vormde een tweede belangrijk aandachtsgebied voor de zorgkantoren die verder naar verhouding weinig betrokken waren bij projecten op de terreinen wonen en werken. Bij de instellingen voor maatschappelijke opvang lijkt de aandacht vooral uit te gaan naar voorzieningen of projecten die de huisvestingssituatie van psychiatrische patiënten moeten versterken. De instellingen voor AMW komen in dit onderzoek naar voren als de breedst georiënteerde van alle deelnemende actoren. Het (kleine) aantal instellingen van dit type dat de vragen uit het tweede deel heeft beantwoord, lijkt zijn aandacht over alle vier aspecten verdeeld te hebben. De instellingen voor thuiszorg daarentegen zijn, in lijn met hun voornaamste werkzaamheden, tamelijk exclusief betrokken bij voorzieningen die de zorgverlening aan huis moeten ondersteunen. Ook de GGD's richten hun aandacht vooral op één aandachtsgebied, in dit geval de OGGZ.

"Sinds 1996 is de GGD in samenwerking met de Jellinek, RIAGG, FMD Welzijn Gooi en sinds medio 1998 ook de RIBW (Regionale Instelling Beschermende Woonvormen) met Project Vangnet gestart. In 1999 is de naam gewijzigd in Vangnet & Advies, omdat deze naam de consulterende en adviserende functie benadrukt en de benaming beter aansluit bij de landelijke Vangnetactiviteiten. Tevens is de verwachting dat Project Vangnet een definitieve plaats krijgt op de sociale kaart in de regio Gooi en Vechtstreek en dus niet meer van tijdelijke aard is. Vangnet is de kernactiviteit van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, afgekort OGGZ (...) Medewerkers van Vangnet signaleren en bieden geïntegreerde hulp aan mensen die zichzelf en/of hun woonomgeving ernstig verwaarlozen. Ook mensen die ernstige overlast voor hun omgeving veroorzaken vallen onder de doelgroep. Bij de doelgroep is meestal sprake van complexe problematiek, bijvoorbeeld psychiatrische en verslavingsproblematiek waarbij de cliënt ook sociaal maatschappelijk een marginaal bestaan leidt."

Bron: *Activiteitenverslag januari 1999-december 1999*, Vangnet & Advies Regio Gooi en Vechtstreek

De deelnemende instellingen op de terreinen wonen en werken lijken zich in hun voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten toch sterk te beperken tot hun eigen werkgebied. Waar een deel van de corporaties zich naast huisvesting ook nog wel richtte op voorzieningen die de zorg aan huis moeten ondersteunen, beperkten de instellingen voor arbeidsvoorziening zich uitsluitend tot een specifiek aanbod dat tot doel heeft de arbeidsmarktparticipatie van psychiatrische patiënten te vergroten (tabel 8.1).

Tabel 8.1 Betrokkenheid bij projecten/voorzieningen 'vermaatschappelijk geestelijke gezondheidszorg' in regio, naar type actor en aspect van de vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	zorg aan		arbeidsmarkt-	OGGZ	anders
	huis	huisvesting	participatie		
instellingen geestelijke gezondheidszorg (n = 34)	25	21	14	17	7
cliëntenorganisaties (n = 16)	3	3	7	5	9
lokale overheden (n = 23)	6	4	3	17	5
zorgkantoren (n = 15 ^a)	11	3	4	10	4
maatschappelijke opvang (n = 21)	5	14	6	9	4
AMW (n = 13)	7	4	5	5	1
thuiszorg (n = 20)	16	2	–	5	4
GGD (n = 17)	6	2	1	17	3
corporaties (n = 8)	2	6	–	–	–
arbeidsvoorziening (n = 9)	–	–	9	–	1

a Een van de zorgkantoren heeft deze vragen voor twee regio's beantwoord.

Bron: SCP (VGG'00)

De door de diverse actoren opgevoerde projecten of voorzieningen in de categorie 'anders' bestreken diverse onderwerpen, maar waren vaak vooral gericht op specifieke groepen zoals asielzoekers of 'probleemgezinnen'. Ook werd in deze categorie vaak melding gemaakt van projecten of voorzieningen gericht op (zinvolle) dagbesteding of scholing, aanbod dat dus wel tot doel had om de maatschappelijke participatie van psychiatrische patiënten te bevorderen, maar niet met de primaire bedoeling daarmee uitzicht te bieden op een vergroting van de arbeidsmarktparticipatie.

In het vervolg van de vragenlijst is de respondenten gevraagd om over de door hen opgegeven projecten aanvullende informatie te geven. Gezien de lengte van het eerste deel van de vragenlijst dat aan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en aan de cliëntenorganisaties is voorgelegd, is de representanten van dit type actor gevraagd om van de projecten of voorzieningen waarbij zij betrokken zijn er één te kiezen en alleen daarover meer informatie te verstrekken. Niet iedereen heeft van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Daarentegen heeft een deel van de cliëntenorganisaties de vervolgvragen niet beantwoord omdat de door hen genoemde voorzieningen niet aan een van de vier aandachtsvelden konden worden toegewezen. Het aantal projecten of voorzieningen waarover door instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of door cliëntenorganisaties vragen zijn beantwoord, ligt daarom lager dan het totale aantal waarbij deze typen actoren zijn betrokken.

Van de projecten en voorzieningen die representanten van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg uiteindelijk hebben beantwoord, zijn die welke zich richten op de ontwikkeling en ondersteuning van de zorgverlening sterk in de meerderheid (tabel 8.2). Van de kant van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is in dit onderzoek dus naar verhouding weinig informatie verstrekt over de – ook door henzelf geboden – voorzieningen en projecten die de andere, minder categorale, aspecten van het vermaatschappelijkingsbeleid bestrijken.

Bij de cliëntenorganisaties blijkt de grootste aandacht ook na 'selectie' toch vooral uit te gaan naar de arbeidsmarktparticipatie (tabel 8.2).

Tabel 8.2 Projecten of voorzieningen waarover door instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en cliëntenorganisaties vragen zijn beantwoord, naar type actor en aspect van de vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	zorg aan huis	huisvesting	arbeidsmarktparticipatie	OGGZ
instellingen geestelijke gezondheidszorg (n = 34)	23	12	8	9
cliëntenorganisaties (n = 12)	3	1	5	4

Bron: SCP (VGG'00)

In totaal is dus door 172 respondenten informatie gegeven over 244 projecten en voorzieningen op de aandachtsgebieden van het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. 79 van deze projecten hadden betrekking op het ontwikkelen of ondersteunen van de zorgverlening aan huis, 48 op het versterken van de huisvestings-situatie van de psychiatrische patiënten, 41 op het vergroten van hun arbeidsmarktparticipatie en 76 op de OGGZ². Deze ongelijke verdeling over de aandachtsvelden wil overigen niet zeggen dat de belangstelling van het merendeel van de leden van de beleidsnetwerken uit zou gaan naar zorg, zowel individueel als openbaar. Zij kan immers ook het gevolg zijn van de scheve respons op het onderzoek (zie hfst. 5).

Gezien de gevolgde procedure bij de werving van de respondenten (waarbij immers is uitgegaan van een regio- indeling, waarbinnen vervolgens is gezocht naar een vertegenwoordiging van alle typen actoren) is het mogelijk dat minstens een deel van de

respondenten onafhankelijk van elkaar dezelfde projecten of voorzieningen heeft beschreven. Gezien de toegezegde vertrouwelijkheid van de informatieverzameling is het niet mogelijk de data daarop te onderzoeken. Het is ook niet van belang; het hoofddoel van het onderzoek is immers inzicht te krijgen in de onderlinge verhoudingen binnen de netwerken en, vooral, hoe deze door de betrokken partijen worden beleefd – de zogenoemde subjectieve karakteristieken (hfst. 4, § 4.3). Deze beleving hoeft niet getoetst te worden aan de werkelijkheid, zo dat al mogelijk zou zijn.

8.3 Het aanbod per actor

8.3.1 Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

Samenwerkingsrelaties en -partners

De mate waarin de geestelijke gezondheidszorginstellingen bij de ontwikkeling van hun voorzieningenaanbod samenwerken met andere instellingen en organisaties in de regio blijkt per aandachtsveld nogal te verschillen. De neiging tot samenwerking is het grootst op de velden 'arbeidsmarktparticipatie' en 'OGGZ'; slechts twee van de instellingen meldden dat het om een aanbod van henzelf alleen ging. Bij bijna de helft van de voorzieningen op de velden 'zorgverlening aan huis' en 'versterking huisvestingssituatie' daarentegen ging het om aanbod dat alleen door de betrokken geestelijke gezondheidszorginstellingen verzorgd wordt (tabel 8.3).

In die gevallen waar voor het voorzieningenaanbod met andere partijen wordt samengewerkt, gaat het meestal om structurele samenwerking. Dit is vooral het geval op de velden 'zorgverlening aan huis' en 'arbeidsmarktparticipatie'. Op het eerste aandachtsveld zijn de meeste samenwerkingsovereenkomsten ook schriftelijk vastgelegd, zij het dat het merendeel van deze schriftelijke overeenkomsten door slechts een deel van de betrokken partijen is ondertekend. De weliswaar structurele samenwerkingsovereenkomsten op het aandachtsveld 'arbeidsmarktparticipatie' zijn slechts in de helft van de gevallen schriftelijke vastgelegd en dan niet altijd met alle betrokken partijen.

"1.14 Samenwerking

Brijderstichting

De Geestgronden werkt nauw samen met de Brijderstichting, een instelling voor verslavingszorg. Het initiatief voor een nieuwe kliniek van de Brijderstichting en ons initiatief voor het GGZCentrum worden in één gebouw ondergebracht. Dit biedt de mogelijkheid om gezamenlijk zorgprogramma's op het gebied van de DualDiagnosis uit te voeren en maximaal gebruik te maken van elkaars specifieke deskundigheid (...)

Hartekamp

(...) Besloten is samen met de Hartekamp, een instelling voor verstandelijk gehandicapten, zorg te bieden aan de groep verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problemen. Er is een werkgroep ingesteld om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om te komen tot een gemeenschappelijke voorziening. (...)

1.19 Een jaar maatjesproject

Het Maatjesproject van het Rehabilitatiecircuit Zuid-Kennemerland bestond op 1 september 1999 precies één jaar. In die tijd zijn vijftien cliënten gekoppeld aan 'een maatje'. (...) Het project is succesvol. Er is zelfs nog een wachtlijst van cliënten die nog graag gekoppeld willen worden."

Bron: Jaarverslag 1999, De Geestgronden

Structurele samenwerking tussen de deelnemende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en andere partijen in de regio komt naar verhouding het minst voor op de aandachtsvelden 'versterking huisvestingssituatie' en 'OGGZ'. Deze samenwerking berust daarentegen naar verhouding wel vaker op een schriftelijke overeenkomst, zij het dat niet alle partijen daar hun handtekening onder gezet hebben (tabel 8.3).

Tabel 8.3 Samenwerking bij voorzieningenaanbod instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, alsmede kenmerken van deze samenwerking, naar aandachtsveld voor vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	alleen door eigen instelling geboden	voor project wordt samengewerkt	samenwerking is structureel	samenwerking (schriftelijk vastgelegd) ^a
zorgverlening aan huis (n = 23)	10	13	13	10 (4)
versterking huisvestingssituatie (n = 12)	5	7	5 (2)	5 (3)
arbeidsmarktparticipatie (n = 8)	2	6	6	3 (2)
OGGZ (n = 9)	2	7	4 (1)	5 (4)

a Het aantal schriftelijke overeenkomsten dat door alle samenwerkingspartners is ondertekend, staat tussen haakjes.

Bron: SCP (VGG'00)

De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg lijken hun samenwerkingspartners toch eerst en vooral in 'eigen kring' te zoeken. Van alle mogelijke andere actoren binnen het (regionale) beleidveld worden de collega-instellingen voor geestelijke gezondheidszorg het meest genoemd. Dit geldt het minst voor de samenwerkingsrelatie op het aandachtsveld 'versterking huisvestingssituatie'.

Naast deze collega-instellingen worden ook de zorgkantoren, de cliëntenorganisaties en de woningcorporaties relatief vaak bij de ontwikkelingen van het voorzieningenaanbod betrokken. Samenwerking met lokale overheden en door deze gesubsidieerde voorzieningen komt weinig voor.

Ten aanzien van de samenwerkingsbereidheid van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg kan verder nog opgemerkt worden dat, in tegenstelling tot wat op basis van het verkennende onderzoek kon worden verwacht (zie hfst. 5, § 5.2), daarin geen verschillen tussen gefuseerde en (nog) niet-gefuseerde instellingen werden gevonden.

"2 Samenwerkingsverbanden

(....)

Stad Utrecht

Zorgcircuit voor langdurig zorgafhankelijken

Dit circuit wordt gevormd door de RIAGG Stad Utrecht, de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht, de stichting Vindicta en de H.C. Rümke Groep.

Stichting Vriendendienst Zeist

Samenwerkingsovereenkomst inzake vrijwilligersproject.

Zorgcoördinatieproject: samenwerkingsafspraken tussen de RIAGG Stad Utrecht, de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht en de H.C. Rümke Groep.

(Geen overeenkomst, wel projectplan in kader van Zorg op Maat.)

Samenwerkingsovereenkomst STIDA (Stedelijke instelling voor Dagactiviteiten en Arbeidsrehabilitatie in de Stad Utrecht) tussen: de stichting RIAGG Stad Utrecht, de H.C. Rümke Groep en de Stichting Beschermenden Woonvormen Utrecht.

Samenwerkingsovereenkomst RIDA (Regionale Instelling voor Dagactiviteiten en Arbeidsrehabilitatie midden Westelijk Utrecht en de H.C. Rümke Groep.

(.....)"

Bron: *Jaarrekening 1999*, H.C. Rümke Groep

Het initiatief voor de samenwerking was volgens de vertegenwoordigers van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg meestal van hun instelling zelf uitgegaan. Alleen waar het de aandachtsvelden 'arbeidsmarktparticipatie' en 'OGGZ' betrof, werden wel andere initiatiefnemers genoemd; deze hadden dan samen met de betreffende geestelijke gezondheidszorginstelling aan de wieg van het voorzieningenaanbod gestaan.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

Slechts een zeer klein deel van de hier besproken samenwerkingsprojecten konden beschikken over een structureel budget, dat naar eigen inzicht besteed kon worden. Het merendeel was voor financiering afhankelijk van projectsubsidies of gelden uit de zorg-op-maatregeling of draaide op afzonderlijke bijdragen van de deelnemende partijen. Ondanks deze wat wankelende financieringsbasis zagen de respondenten de toekomst van de samenwerkingsrelaties zonnig in. Van alle van deze gezamenlijk ontwikkelde en geboden voorzieningen werd namelijk verwacht dat zij in de toekomst konden worden voortgezet, zij het dat er in drie gevallen met andere partners zou (moeten) worden samengewerkt of dat de voorziening in het vervolg door slechts een van de betrokkenen (i.c. de geestelijke gezondheidszorginstelling zelf) zou worden voortgezet. Deze optimistische verwachtingen konden voor een deel worden gebaseerd op de bestaansduur van de besproken samenwerkingsrelaties. Op een enkel project op de velden 'arbeidsmarktparticipatie' en 'OGGZ' na betrof het alle samenwerkingscontacten die ten tijde van het onderzoek inmiddels meer dan drie jaar bestonden.

"Samenwerking in de regio

Zorgcentrum +

Dit project, dat in 1998 gestart is onder de noemer BVT+, is een samenwerkingsverband tussen de Geestgronden ouderenzorg, enkele zorgcentra in de regio Zuid-Kennemerland en de RIBW.

Verpleegkundigen vanuit de Geestgronden en de RIBW K/A&M kunnen in dit verband psychiatrische begeleiding bieden aan hiervoor geïndiceerde bewoners van de zorgcentra. Zij worden hierin ondersteund door SPV-ers en een psychiater die ook aan het project verbonden zijn.

De RIBW heeft dit jaar twee cliënten begeleid."

Bron: *Jaarverslag 1999*, St. Regionale Instelling voor Beschermd Wonen Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden

De budgetten die zijn gereserveerd voor de diverse voorzieningen en projecten op de genoemde aandachtsvelden (incl. die welke alleen door henzelf worden geboden) lopen nogal uiteen, zowel binnen de velden als daartussen³. Gezien de verschillen tussen de diverse projecten, zowel qua inhoud van het gebodene als qua omvang van de besteedbare budgetten, hoeft het niet verwonderlijk te zijn dat ook het bereik van het aanbod sterk varieert. Het grootste bereik hebben de voorzieningen op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis', gevolgd door het veld 'OGGZ'. Dit zijn dan ook meteen de velden waarvoor de hoogste budgetten worden gemeld (tabel 8.4).

Dat de voorzieningen op de aandachtsvelden 'zorgverlening aan huis' en 'versterking huisvestingssituatie' naar verhouding vaker door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg alleen zijn ontwikkeld en aangeboden, verklaart wellicht ook dat bij de financiering van deze voorzieningen slechts weinig partijen betrokken zijn. Deze worden namelijk vooral betaald door de eigen instellingen en de zorgkantoren. Bijdragen van overheden of andere deelnemers aan de projecten worden nauwelijks genoemd. Een uitzondering hierop wordt gevormd door het OGGZ-aanbod (tabel 8.4). Uit de open antwoorden die op deze vraag werden gegeven, kon verder worden afgeleid dat voor het realiseren van de voorzieningen op diverse aandachtsvelden vaak een beroep werd gedaan op specifieke financieringsregelingen, zoals de zorg-op-maatregelen of projectsubsidies (niet in tabel).

Tabel 8.4 Budgetten voorzieningen (in gulden) genoemd door geestelijke gezondheidszorginstellingen, hun bereik op jaarbasis en hun (mede)financiers, naar aandachtsveld vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	omvang beschikbare budgetten	bereikt aantal personen	financiers				
			instellingen voor GGZ	zorg- kantoor	lokale overheid	provincie	deel- nemers
zorgverlening aan huis (23)	5000– 30.000.000	15–6450	13	6	– ^a	– ^a	3
versterking huisvestingssituatie (12)	– ^a	16–150	10	3	1	1	3
arbeidsmarkt- participatie (8)	13.500– 100.000.000	2–500	4	3	1	– ^a	1
OGGZ (9)	140.000– 4.000.000	40–2000	5	2	3	– ^a	4

a Hierover kon door meer dan de helft van de respondenten geen opgave worden gedaan.

Bron: SCP (VGG'00)

8.3.2 De cliëntenorganisaties

Samenwerkingsrelaties en -partners

Door het kleine aantal cliëntenorganisaties dat deelgenomen heeft aan het onderzoek is er vrij weinig bekend over hun betrokkenheid bij mogelijke projecten en voorzieningen die, gezien hun aandachtsveld, als onderdeel van het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg gerekend kunnen worden. Het meest is er nog bekend over projecten op het aandachtsveld 'arbeidsmarktparticipatie', waarover door vijf cliëntenorganisaties informatie is gegeven.

Van de 13 voorzieningen waarover door de representanten van cliëntenorganisaties is gesproken, worden er twee door deze organisaties alleen geboden. Bij vier zijn zij niet zelf betrokken, al zijn zij wel over het bestaan ervan geïnformeerd. Als rond een voorziening werd samengewerkt, ging het daarbij meestal om een structurele samenwerking, die echter niet altijd door (alle) betrokkenen schriftelijk was vastgelegd.

Een enkele van de door de cliëntenorganisaties genoemde projecten of voorzieningen was nog in ontwikkeling. In dergelijke gevallen was bijvoorbeeld wel bekend dat voor de realisatie van het aanbod zou (moeten) worden samengewerkt; maar nog niet met wie. Uiteraard was in dergelijke gevallen ook niet bekend of het dan zou gaan om structurele of tijdelijke samenwerking.

Bij de gegevens over de samenwerkingsprojecten waarover al wel iets verteld kon worden, valt op dat de cliëntenorganisaties betrekkelijk weinig (verschillende) betrokkenen noemen. Zo lijken de door hen genoemde OGGZ-activiteiten (4 in totaal) een zaak van alleen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf. Ook de cliëntenorganisaties zelf zijn daarbij niet betrokken. Dit is wel het geval bij het voorzieningen op het terrein van de arbeidsmarktparticipatie. Naast de zorgkantoren zijn het ook op dit aandachtsveld toch vooral weer de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg die hier als samenwerkingspartners worden genoemd. De (gespecialiseerde) instellingen op het terrein van de arbeidsvoorziening komen er daarentegen nauwelijks aan te pas.

'Cluster Overleg Versterking GGZ

Dit cluster bestaat uit vertegenwoordigers van de patiënten-/bewonersraden en cliëntenraden van GGZ-Drenthe, het RIBW Drenthe en vertegenwoordigers van patiënten- en familieraden op het gebied van de ggz.

(...) Aan het begin van het jaar werd nog gesproken over de Regiovisie Geestelijke gezondheidszorg, daarna waren het Maatjesproject, Zorg op Maat en initiatieven vanuit de 'Regeling Zorgvernieuwingsprojecten geestelijke gezondheidszorg 1999' belangrijke onderwerpen. Vanuit deze subsidieregeling vonden een tweetal activiteiten plaats. (...). Een tweede initiatief vergde veel tijd en energie. Aangevraagd werd een consumer-run project, waarbij een deelname van (ex-)cliënten van minimaal 51% moet zijn gewaarborgd. Hiertoe werd een stichting opgericht, waarbinnen het aangevraagde project – Informatie- en Adviesbureau voor geestelijke gezondheidszorg – een plek kon vinden.

Informatie- en Adviesbureau voor geestelijke gezondheidszorg

Het Informatie- en Adviesbureau voor geestelijke gezondheidszorg (IAB) is een laagdrempelig, herkenbaar en centraal informatiepunt voor alle zaken die te maken hebben met de geestelijke gezondheidszorg in de regio. (...)

Nadat aan alle formele kaders was voldaan (...), kon per 1 juli een projectleider worden aangetrokken. (...). Gestart werd met een werkplek bij de PPD te Rolde, daarna kon m.i.v. 1 november 1999 huisvesting worden gerealiseerd in de Openbare Bibliotheek in Assen, waarmee een samenwerkingsovereenkomst is aangegaan. Hoewel nog geen publiciteitscampagne was gevoerd, werd het IAB vooral in de laatste maanden toch al 20 keer benaderd voor informatie en advies."

Bron: *Jaarverslag 1999*, Patiëntenplatform Drenthe

Als belangrijkste initiatiefnemers voor de samenwerking werden behalve de cliëntenorganisaties zelf vooral de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg genoemd. Dit verklaart wellicht de relatieve oververtegenwoordiging van deze instellingen bij de diverse projecten.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

De samenwerkingsprojecten, waarvan het merendeel overigens nog geen drie jaar geleden van start was gegaan, werden voor zover bekend vrijwel alle betaald uit project-subsidies of tijdelijke financieringsregelingen. Ondanks deze wankelende financieringsbasis zouden de vooruitzichten voor de toekomst goed zijn. Van alle projecten die op het moment van onderzoek al inderdaad liepen, werd verwacht dat zij zouden kunnen worden voortgezet, zij het dat er wel een wisseling van betrokkenen werd voorzien. Omdat een deel van de projecten of voorzieningen nog van de grond getild moest worden én omdat de deelnemende cliëntenorganisaties hier niet altijd zelf bij betrokken waren, konden de vragen over het beschikbare budget en het bereik van het aanbod niet altijd worden beantwoord. Uit de antwoorden die wel gegeven konden worden, komt hetzelfde beeld naar voren als uit tabel 8.4 met de gegevens over de voorzieningen die (mede) door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worden geboden. Ook nu weer een groot verschil in de omvang van de budgetten en het aantal per jaar bereikte personen, zij het dat het grootste bereik alsmede het hoogste budget nu werd toegeschreven aan een project op het aandachtsveld 'arbeidsmarktparticipatie'. Op de vraag naar de herkomst van de budgetten werden vooral de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg genoemd – met name waar het de voorzieningen op het terrein van de 'arbeidsmarktparticipatie' betrof – en aparte projectsubsidies of financieringsregelingen.

8.3.3 Lokale overheden

Samenwerkingsrelaties en -partners

De betrokkenheid van de lokale overheden bij het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg laat zich, zo blijkt uit de antwoorden, vooral gelden op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg, OGGZ. De meerderheid van de voorzieningen die door deze actor zijn besproken, lagen op dit terrein.

"Maatschappelijke dienstverlening

Onder de sector Volksgezondheid valt het deel van de maatschappelijke opvang dat nauwe banden heeft met de zorg voor verslaafden. Het dienstencentrum voor dak- en thuislozen, een coproductie van de sector Volksgezondheid en de dienst CEWES van de sector Welzijn, is in 1999 voortgezet. Continuering ervan is absoluut noodzakelijk.

Verder bekostigt de gemeente deels een sociaal pension dat door het Regionaal Instituut voor Beschermd Wonen (RIBW) wordt geëxploiteerd. Het aandeel van de gemeente komt uit het budget voor het beheersbaar houden van de drugsoverlast. Alle 24 plaatsen in het pension waren in 1999 volledig bezet."

Bron: *Verkort Jaarverslag 1999*, Dienst Brandweer en Volksgezondheid, Gemeente Arnhem

De wat afwijkende positie die de lokale overheid als niet-uitvoerende organisatie inneemt in het gehele beleidsnetwerk weerspiegelt zich in het naar verhouding hoge aantal projecten en voorzieningen (7 in totaal) waarover zij wel is geïnformeerd, maar waarbij zij zelf verder niet direct is betrokken (tabel 8.5). Ook wordt maar een keer gemeld dat de lokale overheid in haar eentje verantwoordelijk is voor een specifiek voorzieningenaanbod. Het merendeel van de door de gemeenteambtenaren genoemde samenwerkingsrelaties is structureel. Daarbij kan het echter wel voorkomen dat dit structurele karakter alleen telt voor een deel van de betrokken partijen; een ander deel is dan slechts tijdelijk bij het project betrokken. Het schriftelijk vastleggen van de samenwerking lijkt vooral op het aandachtsveld 'OGGZ' gemeengoed te zijn. Niet alleen zijn daar meer overeenkomsten getekend, deze zijn ook vaker door alle betrokkenen bekrachtigd. De samenwerkingsrelaties op het aandachtsveld 'arbeidsmarktparticipatie' zijn in het geheel niet schriftelijk vastgelegd (tabel 8.5).

Tabel 8.5 Wijze van betrokkenheid respectievelijk bestaan van samenwerking bij projecten en voorzieningen lokale overheden, alsmede kenmerken van deze samenwerking, naar aandachtsveld voor vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	alleen door eigen instelling	over project geïnformeerd	voor project wordt samen- gewerkt	samen- werking is structureel	samen- werking (schriftelijk vastgelegd) ^a
zorgverlening aan huis (6)	–	2	3	4	2 (–)
versterking huisvestingssituatie (4)	–	2	1	2	3 (1)
vergroting arbeidsmarktparticipatie (3)	–	1	2	2	–
OGGZ (17)	1	2	11	11	10 (8)

a Het aantal schriftelijke overeenkomsten dat door alle samenwerkingspartners is ondertekend, staat tussen haakjes.

Bron: SCP (VGG'00)

Uit de antwoorden op de vraag naar de samenwerkingspartners bij de diverse voorzieningen en projecten komt naar voren dat de lokale overheden, zoals al verwacht (zie hoofdstuk 6), een zeer breed en gevarieerd netwerk onderhouden. Voor de diverse voorzieningen en projecten op alle vier onderscheiden aandachtsvelden wordt namelijk samengewerkt met een breed scala aan mogelijke betrokkenen op de terreinen (geestelijke) gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en wonen. De kring van samenwerking is naar verhouding het kleinst als het gaat om projecten gericht op het vergroten van de arbeidsmarktparticipatie van psychiatrische patiënten. Dan beperken de relaties zich in hoofdzaak tot de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de instellingen voor arbeidsvoorziening en de lokale overheden zelf.

Van alle mogelijke samenwerkingspartners noemden de lokale overheden verder vooral de door henzelf gesubsidieerde instellingen voor maatschappelijke opvang en AMW en de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder die voor ambulante zorg. Daarnaast blijken ook de corporaties vaak bij de samenwerking betrokken te zijn.

Ook de vertegenwoordigers van de lokale overheden zien zich meestal als de initiatiefnemers voor de door hen genoemde samenwerkingsrelaties. Op de aandachtsvelden 'zorgverlening aan huis' en 'OGGZ' wordt deze positie overigens nog wel gedeeld met 'alle betrokken partijen'.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

Voor de meeste samenwerkingsprojecten kan volgens de gemeentebesturen een worden beroep gedaan op een eigen, niet door de deelnemende partijen geoormerkt budget. Een belangrijk deel van de OGGZ-projecten echter, wordt gefinancierd uit projectsubsidies of zorg-op-maatregelen of uit afzonderlijke bijdragen van de deelnemende partijen. Ondanks deze wat wankelende financieringsbasis wordt voor vrijwel alle OGGZ-activiteiten verwacht dat zij ongewijzigd zullen worden voortgezet. Deze verwachting geldt ook voor samenwerkingsprojecten op de andere aandachtsvelden. Indien deze verwachting uitkomt, zal het aantal samenwerkingsrelaties dat langer dan drie jaar bestaat in ieder geval boven de huidige tien uitkomen.

De voorzieningen en projecten waarbij de lokale overheden betrokken zijn, lijken ook alle minstens voor een deel door hen betaald te worden (tabel 8.6). Als medefinanciers worden door hen vooral de zorgkantoren alsmede de overige deelnemers aan de samenwerkingsprojecten genoemd. De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf betalen in de ogen van de lokale overheden niet vaker mee aan het aanbod dan bijvoorbeeld de provinciale overheid. Overigens maken ook de ambtenaren voor de financiering van het vermaatschappelijkingsbeleid vaak melding van afzonderlijke financieringsregelingen of subsidies van rijkswege.

"BELEIDSMATIGE VERANTWOORDING

Beoogde effecten

- voorkomen van dak- en thuisloosheid
- verbeteren van de positie van dag- en thuislozen
- (...)

Activiteiten

- middels het project "Voorkoming Huisuitzettingen" is gepoogd te voorkomen dat mensen dak- of thuisloos worden.; (...)middels het door Mediant opgezette Janusproject, wordt contact gelegd en onderhouden met "zorgwekkende zorgmijders". Omdat veel overlap bestaat tussen doelgroep en werkwijze is eind 1999 het plan "vangnet zorg" geschreven. Op het moment dat hiervoor subsidie wordt verkregen, zal de nieuwe werkwijze ingaan. Ook de GGD (versmeringsgevallen) de SMD en de instelling voor verslavingszorg zijn nauw bij deze ontwikkeling betrokken
- binnen het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils is een ingrijpende verbouwing gerealiseerd waardoor een meer gedifferentieerd aanbod aan dak- en thuislozen kan worden geboden. Verwacht wordt dat de nieuwbouw van het sociale pension in de loop van 2000 kan worden betrokken. De afdeling Begeleid werk is, na de brand, verhuist naar een nieuwe lokatie
- (...)"

Bron: *Rekening en Verantwoording Sociale Dienst 1999*, Gemeente Enschede

Ook volgens de opgave van de representanten van de lokale overheden lopen de beschikbare budgetten en het bereik van het voorzieningenaanbod sterk uiteen (tabel 8.6). Het grootste bereik wordt toegeschreven aan projecten op het veld 'OGGZ'; op dit veld zou ook het grootste budget te besteden zijn. Bij de informatie in tabel 8.6 moet echter wel worden aangetekend dat een aanzienlijk deel van de gemeenteamtbenaren noch over de financiën noch over het bereik van het aanbod exacte cijfers kon leveren.

Tabel 8.6 Budgetten voorzieningen genoemd door lokale overheden, hun bereik op jaarbasis en hun (mede)financiers, naar aandachtsveld vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	omvang beschikbare budgetten	bereikt aantal personen	financiers				
			instellingen voor GGZ	zorg- kantoor	lokale overheid	provincie	deel- nemers
zorg verlening aan huis (6)	45.000– 320.000	– ^a	1	2	5	2	2
versterking huisvestings- situatie (4)	170.000– 450.000	10-40	1	2	2	–	2
vergroting arbeids- marktparticipatie (3)	– ^a	20–400	1	1	3	–	2
OGGZ (17)	9.000– 4.000.000	10–1400	3	5	12	2	5
– = Hierover kon door meer dan de helft van de respondenten geen opgave worden gedaan.							
Bron: SCP (VGG'00)							

8.3.4 De zorgkantoren

Samenwerkingsrelaties en -partners

Gezien de taak van de zorgkantoren is het niet verwonderlijk dat het leeuwendeel van de projecten waarbij de representanten van deze actor zijn betrokken, toe te rekenen zijn aan de direct aan de zorg gerelateerde aandachtsvelden van het vermaatschappelijkingsbeleid. Voorzieningen op de aandachtsvelden 'versterking huisvestingssituatie' en 'arbeidsmarktparticipatie' komen nu eenmaal heel wat minder vaak in aanmerking voor verstrekkingen krachtens de AWBZ dan voorzieningen op het terrein van de zorg.

Uit de antwoorden op de vraag naar de manier waarop de zorgkantoren bij de diverse projecten zijn betrokken, blijkt dat deze zorgfinanciers, uit de aard van hun werkzaamheden, niet altijd zelf zijn betrokken bij de voorzieningen die in hun regio worden geboden. Zij zijn over een groot deel van de projecten wel geïnformeerd, hetzij omdat zij toestemming hadden moeten verlenen voor de opzet ervan, hetzij omdat hun om advies of bemiddeling is gevraagd.

De zorgkantoren tonen zich naar verhouding het actiefst bij de projecten en voorzieningen op het aandachtsveld 'OGGZ' (tabel 8.7). De meeste projecten en voorzieningen die door de zorgkantoren zijn besproken, zijn het product van samenwerkingsrelaties, die voor de meerderheid der betrokkenen structureel zijn. Deze samenwerking zou, met uitzondering van die op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis', in de meeste gevallen schriftelijk zijn vastgelegd. De samenwerking rond projecten op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis' wordt daarentegen naar verhouding heel wat minder vaak op papier gezet en nog minder vaak door alle betrokkenen ondertekend (tabel 8.7).

Tabel 8.7 Wijze van betrokkenheid respectievelijk bestaan van samenwerking bij projecten en voorzieningen zorgkantoren, alsmede kenmerken van deze samenwerking, naar aandachtsveld voor vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	over project geïnfomeerd	voor project wordt samengewerkt	samenwerking is structureel	samenwerking (schriftelijk vastgelegd) ^a
zorgverlening aan huis (n = 23)	10	13	13	10 (4)
zorgverlening aan huis (11)	6	5	10	3 (1)
versterking huisvestingssituatie (3)	2	1	2	1 (-)
vergroting arbeidsmarktparticipatie (4)	2	2	3	2 (2)
OGGZ (10)	2	8	6	7 (7)

a Het aantal schriftelijke overeenkomsten dat door alle samenwerkingspartners is ondertekend, staat tussen haakjes.

Bron SCP (VGG'00)

De zorgkantoren wijzen vooral de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg aan als samenwerkingspartners. Andere mogelijke betrokkenen worden veel minder vaak genoemd. Dit geldt niet alleen voor de voorzieningen op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis', maar ook voor het aanbod op de aandachtsvelden waar ook betrokkenheid van andere actoren uit het regionale beleidsveld verwacht zou kunnen worden. Zo zou ook de vergroting van de arbeidsmarktparticipatie door psychiatrische cliënten toch vooral een zaak zijn van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, samen met de financiers (lokale overheid en zorgkantoor) en een enkele cliëntenorganisatie. De instellingen voor arbeidsvoorziening zelf zijn hierbij niet betrokken.

"GGZ

actiepunt 24 : het opzetten van een RIO GGZ in overleg met cliënten en zorgaanbieders, op basis van landelijke protocollen

Resultaat:

In overleg met zorgvragers en zorgaanbieders is een convenant gesloten. (...) Doordat landelijke ontwikkelingen stagneren zijn geen verdere vorderingen gemaakt.

actiepunt 27: Zorg op Maat

Financiering op basis van subsidieregelingen van psycho-sociale zorg door niet AWBZ- erkende zorgaanbieders en afstemming met gemeenten omtrent indicatiestelling en financiering van maatschappelijke opvang

Resultaat:

De beschikbare budgetten zijn volledig 'ingevuld' op voordracht van cliëntenorganisatie"

Bron: *Jaarplan 1999: eindverslag, Zorgkantoor Waardenland*

Bij de voorzieningen op het terrein van de OGGZ zijn volgens de zorgkantoren de meeste partijen betrokken. Naast de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de zorgkantoren zelf zijn dit de lokale overheden en de door deze gefinancierde instellingen (AMW, maatschappelijke opvang, GGD) alsmede de woningcorporaties en de politie.

Het initiatief voor de meeste voorzieningen en projecten is volgens vertegenwoordigers van de zorgkantoren of door henzelf of door alle betrokken partijen samen genomen. Uitzonderingen hierop zijn de projecten voor op het aandachtsveld 'versterking huisvestingssituatie' die in meerderheid door een of meer instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn opgestart, en projecten op het veld 'OGGZ' waar de lokale overheid naar verhouding vaker het voortouw heeft genomen.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

De meerderheid van de door de zorgkantoren besproken samenwerkingsprojecten worden volgens deze informanten gefinancierd uit specifieke regelingen: de zorg-opmaatregeling dan wel het fonds voor OGGZ- activiteiten. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de projecten op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis'. In drie gevallen kan voor de financiering van het voorzieningenaanbod een beroep worden gedaan op een eigen niet-geoormerkt budget. In eveneens drie gevallen droegen de deelnemende partijen elk hun deel bij.

Een ruime meerderheid van de besproken samenwerkingsprojecten waren voor 1998 gestart en liepen ten tijde van het onderzoek dus zeker langer dan twee jaar. Dit gold vooral voor de projecten op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis'. Een deel van de activiteiten op de andere aandachtsvelden waren wat later van start gegaan. Van deze werd echter, net als voor de al langer lopende projecten, verwacht dat zij vrijwel ongewijzigd zouden worden voortgezet.

Net als de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, melden ook de zorgkantoren dat voor de projecten en voorzieningen op de velden 'zorgverlening aan huis' en 'OGGZ' de grootste budgetten beschikbaar zijn en dat het bereik van het voorzieningenaanbod op deze velden het grootst is (tabel 8.8). Overigens lopen de opgaven op deze velden zelf onderling sterk uiteen. Ook moest een deel van de respondenten de antwoorden op de vraag naar het bereik of naar het beschikbare budget schuldig blijven.

De gelden voor het besproken voorzieningenaanbod waren volgens de medewerkers van de zorgkantoren in veel gevallen afkomstig uit specifieke financieringsregelingen. Daarnaast werden vooral bijdragen door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf genoemd. De activiteiten op het aandachtsveld 'OGGZ' blijken niet alleen door een veelheid van partijen te worden uitgevoerd, maar ook vanuit diverse hoeken financieel te worden ondersteund (tabel 8.8).

Tabel 8.8 Budgetten voorzieningen genoemd door zorgkantoren, hun bereik op jaarbasis en hun (mede) financiers, naar aandachtsveld vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	budget	bereik	financiers				
			instellingen voor GGZ	zorg-kantoor	lokale overheid	overige provincie deelnemers	
zorgverlening aan huis (11)	7.000– 8.000.000	10–1.000	7	3	–	–	2
versterking huisvestingssituatie (3)	500.000– 1.400.000	18–200	1	–	1	–	–
vergroting arbeidsmarktparticipatie (4)	250.000– 3.000.000	24–619	3	2	1	–	–
OGGZ (10)	130.000– 8.000.000	12–1.000	6	6	8	1	5

Bron: SCP (VGG'00)

8.3.5 Instellingen voor maatschappelijke opvang

Samenwerkingsrelaties en -partners

Uit de antwoorden op de vragen naar de mate en aard van eventuele samenwerking met andere actoren in de regio, komt onder meer naar voren dat de instellingen voor maatschappelijke opvang relatief vaak alleen werken (tabel 8.9). Met name op het aandachtsveld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie' wordt nauwelijks met andere partijen samengewerkt. Daar waar wel wordt samengewerkt, gaat het in de meeste gevallen om structurele samenwerkingsrelaties, die in meerderheid ook schriftelijk zijn vastgelegd. Schriftelijke vastleggen komt naar verhouding het minst voor bij samenwerkingsprojecten op het aandachtsveld 'versterking huisvestingssituatie', ook omdat de overeenkomsten hierover vaak door slechts een deel van de deelnemende partijen zijn ondertekend (tabel 8.9).

Tabel 8.9 Wijze van betrokkenheid respectievelijk bestaan van samenwerking bij projecten en voorzieningen instellingen voor maatschappelijke opvang, alsmede kenmerken van deze samenwerking, naar aandachtsveld voor vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	over project geïnformeerd	voor project wordt samengewerkt	samenwerking is structureel	samenwerking (schriftelijk vastgelegd) ^a
zorgverlening aan huis (5)	2	3	3	3 (3)
versterking huisvestingssituatie (14)	4	10	10	7 (3)
vergroting arbeidsmarktparticipatie (6)	5	1	1	–
OGGZ (9)	1	8	5	5 (4)

a Het aantal schriftelijke overeenkomsten dat door alle samenwerkingspartners is ondertekend, staat tussen haakjes.

Bron: SCP (VGG'00)

De samenwerkingsnetwerken van de instellingen voor maatschappelijke opvang zijn, zo blijkt uit de antwoorden, zeer breed en gevarieerd. Enigszins afhankelijk van het aandachtsveld blijken deze netwerken een breed scala aan (regionale) aanbieders en financiers te omvatten. De deelname van de gebruikers lijkt daar enigszins bij achter te blijven. Van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worden die voor ambulante zorg het vaakst als samenwerkingspartner genoemd.

"Het spreekuur van de sociaal verpleegkundige in het Slaaphuis

Wekelijks, op vaste tijden, houdt een sociaal verpleegkundige van de GGD Regio Stedendriehoek een spreekuur voor de cliënten van het Slaaphuis.

(...) Naast het cliëntencontact is ook tijd voor registratie en administratieve afhandeling, het inrichten van het spreekuur, overleg met de medewerkers van het Slaaphuis en het onderhouden van contacten met derden (huisarts, RIAGG e.d.).

Twee ervaren sociaal verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het spreekuur. (...) Het spreekuur wordt gehouden in het Slaaphuis zelf. Een kleine voorraad materialen voor wondverzorging is aanwezig, evenals attributen voor eenvoudig lichamelijk onderzoek (...).

Medicatie wordt niet verstrekt, hiervoor wordt verwezen naar huisarts, behandelaar of drogist.
In 1999 zijn er 90 spreekuurcontacten geweest. In totaal hebben 40 verschillende cliënten het spreekuur bezocht (...).

In veel gevallen waren er meerdere redenen om het spreekuur te bezoeken en was er sprake van diverse problematiek van somatische, psychische of maatschappelijke aard. (...)"

Bron: *Jaarverslag 1999*, Het Hoogeland

Samenwerking komt bij de instellingen voor maatschappelijke opvang het minst voor op het terrein van de arbeidsvoorziening. Rond het merendeel van de voorzieningen op dit terrein wordt in het geheel niet samengewerkt. Waar wel sprake is van een gezamenlijk aanbod beperkt de samenwerking zich tot de regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg en de regionale instelling voor arbeidsvoorziening. Volgens de instellingen voor maatschappelijke opvang werd het initiatief voor de hierboven gemelde samenwerking in de meeste gevallen of door henzelf of door de lokale overheid of door beide samen genomen.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

De samenwerkingsrelaties werden, volgens de instellingen voor maatschappelijke opvang, in meerderheid gefinancierd uit specifieke financieringsregelingen zoals de zorg-op-maatregeling of een OGGZ-fonds. Slechts enkele projecten konden beschikken over een eigen, niet-geoormerkt budget, en in een enkel geval was de financieringsbasis beperkt tot een bijdrage 'in natura'. De meeste van de besproken samenwerkingsrelaties waren van betrekkelijk recente datum: van de 19 projecten dateerden er 9 van voor 1998. De vooruitzichten lijken echter positief; van alle samenwerkingsrelaties werd verwacht dat zij ongewijzigd zouden kunnen worden voortgezet.

"Ziekenboeg

De Ziekenboeg is een aparte afdeling voor de verzorging van somatisch zieke en psychiatrische gasten. Naast de hulpverlening zoals de algemene opvang die kent bestaat specifieke aandacht voor de medicatie-verstrekking/-beheer en wondverzorging. Hiertoe zijn een verpleegkundige en een ziekenverzorgende aangesteld. De vervanging op medisch gebied wordt geregeld vanuit de afdeling Zorg. Ondersteuning vindt plaats vanuit de GG&GD (advisering) en wijkverpleging (verzorging). Voor de algemeen dagelijkse levensbehoeften zijn de gasten aangewezen op de Algemene Opvang.

De opname op deze afdeling is veelal van korte duur, waarbij de mogelijkheid staat om door te stromen naar de afdeling Zorg, als de psychische of lichamelijke gesteldheid hiertoe aanleiding geeft.

Indicatiestelling en vaststelling van de duur van het verblijf op de ziekenboeg vinden plaats door de GG&GD. (...)

Cijfers ziekenboeg 1998

Capaciteit (15)	8.669
Overnachten	1.808
Bezettingspercentage	20,86

In het verslag jaar werden 121 mannen en 7 vrouwen opgenomen."

Bron: *Jaarverslag 1998*, Goodwillcentrum Leger des Heils, Amsterdam

Een deel van de respondenten gaf desgevraagd te kennen geen opgave te kunnen doen van de omvang van de totaal beschikbare budgetten voor de diverse voorzieningen die (mede) door hun instelling werden geboden, noch van het bereik van deze voorzieningen. Uit de informatie die wel verkregen kon worden, blijkt dat de grootste budgetten ten goede kwamen aan het aanbod op de aandachtsvelden 'versterking huisvestingssituatie' en 'OGGZ' (tabel 8.10). Het aanbod op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis' zou, ondanks een bescheiden budget, met een maximum van 800 personen het grootste bereik hebben, terwijl de door de instellingen voor maatschappelijke opvang geboden voorzieningen op het aandachtsveld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie', ondanks het hogere budget, niet meer dan 60 personen per jaar zouden bereiken. Van de mogelijke financiers voor het voorzieningenaanbod op de diverse aandachtsvelden worden de lokale overheden het vaakst genoemd. Ook werd regelmatig melding gemaakt van subsidieregelingen van de rijksoverheid en bijdragen uit Europese of landelijke fondsen.

Tabel 8.10 Budgetten voorzieningen (in guldens) genoemd door instellingen voor maatschappelijke opvang, hun bereik op jaarbasis en hun (mede)financiers, naar aandachtsveld vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	budget	bereik	financiers				overige deel- nemers
			instellingen voor GGZ	zorg- kantoor	lokale overheid	provincie	
zorgverlening aan huis (5)	35.000– 150.000	25–800	–	3	4	–	–
versterking huisvestings- situatie (14)	30.000– 1.200.000	4–400	2	11	11	1	1
vergroting arbeids- marktparticipatie (6)	20.000– 257.500	15–60	1	1	4	–	–
OGGZ (9)	80.000– 1.200.000	25–300	2	6	6	–	3

Bron: SCP (VGG'00)

8.3.6 Instellingen voor AMW

Keten-/Netwerkvorming

Vanuit Maatschappelijk Werk

Regionale samenwerking (en ontwikkeling)

In 1999 is contact onderhouden met alle instellingen voor maatschappelijk werk in Zuid-Holland via het *Regionaal Instellingen Overleg Maatschappelijk Werk*.

Met vier Zuid-Hollandse instellingen werd nauwer contact onderhouden in het zgn. *Verderop Verband* (...)

DWO-regiovisie Geestelijke gezondheidszorg

Het Algemeen Maatschappelijk Werk participeerde in 1999 (doorloop in 2000) in een stuurgroep en werkgroepen die bezig zijn met de ontwikkeling van de DWO-regiovisie Geestelijke gezondheidszorg. Dit betreft dus de geestelijke gezondheidszorg in brede zin (zowel de 1^e als de 2^e lijnsvoorzieningen gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg).

Doel is geïntegreerde zorg in de verschillende circuits. De stuurgroep is geïnstalleerd door de *Regionale Commissie Gezondheidszorg (RCG)* in 'opdracht' van de provincie Zuid-Holland. De regiovisie wordt in de eerste helft van 2000 voltooid en zal een kader vormen waarbinnen de instellingen in de regio de GGZ in de komende jaren vorm zullen geven. Ook de gemeenten in het werkgebied worden in een parallel traject bij het proces betrokken.

Bron: *Jaarverslag Maatzorg 1999*

Samenwerkingsrelaties en -partners

De instellingen voor AMW werkten voor hun aanbod aan mensen met psychische problemen, in de meeste gevallen samen met andere partijen in de regio (tabel 8.11). In de meeste gevallen betrof het hier structurele samenwerkingsrelaties, die echter lang niet altijd door alle deelnemers schriftelijk waren vastgelegd.

Tabel 8.11 Wijze van betrokkenheid respectievelijk bestaan van samenwerking bij projecten en voorzieningen instellingen voor algemeen maatschappelijk werk, alsmede kenmerken van deze samenwerking, naar aandachtveld voor vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	voorzienig wordt alleen door eigen instelling geboden	voor voor- ziening wordt samengewerkt	samenwerking is structureel	samenwerking (schriftelijk vastgelegd) ^a
zorgverlening aan huis (7)	2	4	3	3 (3)
versterking huisvestings situatie (4)	1	3	3	2 (1)
vergroting arbeidsmarktparticipatie (5)	2	3	3	2 (-)
OGGZ (5)	-	5	4	4 (3)

a Het aantal schriftelijke overeenkomsten dat door alle samenwerkingspartners is ondertekend, staat tussen haakjes.

Bron: SCP (VGG'00)

Net als de instellingen voor maatschappelijke opvang lijken ook de instellingen voor algemeen maatschappelijk werk voor hun aanbod aan mensen met psychische problemen deel uit te maken van een breed, gevarieerd samengesteld (regionaal) netwerk. Daarbij wordt door het AMW, in tegenstelling tot de meeste andere actoren die in dit onderzoek besproken worden, relatief vaak de thuiszorg (zowel de reguliere als de gespecialiseerde) als een van de samenwerkingspartners genoemd. Dit hangt vermoedelijk samen met het feit dat een deel van de instellingen voor AMW die aan het onderzoek hebben deelgenomen, tot dezelfde organisatie horen als de instellingen voor thuiszorg in de betreffende regio.⁴ De lokale overheid wordt, als subsidiënt van het AMW, regelmatig als betrokkene bij de samenwerking genoemd; het zorgkantoor daarentegen vrij zelden.

Van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn het opnieuw die voor ambulante zorg, die het meest zijn betrokken bij voorzieningen die ook door het AMW worden geboden. Betrokkenheid van cliëntenorganisaties blijkt zeldzaam, net als die van de instellingen voor arbeidsvoorziening.

Volgens de instellingen voor AMW is het vooral de lokale overheid geweest die het initiatief tot de samenwerking heeft genomen. Een enkele keer was het de instelling zelf geweest die samenwerking met andere instellingen op touw had gezet. En met name waar het de voorzieningen op het aandachtsveld 'OGGZ' betreft, waren het alle de betrokken partijen samen geweest die opteerden voor een gezamenlijk optreden.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

Het gezamenlijk ontwikkelde voorzieningenaanbod werd in de meeste gevallen gefinancierd uit (tijdelijke) financieringsregelingen of subsidies. Aan een enkel project werd door de deelnemers in natura bijgedragen, bij de overige kon men beschikken over (geoormerkte) bijdragen van de deelnemende partijen. Bijna twee derde van de door de instellingen voor AMW genoemde samenwerkingsrelaties, waren in 1998 of later van start gegaan en kende ten tijde van het onderzoek dus een levensduur van maximaal twee jaar. De vooruitzichten voor de samenwerking zijn positief. Voorzover men dat kon overzien, werd van geen van de projecten verwacht dat zij zouden worden stopgezet. In een geval voorzag men, als gevolg van verschillen in inzicht over de werkwijze in het project, wel een wijziging van samenwerkingspartners.

De kennis bij de representanten van de instellingen voor AMW over het bereik van het voorzieningenaanbod of over de (gezamenlijke) budgetten die daarvoor beschikbaar zijn, loopt erg uiteen. Waar soms zeer nauwkeurige registratiegegevens opgegeven lijken te worden, is niet bekend over hoeveel geld er beschikt kan worden. En daar waar de financiële gegevens wel bekend zijn, ontbreekt de kennis over het aantal personen dat met het aanbod wordt bereikt. De informatie die wel kon worden verstrekt, geeft ook bij deze actoren de indruk van sterk uiteenlopende budgetten en aantallen bereikte personen (tabel 8.12). En net zoals de informatie die door de overige actoren over wellicht deels dezelfde projecten wordt gegeven onderling sterk verschilt, zo wijkt ook het door de instellingen voor AMW geschetste beeld af van dat wat uit de antwoorden van de andere respondenten naar boven komt.

"In het werkgebied van de NIM verblijven nogal wat mensen die overlast bezorgen (...). Om te voorkomen dat de verschillende hulpverleningsinstanties en overheidsdiensten ieder voor zich aan het probleem werken is eind 1998 het Meldpunt Bijzondere Zorg opgericht. Overlast kan hier worden gemeld.

Het Meldpunt Bijzondere Zorg is een samenwerkingsverband van politie, NIM, verslavingszorg, woningbouwverenigingen, RIAGG en gemeenten in het kader van het OGGZ-beleid. Het is gevestigd bij de GGD in Nijmegen. Er werkt een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een sociaal verpleegkundige en een coördinator.

Eens in de zes weken komen vertegenwoordigers van de betrokken organisaties bij elkaar om de meldingen door te spreken. De verpleegkundigen hebben vaak tevoren al een onderzoek naar de melding gedaan, zodat de besprekingen efficiënt kunnen verlopen en ook snel duidelijk is bij welke instantie(s) het probleem thuis-hoort. Volgens de waarnemer namens NIM werkt de gestructureerde aanpak van overlast goed.

Bron: *Jaarverslag 1999*, NIM

De financiën voor de voorzieningen die (mede) door de instellingen voor AMW worden geboden, zijn – volgens deze instellingen zelf – in veel gevallen afkomstig van de lokale overheden. Andere financiers, zoals instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of zorgkantoren, worden vrij zelden genoemd. Net als gezamenlijke bijdragen van andere deelnemers aan de samenwerkingsprojecten (tabel 8.12).

Tabel 8.12 Budgetten voorzieningen genoemd door instellingen voor algemeen maatschappelijk werk, hun bereik op jaarbasis en hun (mede)financiers, naar aandachtsveld vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	budget	bereik	financiers				
			instellingen voor GGZ	zorg-kantoor	lokale overheden	overige provincie deelnemers	
zorgverlening aan huis (7)	– ^a	120–240.157	–	–	6	–	1
versterking huisvestings-situatie (4)	– ^a	20–500	–	–	4	–	1
vergroting arbeids-marktparticipatie (5)	5.000- 750.000	70–600	1	1	5	–	1
OGGZ (5)	– ^a	58–277.962	1	2	4	1	–

a Meer dan de helft van de respondenten kon hierover geen opgave doen.

Bron: SCP (VGG'00)

8.3.7 Instellingen voor thuiszorg

Samenwerkingsrelaties en -partners

De instellingen voor thuiszorg, in casu de afdeling voor geestelijke gezondheidszorg, werkten bij de realisatie van dit voorzieningenaanbod in meerderheid samen met andere organisaties in de regio (tabel 8.13). Daarbij gaat het volgens de respondenten vrijwel altijd om (semi-)structurele samenwerking, die echter slechts zelden schriftelijk is vastgelegd.

Tabel 8.13 Wijze van betrokkenheid respectievelijk bestaan van samenwerking bij projecten en voorzieningen instellingen voor thuiszorg (afdelingen voor gespecialiseerde gezinsverzorging), alsmede kenmerken van deze samenwerking, naar aandachtsveld voor vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	voorzienig wordt alleen door eigen instelling geboden	voor project wordt samengewerkt	samenwerking is structureel	samenwerking (schriftelijk vastgelegd) ^a
zorgverlening aan huis (16)	4	12	9	3 (1)
versterking huisvestingssituatie (2)	–	2	2	–
OGGZ (5)	–	5	5	1 (–)

a Het aantal schriftelijke overeenkomsten dat door alle samenwerkingspartners is ondertekend, staat tussen haakjes.

Bron: SCP (VGG'00)

Als samenwerkingspartners worden de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en dan vooral die voor ambulante zorg het meest genoemd. Ook lijken de instellingen voor thuiszorg in hun hulpaanbod regelmatig samen op te trekken met de instellingen

voor AMW, wat gezien de informatie van deze instellingen over hun samenwerking met de thuiszorg geen verwondering hoeft te wekken. Overigens lijkt voor de meeste instellingen voor thuiszorg de samenwerking zich te beperken tot de hiervoor genoemde organisaties. Andere mogelijke samenwerkingspartners worden namelijk nauwelijks genoemd. De samenwerking rond het voorzieningenaanbod op het aandachtsveld 'versterking huisvestingssituatie' beperkt zich in zijn geheel tot de kring van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en AMW. Zelfs gespecialiseerde aanbieders als de woningcorporaties komen er hier niet aan te pas.

"Gespecialiseerde verzorging in de lift

De teamleider van de gespecialiseerde verzorging kreeg opdracht om te onderzoeken hoe de gespecialiseerde zorg zich in de toekomst zou moeten ontwikkelen.

De gespecialiseerde verzorging is een aparte tak van zorg omdat deze hulp wordt ingezet bij psychosociale hulpvragen. De gespecialiseerde verzorgden (...) helpt structuur te brengen in het dagelijks leven, denkt mee over een zinvolle dagbesteding of ondersteun bij de opvoeding. In vrijwel alle gevallen wordt intensief samengewerkt met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg.

De teamleider voerde vorig jaar gesprekken met de verschillende samenwerkingspartners, zoals het RIAGG, het Willem Arntzhuys, de afdeling psychiatrie van het AZU, bureau Jeugdzorg, de Sociale Pedagogische Dienst en de GGD.

"Alle organisaties zien de gespecialiseerde zorg als een goede, laagdrempelige vorm van hulpverlening. Doordat steeds meer psychiatrische patiënten en cliënten met een verstandelijke handicap zelfstandig gaan wonen, zal de behoefte aan deze hulp alleen maar groeien. Daarom willen we de gespecialiseerde verzorging versterken. Voor 2000 hebben we al vierduizend extra uren gekregen (...)"

Bron: *Jaarkrant 1999*, Thuiszorg Stad Utrecht

Het initiatief voor de samenwerking was in veel gevallen uitgegaan van de deelnemende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Ook de thuiszorginstelling werd als initiatiefnemer genoemd of – in de uitzonderingsgevallen waar met meerdere partijen werd samengewerkt – de lokale overheid, of al deze deelnemende partijen gezamenlijk.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

De diverse samenwerkingsrelaties waarover door de instellingen voor thuiszorg opgave is gedaan, lopen nogal uiteen waar het de financieringsbasis betreft. Een deel wordt gefinancierd uit aparte financieringsregelingen, met name de zorg-op-maatregeling. Voor vijf gezamenlijke projecten kan beschikt worden over een eigen, niet geoormerkt budget. De overige projecten draaien op bijdragen in natura (drie maal genoemd) of geoormerkte bijdragen van de deelnemende instellingen. Van de genoemde samenwerkingsrelaties dateerden er in totaal zes van 1998, de overige waren dus relatief recent van start gegaan. Van alle samenwerkingsrelaties werd wel verwacht dat zij in de toekomst zouden kunnen worden voortgezet.

**"Keten-/Netwerkvorming
Vanuit Huishoudelijke verzorging
(.....)**

Werkgroep GGZ

De Gespecialiseerde Verzorging (GVZ) is vertegenwoordigd in een werkgroep GGZ (geestelijke gezondheidszorg). Doel is GVZ een centrale plaats te geven in de zorgplannen. GVZ is dan niet meer, zoals tot nu het geval is, afhankelijk van of de behandelaar GVZ al dan niet kent.

(.....)"

Bron: *Jaarverslag Maatzorg 1999*

Hoeveel geld ervoor de diverse voorzieningen – al of niet door meerdere partijen geboden – beschikbaar was, kon door de meeste respondenten niet worden aangegeven. Wel kon vrij nauwkeurige opgave worden gedaan van het aantal personen dat werd bereikt. Uit de gegevens hierover blijkt dat de instellingen voor thuiszorg in het algemeen een wat bescheidener bereik claimen dan de meeste andere actoren (tabel 8.14). En waar de instellingen voor thuiszorg relatief weinig samenwerkingspartners noemen, maken zij wel melding van een relatief groot aantal (mede)financiers van het voorzieningenaanbod. De voorzieningen waarbij ook de instellingen voor thuiszorg betrokken zijn, blijken betaald te worden uit veel verschillende potten, waaronder ook niet in de tabel genoemde financieringsregelingen en projectsubsidies.

Tabel 8.14 Budgetten voorzieningen genoemd door instellingen voor thuiszorg (afdelingen gespecialiseerde gezinszorg), hun bereik op jaarbasis en hun (mede)financiers, naar aandachtsveld vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	budget	bereik	financiers				
			instellingen voor GGZ	zorg-kantoor	lokale overheden	overige provincie deelnemers	
zorgverlening aan huis (16)	– ^a	20–1.000	3	8	1	2	5
versterking huisvestingssituatie (2)	– ^a	30–100	–	–	–	–	–
OGGZ (5)	– ^a	20–75	2	2	3	1	4

a Meer dan de helft van de respondenten kon hierover geen opgave doen.

Bron: SCP (VGG'00)

8.3.8 GGD's

"Op het terrein van de OGGZ wordt door de GGD (al dan niet structureel) samengewerkt met andere partijen via (o.m.) de volgende activiteiten:

- De Sociaal Medische Teams functioneren op basis van een structurele samenwerking tussen GGD, AMW en scholen voor voortgezet onderwijs;
- wat betreft de woningvervuilingen wordt er door de GGD samengewerkt met huisartsen, het AMW, instelling voor geestelijke gezondheidszorg, CAD, Thuiszorg, woningbouwverenigingen en gemeenten. De samenwerking is afhankelijk van individuele probleemsituaties;

Een politiek en organisatorisch platform is er niet."

Bron: Notitie directeur GGD Zeeland, d.d. 23 februari 1999

Samenwerkingsrelaties en -partners

Op een enkele uitzondering na werkten alle deelnemende GGD's bij de ontwikkeling van hun voorzieningenaanbod samen met andere partijen in de regio. Deze samenwerking is vrijwel altijd structureel, maar niet alle deelnemende partijen hebben deze samenwerking schriftelijk vastgelegd (tabel 8.15). Eveneens de GGD die is betrokken bij voorzieningen op het aandachtsveld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie' werkt hierbij met andere instellingen samen. Ook deze samenwerking is niet schriftelijk vastgelegd (niet in tabel).

Tabel 8.15 Wijze van betrokkenheid respectievelijk bestaan van samenwerking bij projecten en voorzieningen GGD's, alsmede kenmerken van deze samenwerking, naar aandachtsveld voor vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

	voorzienig wordt alleen door eigen instelling geboden	voor project wordt samengewerkt	samenwerking is structureel	samenwerking (schriftelijk vastgelegd) ^a
zorgverlening aan huis (6)	–	6	5	4 (1)
versterking huisvestingssituatie (2)	–	2	2	2 (1)
OGGZ (17)	2	15	11	11 (5)

a Het aantal schriftelijke overeenkomsten dat door alle samenwerkingspartners is ondertekend, staat tussen haakjes.

Bron: SCP (VGG'00)

De GGD's geven op dat zij voor de meeste van de mede door hen geboden voorzieningen op de aandachtsvelden samenwerken met een groot aantal verschillende instellingen. Daarvan worden de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en, in iets mindere mate, het AMW het vaakst genoemd. Ook de lokale overheden maken vaak deel uit van het door de GGD's beschreven samenwerkingsnetwerk, daarbij op de voet gevolgd door de andere financier, de zorgkantoren. De gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg zijn slechts bij uitzondering bij de samenwerking betrokken. Het initiatief voor de samenwerking is volgens de GGD's in veel gevallen of door de lokale overheid of door henzelf genomen.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

Het merendeel van de samenwerkingsrelaties van de GGD's dateerde van voor 1998 en werd gefinancierd uit specifieke regelingen. Slechts drie projecten konden over een eigen budget beschikken, voor de overige stelden de deelnemende partijen een (geoordeelde) bijdrage beschikbaar of betaalden zij in natura door het detacheren van personeel of het beschikbaar stellen van (woon)ruimte. Van vijf van alle gezamenlijke geboden voorzieningen was de toekomst onzeker. Geldgebrek of verschillen van inzicht zouden ertoe leiden dat de samenwerking geheel of gedeeltelijk zouden worden stopgezet.

"Zomerteam

In 1998 is op initiatief van de GGD/OCSW in samenwerking met andere (gemeentelijke) organisaties een zomerteam ingesteld. De medewerkers van dit team zijn afkomstig van de GGD, GGz-Groningen, AVG en Giska. De GGD voert de regie. (...) In een discussiebijeenkomst met de 'driehoek' en betrokken organisaties is vastgesteld dat het zomerteam structureel een plek zou moeten krijgen in de aanpak van moeilijke cliënten gedurende het hele jaar. Het vervolg van het zomerteam wordt opgepakt door OCSW, Giska en GGD. Het college heeft de dienst OCSW gevraagd te zoeken naar mogelijkheden voor structurele inbedding van het zomerteam. Samen met de Giska heeft de GGD de methodiek van dit outreachende team neergezet.

Psychiatrie cafe

Op initiatief van GGz-Groningen, de cliëntdeskundige GGz en het Andragogisch Instituut wordt 4 tot 6 keer per jaar een psychiatrie café georganiseerd. Hieraan is de afgelopen jaren een paar keer meegewerkt."

Bron: *Voortgangsverslag Vangnet en Advies OGGZ 1996-1999*, HVD/GGD Groningen

Over het bereik van het voorzieningenaanbod op de diverse aandachtsvelden kon door de meeste representanten van de GGD's een redelijk nauwkeurige opgave worden gedaan. Omdat het, zoals hiervoor al is beschreven, om nogal uiteenlopende activiteiten gaat, hoeft het geen verbazing te wekken dat ook de aantallen bereikte personen onderling uiteenlopen (tabel 8.16). Het bereik van het aanbod op het aandachtsveld 'versterking huisvestingssituatie' is daarbij het kleinst; dat van de activiteiten op het veld 'OGGZ' het grootst. Het bereik van de voorzieningen op het veld 'zorgverlening aan huis' zou daartussenin liggen, evenals dat van het project op het veld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie'.

Het antwoord op de vraag naar de omvang van (eventueel) gezamenlijke budget moest een deel van de respondenten schuldig blijven. Uit de wel gegeven bedragen kan afgeleid worden dat volgens de deelnemende GGD's het maximum bedrag voor OGGZ-activiteiten ruim tien keer zo groot is als dat voor voorzieningen die bedoeld zijn om de zorgverlening aan huis te ondersteunen.

Gezien het grote aantal door de GGD's genoemde samenwerkingspartners is het niet verwonderlijk dat de respondenten ook een groot aantal (mede)financiers voor de diverse voorzieningen opgeven. Hiertussen nemen de lokale overheden echter een prominente plaats in; zij dragen, als financiers van de GGD's zelf, bij aan vrijwel alle door deze diensten geboden voorzieningen (tabel 8.16).

Tabel 8.16 Budgetten voorzieningen genoemd door GGD's, hun bereik op jaarbasis en hun (mede)financiers, naar aandachtsveld vermaatschappelijkingsbeleid (aantal malen genoemd)

	budget	bereik	financiers				
			instellingen voor GGZ	zorg-kantoor	lokale overheden	overige provincie deelnemers	
zorgverlening aan huis (6)	45.000– 1.100.000	25–300	2	1	6	1	2
versterking huisvestingssituatie (2)	– ^a	10–40	1	–	2	–	1
vergroting arbeidsmarktparticipatie	– ^a	400	1	1	1	1	1
OGGZ (17)	35.000– 10.524.000	17–2.000	7	9	12	1	7

a Hierover kon door meer dan de helft van de respondenten geen opgave worden gedaan.

Bron: SCP (VGG'00)

8.3.9 Woningcorporaties

Samenwerkingsrelaties en -partners

De woningcorporaties zijn door de meeste hiervoor besproken actoren genoemd als deelnemer aan een groot deel van de besproken samenwerkingsprojecten. De corporaties zelf geven echter aan dat hun voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen zich beperkt tot de aandachtsvelden 'zorgverlening aan huis' en 'versterking huisvestingssituatie'. Daarbij gaat hun aandacht vooral uit naar het laatste aandachtsveld. Waar ervoor het voorzieningenaanbod wordt samengewerkt, gaat het volgens de corporaties vrijwel altijd om structurele samenwerkingsrelaties; deze zijn slechts bij uitzondering schriftelijk vastgelegd.

"Begeleid wonen

Om diverse redenen kunnen sommige personen alleen met (tijdelijke) begeleiding zelfstandig (blijven) wonen. Hiertoe wordt samengewerkt met de Stichting Begeleid Wonen en de Stichting Gezinsvervangende tehuizen. Ook zijn met enkele opvanghuizen (...) afspraken gemaakt voor de huisvesting van (ex)cliënten. In 1999 is het aantal gevallen van problematische woningvervuiling toegenomen. Bij de aanpak hiervan wordt nauw samengewerkt met de GGD, het maatschappelijk werk en andere organisaties."

Bron: *Volkshuisvestingsverslag 1999*, Woningcorporatie

Uit de antwoorden op de vraag naar de samenwerkingspartners kan worden afgeleid dat de corporaties van alle mogelijke deelnemers aan de regionale netwerken toch vooral de instellingen voor semi-murale of ambulante geestelijke gezondheidszorg en die voor het AMW en maatschappelijke opvang tot hun reguliere samenwerkingspartners rekenen. Ook blijken de corporaties relatief vaak gezamenlijk op te trekken met aanbieders van speciale woonvoorzieningen voor bijvoorbeeld gehandicapten of ouderen. De cliëntenorganisaties blijken ook waar het de corporaties betreft niet in de ontwikkeling van het voorzieningenaanbod betrokken.

Het initiatief voor de samenwerking was, waar het de voorzieningen op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis' betreft, uitgegaan van de corporaties zelf. De samenwerking op het veld 'versterking huisvestingssituatie' daarentegen was vrijwel altijd op initiatief van de bij het aanbod betrokken instelling voor (semi-murale) geestelijke gezondheidszorg totstandgekomen.

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

In tegenstelling tot de hiervoor beschreven samenwerkingsprojecten worden die, waar de corporaties zelf over rapporteren, slechts een enkele keer gefinancierd uit speciale subsidieregelingen. Volgens deze respondenten is juist relatief vaker sprake van een eigen gezamenlijk budget, soms aangevuld met een (geoormerkte) bijdrage van een van de deelnemers.

De betrokkenheid van de corporaties bij de door hen genoemde samenwerkingsprojecten dateert in de meeste gevallen van betrekkelijk recente datum (1998 of later). Voor alle samenwerkingsprojecten wordt verder verwacht dat zij ongewijzigd zullen worden voortgezet.

"In 1999 is in Alkmaar 'het Heem' opgeleverd. Dit pand wordt verhuurd aan de Stichting Onderdak en bestaat uit 32 plaatsen voor crisisopvang, 20 plaatsen voor sociaal pension en 10 plaatsen voor dak- en thuislozen"

Bron: *Jaarverslag 1999*, St. Woonwaard Noord-Kennemerland

Uit de antwoorden van vertegenwoordigers van de corporaties komt naar voren dat de voorzieningen op het veld 'zorgverlening aan huis', waarbij zij ook betrokken zijn, een relatief beperkt bereik hebben (maximaal 50 personen), maar met meerdere tonnen wel ruim worden gefinancierd. Deze financiën zijn afkomstig van de lokale overheden en de (overige) deelnemers aan de samenwerking, waaronder de corporaties. Ook het aanbod op het veld 'versterking huisvestingssituatie' is met een maximum bereik van 90 personen aan de kleine kant. Over de omvang van de beschikbare budgetten kon door de meeste respondenten geen opgave worden gedaan. Over de herkomst wel: naast de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg waren dat de provincie en de overige participanten in het aanbod.

8.3.10 Instellingen voor arbeidsvoorziening

Samenwerkingsrelaties en -partners

De (weinige) instellingen voor arbeidsvoorziening die aan het onderzoek hebben meegedaan, meldden dat, voorzover zij specifieke voorzieningen voor mensen met psychische problemen hadden, deze uitsluitend toe te rekenen waren aan het aandachtsveld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie'.

Vijf instellingen gaven aan dat zij bij het ontwikkelen van dit aanbod samenwerkten met andere organisaties, de overige vier werkten alleen of waren alleen via advisering of financiering bij het voorzieningenaanbod betrokken.

"WET REA

Met de invoering van de Wet Rea in 1998 is de verantwoordelijkheid voor de arbeidstoeleiding en bemiddeling van arbeidsgehandicapten bij Arbeidsvoorziening komen te liggen. Het doel van Arbeidsvoorziening in dezen is tweeledig: zorgen dat gedeeltelijk arbeidsgeschikten meer mogelijkheden krijgen op de arbeidsmarkt en dat werkgevers aan geschikt personeel komen. (...)

Werkzoekenden met een arbeidshandicap worden voorbereid op de arbeidsmarkt, door middel van begeleiding, cursussen, om- en bijscholing. (...)

Arbeidsvoorziening heeft in 1999 met ruim 300 gemeenten contracten afgesloten. Tegelijkertijd is een deel van de gemeenten nog onvoldoende voorbereid om de mogelijkheden van de Wet Rea te gebruiken. (...)"

Bron: *Jaarverslag 1999, Arbeidsvoorziening Nederland*

Daar waar werd samengewerkt, gebeurde dit veelal op structurele basis, al was dit volgens de respondenten slechts zelden door alle betrokkenen schriftelijk vastgelegd. Bij de samenwerking waren naast de diverse organisaties die zich met toeleiding naar de arbeidsmarkt bezighouden (bv. sociale werkplaats, CWI) vrijwel altijd ook de lokale overheid, de Gemeentelijke Sociale Dienst en, in mindere mate, de instellingen voor AMW en voor maatschappelijke opvang betrokken. Ook de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg werden als samenwerkingspartner genoemd, zij het minder vaak en dan nog vooral de instellingen voor ambulante zorg. Twee respondenten maakten melding van betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij het voorzieningenaanbod. Het initiatief voor de samenwerking werd in veel gevallen genomen door de lokale overheid, de instelling voor arbeidsvoorziening zelf of deze beide partijen samen

Budgetten, bereik en financieringsbronnen

De financieringsbasis van het voorzieningenaanbod van (o.m.) de instellingen voor arbeidsvoorziening werd vaker wel dan niet gevormd door specifieke subsidies die tot doel hadden de deelname aan de arbeidsmarkt door mensen met psychische problemen te bevorderen. (Een enkele instelling meldde dan ook dat "dit nu eenmaal rijksbeleid is".)

Van de samenwerkingsrelaties, waarvan er drie voor 1998 van start waren gegaan, werd in meerderheid verwacht dat zij ongewijzigd zouden worden voortgezet, hoogstens zou er een wisseling van deelnemers plaatsvinden.

De besproken voorzieningen blijken qua bereik nogal uiteen te lopen, van 50 tot 4.700 personen op jaarbasis; over de beschikbare budgetten kon het merendeel van de respondenten geen gegevens verstrekken. Het geld was, zoals al eerder vermeld, in de meeste gevallen afkomstig uit diverse subsidieregelingen. Daarnaast werd de lokale overheid regelmatig als financier genoemd, evenals de provinciale overheid of de andere deelnemers. De geestelijke gezondheidszorg werd eenmaal expliciet als (mede)financier van de voorzieningen op dit aandachtsveld genoemd.

8.4 Beleidsnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg?

In de voorgaande paragraaf is per actor beschreven wat hij biedt aan voorzieningen voor mensen met (langdurige)psychische problemen en met wie daarvoor, in welke vorm wordt samengewerkt. Deze beschrijving geeft in eerste instantie informatie over het gedrag van elke actor afzonderlijk en daarmee over de sterkte van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid bij deze actor. In tweede instantie wordt echter ook informatie gegeven over draagvlak en draagkracht van het netwerk in het geestelijke gezondheidszorgbeleid als geheel. Althans, er wordt informatie gegeven over het al of niet bestaan van een dergelijk netwerk als verschijningsvorm van een gezamenlijk draagvlak en een gezamenlijke draagkracht van de samenstellende actoren.

Geen integraal voorzieningenaanbod.

Wat uit de hiervoor gegeven informatie over het aanbod van de actoren afzonderlijk als eerste naar voren komt, is – zo er sprake is van een (regionaal) netwerk in het geestelijke gezondheidszorgbeleid – dat dit netwerk niet voorziet in een integraal voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen. Uit het overzicht in tabel 8.1 blijkt al dat de aandacht van de actoren vooral uitgaat naar de versterking/ontwikkeling van de zorgverlening aan huis en naar de ontwikkeling van een OGGZ-aanbod. Het voorzieningenaanbod op de aandachtsvelden 'versterking huisvestings-situatie' en 'vergroting arbeidsmarktparticipatie' blijft ver achter bij dat op de andere twee aandachtsvelden. Uit de beschrijving van het aanbod per actor blijkt bovendien dat het bereik van de voorzieningen op de terreinen wonen en werk, alsmede het hiervoor beschikbare budget veelal ver achterblijft bij bereik van en budget voor de voorzieningen op de zorggerelateerde terreinen.

De extra aandacht die wonen en werk voor psychiatrische patiënten in het vermaatschappelijkingsbeleid hebben gekregen (zie hfst. 2) blijkt dus vooralsnog geen weerklank te vinden in het actuele aanbod van de bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid betrokken partijen.

Geen integraal beleidsnetwerk

In het verlengde van bovenstaande bevinding kan tevens worden vastgesteld dat er in de praktijk ook geen (regionaal) netwerk bestaat waaraan alle voor het vermaatschappelijkingsbeleid relevante actoren deelnemen. De achterblijvende deelname van de corporaties en instellingen voor arbeidsvoorzieningen aan het onderzoek wees er al op dat deze partijen zich niet echt aangesproken leken te voelen door het onderwerp. De informatie over hun eventuele betrokkenheid bij de ontwikkeling van een voorzieningenaanbod wijst in dezelfde richting. De corporaties mogen dan door een groot deel van de andere actoren regelmatig als samenwerkingspartner worden genoemd, zichzelf geven aan bij slechts enkele samenwerkingsprojecten betrokken te zijn. De instellingen voor arbeidsvoorziening worden niet alleen slechts zelden genoemd als medebetrokkenen bij het voorzieningenaanbod, ook zichzelf geven aan lang niet altijd de samenwerking met andere partijen te zoeken.

Voorzover zich dus regionale netwerken rond het geestelijke gezondheidszorgbeleid voordoen, zullen deze zich in de meeste gevallen hebben geformeerd rond de zorggerelateerde voorzieningen, zoals zorgverlening aan huis of OGGZ.

Bipolair beleidsveld...

De informatie over het voorzieningenaanbod van de diverse actoren afzonderlijk – en vooral die over de samenwerkingsrelaties – laat verder zien dat zich binnen het mogelijke beleidsnetwerk inderdaad de verhoudingen aftekenen die op grond van de gegevens uit hoofdstuk 6 al werden voorspeld.

Het aandachtsveld 'versterking zorgverlening aan huis' wordt gedomineerd door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen wordt door een relatief groot deel van deze instellingen voor het aanbod op dit veld niet samengewerkt, maar speelt de wel bestaande samenwerking zich vooral af tussen geestelijke gezondheidszorginstellingen onderling. De budgetten die voor deze zorgverlening aan huis beschikbaar worden gesteld, zijn aanzienlijk en veelal groter dan wat door de andere actoren aan dit beleidsveld wordt besteed.

De belangrijkste andere samenwerkingspartners van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn de financiers (i.c. de zorgkantoren) en de gebruikers. Het initiatief voor deze samenwerking werd, door zowel de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg als door deze partners toegeschreven aan de eerstgenoemde.

De andere actor die zich vooral richt op zorgverlening aan huis – de thuiszorg, i.c. de gespecialiseerde gezinszorg – noemt op haar beurt de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg als haar belangrijkste samenwerkingspartner. Ook wijst zij de geestelijke gezondheidszorg aan als initiatiefnemer voor samenwerking.

Uit de opgaven over de herkomst van de financiën voor de diverse voorzieningen waar de hiervoor genoemde actoren bij betrokken zijn, blijkt bovendien dat een belangrijk deel hiervan afkomstig was van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

Op het aandachtsveld 'OGGZ' zijn het de lokale overheden en de door hen gefinancierde GGD's die het voortouw nemen. Ook nu geldt weer dat de grootste budgetten voor dit veld afkomstig zijn van deze partijen. Rond de OGGZ wordt overigens in (zeer) brede kring samengewerkt, vrijwel geen enkele van de actoren zegt de voorziening alleen te ontwikkelen en aan te bieden. Bij het initiatief voor de samenwerking was, volgens de betrokkenen, vrijwel altijd de lokale overheid betrokken.

Deze lokale overheid werd ook stevast aangewezen als initiatiefnemer voor samenwerkingsprojecten waarbij de instellingen voor maatschappelijke opvang en die voor AMW betrokken zijn. Ook de corporaties en instellingen voor arbeidsvoorziening verwezen vaak naar de lokale overheid als initiator van een samenwerkingsverband. De diverse instellingen gaven bovendien op dat een groot deel van de voorzieningen en projecten (mede) door de lokale overheden waren gefinancierd.

Binnen het beleidsveld lijken dus twee 'polen' aangewezen te kunnen worden: enerzijds de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en anderzijds de lokale overheden. Beide zijn in hoofdstuk 6 al beschreven als twee van de drie krachtigste actoren. De derde krachtige actor, het zorgkantoor, blijkt, afgaande op het gerealiseerde voorzieningenaanbod, tussen beide polen in te staan. Voor de projecten op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis' richten zij zich in hun samenwerkingsrelaties vooral op de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Voor de ontwikkeling van de OGGZ

echter, wordt naar verhouding vaker de samenwerking gezocht met de lokale overheden en de GGD's. De zorgkantoren zien vooral zichzelf als initiatiefnemer voor deze samenwerkingscontacten, maar worden door de andere actoren minder vaak als zodanig aangewezen.

De overige actoren in het beleidsveld bewegen zich min of meer tussen beide polen in, enigszins afhankelijk van het aandachtsveld waarop hun voorzieningenaanbod zich bevindt. Daarbij staan de instellingen voor maatschappelijke opvang en voor AMW dichter bij de lokale overheid dan bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Van deze laatste worden alleen de instellingen voor ambulante zorg regelmatig als medebetrokkene of samenwerkingspartner genoemd. Zoals gezegd staan de instellingen voor thuiszorg daarentegen weer dichter bij deze laatste. De relaties tussen deze drie typen actoren en de zorgkantoren zijn beperkt. De GGD's lijken ook een tussenpositie in te nemen en zich niet alleen op de lokale overheden maar ook op de zorgkantoren te richten.

... met losse elementen

De diverse actoren mogen dan elk een eigen positie ten opzichte van elkaar innemen, dit wil niet zeggen dat er tussen hen een onverbreekelijke, onveranderlijke band bestaat. Ten eerste geven de diverse partijen relatief vaak aan dat zij voor specifieke voorzieningen voor mensen met psychische problemen niet met anderen samenwerken. Dit wijst op een onafhankelijk en autonoom optreden.

Ten tweede zijn de samenwerkingsrelaties niet zo structureel als de partijen zelf zeggen. Als gekeken wordt naar de mate waarin deze relaties schriftelijk zijn vastgelegd, een vaste financieringsbasis hebben en een gezamenlijk budget kennen, moet namelijk worden vastgesteld dat de meeste relaties toch een los-vastkarakter lijken te hebben. Het geringe aantal echt duurzame samenwerkingsovereenkomsten tussen de diverse actoren betekent dat van echte netwerkvorming nauwelijks kan worden gesproken. Op zijn best worden er binnen het veld enige coalities tussen gelijkgezinde partijen aangegaan. Het is echter maar de vraag of aan het aangaan van deze coalities strategische motieven ten grondslag liggen. Bij een groot deel van de meer of minder structurele samenwerkingsovereenkomsten gaat het immers om relaties tussen partijen die het lang niet altijd met elkaar eens zijn over de uitgangspunten achter het vermaatschappelijkingsbeleid (zie hfst. 7). Daarom is het wellicht reëler om te spreken over clusters, een meer of minder toevallige samenklontering van instellingen en organisaties, die voorzieningen voor dezelfde doelgroep ontwikkelen.

Een uitzondering hierop wordt gevormd door de samenwerking tussen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg onderling, eventueel tussen deze en de zorgkantoren. In die gevallen is meestal wel sprake van onderlinge overeenkomst tussen de partijen. Of deze samenwerking wel vanuit strategische overwegingen wordt aangegaan, kan op basis van dit onderzoeksmateriaal niet worden vastgesteld. Wel is duidelijk dat het samengaan van deze sterke actoren de verhoudingen binnen het beleidsveld verder kan doen polariseren. Zij delen immers elkaars opvattingen over het vermaatschappelijkingsbeleid en staan daardoor dichter bij elkaar dan bij de andere actoren in het beleidsveld.

De positie van de gebruikers

De cliëntenorganisaties en hun positie in het netwerk zijn in het voorgaande nergens aan de orde gekomen. Uit de gegevens blijkt namelijk dat de vertegenwoordigers van de gebruikers een geheel aparte plaats innemen. Feitelijk leidt de informatie over de samenwerking binnen de netwerken tot een bevestiging van de conclusies uit hoofdstuk 6 over de positie van de belangenbehartigingsorganisaties. Niet alleen lijken de aanbieders en financiers erg weinig aandacht te geven aan het door deze organisaties zelf meest genoemde aandachtsveld ('vergroting van de arbeidsmarktparticipatie'), zij worden ook vrijwel nooit genoemd als betrokkene bij de samenwerking. Alleen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de zorgkantoren maken regelmatig melding van betrokkenheid door de cliëntenorganisaties, de andere actoren vaker niet dan wel. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de cliëntenorganisaties zich toch vooral op de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg lijken te concentreren: deze worden niet zelden als enige samenwerkings- of overlegpartner genoemd.

Draagvlak en draagkracht van het beleidsnetwerk

Na de hiervoor gedane constatering dat er in het geestelijke gezondheidszorgbeleid feitelijk geen (integrale) beleidsnetwerken bestaan, lijkt het niet zinnig nog iets te zeggen over de sterkte van draagvlak en draagkracht op het niveau van het netwerk. Wel kunnen op basis van het hiervoor gepresenteerde onderzoeksmateriaal aanvullende conclusies over het draagvlak en draagkracht van alle spelers op het beleidsveld gezamenlijk worden getrokken.

Zo blijkt een ruime meerderheid van de onderzochte instellingen en organisaties buiten de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zelf, betrokken te zijn bij meer dan een voorziening voor mensen met (langdurige) psychische problemen. Dit wijst op een (voorzichtige) 'ontcategorisering' van het aanbod en daarmee op een minstens matig draagvlak voor dit aspect van het vermaatschappelijkingsbeleid. De conclusies in hoofdstuk 7 over de sterkte van het draagvlak hiervoor bij de niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen worden in dit hoofdstuk dus onderschreven. Een deel van de niet-geestelijke gezondheidszorginstellingen blijken voor deze voorzieningen ook aanzienlijke bedragen te hebben gereserveerd, wat tevens wijst op een stevige draagkracht.

Het blijft echter wel in de meeste gevallen gaan om draagvlak en draagkracht van de instellingen of organisaties afzonderlijk. Hun steun voor het vermaatschappelijkingsbeleid vertaalt zich (nog?) niet in het vormen van een netwerk voor de gezamenlijke ontwikkeling van voorzieningen en beleid.

De informatie over het voorzieningenaanbod van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf bevestigt eveneens de eerdere bevindingen over draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid. De meeste aandacht van deze actoren gaat, zo blijkt uit tabel 8.1, toch nog altijd uit naar de versterking van de zorgverlening aan huis en minder naar bijvoorbeeld vergroting van de arbeidsmarktparticipatie en OGGZ5. Van de diverse besproken activiteiten kennen die op het terrein van de zorgverlening aan huis ook het grootste bereik. 'Vermaatschappelijking' lijkt voor een groot deel van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg toch in eerste instantie 'extramuralisering van de zorg' te betekenen; de andere aspecten zijn van later orde.

Ruimte voor regionale verschillen

Bij de interpretatie van de hiervoor gegeven informatie over het voorzieningenaanbod binnen het (regionale) beleidsveld voor de geestelijke gezondheidszorg moet worden bedacht dat het hier gaat om een beschrijving op het niveau van de diverse typen actoren. Tussen de vertegenwoordigers per type actor doen zich echter, zoals uit het overzicht blijkt, ook aanzienlijke verschillen voor. Van de instellingen voor maatschappelijke opvang bijvoorbeeld, werkt een deel wel structureel samen, een ander deel in het geheel niet en weer een ander deel alleen ad hoc. Het is mogelijk om voor vrijwel elk type actor dergelijke opmerkingen te maken. Het is voorstelbaar dat de instellingen die het vaakst tot samenwerking overgaan, binnen één regio te vinden zijn omdat zij elkaar tot het aangaan van samenwerkingsrelaties stimuleren of daartoe door een andere, in dezelfde regio aanwezige initiator gestimuleerd worden. Het is daarom ook goed mogelijk dat waar op landelijk niveau geen aanwijzingen gevonden worden voor netwerkvorming, deze op het niveau van sommige regio's afzonderlijk wel aangetroffen kunnen worden. Daarom zal in het volgende hoofdstuk op basis van een analyse van de gegevens naar regio worden nagegaan of zich op het niveau van de regio inderdaad verschillen in samenwerking voordoen en wat dit betekent voor de mogelijkheid tot regionale netwerkvorming.

Noten

- 1 De implementatie van beleid is natuurlijk meer dan alleen maar betrokkenheid bij diverse projecten en voorzieningen. Dergelijke projecten en voorzieningen zijn echter, in tegenstelling tot meer algemene beleidsmaatregelen, in het algemeen concreet genoeg om hierover in een interview vragen te kunnen stellen. De mate waarin men bij specifiek voorzieningenaanbod samenwerking zoekt met andere partijen en de voorwaarden waaronder deze samenwerking vorm krijgt, mogen dan wellicht niet volledig representatief zijn voor de dagelijkse gang van zaken bij de organisaties, zij werpen wel licht op de onderlinge betrekkingen in de beleidsnetwerken (zie voor een uitgebreidere beschouwing over de rijkdom en de beperkingen van de gekozen onderzoeksbenadering bijlage A).
- 2 Per aandachtsveld kon tevens worden aangegeven welke accenten daarbinnen gelegd werden (zie hfst 5, noot 12). De gegevens hierover zijn opgenomen in bijlage D.
- 3 Het gaat hierbij om aantallen waarnaar tijdens het interview zelf werd gevraagd en die de respondenten dus niet van tevoren hadden kunnen opzoeken. Een deel van de respondenten moest daarom het antwoord schuldig blijven en een ander deel gaf bij het antwoord aan niet geheel zeker te zijn van de exactheid van de opgaven. Uit de aan de interviewers meegegeven jaarverslagen staan soms inderdaad andere getallen vermeld. Omdat echter niet altijd duidelijk was of de in de jaarverslagen besproken voorzieningen dezelfde waren als die in het vraaggesprek aan de orde zijn geweest, zijn in deze studie de (soms dus onvolledige) antwoorden van de respondenten verwerkt.
- 4 Het gaat hierbij dan vaak om historisch gegroeide samenwerkingsrelaties, die hun oorsprong vinden in de tijd dat AMW en Gezinsverzorging beide geboden werden door toenmalige Stichtingen voor Maatschappelijke Dienstverlening. Een deel van de gemeenten heeft bij de decentralisatie van het AMW in het kader van de Welzijnswet (in 1989) besloten de toen bestaande organisatorische inbedding van de werksoort ongemoeid te laten. De samenvoeging van de instellingen voor gezinsverzorging en de Kruisverenigingen (begin jaren negentig van de twintigste eeuw) heeft er in deze situaties toe geleid dat de afdeling voor AMW weliswaar wordt gefinancierd door de lokale overheid, maar deel uitmaakt van de, grotendeels op basis van de AWBZ gefinancierde, Instelling voor Thuiszorg. Blijkbaar komt deze constructie de samenwerking tussen de werksoorten ten goede.
- 5 Uit de aanvullende informatie over de accenten die binnen de aandachtsvelden zijn gelegd, blijkt bovendien dat binnen het veld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie' de nadruk gelegd wordt op de oprichting en exploitatie van dagactiviteitencentra, aan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg gelieerde voorzieningen voor dagbesteding (tabel D4).

9.1 Inleiding

Het vorige hoofdstuk is afgesloten met de opmerking, dat het heel goed mogelijk is dat netwerkvorming tussen de diverse partijen die bij het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg zijn betrokken, beïnvloed wordt door kenmerken van de regio waarin zij werkzaam zijn. Uit de verkennende fase van het actorenonderzoek was immers al naar voren gekomen dat de onderlinge samenwerking intensiever leek in die regio's waarbinnen de grenzen van de regio-indeling, die door de geestelijke gezondheidszorginstellingen wordt gehanteerd, samenvielen met de grenzen die voortkomen uit de regio-indeling op basis van de WZV. Ook waren er aanwijzingen dat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg die een fusie waren aangegaan, geneigd waren om minder met de andere actoren in de regio samen te werken. Dit is aanleiding geweest om de enquête onder de actoren zo in te richten dat de gegevens ook naar regio konden worden geanalyseerd. Zo kon worden nagegaan of deze twee regionale kenmerken (samenvallende gebiedsgrenzen en al of niet voorkomen van een gefuseerde instelling voor geestelijke gezondheidszorg) inderdaad een structurele invloed hebben op het aangaan van samenwerkingsrelaties en daarmee op de vorming van regionale beleidsnetwerken (zie hfst. 5, § 5.2 en § 5.3).

Er is nog een ander regionaal 'kenmerk' dat de onderlinge samenwerking op het regionale niveau zou kunnen beïnvloeden. Dit is de zogenoemde Regiovisie GGZ, het document waarin de belangrijkste bij de geestelijke gezondheidszorg betrokken partijen hun visie op het te ontwikkelen beleid en voorzieningenaanbod formuleren (zie hoofdstuk 5). Het is voorstelbaar dat de processen rond de totstandkoming van deze Regiovisies geestelijke gezondheidszorg van invloed zijn (geweest) op de manier waarop in de regio's het vermaatschappelijkingsbeleid wordt ingevuld.

Voor de ontwikkeling van een beleid dat uitgaat van het bestaan van regionale netwerken waarin een gezamenlijk en samenhangend voorzieningenaanbod totstandkomt, is inzicht in het voorkomen van regionale verschillen en de mogelijke invloed hiervan natuurlijk van het grootste belang. Daarom zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op de hiervoor beschreven regionale kenmerken en op de gevolgen die deze kunnen hebben voor de netwerkvorming op het regionale niveau. Daarvoor wordt vooral gebruikgemaakt van de informatie die hierover verzameld is via de landelijke enquête onder de actoren (hfst. 5, § 5.4.1). De gang van zaken rond de totstandkoming van Regiovisies geestelijke gezondheidszorg zijn, zoals al eerder opgemerkt, ook aan de orde geweest in het onderzoek onder de provinciale ambtenaren (hfst. 5, § 5.4.2). Omdat de uitkomsten van dit onderzoek tevens een beeld schetsen van de sfeer waarin op regionaal niveau over samenwerking wordt overlegd, zullen deze als eerste worden

* Over een van de onderwerpen die in dit hoofdstuk aan de orde komen zal ook worden gepubliceerd in: M.H. Kwekkeboom, *Het provinciale in de geestelijke gezondheidszorg – Beleid en Maatschappij*, 1 (2002).

gepresenteerd. Daaraan voorafgaand zal een korte uitleg worden gegeven over de (beoogde) rol van de regiovisie in het beleidsproces en de taken en bevoegdheden die daarbij aan de provincie zijn toegeschreven.

Op basis van de weergave van de diverse onderzoeksresultaten zal in de slotparagraaf vervolgens besproken worden welke conclusies er getrokken kunnen worden over de invloed van de regionale kenmerken op de sterkte van draagvlak en draagkracht op het vermaatschappelijkingsbeleid bij de institutionele betrokkenen. Daarmee wordt dan tevens antwoord gegeven op de laatste onderzoeksvraag uit hoofdstuk 4, § 4.4:

- Zijn er regionale verschillen in deze draagvlak en draagkracht en zo ja, waardoor worden deze veroorzaakt?

9.2 De Regiovisie geestelijke gezondheidszorg – verschillen per regio en per actor

Karakter en doel van de regiovisie

De term 'regiovisie' werd, waar het de geestelijke gezondheidszorg betreft, het eerst gebezigd in de nota *Onder anderen* (TK 1992-1993b), waarin over de regiovisies wordt opgemerkt dat het daarbij gaat om op regionaal niveau door alle betrokken partijen gezamenlijk op te stellen toekomstvisies voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Bij het opstellen van deze visies zouden de provinciale overheden een initiërende en coördinerende rol dienen te vervullen. Enkele provincies zouden, volgens de nota, ook al – "vooruitlopend op de wettelijke vormgeving van de regiovisie" – bezig zijn met het opstellen ervan. Dit zou in de meeste gevallen een gevolg zijn van de al bestaande betrokkenheid van de provincies bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Deze overheidslaag is immers, op basis van de WZV, verantwoordelijk voor de beoordeling van de bouwplannen van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in hun werkgebied en voor de doorgeleiding daarvan aan het ministerie. Deze verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat de provincie op de hoogte is van de beleidsontwikkelingen in deze sector, zowel op het niveau van de rijksoverheid als op dat van de afzonderlijke instellingen. De provincie moet voor de uitvoering van haar taken contacten onderhouden met de belangrijkste vertegenwoordigers van deze instellingen en is daardoor tevens bekend met de onderlinge verhoudingen.

Ook in de Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg uit 1998 wordt gesproken van de regiovisie en van "de initiërende en stimulerende functie" van de provincies bij de totstandkoming daarvan (TK 1998-1999). Eerder was in datzelfde jaar de regiovisie als instrument voor de meerjarige, regionaal georiënteerde beleidsontwikkeling op het terrein van de zorg in brede zin in het regeerakkoord opgenomen. In dit akkoord wordt de regiovisie omschreven als "een beleidskader op hoofdlijnen dat binnen de budgettaire kaders totstandkomt met betrokkenheid van het zorgkantoor, de patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten en wordt vastgesteld door de provincie" (Ouweland et al. 1999). Dergelijke regiovisies hebben echter alleen een (semi-)wettelijke basis waar het de ouderenzorg (Overgangswet verzorgingshuizen) en de jeugdzorg (Regie in de jeugdzorg) betreft. Voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat "de regiovisie een consensusdocument is en als

zodanig geen (publiekrechtelijke) rechtsgevolgen heeft" (TK 1998-1999a)¹. Het ontbreken van een wettelijke basis is voor de meeste provincies echter geen reden geweest om af te zien van het opstellen van regiovisies voor alle zorgsectoren, waaronder de geestelijke gezondheidszorg. Uit de diverse inventarisaties blijkt dat er in een groot deel van de regio's ook al voor 1998 was begonnen met overleg rond de regio-visies voor de geestelijke gezondheidszorg, en dat in dat jaar ook al een aantal toekomstvisies was vastgesteld (Ouweland et al. 1999; Van Wijngaarden en Huijsman 1999).

Voortgang anno 2000 – de visie van de regisseur

Uit de gespreksronde onder de provinciale ambtenaren blijkt dat in het jaar 2000 inmiddels alle provincies doende zijn met het (doen) opstellen van Regiovisies geestelijke gezondheidszorg. De wijze waarop dit gebeurt, loopt per provincie sterk uiteen. De verschillen worden voor een deel veroorzaakt door de verschillen in fase waarin het overleg rond de toekomstvisies zich bevindt. Niet elke provinciale bestuurder was namelijk even overtuigd van nut en noodzaak van een regiovisie op het geestelijke gezondheidszorgterrein. In enkele provincies zijn de voorbereiding van het overleg hierover pas na de bestuurswisselingen in 1998 gestart. De verschillende startdata heeft met zich meegebracht dat de provincies van elkaar hebben kunnen leren, wat soms geleid heeft tot een geheel andere, nieuwe aanpak voor een nieuw op te zetten visieoverleg.

Er blijken zich echter ook verschillen voor te doen binnen één provincie, die worden veroorzaakt door de gang van zaken binnen de diverse WZV-regio's. Want ook het enthousiasme bij de andere beoogde overlegpartners voor het opstellen van een regiovisie was niet altijd even groot. Uit de vraaggesprekken kwam naar voren dat van de vijf hiervoor genoemde partijen eigenlijk alleen de vertegenwoordigers van de zorggebruikers vrijwel altijd tot een overleg over een regiovisie bereid waren. De bereidwilligheid van deze kant was in sommige regio's zelfs zo groot dat er meerdere cliëntenorganisaties aan het overleg mee wilden doen. Daar deze organisaties het onderling niet altijd met elkaar eens waren – vooral de categorale cliëntenorganisaties en de algemene RP/CP's willen wel eens van mening verschillen – was deze gebruikersvertegenwoordiging niet altijd zo effectief als gewenst zou zijn.

De overige drie partijen – aanbieders, in casu instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, zorgkantoren en lokale overheden – stonden daarentegen niet altijd te trappelen om mee te doen. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld, vonden het helemaal niet op de weg van de provinciale overheid liggen om 'zich te bemoeien' met hun beleid en voorzieningenaanbod. Deze overheid had zich, zo vonden men, in het verleden niet al te veel aan de geestelijke gezondheidszorg gelegen laten liggen en bemoeienis nu lag, gegeven het ontbreken van financiële banden, echt niet voor de hand. Een deel van de zorgkantoren bestreed eveneens de legitimiteit van bemoeienis van de provinciale overheid met het zorgbeleid, en zag eerder voor zichzelf een regiefunctie in het regionale beleid weggelegd. De lokale overheden op hun beurt zagen niet in wat zij met het geestelijke gezondheidszorgbeleid te maken zouden kunnen hebben – 'psychiatrische patiënten kwamen bij hen niet voor' – of vonden dat een regiefunctie in het beleid eerder hun dan de provincies toekwam.

Een probleem waar vrijwel alle provincies mee te maken kregen, was dat de grenzen van de WZV-regio's – die in de afspraken over de regiovisie als uitgangspunt zijn genomen – niet samenvallen met die van de in de geestelijke gezondheidszorg gehanteerde regio-indeling. Een deel van de provincies heeft dit probleem opgelost door 'met harde hand' de WZV-indeling als uitgangspunt voor het visieoverleg op te leggen. Een ander deel heeft ervoor gekozen om in eerste instantie uit te gaan van de regio-indeling die de geestelijke gezondheidszorginstellingen zelf hanteren en voor deel-regio's een visieoverleg te starten. Deze provincies hopen dat bij een volgende versie van de diverse regiovisies wel op het niveau van de WZV-regio's overlegd kan worden. De grenzen van de WZV-regio's vallen ook niet altijd samen met provinciegrenzen. Overleg tussen de provincies over deze regio's had vooralsnog niet veel opgelost. Daarom worden voor de regio's die de provinciegrenzen overschrijden voorlopig maar 'halve' visies opgesteld, in de hoop dat deze visies enigszins op elkaar aansluiten.

De provinciale ambtenaren zeggen er, ondanks de diverse obstakels, toch in geslaagd te zijn om in ieder geval de vijf partijen met elkaar rond de tafel te krijgen en zo met elkaar in contact te brengen. Een belangrijk 'hulpmiddel' daarbij was de wijze waarop de provincie het overlegproces in materiële zin ondersteunde. De meeste provincies stelden personeel beschikbaar, voerden het (ambtelijke) secretariaat en financierden de diverse onderzoeken die ten behoeve van het overleg moesten worden uitgevoerd. Ook probeerden de provinciale overheden de samenwerking te stimuleren door op projectbasis (deel)subsidies beschikbaar te stellen.

De uiteindelijke regiovisies mogen dan onderling nog sterk uiteenlopen qua reikwijdte en doelen van het regionale geestelijke gezondheidszorgbeleid, het overleg erover heeft in elk geval teweeggebracht dat men elkaar heeft leren kennen, wat op zich het overleg over samenwerking en afstemming vergemakkelijkt.

De regiovisie's zelf lijken op hun beurt ook te getuigen van een groeiprocess. Zo gaan de eerste toekomstvisies nog vooral in op het door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf gewenste beleid, en wordt van een inbreng van andere partijen, met name andere aanbieders, nauwelijks gerept. Bij het opstellen van de meest recente visies daarentegen, waarvan sommige inmiddels tot de 'tweede generatie' gerekend kunnen worden, zijn naast de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg vaak ook andere aanbieders van zorg- en dienstverlening voor mensen met psychische problemen betrokken. In deze visies worden ook relaties gelegd met de ontwikkelingen op andere sectoren van de zorg en met het beleid op bijvoorbeeld de terreinen wonen, ruimtelijke ordening en werkgelegenheid. In een enkele provincie is men inmiddels al afgestapt van het opstellen van categorale toekomstvisies en wordt per WZV-regio gestreefd naar een integrale Regiovisie zorg.

De visie van de spelers

Het beeld over de gang van zaken rond de regiovisies, zoals dat naar voren komt uit de gespreksronde onder de provinciale ambtenaren, wordt op onderdelen bevestigd door de gegevens uit het gestandaardiseerde actorenonderzoek.

Uit de antwoorden op de vraag naar het voorkomen van een regiovisie in de 'eigen'

regio komt inderdaad naar voren dat in een deel van de regio's al een visie is vastgesteld en dat in andere de visie nog ontwikkeld is. In het antwoordpatroon is tevens terug te vinden dat in ieder geval de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de zorgkantoren aan het visieoverleg deelnemen of hebben deelgenomen. Zo geven alle zorgkantoren op dat zij betrokken zijn bij de ontwikkeling van de visie die voor 'hun' regio opgesteld is, dan wel opgesteld zal worden (tabel 9.1). Ook de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg lijken, op twee uitzonderingen na, alle geparticipeerd te hebben in het overleg rond regiovisies.

De betrokkenheid van lokale overheden en cliëntenorganisaties daarentegen is minder wijdverspreid; 20 van de 26, respectievelijk 15 van de 18 van de vertegenwoordigers uit de onderzoeksgroep. Op basis van de informatie van de provinciale ambtenaren kon al verwacht worden dat de deelname van de algemene instellingen aan het visieoverleg minder algemeen zou zijn. De gegevens uit de enquête onderschrijven dit. Van de algemene instellingen zijn de GGD's met een deelnameaandeel van driekwart nog het best vertegenwoordigd in het visieoverleg, terwijl de instellingen voor arbeidsvoorziening en corporaties met een deelname van 4 (van de 13) en 2 (van de 14) absolute hekkensluiters zijn (tabel 9.1).

Tabel 9.1 Stand van zaken ontwikkeling regiovisie in betrokken regio en betrokkenheid eigen instelling (aantal malen genoemd door type instelling)

	regiovisie geestelijke gezondheidszorg vastgesteld	integrale regiovisie zorg vastgesteld	stand van zaken overleg regiovisie		instelling zelf betrokken
			regiovisie in ontwikkeling	geen regiovisie vastgesteld, ook geen plannen voor ontwikkeling	
instellingen geestelijke					
gezondheidszorg (n = 35)	27	–	7	1	32
cliëntenorganisaties (n = 18)	11	2	5		15
lokale overheden (n = 26)	16	2	7	1	20
zorgkantoren (n = 15)	7	2	6		15
maatschappelijke opvang (n = 24)	10	2	8	4	12
AMW (n = 15)	8	2	4	1	8
thuiszorg (n = 20)	9	1	7	3	10
GGD (n = 24)	15	1	7	1	18
corporaties (n = 14)	2	4	1	7	2
arbeidsvoorziening (n = 13)	–	4	1	8	4

Bron: SCP (VGG'00)

Over de reikwijdte van de visie waarover men overleg voert en over de fase waarin dit overleg zich bevindt, lijken de meningen van de respondenten uiteen te lopen. De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zeggen vooral te hebben deelgenomen aan categorale Regiovisies geestelijke gezondheidszorg, die ook vrijwel allemaal inmiddels vastgesteld zouden zijn. Dit laatste lijkt in tegenspraak met de informatie die de provinciale ambtenaren hierover gegeven hebben.

De andere actoren maken naar verhouding vaker melding van deelname aan overleg over integrale Regiovisies zorg – vaker dan op grond van de informatie van de provin-

ciale overheden aannemelijk zou kunnen zijn – en menen eveneens vaker dan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg dat de visie nog in ontwikkeling is (tabel 9.1). Over de samenstelling van het overleggremium rond de regiovisies lijkt bij de diverse actoren enige verwarring te bestaan. Uit de gesprekken met de provinciale ambtenaren is naar voren gekomen dat in dit gremium naast de provinciale overheid zelf, in ieder geval de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de zorgkantoren en afvaardigingen van lokale overheden en cliëntenorganisaties in de regio zitting hebben. Dit is ook de (minimale) samenstelling die in de paragraaf over dit onderwerp in het regeerakkoord wordt aanbevolen.

Uit de antwoorden op de vraag naar (mede)betrokkenheid bij het opstellen van de regiovisies komt echter naar voren dat een groot deel van de respondenten een afwijkende samenstelling van het overleggremium voor ogen staat (tabel 9.2). Zo zijn er respondenten, waaronder ook enkele vertegenwoordigers van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, die menen dat er overleg wordt gevoerd over regiovisies op (o.a.) het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zonder dat daar instellingen voor geestelijke gezondheidszorginstellingen zelf bij betrokken zijn.

Ook provinciale overheden, formeel primair verantwoordelijk voor het initiëren van het regiovisieoverleg zelf, nemen in de ogen van nogal wat respondenten zelf niet deel aan dit overleg. Hetzelfde geldt voor de zorgkantoren, de lokale overheden en de cliëntenorganisaties, die toch alle geacht worden aan het regiovisie overleg deel te nemen. De verwarring rond het begrip 'regiovisie' lijkt het grootst onder de algemene instellingen, wat gezien hun relatief beperkte deelname ook niet verwonderlijk is (tabel 9.2).

Tabel 9.2 Deelnemende partijen bij opstellen van regiovisie (aantal malen genoemd, naar type instelling)

	instellingen voor geestelijke gezondheidszorg	provinciale overheid	zorg- kantoor	lokale overheden	cliënten- organisaties	andere instellingen
instellingen geestelijke gezondheidszorg (n = 34)	31	32	33	29	32	27
cliëntenorganisaties (n = 18)	13	15	16	12	12	14
lokale overheden (n = 25)	25	24	25	24	21	22
zorgkantoren (n = 14)	14	13	14	14	14	11
maatschappelijke opvang (n = 20)	15	10	14	13	10	12
AMW (n = 14)	10	9	7	10	9	8
thuiszorg (n = 17)	15	10	11	12	10	12
GGD (n = 23)	23	22	18	22	18	19
corporaties (n = 7)	4	2	2	2	1	3
arbeidsvoorziening (n = 5)	–	3	–	4	–	2
Bron: SCP (VGG'00)						

Deze uitkomsten wekken de indruk dat het door de rijksoverheid gestimuleerde instrument voor onderlinge samenhang en afstemming – de regiovisie – niet bij alle actoren binnen de regionale beleidsnetwerken even bekend is. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat een deel van hen ook niet op de hoogte is van de rol die van de provinciale overheden verwacht wordt. Op de vraag naar de initiatiefnemer voor het overleg over de Regiovisie geestelijke gezondheidszorg in de regio moest een aanzienlijk deel van de respondenten te kennen geven dat zij dit niet wisten. Daarnaast werd het initia-

tief regelmatig toegeschreven aan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf (17 keer genoemd) of aan de lokale overheden (11 keer genoemd). De provinciale overheid werd door nog niet de helft van de respondenten als initiatiefnemer aangewezen.

Verschillende visies, maar wel meer contact

De uitkomsten van de enquête onder de regionale actoren staan daarmee enigszins haaks op de informatie die door de provinciale ambtenaren zelf over dit onderwerp is gegeven. Deze legden er in de vraaggесprekken immers de nadruk op dat het initiatief voor het regiovisieoverleg vrijwel altijd van de kant van de provincie was gekomen en dat de andere partijen niet zelden met moeite tot deelname overgehaald konden worden. Er werd slechts bij hoge uitzondering melding gemaakt van een initiatief van de kant van de (samenwerkende) geestelijke gezondheidszorginstellingen in de betrokken (sub)regio. Dit initiatief zou zich dan niet zelden in eerste instantie beperken tot een overleg tussen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de provinciale overheid en het zorgkantoor en betrekking hebben op het beleid van de instellingen zelf. Een verbreding van het visieoverleg, zowel naar inhoud als naar betrokken partijen, zou pas in tweede instantie hebben plaatsgevonden.

Al met al lijkt de regiovisie nog niet het samenbindende effect te hebben dat ervan verwacht wordt. Niet alle actoren in de beleidsnetwerken zijn van het bestaan van een visie op de hoogte, noch erbij betrokken. Ook lijkt niet iedereen even overtuigd van de zin van een dergelijke visie of van de betrokkenheid van andere partijen daarbij. Dit laat echter onverlet dat uit de vastgestelde regiovisies zelf wel blijkt dat in het geestelijke gezondheidszorgbeleid in toenemende mate met meerdere betrokkenen in de regio's overleg wordt gevoerd. En ook dat in dit beleid meer en meer afstemming wordt gezocht met de ontwikkelingen op andere beleidsterreinen. Het regelmatig overleg over de regiovisie heeft er in ieder geval toe geleid dat de diverse betrokkenen bij het beleid voor mensen met psychische problemen elkaar hebben leren kennen; wat het maken van afspraken over afstemming en samenwerking uiteraard aanzienlijk vergemakkelijkt.

Uit zowel de gesprekken met de provinciale ambtenaren als uit de teksten van de diverse regiovisie blijkt dat deze afstemming en samenwerking nog altijd per (sub)regio uiteenloopt. In de volgende paragraaf zal worden nagegaan of de analyse van de enquêtegegevens over samenwerking naar regio dezelfde verschillen laat zien en of deze verklaard kunnen worden uit andere kenmerken van de regio.

9.3 Samenwerking binnen de regio's – de invloed van regionale kenmerken

In hoofdstuk 5 (§ 5.4.1) is al geschreven dat de respons per type actor in het actoren-onderzoek sterk uiteenliep (tabel 5.1). Deze scheve verdeling over de typen actoren heeft ook gevolgen gehad voor de respons per regio: in niet elke regio kon bij alle onderscheiden typen actoren een interview worden afgenomen. En dus konden in enkele regio's tien of meer actoren in het onderzoek worden betrokken en kwam in een andere regio het totaal aantal respondenten niet boven de zes uit (tabel 9.3). De scheve verdeling van actoren over regio's is nog versterkt doordat zich, zoals in hoofdstuk 5 (§ 5.4.1) ook is beschreven, binnen enkele regio's meerdere knooppunten voor

samenwerking voordeden. Om een zo adequaat mogelijk beeld van de onderlinge samenwerking te kunnen krijgen, is bij de respondentwerving daar rekening mee gehouden. Ten gevolge van de scheve respons zijn in enkele van deze regio's bepaalde typen actoren nu met twee of drie instellingen vertegenwoordigd; terwijl van de andere typen geen enkele instelling aan het onderzoek heeft deelgenomen. Dit heeft er onder meer in geresulteerd dat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, die voor maatschappelijke opvang en de GGD's elk in slechts drie regio's 'ontbraken', terwijl in twaalf of meer regio's geen informatie van de kant van de instellingen voor AMW, de corporaties, de zorgkantoren of de instellingen voor arbeidsvoorziening beschikbaar is gekomen (tabel 5.1)². Een compleet beeld van de samenwerking binnen de regio's kan hierdoor niet gegeven worden, wat betekent dat de gegevens hierover alleen een indicatieve waarde hebben.

Tabel 9.3 Verdeling van respons over de diverse regio's, totaal en naar type actor

WZV-regio's	totaal	instellingen voor					AMW	thuiszorg	corporatie	instellingen voor	
		GGZ	lokale overheid	zorgkantoren	cliëntenorganisaties	maat-schappelijke opvang				GGZ	arbeidsvoorziening
I	6	1	-	-	1	1	-	1	-	1	1
II	3	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-
III	10	1	2	-	1	1	1	1	2	-	1
IV	9	2	1	-	1	1	1	1	-	2	-
V	13	2	2	-	1	-	2	2	2	1	1
VI	10	3	2	1	1	1	-	2	-	-	-
VII	7	-	-	1	1	1	1	1	-	1	1
VIII	9	2	1	1	1	-	1	-	1	1	1
IX	8	3	1	-	-	1	-	2	-	1	-
X	11	1	2	-	1	1	2	1	2	1	-
XI	6	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1
XII	8	1	1	1	1	1	-	1	1	1	-
XIII	9	2	1	1	1	1	-	1	1	-	1
XIV	9	1	1	1	-	2	-	1	1	1	1
XV	8	1	1	-	1	1	1	1	1	1	-
XVI	7	2	1	1	-	1	-	1	-	1	-
XVII	9	1	-	1	1	1	-	1	1	1	1
XVIII	7	2	-	1	1	1	-	1	-	1	-
IXX	6	-	1	1	1	1	1	-	-	1	-
XX	7	1	1	1	-	-	1	1	-	1	1
XXI	8	1	-	1	1	-	1	1	1	1	1
XXII	7	1	1	-	-	1	1	1	-	1	1
XXIII	7	1	1	-	1	2	-	1	-	1	-
XXIV	10	1	2	-	1	1	1	1	1	1	1
XXV	8	2	1	1	1	1	-	-	1	1	-
XXVI	7	2	1	1	-	1	1	-	-	1	-

Bron: SCP (VGG'00)

Uit een vergelijking van de antwoorden op de vraag naar het bestaan van samenwerking bij dit voorzieningenaanbod, komt eerst en vooral naar voren dat in vijf regio's geen enkel voorzieningenaanbod op het aandachtsveld 'versterking huisvestingssituatie' is besproken. In drie (deels) andere regio's is geen aanbod op het veld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie' aan de orde geweest. Dit kan erop duiden dat de bij de analyse naar actoren gevonden 'oververtegenwoordiging' van de aandachtsvelden 'zorgverlening aan huis' en 'OGGZ' dus inderdaad samenhangt met regionale verschillen in de breedte van het vermaatschappelijkingsbeleid (tabel 9.4). Bij deze uitkomst moet echter wel worden bedacht dat in de meeste regio's de informatie over het voorzieningenaanbod en dus ook over de samenwerking daarbij, afkomstig is van een deel van de actoren in het netwerk. In hoeverre de uitkomsten anders zouden zijn als alle actoren aan het onderzoek hadden deelgenomen, is onbekend.

Uit de analyse naar regio blijkt verder dat de mate waarin samenwerking wordt gerapporteerd erg uiteenloopt. In enkele regio's wordt voor alle besproken voorzieningen of projecten samengewerkt, in andere voor de helft of hooguit twee derde. Waardoor de mate van samenwerking binnen een regio wordt bepaald, is echter niet in een oogopslag vast te stellen. Zoals hiervoor is aangekondigd, is bij de analyse naar regio specifiek gekeken naar een mogelijke invloed van de verschillende regio-indelingen en naar het bestaan van gefuseerde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg binnen de regio. Er kon echter voor geen van beide kenmerken worden vastgesteld of zij van invloed waren op het bestaan van regionale samenwerking. In enkele van de regio's waar naar verhouding weinig wordt samengewerkt, vallen de grenzen van de werkgebieden van met name de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg niet samen met die van de WZV-regio-indeling. Samenwerking komt naar verhouding ook weinig voor in enkele regio's waar de (intramurale) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (nog?) niet zijn gefuseerd³. Daar staat tegenover dat ook in regio's waar de werkgebieden wel samenvallen met de WZV-indeling of waar de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg wel zijn gefuseerd, soms relatief weinig wordt samengewerkt. Ook wanneer er gekeken wordt naar het bestaan van samenwerking per type aandachtsveld, lijkt er nauwelijks sprake van samenhang met deze regionale kenmerken (tabel 9.4).

Tabel 9.4 Bestaan van samenwerking bij realisatie voorzieningenaanbod, naar regio en aandachtsveld van vermaatschappelijking (aantal malen genoemd)

WZV- regio ^a	aantal instellingen dat informatie heeft verstrekt			zorgverlening aan huis			versterking huisvesting			vergroting arbeidsmarktpart.			OGGZ		
	alleen door inst. geb.	samen- werking	totaal	alleen door inst. geb.	samen- werking	totaal	alleen door inst. geb.	samen- werking	totaal	alleen door inst. geb.	samen- werking	totaal	alleen door inst. geb.	samen- werking	totaal
I ^b	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
II ^b	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III ^b	10	3	4	1	4	5	1	4	5	2	2	1	2	1	1
IV	7	1	2	1	2	3	1	2	3	1	-	1	2	2	2
V ^b	10	2	4	-	1	1	1	1	2	1	1	2	1	3	3
VI ^b	10	7	7	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	4	4
VII	5	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	2	2
VIII ^b	8	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	5
IX ^b	8	-	5	-	2	2	-	2	2	-	-	-	-	6	6
X	8	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	4	4
XI	5	1	1	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	2	2
XII ^b	7	1	3	1	2	3	1	2	3	1	1	1	-	3	3
XIII ^b	6	2	3	2	2	4	2	2	4	-	3	3	-	3	3
XIV ^b	8	1	2	-	2	2	-	2	2	-	1	1	-	3	3
XV ^b	8	1	2	3	1	3	-	1	1	1	2	2	-	2	2
XVI ^b	6	-	5	1	4	5	1	4	5	-	4	4	1	4	5
XVII ^b	8	-	4	1	1	1	1	-	1	1	2	2	-	2	2
XVIII ^b	7	1	3	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	3	5
IXX ^b	6	-	4	4	4	4	-	1	1	1	1	1	-	2	2
XX ^b	5	-	2	2	2	-	-	-	-	1	1	2	-	3	3
XXI ^b	8	1	2	1	2	3	1	3	4	1	1	2	-	3	3
XXII ^b	6	2	1	3	2	2	-	2	2	1	1	1	-	2	2
XXIII ^b	6	-	2	2	2	1	-	1	1	1	1	1	1	2	3
XXIV	8	-	2	2	2	3	-	3	3	1	1	2	-	-	-
XXV ^b	7	1	2	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1	3	4
XXVI	6	1	3	4	2	4	2	1	2	1	1	1	1	2	3
	17	61	78	12	36	48	36	48	13	28	41	7	69	76	76

a De WZV-regio's waarvan de grenzen grotendeels samenvallen met die van de werkgebieden van de daar gevestigde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, zijn vet gedrukt.

b In deze regio zijn (een deel van) de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg gefuseerd.

Bron: SCP (VWG'00)

9.4 Regionale invloeden op de sterkte van draagvlak en draagkracht

In het voorgaande is ingegaan op de verschillen die zich op regionaal niveau voordoen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Daarvoor is niet alleen gebruikgemaakt van de uitkomsten van de enquête onder de regionale actoren, maar ook van die uit het onderzoek onder de provinciale ambtenaren. In de bespreking van de resultaten is eerst ingegaan op de verschillen in vormgeving en beleving van de Regiovisies geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens is bekeken of het onderscheid in samenwerking dat op regionaal niveau kon worden vastgesteld, verklaard kon worden uit enkele regionale kenmerken.

Uit de analyse van de gegevens over voorzieningenaanbod en samenwerking daarbij naar regio, kon echter niet worden vastgesteld of de daarin aangetroffen verschillen wel of niet konden worden teruggevoerd op kenmerken van de regio. Ten eerste waren door de scheve respons op de enquête, de deelnemende instellingen en organisaties zeer ongelijk over de diverse regio's verdeeld. Ten tweede kon geen eenduidige relatie worden gelegd tussen het al of niet bestaan van samenwerking binnen een regio met een of meer kenmerken ervan. Dat de diverse regio's onderling wel uiteenlopen waar het het bestaan van (structurele) samenwerkingsrelaties of de aandachtspunten van het vermaatschappelijkingsbeleid betreft, wordt blijikbaar door andere factoren bepaald. Ook uit het onderzoek onder de provinciale ambtenaren was naar voren gekomen dat er, in ieder geval in hun perceptie, grote verschillen zijn in de mate waarin en de wijze waarop er in de diverse regio's met elkaar wordt samengewerkt. Deze verschillen zouden kunnen worden verklaard uit verstoorde persoonlijke verhoudingen binnen de regio's en de daaraan ten grondslag liggende verschillen in opvatting over de reikwijdte van de geestelijke gezondheidszorg. In verband hiermee is het wellicht relevant erop te wijzen dat de regio's waarin volgens tabel 9.4 relatief weinig wordt samengewerkt, in de gespreksronde met de provinciale ambtenaren naar voren kwamen als regio's waar het overleg rond de Regiovisie geestelijke gezondheidszorg opvallend moeizaam van de grond was gekomen.

Het voorgaande maakt duidelijk dat het niet mogelijk is om op basis van het beschikbare materiaal definitieve uitspraken te doen over mogelijke regionale verschillen in sterkte van draagvlak en draagkracht van de plaatselijke actoren. En zeker niet over de invloed van regionale kenmerken hierop. Het enige wat hierover opgemerkt kan worden, is dat van het proces rond de opstelling van de regiovisie een katalyserende werking op de regionale afstemming en samenhang lijkt uit te gaan. Deze zou zich echter vooral beperken tot het wegnemen of verminderen van de meer persoonsgebonden hinderpalen voor samenwerking. Of dit bijdraagt aan het versterken van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg, is echter een open vraag. Een groot deel van de regionale actoren is immers niet bij het visieoverleg betrokken, noch er goed en volledig over geïnformeerd.

Noten

- 1 In het in maart 2001 aan de Tweede Kamer voorgelegde voorstel voor de Wet exploitatie zorgvoorzieningen – de beoogde opvolger van de Wet ziekenhuisvoorzieningen – wordt overigens wel een wettelijke basis onder de Regiovisies zorg gelegd. Ook in dit wetsvoorstel wordt de regie voor de totstandkoming van de visies in handen van de provinciale overheden (en van de vier grote steden) gelegd. In de memorie van toelichting wordt wel nadrukkelijk aangegeven dat de regiovisie weliswaar een belangrijk instrument is bij het bereiken van afstemming en samenhang in de regio, maar dat het niet bedoeld is als planningsinstrument en dat aan het ontbreken van zo'n visie geen rechtsgevolgen verbonden zijn. De kracht van de regiovisie zit in de ogen van de wetgever dan ook in het moreel commitment dat de betrokkenheid bij de totstandkoming ervan met zich meebrengt (TK 2000 -2001e).
- 2 In deze en volgende tabellen zullen de onderscheiden WZV-regio's alleen met een (Romeins) cijfer worden aangeduid, om te voorkomen dat de hierin gepresenteerde informatie terug te voeren zou zijn op de (individuele) deelnemers aan het onderzoek. Voorzover aanvullende informatie over de betrokken regio's relevant wordt geacht, zal deze in de tekst worden gegeven.
- 3 Deze intramurale instellingen hebben weliswaar niet zelf aan het onderzoek meegedaan (zie hoofdstuk 6), maar worden door andere actoren in de regio wel genoemd als samenwerkingspartner bij het voorzieningenaanbod.

10 SAMENVATTING EN CONCLUSIES – STERKTE VAN INSTITUTIONEEL DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT

Vraagstelling

In hoofdstuk 4 tot en met 6 is verslag gedaan van de uitkomsten van het zogenoemde actorenonderzoek. Hierin is ten eerste nagegaan hoe de instellingen en organisaties die betrokken zijn bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid over dit beleid denken. Ten tweede is onderzocht of en in hoeverre zij zijn toegerust voor de hun in dit beleid toegedachte taken en hoe zij deze taken op dit moment vervullen.

Ter inleiding op en verklaring van de opzet van dit onderzoek is eerst beschreven binnen welke bestuurlijke context het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid zich ontwikkeld heeft. Op basis van de beschrijving van deze context is geconcludeerd dat in het overheidsbeleid feitelijk gestreefd wordt naar de ontwikkeling van beleidsnetwerken die op regionaal niveau gestalte geven aan een integraal en samenhangend voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen. Deze conclusie heeft ertoe geleid dat voor de inrichting van het onderzoek onder de instellingen en organisaties, is uitgegaan van de in de bestuurskunde ontwikkelde bestudering van beleidsnetwerken. Dit betekent dat de instellingen en organisaties zijn beschouwd als actoren in een beleidsnetwerk, die elk hun eigen doelen voor beleid hebben, maar voor het bereiken ervan afhankelijk zijn van de andere actoren en daarom met elkaar zullen samenwerken. Omdat binnen een netwerk de partijen meestal niet sterk zijn, zal deze samenwerking er vaak in resulteren dat vooral de doelen van de sterkste partijen het eerst en het best gerealiseerd zullen worden. Voor een goed begrip van de processen in een beleidsnetwerk is het daarom van belang om te weten over welke hulpbronnen elke actor kan beschikken, welke doelen hij wil bereiken en met welke actoren hij daarvoor op welke manier samenwerkt.

Het onderzoek onder de instellingen en organisaties is zo ingericht dat deze vragen konden worden beantwoord en dat daarmee tevens een antwoord kon worden gegeven op de vragen naar de sterkte van draagvlak en draagkracht van deze instellingen en organisaties. Omdat het bestaan of ontstaan van beleidsnetwerken op regionaal niveau in feite ook de voornaamste premisse van het huidige overheidsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg is, zijn de onderzoeksgegevens ook gebruikt om na te gaan of er op dit beleidsterrein eigenlijk wel gesproken kan worden van netwerkvorming.

Onderzoeksopzet

De gegevens zijn voor het merendeel verzameld aan de hand van een grotendeels gestandaardiseerde vragenlijst, die is voorgelegd aan vertegenwoordigers van een tiental instellingen en organisaties, waarvan in de overheidsnota's verwacht wordt dat zij bij de ontwikkeling van een voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten betrokken zijn.¹ Dit waren: instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, cliëntenorganisaties, lokale overheden, zorgkantoren, instellingen voor maatschappelijke opvang, instellingen voor AMW, instellingen voor thuiszorg, GGD's, woningcorporaties, en instellingen voor arbeidsvoorzieningen. Bij de benadering voor deelname is gestreefd naar een zo

evenredig mogelijke vertegenwoordiging van alle tien typen actoren over de (WZV-) regio's in Nederland. De lijst bevatte vragen naar de omvang van de budgetten, personeels- en cliëntenbestand van de diverse actoren, naar hun mening over de diverse uitgangspunten die aan het overheidsbeleid ten grondslag liggen, naar de aard van de voorzieningen die door de actoren geboden worden, alsmede naar de mate waarin en de wijze waarop zij voor dit voorzieningenaanbod met andere instellingen en organisaties in de regio samenwerken. De op basis van deze lijst uitgevoerde enquête is afgenomen van in totaal 208 respondenten, een respons van 65%.

Parallel aan deze enquête heeft ook een kwalitatief onderzoek onder provinciale ambtenaren plaatsgevonden. In dit onderzoek zijn vragen gesteld naar de totstandkoming van zogenoemde Regiovisies geestelijke gezondheidszorg en de daaruit voortvloeiende afstemming en samenhang in het regionale voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen.

Resultaten

Een eerste belangrijke uitkomst was dat de respons zeer ongelijk over de diverse typen actoren was verdeeld. Dit heeft tot gevolg gehad dat de zorgkantoren, de cliëntenorganisaties, de instellingen voor AMW, de woningcorporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening relatief ondervertegenwoordigd zijn in de uiteindelijke onderzoeksgroep.

- Ongelijke verhoudingen tussen actoren

Uit de vergelijking van de gegevens over de budgetten, het personeels- en cliëntenbestand is naar voren gekomen dat de tien typen actoren onderling zeer sterk verschillen in de bronnen waarover zij kunnen beschikken voor de ontwikkeling van voorzieningen voor (chronische) psychiatrische patiënten. Bovendien zijn zij in verschillende mate betrokken bij de zorg- en dienstverlening aan deze patiënten. Voor de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en een deel van de cliëntenorganisaties vormen mensen met psychische problemen, uit de aard der zaak, de enige doelgroep. 20 tot 30% van de psychiatrische patiënten heeft te kampen met chronische problematiek en het ligt dan ook voor de hand om te verwachten dat met name de categorale organisaties deel hebben aan de ontwikkeling van een voorzieningenaanbod voor deze groep. Voor de andere aanbieders ligt dit anders: bij hen maakt de groep mensen met (langdurige) psychische problematiek hoogstens de helft van het cliëntenbestand uit. Wel geven deze aanbieders vrijwel alle aan dat het aandeel psychiatrische patiënten in dit bestand de afgelopen vijf jaar is toegenomen. Dit is dan ook meteen een belangrijke reden om specifieke voorzieningen voor hen te ontwikkelen. Een andere reden was de druk, die op hen werd uitgeoefend om dergelijke voorzieningen te gaan bieden.

De verschillen in enerzijds de beschikbaarheid van hulpbronnen en anderzijds de betrokkenheid bij de zorg- en dienstverlening voor mensen met psychische problemen, brengen met zich mee dat het beleidsveld gekenmerkt wordt door grote krachtsverschillen tussen de deelnemende actoren. Van de tien in het onderzoek betrokken actoren konden de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de zorgkantoren en de lokale overheden als de drie sterkste worden aangewezen. De eerste twee kunnen beschikken over grote budgetten en (gespecialiseerde) deskundigheid op het beleids-

terrein. De laatste staan eveneens meestal grote budgetten ter beschikking, die in dit geval worden 'aangevuld' met een uitgebreid netwerk, veel informele contacten en subsidierelaties met een groot aantal andere actoren binnen het netwerk. Van alle actoren zijn de gebruikersorganisaties de zwakste: hun budgetten zijn het kleinst, hun personeelsbestand bestaat voornamelijk uit vrijwilligers en hun contacten beperken zich in hoge mate tot een of twee andere actoren. Uit aanvullende vragen over de wijze waarop gebruikers worden betrokken bij de ontwikkeling over het voorzieningenaanbod blijkt bovendien dat van dergelijke betrokkenheid nauwelijks sprake is.

Dit deel van het onderzoek leverde tevens op dat de woningcorporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening, hoewel op papier opgenomen in de beleidsnetwerken, in de praktijk op afstand staan. Zij zijn niet of hoogstens zijdelings betrokken bij de ontwikkeling van een voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten. Dit verklaart wellicht ook de hoge non-respons onder deze typen actoren.

- Verschillende meningen

De vraag naar de mening van de actoren over de uitgangspunten die aan het vermaatschappelijkingsbeleid ten grondslag liggen, leverde een gevarieerd antwoordenpatroon op. Uit de antwoorden blijkt ten eerste dat met name de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de zorgkantoren en de cliëntenorganisaties sterke voorstanders zijn van het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg, maar moeite hebben met de overdracht van taken van de geestelijke gezondheidszorg aan de algemene instellingen. Deze instellingen zelf steunen de extramuralisering, en zijn in meerderheid ook voorstander van een overdracht van taken. Ook de lokale overheid steunt deze overdracht, en ook de aanname dat zij een regiefunctie in de ontwikkeling van het regionale voorzieningenbeleid zou kunnen vervullen. Dit laatste wordt door met name de zorgkantoren fel afgewezen; daarin bijgevallen door onder meer de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en enkele van de algemene instellingen.

Deze verschillen in opvattingen wijzen erop dat het draagvlak voor het vermaatschappelijkingsbeleid niet bij alle actoren even sterk is en bovendien per aspect of uitgangspunt verschilt. Ongeacht het antwoord op de vraag of er sprake is van netwerkvorming, kan op basis van deze uitkomsten niet worden gesproken van een gezamenlijk draagvlak voor het netwerk als geheel. Daarbij is het van belang erop te wijzen dat juist de drie sterkste actoren binnen het eventuele netwerk het sterkst van mening verschillen, met name waar het gaat over de concrete invulling van het vermaatschappelijkingsbeleid.

- Verschillende accenten

De informatie over de door elk type actor geboden voorzieningen voor mensen met (langdurige) psychische problemen laat als eerste zien dat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zich in hun aanbod het sterkste richten op de versterking van de zorgverlening bij de psychiatrische patiënt thuis. Ook voor de instellingen voor thuiszorg is dit het belangrijkste beleidsveld. De lokale overheden en de GGD's leggen het accent op de ontwikkeling van een openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en de zorgkantoren zijn voornamelijk betrokken bij voorzieningen voor zorgverlening aan huis en voor OGGZ. Van de overige actoren zijn de instellingen voor maatschap-

pelijke opvang en de woningcorporaties vooral betrokken bij voorzieningen die zich richten op versterking van de huisvestingssituatie van de psychiatrische patiënten. De instellingen voor arbeidsvoorziening richten zich vrijwel uitsluitend op de vergroting van de arbeidsmarktparticipatie, een terrein dat ook voor de cliëntenorganisaties een centraal aandachtspunt is. De instellingen voor AMW ten slotte, verdeelden hun aandacht evenredig over alle vier hiervoor genoemde beleidsvelden.

De door de actoren verschillend gelegde accenten in combinatie met de scheve verdeling in respons, heeft met zich meegebracht dat in het onderzoek de meeste aandacht is uitgegaan naar de voorzieningen op de terreinen 'zorgverlening aan huis' en 'OGGZ'. De juist voor het vermaatschappelijkingsbeleid zo essentieel geachte versterking van de huisvestingssituatie van de psychiatrische patiënt en de vergroting van diens arbeidsmarktparticipatie zijn hierdoor minder aan bod gekomen.

- Los-vaste contacten

De gegevens over de mate waarin en de wijze waarop de diverse actoren voor de realisatie van hun voorzieningenaanbod met elkaar samenwerken, scheppen het beeld van een beleidsveld dat eerder gekenmerkt wordt door los-vaste verhoudingen dan door structurele en intensieve samenwerking. Zo blijkt een deel van de actoren in het geheel niet met andere actoren in de regio samen te werken dan wel deze samenwerking te beperken tot collega-instellingen. Een groot deel van de samenwerkingsrelaties die wel worden aangegaan, zijn niet (voor alle betrokkenen) schriftelijk vastgelegd en worden niet zelden gefinancierd op basis van projectgelden of in tijd beperkte bijdragen.

De al of niet structurele samenwerkingsrelaties laten bovendien een duidelijk omljnd patroon zien. Zo werken de instellingen voor thuiszorg vrijwel exclusief samen met de actor die zich voornamelijk bezighoudt met zorgverlening aan huis: de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Deze laatste zoeken de samenwerking vooral in eigen kring (collega-instellingen voor geestelijke gezondheidszorg) en betrekken daarin verder hoofdzakelijk de zorgkantoren en de cliëntenorganisaties. De lokale overheden kennen een brede kring van samenwerkingspartners en worden zelf vrijwel altijd door de algemene instellingen genoemd als een van de samenwerkingspartners. Voor voorzieningen die zich richten op zorgverlening aan huis, zoeken de zorgkantoren vooral de samenwerking met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Voor samenwerking op het terrein van de OGGZ wenden zij zich tot de lokale overheden. De cliëntenorganisaties worden vrijwel nooit bij de ontwikkeling van voorzieningen betrokken en lijken zelf voornamelijk en tamelijk exclusief de samenwerking met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te zoeken.

Van de drie hiervoor onderscheiden sterkte actoren – zorgkantoren, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en lokale overheden – worden vooral de laatste twee regelmatig aangewezen als initiatiefnemer voor en mede-financier van het al dan niet via samenwerking gerealiseerde voorzieningenaanbod. Dit wijst erop dat deze twee actoren een sturende invloed hebben binnen het beleidsveld en dat deze invloed door de andere actoren ook zo erkend wordt.

- Creëren een bipolair beleidsveld

De uitkomsten over de verschillende accenten in het voorzieningenaanbod die in het bijzonder door de sterkste actoren worden gelegd, in combinatie met die over hun uiteenlopende opvattingen over de invulling van het vermaatschappelijkingsbeleid, duiden erop dat er binnen het beleidsveld meerdere kernen aan te wijzen zijn. Omdat de zorgkantoren en de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg het inhoudelijk het meest met elkaar eens zijn en elkaar ook vaker tegenkomen in samenwerkingsrelaties, kan – zo is geconcludeerd – worden verwacht dat deze kernen zullen samenvloeien en zo elkaar versterken. Op deze manier zou dan een bipolair beleidsveld ontstaan, waarbinnen de overige actoren een min of meer vaste plaats ten opzichte van de twee polen innemen. De instellingen voor thuiszorg en de cliëntenorganisaties zullen daarbij de richting van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en van de zorgkantoren opzoeken. De overige actoren zouden de kant van de lokale overheid opschuiven.

Omdat de relaties tussen de diverse actoren vaker niet dan wel structureel en hecht zijn, kan er dan ook niet gesproken worden van een beleidsnetwerk, hoogstens van een beleidsveld waarin actoren min of meer toevallig rond een specifieke voorziening samenklonteren, zich clusteren.

- Onafhankelijk van kenmerken van de regio

Het al of niet voorkomen van netwerkvorming kan, zo blijkt uit een analyse van het materiaal naar regio, niet worden verklaard uit objectieve regionale kenmerken als grensafbakening of aanwezigheid van een gefuseerde instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek onder de provinciale ambtenaren bracht daarentegen naar voren dat de mate waarin partijen binnen een regio bereid waren met elkaar te overleggen en samen te werken sterk werd bepaald door de onderlinge verhoudingen. Ook de opvattingen van sleutelfiguren over bijvoorbeeld doel en richting van het geestelijke gezondheidszorgbeleid hadden een grotere invloed op de samenwerkingsprocessen dan de bijvoorbeeld de mate waarin de grenzen van de werkgebieden van de diverse instellingen wel of juist niet samenvielen.

Beschouwing

De onderzoeksresultaten laten zien dat aan, min of meer impliciete maar prominente voorwaarden voor het kunnen realiseren van het overheidsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg niet is voldaan. De actoren die alle, in meerdere of mindere mate, betrokken zouden moeten zijn bij de implementatie van het vermaatschappelijkingsbeleid, lopen zo uiteen dat zij niet samen een regionaal beleidsnetwerk vormen. In plaats daarvan hebben zich binnen het beleidsveld twee 'polen' ontwikkeld – gevormd door twee respectievelijk een beleidsactor – waaromheen de andere actoren zich hebben gegroepeerd. De relaties tussen deze twee polen en tussen de hen omringende actoren zijn weinig hecht en zijn eerder het gevolg van meer of minder toevallige samenwerking dan van onderlinge overeenstemming. Tussen de twee 'polen' bestaat geen overeenstemming tussen de concrete invulling van het vermaatschappelijkingsbeleid. Ook leggen zij verschillende accenten in het mede door henzelf ontwikkelde voorzieningenaanbod. De 'polen' zijn voldoende sterk om de actoren om hen heen aan te sturen – deze sturing wordt door deze ook erkend – maar zijn niet in staat invloed uit te oefenen op de andere 'pool' anders dan door overleg.

Daarbij zij erop gewezen dat juist deze sterkste 'actoren' de minste aandacht lijken te schenken aan de versterking van de huisvestingssituatie en de vergroting van de arbeidsmarktparticipaties van de psychiatrische patiënt. Het zijn andere, meestal heel wat minder sterke en prominente actoren die zich – al of niet gestimuleerd door financiële bijdragen hiervoor – daarmee bezighouden. Zeker gezien het centrale doel van het vermaatschappelijkingsbeleid – een zo gewoon mogelijk leven voor de psychiatrische patiënt – is dit op zijn minst opmerkelijk. Het zijn dus niet de sterkste actoren binnen het beleidsveld die actief bezig zijn de voorwaarden voor dit 'gewone leven' te realiseren.

In de termen van de centrale onderzoeksvraag duiden deze uitkomsten van het onderzoek erop dat het draagvlak voor het beleid bij de institutionele betrokkenen redelijk stevig is als het gaat om het eerste doel – extramuralisering van de zorg. Het draagvlak voor het tweede doel – overdracht van taken – is op zijn best matig, vooral omdat men het niet eens is over de concrete invulling hiervan. De draagkracht om de bij de vermaatschappelijking opgelegde taken te vervullen, is bij de meeste instellingen ook wel groot genoeg. Door het ontbreken van voldoende draagvlak voor het beleid in zijn geheel, gaat men er echter niet toe over deze kracht door bijvoorbeeld netwerkvorming te vergroten. Al met al zou dit betekenen dat de extramuralisering van de zorg wel doorgang kan vinden, maar dat deze niet gepaard zal gaan aan de ontwikkeling van een integraal voorzieningenaanbod door alle actoren samen.

Als hierop toch ingezet zou worden, zou eerst geprobeerd moeten worden de 'tegenstelling' binnen het regionale beleidsveld te doorbreken. In het huidige beleid zou de gezamenlijk te ontwikkelen regiovisie daarin een belangrijke rol dienen te spelen. De uitkomsten uit het onderzoek onder de provinciale ambtenaren wettigen echter de vraag of deze visie daartoe het aangewezen instrument is. De meeste daarbij betrokken partijen lijken immers niet erg enthousiast te zijn (geweest) voor het opstellen van een dergelijke visie. Belangrijker is echter nog dat daarbij de rol van de provinciale overheid niet onbetwist is. Behalve de cliëntenorganisaties (ook in dit spelersveld vaak de zwakste partij) hebben immers alle andere partijen bezwaar tegen een regisserende rol van deze overheidslaag. Niet toevallig zijn dat juist de partijen die binnen het regionale veld zelf de machtskernen vormen. De bevoegdheden van de provinciale overheid zijn niet voldoende om de bronnen waarover deze regionale actoren kunnen beschikken te overklassen. Verder zijn de overige actoren in het regionale beleidsveld (nog) niet of nauwelijks bij het visieoverleg betrokken. Zolang de provincie niet meer bevoegdheden heeft en de regiovisie geen duidelijker status (zie ook hfst. 9, noot 1) moet daarom hiervan niet veel verwacht worden voor de sturing van het regionale beleidsveld.

Een andere optie is om de bestaande verhoudingen binnen het regionale beleidsveld te accepteren en hierop verder voort te bouwen. Dit zou betekenen dat er een scheiding aangebracht zou worden in de taken van respectievelijk de geestelijke gezondheidszorg (en diens belangrijkste financier) enerzijds en die van de lokale overheid en de daaraan verbonden actoren anderzijds. De ene partij zou dan de verantwoordelijkheid krijgen voor het zorgaanbod in strikte zin, de andere voor de voorzieningen die voor het dagelijks leven buiten de muren van een instelling noodzakelijk zijn. In plaats van één integraal beleidsnetwerk ontstaan dan twee gescheiden voorzieningentrajecten.

Daarvoor is het echter wel nodig dat de lokale overheden voldoende zeggenschap krijgen over de vormgeving van het voorzieningenaanbod én over voldoende middelen kunnen beschikken om dit aanbod daadwerkelijk te realiseren. Verder moet er een grotere duidelijkheid komen over de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden in de betrokkenheid bij de zorg- en dienstverlening voor de psychiatrische patiënt. Daarmee zou in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland eenzelfde situatie ontstaan als in Engeland of Zweden. Deze situatie en de effecten daarvan op beleid en samenleving zullen aan de orde komen in het hoofdstuk dat aan de geestelijke gezondheidszorg in deze beide landen is gewijd. Vervolgens zal in de slotbeschouwing van deze studie deze mogelijkheid voor het Nederlandse beleid opnieuw aan de orde komen.

11 DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT VAN DE LEDEN VAN HET PERSOONLIJKE NETWERK VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN*

11.1 Inleiding

Vermaatschappelijkingsbeleid raakt ook sociale omgeving

Voor een succesvolle realisatie van het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg is het niet voldoende dat alleen de institutionele betrokkenen bereid en in staat zijn om hun (nieuwe) rol daarin te vervullen. Het is ook nodig dat de sociale omgeving van de psychiatrische patiënten – niet alleen de leden van hun persoonlijke netwerk, maar ook degenen die op meer of minder grote afstand met hen te maken krijgen: burens, collega's, de mensen op straat – dit beleid steunt en in staat is de gevolgen ervan te dragen.

Daarom is, zoals ook in de inleiding al is aangegeven, in aanvulling op het onderzoek onder de institutionele betrokkenen, ook aandacht gegeven aan draagvlak en draagkracht voor het beleid in de sociale omgeving. Het onderzoek hiernaar is echter minder uitgebreid geweest, zodat voor de verslaglegging hierover kan worden volstaan met twee hoofdstukken.

In dit eerste van deze twee hoofdstukken zal worden ingegaan op de situatie van de leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënt en de wijze waarop deze door het gevoerde geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt beïnvloed. De vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg heeft immers directe gevolgen voor dit netwerk. Want zoals de extramuralisering in de andere delen van de caresector heeft geleid tot een groter beroep op de informele zorg, doet zij dat ook in de geestelijke gezondheidszorg (zie ook hoofdstuk 2).

Psychische problematiek belastend voor persoonlijk netwerk

Naar de rol van de familieleden en vrienden in de zorgverlening aan mensen met langdurige psychische problemen is in Nederland, naar verhouding, weinig onderzoek verricht. Over de vergelijkbare zorg aan andere groepen langdurig zorgafhankelijken, zoals ouderen, gehandicapten, chronisch zieken, is veel meer bekend. Daarbij heeft de belangstelling voor het netwerk van psychiatrische patiënten zich lange tijd beperkt tot de invloed van het gedrag en de attitudes van dit netwerk op de ernst van de psychische problematiek en haar uitingsvormen. Uit onderzoek in bijvoorbeeld de Verenigde Staten van Amerika en Groot-Brittannië (landen waar het deinstitutionaliseringbeleid in de

* Over de onderwerpen die in dit hoofdstuk aan de orde komen is eerder gepubliceerd in: M.H. Kwekkeboom, *Blijvende zorg – inzet van sociaal netwerk rond psychiatrische patiënten*, in: TSG - tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2 (2001), pag 97 - 102.
M.H. Kwekkeboom. *Is er een breed draagvlak voor het vermaatschappelijkingsproces in de GGZ?* in: A.H. Schene et al. (red.), *Jaarboek voor de psychiatrie en psychotherapie, 2001-2002*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001, pag. 333-346
M.H. Kwekkeboom. "Informal care for psychiatric patients", paper presented at the IFHE European Congress 2001, Wageningen (8 - 10 mei 2001).

geestelijke gezondheidszorg eerder en verder is doorgevoerd) was namelijk bekend dat de manier waarop in het thuismilieu met de ontslagen patiënt werd omgegaan van grote invloed was op diens kansen om opnieuw te moeten worden opgenomen (Schene 1986). Later, vanaf de tweede helft van de jaren tachtig, kwam er meer belangstelling voor de familieleden en vrienden zelf en de door hen ervaren belasting door de zorg voor iemand met psychische problemen (Borgesius et al. 1986; Oosterbaan 1990; Van Meer 1991; Poelijoe 1992; Schene en Van Wijngaarden 1993; Schene en Van Wijngaarden 1994; Van Wijngaarden et al. 1996; Kerseboom 1997; Kras 1997; Dik 1999; Stam en Cuijpers 1999). Het onderzoek hiernaar richt zich mede op mogelijkheden om via gerichte interventies van de geestelijke gezondheidszorg zelf deze belasting te verminderen. De meeste van deze onderzoeken zijn exploratief van aard, hebben een beperkte vraagstelling en worden verricht onder een specifieke onderzoekspopulatie, zodat de uitkomsten moeilijk onderling te vergelijken zijn. De belangrijkste gemeenschappelijke uitkomst is dat de zorg voor een psychisch zieke naaste een dusdanig zware belasting vormt dat de zorgverleners zelf er problemen door kunnen krijgen. Deze problemen zijn niet alleen van fysieke, maar ook van psychosociale aard. De belasting kan zo zwaar zijn dat dit voor de verzorgers reden is om de band te verbreken. Vooral vriendschappen, maar ook partnerrelaties kunnen als gevolg van langdurige psychische problematiek worden verbroken (Methorst 1985; Borgesius et al. 1986; Van Meer 1991).¹

Vraagstelling en rapportage

De diverse onderzoeken bieden tezamen weliswaar veel inzicht in de gevolgen van informele zorgverlening aan psychiatrische patiënten, maar de uitkomsten ervan zijn door opzet en vraagstelling slechts beperkt bruikbaar voor het meten van draagvlak en draagkracht voor het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid en het zoeken naar mogelijkheden om deze, waar nodig, te versterken. Daarom is besloten om in het kader van het vermaatschappelijkingsproject een apart onderzoek onder leden van het persoonlijke netwerk van mensen met psychiatrische problemen uit te voeren. Dit onderzoek moet antwoord geven op de vragen over draagvlak en draagkracht van de leden van het persoonlijk netwerk van de psychiatrische patiënt, die in hoofdstuk 3 (§ 3.3) al zijn gesteld:

- Hoe staan de leden van het sociale netwerk van een psychiatrische patiënt tegenover het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder het daaruit voortvloeiende beroep op hen voor (grotere) betrokkenheid bij hulp en steun?
- Welke hulp en steun wordt (nu) door de leden van het sociale netwerk geboden en wat zijn hiervan de gevolgen in de zin van materiële en immateriële belasting?
- Hoe wordt deze belasting ervaren en is dat van invloed op de opvattingen over het beleid?

In dit hoofdstuk zal verslag worden gedaan van de uitkomsten van dit onderzoek. Analoog aan de verslaglegging over het actorenonderzoek zal hierbij eerst kort worden ingegaan op het onderzoek en de populatie waaronder het is uitgevoerd. Daarvoor zullen naast de opzet en uitvoering ook de belangrijkste achtergrondkenmerken van de

respondenten en van de door hen verzorgde patiënten worden beschreven. De resterende paragrafen zijn gewijd aan respectievelijk het draagvlak en de draagkracht van het persoonlijk netwerk van psychiatrische patiënten zoals deze uit dit onderzoek naar voren komen. Daarbij zal eerst worden aangegeven hoe deze begrippen in het onderhavige onderzoek zijn geoperationaliseerd, waarna een beschrijving van de onderzoeksresultaten volgt. Tot welke bevindingen ten aanzien van het te voeren (overheids)beleid deze resultaten leiden, is het onderwerp van de slotparagraaf van dit hoofdstuk.

11.2 Onderzoek en onderzoekspopulatie

Opzet en uitvoering

Het onderzoek onder leden van het persoonlijke netwerk van mensen met langdurige psychische problemen is uitgevoerd met behulp van een schriftelijke enquête onder leden van twee landelijke organisaties van familieleden en vrienden van psychiatrische patiënten.²

De keuze voor een benadering via familieverenigingen was ingegeven door de overweging dat deze weg vermoedelijk de minste bezwaren ten aanzien van de privacy-bescherming en dus deelname aan het onderzoek zou opleveren. Dat de uitkomsten van het onderzoek hierdoor niet generaliseerbaar zouden zijn voor 'alle' familieleden en andere relaties – niet iedereen met een psychiatrische patiënt in de familie- of vriendenkring wordt lid van een familievereniging – is voor lief genomen. Ook andere wijzen van werving (bv. via de psychiatrische patiënten zelf, via hulpverlenende instellingen of via bevolkingsonderzoek) zouden maar beperkt generaliseerbare gegevens opleveren. Van deze wijzen is bovendien bekend dat zij zeer moeizaam verlopen én weinig respons opleveren. Van de vele bezwaarlijke methoden is dus de eenvoudigste gekozen.³ Deze bood bovendien de mogelijkheid om de diverse onderdelen van de vragenlijsten voor te leggen aan de vertegenwoordigers van de familieverenigingen en met hen te overleggen over wijze van vraagstelling en relevantie van de onderwerpen. Op verzoek van deze vertegenwoordigers zijn in de lijst ook enkele vragen opgenomen over duur en betekenis van het lidmaatschap van de familievereniging zelf.

Voor de enquête was een grotendeels geslotenvragenlijst opgesteld, met daarin onder meer de volgende onderdelen:

- Achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, arbeidsmarktpositie, enz.) van het familielid of goede vriend, over wie de respondent de vragenlijst heeft ingevuld.
- Informatie over de soort stoornis en mogelijke comorbiditeit.
- Inspanningen van de respondent (zowel materieel als immaterieel) ten behoeve van het betrokken familielid of vriend en de daardoor ervaren belasting.
- Opvattingen over het gevoerde en voorgenomen beleid in de geestelijke gezondheidszorg.
- Achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat, arbeidsmarktpositie, inkomen, enz.) van de respondent zelf.⁴

De vragen naar de inspanningen van de respondent zijn voor een groot deel gebaseerd op de Betrokkenen Evaluatieschaal (BES), zoals deze is ontwikkeld door de Universiteit van Amsterdam (zie o.m. Van Wijngaarden et al. 1996). Omdat het onderzoek naar draagvlak en draagkracht niet was gericht op het ontwikkelen en valideren van een schaal om de belasting te meten, is op sommige onderdelen afgeweken van de vragenlijst voor deze BES. Zo zijn enkele items die voor dit onderzoek van belang werden geacht toegevoegd en andere minder relevant geachte juist weer weggelaten. Ook zijn de vragen in een andere volgorde gesteld en soms anders geformuleerd. Het onderzoek van Kerseboom naar de belasting van de omgeving van chronisch psychiatrische patiënten en de invloed daarop van de woonsituatie van de cliënt zelf heeft eveneens gefungeerd als een belangrijke inspiratiebron voor dit onderdeel. Ook uit de vragenlijst voor dit onderzoek zijn enkele items, al of niet met aangepaste formulering of antwoordmogelijkheden overgenomen (zie Kerseboom 1997).

Nadat overeenstemming was bereikt over de vragenlijst zijn vervolgens 2 x 1000 pakketten met deze lijst plus antwoordenvolop en aanbevelingsbrieven (van zowel de betrokken vereniging als van het Sociaal en Cultureel Planbureau) opgestuurd naar de landelijke kantoren van de beide familieverenigingen. Deze pakketten zijn van daaruit verstuurd naar alleen bij de verenigingen zelf bekende adressen. Deze adressen waren, op instructies van de auteur, aselekt getrokken uit op alfabetische volgorde opgestelde leden- en donateursbestanden van de beide verenigingen. Ook de rappelbrief is, een maand na het verzenden van de vragenlijsten, via de landelijke kantoren verstuurd. Deelname aan het onderzoek is dan ook met een zo groot mogelijke anonimiteit omringd. De gegevensverzameling heeft plaatsgevonden in het voorjaar van 1999.

Van de uitgezette vragenlijsten zijn er 938 tijdig ingevuld en geretourneerd, wat resulteert in een respons van 47%.⁵ Of degenen die deelgenomen hebben aan het onderzoek geheel representatief zijn voor het ledenbestand van de beide verenigingen kan, in verband met de hiervoor al gemelde anonimiteit, niet met zekerheid worden vastgesteld. Uit de hierna te beschrijven achtergrondkenmerken van de respondenten kan echter wel worden afgeleid dat de deelnemers een redelijk afspiegeling vormen van de beide familieverenigingen. Deze bestaan namelijk voor het grootste deel uit vrouwelijke verwanten van mensen met psychische problemen, die relatief vaker tot de hogere sociaal-economische groepen behoren.⁶

Achtergrondkenmerken van de respondenten

Onder de deelnemers aan het onderzoek zijn de vrouwen met bijna driekwart (73,4%) ruim oververtegenwoordigd. Een dergelijke oververtegenwoordiging geldt ook voor de relatie van de respondent tot de psychiatrische patiënt: in 64% van de gevallen ging het om een ouder. 14% was de partner van de patiënt, 9% was een kind en 8% een broer of zuster. De mannen die aan het onderzoek hebben meegedaan, waren naar verhouding vaker de partner of een (goede) vriend of anderszins een bekende van de psychiatrische patiënt (tabel 11.1).

Tabel 11.1 Geslacht van de respondenten, naar soort relatie tot de psychiatrische patiënt (in procenten)^a

	vrouw	man
partner	64	36
(stief)ouder	85	15
(stief)kind	75	26
broer of zuster	76	24
overige relatievormen	63	37
totaal	73	27

a De verschillen zijn significant, $p < 0,005$.

Bron: SCP (FPP'99)

Overigens is degene die de vragenlijst heeft ingevuld niet altijd ook degene met wie de psychiatrische patiënt het meest contact onderhoudt of die de meeste verantwoordelijkheid voor de zorg heeft. Ongeveer de helft van de respondenten zegt de zorg te delen met andere, al of niet professionele, verzorgers. Maar ook onder de belangrijkste, of primaire, verzorgers vormen de vrouwen en daaronder de moeders, een ruime meerderheid.

De oververtegenwoordiging van vrouwen en daarbinnen dan weer vooral moeders, is niet specifiek voor dit onderzoek. Uit ander onderzoek naar de informele zorg – aan zowel psychiatrische patiënten als mensen die om andere redenen zorg behoeven – komt naar voren dat het, ongeacht de aard van de aandoening, vooral de vrouwelijke familieleden zijn die het vaakst en het intensiefst bij deze zorg zijn betrokken. Grofweg blijken twee keer zoveel vrouwen als mannen actief betrokken te zijn bij de informele zorg. En als mannen deze zorg bieden, dan is het vooral aan hun partner (Schene en Van Wijngaarden 1993, Schene en Van Wijngaarden 1994; De Boer et al. 1994; Duijnsteet et al. 1994).⁷

Het grootste deel van de verzorgers is van middelbare leeftijd: meer dan de helft van hen is ouder dan 52 jaar. Slechts 2% van hen is jonger dan 25 jaar. De gemiddelde leeftijd bedraagt 53 jaar.

Van de respondenten is de overgrote meerderheid, bijna 70%, gehuwd; 22% is gescheiden of verweduwd. Een eveneens ruime meerderheid vormt met een of meer anderen samen een huishouden, slechts 23% woont alleen (tabel 11.2).

Tabel 11.2 Burgerlijke staat en huishoudenssamenstelling respondenten (in procenten)

burgerlijke staat	ongehuwd	9
	gehuwd/duurzaam samenwonend	70
	gescheiden	15
	verweduwd	7
huishoudenssamenstelling	eenpersoonshuishouden	23
	tweepersoons- of gezinshuishouden	73
	overige meerpersoonshuishoudens	3

Bron: SCP (FPP'99)

37% van de respondenten heeft een opleiding op het niveau van hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs. Dit percentage is hoger dan dat voor de Nederlandse bevolking tussen de 14 en 65 jaar, waarvan 22% een opleiding op dit niveau heeft (SCP 1999). Ook het lage percentage met alleen lager onderwijs (5% versus 13% voor de bevolking) wijst erop dat de deelnemers aan het onderzoek gemiddeld hoger opgeleid zijn dan de doorsnee Nederlander.

Gezien het hoge percentage vrouwen is het niet verwonderlijk dat ruim een derde onder hen opgaf de huishoudvoering als belangrijkste dagelijkse bezigheid te hebben. Bijna de helft heeft betaalde werkzaamheden buitenshuis, hetzij in loondienst, hetzij als zelfstandige. In ruim 70% van de gevallen ging het daarbij om betrekkingen van meer dan 20% per week. Een op de tien is arbeidsongeschikt, wat in vergelijking met het percentage arbeidsongeschikten in de Nederlands bevolking in totaal (14%) aan de lage kant is.

Een derde van de respondenten is (tevens) actief in het vrijwilligerswerk, in de meeste gevallen voor niet meer dan een halve dag per week.

Ook qua inkomensniveau blijken de deelnemers aan het onderzoek naar verhouding vaak tot de midden- en hogere sociaal-economische groepen te behoren. Waar van de Nederlandse huishoudens in totaal 48% over een netto-inkomen tussen de 2.500 gulden en 5.500 gulden per maand kan beschikken, is dit in dit onderzoek bij 58% van de respondenten het geval.

De percentages voor de deelnemers aan het familieonderzoek zijn zowel aan de boven- als aan de onderkant van de 'inkomensladder' lager dan die voor de Nederlandse bevolking in zijn geheel (tabel 11.3).⁸

Tabel 11.3 Nettomaandinkomen huishouden respondenten familieonderzoek respectievelijk bevolkingsonderzoek (in procenten van het totaal)

	familieonderzoek	algemeen bevolkingsonderzoek
< 1.500 gulden	9	12
1.500–2.500 gulden	18	22
2.500–3.500 gulden	23	19
3.500–4.500 gulden	18	17
4.500–5.500 gulden	17	12
> 5.500 gulden	16	18
(n)	(779)	(8233)

Bron: FPP'99, AVO'95

Zowel voor wat betreft opleidingsniveau, de participatie op de arbeidsmarkt als de hoogte van het maandinkomen wijken de onderzochte verzorgers van psychiatrische patiënten af van de informele verzorgers die in ander onderzoek beschreven worden (zie bv. De Boer et al. 1994: 123 ev.). De deelnemers aan dit onderzoek zijn naar verhouding vaker hoger opgeleid, hebben vaker betaald werk en genieten – wellicht daarmee samenhangend – een hoger inkomen. Deze verschillen kunnen hoogstwaarschijnlijk

worden verklaard uit de wijze waarop deze deelnemers zijn geworven. Het gaat immers om een steekproef onder leden van belangenbehartigingsverenigingen, familieleden dus die zich hebben georganiseerd en actief naar informatie en onderlinge steun zoeken. Dergelijke gedragspatronen worden vaker vertoond door leden van de hogere sociaal economische klassen (Nas et al. 1997:123; Dekker 1999: 83). Dit betekent wel dat de hier beschreven achtergrondkenmerken niet zonder meer generaliseerbaar zijn voor alle (verzorgende) familieleden van psychiatrische patiënten.

Voor 47% van de respondenten was het psychisch zieke familielid waarop de overige vragen in het onderzoek betrekking hadden, niet de enige in hun directe omgeving die met ernstige psychische problemen te kampen had. De helft van hen kende nóg een familielid met dergelijke problemen. En meer dan een kwart (dus ongeveer 11% van het totaal) gaf op binnen de familie- en vriendenkring nog minstens drie mensen met psychische problemen te kennen.⁹

Achtergrondkenmerken van de psychiatrische patiënten¹⁰

Voor het onderzoek is gevraagd dat in geval er in de familie- of vriendenkring meer personen te kampen hebben met (langdurige) psychische problematiek, de vragen in de lijst op slechts een van dezen betrekking te laten hebben. Het aantal psychiatrische patiënten over wie gegevens zijn verzameld, is dus even hoog als het aantal respondenten: 938.

Binnen de groep psychiatrische patiënten waarop dit onderzoek betrekking heeft, zijn de mannen met 59% iets oververtegenwoordigd. Bijna driekwart (72%) is tussen de 25 en 54 jaar oud, met daarbinnen een oververtegenwoordiging van de 25-34-jarigen; de gemiddelde leeftijd van deze populatie bedraagt 37 jaar.

22% van de patiënten maakte permanent deel uit van hetzelfde huishouden als degene die de vragenlijst had ingevuld. Voor nog eens 7% gold dat zij momenteel wel tot hetzelfde huishouden hoorden, maar dat dat in principe tijdelijk zou zijn. Een ruime meerderheid van de patiënten (66%) is ongehuwd; 72% van hen hoort niet tot hetzelfde huishouden als de respondent. 22% is gehuwd of woont duurzaam samen; van hen woont de helft in hetzelfde huishouden als de respondent.

Het opleidingsniveau van de patiënten is heel wat lager dan dat van hun relaties. Een vergelijking met de gegevens over de Nederlandse bevolking leert ook dat het gemiddelde opleidingsniveau aan de lage kant is. 20% had een opleiding op lbo-niveau en 13% had alleen lager onderwijs genoten. Een uitzondering daarop vormt echter het percentage (7%) met een (afgeronde) opleiding op academisch niveau; dat ligt naar verhouding zelf iets hoger dan dat van de totale Nederlandse bevolking (tabel 11.4). Het invaliderende effect van een (langdurige) psychische stoornis mag dan naar verhouding nog niet zo veel invloed hebben op de opleiding, het laat zich terdege gelden in de arbeidsmarktparticipatie. Zo blijkt slechts 17% van de patiënten in staat tot het verrichten van loonvormende arbeid en wordt van 64% opgegeven dat hij of zij (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is (tabel 11.4).

Tabel 11.4 Opleidingsniveau en dagelijkse bezigheden psychiatrische patiënten uit onderzoekspopulatie (in procenten)

opleidingsniveau:	alleen lager onderwijs	13
	lts/vbo/lhno/leao	20
	mulo/mavo/hbs/mms/vwo	37
	mdgo/meao/mts/mbo	12
	hbo	10
	wo	7
	onbekend	2
	dagelijkse bezigheden: ^a	werkzaam in loondienst
zelfstandig werkzaam met inkomen		3
studerend		6
werkzaam in huishouden		17
gepensioneerd		3
werkloos		17
arbeidsongeschikt		64
onbekend		2

a Er waren meer antwoorden mogelijk, dus het totale percentage is hoger dan 100%.

Bron: SCP (FPP'99)

Van degenen die betaalde werkzaamheden verrichten, doet ongeveer een kwart dat voor een tot tweeënhalve dag per week, 7% werkt maximaal een dag.

Van de totale groep is ongeveer een op de vijf actief in het vrijwilligerswerk; een kwart van hen voor zo'n halve tot een hele dag per week en nog eens een kwart voor een tot twee dagen (gemiddeld voor alle vrijwilligers: 10 uur per week).

Bij 43% van de bij dit onderzoek betrokken patiënten was de diagnose 'schizofrenie' vastgesteld, 18% leed aan een borderlinestoornis en 16% had te kampen met een stemmingsstoornis (depressie of bipolaire stoornis). Bij 60% van de patiënten was sprake van enige vorm van comorbiditeit, vooral (29%) lichamelijke klachten of handicaps. Bij 6% gingen de psychische stoornissen gepaard met een verstandelijke handicap, terwijl alcohol- en drugsverslaving bij elk 8% van de patiënten voorkwamen. Een dubbele verslaving kwam relatief vaak voor: 17% van alle psychiatrische patiënten met een verslavingsprobleem was zowel drugs- als alcoholverslaafd.

Bij driekwart van de patiënten is het al meer dan vijf jaar geleden dat duidelijk werd dat zij te kampen hadden met (ernstige) psychische problematiek, bij ruim 40% zelfs al langer dan tien jaar geleden.¹¹ Voor slechts 3% geldt dat de problemen van recente aard zijn, dat wil zeggen minder dan één jaar geleden zijn begonnen. Bij de helft van de patiënten is tussen het moment waarop de problemen begonnen en dat waarop de vragenlijst is ingevuld, minstens een keer sprake geweest van een gedwongen opname. In de meeste gevallen (50% van degenen die ooit gedwongen zijn opgenomen) is het bij een keer gebleven, ongeveer een kwart heeft twee keer een gedwongen opname meegemaakt en bij de overigen was drie keer of vaker dwang bij een opname noodzakelijk.

Bijna de helft (43%) van de psychiatrische patiënten uit dit onderzoek woonde in de vier weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst zelfstandig, een klein kwart (23%) woonde bij de respondent, 13% was opgenomen in een intramurale voorziening voor geestelijke gezondheidszorg en 10% was woonachtig in een beschermde woonvorm. In 4% van de gevallen wist de respondent niet waar de patiënt in de betrokken periode gewoond had (tabel 11.5).

Tabel 11.5 Woonsituatie psychiatrisch patiënt gedurende vier weken voorafgaand aan onderzoek (in procenten)

zelfstandig	43
bij respondent	23
bij (andere) familie of vrienden van de patiënt	3
in beschermde woonvorm	10
in intramurale voorziening voor GGZ	13
anders (incl. huis van bewaring)	4
onbekend	4

Bron: SCP (FPP'99)

De woonsituatie van de betrokkenen blijkt slechts in sommige gevallen samen te hangen met de soort stoornis. Zo zijn mensen met schizofrenie beduidend vaker woonachtig in een beschermde woonvorm en, zij het in mindere mate, in een intramurale voorziening voor geestelijke gezondheidszorg (in beide voorzieningen 16% van degenen met deze stoornis). Mensen met een manisch-depressieve stoornis wonen met 55% significant vaker in een zelfstandig huishouden.

De woonsituatie hangt, uiteraard, wel samen met de mate waarin de respondent en de betrokken patiënt contact met elkaar hebben. Als 23% van de deelnemers aan het onderzoek opgeeft dat de patiënt in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek bij hem of haar in huis woonde, hoeft het niet te verwonderen dat 25% van hen tevens aangeeft in die periode gemiddeld 17 uur of meer per week contact gehad te hebben. Het hoefde hierbij overigens niet altijd om face-to-facecontact te gaan, in de lijst werd naar persoonlijk of telefonisch contact gevraagd. 26% had in die periode helemaal geen of maximaal 1 uur per week dergelijk contact gehad en bij 27% ging het om gemiddeld 1 tot 4 uur per week.¹²

Volgens 70% van de respondenten was hij- of zijzelf degene met wie de patiënt het meest contact had gehad. Uit een overzicht van de contactfrequentie met de diverse andere (mogelijke) leden van het sociale netwerk blijkt verder dat behalve de respondent ook diens partner (indien aanwezig) en de partner van de patiënt zelf (indien aanwezig) de belangrijkste bronnen van sociaal contact zijn. Opvallend is verder de relatief lage contactfrequentie met de kinderen van de patiënt en met diens eigen vrienden en burens (tabel 11.6).

Tabel 11.6 Contacten met diverse leden van het sociaal netwerk (in procenten)

	nooit	soms	regelmatig	vaak	zeer vaak	niet van toepassing
met partner van respondent	9	24	29	14	25	19
met partner van patiënt zelf	9	10	21	11	50	51
met (schoon)kinderen van respondent	9	37	35	9	10	15
met (schoon)kinderen van patiënt zelf	22	23	30	11	17	61
met familieleden van respondent	23	50	20	5	2	5
met familieleden van patiënt zelf	18	51	21	6	4	17
vrienden/buren van respondent	45	39	12	3	1	17
vrienden/buren van patiënt zelf	21	39	29	7	4	13

Bron: SCP (FPP'99)

Gegeven deze geringe contactfrequentie met andere mensen, behalve de belangrijkste verzorger en diens eventuele partner, is het dan ook niet verwonderlijk dat voor bijna de helft van de betrokken patiënten de informele contacten zich in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek hebben beperkt tot maximaal vijf personen.¹³ Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met die uit onderzoek naar de omvang van het sociale netwerk van mensen met langdurige psychische problemen. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat psychiatrische patiënten niet alleen over een veel kleiner sociaal netwerk beschikken, maar ook dat de informele relaties hierbinnen zich vooral beperken tot die binnen de eigen familiekring (Baars 1994). Zoals dat ook bij mensen met een somatische chronische aandoening het geval is, lijkt het te kampen hebben met langdurige psychische problematiek te resulteren in de inkrimping van het persoonlijke netwerk. Afgezien van een grotere sociale kwetsbaarheid zal deze geringe omvang van het netwerk er voor een deel van de patiënten wellicht ook toe bijdragen dat de psychische problematiek wordt verzwaard, omdat zij zich eenzaam voelen. Onderzoek naar eenzaamheidsproblematiek leert immers dat mensen die over een klein persoonlijk netwerk kunnen beschikken zich sneller eenzaam voelen en in het algemeen meer psychosociale en emotionele problemen ervaren (Van Tilburg 1990).¹⁴

De uitkomsten wijzen erop dat de het onderzoek betrekking heeft gehad op de zorgverlening aan een groep mensen met ernstige en langdurige stoornissen, die hun leven diepgaand beïnvloed hebben. Het is bovendien een groep mensen die door de geringe omvang van hun persoonlijke netwerk, op weinig mensen een beroep kunnen doen. Uit onderzoek naar de informele zorgverlening aan mensen met ernstige of langdurige somatische beperkingen is bekend dat de belasting ten gevolge van deze zorgverlening het zwaarst is voor degenen die deze niet met anderen kunnen delen (De Boer et al. 1994: 156).

Hierna zal worden beschreven hoe zwaar de zorg voor mensen met psychische problemen de draagkracht van de leden van het persoonlijke netwerk belast en welke mogelijkheden zij hebben en benutten om deze draagkracht te vergroten. Daaraan voorafgaand zal in de volgende paragraaf echter eerst worden ingegaan op het draagvlak onder de leden van *dit* netwerk voor het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid.

11.3 Draagvlak – de meningen over het beleid

Juist de relatief beperkte omvang van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënt maakt het van belang dat de leden van dit netwerk instemmen met het in de geestelijke gezondheidszorg gevoerde beleid. Zij zijn nu eenmaal de enigen bij wie de patiënt terecht kan voor niet-formele hulp, met name bij de dagelijkse opvang en begeleiding. Diverse berichten in de media doen echter vermoeden dat de familieleden van de patiënten op zijn zachtst gezegd niet onverdeeld enthousiast zijn over de richting die in het geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt gekozen. Vooral de invoering van de Wet bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) – waarin is bepaald dat gedwongen opnames alleen mogelijk zijn als de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen – heeft met name bij de naaste familieleden veel weerstand opgeroepen. Zij hebben ervaren dat ten gevolge van deze wet hun psychisch zieke naaste langer van de benodigde psychiatrische hulp verstoken blijft en daardoor in ernstigere problemen komt dan bij tijdige opname het geval geweest zou zijn. De familieleden zelf zijn niet altijd in staat om deze problemen op te lossen, zij zeggen daartoe ook niet altijd bereid te zijn en voelen zich niet zelden door politiek en hulpverlening in de steek gelaten (Ypsilon 1998).

Een rigoureuze afwijzing van het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid, zoals deze berichten zouden kunnen doen vermoeden, zou betekenen dat een belangrijke pijler onder dit beleid feitelijk ontbreekt. Als de leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënten inderdaad niet bereid zijn de eerste opvang en steun te bieden, lijkt een belangrijke voorwaarde voor het kunnen realiseren van het vermaatschappelijkingsbeleid niet vervuld te worden. Voor het doorvoeren van de beleidsvoornemens is het dus van belang te weten hoe sterk hiervoor het draagvlak bij de familieleden en vrienden is.

Uitgangspunten voor beleid

Zoals in het actorenonderzoek is gedaan, is ook in dit 'familieonderzoek' het draagvlak voor het beleid in eerste instantie gemeten door te vragen naar de mate waarin kon worden ingestemd met een aantal uitgangspunten die aan het huidige beleid ten grondslag liggen. Met nadruk zij echter gewezen op het gebruik van de uitdrukking 'in eerste instantie'. Ook nu geldt immers dat meningen over beleid – in casu de attitudes – wel iets, maar niet alles zeggen over het draagvlak voor dit beleid. Informatie over sterkte of zwakte van dit draagvlak kan ook afgeleid worden uit daadwerkelijk vertoond gedrag, mits hiervoor vrijwillig is gekozen (zie hfst. 3, § 3.2). De uitkomsten over de via dit attitudeonderzoek gemeten sterkte van het draagvlak bij leden van het persoonlijk netwerk van mensen met psychische problemen, kunnen dan ook niet los worden gezien van de informatie die het onderzoek naar hun feitelijk gedrag heeft opgeleverd.

De respondenten uit het familieonderzoek zijn grotendeels dezelfde uitspraken over het beleid voorgelegd als de deelnemers aan het actorenonderzoek (zie hfst. 7, § 7.2). De uitspraken over de bestuurlijke vormgeving van het geestelijke gezondheidszorgbeleid zijn echter weggelaten, omdat niet aannemelijk werd geacht dat men zich hierover een mening zouden hebben gevormd. In plaats daarvan is een uitspraak over de mogelijkheden van psychiatrische patiënten tot het leiden van een zelfstandig leven opgenomen.

Het behoeft verder natuurlijk geen betoog dat de uitgangspunten – ondanks dezelfde formulering – voor de leden van het persoonlijke netwerk een heel andere betekenis hebben dan voor die van de beleidsnetwerken. Zo zal de invoering van het persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg voor de familieleden en vrienden heel andere gevolgen met zich mee brengen dan voor de aanbieders van professionele hulp. Het persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg mag namelijk alleen aangewend worden voor begeleiding, niet voor behandeling. De eerste ervaringen met het budget, dat nu op experimentele basis in een beperkt aantal regio's is aan te vragen, leren ook dat het budget vooral besteed wordt aan de 'inkoop' van emotionele begeleiding ('beetje kletsen') en hulp bij het wonen, in casu de huishoudvoering (Ramakers en Van Wijngaart 1998; Kerseboom en Geelen 1999). Dit zijn juist de terreinen waarop ook de familieleden een belangrijke rol blijken te vervullen. De aanvragen blijken dan ook deels gedaan te zijn om de familieleden of partner enigszins te ontlasten. Daarvoor wordt dan, tot nu toe, vooral een beroep gedaan op medewerkers van de geestelijke gezondheidszorg of van vrijwilligersorganisaties. De mogelijke landelijke invoering van een persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg zal voor de informele verzorgers in deze sector dan ook vooral betekenen dat hun eigen belasting hiermee verminderd zou worden.

Ook het uitgangspunt dat psychiatrische patiënten met hun problemen in eerste instantie bij hun familieleden terecht moeten kunnen, heeft voor de professionele hulpverleners een geheel andere consequentie dan voor de bieders van informele zorg. De verantwoordelijkheid voor de eerste, en ook belangrijkste opvang, wordt nu in handen van de laatste gelegd en daarmee als het ware uit de handen van de eerste weggenomen.

Mate van instemming

Uit de antwoorden kan worden afgeleid dat de meesten het beleid niet rigoureuus afwijzen. Anderzijds wordt het beleid ook niet enthousiast omarmd. Men is het er op zijn best mee eens, maar vaker is het toch een neutraal 'niet mee eens, maar ook niet mee oneens' of acht men zichzelf (nog) niet in staat hierover een mening te hebben. De meeste instemming kreeg de uitspraak dat iemand met psychiatrische problemen het best geholpen is door deze in staat te stellen een zo gewoon mogelijk leven te leiden (gemiddelde score 3,8, tabel 11.7). Dat dit niet automatisch inhoudt dat men vindt dat alle mensen met psychiatrische problemen dan ook in staat zijn zelfstandig te wonen, blijkt uit de lage gemiddelde score voor dit item: 1,9. Uit het antwoordenpatroon blijkt eveneens dat de invoering van het persoonsgebonden budget voor een groot deel van de verzorgers (een vijfde) nog een te onbekend fenomeen is om hierover een mening te kunnen hebben. Degenen die er wel een mening over hadden, waren in meerderheid (gematigd) positief. De stelling dat mensen met psychiatrische problemen in eerste instantie bij hun familie terecht moeten kunnen, kan bij de familie zelf op een neutrale ontvangst rekenen. Dat de zorg dan ook het beste bij deze patiënt thuis kan worden gegeven, is voor de meerderheid echter op zijn minst twijfelachtig (tabel 11.7).¹⁶

Tabel 11.7 Mate van instemming onder leden persoonlijke netwerk psychiatrische patiënten, met uitgangspunten voor gewenste beleidsontwikkelingen in geestelijke gezondheidszorg (in procenten)

	sterk		niet eens/			gemiddeld	weet niet
	oneens	oneens	niet oneens	eens	sterk eens		
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	9	13	27	32	9	3,2	9
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	16	29	28	18	4	2,6	5
- in principe is iedere persoon met psychische problemen in staat om zelfstandig te wonen	34	39	14	6	1	1,9	6
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	13	23	21	35	7	3,0	3
- iemand met psychische problemen is het best geholpen door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	3	5	16	59	13	3,8	4
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	10	21	19	35	12	3,2	4
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	12	12	11	31	14	3,3	20

Bron: SCP (FPP'99)

Ook bij de leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënten blijkt het draagvlak voor de meer algemene uitgangspunten van het geestelijke gezondheidszorg-beleid, met name waar het de 'normalisatie' van de patiënt betreft, redelijk stevig. Men wordt echter terughoudender als het gaat om de concrete uitwerking van dit beleid. Deze terughoudendheid is nog het minst als het om de eigen rol gaat en neemt snel toe waar het de gewenste zelfstandigheid en redzaamheid van psychiatrische patiënten betreft.¹⁵

Steun voor het beleid

De items uit het vragenblok over het draagvlak voor het beleid bleken onderling goed schaalbaar (*alpha voor reliability* > 0,7), zodat zij tezamen in een schaal voor dit draagvlak konden worden opgenomen. Uit de waarden van die schaal bleek opnieuw dat het beleid geen extreme instemming of afkeuring oproept. De grote meerderheid blijkt voor, noch tegen te zijn; van degenen met een iets uitgesprokener mening waren de voorstanders wel ruim in de meerderheid (tabel 11.8).

Tabel 11.8 Mate van instemming onder leden van persoonlijk netwerk van psychiatrische patiënten, met gevoerde dan wel voorgenomen geestelijke gezondheidszorgbeleid (in procenten)

sterk mee oneens	2
oneens	14
niet eens/niet oneens	44
mee eens	37
sterk mee eens	3

Bron: SCP (FPP'99)

Uit nadere analyses blijkt verder dat de mate waarin men instemt met het gevoerde beleid niet samen lijkt te hangen met kenmerken van de respondent, noch met die van het betrokken familielid of de belasting (materieel of immaterieel) die de zorg of verantwoordelijkheid voor een psychiatrisch patiënt met zich meebrengt.

11.4 Draagkracht – de belasting door de zorg en de mogelijkheid om daarmee om te gaan

Bij de begripsomschrijving in hoofdstuk 3 (§ 3.2) is uiteengezet dat aan het begrip draagkracht twee aspecten zijn te onderscheiden, te weten een materiële en een immateriële. Het materiële aspect heeft, waar het de sociale draagkracht betreft, daarbij dan betrekking op de mate waarin de leden van het sociale netwerk rond de psychiatrische patiënt over tijd en geld kunnen beschikken om de patiënt indien nodig te helpen of te ondersteunen. Het immateriële aspect, dat feitelijk een belangrijker onderdeel uitmaakt van de sociale draagkracht, wordt bepaald door de mogelijkheden van het sociale netwerk om om te gaan met mensen die, in meer of mindere mate, afwijkend gedrag kunnen vertonen.

In het onderzoek onder de leden van het persoonlijke netwerk rond de psychiatrische patiënt is geprobeerd om ten aanzien van zowel het materiële als het immateriële aspect, de sterkte van de sociale draagkracht in kaart te brengen. Daarvoor is eerst onderzocht hoe groot de materiële en de immateriële belasting eigenlijk zijn en vervolgens is gevraagd of en op welke manier met deze belasting kon worden omgegaan. In deze paragraaf zullen, per aspect van de sociale draagkracht, de uitkomsten worden besproken.

11.4.1 Materiële belasting en draagkracht in tijd en geld

Noodzaak tot hulp

Om inzicht te krijgen in de materiële belasting die de zorg of verantwoordelijkheid voor een psychische ziekte naaste met zich kan meebrengen, is gevraagd aan te geven of en hoe vaak zij de betrokken patiënt hebben moeten aansporen tot het verrichten van dagelijkse handelingen, zoals huishoudvoering, persoonlijke verzorging of het onderhouden van sociale contacten. De mate waarin dit aansporen nodig is, loopt (zoals te verwachten is) per handeling uiteen. Uit de gegevens blijkt overigens wel dat het merendeel van de psychiatrische patiënten om wie het hier gaat (vrijwel) nooit hoeft te worden aangespoord om bijvoorbeeld zichzelf te verzorgen of de deur uit te gaan om boodschappen te doen. Handelingen waartoe men naar verhouding het vaakst aangespoord moet worden, zijn (zelf) de huishouding doen en het leggen en onderhouden van sociale contacten (tabel 11.9).

Soms is aansporen niet genoeg en moet daadwerkelijk geholpen worden. Daarom is ook nagegaan óf en in hoeverre de psychiatrische patiënt in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek ook geholpen moest worden bij het verrichten van deze dagelijkse handelingen. Uit de antwoorden blijkt dat meer dan de helft van de patiënten in die periode nooit hulp nodig had gehad en dat voor hooguit 16% in die periode vaak tot (bijna) altijd hulp noodzakelijk was geweest. Deze hulp was naar verhouding het vaakst nodig bij het zorgen voor voldoende/gezond eten en bij de huishouding. Opvallend was dat 85% van de patiënten nooit hulp nodig had gehad bij het zichzelf verzorgen en dat slechts 2% hierbij vaak tot altijd geholpen moest worden (tabel 11.9). Deze uitkomsten wijzen erop dat psychische problematiek – in tegenstelling tot het beeld dat hierover blijkt te bestaan (zie verder hfst. 12) – niet per definitie leidt tot zelfverwaarlozing en verloedering. Voor een meerderheid van de psychiatrische patiënten vormt de verzorging van het eigen lichaam een vanzelfsprekend onderdeel van de dagelijkse activiteiten.

Tabel 11.9 Noodzaak tot aansporen tot en daadwerkelijke hulp bij verrichten dagelijkse handelingen (in procenten)

	aansporen						daadwerkelijke hulp					
	nooit	soms	regel- matig	vaak	(bijna) altijd	gemid- deld	nooit	soms	regel- matig	vaak	(bijna) altijd	gemid- deld
zichzelf verzorgen	56	23	11	5	5	1,8	85	9	4	1	1	1,3
voldoende gezond eten/koken	44	26	18	8	5	2,0	55	18	10	10	6	1,9
huishouden doen	42	26	18	7	7	2,1	56	20	12	4	7	1,9
deur uitgaan voor boodschappen enz. contacten leggen	46	26	16	8	4	2,0	54	26	13	4	4	1,8
met anderen	41	30	16	8	5	2,1	56	28	9	3	3	1,7

Bron: SCP (FPP'99)

Zowel de items voor noodzaak tot aansporing als die voor daadwerkelijke hulp, bleken onderling goed te schalen (*alpha's voor reliability* > 0,8), zodat voor beide facetten van de vraag om hulp een schaal kon worden opgesteld.

De mate waarin 'aansporing' en 'daadwerkelijke hulp' nodig waren, blijkt maar tot op zekere hoogte samen te hangen met de soort stoornis waarmee de patiënt te kampen heeft. Vooral mensen met een angststoornis blijken significant vaker te moeten worden aangespoord en geholpen. Verder was aansporing vaker nodig bij mensen met een borderlinestoornis; deze aansporing was merkbaar voldoende, want zij hadden verder niet vaker dan gemiddeld hulp nodig.

Uit de berekeningen bleek verder – niet verwonderlijk – dat de woonsituatie sterke samenhang vertoonde met de mate waarin aansporing of hulp nodig waren geweest. De patiënten die bij de respondenten in huis hadden gewoond in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek (43% van het totaal), hadden in die periode ook vaak aansporing of hulp nodig gehad. Degenen die zelfstandig woonden (23%) konden met significant minder aansporing of hulp toe. Opvallend was wel dat in het bijzonder

degenen die opgenomen waren in een intramurale voorziening (13%), niet alleen vaker dan gemiddeld door de respondenten moesten worden aangespoord, maar ook vaker daadwerkelijk door hen moesten worden geholpen (tabel 11.10). Blijkbaar is de 24-uurs-hulpverlening die in deze voorzieningen wordt geboden niet toereikend, in ieder geval niet volgens de informele verzorgers.

Tabel 11.10 Mate waarin aansporing of daadwerkelijke hulp nodig was bij het verrichten van dagelijkse handelingen, naar woonsituatie psychiatrische patiënt (in procenten)^a

	aansporen				daadwerkelijke hulp			
	nooit	soms	regelmatig	vaak tot bijna nooit	nooit	soms	regelmatig	altijd
zelfstandig	24	48	19	10	45	42	9	3
bij respondent	8	42	34	16	21	39	29	11
bij vrienden/familie	23	41	23	-b	60	28	-b	-b
RIBW	18	50	28	-b	50	38	9	-b
intramuraal	16	42	23	15	40	38	12	10
anders (incl. huis van bewaring)	47	31	19	-b	82	15	-b	-b
totaal	19	45	24	12	41	39	14	5

a De verschillen zijn significant, $p < 0,05$.

b Celvulling < 5.

Bron: SCP (FPP'99)

Extra tijd

In totaal blijkt dus iets meer dan de helft van de deelnemers aan het onderzoek, daadwerkelijk hulp te verlenen bij een of meer dagelijkse handelingen. Voor een deel van hen vraagt deze hulp een behoorlijke tijdsinvestering. 6% kon niet aangeven hoeveel tijd zij er in de vier weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst aan hadden besteed. Van de overigen bleek 40% er gemiddeld 1 tot 4 uur aan kwijt te zijn geweest en had ruim 20% minstens 9 uur per week van zijn tijd eraan gegeven. De informele zorg aan psychiatrische patiënten lijkt dus van de verzorgenden een behoorlijke tijdsinspanning te vragen. Zij komt ook daarin overeen met de zorg voor mensen met lichamelijke beperkingen, die eveneens een groot beroep doet op het tijdsbudget van de verzorgenden. Uit tijdsbestedingsonderzoek onder de Nederlandse bevolking blijkt bijvoorbeeld dat in de periode 1975-1995 de gemiddelde per week bestede tijd aan huisgenoten vrij constant zo'n 1,5 uur per week bedraagt (Van den Broek, Knulst en Niggebrugge 1997). Aan de zorg voor familieleden, die niet tot hetzelfde huishouden behoren, werd in die periode gemiddeld zo'n 3,5 uur per week besteed. Deze zorg werd in 1995 verleend door 21% respectievelijk 10% van de totale bevolking.

Uit meer specifiek onderzoek naar informele zorg aan mensen die in verband met somatische problemen langdurig zorg nodig hebben, komt echter ook naar voren dat ongeveer een kwart van de primaire of centrale verzorgers gemiddeld zo'n 20 tot 40 uur per week aan deze informele zorgverlening kwijt is (Duijnsteet et al. 1994; De

Boer et al. 1994; Kwekkeboom 1995, Timmermans 2001b: 61). Dit is meer dan het aantal uren zorg dat aan in het uiterste geval aan mensen met psychische problemen moet worden verleend. Het verschil wordt vermoedelijk veroorzaakt door de tijd benodigd voor de hulp bij persoonlijke verzorging, die – zoals hiervoor is gebleken – bij psychiatrische patiënten vrijwel nooit nodig is en bij mensen met lichamelijke beperkingen juist vrij vaak.

De hoeveelheid tijd die de zorgverlening had gevraagd, hing uiteraard sterk samen met de woonsituatie van de patiënt. Van degenen die bij de respondent in huis wonen (een kwart van alle patiënten), krijgt 22% meer dan 17 uur per week hulp. In de tabel valt verder op dat ook van degenen die zelfstandig wonen, alsmede van hen die in een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg woonachtig zijn, 40% tot 50% toch nog altijd 1 tot 4 uur per week hulp nodig lijken te hebben (tabel 11.11).

Tabel 11.11 Aantal uren bestede hulp per week in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek, naar woonsituatie psychiatrisch patiënt (in procenten)^{a, b}

	zelfstandig	bij respondent		intramurale voorziening		totaal
		RIBW				
minder dan 1 uur per week	28	15	36	21	24	
1-4 uur per week	41	34	48	52	40	
5-8 uur per week	17	15	13	11	16	
9-16 uur per week	7	14	– ^c	11	10	
meer dan 17 uur per week	7	22	–	– ^c	11	
(n)						(511)

a Vanwege de lage aantallen zijn de mogelijkheden 'bij vrienden' en 'anders' niet in deze tabel opgenomen.
b De verschillen zijn significant, $p < 0,05$.
c Celvulling < 5.

Bron: SCP (FPP'99)

De intensiteit van de zorgverlening is vrij constant; driekwart van de zorgverleners gaf aan dat zij in de desbetreffende periode van vier weken niet meer of minder uren aan hulp hadden besteed dan normaal. Voor 14% leken het zelfs vrij rustige weken te zijn geweest; normaal gesproken waren zij meer tijd kwijt.

In paragraaf 11.2 is al aangegeven dat een groot deel van de respondenten betaald werk had (47%) en/of actief was in de huishoudvoering (36%). Een derde van hen was (daarnaast) actief in het vrijwilligers werk. Vooral voor degenen die een dag per week of meer moeten besteden aan de praktische hulp van hun psychisch zieke familielid of vriend kan deze zorgverlening betekenen dat hun dagelijkse activiteiten in de knel komen. In de praktijk blijkt dit inderdaad ook zo te zijn. Van degenen die opgaven een halve tot hele dag kwijt te zijn geweest aan zorgverlening werd meer dan de helft hierdoor gehinderd in het verrichten van zijn of haar normale bezigheden. In de meeste gevallen ging het daarbij om een gedeeltelijke verhindering: men kon niet alles meer doen, maar nog wel een deel. Van degenen die zich genoodzaakt zagen twee of meer

dagen per week aan de zorgverlening te besteden, voelde meer dan driekwart zich hierdoor gehinderd in de uitvoering van de eigen dagelijkse bezigheden; 35% van hen voelde zich zelfs ernstig gehinderd.

Daar staat tegenover dat 47% van de gehele onderzoekspopulatie van mening was dat de zorgverlening hen in het geheel niet hinderde in de uitvoering van de eigen bezigheden; dit gold ook voor 23% van degenen die wel 17 uur of meer per week aan deze zorgverlening hadden moeten besteden. Ook bleek de mate waarin men zich wel of niet gehinderd voelde bij de dagelijkse werkzaamheden nauwelijks samen te hangen met de inhoud van deze werkzaamheden. Degenen die in loondienst werkzaam zijn, vormen hierop een uitzondering: zij lijken minder gehinderd door de zorgverlening dan de overigen. Zij waren dan ook ondervertegenwoordigd in de groepen die meer dan 8 uur per week hulp verlenen.

Een en ander wijst erop dat ook de informele hulpverleners van psychiatrische patiënten qua tijdsbesteding zo niet over draagkracht dan wel over veerkracht (moeten) kunnen beschikken.

Extra geld

Behalve extra tijd kost de zorg voor een psychiatrische patiënt voor veel familieleden en vrienden ook extra geld. In paragraaf 11.2 is al vermeld dat een kleine 30% van de ongehuwde patiënten permanent of tijdelijk het huishouden van de respondent deelt. Ongeveer driekwart van hen is ouder dan 20 jaar, een leeftijd waarop de meeste mensen aan een zelfstandig leven beginnen. Dit wijst erop zich al op dat mensen met psychiatrische problemen langer afhankelijk blijven van hun familieleden, in casu hun ouders of verzorgers. Dit zal vermoedelijk op zich al extra kosten voor levensonderhoud met zich meebrengen. Naar het bestaan van deze extra kosten is expliciet gevraagd, evenals naar kosten voor bijvoorbeeld hulpverlening, medicijnen, enzovoort. Ook is gevraagd naar mogelijke andere extra kosten die met de stoornis van de patiënt zouden kunnen samenhangen (bv. schulden of schade). Uit de antwoorden blijkt dat ongeveer een derde in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek totaal geen extra kosten had hoeven maken. Van de overigen had ruim een derde kosten moeten maken in verband met reiskosten om de betrokkene te kunnen bezoeken en uitgaven ten behoeve van onder meer het levensonderhoud. Voor een vijfde van de onderzochte familieleden had het bestedingsgedrag van de psychiatrisch patiënt ertoe geleid dat zij extra kosten hadden gehad. Minder dan een op de tien had (ook) extra geld uit moeten geven omdat de patiënt schade had aangericht. Deze uitkomst lijkt erop te wijzen dat het merendeel van de psychiatrische patiënten die, zij het indirect, in dit onderzoek betrokken waren, geen destructief gedrag vertoont.

Voor 47% van degenen die in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek dergelijke extra kosten hadden moeten maken, beliepen deze meer dan 200 gulden; voor 18% zelfs meer dan 500 gulden. Het laatste betrof met name die patiënten die in die periode zelfstandig woonden of bij de respondent dan wel bij vrienden/andere familie in huis (tabel 11.12).

Tabel 11.12 Totaal extra kosten in vier weken voorafgaand aan onderzoek, naar huisvestings situatie patiënt in die periode (in procenten)^a

	zelfstandig	bij respon- dent in huis	bij vrienden	RIBW	intramuraal	anders (incl. HvB)	totaal
< 100 gulden	24	23	27	42	23	50	27
100–200 gulden	29	18	20	30	29	– ^b	26
200–500 gulden	28	35	27	22	35	– ^b	30
500–1000 gulden	11	13	27	– ^b	10	– ^b	11
> 1000 gulden	8	11	–	– ^b	– ^b	– ^b	7

a De verschillen zijn significant, $p < 0,05$.
b Celvulling < 5.

Bron: SCP (FPP'99)

De hoogte van de extra uitgaven hing, uiteraard, sterk samen met de hoogte van het eigen inkomen van de respondent. Hoe meer men heeft, hoe meer men immers uit kan geven. Van degenen die een maandinkomen van meer dan 5.500 gulden hebben, had bijna een derde meer dan 500 gulden besteed aan uitgaven ten behoeve van het psychisch zieke familielid; voor nog geen 18% van hen waren de uitgaven onder de 100 gulden gebleven. Voor de even grote groep met een maandinkomen tussen de 1.000 gulden en 2.500 gulden lagen de verhoudingen juist andersom. 17% van hen had meer dan 500 gulden uit moeten geven en 22% minder dan 100 gulden. Voor bijna twee derde (64%) waren de uitgaven in de bedoelde periode niet hoger of lager dan anders; bijna een kwart (24%) echter gaf aan dat de opgegeven kosten voor de bedoelde vier weken hoger lagen dan normaal het geval was.

De extra kosten ten behoeve van de psychiatrische patiënt leverden voor driekwart van de verzorgers geen financiële problemen op, voor het overige kwart minstens af en toe. En hoewel de door de lagere inkomensgroepen opgegeven extra uitgaven naar verhouding aan de lage kant waren, zijn het toch vooral deze groepen die minstens af en toe in de financiële problemen komen.

Ook in financiële zin blijkt dus de materiële draagkracht van de leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënten in de meeste gevallen sterk genoeg te zijn om de belasting aan te kunnen. Dit neemt niet weg dat deze belasting in sommige gevallen aanzienlijk is en dat deze bij een deel van de informele zorgverleners de draagkracht te boven gaat.

11.4.2 Immateriële belasting, behoefte aan en beschikbaarheid van emotionele steun

De immateriële belasting door de zorg voor een naaste met ernstige psychische problemen is gemeten door de vragen naar de mate waarin men zich genooddakt zag toezicht te houden op de psychiatrische patiënt, de mate waarin men zich zorgen maakt over hem of haar en naar de mate waarin de psychische problematiek de onderlinge relaties had beïnvloed.¹⁷

Noodzaak voor toezicht

Uit de antwoorden op de vraag of en zo ja, hoe vaak men toezicht had moeten houden op gedrag van de patiënt, kan afgeleid worden dat het merendeel van de patiënten nauwelijks een gevaar voor zichzelf vormt. Toezicht op gevaarlijk gedrag (buitenshuis of binnenshuis) of op mogelijke zelfbeschadiging is voor ruim 80% van de patiënten in dit onderzoek nooit nodig geweest. Het gaat dus in de meeste gevallen om patiënten die voor het grootste deel van de tijd in ieder geval geen gevaar voor zichzelf vormen. Er moest wel vaker in de gaten gehouden worden of zij hun medicijnen wel op tijd innemen of de afspraken met de hulpverleners nakomen, maar ook dit kon twee derde van de patiënten zelf wel af (tabel 11.13).

Tabel 11.13 Mate waarin in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek toezicht nodig was geweest, naar mogelijke redenen (in procenten en gemiddelde)

	nooit	soms	regelmatig	vaak (bijna)	altijd	gemiddeld
toezicht houden op innemen medicijnen	68	15	9	3	5	1,6
toezicht op nakomen afspraken met hulpverleners	64	18	11	3	5	1,7
toezicht op gevaarlijk gedrag in huis	79	13	4	2	2	1,3
toezicht op gevaarlijk gedrag buitenshuis	85	10	3	2	1	1,2
toezicht op middelengebruik	76	13	6	3	2	1,4
toezicht op zelfbeschadiging	82	10	4	3	2	1,3

Bron: SCP (FPP'99)

Ook de items voor het onderwerp 'toezicht' lieten zich onderling goed schalen (*alpha voor reliability* > .8), zodat zij tot een gezamenlijke schaal konden worden samengevoegd. Op deze schaal blijkt dat voor slechts 5% van alle psychiatrische patiënten uit dit onderzoek (bijna) altijd toezicht door de respondent nodig was geweest. Evenals bij de vorige onderwerpen is er een significante samenhang tussen de woon-situatie van de psychiatrische patiënt en de mate waarin toezicht noodzakelijk was. Dit toezicht was naar verhouding het meest gewenst bij degenen die bij de respondent in huis wonen. Overigens gaat het ook bij hen om niet meer dan ongeveer een kwart (in totaal 27%) dat regelmatig tot altijd in de gaten gehouden moest worden. Van degenen die zelfstandig wonen, was voor bijna 60% nooit toezicht nodig geweest. Van degenen die in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek voornamelijk in een intramurale voorziening hadden gewoond, had slechts 40% zonder toezicht door de respondent gekund; voor 48% van hen was soms toezicht nodig. Of hieruit moet worden afgeleid dat het toezicht door het personeel in de intramurale voorzieningen in de ogen van de respondent (voortdurend) tekortschoot, is niet duidelijk. Er kan immers ook worden gerefereerd aan de periode voorafgaand of volgend op opname of aan een (weekend)-verlof.

Reden voor zorg

Uit de antwoorden op de vraag of en om welke redenen men zich zorgen maakt, blijkt dat, net als bij de informele verzorgers van bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken, ook voor de betrokkenen bij mensen met psychische problemen de toekomst van de patiënt een grote bron van zorg is: 35% van de respondenten maakt zich daar (bijna)

altijd zorgen om. Tevens komt naar voren dat het grootste deel van de psychiatrische patiënten om wie het hier gaat niet alleen niet gevaarlijk is voor zichzelf (zie hiervoor), maar ook geen gevaar vormt voor anderen. De helft van de verzorgers maakt zich er 'nooit' zorgen om of de veiligheid van anderen, zoals de (overige) familieleden, wellicht door de patiënt bedreigd zou worden en bijna een kwart deed dit hooguit 'soms'. Als de antwoorden op deze vraag bij elkaar worden gevoegd, blijkt ook dat dit onderwerp met een gemiddelde van 2,2 op een schaal van 1 tot 5 (nooit zorgen tot (bijna) altijd zorgen) de minste reden tot zorg vormt (tabel 11.14).

Tabel 11.14 Reden en mate waarin familieleden en vrienden zich zorgen maakten over de psychiatrische patiënt (in procenten)

	nooit	soms	regelmatig	vaak (bijna)	altijd	gemiddeld
zorg om de veiligheid patiënt	23	35	17	8	17	2,6
zorg om voldoende hulp aan patiënt	14	26	24	17	19	3,0
zorg om gezondheid patiënt	9	27	27	16	21	3,1
zorg om financiële positie patiënt	26	24	16	13	22	2,8
zorgen om toekomst patiënt	6	15	21	24	35	3,7
zorg om veiligheid andere gezinsleden of familie van patiënt	50	22	6	5	17	2,2

Bron: SCP (FPP'99)

De diverse items uit dit vragenblok bleken onderling goed te schalen (*alpha voor reliability* > .8). Een combinatie van de antwoorden op de diverse items leert dat slechts 3% van de zorgverleners zich nooit zorgen maakt en ruim een derde vaak tot (bijna) altijd.

De mate waarin men zich zorgen maakt, blijkt significant samen te hangen met het geslacht van de respondent: de vrouwen maken zich aanzienlijk vaker zorgen dan de mannen. Een en ander zal vermoedelijk voor een groot deel te maken hebben met het feit dat de vrouwelijke verzorger vaker de moeder van de betrokken patiënt is. Uit analyse naar de aard van de relatie tot de psychiatrisch patiënt blijkt namelijk dat de ouders zich het meest zorgen maken.¹⁸ Kinderen van psychiatrische patiënten en hun broers of zusters lijken meer afstand te kunnen nemen en zich naar verhouding minder vaak zorgen te maken (tabel 11.15). Dit afstand nemen, hoeft natuurlijk niet per definitie te duiden op een grotere onverschilligheid, maar kan ook een vorm van zelfbescherming zijn om niet ook het eigen leven te laten bepalen door de psychische problemen van de vader of moeder respectievelijk broer of zus. Wellicht ook kunnen zij, door een vroege 'gewenning', het mogelijk afwijkende gedrag dat deze problemen veroorzaakt, beter verdragen of wensen zij daar zelf niet door 'gestoord' te worden (Schnabel 1992).

De mate waarin men zich als familielid of vriend zorgen maakt, lijkt nauwelijks samen te hangen met de soort stoornis van de psychiatrische patiënt. Een uitzondering hierop zijn de mensen met een bipolaire stoornis en degenen met een borderline stoornis; om hen maakt men zich vaker zorgen dan gemiddeld. De leeftijd van de patiënt zelf blijkt wel van grotere invloed op de mate waarin de familieleden zich zorgen maken: vooral de groep van 25 tot 34-jarigen geeft aanleiding tot veel zorg.

Tabel 11.15 Mate van zorgen maken over de psychiatrisch patiënt, naar soort relatie tot deze (in procenten)^a

	partner	ouder	kind	broer of zuster	overige relaties
respondent maakt zich nooit zorgen	_ ^b	2	_ ^b	9	_ ^b
respondent maakt zich soms zorgen	25	19	36	38	28
respondent maakt zich regelmatig zorgen	34	37	38	33	37
respondent maakt zich vaak zorgen	29	28	13	14	15
respondent maakt zich (bijna) altijd zorgen	9	15	8	7	17

a De verschillen zijn significant, $p < 0,05$.
b Celvulling < 5.

Bron: SCP (FPP'99)

In eerder onderzoek naar de belasting van informele verzorgers wordt door Kerseboom geconstateerd dat de familieleden van mensen die zijn opgenomen in een psychiatrische inrichting, zich significant vaker zorgen maken. Bewoners van een instelling voor beschermd wonen zouden daarentegen de minste aanleiding voor zorg geven (Kerseboom 1997). Deze uitkomsten konden in dit onderzoek niet worden bevestigd. Hier maakt het niet uit waar de psychiatrische patiënt woont. Of deze nu opgenomen is in een inrichting, zelfstandig woont of bij de respondent thuis: familie en vrienden blijven zich zorgen maken.

De gevolgen van de psychische problematiek voor de relaties tussen de patiënt en zijn of haar familieleden en vrienden, zijn op twee manieren in kaart gebracht. Eerst is gevraagd naar de negatieve relationele gevolgen die de psychische stoornis met zich heeft meegebracht. Vervolgens is een vraag gesteld naar het mogelijke bestaan van de positieve relationele gevolgen. Deze laatste vraag was in het onderzoek opgenomen omdat uit onderzoek naar de informele zorg aan mensen met somatische problematiek naar voren was gekomen, dat deze zorgverlening ondanks alle problemen ook vaak heel positief wordt beleefd. Zo zijn er positieve invloeden op de onderlinge band: de zorg versterkt de band tussen verzorger en verzorgde, de verzorger kan via de zorg uiting geven aan zijn of haar affectie, de zorgverlening wordt ervaren als zingeving, enzovoort. (Duijnste 1992: hfst. 9; Vernooy-Dassen 1993: 6; Duijnste et al. 1994, Kwekkeboom 1995). Bovendien geeft het al of niet aan kunnen geven van positieve kanten aan een problematische situatie, inzicht in de sociale draagkracht van de betrokkene.

Negatieve relationele gevolgen

Uit de antwoorden op de vragen naar de mogelijke negatieve consequenties van de psychische stoornis voor de onderlinge verhoudingen tussen respondent en psychiatrisch patiënt, komt naar voren dat deze gevolgen zich maar beperkt voordoen. Enerzijds gaf meer dan driekwart aan zich in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek te hebben gestoord aan het gedrag van de ander. Anderzijds was dat voor meer dan helft van hen (42% van het totaal) echter maar soms het geval geweest. Ook blijkt dat een ruime meerderheid (78%) van de deelnemers aan het onderzoek nooit overwogen heeft om het contact met de psychiatrische patiënt te verbreken. Een en ander neemt overigens

niet weg dat driekwart van hen wel van mening was dat de omgang met de patiënt minstens af en toe het eigen leven verstoort. Dit item scoorde met gemiddeld 3 het hoogst op een schaal van 1 (= nooit) tot 5 (= (bijna) altijd) (tabel 11.16).

Tabel 11.16 Bestaan en frequentie van negatieve relationele gevolgen van psychische problematiek in vier weken voorafgaand aan onderzoek (in procenten en gemiddelden per mogelijk gevolg)

	nooit	soms	regelmatig	vaak	(bijna) altijd	gemiddeld
relatie was gespannen	29	39	15	10	8	2,3
betrokkene zocht ruzie	57	24	9	7	3	1,7
resp. stoorde zich aan gedrag	23	42	18	11	6	2,4
anderen stoorden zich aan gedrag	45	32	13	7	3	1,9
resp. overwoog contact te verbreken	78	12	3	3	4	1,4
omgang met betrokkene heeft leven verstoord	23	20	15	17	25	3,0

Bron: SCP (FPP'99)

Positieve relationele gevolgen

In tegenstelling tot wat op basis van de uitkomsten van ander onderzoek (zie de inleiding in dit hoofdstuk.) wellicht verwacht zou mogen worden, is in het onderzoek vaker opge-
gedaan van positieve relationele gevolgen van de psychische problematiek dan van negatieve gevolgen. Van de 10 items die in het vragenblok over mogelijke positieve consequenties waren opgenomen, scoorden er 5 boven het gemiddelde van 2 (= min of meer van toepassing). De meest voorkomende positieve effecten waren dat men had geleerd de eigenaardigheden van anderen beter te accepteren en dat de psychiatrische patiënt de inspanningen van diens familielid of vriend waardeerde (het gemiddelde voor beide items lag op 2,2). Het feit dat ongeveer een derde zei volmondig in te kunnen stemmen met de uitspraak "Ondanks alles, is betrokkene goed gezelschap voor mij", wijst erop dat de diverse problemen die de psychiatrische stoornis met zich kan meebrengen niet door alle informele verzorgers als een allesoverheersende doem worden ervaren. In ieder geval staat er voor hen voldoende tegenover om de persoon die met deze stoornissen te kampen heeft, te blijven waarderen.

Uitspraken als "De wetenschap nodig te zijn, maakt mijn leven zinvol" of "De zorg voor de psychiatrische patiënt heeft de onderlinge familieband versterkt" riepen de minste herkenning op. Dit valt op, omdat deze positieve ervaringen juist wel vaak door verzorgers van bijvoorbeeld langdurig zorgafhankelijke ouderen worden gemeld (Duinsteet et al. 1994, Kwekkeboom 1995) (tabel 11.17). Blijkbaar wordt de informele zorg voor iemand met een psychische problematiek toch anders ervaren dan de zorg voor iemand met een somatische problematiek, een oud geworden vader of moeder.¹⁹

Tabel 11.17 Bestaan en frequentie van positieve relationele gevolgen van psychische problematiek bij naasten (in procenten en gemiddelden per mogelijk gevolg)

	(helemaal) niet	min of meer	(zeer) goed	gemiddeld
helpen van betrokkene heeft mij dichterbij hem/haar gebracht	30	40	29	2,0
ondanks alles, is betrokkene goed gezelschap	25	43	31	2,1
band zo sterk dat problemen daar geen schade aan doen	28	37	34	2,1
omgang met betrokken gaf meer inzicht in mezelf	23	49	28	2,1
betrokkene waardeert wat ik voor hem/haar doe	21	37	41	2,2
ervaring heeft geloof verdiept ^a	50	29	21	1,7
geleerd materiële zaken anders te waarderen	28	43	29	2,0
zorg heeft onderlinge band familieleden versterkt	49	33	18	1,7
wetenschap nodig te zijn, maakt leven zinvol	48	38	14	1,7
door ervaring een betere acceptatie eigenaardigheden anderen	16	45	39	2,2

a Betreft alleen degenen die hebben opgegeven zich tot een levensbeschouwelijke richting te rekenen.

Bron: SCP (FPP'99)

Kinderen het zwaarst belast

Zowel de items uit het vragenblok naar negatieve gevolgen als die uit het blok met vragen naar de positieve gevolgen bleken onderling goed schaalbaar (*alpha voor reliability* > .8), zodat twee maten voor de relationele gevolgen (negatieve en positieve) konden worden vastgesteld. Uit berekeningen met deze maten blijkt dat het ervaren van negatieve of positieve gevolgen sterk samenhangt met het soort relatie tussen patiënt en respondent. Het zijn met name de partners en de kinderen van de psychiatrische patiënt die de meeste negatieve relationele gevolgen ondervinden van de psychische problemen. Slechts 8 tot 9% van hen geeft aan nooit dergelijke consequenties te hebben ervaren, terwijl 7 tot 10% er (bijna) altijd mee te kampen heeft.

Van de ouders heeft 60% hooguit soms te kampen met negatieve gevolgen voor de onderlinge verhoudingen; onder de broers en zusters is dat zelfs voor 78% het geval. Het zijn ook de ouders die, ondanks de problemen, de meeste lichtpuntjes kunnen ontdekken. De broers en zusters, en vooral de kinderen, van de psychiatrische patiënten hebben daar veel meer moeite mee (tabel 11.18). Dit is opvallend, omdat deze kinderen, broers en zuster tevens aangaven zich het minst vaak zorgen te maken (tabel 11.15). Dit wijst erop dat het zich 'geen zorgen maken' hier inderdaad eerder een vorm van zelfhandhaving dan van onverschilligheid is.

De onderlinge verhoudingen lijken niet te worden beïnvloed door de huisvestings-situatie van de psychiatrische patiënt. De contacten met familieleden die niet bij de respondent in huis wonen, zijn hoogstwaarschijnlijk minder intensief en frequent, maar dit lijkt geen invloed te hebben (noch positief, noch negatief) op de onderlinge verstandhouding.

Van de achtergrondkenmerken van de respondent zelf blijkt alleen de leeftijd er iets toe te doen. En dan nog alleen waar het het ervaren van negatieve gevolgen betreft: met het klimmen der jaren lijken deze de onderlinge verstandhouding minder te beïnvloeden.

Tabel 11.18 Bestaan en frequentie negatieve en positieve relationele gevolgen van psychische problematiek, naar aard van de relatie tussen respondent en psychiatrische patiënt^a

		broer				totaal
		partner	ouder	kind	of zuster	
bestaan van negatieve relationele gevolgen	nooit	9	16	8	20	15
	soms	33	45	32	58	44
	regelmatig	31	30	26	16	28
	vaak	20	8	24	– ^b	10
	(bijna) altijd	7	2	10	– ^b	4
bestaan van positieve relationele gevolgen	min of meer	64	53	88	78	60
	(zeer) goed	35	47	8	20	39

a Verschillen zijn significant, $p < 0,05$.
b Celvulling < 5.

Bron: SCP (FPP'99)

Ook de soort psychische stoornis lijkt alleen samen te hangen met het al of niet bestaan van negatieve relationele gevolgen. Uit de analyses komt naar voren dat de borderline-stoornissen de relaties binnen het persoonlijke netwerk het meest onder druk lijken te zetten. Van de betrokkenen bij mensen die met deze stoornis te kampen hebben, gaf slechts 4% op nooit negatieve gevolgen te hebben ervaren en nog eens 39% dat dat maar soms het geval was geweest ($p = 0$). Daarentegen lijken de verhoudingen relatief het minst te leiden te hebben onder schizofrene stoornissen. 20% van de familieleden en vrienden van mensen met deze stoornis rapporteerde nooit met negatieve relationele gevolgen te maken gehad te hebben. En 47% had dat alleen maar soms gehad.

Behoeftte aan emotionele steun

De emotionele draagkracht van de informele verzorgers van psychiatrische patiënten lijkt dus behoorlijk groot en niet tot nauwelijks samen te hangen met de materiële draaglast, zoals deze hiervoor is vastgesteld. De onderzoeksresultaten wijzen er echter wel op dat de draagkracht van de ouders en, in mindere mate, de partners van psychiatrische patiënten heel wat groter is dan die van hun eventuele kinderen.

Dat ook sterke schouders wel eens breken, blijkt uit de antwoorden op de vraag naar het bestaan van behoefte aan emotionele steun. Slechts 6% gaf desgevraagd te kennen dergelijke steun niet nodig te hebben. Van de overigen kon ongeveer de helft (48% van het totaal) af en toe wel een steuntje in de rug gebruiken en had de andere helft zulke ondersteuning regelmatig nodig.

De mate waarin deze steun nodig was, blijkt niet samen te hangen met de woonsituatie van de patiënt: of iemand nu bij de respondent in huis woont, opgenomen is of een zelfstandige huishouding voert, de behoefte aan steun verandert er niet door. In het verlengde hiervan is het niet verwonderlijk dat de mate waarin men zegt emotionele steun nodig te hebben, ook niet samenhangt met het aantal uren per week dat men daadwerkelijk heeft moeten helpen, noch met de hoogte van de extra uitgaven ten behoeve van de patiënt. Er bestaat wel een verband tussen de behoefte aan steun en de mate waarin men zich zorgen maakt om de psychiatrische patiënt; de mate waarin deze aangespoord

moet worden en de mate waarin deze toezicht nodig heeft. Als aansporing of toezicht niet of nauwelijks nodig zijn, heeft men genoeg aan af en toe een beetje steun. Maar als men zich (bijna) altijd zorgen maakt, (bijna) altijd aan moet sporen of (bijna) altijd toezicht moet houden, is een steun in de rug regelmatig nodig.

Deze steun wordt vooral gezocht en gevonden in de eigen familiekring: partners en (andere) kinderen werden het meest genoemd als de personen waar men voor emotionele steun terecht kon. Ook de vrienden en burens alsmede (leden van) de familieorganisaties waren voor velen (26% resp. 32%) een belangrijke bron van ondersteuning. Opvallend is dat ongeveer 40% van de zorgverleners aangeeft dat zij voor de benodigde steun niet bij de huisarts, noch bij het maatschappelijk werk, noch bij de hulpverleners van de psychiatrische patiënt terecht kunnen (tabel 11.19).

Tabel 11.19 Mogelijkheden voor het verkrijgen van emotionele steun, naar potentiële bron (in procenten en gemiddelden per bron)

	(helemaal) niet	min of meer	(heel) goed	gemiddeld	niet van toepassing
partner	19	25	56	2,4	18
kinderen	24	44	33	2,1	22
andere familieleden	31	46	23	1,9	6
vrienden/buren	29	45	26	2,0	7
huisarts/maatschappelijk werk	38	41	22	1,8	12
hulpverleners betrokkene	43	36	21	1,8	12
familieorganisatie	30	37	32	2,0	20
andere personen of instanties	52	31	17	1,7	32

Bron: SCP (FPP'99)

Alles bij elkaar opgeteld bleek ruim 10% van degenen die bij de informele zorg voor psychiatrische patiënten betrokken zijn, nergens terecht te kunnen voor emotionele steun. Terwijl ruim 15% juist zeer goed bij anderen aan konden kloppen voor dergelijke steun. De mate waarin men bij anderen een beroep kon doen op deze ondersteuning blijkt sterk samen te hangen met de soort relatie die de respondent tot de psychiatrische patiënt heeft. Vooral de broers en zussen van deze patiënten hebben de meeste moeite om bij anderen steun voor hun eigen emotionele problemen te mobiliseren. Nu lijken zij zowel materieel als immaterieel het minst belast te worden door de psychische problemen van, in dit geval, broer of zuster. Degenen die over de grootste emotionele draagkracht blijken te beschikken, de ouders en in mindere mate de partners van de psychiatrische patiënten, blijken ook het meest op steun van anderen te kunnen terugvallen. De kinderen van psychiatrische patiënten die, zoals hiervoor is vastgesteld, de minste draagkracht hebben, lijken in meerderheid elders wel een redelijke mate van steun te kunnen verwerven. Zij hebben daar echter significant meer moeite mee dan de partners of ouders (tabel 11.20).

Tabel 11.20 Mogelijkheden voor het verwerven van emotionele steun, naar soort relatie tot de psychiatrische patiënt (in procenten)^a

	partner	ouder	kind	broer of zuster	totaal
(helemaal) geen	12	9	8	15	11
redelijk	73	71	87	83	73
(heel) veel	15	21	5	2	16
(n)					(684)

a De verschillen zijn significant ($p = 0,00$).

Bron: SCP (FPP'99)

11.5 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk zijn de gevolgen besproken van het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg voor de leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënt. Hiervoor is gebruikgemaakt van de resultaten van een in 1999 uitgevoerd onderzoek onder de leden van twee landelijke familieverenigingen. In dit onderzoek is onder meer gevraagd naar de mening van de familieleden over het gevoerde beleid in de geestelijke gezondheidszorg, naar de zorg die deze familieleden (moeten) geven aan de psychiatrische patiënten en naar de manier waarop deze zorgverlening wordt ervaren. Bedoeling was om hiermee inzicht te krijgen in de sterkten van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid onder deze groep betrokkenen.

Matige steun voor beleid

Uit het onderzoek komt als eerste naar voren dat de ondervraagde familieleden en vrienden het gevoerde beleid tot op zekere hoogte steunen. Zij stemmen in met het uitgangspunt dat psychiatrische patiënten in staat moeten worden gesteld een zo gewoon mogelijk leven te leiden en dat opnamen in intramurale voorzieningen zo veel mogelijk moeten worden voorkomen. De aanname dat psychiatrische patiënten in principe in staat zijn om zelfstandig te wonen, roept echter weerstand op. Evenals de veronderstelling dat de zorg die een psychiatrische patiënt nodig heeft het beste thuis kan worden gegeven. In termen van de vraagstelling van het onderzoek, kan op basis van deze uitkomsten worden vastgesteld dat het draagvlak voor het beleid op zijn minst matig is.

Zware draaglast

Verder blijkt dat de zorg en de verantwoordelijkheid die deze familieleden en vrienden hebben, in veel gevallen een behoorlijke materiële belasting betekenen. Het merendeel van de psychiatrische patiënten had hooguit soms hulp nodig bij het verrichten van de dagelijkse handelingen als eten koken, het huishouden doen en zichzelf verzorgen. Dit betekende echter toch dat meer dan de helft van de familieleden minstens soms deze hulp moest verlenen. Voor bijna een kwart van hen betekende dit dat zij daar meer dan 9 uur per week aan moesten besteden. Voor een meerderheid had deze zorgverlening tot gevolg dat zij zich gehinderd voelden in de uitvoering van de eigen werkzaamheden. Daar staat echter wel tegenover dat 47% zich in het geheel niet gehinderd voelde: ook van degenen die meer dan 17 uur per week aan de zorgverlening kwijt waren geweest, gaf bijna een kwart te kennen daar geen last van te hebben gehad. Behalve tijd kost de zorg voor

een psychiatrische patiënt (soms) ook geld, in sommige gevallen meer dan 500 gulden per maand. Een kwart van de familieleden kwam door deze extra uitgaven soms zelf in de financiële problemen.

De immateriële belasting van de zorg voor een psychiatrische patiënt blijkt echter nog veel groter te zijn. Zo blijken vrijwel alle familieleden en vrienden zich zorgen te maken over deze patiënt, vooral om diens toekomst. De mate waarin met zich zorgen maakt, wordt overigens niet beïnvloed door de woonsituatie van de patiënt zelf: of deze nu zelfstandig woont of opgenomen is: de zorg blijft. De psychische problematiek heeft vrijwel altijd een verstoring van het leven van de naaste betrokkenen met zich meegebracht. Desondanks worden door deze naasten vaker positieve effecten op de onderlinge relatie gemeld dan negatieve. Dit wil echter niet zeggen dat de verzorgers van psychiatrische patiënten geen behoefte zouden hebben aan emotionele steun. Een ruime meerderheid geeft namelijk te kennen dergelijke steun soms tot regelmatig nodig te hebben. Deze steun wordt meestal gevonden in de eigen familiekring, bij de partner en de (andere) kinderen.

Stevige draagkracht – voor de meesten

Uit de gegevens over de zwaarte van de draaglast en over de manier waarop de familieleden en vrienden van de psychiatrische patiënten hiermee omgaan, kan worden afgeleid dat de meeste leden van het persoonlijke netwerk van deze patiënt kunnen beschikken over een behoorlijk stevige draagkracht. Dit geldt echter niet voor iedereen. Zo blijken de minst draagkrachtigen onder de deelnemers aan het onderzoek, zelf ook in de problemen te komen als gevolg van de extra kosten die de zorgverlening met zich meebrengt. Verder zijn het vooral de kinderen van psychiatrische patiënten die het meest te lijden hebben onder de problemen van hun ouders. Zij rapporteren vaker negatieve relationele gevolgen, ervaren minder positieve gevolgen en zijn minder vaak in staat om emotionele steun te mobiliseren.

Geen relatie draagvlak – draaglast

Uit de onderzoeksresultaten komt dus naar voren dat het draagvlak voor het beleid over de gehele linie als op zijn minst 'matig' is te kwalificeren. Het gebruik van het begrip 'over de gehele linie' impliceert echter dat er uit het onderzoek ook verschillen in sterkte van dit draagvlak naar boven zijn gekomen.

Op basis van de begripsomschrijving in hoofdstuk 3 (§ 3.2) zou verwacht mogen worden dat de sterkte van het draagvlak wordt beïnvloed door die van de draagkracht. Nu is deze draagkracht vrij stevig en, zo blijkt, in de meeste gevallen groot genoeg om de soms behoorlijke zware draaglast te kunnen torsen. Deze 'flexibiliteit' in de sterkte van het draagkracht – men maakt zich zo sterk als nodig is – verklaart wellicht dat de verschillen in sterkte van het draagvlak niet samen blijken te hangen met de verschillen in de belasting, noch materieel, noch immaterieel. Dit betekent dat ook de familieleden en vrienden die het gevoerde beleid niet van harte ondersteunen, toch in de meeste gevallen de kracht op kunnen brengen hun psychisch zieke naaste op te vangen en te verzorgen. Een deel van hen verzorgt de psychisch zieke naaste ook als dit hun (materiële of immateriële) draagkracht te boven gaat.

Uitkomsten niet generaliseerbaar

Bij de interpretatie van de resultaten van het hiervoor beschreven onderzoek moet voor ogen gehouden worden dat deze niet zonder meer van toepassing kunnen worden geacht op iedereen die de zorg heeft voor een psychiatrische patiënt in de familie- of vriendenkring. Door de wijze waarop de deelnemers voor dit onderzoek zijn geworven, zijn de vragen voorgelegd aan een selecte, niet-representatieve groep. Het gaat immers om leden van verenigingen die onder meer gericht zijn op belangenbehartiging. Hiervoor is er al op gewezen dat de leden van dergelijke verenigingen relatief vaak tot de hogere sociaal-economische groepen behoren. De achtergrondkenmerken van de deelnemers aan het onderzoek tonen ook aan dat het inderdaad gaat om representanten van deze groepen. Uit de achtergrondkenmerken van de psychiatrische patiënten alsmede uit hun, door de verzorgers, gerapporteerde hulpbehoefte kan, met enige voorzichtigheid, worden afgeleid dat de meerderheid van hen tot de 'lichtere' patiënten gerekend kan worden.¹⁰ Dit zou kunnen betekenen dat de zorg voor hen een lichtere belasting voor de familieleden en vrienden vormt dan die voor de 'gemiddelde' psychiatrische patiënt.

Wat de gevolgen van de beperkte generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten betekenen voor de waarde die er aan de uitkomsten over draagvlak en draagkracht gehecht kan worden, is niet duidelijk. Toch is het niet waarschijnlijk dat de sterkte van het draagvlak er door beïnvloed zal worden. Uit de onderzoeksresultaten is immers naar voren gekomen dat deze sterkte niet afhangt van de ervaren draaglast. Er is vooralsnog geen reden om aan te nemen dat dit voor verzorgers, die geen lid zijn van een vereniging, fundamenteel anders zou zijn.

De conclusie over de sterkte van de draagkracht daarentegen zou weleens te optimistisch kunnen zijn. Van de leden van de hogere sociaal-economische groepen is immers bekend dat zij meestal over grotere en sterkere hulpbronnen beschikken, zowel in materiële als immateriële zin, dan de gemiddelde burger. Het is daarom aannemelijk dat hun draagkracht ook groter is. Dit zou kunnen betekenen dat de zorg voor een psychiatrisch patiënt in de eigen kring vaker de draagkracht van de leden van het persoonlijk netwerk te boven gaat dan uit dit onderzoek kan worden afgeleid. Wellicht betekent dat dan ook dat onder de leden van dit persoonlijk netwerk de sterkte van het draagvlak voor het beleid dan nog wel matig is, maar dat de sterkte van de draagkracht niet zelden tekortschiet.

Noten

- 1 De informele zorg aan mensen met psychische problemen wijkt daarin overigens niet af van die aan mensen met langdurige somatische problematiek. Zeker waar deze problematiek gepaard gaat met gedragsproblemen of persoonlijkheidsstoornissen (zoals bij herseninfarcten of dementie) kan de belasting die de zorg met zich meebrengt, leiden tot het verbreken van het persoonlijk contact (Duijnstee 1992; Vernooij-Dassen 1993). Een en ander heeft tot gevolg dat ook het persoonlijke netwerk van mensen met chronische somatische ziekten inkrimpt en gemiddeld kleiner is dan dat van gezonde mensen (Janssen 1992). Uit onderzoek naar de aard en de sterkte van de verschillende relaties binnen een persoonlijk netwerk van potentieel zorgafhankelijken blijkt tevens dat het met name de vriendschaps- en burenerelaties zijn die het eerst 'breken' onder de last van de zorgverlening (Knipscheer en Antonucci 1990).
- 2 Het betreft hier de vereniging voor familieleden van mensen met schizofrenie en andere psychotische stoornissen: Ypsilon (ten tijde van het onderzoek ca 5.000 leden) en de Stichting Labyrint/ In Perspectief voor familieleden en andere betrokkenen bij mensen met psychische problemen (ca. 2.000 leden).
- 3 De gevolgen van de gekozen wervingsmethode voor de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten en daarmee voor de 'hardheid' van de conclusies, zullen uitgebreid aan de orde worden gesteld in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.
- 4 De voor het onderzoek gebruikte vragenlijst is integraal opgenomen in een eerdere rapportage over dit onderdeel van het vermaatschappelijkingsonderzoek (Kwekkeboom 2000a).
- 5 Op meer dan de helft (57%) van de geretourneerde lijsten was aangegeven dat de respondent voor medewerking benaderd was door de vereniging Ypsilon. Op voorhand was al verwacht dat familieleden en andere relaties van mensen met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, oververtegenwoordigd zouden zijn; het lidmaatschap van Ypsilon is in principe immers exclusief voor deze groep. Doordat de respons onder de Ypsilon-leden wat hoger lag dan die onder de leden/donateurs van Labyrint/In Perspectief is deze oververtegenwoordiging mogelijk dus nog wat hoger uitgevallen. Om te zien of dit zou leiden tot het vertekenen van de resultaten, is voor enkele onderwerpen het bestand gesplitst naar soort stoornis van de psychiatrische patiënt in kwestie en zijn de uitkomsten met elkaar vergeleken. De verschillen die uit deze vergelijkingen naar voren kwamen, bleken niet meer dan 1% te bedragen. Er mag dus worden aangenomen dat de oververtegenwoordiging van relaties van mensen met een schizofrene of andere psychotische stoornis geen vertekening van de uitkomsten heeft veroorzaakt.
- 6 Mondelinge informatie bestuursleden Ypsilon resp Labyrint/In Perspectief.
- 7 Deze seksespecificiteit van de informele zorgverlening beperkt zich ook niet tot onze landsgrenzen, getuige het vele buitenlandse onderzoek – te veel om op te noemen – dat ook beschrijft dat het leeuwendeel van de informele zorg op vrouwelijke schouders rust. Hierbij moet echter wel worden aangetekend dat het onderhavige onderzoek is uitgevoerd onder leden van familieverenigingen. Onder deze leden zijn, zoals gezegd, vrouwen in de meerderheid. Afgezien van het feit dat deze oververtegenwoordiging op zich al iets zegt over de grotere expliciete betrokkenheid van vrouwen bij zorgbehoevende naasten, kan de selectiemethode een extra oververtegenwoordiging van vrouwen in de onderzoekspopulatie veroorzaakt hebben, zodat de eventuele zorgverlening door mannen onderbelicht blijft.
- 8 Bij deze vergelijking dient uiteraard wel meegewogen te worden dat de gegevens over het huishoudinkomen voor de gehele bevolking afkomstig zijn uit 1995. De loonstijgingen tussen 1995 en 1999 zijn echter niet van dien aard geweest dat daardoor een vergelijking op hoofdlijnen, zoals hier is gemaakt, niet mogelijk zou zijn.
- 9 Deze uitkomst houdt in dat de in het vervolg van dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens over de belasting voor zo'n 10% van de respondenten met een factor 2 tot 3 vermenigvuldigd kunnen worden.

- 10 In deze paragraaf worden alleen de kenmerken (mb.t. tot onder meer leefsituatie en hulpgebruik) beschreven van de groep psychiatrische patiënten waarover in dit onderzoek informatie is verzameld. Door de gekozen benadering (via familieleden die zich hebben georganiseerd) is het aannemelijk dat deze groep niet geheel representatief is voor de gehele populatie. Een vergelijking met de achtergrondgegevens van een groep chronische psychiatrische patiënten die gekwalificeerd is als "redelijk representatief" voor de populatie (Van Nieuwenhuizen 1998), leert dat de in dit onderzoek beschreven groep op sommige aspecten inderdaad van deze 'representatieve groep' afwijkt. Zo zijn de patiënten in dit onderzoek gemiddeld iets jonger, wonen zij vaker zelfstandig en hebben zij vaker (betaald) werk. Een en ander zou erop wijzen dat de hier beschreven groep met naar verhouding (iets) minder zware problematiek te kampen heeft of er in ieder geval in het dagelijks leven minder door gehinderd wordt.
- 11 Dit wil overigens niet per definitie zeggen dat de respondenten ook al zo lang voor de door hun beschreven patiënt zorgen. Met name de verzorgende partners of andere goede vrienden kunnen de patiënt ook hebben leren kennen (enige tijd) nadat de psychische problematiek zich openbaarde.
- 12 In het door Schene en Van Wijngaarden uitgevoerde onderzoek onder familieleden van psychiatrische patiënten zijn respondenten die opgaven minder dan een uur per week te hebben, niet verder in het onderzoek opgenomen, omdat verondersteld is dat de ervaren belasting bij dezen moeizaam te meten is (Schene en Van Wijngaarden 1993, 1994). In dit onderzoek is deze selectie niet op voorhand gemaakt, al is het aannemelijk dat mensen die opgeven geen of weinig contact te onderhouden, nauwelijks tot geen materiële belasting zullen ervaren. Het is echter wel mogelijk dat de immateriële of emotionele belasting niet recht evenredig samenhangt met het aantal uren dat contact wordt onderhouden. Om hierin inzicht te krijgen, is besloten de respondenten met geen of weinig contact toch in de populatie op te nemen.
- 13 Bij de interpretatie van deze gegevens moet bedacht worden dat zij gebaseerd zijn op inschattingen van de respondent, niet op opgaven van de psychiatrische patiënt. Nu woont geen kwart van deze patiënten bij de respondent in huis en lijkt voor minstens driekwart van de patiënten een (volledig) zicht op de diverse informele contacten niet mogelijk.
- 14 De eenzaamheidsproblematiek en de behoefte aan sociale contacten bij psychiatrische patiënten komt opnieuw aan de orde in hoofdstuk 12.
- 15 Een vergelijking van de antwoorden van de leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënten met die van deelnemers in de beleidsnetwerken, leert dat de eersten in het algemeen toch wat minder steun geven aan de beleidsuitgangspunten dan de laatsten. Vooral de grotere terughoudendheid bij de familieleden tegenover de aanname dat de zorg aan psychiatrische patiënten het beste bij hen aan huis kan worden gegeven, valt op. Daarnaast is het opmerkelijk dat het uitgangspunt dat psychiatrische patiënten in eerste instantie bij hun familie terecht moeten kunnen, meer weerstand oproept bij de institutionele actoren dan bij de familieleden zelf. Overigens zij erop gewezen dat het hier gaat om een vergelijking van antwoorden uit twee heel verschillende onderzoeken, met een in aantal en samenstelling sterk uiteenlopende onderzoekspopulatie. De uitkomsten van deze vergelijking hebben dan ook niet meer dan een indicatieve waarde.
- 16 Voor de berekeningen in deze tabel zijn de oorspronkelijk ordinale variabelen behandeld als intervalvariabelen met gelijke onderlinge afstanden. Dit heeft tot gevolg dat aan de op deze wijze berekende waarden geen absolute betekenis mag worden toegekend. Het staat immers niet vast dat de afstanden tussen de variabelen inderdaad even groot zou zijn. Deze en de verderop in dit hoofdstuk te bespreken tabellen geven dan ook niet meer dan een indicatie van de verdeling van opvattingen, mate van belasting etc. over de leden van een nauw omschreven groep, in dit geval de deelnemers aan het onderzoek.
- 17 De noodzaak toezicht te moeten houden, betekent feitelijk zowel een materiële (het kost tijd) als een immateriële (het kost aandacht) belasting voor de respondent. Omdat verondersteld wordt dat de immateriële aspect zwaarder weegt, wordt dit facet van de informele zorgverlening hier bij de immateriële belasting besproken.
- 18 Overigens is ook uit ander onderzoek onder informele zorgverleners wel gebleken, dat mannelijke verzorgers beter in staat blijken de zorgen van zich af te zetten dan vrouwen. Zij zoeken vaker afleiding in bijvoorbeeld hobby's, die zij dan buitenshuis verrichten (Methorst 1985; Duijnstee et al. 1994).
- 19 De uitspraak dat de ervaringen met de psychiatrische patiënt het eigen geloof had versterkt, vond alleen weerklank bij hen die zich tot het de hervormde kerk of de orthodox gereformeerde kerken rekenden (17% resp 4% van het totaal).

12 DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT IN DE SAMENLEVING*

12.1 Inleiding

Zorg in en door de maatschappij

De leden van het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënt zijn niet de enigen in de sociale omgeving die rechtstreeks geconfronteerd worden met de ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Ook de andere mensen in deze omgeving krijgen er als burens, collega's, vrijwilligers of toevallige passant mee te maken. In het gebruik van het woord 'vermaatschappelijking' zit immers al besloten dat het met dit woord omschreven beleidsdoel de maatschappij zelf rechtstreeks raakt. In het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt er namelijk niet alleen van uitgegaan dat de psychiatrische patiënt (weer) de vaardigheden ontwikkelt om zich in de samenleving te handhaven. Het is ook de bedoeling dat deze samenleving zich (weer) voor de psychiatrische patiënt openstelt en deze helpt zichzelf te handhaven. Meer nog dan in het woord 'vermaatschappelijking' wordt deze ideologische doelstelling tot uitdrukking gebracht in het begrip 'community care' dat oorspronkelijk vooral in de (geestelijk) gehandicapten- en ouderenzorg wordt gehanteerd. Met 'community care' wordt bedoeld op de opvang en begeleiding geboden aan mensen met beperkingen door instellingen en personen die niet primair op het terrein van de zorg actief zijn. Deze opvang en begeleiding zouden mensen met beperkingen in staat moeten stellen om, ondanks deze handicaps, een zo normaal mogelijk leven te leiden. De door de samenleving geboden opvang zou er niet alleen toe bijdragen dat deze mensen zich buiten de instelling kunnen handhaven, maar ook dat zij sneller als volwaardig lid in de samenleving worden opgenomen (BCC 1998: 28-30; Overkamp 2000: 85- 86).

De ideologie van de 'community care' of 'vermaatschappelijking' gaat er dus enerzijds van uit dat de leden van de samenleving bereid en in staat zijn mensen met beperkingen, ongeacht de aard van deze beperkingen, als volwaardige medeburgers tegemoet te treden en in het eigen midden te verwelkomen. Anderzijds lijkt er verwacht te worden dat ook de mensen met beperkingen, eenmaal zelfstandig, tot een 'gewone' invulling van de sociale rollen van een lid van de samenleving zullen willen en kunnen komen.

* Over de onderwerpen die in dit hoofdstuk aan de orde komen is eerder gepubliceerd in:
M.H. Kwekkeboom, *Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg -ontwikkelingen tussen 1976 en 1997*, in: TSG – tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 3 (2000), pag. 165 – 171.
M.H. Kwekkeboom, "Acceptance of current and former psychiatric patients in the community", paper presented at the European Congress on Mental Health 2001, Rotterdam (7-9 March 2001).
M.H. Kwekkeboom. *Is er een breed draagvlak voor het vermaatschappelijkingsproces in de GGZ?* in: A.H. Schene et al. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie, 2001-2002*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001, pag. 333-346

Een onbereikbaar ideaal?

Inmiddels duiden diverse signalen erop dat deze verwachtingen niet helemaal uitkomen. Ten eerste blijkt uit divers onderzoek dat de beperkingen soms zo invaliderend zijn dat een 'gewone' rolvervulling niet tot de mogelijkheden behoort (zie bv. Van Hooff et al. 1999; Beenackers en Henkelman 1999; Van Weeghel 1997). En zoals ook het aantal sociale contacten van verstandelijk gehandicapten niet toenam na de verhuizing uit de instelling (Overkamp 2000: 208), blijkt dat ook bij zelfstandig wonende psychiatrisch patiënten niet het geval geweest te zijn (Duurkoop 1995: 231). In het vorige hoofdstuk is er al op gewezen dat het persoonlijke netwerk van de psychiatrische patiënt kleiner is dan gemiddeld en vooral familieleden omvat. Het merendeel van de patiënten heeft ook geen partner en woont alleen (Nieuwenhuizen 1998, 77-78; Van Hoof et al. 1998, 1999). Het veelal ontbreken van informele sociale contacten wordt vooral door chronisch psychiatrisch patiënten die alleen wonen als een gemis beschouwd. Het hebben en kunnen onderhouden van een sociaal netwerk is voor hen van groot belang voor de kwaliteit van het leven. Het ontbreken van een breed sociaal netwerk, alsmede de ontevredenheid over het eigen sociale gedrag, blijken dan ook sterk samen te hangen met gevoelens van depressie, angst en onveiligheid (Beenackers en Henkelman 1999). Ten tweede lijkt veel erop te wijzen dat de ontvangst van de psychiatrische patiënt door de samenleving ook veel te wensen overlaat. Mensen met ernstige psychische problematiek hebben klachten over onheuse bejegening door burens en voorbijgangers (Van Liempd en Hoekstra 1996: 44, 75; Van Haaster et al. 1997: 41). In de media wordt regelmatig melding gemaakt van overlast veroorzaakt door psychiatrische patiënten; de vestiging van een nieuwe geestelijke gezondheidszorgvoorziening in een woonwijk kan stelselmatig rekenen op protest van buurtgenoten. Cliëntenorganisaties vragen bij voortduring aandacht voor het feit dat het hebben of gehad hebben van psychische problemen het vinden en houden van een baan bemoeilijkt (Van Weeghel 1997; Pandora 2000b) en ook een hindernis kan vormen voor het vinden van een woning (Pandora 2000a).

Vraagstelling en onderzoeksmateriaal

Zoals het ontbreken van draagvlak en draagkracht voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid bij het persoonlijk netwerk van psychiatrisch patiënten de succesvolle realisatie van dit beleid kan bemoeilijken, kan dit ook het geval zijn als draagvlak en draagkracht in de samenleving niet sterk genoeg zijn. Daarom is besloten om in het kader van het vermaatschappelijkingsonderzoek ook hieraan – zij het minder extensief – aandacht te besteden, zodat antwoord kon worden gegeven op de laatste van de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 3, paragraaf 3.3:

- Hoe wordt in de samenleving gedacht over het huidige vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg?
- Is de samenleving bereid een grotere maatschappelijke participatie door mensen met (chronische) psychische problematiek te accepteren?
- Is de samenleving bereid om, indien nodig, psychiatrische patiënten ondersteuning te bieden bij de handhaving van hun zelfstandigheid?
- Wordt er momenteel door leden van de bevolking (al) dergelijke hulp verleend en zo ja, wat is de omvang en de aard van deze hulpverlening?

Omdat recent relatief veel onderzoek is verricht naar het draagvlak voor het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg, heeft het eigen onderzoek zich beperkt tot aanvullende gegevensverzameling. In dit hoofdstuk zal verslag worden gedaan van de uitkomsten van enkele bevolkingsonderzoeken over dit onderwerp. Deze geven informatie over: de houding van de leden van de samenleving tegenover het beleid dat momenteel wordt gevoerd, de opvattingen in de samenleving over mensen met psychische problemen en de eventuele bereidheid deze mensen opvang en ondersteuning te bieden. Over de daadwerkelijke steun die mensen met psychische problemen krijgen, is minder bekend. De hier besproken surveys zijn daarom vooral bruikbaar voor het beschrijven van het maatschappelijk draagvlak voor het beleid.

Van de maatschappelijke draagkracht kan slechts één aspect – het vermogen om mensen die (soms) afwijkend gedrag vertonen te accepteren – in kaart worden gebracht. Over een ander aspect – het vermogen om daadwerkelijk ondersteuning te bieden en dit vol te houden – is aan de hand van de summier gegevens hierover niet veel te zeggen. Daarom wordt volstaan met een korte weergave van de uit enkele surveys afkomstige informatie over daadwerkelijk vanuit de samenleving gegeven hulp aan mensen met psychische problemen, aangevuld met de uitkomsten van onderzoek naar (georganiseerde) vrijwillige hulpverlening aan (ex-)psychiatrische patiënten.

Het hoofdstuk zal worden afgesloten met een concluderende samenvatting van de gegevens over de sterkte van draagvlak en draagkracht voor de *community care* in de geestelijke gezondheidszorg.

12.2 Maatschappelijk draagvlak

Meningen over het beleid

In de afgelopen jaren is naar verhouding vrij veel onderzoek verricht naar de opvattingen van de leden van de Nederlandse samenleving over het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. Zo werd in 1996 in opdracht van het blad *Psy* onder een kleine 500 Nederlanders een telefonische enquête gehouden. In deze enquête werd onder meer gevraagd naar de mate waarin respondenten in konden stemmen met het beleidsdoel om mensen met psychische problemen te laten integreren in de samenleving en naar hun inschatting van de slaagkansen van dit integratieproces. De uitkomsten van het onderzoek zijn wisselend. Een zeer ruime meerderheid, 83% van de respondenten, gaf weliswaar te kennen in te stemmen met het beleidsdoel, maar over de vraag of de maatschappelijke integratie ook daadwerkelijk zal lukken, is men minder positief. Een kleine 60% van de ondervraagden twijfelt er al aan of integratie zeker mogelijk is na een behandeling door Riagg of (vrijgevestigde) psychiater. De kansen voor (re)integratie na een langdurige opname worden nog lager ingeschat: nog geen 30% van de respondenten is van mening dat dit zeker zal lukken (Van 't Klooster 1997).

Een vier jaar later gehouden telefonische enquête onder 750 respondenten levert grosso modo dezelfde resultaten op. Van de ondervraagden is 58% op de hoogte van het doel van het overheidsbeleid psychiatrische patiënten: 'Zo weinig mogelijk opvangen in psychiatrische ziekenhuizen en ze zo veel mogelijk als gewoon burger laten

functioneren'. Het grootste deel van de respondenten staat positief (51%) tot zelfs zeer positief (22%) tegenover dit beleid. Het beleid wordt door slechts 9% van de onder-vraagden (streng) verworpen (GGZ 2000).

De uitkomsten van deze twee onderzoeken wijzen op een vrij brede steun voor het algemene uitgangspunt van het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. De antwoorden op de vraag naar de wenselijkheid van opname bij psychische stoornissen – in 1997 in een steekproef aan de bevolking voorgelegd – laten echter een iets ander beeld zien. Waar zo'n 8 op de 10 mensen dus zeggen in te stemmen met het streven psychiatrische patiënten te doen integreren in de samenleving, blijken er slechts 4 op de 10 het (sterk) oneens te zijn met de opvatting dat mensen met een psychische stoornis niet in de samenleving kunnen worden gehandhaafd.¹ De betrokken vraag was opgenomen in een jaarlijks door het Sociaal en Cultureel Planbureau uitgevoerde inventarisatie naar meningen en opvattingen onder de Nederlands bevolking, het Culturele Veranderingenonderzoek en was een replica van een vraag die ook in 1976 en 1987 in een steekproef aan de bevolking was voorgelegd.² Bij een vergelijking van de gegevens uit de drie meetpunten valt op dat, na een afname van het percentage voorstanders van opname in 1987, dit aandeel in 1997 weer gegroeid lijkt te zijn. Deze groei is vooral toe te schrijven aan de (relatief) grote toename van het percentage 'sterke voorstanders', dat bijna verdubbelde (tabel 12.1).³

Tabel 12.1 Mening over de wenselijkheid van het opnemen van mensen met een psychische stoornis^a 1976,1987 en 1997 (in procenten)^b

	1976	1987	1997
sterk mee eens	10	3	5
mee eens	20	25	26
niet mee eens, niet mee oneens	29	29	28
niet mee eens	27	29	29
sterk mee oneens	10	9	8
weet niet	4	6	4
n	1.018	1.925	2.232

a De letterlijke tekst van de uitspraak luidde: "Mensen met een psychische stoornis kunnen niet in de samenleving worden gehandhaafd, maar moeten in een inrichting worden opgenomen."

b De verschillen tussen 1987 en 1997 zijn significant (χ^2 , $p < 0,05$).

Bron: Nijhof en Hosman (1980); CUL'87, '97

Acceptatie (ex-)psychiatrische patiënten

Het verschil tussen de uitkomsten van de diverse bevolkingsonderzoeken wekt de indruk dat de maatschappelijke steun voor het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid dus niet geheel eenduidig is. Deze indruk wordt versterkt door de gegevens over de bereidheid onder de bevolking om een (ex-)psychiatrische patiënt als volwaardig lid in de samenleving op te nemen. In de hiervoor genoemde bevolkingsonderzoeken uit 1976 en 1987 is de respondenten ook gevraagd of zij bereid waren iemand met een verleden

in de geestelijke gezondheidszorg als buur of als collega te accepteren. Uit de antwoorden bleek dat circa 80% van de ondervraagden geen bezwaar had tegen contacten met ex-psychiatrische patiënten in de woon- of werksfeer (Kwekkeboom 2000b). In het onderzoek uit 1996 zijn vergelijkbare vragen gesteld en ook hieruit kwam naar voren dat ruim 80% van de ondervraagden bereid is (ex-)psychiatrische patiënten te accepteren als buur of collega. Deze bereidheid neemt nog verder toe als bekend is dat de betrokken (ex-)patiënt deskundige begeleiding krijgt (Van 't Klooster 1997). De deelnemers aan de hiervoor al genoemde telefonische enquête uit 2000 werden ook twee situaties voorgelegd: de (ex-)psychiatrische patiënt als buur en als medewerker in de supermarkt waar men altijd de boodschappen doet. De uitkomsten wijzen erop dat de bereidheid tot acceptatie toeneemt naarmate de afstand tot de betrokkene ook groter is. Zo blijkt dat 66% van de respondenten (zeer) positief staat tegenover tewerkstelling in een supermarkt waar men af en toe eens komt, maar dat slechts de helft hiervan deze houding ook aanneemt tegenover een nieuwe buurman of -vrouw met een geestelijke gezondheidszorgverleden (GGZ 2000).

Met name deze laatste uitkomst geeft dus een aanzienlijker terughoudender beeld te zien dan de uitkomsten uit het onderzoek uit 1997. Dit hoeft niet per se te zeggen dat psychiatrische patiënten in die tussenliggende drie jaar minder welkom zijn geworden. Bij het onderzoek in 2000 werden meer antwoordmogelijkheden geboden, waaronder de vrij cruciale 'dat hangt ervan af'. Desalniettemin geven de verschillen in uitkomsten aanleiding om zich af te vragen of de sterkte van het draagvlak voor integratie van de psychiatrische patiënt constant gebleven is. Waar het de acceptatie als buur betreft, lag het percentage dat te kennen geeft hun instemming af te laten hangen van andere factoren, met 58 ook heel wat hoger dan het percentage waarbij het ging om acceptatie als supermarktmedewerker. Afgaande op de factoren die de instemming zouden kunnen beïnvloeden, wordt van een buurman/-vrouw met psychische problemen meer last verwacht dan van een werknemer in de supermarkt. In beide situaties overigens, heeft de mate waarin de betrokken patiënt in staat is 'normaal' gedrag te vertonen, de grootste invloed op de houding die men ten opzichte van hem of haar aanneemt (tabel 12.2).

Tabel 12.2 Attitude ten opzichte van maatschappelijke integratie van psychiatrisch patiënten en factoren die deze attitude beïnvloeden, naar situatie (in procenten)

attitude	factoren die attitude beïnvloeden	werknemer in supermarkt	buren
zeer positief		10	3
positief		56	31
(zeer) negatief		3	7
hangt ervan af		30	58
	- mate 'normaal' gedrag	61	54
	- hoe goed betrokkene ziekte onder controle heeft	34	18
	- aard van de stoornis	18	22
	- last voor respondent zelf	8	35
	- mate van begeleiding en toezicht	3	5

Bron: GGZ 2000 (SCP-bewerking)

Toelaten (ex-)psychiatrische patiënt in familiekring

Dat de afstand tot het privé-leven een belangrijke rol speelt in de acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten blijkt ook uit de gegevens hierover die in 1997 door het SCP zijn verzameld. De vragen hiernaar, die eveneens waren opgenomen in het Culturele Veranderingenonderzoek uit dat jaar, waren opnieuw replica's van vragen die ook in de bevolkingsonderzoeken uit 1976 en 1987 zijn gesteld. De letterlijke tekst van deze vragen luidde als volgt:

"Stel dat een bekende van u, bijvoorbeeld een vroegere collega of iemand uit de buurt, een jaar lang opgenomen is geweest in een psychiatrische inrichting en nu weer thuiskomt:

- Stel dat u kinderen hebt, zou u dan toestaan dat zo iemand zorgdraagt voor uw kinderen, bijvoorbeeld als onderwijzer?
- Zou u toestaan dat zo iemand met uw dochter – of iemand anders die u na staat – trouwt?
- Zou u met hem over eigen zorgen en problemen willen praten?
- Zou u toestaan dat zo iemand op uw eigen kinderen past, bijvoorbeeld als babysitter?"

De uitkomsten tonen aan dat de drempel om iemand met een verleden van geestelijke gezondheidsproblemen – ook als dit een bekende is – in het eigen privé-leven toe te laten, redelijk hoog is. Zij lijken bovendien hoger te worden naarmate de afstand tot het privé-leven kleiner wordt. Zo is meer dan de helft van de ondervraagden nog wel bereid tot acceptatie van een (ex-)psychiatrisch patiënt als onderwijzer van de kinderen. De bereidheid neemt echter al af als het gaat om het accepteren van deze (ex-)patiënt als schoonzoon of als vertrouwenspersoon. 42% zegt er in ieder geval niet zijn eigen problemen mee te willen bespreken. Een ex-psychiatrisch patiënt vragen om op de eigen kinderen te passen, stuit op de meeste weerstand: meer dan de helft zegt dit zeker niet te zullen doen (Kwekkeboom 2000b). Uit een vergelijking van de uitkomsten uit 1997 met die uit 1987 blijkt verder dat de acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten in het privé-leven in de tussenliggende tien jaar eerder af- dan toegenomen is. Ten aanzien van één aspect, het op de eigen kinderen laten passen, bleek de bereidheid zelfs onder het niveau van 1976 te liggen (tabel 12.3).⁴

Tabel 12.3 Acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten in aspecten van het privé-leven, 1976, 1987 en 1997 (in procenten)

	1976 (n = 1018)			1987 (n = 1981)			1997 (n = 2232)		
	ja	weet niet	nee	ja	weet niet	nee	ja	weet niet	nee
zou deze als onderwijzer van kind accepteren ^a	51	19	29	66	12	22	56	16	28
zou deze als schoonzoon accepteren	30	34	37	47	28	25	47	26	28
zou er eigen problemen of zorgen mee bespreken	35	13	51	50	9	41	49	10	42
zou deze als babysitter accepteren ^a	33	19	47	46	17	36	31	19	51

a De verschillen tussen 1987 en 1997 zijn significant (χ^2 , $p < 0,05$).

Bron: SCP (CUL'87, '97)

Deze uitkomsten hoeven er overigens niet zonder meer op te duiden dat de maatschappelijke acceptatie van (ex-)psychiatrische aan het tanen is. De wijzigingen in het antwoordpatroon kunnen er ook op duiden dat de respondenten wat realistischer zijn geworden in het inschatten van eigen gedragsreacties. Het simpele gegeven dat in 1987 bijna de helft van de toen ondervraagde respondenten *zegt* een (ex-)psychiatrische patiënt op de kinderen te willen laten passen, betekent natuurlijk niet dat eind jaren tachtig de helft van de bevolking dat inderdaad ook zonder enige bedenkingen *deed*. De verschillen tussen de diverse meetpunten kunnen dan ook net zo goed worden verklaard uit veranderde opvattingen over sociale wenselijkheid. Misschien was het anno 1997 meer geaccepteerd om uiting te geven aan een zekere terughoudendheid ten opzichte van mensen met een verleden in de psychiatrie dan dat dit tien jaar eerder het geval was.

Hoewel de antwoorden op de vier vragen onderling uiteenlopen, vormen de ontwikkelingen tussen de meetpunten 1987 en 1997 voor alle vragen wel eenzelfde patroon. Daarom is, met behulp van een 'Reliability'-analyse nagegaan of de vier items onderling schaalbaar zouden zijn. Dit bleek inderdaad zo te zijn (*alpha's*: voor 1987 .8 en voor 1997 .7), zodat de uitkomsten zijn samengevoegd tot één maat voor acceptatie. Zoals uit de hiervoor gepresenteerde gegevens al kon worden afgeleid, blijkt de algehele acceptatie van mensen met psychische problemen in 1997 afgenomen ten opzichte van 1987. Een vergelijking van gemiddelden voor diverse achtergrondvariabelen van de respondenten leert dat met name de leeftijd, het opleidings- en het inkomensniveau van invloed zijn op de mate waarin men bereid is ex-psychiatrische patiënten in het eigen leven toe te laten. Voor de overige achtergrondvariabelen is de samenhang met de attitude verschillend en niet in beide onderzoeksjaren significant (tabel 12.4).

De antwoordpatronen wijzen er ook op dat de gestelde vragen een zekere onderlinge hiërarchie zouden kunnen hebben. Met hiërarchie wordt hier bedoeld dat de vragen in een stijgende lijn van 'moeilijkheidsgraad' geplaatst zouden kunnen worden. Daarbij zou een positief antwoord op de 'gemakkelijkste' vraag niet onmiddellijk hoeven te betekenen, dat ook een 'moeilijkere' vraag positief beantwoord wordt. Een positief antwoord op de 'moeilijkste' vraag echter, maakt de kans op eenzelfde antwoord op de 'gemakkelijkere' vragen groot. Of er tussen de vier items een dergelijke ordening bestaat, is nagegaan met behulp van de Mokkenschaaanalyse. De uitkomsten van deze analyse geven aan dat voor drie van de vier vragen inderdaad een onderlinge hiërarchie is vast te stellen; namelijk de vragen 1, 3 en 4. Deze drie items vormen tezamen een behoorlijk sterke schaal voor acceptatie (zowel in 1987 als in 1997 was $H = 0.4$). Bij de eerste berekening bleek dat in 1987 alle vier de items in onderlinge hiërarchie te schalen waren. De waarde van H was echter slechts 0,46, wat erop wees dat het hier om een redelijk zwakke schaal zou gaan. Omdat bij de berekeningen bleek dat item 2 in 1997 niet in een schaal kon worden opgenomen, is voor 1987 een nieuwe berekening uitgevoerd op de overige drie items; wat dus een weliswaar kleinere, maar sterkere schaal opleverde. De volgorde in 'moeilijkheidsgraad' is daarbij als volgt (aflopend): de ex-psychiatrische patiënt als babysitter, als aangetrouwd familielid, als onderwijzer. De uitkomsten uit beide jaren wijzen erop dat men er in het algemeen minder moeite mee heeft om een ex-psychiatrisch patiënt als onderwijzer buitenshuis te accepteren dan om deze in

huis te halen als aangetrouwd familielid of babysitter. Verder lijkt de bereidheid om met een ex-psychiatrisch patiënt over de eigen problemen te praten, los te staan van de bereidheid deze een redelijk belangrijke rol te laten spelen in het leven van een (wellicht kwetsbare) naaste.

Tabel 12.4 Mate van acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten in het privé-leven, naar diverse achtergrondvariabelen, 1987 en 1997^a (in schaalgemiddelden)

		1987	1997
totale bevolking		7,1	7,7
inkomensklassen	laagste drie octielen	7,3	8,0
	middelste drie octielen	7,2	7,3
	hoogste twee octielen	6,6	7,1
urbanisatiegraad	grote stad	n.s.	7,6
	middelgrote stad		7,6
	verstedelijkt platteland		7,8
	overig platteland		8,0
landsdelen	noord	6,8	n.s.
	oost	7,1	
	west	7,1	
	zuid	7,4	
opleidingsniveau	laag	7,8	8,4
	midden	7,0	7,7
	hoog	6,5	6,8
burgerlijke staat	gehuwd	7,1	n.s.
	ongetrouwd	7,7	
	gescheiden/weduw(naar)e	7,7	
leeftijdsklasse	< 30 jaar	6,9	7,8
	30–39	6,7	7,3
	40–49	6,8	7,1
	50–59	7,4	7,7
	60 jaar en ouder	8,1	8,3
geslacht		n.s.	n.s.

a De schaal voor acceptatie loopt van 1 (= zeer hoge mate van acceptatie) tot 12 (= zeer lage mate van acceptatie). De hier opgegeven waarden zijn gemiddelden voor de categorieën; alleen waarden die significant ($p < 0,05$) verschillen van het gemiddelde voor de gehele bevolking, zijn opgenomen.

Bron: SCP (CUL'87, '97)

Bereidheid tot hulpverlening

In de community-caregedachte gaat het niet alleen om de (passieve) acceptatie van langdurig zorgafhankelijken, in casu psychiatrische patiënten, als volwaardig lid van de samenleving. De ideologie gaat er, zoals hiervoor al is opgemerkt, ook van uit dat

de samenleving bereid is om haar zwakkere leden als het nodig is ook zelf opvang en begeleiding te bieden. In 1999 zijn in het Culturele Veranderingsonderzoek van het SCP enige vragen naar deze hulpbereidheid opgenomen. Uit de antwoorden blijkt enerzijds dat slechts een klein deel van deze respondenten in het geheel niet bereid is om mensen met psychische problemen te helpen bij bijvoorbeeld huishoudvoering, administratieve zaken of het onderhouden van sociale contacten. Anderzijds zegt 6 op 10 van hen deze hulpbereidheid te beperken tot de eigen familie (tabel 12.4). Uit een analyse naar achtergrondvariabelen blijkt, dat mate tot hulpbereidheid alleen samenhangt met het geslacht van de respondenten: vrouwen zeggen iets vaker hulp te zullen geven dan mannen. Het geslacht van de hulpvrager speelt daarbij eveneens een (kleine) rol: de hulpbereidheid van de vrouwen wordt (nog) groter als degene die om hulp vraagt ook een vrouw is (niet in tabel). Van veel groter invloed dan het geslacht van hulpvrager of -gever is echter het al of niet zelf in familiekring ervaring hebben met iemand met psychische problemen. Bekendheid met psychische problematiek draagt er niet alleen toe bij dat de hulpbereidheid in het algemeen toeneemt, maar ook dat deze hulpbereidheid zich niet alleen beperkt tot de eigen familiekring. Mensen die zeggen iemand met psychische problemen in de familiekring te kennen zijn significant vaker bereid een ieder met psychische problemen hulp te geven (tabel 12.5).

Tabel 12.5 Bereidheid tot het geven van hulp bij psychische problemen, naar mate van bekendheid hiermee in eigen kring (in procenten)

	kent in familie iemand met		kent niemand met
	gehele bevolking	psychische problemen	psychische problemen
nee, zou geen hulp geven	5	2	7
zou alleen eigen familielid hulp geven	60	56	64
zou iedereen met psychische problemen hulp geven	35	42	30
(n)	(1502)	(394)	(764)

Bron: SCP (CUL'99)

12.3 Maatschappelijke draagkracht

Beeldvorming

De hiervoor besproken onderzoeksresultaten laten zien dat men ook bij een positieve houding ten opzichte van mensen met psychische problemen aan grenzen gebonden blijft waar het een volledige acceptatie van zo iemand als gelijkwaardig lid van de samenleving betreft.⁵ Zij zeggen dan ook niet alleen iets over het draagvlak voor het integratiebeleid in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook over de draagkracht van de samenleving hiervoor. De neiging om aan de acceptatie voorwaarden te verbinden én het gegeven dat de bereidheid tot opname in de privé-kring relatief gering is, wijzen er immers op dat de leden van de samenleving zichzelf niet goed in staat achten – en dit misschien ook niet zijn – om (intensief) contact te hebben met iemand die psychische problemen heeft of heeft gehad. De uitkomsten wijzen er tevens op dat aan het hebben van psychische problematiek ook het vertonen van afwijkend gedrag wordt gekoppeld.

Het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg mag er dan aan bijgedragen hebben dat mensen in hun dagelijks bestaan vaker in aanraking komen met psychiatrische patiënten, het heeft niet tot gevolg gehad dat deze patiënten 'gewoon' gevonden worden.

Uit begin jaren tachtig gehouden 'foto-interviews' kwam al naar voren dat psychiatrische problematiek sterk wordt geassocieerd met uiterlijke kenmerken (slordige kleding, ongekamde haren) en de kans op agressief en gevaarlijk gedrag (Holman en Spanjersberg 1986). Ook uit meer recent gehouden bevolkingsonderzoek komt naar voren dat 'de psychiatrische patiënt' afwijkend gedrag wordt toegeschreven en dus niet als een normaal mens wordt beschouwd. Van de deelnemers aan een in 1997 gehouden schriftelijke enquête over de beeldvorming rond psychiatrische patiënten, was driekwart van mening dat een van de consequenties van een psychiatrische ziekte 'agressiviteit' is. Bijna een kwart meende dat psychiatrische patiënten overlast veroorzaakten en een derde vond dat zij zichzelf verwaarloosden. Negatieve opvattingen over de (gedrags)consequenties van psychische stoornissen hingen ook significant samen met de neiging tot sociale distantie (Modde et al. 1998: 25, 43).

De uitkomsten van de in 2000 gehouden telefonische enquête geven een iets positiever beeld, maar ook hieruit blijkt dat 'men' psychiatrische patiënten moeilijk in de omgang vindt. 39% van de deelnemers noemde 'teruggetrokkenheid' als oorzaak hiervoor, 16% meende dat psychiatrische patiënten lastig aanspreekbaar waren en 15% schreef hun agressief gedrag toe. 13% noemde hen onvoorspelbaar (GGZ 2000). 14% van de deelnemers meende een psychiatrisch patiënt altijd aan het uiterlijk te kunnen herkennen, 38% dacht dat dat soms het geval zou zijn. Met name de oogopslag, verbaal gedrag en de motoriek van mensen worden gezien als een indicator voor een psychische stoornis (tabel 12.6).

Tabel 12.6 Herkenbaarheid psychiatrische patiënten aan uiterlijke kenmerken (in procenten)

is psychiatrisch patiënt aan uiterlijk herkenbaar?	ja	14
	soms	38
	nee/weet niet	48
waaraan is psychiatrisch patiënt herkenbaar? (meerdere antwoorden mogelijk)	oogopslag	40
	verbaal bedrag	36
	motoriek	36
	verwarde indruk	27
	persoonlijke hygiëne	15
	introvert gedrag	5
(n)		(750)

Bron:GGZ-Nederland 2000

Het beeld dat men van psychiatrische patiënten heeft, wordt overigens sterk bepaald door de persoonlijke ervaringen. Zo blijkt dat respondenten die hadden opgegeven zelf intensief contact te hebben (gehad) met een psychiatrisch patiënt, relatief vaker (50%) de oogopslag als herkenningsmoment noemen en relatief minder vaak (18%) meenden dat psychiatrische patiënten herkenbaar zijn aan hun verwarde gedrag (GGZ 2000).

Invloed bekendheid met psychiatrische patiënten

Eerdere ervaringen met psychiatrische patiënten blijken ook van invloed op de bereidheid tot acceptatie en toelating tot de privé-wereld. Zo vinden Nijhof en Hosman in 1976 (zwakke) aanwijzingen dat de neiging om afstand te houden tot (ex-)psychiatrische patiënten minder groot was bij mensen die in hun omgeving iemand kennen met psychische problemen (Nijhof en Hosman 1980). Deze bevindingen worden bevestigd door het onderzoek naar beeldvorming uit 1997, waaruit eveneens naar voren komt dat mensen zonder ervaring in de psychiatrie een grotere afstand willen bewaren dan mensen die deze ervaring wel hebben (Modde et al. 1997: 54).⁶ Deze uitkomsten lijken het spiegelbeeld van de bevindingen in hoofdstuk 11, waar leden van het persoonlijke netwerk van psychiatrische patiënten te kennen gaven dat hun ervaringen ertoe bijgedragen hadden dat zij de eigenaardigheden van andere mensen beter hadden leren accepteren. Blijkbaar draagt de wetenschap dat psychische problematiek niet per definitie ontaardt in zelfverwaarlozing en gevaarlijk gedrag, bij aan een opener houding tegenover anderen die niet helemaal 'gewoon' zijn.

Uit de onderzoeksgegevens over de hulpbereidheid blijkt eveneens dat bekendheid met psychische problemen en de uitingsvormen daarvan bijdraagt aan de bereidheid om hulp te geven. Om na te gaan of en in hoeverre deze bereidheid ook inderdaad leidt tot het verlenen van hulp, zijn hierover ook enige vragen opgenomen in de versie van het Cultureleveranderingenonderzoek uit 1999. Daarvoor is eerst gevraagd of men zelf iemand kent die dusdanige psychische problemen heeft, dat hiervoor professionele hulp is ingeroepen. In een vervolgvraag is een aantal potentiële hulpsituaties voorgelegd, met het verzoek aan te geven of men de psychisch zieke bekende hierin weleens heeft bijgestaan. Uit de antwoorden blijkt dat de hulp die geboden wordt sterk bepaald wordt door de aard van de relatie die men met de persoon met problemen onderhoudt (tabel 12.7). Naast familieleden (zie ook het vorige hoofdstuk) blijken ook buren met psychische problemen relatief vaak hulp bij de huishouding te krijgen. Vrienden, collega's en kennissen helpt men vooral door over de problemen te praten, waarbij vrienden ook een beroep kunnen doen op steun bij sociale activiteiten, zoals museum- of tentoonstellingsbezoek of sportbeoefening.

Verder blijkt, niet verwonderlijk, dat hoe verder de bekende met problemen af staat van het privé-leven van de respondent, hoe minder hulp deze krijgt. De buren wonen duidelijk op de grens van dit privé-domein: zij krijgen weliswaar minder hulp dan de eigen familie of vrienden, maar gemiddeld wel heel wat meer dan de collega of kennis.⁷

Bij de antwoorden in tabel 12.7 moet wel worden aangetekend dat het hier om zelf gerapporteerd gedrag over het *geven* van hulp aan mensen met psychische problemen gaat. Over het *ontvangen* van hulp bij dergelijke problemen is uit bevolkingsonderzoek weinig bekend. De weinige gegevens die hierover beschikbaar zijn, wijzen erop dat praktische hulp bij bijvoorbeeld huishoudvoering en persoonlijke verzorging toch vooral afkomstig is van familieleden en huisgenoten. Buren en vrienden spelen alleen bij alleenwonenden een belangrijke rol in de zorgverlening (Timmermans 2001a).⁸

Tabel 12.7 Bekend met psychische problemen in eigen familie- en kennissenkring, en soort verleende hulp, naar aard van de relatie (in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)

	familie	vriend(in)	collega	buurman/ vrouw	kennis	iemand anders	nee
kent iemand met psychische problemen	26	10	5	3	11	4	52
heeft hulp geboden door:							
over problemen te praten	76	95	85	87	70	70	
te vergezellen bij bezoek							
hulpverlener in te schakelen	43	28	13	37	17	37	
hulp bij huishouding	50	44	27	54	29	31	
hulp bij administratieve zaken	35	31	25	21	27	22	
begeleiding bij sociale activiteiten	46	57	33	37	36	36	
(n)	(417)	(159)	(75)	(52)	(183)	(67)	(840)

Bron: SCP (CUL'99)

Bij het praten over psychische problemen blijken vrienden en kennissen wel een grotere rol te spelen, zo blijkt uit de antwoorden op een vraag hiernaar aan mensen die vanwege psychische problematiek arbeidsongeschikt zijn verklaard. Toch zijn het ook hier de partner en, op afstand, andere familieleden die het vaakst genoemd worden als degenen met wie men de problemen had besproken (tabel 12.8).

Tabel 12.8 Mogelijkheid om over problemen te praten voor mensen die in verband met psychische ziekten arbeidsongeschikt zijn verklaard (in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)

kan over problemen praten		23
praat hierover met:	partner	70
	ouders/schoonouders	22
	kinderen/schoonkinderen	20
	andere familieleden	47
	vrienden/collegaë/kennissen	45
(n)	(756)	(174)

Bron: SCP (AVO'99)

De belangwekkendste uitkomst in tabel 12.8 lijkt echter veeleer te zijn dat waar minstens driekwart van de bevolking zegt een luisterend oor te hebben geboden voor de psychische problemen van een ander, nog geen kwart van degenen die deze problemen hebben, zegt een dergelijk oor te hebben gevonden. De beleving van het hulp geven, blijkt nogal te verschillen van die van het hulp krijgen.

Georganiseerde vriendendiensten

Naast de spontane, ongeorganiseerde hulp van leden van de samenleving is er natuurlijk ook de georganiseerde hulpverlening via het vrijwilligerswerk. Een van de meest in het oog lopende vormen van vrijwilligerswerk ten behoeve van mensen met psychische problemen is het zogenoemde maatjesproject, ook wel vriendendienst genoemd.

Het gaat hier om vrijwilligersprojecten, die onder meer gericht zijn op de sociale ondersteuning van zelfstandig wonende mensen met psychiatrische problemen. De geboden ondersteuning bestaat vooral uit het gezamenlijk ondernemen van voornamelijk recreatieve activiteiten: kopje koffie drinken, bioscoop bezoeken, fietstocht maken, enzovoort. Uit een inventarisatie van de diverse maatjesprojecten en vriendendiensten die in den lande worden gestart, blijkt dat aantal initiatieven snel groeit en dat daarbij een breed scala aan organisaties bij betrokken is (Glissenaar en Reijn 1999). De 'maatjesdiensten' zijn inmiddels zo bekend en staan zo goed aangeschreven dat in 2001 besloten is om de opbrengst van de verkoop van het eerste 'maatje' haring te schenken aan deze vrijwilligersactiviteit.⁹

Het initiatief voor het eerste maatjesproject in de geestelijke gezondheidszorg werd genomen in de Amsterdam Oud-West. Het was bedoeld om een oplossing te vinden voor het sociale isolement waarin zelfstandig wonende psychiatrische patiënten dreigden te raken (Van Erp en Geelen 1997). Het idee voor een maatjes- of vriendenproject in de geestelijke gezondheidszorg sloeg aan en heeft snel brede navolging gekregen. Drie jaar na de start in Amsterdam waren er over heel Nederland verspreid al 15 projecten van start gegaan en waren er evenveel in voorbereiding (Van Erp en Geelen 1997). Nog weer een jaar later was het aantal projecten al gegroeid tot 36. De snelle groei van het aantal vriendendiensten was aanleiding voor de oprichting van een landelijk netwerk, waarbinnen ervaringen kunnen worden uitgewisseld en deskundigheid kan worden overgedragen (Glissenaar en Reijn 1999: 163 e.v.).

Uit evaluatieonderzoek van maatjesprojecten blijkt weliswaar dat het aanbod goed aan de vraag voldoet, maar dat het erg moeilijk blijkt voldoende geschikte vrijwilligers te werven en vast te houden (Kruiswijk, Corstens en Willems 1997: 77). Het verloop onder de vrijwilligers die de strenge selectie doorkomen – 40% van de geïnteresseerden vallen af – blijkt hoog te zijn. Een groot deel van de vrijwilligers haakt af omdat de vriendendienst niet aan de verwachtingen voldeed: het contact was niet wat men zich ervan had voorgesteld; het maatjeschap kostte meer tijd dan verwacht; men raakt meer betrokken bij de problemen van het maatje dan men gewent vond, enzovoort. Het gevolg van het vrijwilligerstekort is wel dat er inmiddels wachtlijsten met aanvragers zijn ontstaan. De snelle groei van het aantal projecten gepaard aan de hiervoor genoemd oorzaken voor het snelle verloop onder de vrijwilligers duidt erop dat de bereidheid om mensen met psychische problemen te steunen weliswaar groot is, maar dat de draagkracht van de vrijwilligers vaak toch niet groot genoeg is om de steun vol te houden.

Het gaat in veel gevallen uiteindelijk toch om een vrij eenzijdige relatie, waarin nauwelijks sprake is van reciprociteit, ook niet op termijn. Dergelijke eenzijdige relaties zijn meestal niet stabiel, met als gevolg dat zij uiteindelijk zullen ophouden te bestaan (Janssen 1992: 25).

Problemen met het vrijwilligersbestand is echter niet het enige waar de maatjesprojecten mee te kampen hebben. De positieve waardering lijkt slechts zelden vertaald te worden in structurele financiële steun van bijvoorbeeld de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of de lokale overheden.¹⁰

12.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is aan de hand van een beperkte hoeveelheid onderzoeksgegevens nagegaan hoe de samenleving denkt over het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. Ook is ingegaan op de zelf gerapporteerde bereidheid tot acceptatie van de (ex-)psychiatrische patiënt in samenleving en familiekring; op het beeld dat mensen van psychiatrische patiënten hebben en op de daadwerkelijk door de samenleving gegeven hulp.

Wel steun, maar onder voorwaarden

Uit de resultaten van diverse bevolkingsonderzoeken kan worden afgeleid dat er in de samenleving een redelijk breed draagvlak bestaat voor een geestelijke gezondheidszorgbeleid dat zich richt op het voorkomen van opnamen en op een zo gewoon mogelijke deelname van de psychiatrische patiënt aan de samenleving. Het percentage onder de bevolking dat dit beleid sterk afwijst, lijkt sinds eind jaren tachtig van de vorige eeuw weliswaar iets te zijn toegenomen, maar komt nog altijd niet hoger dan circa 5%. Deze steun voor het beleid vertaalt zich ook in een relatief grote bereidheid tot acceptatie van de (ex-)psychiatrische patiënt als buur of als collega. Deze bereidheid lijkt echter wel afhankelijk te worden gesteld van de mate waarin de betrokkene zich 'normaal' gedraagt en geen 'overlast' geeft. Uit vragen naar de bereidheid om een (ex-)psychiatrisch patiënt in diverse rollen in het privé-leven toe te laten, komt echter een grotere reserve naar voren. Deze reserve lijkt bovendien groter te zijn dan tien jaar geleden. Eenzelfde reserve doet zich ook voor bij het zelf willen bieden van hulp aan onbekende psychiatrische patiënten. Slechts een derde van de bevolking geeft desgevraagd te kennen iedereen die in verband met psychische problemen hulp nodig heeft, te willen helpen. Gaat het om een familielid dat om deze reden om hulp vraagt, dan stijgt de hulpbereidheid tot bijna het dubbele.

Wel hulp, maar ook onder voorwaarden

De gegevens over het beeld dat 'men' heeft over 'de' psychiatrische patiënt tonen aan dat er dan wel steun bestaat voor een zo 'gewoon' mogelijk leven van deze patiënt, maar dat deze zelf niet als 'gewoon' wordt gezien. Daarbij moet worden aangetekend dat persoonlijke ervaringen met mensen met psychische problemen deze beeldvorming wel bijstellen. Dit verklaart wellicht ook dat de bereidheid om mensen met psychische problemen te accepteren of om hen te helpen, groter is onder degenen die al eerder met psychiatrische problemen te maken hebben gehad. Ook in de daadwerkelijke hulpverlening blijkt de relationele afstand tot de patiënt een rol te spelen. Familieleden, vrienden en burens met psychische problemen worden eerder en frequenter geholpen dan collega's of kennissen.

Het bestaan van een relationele band is blijkbaar een voorwaarde voor het kunnen en willen helpen van iemand met psychische problemen. Het ontbreken van een dergelijk informele relatie is wellicht de reden dat de vrijwilligers in de maatjesprojecten of vriendendiensten, ondanks hun bereidwilligheid en enthousiasme, vaak vervroegd en teleurgesteld afhaken.

Sterkte draagvlak en draagkracht afhankelijk van individuele ervaringen

Al met al lijkt de sterkte van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid sterk aan beperkingen gebonden te zijn. De samenleving stemt in met het beleid, mits zij er zelf geen last van heeft. De mate waarin last wordt ervaren, hangt niet alleen samen met het gedrag van de psychiatrische patiënt zelf, maar vooral ook met de ervaringen die men zelf met dergelijke patiënten heeft. Kennis van psychische problematiek en de verschijningsvormen ervan dragen bij aan een grotere tolerantie. Zij dragen eveneens bij aan een grotere bereidheid tot hulpverlening.

De mogelijkheden voor een community care voor mensen met psychische problemen lijkt dus af te hangen van de mate waarin de leden van de samenleving ervaring hebben opgedaan met psychiatrische problematiek en de verschijningsvormen daarvan. Maar ook dan worden familieleden, vrienden en burens eerder geaccepteerd en geholpen dan psychiatrische patiënten met wie eerder geen relatie bestond.

Noten

- 1 Dit verschil kan wellicht (voor een deel) verklaard worden door de wijze van vragen; mensen zijn wellicht sneller geneigd om met een uitspraak in te stemmen dan deze af te wijzen, ongeacht de strekking van de uitspraak zelf.
- 2 In 1976 ging het om een onderdeel van een omnibusenquête, uitgevoerd door de Nederlandse Stichting voor de Statistiek. In 1987 waren deze vragen opgenomen in de toen gehanteerde versie van het Culturele Veranderingenonderzoek. Over beide onderzoeken is apart gepubliceerd in Nijhof en Hosman 1980 en Mootz 1990. Het onderzoek uit 1987 is opgezet als een zo goed mogelijke replica van dat uit 1976; in het artikel van Mootz worden daarom ook de ontwikkelingen tussen 1976 en 1987 beschreven.
- 3 De ruwe data uit het onderzoek uit 1976 waren niet meer te achterhalen. Zij zijn daarom niet in de eigen berekeningen opgenomen. Waar gegevens uit dat jaar in tabellen worden weergegeven, gaat het om overname van de opgegeven aantallen en percentages uit de artikelen van Nijhof en Hosman 1980 respectievelijk Mootz 1990.
- 4 De vragen die over de acceptatie zijn gesteld hadden, zoals hiervoor al is aangegeven, betrekking op een (hypothetische) bekende van de respondent. Op basis van het hiervoor beschikbare materiaal kan niet worden vastgesteld hoe de vragen zouden zijn beantwoord als het om iemand ging met wie men eerder geen contact gehad heeft. Verderop in het hoofdstuk wordt aangetoond dat de houding ten opzichte van psychiatrische patiënten (in positieve zin) beïnvloed wordt door eerdere ervaringen met dergelijke patiënten. Op basis hiervan kan verondersteld worden dat de bereidheid tot acceptatie van een onbekende kleiner zal zijn.
- 5 Deze discrepantie tussen 'theoretische' en 'daadwerkelijke' acceptatie doet zich overigens niet alleen voor in de houding ten opzichte van psychiatrische patiënten. Uit onderzoek naar de maatschappelijke integratie van verstandelijk gehandicapten blijkt eveneens dat een groot deel van de bevolking wel instemt met het beleidsdoel dat verstandelijk gehandicapten (meer) deel uit zouden moeten maken van de samenleving, maar dat dit niet betekent dat deze mensen ook als gelijke behandeld worden (Overkamp 2000: 246 e.v.).
- 6 Dit is overigens geen typisch Nederlandse ervaring, ook diverse onderzoeken naar beeldvorming rond (om.) psychiatrische patiënten leert dat contacten met deze mensen de stigmatisering vermindert en de bereidheid tot acceptatie vergroot, zie bijvoorbeeld Wolff et al. 1996.
- 7 Deze uitkomsten staan enigszins haaks op de uitkomst uit het onderzoek onder verzorgers van psychiatrische patiënten, waaruit juist naar voren kwam dat de betrokken patiënten vrij weinig contact hadden met hun eigen burens. Onderzoek naar informele hulp in verband met (vooral) somatische problematiek bevestigt echter weer het belang van de burenhulp, vooral aan alleenstaanden (Timmermans 2001a: 17-180).
- 8 Of de behoefte aan deze hulp alleen voortkwam uit psychische problemen en of deze problemen tijdelijk of langdurig waren, is echter niet bekend. De opzet van de bevolkingsonderzoeken die als bron zijn gebruikt, leent zich er niet voor dergelijk onderscheid te maken.
- 9 Uit de inventarisatie van de door diverse typen actoren geboden voorzieningen op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis' bleek ook al dat een groot deel van deze actoren op een of andere manier betrokken was bij dergelijke maatjesprojecten (tabel D1)
- 10 Ingezonden brief coördinator Landelijk Netwerk Vriendendiensten in *Psy* (2001) 8

13 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN DE BUURLANDEN: ENGELAND EN ZWEDEN

13.1 Inleiding

Ideaal niet gerealiseerd

In Nederland bestaat, zo is gebleken, een redelijk breed draagvlak voor het algemene uitgangspunt van het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid: een zo gewoon mogelijk leven voor mensen met psychiatrische problemen. Toch blijkt het niet zo eenvoudig te zijn om in de praktijk aan dit uitgangspunt vorm te geven. Ondanks hun steun voor het beleid komen de diverse instellingen voor hulp- en dienstverlening er niet toe intensief en structureel met elkaar samen te werken en zo een integraal en samenhangend voorzieningenaanbod te ontwikkelen. Mede daardoor blijft het aanbod aan voorzieningen op juist de meest 'gewone' levensterreinen, wonen en werk, achter. Familie en vrienden leveren aanzienlijke inspanningen om psychiatrische patiënten in staat te stellen zelfstandig te wonen, maar dreigen daarbij hun eigen grenzen te overschrijden. Ondanks hun zorg blijkt voor een belangrijk deel van deze patiënten bovendien een 'gewone' maatschappelijke participatie niet haalbaar te zijn. De samenleving zelf blijft psychiatrische patiënten meer of minder ernstige vormen van afwijkende gedrag toeschrijven en heeft er daarom moeite mee hen in 'gewone' rollen toe te laten in hun eigen privéleven. Al met al lijkt het 'zo gewoon mogelijke leven' voor de psychiatrische patiënt meer een breed gedragen ideaal dan een dagelijkse werkelijkheid.

Nu is in Nederland naar verhouding pas vrij laat de formele stap gezet naar de deinstitutionalisering in de geestelijke gezondheidszorg en naar de maatschappelijke (re)integratie van psychiatrische patiënten. Wellicht hebben noch de institutionele, noch de sociale betrokkenen bij het vermaatschappelijkingsbeleid voldoende tijd gehad om op de van hen gevraagde veranderingen in te spelen. Mogelijk ook heeft de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg, die diverse bestuurlijke en organisatorische obstakels voor integrale beleidsontwikkeling kent, de veranderingsprocessen vertraagd. Voordat in het volgende en laatste hoofdstuk geprobeerd zal worden om een antwoord te geven op het laatste deel van de centrale vraagstelling van het onderzoek – "Hoe zouden, indien nodig, draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg vergroot kunnen worden?" – zal daarom in dit hoofdstuk eerst worden nagegaan of en in hoeverre deze Nederlandse omstandigheden de steun voor en uitvoering van dit beleid beïnvloeden.

Voorbeeldfunctie buurlanden

Om na te gaan of het uitblijven van het vermaatschappelijkingsideaal inderdaad door typisch Nederlandse factoren verklaard zou kunnen worden, is ook een verkenning uitgevoerd naar het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Engeland en Zweden. Voor deze landen is gekozen omdat ook daar gestreefd wordt naar extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke integratie van (ex-)psychiatrische patiënten en er, door een eerdere start, meer ervaring mee is opgedaan.

Engeland en Zweden kennen beide een met die in Nederland vergelijkbare cultuur en traditie, ook waar het de rol van de overheid op het terrein van de (gezondheids)zorg betreft. In feite hebben, zeker waar het de structuur van deze sector betreft, deze landen als voorbeeld gediend voor het in Nederland te voeren (overheids)beleid. In de *Structuurnota Gezondheidszorg* worden zowel Groot-Brittannië als de Scandinavische landen genoemd als inspiratiebron voor de in deze nota voorstelde echelonnering en regionalisering van het toenmalige zorgstelsel (TK 1973/1974). Ook nadien zijn zowel Groot-Brittannië als Scandinavië regelmatig als voorbeeld genomen, met als gevolg dat veel in Nederland gebruikelijke voorzieningen en maatregelen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg een Britse of Scandinavische evenknie hebben. Er zijn echter ook verschillen; juist waar het bijvoorbeeld de financiering en verdeling van verantwoordelijkheden betreft. In beide landen is verder vrij recent een beleidswijziging doorgevoerd, specifiek om de hiervoor beschreven doelen van het geestelijke gezondheidszorg dichterbij te brengen. Onderdeel van deze wijziging is een verandering in de verdeling van de verantwoordelijkheden, gebruikmakend van de mogelijkheden die het vigerende gezondheidszorgsysteem biedt. Een beschrijving van het in beide landen gevoerde beleid, de problemen die zich hierin voordeden en de oplossingen die daarvoor gekozen werden, kan mogelijk handvatten bieden voor het Nederlandse beleid.¹

Opbouw hoofdstuk

Omdat in beide onderzochte landen een wijziging in het geestelijke gezondheidszorgbeleid heeft plaatsgevonden, zal voor de beschrijving ervan tot op zekere hoogte eenzelfde stramien kunnen worden gevolgd. De wijzigingen zijn echter niet in beide landen op hetzelfde moment doorgevoerd, dus zij bevinden zich nu in uiteenlopende fasen in het veranderingsproces. De effecten van de veranderingen zijn dan ook niet in beide landen al even goed zichtbaar. Per besproken land waren bovendien niet altijd dezelfde of vergelijkbare informatiebronnen beschikbaar. Een en ander heeft er onvermijdelijk toe geleid dat in de beschrijvingen niet altijd aan dezelfde onderwerpen evenveel aandacht kon worden besteed.

In dit hoofdstuk zal per land eerst – voorzover de beschikbare gegevens dit toelaten – ingegaan worden op vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Daarna zal aan de hand van een beschrijving van de voorgeschiedenis van het geestelijke gezondheidszorgbeleid een beeld worden geschetst van de situatie op het moment van de (voorgenomen) beleidswijziging. Vervolgens zal worden ingegaan op de aard van deze wijziging en de effecten daarvan zoals deze uit commentaar en onderzoek naar voren komen. Het hoofdstuk zal worden afgesloten met een cross-nationale vergelijking van het beleid in Nederland, Engeland en Zweden. In deze vergelijking zal specifiek aandacht worden gegeven aan de overeenkomsten en verschillen in de bestuurlijke systemen en de steun voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid in de sociale omgeving van de psychiatrische patiënt. Wat voor het Nederlandse beleid kan worden geleerd van de ervaringen in deze buurlanden zal vervolgens in de slotbeschouwing worden besproken.

13.2 Engeland²

13.2.1 *Vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg*

Het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Engeland wordt in hoge mate centraal bepaald en is daarom op hoofdlijnen hetzelfde voor alle vier landen in Groot-Brittannië. De landen lopen onderling echter wel uiteen in onder meer bevolkingsomvang en -samenstelling en kennen verder enige verschillen in organisatie van het voorzieningenaanbod en in wetgeving op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Het zou te ver voeren om in deze studie het geestelijke gezondheidszorgbeleid in alle delen van Groot-Brittannië te bespreken. Daarom is gekozen voor een beperking tot het land met het grootste inwoneraantal (ruim 49 miljoen inwoners) en de hoogste bevolkingsdichtheid (ca. 400 inwoners per km²): Engeland. In dit land is het aanbod aan gezondheidszorg grotendeels in handen van de National Health Service (NHS) en zijn de lokale overheden verantwoordelijk voor de zogenoemde 'social services', de maatschappelijke dienstverlening inclusief thuiszorg (McCulloch, Muijen en Harper 1999).

In de afgelopen decennia is de behoefte aan (intensieve) geestelijke gezondheidszorg sterk toegenomen. Zo steeg het aantal opnamen (vrijwillig en gedwongen) tussen 1984 en 1995 van ruim 208.000 tot bijna 240.000 per jaar. De duur van de opnamen neemt tegelijkertijd af: begin jaren negentig ging het in 65% van de gevallen om opnamen die nog geen maand duurden en was slechts 10% van de patiënten langer dan drie jaar opgenomen. In combinatie met een daling van het aantal beschikbare bedden in de psychiatrische ziekenhuizen brengt dit met zich mee dat deze bedden intensiever gebruikt worden (Thornicroft en Goldberg 1998a; McCulloch, Muijen en Harper 1999).

Deze vermindering aan intramurale capaciteit is niet gepaard gegaan met een verruiming van het aanbod aan plaatsen dagbehandeling. Wel is sinds eind jaren tachtig het aantal nieuwe plaatsingen met 13% gegroeid (van 56.000 tot 72.000), wat opnieuw duidt op een intensiever gebruik van het aanbod.

In tegenstelling tot de intramurale zorg heeft de ambulante zorg wel een capaciteitsuitbreiding gekend. Eind jaren negentig kende Engeland daardoor naar schatting ruim 800 Community Mental Health Teams, gemiddeld dus een team per 60.000 inwoners. Ook het beroep hierop is de afgelopen jaren sterk toegenomen – inmiddels zouden zo'n 600.000 mensen per jaar in aanmerking komen voor intensieve, ambulante zorg (Thornicroft en Goldberg 1998b) –, zodat ondanks de groei van het aanbod, een groot deel van de ambulante voorzieningen overbelast is. Mede als gevolg hiervan kunnen deze CMHT's niet altijd voorzien in continue zorgverlening. De door de lokale overheden geëxploiteerde dagcentra kunnen, ondanks een groei van 74% sinds de jaren tachtig (van 8.700 tot 15.000 plaatsen) dit gat niet vullen (Thornicroft en Goldberg 1998a; McCulloch, Muijen en Harper 1999).

13.2.2 *De voorgeschiedenis, 1945-1997*

Geestelijke gezondheidszorg onderdeel National Health Service (NHS)

De basis voor het huidige Engelse gezondheidszorgsysteem is in 1945 gelegd door de oprichting van de NHS. Deze voorziet in een voor elke inwoner gratis toegankelijk aanbod aan gezondheidszorgvoorzieningen dat zowel de eerstelijns- als tweede- en

derdelijnszorg omvat. Het aanbod wordt gefinancierd uit belastinginkomsten en kent een sterk centraal bestuur. Het plaatselijke aanbod wordt echter vooral vastgesteld door lokale 'health authorities', die bestuurd worden door door de centrale overheid benoemde professionals en leken. Van deze health authorities, waarvan de werkgebieden in het algemeen 250.000 tot 1 miljoen inwoners omvatten, wordt verwacht dat zij bij de ontwikkeling van het gezondheidszorgaanbod afstemming zoeken met de lokale overheden, die immers verantwoordelijk zijn voor het aanbod aan social services.³ In zijn oorspronkelijke opzet voorzag de NHS niet in de geestelijke gezondheidszorg, omdat de toen bestaande psychiatrische ziekenhuizen onder een ander wettelijk regime vielen dan de somatische ziekenhuizen. Toch zijn in 1948 ook de psychiatrische ziekenhuizen onder de beslissingsbevoegdheid van de Britse overheid gebracht en maakt de geestelijke gezondheidszorg in Engeland sindsdien onderdeel uit van de NHS. Dit heeft tot gevolg gehad dat de ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgsysteem sterk zijn bepaald door het beleid dat ten aanzien van de NHS is gevoerd. Het bracht ook met zich mee dat het geestelijke gezondheidszorgaanbod in zijn ontwikkeling niet losstond van de andere sectoren in de gezondheidszorg, maar daar een integraal onderdeel van werd (Freeman 1998).

Aanzet tot deinstitutionalisering

Ten tijde van de opname van de geestelijke gezondheidszorg in de NHS vormden de toenmalige psychiatrische ziekenhuizen – die in de meeste gevallen in een landelijke of bosrijke omgeving, ver van de stedelijke centra waren gesitueerd – vrijwel de enige voorzieningen voor enige vorm van geestelijke gezondheidszorg. De Tweede Wereldoorlog had echter diepe sporen achtergelaten in het geestelijk welbevinden van de Engelse bevolking, en de vraag om opvang en behandeling van geestelijke problematiek was groot. Het gevolg was dat de toch al volle zalen van de ziekenhuizen overvol raakten en dat de vraag naar (verplegend) personeel het aanbod te boven ging. Ook de toch al schaarse middelen voor geestelijke gezondheidszorg (en gezondheidszorg in het algemeen) werden overvraagd. Zowel de overbevolking in de ziekenhuizen – en de daaruit voortvloeiende slechte leefomstandigheden – als de noodzaak tot bezuiniging maakten de geesten rijp voor de ontwikkeling van een kleinschaliger opzet van de zorg. De zorg zou ook minder intensief moeten zijn en meer ruimte moeten laten voor het eigen initiatief van de psychiatrische patiënt zelf.

Een en ander leidde er eind jaren veertig, begin jaren vijftig al toe dat particuliere organisaties overgingen tot het openen van kleinschalige woonvoorzieningen, waarin de 'betere' chronisch psychiatrische patiënten een beperkte vorm van begeleiding werd geboden. De resultaten waren redelijk positief, mede door de gunstige ervaringen met psychofarmaca, die het bestaan en de intensiteit van psychotische episoden aanzienlijk verminderden. De psychiatrische problematiek van de bewoners van de woonvoorzieningen nam weliswaar niet af, maar hun redzaamheid nam toe, evenals het aantal sociale contacten buiten de woongemeenschap. Belangrijkste winst was echter, dat de bewoners van deze woonhuizen heel wat tevredener waren over hun leefsituatie dan (in zorgbehoefte en problematiek vergelijkbare) patiënten die hun dagen in een psychiatrisch ziekenhuis moesten doorbrengen.

Omdat in deze experimentele woonvoorzieningen alleen de 'betere' psychiatrische patiënten werden opgenomen, waren de kosten voor zorg en huisvesting lager dan die voor de gemiddelde patiënt in de psychiatrische ziekenhuizen. Dit heeft er wellicht toe geleid dat het community-care concept ook vanaf 1955 in het centrale beleid opgeding doen.⁴ In ieder geval werd in de van dat jaar verschenen *Annual Reports* van het ministerie van volksgezondheid consequent ingezet op (verder) terugdringen van de intramurale capaciteit – met name voor langdurige opname – en het uitbouwen van zorg- en welzijnsvoorzieningen buiten de instellingen (Freeman 1998). Wellicht heeft het uitblijven van de uitbouw van deze laatste er echter in belangrijke mate toe bijgedragen dat de reductie van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen tot in de tweede helft van jaren tachtig vrij langzaam is verlopen – van 140.000 bedden in 1954 tot 125.000 in 1985 (Thornicroft en Goldberg 1998b).

Vrijwel tegelijkertijd met de introductie van de community care in de geestelijke gezondheidszorg werd de centrale rol van de psychiatrie in de (intramurale) opvang en begeleiding van mensen met psychische problemen teruggedrongen. Dit paste in de plannen voor regionalisatie van de gezondheidszorg in Groot-Brittannië, die onder meer vorm moest krijgen in de oprichting van algemene districtsziekenhuizen ('District General Hospitals', DGH's). Deze moesten alle acute medische zorg kunnen bieden aan de inwoners van hun werkgebieden, inclusief de psychiatrische. Daartoe diende volgens het in 1962 uitgebrachte *Hospital Plan* het aantal bedden in de gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen te worden gereduceerd en moest het aantal bedden bedoeld voor acute opname in verband met psychiatrische problemen in de algemene ziekenhuizen worden uitgebreid. Een van de doelen die met deze regionalisatie moest worden bereikt, was een beheersing van de kosten voor de gezondheidszorg. Daarnaast werd ook beoogd hiermee het aanbod beter over de regio's te spreiden en (opnieuw) de samenhang tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, social services, te vergroten (Schrijvers 1980: 56 e.v.).

Voor de lokale overheden bracht de regionalisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg met zich mee dat zij nu ook verantwoordelijk werden voor het opzetten van ambulante voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg; bij voorkeur volgens het in 1963 uitgebracht *Health and Welfare Plan*. Dit plan en het *Hospital Plan* sloten, ondanks de uitdrukkelijke nagestreefde samenhang, inhoudelijk echter niet op elkaar aan en de implementatie ervan werd niet gecoördineerd (Freeman 1998).

Intensivering aanbod ambulante zorg

De filosofie achter het community-carebeleid in de geestelijke gezondheidszorg als een beleid gericht op integratie van de patiënt in de samenleving werd nieuw leven ingeblazen in de in 1975 uitgebrachte nota *Better Services for the Mentally Ill*. De belangrijkste voornemens uit deze nota betroffen ten eerste het uitbreiden van het onder de lokale overheden vallende voorzieningenaanbod voor (welzijns)zorg naar (ook) mensen met psychische problemen. Ten tweede werd ernaar gestreefd dat de lokale overheden sterkere verbintenissen aangingen met de plaatselijke health authorities, die immers verantwoordelijk waren voor het (curatieve) gezondheidszorgaanbod. Gezien de eerdere ervaringen met dezelfde doelstellingen werd in deze nota voor het daadwerkelijk realiseren van deze plannen echter al wel uitgegaan van een tijdpad van 25 jaar.

De realisatie van deze plannen werd sterk belemmerd door het ontbreken van voldoende middelen. Een belangrijke deel van het budget, dat op nationaal niveau beschikbaar was voor de geestelijke gezondheidszorg, werd namelijk opgesoupeerd door de psychiatrische ziekenhuizen. Voor de uitbouw van voorzieningen buiten deze ziekenhuizen was men daarom voor een groot deel afhankelijk van de welwillendheid van de lokale overheden om hiervoor geld ter beschikking te stellen. In de praktijk bleken deze overheden daartoe niet in staat of bereid, met het gevolg dat het voorzieningenaanbod buiten de muren van de psychiatrische of algemene ziekenhuizen onvoldoende bleef (Freeman 1998). In dezelfde nota werd ook melding gemaakt van de opkomst van de Community Mental Health Centers, lokale centra waarbinnen, naar Amerikaans voorbeeld, een multidisciplinair team de ambulante behandeling én begeleiding van psychiatrische patiënten verzorgde. De medewerkers van deze CMHC's waren afkomstig uit zowel de (geestelijke) gezondheidszorg als de maatschappelijke dienstverlening. Deze CMHC's, die vaker een kleiner werkgebied omvatten dan de districtshospitelen, groeiden snel in aantal en werden in 1995 tot de fundamenten van het lokale geestelijke gezondheidszorgaanbod gerekend. De CMHC's verschilden onderling echter sterk in aanbod en organisatiestructuur en kregen in toenemende mate te maken met kritiek vanuit zowel de eerstelijns(algemene)gezondheidszorg als de gespecialiseerde tweedelijnsgeestelijke gezondheidszorg (Peck en Parker 1998). De hiervoor al genoemde tweedeling tussen gezondheidszorg (centraal, onder bevoegdheid van de health authorities) en welzijnszorg (decentraal, ressorterend onder lokale overheden) maakte dat werknemers binnen de CMHC's aan verschillende leidinggevendenden verantwoording schuldig waren en dat het CMHC als zodanig niet als eenheid kon worden bestuurd. Al deze factoren hebben eraan bijgedragen dat de meeste CMHC's hun rol als centraal punt voor integraal, lokaal voorzieningenaanbod niet waar hebben kunnen maken.

Marktwerking in de zorg

In 1989 werd door de toenmalige conservatieve regering geprobeerd om de wetten van de vrije markt van toepassing te laten zijn op de Britse gezondheids- en welzijnszorg. Binnen de NHS werden daarom zowel de lokale health authorities als een deel van de huisartsen aangewezen als 'inkopers' van zorg. De aanbieders van de zorg, oorspronkelijk aangestuurd door de health authorities, gingen op in semi-autonome NHS-Trusts die tweede- en derdelijns zorg boden. Deze trusts kennen veel verschillende configuraties; sommige bieden alle soorten gezondheidszorg ('single District Trusts'), andere specialiseren zich in ambulante en niet-acute zorg (niet- categoriaal) en weer andere leggen zich uitsluitend toe op geestelijke gezondheidszorg (McCulloch, Muijen en Harper 1999). De inkopers van de zorg werden opgeroepen om uit te gaan van de wensen van de klant, in casu de gebruiker van de zorg. Dit droeg er onder meer toe bij dat de 'inkopers' van geestelijke gezondheidszorg, meer rekening konden houden met de wensen van de gebruikers van de zorg dan tot nu toe onder de regels van de NHS mogelijk was geweest. In de praktijk blijken slechts weinig health authorities van aanbieders veranderd te zijn. Toch lijkt de dreiging dat dit mogelijk zou zijn voor de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, reden te zijn geweest om zich meer aan de gebruikers van hun aanbod gelegen te hebben laten liggen.

De mogelijkheid om nu zelf de aanbieder te kiezen, lijkt de huisartsen echter gestimuleerd te hebben de door hen verfoeide CMHC's de rug toe te keren en zich bij voorkeur tot de districts SPV'er (Community Psychiatric Nurse, CPN) te wenden. De bevoegdheid van huisartsen om zelf zorg in te kopen, wordt dan ook door velen gezien als een (van de vele) hinderpalen om lokale integrale geestelijke gezondheidszorg te realiseren (Peck en Parker 1998).

De aanwijzing van maatschappelijke dienstverlening als inkoper van voorzieningen bleek een tweede belemmering. De toch al wankelende managementverhoudingen binnen de CMHC's werden door de dubbele petten van de sociale werkers nog verder uit het evenwicht gebracht. Een en ander werd nog versterkt door de in 1991 geïntroduceerde Care Programme Approach (CPA): een zorgplan specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg. De CPA gaat uit van een contractueel vastgelegd zorgplan, gebaseerd op de behoefte van de psychiatrische patiënt aan zowel gezondheids- als welzijnszorg. In het kader van de CPA wordt tevens een zorgcoördinator aangewezen en dient de vooruitgang van de betrokken patiënt regelmatig in kaart te worden gebracht. De introductie van de CPA verliep echter nogal ongelukkig en werd in de ogen van de hulpverleners al snel eerder als een bureaucratische last dan als een hulpmiddel voor betere coördinatie van de hulpverlening ervaren. Een belangrijk bezwaar was dat het opstellen van een zorgprogramma verplicht werd voor ieder persoon die een beroep deed op de hulpverlening, ook wanneer het om eenvoudige en kortdurende hulpvragen ging. Om aan dit bezwaar tegemoet te komen, is de verplichting tot opstellen van een CPA beperkt tot die gevallen waarin (tijdelijke) opname nodig zou kunnen zijn.

De geschiedenis van de CPA lijkt illustratief voor het gehele geestelijke gezondheidszorg in Groot-Brittannië in de jaren tachtig en negentig; dat zich kenmerkt door goede bedoelingen, die ten onder gaan aan gebrek aan samenwerking en afstemming (Peck en Parker 1998).

13.2.3 Een nieuwe weg

Blijvende aandacht voor geestelijke gezondheidszorgbeleid nodig

Bij het aantreden van de 'New Labour Government' in 1997 was er voldoende reden om het geestelijke gezondheidszorgbeleid hoog op de politieke agenda te houden. Er hadden zich enkele dramatische incidenten voorgedaan – de dood tot gevolg hebbende – waarbij een psychiatrische patiënt, hetzij als dader, hetzij als slachtoffer, betrokken was. Onderzoek had uitgewezen dat door het gebrek aan onderlinge coördinatie en afstemming tussen de diverse partijen die bij de geestelijke gezondheidszorg zijn betrokken, de betrokken patiënten niet de zorg hadden gekregen die zij nodig hadden en hierdoor de controle over hun gedrag hadden verloren. De diverse media hadden intensief aandacht gegeven aan de gebeurtenissen en daarmee de toch al gereede angst in de samenleving voor mensen met psychische problemen vergroot.

Daarnaast was binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg het inzicht gegroeid dat extramuralisering van de zorg niet voor alle psychiatrische patiënten wenselijk en haalbaar is. Een deel van de huidige langdurig opgenomenen is te gehospitaliseerd om terug te kunnen keren naar de samenleving en zal dus aangewezen zijn op intramurale voorzieningen. Ook van de jongere psychiatrische patiënten zal een deel vrijwel

permanent in een beschutte omgeving moeten blijven omdat hun stoornis een zelfstandig leven niet mogelijk maakt. Deze jongeren stellen echter andere eisen aan hun omgeving dan waaraan het huidige aanbod aan intramurale voorzieningen kan voldoen. Het merendeel van de opnamecapaciteit – die momenteel verdeeld is over 'oude' psychiatrische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, privé-klinieken en CMHC's – is immers bedoeld voor kortdurende opname en formeel alleen geschikt voor een verblijf van maximaal twee maanden.

Voor degenen die wel, een enkele opname daargelaten, in staat zijn tot een zelfstandig bestaan, moeten de voorzieningen worden uitgebreid en, vooral, beter op elkaar worden aangesloten.

Een en ander was aanleiding voor de regering om in 1998 met een nieuw beleidsplan te komen voor de (Britse) geestelijke gezondheidszorg: *Modernising Mental Health Services – safe, sound and supportive* (DoH 1998b). In dit plan worden voorstellen gedaan die de huidige tekortkomingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid zouden moeten wegnemen. Daarvoor zou onder andere: de eerstelijnsopvang van mensen met (lichte) psychische problematiek moeten worden verbeterd, de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen moeten worden uitgebreid, de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en lokale overheid en de daaronder ressorterende organisaties moeten worden geïntensiveerd, en het personeelsbestand in de geestelijke gezondheidszorg worden uitgebreid én beter opgeleid. Ook zou meer aandacht besteed moeten worden aan de bevordering van de geestelijke volksgezondheid en het verminderen van de vooroordelen ten aanzien van mensen met psychische problematiek. Om een en ander te realiseren wordt een bedrag van 700 miljoen pond sterling (ca. 2,4 mld. gld.) uitgetrokken, te besteden aan onder meer extra bedden (voor zowel langdurende, kortdurende als acute opnamen), meer outreachende hulpverlening, meer crisisteamen en betere beschikbaarheid van antipsychoticum.

Integrale herziening gezondheidszorg- en welzijnsbeleid

De plannen van de overheid met de geestelijke gezondheidszorg maken deel uit van een ambitieus programma om zowel de NHS als de social services grondig te herzien. Binnen een jaar na het aantreden van de Labourregering werd een nota over de plannen van deze regering over het nationale gezondheidssysteem uitgebracht. Opzet was eerst en vooral om de privatisering in de NHS grotendeels terug te draaien en de scheiding tussen aanbieders en inkopers van zorg op te heffen. De planning van de zorg dient in het vervolg vooral op lokaal niveau plaats te vinden en de verantwoordelijkheid te zijn van lokale aanbieders, de health authorities en lokale overheden samen. Deze partijen worden eveneens gezamenlijk verantwoordelijk voor de ontwikkeling van zogenoemde 'Primary Care Groups' (PCG's), multidisciplinair samengestelde groepen voor de levering van laagdrempelige eerstelijnszorg voor zowel somatische als psychische problematiek (DoH 1997).

In 1998 werden in een volgende nota – *Modernising Social Services* – de plannen voor veranderingen in de welzijnszorg aangekondigd. Ook in deze nota werd gepleit voor een (opnieuw) grotere rol van de lokale overheden in het planningsproces. Daarnaast werd, in een apart hoofdstuk, het belang van een betere samenwerking met

de (lokale) gezondheidszorg benadrukt. Ook dienen de social services meer en beter samen te werken met instellingen op de terreinen huisvesting en arbeid. Voor de modernisering wordt over een periode van drie jaar een bedrag van 1,3 miljard pond sterling uitgetrokken. Daarvan is ruim 185 miljoen pond sterling bestemd voor de verbetering van de hulpverlening door de social services aan mensen met psychiatrische problematiek (DoH 1998a).

In zowel het plan voor de verandering van de NHS als in dat over de modernisering van de social services wordt aangekondigd dat er gezocht zal worden naar wettelijke middelen om de onderlinge afstemming en samenhang in de gezondheids- en welzijnszorg te bevorderen; een onderwerp waarop vrijwel sinds de oprichting van de NHS een taboe gerust heeft (Peck en Parker 1998). Er wordt weliswaar op lokaal niveau steeds vaker samengewerkt, maar de vigerende wetgeving maakt het samenvoegen van budgetten formeel niet mogelijk. Ook zijn er altijd problemen over de verdeling van de verantwoordelijkheden voor het gezamenlijke voorzieningenaanbod. De continuïteit van deze samenwerking is hierdoor in hoge mate afhankelijk van de onderlinge persoonlijke verhoudingen tussen de diverse bestuurders.

De hiervoor genoemde nota over de modernisering van de Britse geestelijke gezondheidszorg kan gezien worden als een beleidstellend kader. De praktische uitwerking van de voornemens zal haar weerslag vinden in een specifiek voor de sector op te stellen *National Service Frameworks for Mental Health* (NSF-MH), waarin nationale standaards voor het te bereiken voorzieningenaanbod en wegen waarlangs deze bereikt zouden kunnen worden, moeten worden opgenomen. In dit NSF-MH zal alleen worden ingegaan op de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Het meer specifieke aanbod voor jongeren en adolescenten respectievelijk ouderen met psychische problemen, zal aan de orde komen in de aparte National Service Frameworks voor deze onderscheiden doelgroepen (DoH 1998b).

Applaus en kritiek

De reacties op de voornemens van de overheid voor de modernisering van de geestelijke gezondheidszorg zijn in het algemeen positief. Vooral de inkadering ervan in de voorgenomen veranderingen in de NHS en de social services, waar deze betrekking hebben op de onderlinge afstemming tussen gezondheids- en welzijnszorg, wordt gewaardeerd. Het niet kunnen realiseren van de idealen van de community care wordt immers voor een belangrijk deel toegeschreven aan de bestaande regelgeving over de verdeling van de verantwoordelijkheden. Nu een belangrijke belemmering voor gezamenlijke financiering lijkt te worden weggenomen, worden de kansen voor de ontwikkeling van een lokaal, integraal en samenhangend voorzieningenaanbod aanzienlijk vergroot.

Er zijn natuurlijk ook bedenkingen. Met name de motivering voor het nieuwe plan – "Community Care has failed" – heeft bij velen tot protest geleid. Van diverse kanten wordt erop gewezen dat de ideologie achter de community care zijn waarde heeft bewezen: voor het merendeel van de psychiatrische patiënten is het leven in het midden

van de samenleving veruit te verkiezen boven opname in een instituut in de bossen. Dat een deel van deze patiënten niet de zorg krijgt die zij nodig hebben, is het gevolg van tekortkomingen in de implementatie van het beleid; niet van een fout in de ideologie (Thornicroft en Goldberg 1998b; SCMH 1998-2000; Huffington 1999; Perkins 2001). In het verlengde daarvan wordt het ook betreurd dat in de plannen alleen gesproken wordt van een verbetering van de extramurale zorg en de crisisopvang. Er zijn geen plannen voor uitbreiding en modernisering van voorzieningen voor langdurige opname. Dit betekent niet alleen dat er geen adequaat aanbod komt voor de groep psychiatrische patiënten die niet in staat is zich buiten de muren van een instelling te handhaven, maar dat er ook geen maatregelen worden genomen om te voorkomen dat deze groep de bedden voor kortdurende opname 'blokkeert'.

Ook storen critici zich aan het beeld dat in de nota wordt geschetst als het om de gebruikers van de zorg gaat. Er wordt te gemakkelijk de indruk gewekt dat psychiatrische patiënten, dan wel gevaarlijk, dan wel incompetent zijn. Meer algemene kritiek betreft de soms ronduit zwakke uitwerking van de onderdelen van het plan, zeker daar waar de voornemens een extra beroep doen op middelen en mensen (SCMH 1998-2000).

Te weinig aandacht voor maatschappelijke problemen

Het in 1999 uitgebrachte *National Service Framework for Mental Health* (NSF-MH) en het in het jaar daarop volgende *National Health Services Plan* (NHS-Plan) – waarin de voornemens voor de verandering van de NHS worden geconcretiseerd – valt eenzelfde gemengde reactie te beurt. Enerzijds is er instemming met de noodzaak tot verandering en de richting waarin deze gaat, anderzijds zijn er bedenkingen, met name waar het de haalbaarheid van de meeste voornemens betreft.

Zo is het eerste doel in de *NSF-MH* het bevorderen van de geestelijke volksgezondheid en het verminderen van de sociale uitsluiting van mensen met psychische problemen (DoH 1999). De werkelijkheid leert echter dat de vooroordelen in de samenleving jegens (ex-)psychiatrische patiënten een hardnekkig leven leiden. Psychiatrische problematiek wordt nog altijd in verband gebracht met agressief en onvoorspelbaar gedrag, grotere geneigdheid tot zelfmoord en verminderde sociale vaardigheden (Hannigan 1999; Crisp et al. 2000). Uitgaande van de wetenschap dat meer kennis over het bestaan en de gevolgen van psychische stoornissen de negatieve beeldvorming kan verminderen (Wolff et al. 1996; Jorm 2000), zou om dit doel te realiseren een continue voorlichtingscampagne noodzakelijk zijn. Het ligt voor de hand hiervoor een beroep te doen op de media, maar het is de vraag of deze bereid zijn dit onderwerp steeds opnieuw weer op te pakken.

De vooroordelen dragen er ook toe bij dat hét integratiemiddel bij uitstek, betaalde arbeid, onbereikbaar is voor de meeste (ex-)psychiatrische patiënten. De arbeidsmarkt-participatie van mensen die met psychische problemen te maken hebben (gehad), is uiterst laag en ook hun deelname aan vrijwilligerswerk blijft achter bij die van de gemiddelde Engelse burger. Een recente wet die werkgevers verplicht een zeker quotum arbeidsgehandicapten in dienst te nemen, zou aan deze vorm van discriminatie een einde moeten maken. Ondanks het feit dat werkgevers op basis van dezelfde wet in aanmerking komen voor tegemoetkoming in de kosten voor eventuele aanpassingen, zijn de verwachtingen over het succes hiervan niet hooggespannen.

Tot nu toe zijn het ook alleen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf en niet de reguliere instellingen voor arbeidstoeleiding, die initiatieven nemen voor revalidatie en reïntegratie door middel van betaalde arbeid. De eerste ervaringen wijzen uit dat deze initiatieven zeker succesvol zijn, maar dat vooral de coaching van de 'nieuwe' werknemers door hulpverleners of 'ervaringsdeskundigen' cruciaal is geweest. Niet iedere werkgever zal bereid of in staat zijn een dergelijke coaching te bieden. Afgezien daarvan is van de huidige experimenten onbekend of het succes ook op de langere termijn standhoudt.

Een andere bezwaar betreft de centrale rol die het Framework toekent aan de door de NHS gefinancierde diensten waar het het voorzieningenaanbod voor de psychiatrische patiënten betreft. In de uitwerking van de plannen voor een gemoderniseerde geestelijke gezondheidszorg wordt volgens de critici te weinig aandacht gegeven aan, voor deze patiënten minstens zo belangrijke, beleidsterreinen als welzijnszorg, huisvesting of financiën. Ook een onderwerp als 'zinvolle dagbesteding', al of niet in de vorm van betaalde arbeid, vrijwilligerswerk, opleiding, enzovoort, komt in de voorstellen niet aan bod (SCMH 1998-2000).⁵

Deze kritiek vindt zijn weerslag in de reacties van de zorggebruikers zelf op de plannen van de Britse overheid. De diverse landelijke organisaties van de zorggebruikers wijzen erop dat hun opvattingen en wensen steeds minder in de voornemens terug te vinden zijn. De manier waarop het beleidsplan uit 1998 in het Framework wordt uitgewerkt, vormt geen aanleiding om de klachten over de beeldvorming daarin terug te trekken. Integendeel: de maatregelen die in het Framework worden voorgesteld, lijken de vooroordelen over psychiatrische patiënten als 'onbekwaam en tot zelfdoding geneigd' alleen maar verder te versterken. De grote nadruk op de lokale oriëntatie in de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod dreigt volgens de gebruikersvertegenwoordigers hun invloed op het centrale beleid (verder) te verzwakken. Tegelijkertijd bestaat het gevaar dat de inbreng op het lokale niveau zich zal gaan beperken tot het meebepalen van het reisdoel voor het gezamenlijke dagje uit of de kleur van de wanden van de wachtkamer. Door de gebruikersorganisaties wordt er daarom ook cynisch op gewezen dat de introductie van de marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg een betere waarborg leek te bieden voor de invloed van de cliënten op het aanbod dan de 'third way' van de huidige Labourregering.

Beperkte middelen

Meer in het algemeen roepen zowel het *NSF-MH* als het *NHS-Plan* vragen op waar het de financiële onderbouwing betreft. Voor de modernisering van de geestelijke gezondheidszorg werd in 1998 weliswaar 700 miljoen pond sterling in het vooruitzicht gesteld, maar nog even afgezien van onduidelijkheden waar dit bedrag vandaan moet komen, staat al wel vast dat dit onvoldoende zou zijn om alle voorgenomen veranderingen te realiseren. Voor zowel de ontwikkeling van de PCG's, die ook psychische zorg moeten kunnen bieden, als voor die van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen is bovendien veel personeel nodig.

Een eerste probleem hierbij is dat de geestelijke gezondheidszorg, net als de Britse gezondheidszorg in het algemeen, nu al te kampen heeft met een ernstig personeelstekort. Zolang het niet lukt extra personeel te rekruteren, kan het bestaande aanbod al

nauwelijks op een aanvaardbaar kwaliteitsniveau gerealiseerd worden; laat staan het nieuwe. Een tweede, wellicht nog ernstiger probleem is dat het huidige personeel in zijn opleiding niet is voorbereid op de veranderingen die zich de afgelopen decennia in de geestelijke gezondheidszorg hebben voorgedaan. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de (academische) opleidingen tot psychiater of psycholoog nauwelijks tot niet voorzien in het opdoen van praktijkervaring in de omgang met of behandeling van mensen met psychische problemen. Ook de verpleegkundigen en andere uitvoerenden in deze sector blijken in hun opleiding weinig tot geen contact te hebben gehad met psychiatrische patiënten en geen kennis te hebben van de psychische en sociale gevolgen van psychiatrische problematiek.

Vooruitlopend op de implementatie van de veranderingsprocessen in de geestelijke gezondheidszorg, zijn dan ook – onder meer op initiatief van de centrale overheid – aanvullende opleidingsprogramma's voor met name het hogere kader opgezet. In deze programma's wordt niet alleen aandacht besteed aan medische kennis, maar ook aan sociale vaardigheden en inzicht in communicatie- en onderhandelingsprocessen. Een groot deel van deze programma's is ontwikkeld door particuliere instellingen en kan, inclusief trainers, door de universiteiten en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worden 'ingekocht'. Het is de bedoeling om voor de aanvullende opleidingen voor het uitvoerend personeel eenzelfde figuur te volgen.

De opleidingen zijn in principe niet alleen bestemd voor het personeel binnen de sector van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg alleen. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat ook de medewerkers van de social services eraan deelnemen, om zo de integratie van aanbod van beide sectoren te kunnen vereenvoudigen. In de praktijk blijkt ook dat de cursussen regelmatig worden 'ingekocht' door geestelijke gezondheidszorginstellingen en lokale overheden samen, die hun personeel er gelijktijdig aan laten deelnemen. De vraag naar deze cursussen is momenteel erg groot, zo groot dat deze nu het aanbod al overstijgt. Voor de uitbouw is echter veel geld nodig; meer geld dan binnen de plannen van de overheid beschikbaar lijkt.

De voornemens in het *NHS-Plan*, dat een jaar na de *NSF-MH* is uitgebracht, hebben de twijfels over de financiële onderbouwing van de regeringsplannen met de geestelijke gezondheidszorg niet weggenomen. Integendeel, zij roepen zelfs de vraag op of de voorgenomen veranderingen in de algemene gezondheidszorg geen (financiële) bedreiging zou kunnen gaan vormen voor de realisatie van de plannen voor de geestelijke gezondheidszorg. Gemiddeld wordt in Engeland nog geen 15% van het gezondheidszorgbudget toegewezen aan geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijke gehandicaptenzorg en verslavingszorg tezamen. Hoe groot het deel is dat wordt toegewezen, verschilt per health authority, maar komt zelden boven de 20% uit (Glover 1999). Dit wijst erop dat zeker de sector geestelijke gezondheidszorg in enge zin niet de hoogste prioriteit heeft bij de verdeling van de middelen. De critici vrezen dan ook dat wanneer er keuzen gemaakt zullen moeten worden, de grotere andere groepen langdurig zorgafhankelijken, met name ouderen, voorrang zullen krijgen. Ten aanzien van de verdeling van de middelen voor de informele verzorgers – die op basis van de Carers Act uit 1999 recht hebben op onder meer financiële ondersteuning – wordt als vrijwel zeker verondersteld dat voor alle verzorgers van psychiatrische patiënten niets meer over zal blijven. De groep zorgbehoevende ouderen is immers veel groter, en daarmee ook de groep die aan hen informele zorg verleent (SCMH 1998-2000).

13.3 Zweden⁶

13.3.1 *Vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg*

Zweden is met zijn 449.750 km² in grootte het vierde land van Europa. 30% van de 8,3 miljoen inwoners woont in de drie grootste steden; in het totaal woont 90% van de bevolking in de zuidelijke helft van het land. De zeer lage bevolkingsdichtheid in de noordelijke helft brengt met zich mee dat de voorzieningen voor (geestelijke) gezondheidszorg relatief schaars zijn en een zeer groot werkgebied hebben.

Op basis van een landelijke inventarisatie van het voorkomen van psychische problematiek (prevalentie) in de Zweedse bevolking is geschat dat zo'n 13-14% van de bevolking te kampen heeft met een of ander vorm van psychische ongezondheid (SOU 1992b). Daarnaast blijkt uit bevolkingsonderzoek, dat tussen de 20-40% van de volwassen mannen en vrouwen regelmatig te maken heeft met psychische problemen, zoals angst, onrust en slaapstoornissen. Het aandeel dat met dergelijke problemen te maken heeft, is in de afgelopen 25 jaar aanmerkelijk toegenomen, vooral onder ouderen en vrouwen (SCB 1997: hfst. 20).

Niet iedereen doet in verband met zijn of haar psychische problemen een beroep op de professionele geestelijke gezondheidszorg. Uit een inventarisatie uit 1992 bleek dan ook dat in een periode van een jaar zo'n 2-3,5% van de bevolking bij de geestelijke gezondheidszorg aanklopt. In de meeste gevallen gaat het daarbij om ambulante zorg of behandeling. Ongeveer 1% van de bevolking doet een beroep op intramurale zorg in een van de psychiatrische klinieken (Stefansson 1992). In de meeste gevallen gaat het daarbij om kortdurende opnamen, wat in de jaren negentig resulteerde in een verhouding kortdurend versus langdurig opgenomen van ongeveer 3:1 (SOU 1992a). In de loop van de jaren negentig is het aantal psychiatrische klinieken – in de meeste gevallen verbonden aan algemene ziekenhuizen voor somatische zorg – langzaam teruggelopen. In 1998 werden nog 100 van dergelijke klinieken geteld, waarvan 13 in Stockholm. De vermindering in aantal kan vooral worden verklaard door onderlinge fusies, waardoor minder klinieken met een groter werkgebied ontstonden. De psychiatrische klinieken bieden vooral ambulante en intramurale zorg; het aantal eenheden die dergelijk zorg biedt, bedroeg in 1998 over het gehele land 500 respectievelijk 430. Het aanbod aan dagbestedingsactiviteiten en dagverzorging aan de ene kant en huisvestingsarrangementen aan de andere, is sinds 1994 – een jaar voordat de Zweedse geestelijke gezondheidszorg drastisch werd hervormd (zie § 13.3.3) – met 28 respectievelijk 100% verminderd (SoS 1999: 62-63). Het aanbod aan deze voorzieningen is, in lijn met de hervormingen, inmiddels grotendeels overgenomen door de lokale overheden.

13.3.2 *De voorgeschiedenis, 1967-1995*

Regionalisering en 'deategorialisering'

Ook in het Zweedse geestelijke gezondheidszorgbeleid is het streven al geruime tijd gericht op wat 'vermaatschappelijking' genoemd wordt. Om de doelen van extramuralisering en maatschappelijke participatie te kunnen bereiken, is in de laatste decennia een reeks van veranderingen in de structuur van de zorg doorgevoerd.

De 'hervorming' van de sector voor geestelijke gezondheidszorg werd in 1967 ingeluid toen de categorale psychiatrische ziekenhuizen ('mentalsjukhus') aan de provincies

('landstingar') werden overgedragen. Tot dan toe vielen deze ziekenhuizen onder de rechtstreekse verantwoordelijkheid van de nationale overheid en waren zij dus staatsinrichtingen. Met deze overdracht werd onder meer beoogd om enerzijds meer eenheid aan te brengen in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg en anderzijds om deze zorg meer te integreren in de gezondheidszorg in het algemeen (SOU 1992a). De provincies waren namelijk al verantwoordelijk voor de algemene ziekenhuizen, waaraan ook de klinieken voor kortdurende psychiatrische hulp verbonden waren. Vanuit deze klinieken werd in de meeste gevallen ook ambulante hulp geboden. Door het beleid voor de psychiatrische inrichtingen ook in handen van de provinciale overheden te leggen, was de weg vrij om regionaal georiënteerde zorgcircuits ('sektorer') op te zetten. Deze 'sectorisering' of regionalisering is in de jaren zeventig en tachtig op grote schaal verder doorgevoerd. Ook in Zweden was het de bedoeling dat deze regionalisering onder meer bij zou dragen aan een betere beheersing van de kosten voor de zorg, een betere spreiding van het aanbod aan voorzieningen over het land en een betere afstemming binnen de regio's tussen enerzijds de gezondheidszorg en anderzijds de maatschappelijke dienstverlening (Schrijvers 1980: 90 e.v.).

Tegelijkertijd met deze regionalisatie werd in de geestelijke gezondheidszorg ook het accent verlegd van intramurale opname ('sluten vård') naar ambulante zorg ('öppen vård'). Het uiteindelijke doel was dat binnen alle regio's een samenhangend aanbod aan intramurale en ambulante zorg voor mensen met psychische problemen ontwikkeld werd. De psychiatrische klinieken, afdelingen van de algemene ziekenhuizen, kregen daarin de rol als eerste en belangrijkste aanbieder. Deze zouden vooral algemene geestelijke gezondheidszorg moeten bieden met hooguit kortdurende opnames. Voor de ontwikkeling van meer gespecialiseerde zorg of het aanbieden van langdurende opnamen is samenwerking op het bovenregionale en soms zelfs op het provinciale niveau aangewezen. De capaciteit van de categorale psychiatrische ziekenhuizen moest verder worden afgebouwd en daarvoor in de plaats moesten de psychiatrische klinieken hun dagbehandelings- en ambulante aanbod verder uitbouwen.

De organisatorische veranderingen in de Zweedse geestelijke gezondheidszorg hadden tot gevolg dat het land in 1991 verdeeld was in 114 regionale sectoren voor de algemene geestelijke gezondheidszorg. De omvang van het werkgebied van een sector varieert van 21.000 tot 173.000 inwoners, met een gemiddelde van 70.000 inwoners. Aanmelding en intake is binnen een sector vaak op meerdere plaatsen mogelijk, zodat de geografische afstand tot de bevolking zo klein mogelijk blijft.

Zoals gezegd werd er met de overdracht van de psychiatrische inrichtingen aan de provinciale overheden ook beoogd dat de geestelijke gezondheidszorg meer zou integreren met de algemene (somatische) gezondheidszorg. Deze accentverschuiving van categorale naar meer algemene zorg komt ook tot uiting in de centrale rol die de huisartsen en de eerstehulpafdelingen van algemene ziekenhuizen in toenemende mate spelen bij de aanmelding en indicatiestelling voor geestelijke gezondheidszorg. Een belangrijk deel van de aanvragen voor psychische en/of psychosociale zorg komt namelijk bij hen binnen en niet bij de psychiatrische kliniek. In de meeste gevallen wordt dan door de huisarts of door de dienstdoende arts op de eerstehulpafdeling de

indicatie zelf ook verzorgd en vaak wordt daarop door de indiceerder zelf de benodigde zorg gegeven. Een deel van de psychiatrische problematiek onder de bevolking wordt daardoor behandeld en opgelost buiten de meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg om (SOU 1992a).

Regionale verschillen in opnamecijfers – nieuwe wetgeving

De extramuralisering van de psychiatrische zorg heeft ertoe geleid dat het aantal opnames in intramurale voorzieningen voor psychiatrische zorg sterk is afgenomen. In het einde van de jaren zestig werden ongeveer 35.000 patiënten in een intramurale voorziening verzorgd; circa 26.000 daarvan waren opgenomen in een inrichting. Bij een inventarisatie in maart 1991 – een kleine 25 jaar later dus – bleken deze aantallen te zijn teruggelopen tot 14.500 respectievelijk 5.000 (SOU 1992a). De sterkste daling in het aantal opnames heeft zich dus voorgedaan bij de (af te bouwen) psychiatrische inrichtingen die meestal alleen langdurige zorg boden. Het aantal (kortdurende) opnames in bijvoorbeeld psychiatrische klinieken van algemene ziekenhuizen, blijkt tussen 1979 en 1991 nagenoeg gelijk gebleven te zijn (SoS 1997b).⁷

Bij deze gegevens dient bedacht te worden dat dit landelijke cijfers zijn. De decentralisatie naar de provincies heeft er namelijk ook toe geleid dat er in het land grote verschillen zijn ontstaan in de manier waarop de geestelijke gezondheidszorg is georganiseerd. Niet overal zijn de psychiatrische inrichtingen in even hoog tempo afgebouwd en niet overal is het aanbod aan ambulante zorg even snel uitgebreid. Ondanks het landelijke extramuraliseringsbeleid kon het dus voorkomen dat in sommige provincies het aantal opnames nauwelijks verminderde en aanvankelijk zelfs groeide. De verhouding waarin intramurale en ambulante zorg wordt geboden, loopt dus per provincie en soms zelfs per sector binnen een provincie uiteen (SOU 1992a).

De regionale verschillen in de aantallen opnames in de geestelijke gezondheidszorg zijn voor een deel terug te voeren op de grote verschillen in het gevoerde beleid. Daarnaast hebben ook de uiteenlopende interpretaties van de wettelijke regelingen rond gedwongen opnames een rol gespeeld. Mede daarom is de uit 1966 stammende 'Lag om sluten psykiatrisk vård' (LSPV, Wet op intramurale psychiatrische zorg) per 1 januari 1992 vervangen door twee wetten waarin de gedwongen opnames en de forensische psychiatrie elk apart zijn geregeld⁸. Overigens was een landelijk gelijk beleid ten aanzien van dwangopnames niet het enige doel van de nieuwe wetgeving. Deze was er ook op gericht om het aantal dwangopnames en dwangbehandelingen te verminderen, de rechtspositie van de patiënt te verbeteren en tevens de samenleving beter te beschermen. Ook zouden er meer mogelijkheden moeten komen voor psychisch gestoorde criminelen om psychiatrische zorg te krijgen binnen de algemene gezondheidszorg (SoS 1994b). Een eerste evaluatie van de wet leert dat ook het veranderde beleid ten aanzien van dwangopnames eraan bijgedragen heeft dat het aantal opnames is verminderd. Hierdoor zijn ook de verschillen in behandeling in de geestelijke gezondheidszorg tussen de diverse regio's inmiddels kleiner geworden.

Landelijk gebrek aan samenhang

Door de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg is het belang van samenwerking en afstemming met andere zorgverleners aanzienlijk toegenomen. Voor

de dagelijkse opvang en begeleiding, die voorheen binnen de intramurale voorziening werd geboden, moet nu immers een beroep gedaan worden op andere instellingen en organisaties. Het gaat hierbij dan vooral om de eerstelijnsgezondheidszorg, de thuiszorg en dagbestedingsactiviteiten/arbeidsrehabilitatie. Uit onderzoek uit 1991 blijkt echter dat de samenwerking tussen de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en de andere zorgverleners nauwelijks van de grond gekomen is. Wat dat betreft liepen de provincies of regio's niet uiteen (SOU 1992a).

Een belangrijke hinderpaal voor deze samenwerking is vooral de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden. Het sterkst doet deze onduidelijkheid zich gelden bij de verdeling van taken tussen (ambulante) geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de maatschappelijke dienstverlening of welzijnszorg anderzijds. Zoals gezegd valt de eerste onder de bevoegdheid van de provincies, de tweede is de taak van de lokale overheden ('kommuner'). Deze lokale overheden zijn op grond van de 'Socialtjänstlag' (SoL, Wet op de maatschappelijke dienstverlening) uit 1984 verantwoordelijk voor het instandhouden van een reeks voorzieningen voor mensen die niet (volledig) in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven en aan de samenleving deel te nemen. Onder de SoL vallen onder meer voorzieningen als inkomensondersteuning (bijstand), kinder- en jeugdzorg (zowel kinderopvang als kindbescherming), verslavingszorg en de dienstverlening aan ouderen en gehandicapten (o.a. aangepast vervoer, maar ook huishoudelijke verzorging).

Gezien hun zorgplicht voor de meer kwetsbare leden van de samenleving zou het voor de hand liggen dat de lokale overheden een taak hebben in de zorg voor de psychiatrische patiënten. Zij werden echter niet expliciet tot de doelgroepen van de SoL gerekend. De lokale overheden voerden dan ook geen actief voorzieningenbeleid voor deze groep. De kerntaak van de geestelijke gezondheidszorg was echter vooral de opvang en behandeling van de psychiatrische patiënt; niet de activering tot of begeleiding van diens resocialisatie.

Het was dus onduidelijk welke partij aangesproken kon worden op een aanbod van ondersteunende voorzieningen voor de psychiatrische patiënt voor wie opname niet (meer) nodig was, maar die zich niet geheel zelfstandig in de samenleving zou kunnen handhaven. Uit onderzoek naar de leefsituatie en het welbevinden van de (ex-)psychiatrische patiënt kwam dan ook naar voren dat deze er in veel opzichten slechter aan toe was dan andere in kwetsbaarheid vergelijkbare leden van de samenleving (SOU 1992b).

13.3.3 Hervorming in de geestelijke gezondheidszorg – 1995

Meer taken en verantwoordelijkheden voor de lokale overheid

Op grond van deze onderzoeksbevindingen zijn daarom in 1995, onder de noemer 'Psykiatrireform' (hervorming van de psychiatrie), een reeks maatregelen doorgevoerd die ten doel hebben de leefsituatie van de psychisch gestoorden te verbeteren. Daardoor zouden ook hun mogelijkheden om aan de samenleving deel te nemen, worden vergroot. Dit doel zou bereikt moeten worden door het aanbod op belangrijke levensterreinen als huisvesting en arbeidsparticipatie/dagbesteding te vergroten en te verbeteren. Tegelijkertijd diende echter ook de kwaliteit van de zorg zelf te worden verbeterd en zou er meer gestreefd moeten worden naar een grotere mate van onderlinge samenhang in het totale voorzieningenaanbod.

Om een en ander te kunnen realiseren, zijn enkele wettelijke regelingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening dusdanig aangepast dat de verantwoordelijkheidsverdeling voor de ondersteuning van psychiatrische patiënten beter wordt geregeld. Het gaat daarbij vooral om wijzigingen in de 'Hälso- och sjukvårdslag' (HSL, Wet op de gezondheid en de gezondheidszorg) en de SoL, die daardoor beter op elkaar zouden moeten aansluiten. Kern van de veranderingen is dat de lokale overheden expliciet verantwoordelijk worden voor met name de zorg voor de psychiatrische patiënt die weliswaar niet (meer) hoeft te worden opgenomen, maar ook niet geheel zelfstandig kan functioneren. Deze verantwoordelijkheid is tot uitdrukking gebracht door in de SoL ook 'personen met psychische functiebelemmeringen' als doelgroep van de wet op te nemen. De lokale overheden dienen hun verantwoordelijkheid voor de dienstverlening aan mensen met psychische problemen echter wel in overleg en samenwerking met de geestelijke gezondheidszorginstellingen in te vullen.

In concreto betekent dit dat de lokale overheden met ingang van 1995 de taak hebben om ook voor (chronisch) psychiatrische patiënten voorwaarden te scheppen voor het behoud van de zelfstandige leefwijze en maatschappelijke participatie. Net als de andere nadrukkelijk genoemde groepen in de SoL, heeft ook de psychiatrische patiënt dus recht op bijvoorbeeld hulp van de gemeentelijke gezinsverzorging of aangepast vervoer. Verder moet de lokale overheid samen met de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, in casu de provinciale overheid, zorgdragen voor dagbestedingsactiviteiten en, indien mogelijk, arbeidsintegratieprojecten voor deze doelgroep.

Tot de maatregelen in de kader van de Psykiatrireform behoort ook dat de zorg voor met name de chronische psychiatrische patiënt wordt meegenomen in de hervorming van het ouderen- en gehandicaptenbeleid. In 1992 hebben de lokale overheden namelijk, naast de taken die zij op grond van de SoL al hadden, ook de verantwoordelijkheid gekregen voor de huisvesting van ouderen en gehandicapten die niet (meer) medisch behandeld hoeven te worden (zie ook Kwekkeboom 1996).

Omdat het sowieso de bedoeling van het Zweedse overheidsbeleid is dat psychiatrische patiënten beschouwd en behandeld gaan worden als mensen met een handicap (in dit geval dan een psychische handicap), lag het voor de hand om de huisvestingsverplichting uit te breiden tot de groep chronisch psychiatrische patiënten die 'uitbehandeld' zijn. En dus moeten de lokale overheden ervoor zorgen dat aan de soms zeer specifieke vraag naar huisvesting voor mensen met psychiatrische problematiek wordt voldaan.

Omvang doelgroep onbekend

De hervormingen in de Zweedse geestelijke gezondheidszorg houden dus meer in dan het wijzigen van een enkele regeling. Daardoor is het moeilijk om de omvang van de doelgroep van deze wijzigingen vast te stellen. Als uitgegaan wordt van de bestaande regelgeving, betreffen de hervormingen vier 'groepen' mensen met psychiatrische problemen die elkaar vermoedelijk ook weer deels zullen overlappen (SoS 1997b). Ten eerste gaat het om, zoals in het oorspronkelijke advies stond, "personen met een langdurige en ernstige psychiatrische stoornis". Op grond van epidemiologische gegevens wordt de omvang van deze groep geschat op 30.000 tot 70.000 personen, wat overeenkomt met 0,4 tot 0,8% van de gehele bevolking.

Een tweede afbakeningsprincipe zou het criterium uit de SoL kunnen zijn: 'personen met een psychische functiestoornis'. Dit is een nogal ruime omschrijving; op grond van dit criterium zou de doelgroep daarom heel wat ruimer zijn dan op grond van het eerste.

Ten derde behoren tot de doelgroep dus ook de psychiatrische patiënten die formeel 'medisch uitbehandeld' zijn. In de regelgeving wordt daarmee bedoeld op langdurig psychisch gestoorden die voor een aaneengesloten periode van minstens drie maanden opgenomen zijn geweest, maar die voor hun psychiatrische hulpverlening zorg nu niet meer zijn aangewezen op 24-uurszorg. In 1995 ging het daarbij om 3.100 personen, wat overeenkomt met 0,04% van de bevolking.

Een vierde manier om de doelgroep van de Psykiatrireform te bepalen, zou kunnen zijn door uit te gaan van een beschrijving uit een wet waarin de ondersteuning voor mensen met functiebeperkingen is geregeld ('Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade', LSS). Deze wet kan worden gezien als een aanvulling op de rechten die mensen met functiebeperkingen kunnen ontlenen aan enerzijds de SoL en anderzijds de HSL. De LSS regelt onder meer het recht op ondersteuning en advisering, persoonlijke assistentie, kortdurende opname, begeleiding en aflossing van de informele zorgverleners. Het merendeel van deze voorzieningen moet door de lokale overheden worden verstrekt. De doelgroep van de LSS bestaat uit "personen met duurzame (...) psychische stoornissen, die niet worden veroorzaakt door ouderdom (...), aanmerkelijke problemen in het dagelijks leven veroorzaken en daarmee (...) steun of dienstverlening nodig maken". Ook hier is het door de vage omschrijving lastig om de omvang van de doelgroep vast te stellen. De schattingen lopen uiteen van 7.000 tot 40.000. Het lijkt er bovendien op dat niet iedereen die, zelfs volgens de meest strikte definiëring, recht zou hebben op een voorziening krachtens de LSS, hierom vraagt.

Hoe groot het bereik van de nieuwe maatregelen feitelijk zal zijn, is dus niet zo eenvoudig in te schatten. De ervaring met het beroep op de LSS rechtvaardigt de verwachting dat niet iedere rechthebbende ook inderdaad van de geboden voorzieningen gebruik zal maken. Een van de taken die in het kader van de Psykiatrireform aan de lokale overheden is opgelegd, is dan ook dat zij moeten nagaan wat de omvang van de doelgroep in hun werkgebied is. Tevens moeten zij onderzoeken wat de kwaliteit is van de huidige leefsituatie van de (ex-) psychiatrische patiënt en wat deze nodig heeft om die leefsituatie te verbeteren.

Financiële steun rijksoverheid

De wijziging in de regelgeving is gepaard gegaan met het ter beschikking stellen van stimuleringsbijdragen aan provinciale en lokale overheden, om hiermee projecten op te zetten en experimenten uit te voeren. De Zweedse staat heeft voor de jaren 1995-1997 in totaal 1,2 mld. Kroon (ca. 0,3 mld. gulden) voor deze projecten en experimenten ter beschikking gesteld. Het grootste deel daarvan (SK 943 mln.) was bestemd voor de ontwikkeling van samenwerkingsprojecten tussen de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.⁹ Daarnaast was SK 24 miljoen bedoeld voor experimenten met de introductie van een casemanager en in totaal SK 90 miljoen voor cliënten en familieorganisaties.¹⁰

Om voor een bijdrage voor de ontwikkeling van samenwerkingsprojecten in aanmerking te komen, moesten de aanvragers wel eerst een overeenkomst tekenen over de taakverdeling tussen geestelijke gezondheidszorg, in casu provinciale overheden, enerzijds en maatschappelijke dienstverlening, in casu lokale overheden, anderzijds. In dit plan moest vastgelegd zijn welke voorzieningen ontwikkeld zouden worden, hoeveel leden van de doelgroep men met het aanbod wilde bereiken, welk deel door de uitvoerende partijen zelf werd betaald en waarvoor het geld van de stimuleringsbijdrage zou worden gebruikt. Ook moest er worden aangegeven hoe het aanbod zou worden gecontinueerd nadat de lokale overheden de verantwoordelijkheid volledig zullen hebben overgenomen (SoS 1997b).

Evaluatieonderzoek

De effecten van de diverse maatregelen die in het kader van de Psychiatriereform zijn genomen, zijn enige jaren nauwlettend gevolgd en geëvalueerd door 'Socialstyrelsen' (SOL/SOS), de Zweedse Nationale Raad voor het sociale beleid.¹¹ Daarbij werd onder meer aandacht besteed aan de manier waarop en de mate waarin de geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke dienstverlening en de andere aanpalende instellingen met elkaar samenwerken. Als onderdeel hiervan werd onderzocht welke voorzieningen op de terreinen huisvesting, dagbesteding en ondersteuning van het sociale netwerk van de psychiatrische patiënt inmiddels door de (lokale) maatschappelijke dienstverlening zijn ontwikkeld. Verder werd nagegaan welke (groepen) psychiatrische patiënten er nog niet zijn bereikt en welke aanvullende maatregelen en middelen nog nodig zijn om de plannen volledig te realiseren.

Vertraagde invoering veranderingen

Uit de reeks onderzoeksrapporten die sinds de invoering van de hervormingen zijn verschenen, blijkt eerst en vooral dát het, tegen de verwachting in, enige jaren heeft geduurd voordat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg én de lokale overheden met plannen voor nieuw beleid en voorzieningenaanbod kwamen (SoS 1997a, 1997b, 1998, 1999). Een belangrijke oorzaak voor de vertraging was het aanvankelijk moeizame overleg tussen de provinciale overheden, de onder hen ressorterende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de lokale overheden over de overdracht van middelen en personeel (SoS 1997a). Voor de lokale overheden was het bovendien niet eenvoudig om snel met beleidsplannen te komen, omdat zij geen zicht hadden op de omvang van de groep mensen voor wie zij voorzieningen zouden moeten opzetten en zij niet in staat waren daarnaar snel onderzoek te doen (SoS 1997b).

Afgezien daarvan waren de lokale overheden in het algemeen niet erg enthousiast over deze uitbreiding van hun verantwoordelijkheden. Ten eerste was een deel van hen van mening dat in hun werkgebied geen of slechts een klein aantal leden van de doelgroep woonden en dat het dus 'niet de moeite waard' was om zelf voorzieningen van de grond te tillen. Ten tweede was al snel duidelijk dat de psychiatrische patiënten, voor wie de lokale overheden een zorgplicht zouden gaan krijgen, weliswaar 'medisch uitbehandeld' waren, maar daarom nog niet vrij waren van soms ernstige psychische problematiek. De overheden vroegen zich daarom af of zij respectievelijk het gemeentelijk personeel wel voldoende waren toegerust voor de opvang van deze patiënten.

Een en ander heeft ertoe geleid dat pas eind 1996/begin 1997 begonnen kon worden met het beoordelen en goedkeuren van de diverse lokale en regionale plannen en het uitkeren van de stimuleringsgelden. Na deze wat moeizame start zijn de diverse projecten echter snel tot ontwikkeling gebracht. En eind 1998, drie jaar na de doorvoering van de hervormingen, konden er in totaal 1.450 lokale activiteiten voor psychiatrische patiënten worden geteld. Het grootste deel daarvan (ca. 700) richtte zich op het verschaffen van dagbestedings- en rehabilitatieactiviteiten, 500 boden specifieke huisvestingsvoorzieningen en in 250 projecten werd thuiszorg en woonbegeleiding geboden (SoS 1999: 49).

Door overdracht beleidsverantwoordelijkheden ontstaan nieuwe problemen

In het kader van de Psychiatriereform was afgesproken dat met name voorzieningen op het terrein van de huisvesting en de dagbesteding, die van oudsher door de geestelijke gezondheidszorg werden geboden, overgedragen zouden worden aan de lokale overheden; om zo de duidelijkheid over de verdeling van de verantwoordelijkheden te bevorderen. Bij de inventarisatie in 1998 bleek dat bijna de helft van de projecten voor dagbesteding (43%) inderdaad oorspronkelijk door de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op poten was gezet. Een kleine 30% was al voor de hervormingen op initiatief van de lokale overheden gestart en eveneens bijna 30% is na de hervormingen in het leven geroepen. Bij de huisvestingsvoorzieningen liggen deze verhoudingen iets anders: 39% van deze dateren van na de doorvoering van de Psychiatriereform, 32% was daarvoor al door de lokale overheden opgezet en 29% is door hen van de geestelijke gezondheidszorg overgenomen (SoS 1999).

Ten aanzien van een andere verdeling van de beleidsverantwoordelijkheden lijkt de *Psychiatriereform* dus geslaagd te zijn. Betrokkenen bij zowel de huisvestings- als dagbestedingsactiviteiten zeggen de loskoppeling van de geestelijke gezondheidszorg echter te betreuen. De contacten met de behandelaars van hun cliënten zijn door de hervormingen moeizamer geworden, waardoor signalen van een verslechterende gezondheid van de cliënt vaak te laat worden doorgegeven. Er komen dan ook vaak crises voor die bij tijdig professioneel ingrijpen voorkomen hadden kunnen worden. Ook wordt het gemeentelijk personeel niet altijd meer volledig geïnformeerd over de behandeling (m.n. medicatie) die de cliënten ontvangen, zodat zij ook niet altijd in staat zijn adequaat op te treden.

Nu de besluitvorming over toekenning van de welzijnsvoorzieningen voor psychiatrische patiënten in handen van de lokale overheden ligt, blijken bovendien ook andere overwegingen dan de zorgbehoefte een rol te spelen. De lokale overheid is immers niet alleen verantwoordelijk voor de financiering van huisvesting en rehabilitatieprojecten, maar ook voor bijvoorbeeld de inkomensondersteuning, huishoudelijke verzorging of aangepast vervoer.⁹ Dit kostenaspect blijkt vooral een rol te spelen bij de toewijzing van rehabilitatieactiviteiten, omdat de gemeentelijke verplichting hiertoe minder stringent is dan die voor het bieden van huisvestingsarrangementen. Dit kan tot gevolg hebben dat de rehabilitatieprojecten minder cliënten krijgen toegewezen, daardoor ook minder inkomsten hebben en dus minder intensieve begeleiding kunnen bieden. Uit evaluatieonderzoek blijkt dan ook dat een groot deel van de projecten drie jaar later minder

aandacht besteden aan rehabilitatie en toeleiding naar de arbeidsmarkt en zich vooral richten op het bieden van zinvolle dagbesteding. Ook blijkt dat de projecten steeds vaker tevens opvang bieden aan verstandelijk gehandicapten en zich dus niet meer specifiek richten op de oorspronkelijke doelgroep. Deze (geleidelijke) heroriëntatie van de projecten wordt ook weerspiegeld in de betrokkenheid van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (i.c. de provinciale overheid) en de arbeidsvoorzieningen. Waren deze partijen bij de aanvang vaak nog medeverantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken en het voorzieningenaanbod, drie jaar later beperkt het merendeel hun aandeel tot medefinanciering en heeft een minderheid zich in zijn geheel uit de projecten teruggetrokken (SoS 2001).

Ook de medewerkers van de geestelijke gezondheidszorg zelf zijn niet enthousiast over de veranderingen die de Psychiatriereform met zich mee heeft gebracht. Hun werk is immers hierdoor 'beperkt' tot de behandeling van de psychische problematiek en krijgt daardoor een sterk curatief en haast medisch-biologisch accent, vergelijkbaar met de somatische gezondheidszorg. De werkers in de geestelijke gezondheidszorg die tevens geïnteresseerd zijn in de psychosociale aspecten van de problematiek respectievelijk in de begeleiding van psychiatrische patiënten in hun eigen omgeving, ervaren deze accentverschuiving als een verarming.

Samenwerking niet verbeterd

De (wettelijke) overdracht van de meer sociaal psychiatrische taken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg naar de lokale overheden heeft, zo blijkt uit het evaluatieonderzoek, er niet altijd toe bijgedragen dat de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en lokale overheden is verbeterd. Vooral de afstemming over de verantwoordelijkheid voor de somatische (eerstelijns)zorg heeft hieronder te leiden gehad. Dit is des te schrijnender omdat juist psychiatrische patiënten meer fysieke klachten hebben dan gemiddeld (SoS 1999). De ervaring leert dan ook dat een echte integrale zorg aan psychiatrische patiënten alleen mogelijk is als geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening bereid zijn tot intensieve samenwerking en gezamenlijke budgettering. De huidige wetgeving biedt daartoe wel de mogelijkheid maar verplicht deze niet, waardoor realisatie dus afhankelijk is van de goede wil van de respectieve bestuurders. Ook dan zijn er echter nog wettelijke obstakels, zoals de verplichting tot vertrouwelijkheid, die het gezamenlijk opstellen van een behandelings- en begeleidingsplan afhankelijk maakt van specifieke goedkeuring van Socialstyrelsen.

De afstemmingsproblematiek doet zich ook gelden in de opvang en begeleiding van dak- en thuislozen met psychische problematiek. Uit onderzoek komen geen aanwijzingen naar voren dat het aantal psychische gestoorde dak- en thuislozen ten gevolge van de extramuralisering in de Zweedse geestelijke gezondheidszorg is toegenomen. Toch lijkt het aandeel mensen met psychische problematiek onder de dak- en thuislozen te zijn gegroeid. In veel gevallen gaat het daarbij om (ex-)patiënten die niet meer met de geestelijke gezondheidszorg in aanraking willen komen. Ook lijken de algemene ziekenhuizen, die immers verantwoordelijk zijn voor (kortdurende) opname, deze (ex-)patiënten liever niet meer op te willen nemen, omdat deze dan op hun budget komen

te drukken. Gevolg is dat de dak- en thuislozenopvang in toenemende mate geconfronteerd worden met cliëntèle die feitelijk niet tot hun doelgroep behoort. De hervormingen in het kader van de Psykiatireform lijken er bovendien toe bijgedragen te hebben dat de opvangvoorzieningen in de grotere Zweedse steden (Stockholm, Göteborg, Malmö, Lund) extra cliëntèle uit de rest van het land onder hun hoede moeten nemen. De gemeente van herkomst blijft weliswaar verantwoordelijk voor de financiering van deze opvang, maar met name de kleinere gemeenten nemen liever de extra kosten voor hun rekening dan zelf een eigen voorzieningenaanbod voor 'hun' psychiatrische patiënten van de grond te moeten tillen. Dit zou een 'trek' van daklozen naar de grote steden bevorderen, waardoor de druk op de voorzieningen in deze steden groter wordt.

Activiteiten cliënten- en familieorganisaties

In het kader van de Psykiatireform is ook een bedrag van 45 miljoen kronen uitgetrokken voor het ondersteunen en uitbouwen van activiteiten van cliënten en hun familieleden en vrienden (SoS 1997a). Ook deze stimuleringsmaatregelen werden alleen toegekend op basis van goedgekeurde projectplannen.

De bedoeling van deze specifieke bijdragen was enerzijds psychiatrische patiënten in staat te stellen via onderlinge steun en eigen werkzaamheden hun leef- en werksituatie te verbeteren. Anderzijds wilde men ook de familieleden en vrienden, wier opvang en begeleiding beschouwd worden als een noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van de extramuralisering, beter toerusten voor deze vaak levenslange taak.

Het grootste deel van het hiervoor genoemde bedrag is aangewend voor de ontwikkeling van ondersteuningsaanbod voor familieleden en vrienden. Over het land verspreid zijn voorlichtingsactiviteiten ontwikkeld waar de naasten van psychiatrische patiënten geïnformeerd worden over de diverse psychiatrische stoornissen, hun verschijningsvormen en de beste manieren om hiermee om te gaan. De extra middelen zijn ook gebruikt voor het opzetten van zelfhulpgroepen, maatjesprojecten en telefooncirkels. Bij de toekenning van de middelen is voorrang gegeven aan projecten die zich richten op de ondersteuning van kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (SoS 1999). De ervaring is dat de diverse projecten een groot aantal belanghebbenden hebben bereikt en voorzien hebben in de bij deze bestaande behoeften.

Ook hier rol voor lokale overheden

Geheel in lijn met de bedoeling de lokale overheden meer verantwoordelijkheid voor de leefsituatie van psychiatrische patiënten te geven, is bij de toekenning van de stimuleringsbijdragen uitgegaan van gemeentelijke medefinanciering en vervolgens overname van de projecten. Een deel van de gelden is dan ook toegekend aan lokale projecten die waren ingediend door de lokale afdelingen van de landelijke verenigingen van psychiatrische patiënten (IFS) en hun verwanten (RSMH). De lokale afdelingen van deze verenigingen werkten al vaak samen en de beschikbaarstelling van de extra projectgelden lijkt deze samenwerking verder versterkt te hebben (SoS 1998).¹²

De lokale verenigingen hebben de hun toegewezen projectgelden hoofdzakelijk gebruikt als aanvullende financiering voor het opzetten en uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten. Een van de doelgroepen daarvoor werd gevormd door de werkers in de (geestelijke)

gezondheidszorg. Zowel de psychiatrische patiënten zelf als hun verwanten hebben grote moeite met de bejegening die hun door de professionele hulpverlening ten deel valt. Zij klagen over neerbuigend gedrag, het onthouden van informatie en het niet betrekken bij de plannen voor behandeling en begeleiding. Patiënten én familie klagen erover dat de professionele hulpverlening de oorzaak van de psychiatrische problematiek niet zelden zoekt in de onderlinge familieverhoudingen en daardoor conflicten binnen het gezin veroorzaakt. Doel van de voorlichtingsactiviteiten is om de hulpverleners te wijzen op de door eigen ervaring verkregen deskundigheid en inzicht te verschaffen in de belevingswereld van de patiënt en de betrokkenen uit diens naaste omgeving. Een andere doelgroep wordt gevormd door de leden van de samenleving. De vooroordelen ten opzichte van psychiatrische patiënten leiden ook in Zweden een taai leven en dragen bij aan het sociaal isolement van degenen die proberen een zelfstandig bestaan op te bouwen (SoS 1999: 42; pag. 196). Voor psychiatrische patiënten betekent dit dat zij blootgesteld worden aan scheldpartijen en regelmatig worden uitgesloten van deelname aan diverse maatschappelijke activiteiten. Een voor patiënten en familie moeilijk te verteren gevolg is ook dat mensen die eenmaal met de geestelijke gezondheidszorg in aanraking zijn geweest, grote problemen hebben om (weer) aan het werk te komen. Het aandeel werklozen onder (ex-)psychiatrische patiënten is dan ook hoog, terwijl het merendeel van hen dolgraag een betaalde (deeltijd)baan zou willen hebben.

De lokale afdelingen van de cliënten- en familieverenigingen hebben de tijdelijke extra middelen niet alleen gebruikt voor het ontwikkelen van voorlichtingsactiviteiten. Een deel ervan is ook aangewend voor het uitbouwen van hun eigen aanbod aan dagbestedingsactiviteiten. Een deel hiervan is gericht op toeleiding voor de arbeidsmarkt en wordt daarom ook wel in samenwerking met de plaatselijke volkshogeschool ontwikkeld. De realiteit leert echter dat de arbeidsmarkt gesloten blijft voor de (ex-)psychiatrische patiënt, ondanks een aanvullende en adequate opleiding. Voor een zinvolle dagbesteding is de patiënt dan ook toch niet zelden aangewezen op vrijwilligerswerk of creatieve activiteiten.

Bij de cliënten- en familieverenigingen bestaat, na enige jaren ervaring met het gemeentelijke beleid, gerede twijfel over het enthousiasme waarmee de lokale overheid hun activiteiten in de toekomst zal ondersteunen. De betrokkenheid van de overheid bij de activiteiten laat nu al veel te wensen over. En er zijn geen signalen dat de lokale overheid bereid is om na afloop van de stimuleringsperiode de financiering geheel over te nemen.

13.4 Cross-nationale vergelijking

Ondanks verschillen, dezelfde problemen

Uit de beschrijving van het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Engeland en Zweden komt als eerste naar voren dat in deze landen met vrijwel dezelfde problemen wordt geworsteld als in Nederland. Ook in de buurlanden laat de afstemming in het voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen te wensen over en ook daar hebben zij te kampen met stigmatisering en vooroordelen waardoor volwaardige deelname aan de samenleving onmogelijk wordt. De problemen hiermee in Nederland

kunnen dus niet verklaard worden door het afwijkende bestuurlijke systeem of een te korte gewenningsperiode aan de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg. In beide landen zijn deze problemen aanleiding geweest tot het doorvoeren van hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg, die in beide landen gepaard gaan met extra investeringen in deze zorg.

Een meer gedetailleerde vergelijking leert verder dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland een sterker categoriaal karakter kent dan in de beide andere landen. Dit geldt vooral het intramuraal aanbod. In zowel Engeland als Zweden is deze intramurale zorg de verantwoordelijkheid van afdelingen van algemene ziekenhuizen en is het beleid gericht op het doen verdwijnen van de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Het gevolg hiervan is dat met name de intramurale zorg voor mensen met psychische problemen een sterk medisch karakter krijgt, gericht op behandeling en, voorzover mogelijk, genezing. In het verlengde daarvan komt ook in de ambulante zorg de behandeling steeds meer centraal te staan. De sociaal-psychiatrie lijkt daarbij meer en meer de (exclusieve) taak te worden van de maatschappelijke dienstverlening. Dit proces lijkt sinds de doorvoering van de laatste hervormingen in Zweden het verst gevorderd te zijn.

Afstemming gezondheids- en welzijnszorg blijvend probleem

Dat de geestelijke gezondheidszorg in Engeland en Zweden volgens eenzelfde regionaal organisatieprincipe is opgezet als die in Nederland, hoeft niet te verwonderen. De regionalisatie in de gezondheidszorg is immers ook naar het voorbeeld van deze landen in Nederland ingevoerd en had hier dezelfde doelen als daar: kostenbeheersing, evenwichtige spreiding en integratie van het voorzieningenaanbod (Schrijvers 1980: 117. e.v.). Nederland heeft met beide landen ook gemeen dat in ieder geval het laatstgenoemde doel van deze regionalisatie niet is bereikt. In Nederland wordt de oorzaak van het gebrek aan afstemming vaak toegeschreven aan de grote rol van het particulier initiatief in het voorzieningenaanbod en de daarmee gepaard gaande autonomie van de aanbieders ten opzichte van de diverse overheden. Bovendien is in de zorg- en dienstverlening een groot aantal verschillende organisaties actief, elk met een eigen, soms zeer specifiek aanbod (Aquino 1988: 30; Van der Pennen et al. 1995: 310). Daarnaast zijn bij de financiering van het aanbod niet alleen de diverse overheden, maar ook de zorgverzekeraars betrokken.

In de beide onderzochte buurlanden is het veld wat overzichtelijker, met een beperkter aantal spelers en grotere bevoegdheden voor de overheden. Zo zijn in Engeland en Zweden de lokale overheden zowel financieel als organisatorisch verantwoordelijk voor de gehele maatschappelijke dienstverlening en welzijnszorg. Verder valt in Engeland de gehele gezondheidszorg onder dezelfde centraal aangestuurde organisatie, de National Health Service en kent ook de Zweedse gezondheidszorg één primaire financier, de provinciale overheid. In beide landen wordt het totale aanbod – eigen bijdragen daargelaten – uiteindelijk betaald uit de nationale begroting. De daadwerkelijke invulling van de beleidsontwikkeling vindt in beide landen weliswaar op regionaal niveau plaats, maar dit tast in essentie de overzichtelijkheid van het beleidsveld niet aan.

Desondanks lukt het ook in déze landen niet om het beleid en het voorzieningenaanbod op de terreinen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening op elkaar aan te laten sluiten, iets wat (zoals uit de beschrijvingen in de beide vorige paragrafen blijkt) een zeer hardnekkig probleem is. Dit lijkt voor een deel te worden veroorzaakt door de gescheiden financieringsstromen en daaraan verbonden beleidsverantwoordelijkheden, die beide wettelijk zijn vastgelegd. Daarom wordt er voor de oplossing nu gezocht naar een generale wetswijziging (Engeland) en specifieke ontheffingen (Zweden). Een andere oorzaak voor het uitblijven van afstemming is echter het verschil in opvattingen en cultuur tussen gezondheidszorg enerzijds en maatschappelijke dienstverlening anderzijds. Deze verschillen doen zich – zo blijkt uit bijvoorbeeld de hoofdstukken 7 en 8 van dit rapport – ook in Nederland voor. Het is de vraag of wetswijzigingen voldoende zijn om deze verschillen weg te nemen. De ervaringen in Zweden, waar de provincies, in casu de geestelijke gezondheidszorg, zich na de overdracht van de verantwoordelijkheden inhoudelijk lijkt terug te trekken uit de samenwerking met de lokale overheden, bieden in ieder geval geen grond voor optimisme. Het lijkt er zelfs op dat het proces van 'decentralisatie' van de geestelijke gezondheidszorg in combinatie met het overdragen van de welzijnszorg voor psychiatrische patiënten aan de lokale overheden, er in Zweden toe heeft bijgedragen dat de kloof tussen geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is vergroot. De geestelijke gezondheidszorg groeit meer en meer toe naar de somatische zorg. De welzijnszorg voor psychiatrische patiënten daarentegen gaat steeds meer op in het grotere geheel van maatschappelijke dienstverlening voor alle groepen zorgafhankelijken.¹³ Ook in Engeland en Nederland worden in het carebeleid de overeenkomst tussen de ouderen-, de gehandicapten- en de geestelijke gezondheidszorg steeds groter. In Engeland heeft dit inderdaad ook al geleid tot een grotere afstand tussen de behandeling van psychiatrische patiënten door de geestelijke gezondheidszorg en hun begeleiding door de maatschappelijke dienstverlening.

Geen integratie van wonen en werken

In de hoofdstukken over het Nederlandse actorenonderzoek is herhaalde malen vastgesteld dat de voor de gebruikers zo belangrijke beleidsterreinen huisvesting en arbeidsmarktparticipatie feitelijk buiten de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg blijven staan. Dit probleem blijkt zich ook in Engeland en Zweden voor te doen. In Zweden is, in het kader van de Psychiatriereform, de huisvesting en woonbegeleiding van de zelfstandig wonende psychiatrische patiënt eveneens een taak van de lokale overheid geworden. Hiermee is wel de afstemming op de andere door de lokale overheid geboden voorzieningen vergroot, maar – zo blijkt – die met de geestelijke gezondheidszorg zelf is sterk verminderd. Ook de gemeentelijke woningdiensten die in Engeland verantwoordelijk zijn voor de huisvesting van sociaal zwakke groepen, waaronder de psychiatrische patiënten, hebben eerder contact met de, eveneens gemeentelijke, maatschappelijke dienstverlening dan met hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. In de kritiek op de plannen van de overheid voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt er ook op gewezen dat hierin geen aandacht wordt geschonken aan dit probleem. De afstand tussen geestelijke gezondheidszorgbeleid en arbeidsmarktbeleid is nog groter. Net als in Nederland lukt het de meeste (ex-)psychiatrische patiënten in Engeland

en Zweden niet om (weer) een betaalde baan te krijgen. De arbeidsmarkt stelt eisen waaraan deze werkzoekenden niet voldoen en blijkt niet tot nauwelijks bereid tot begeleiding of aanpassing. Wetgeving bedoeld om de arbeidsmarktparticipatie van fysiek of sociaal gehandicapten te bevorderen, lijkt in geen van de drie landen veel succes te hebben. De arbeidsrehabilitatieprojecten van zowel geestelijke gezondheidszorg als lokale overheden, als cliënten- en familieorganisaties, hebben daarom vooral het karakter van dagbestedingsactiviteiten; toeleiding naar de arbeidsmarkt is slechts bij uitzondering mogelijk.

Maatschappelijke integratie blijft moeizaam

De ontoegankelijkheid van de arbeidsmarkt voor mensen met psychische problemen lijkt in alle drie de landen symbool voor de houding die de bevolking tegenover deze mensen aanneemt. In hoofdstuk 12 is beschreven hoe de Nederlandse samenleving op zich positief staat tegen extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg, maar zelf moeite heeft met volledige acceptatie van (ex-)psychiatrische patiënten. Ook bij de Engelse en de Zweedse bevolking bestaan reserves die een volledige integratie in de weg staan. Deze reserves slaan om in daadwerkelijke afwijzing op momenten dat psychiatrische patiënten betrokken raken bij incidenten of door hun afwijkend gedrag overlast veroorzaken.

... Evenals cliënten- en familieparticipatie

Dezelfde reserves blijken ook gekoesterd te worden door professionele hulpverleners en functionarissen die via hun werk in aanraking komen met psychiatrische patiënten en hun familieleden. De klachten van deze patiënten en hun familie over bejegening die hen ten deel valt, lijkt universeel. De betrokkenheid van de patiënten en hun familieleden bij de zorg en het geestelijke gezondheidszorgbeleid laat, zo zeggen ze zelf, dan ook te wensen over. Anderzijds blijken in zowel Engeland als Zweden de hulpverleners verplicht te zijn niet alleen de cliënten zelf, maar ook hun familieleden in het overleg over de zorgverlening te betrekken. Ook kennen beide landen inmiddels een aparte regeling voor de ondersteuning van informele zorgverleners, waarop in principe ook de verzorgers van psychiatrische patiënten een beroep kunnen doen.

Noten

- 1 De keuze voor Engeland en Zweden is behalve door deze inhoudelijke argumenten ook ingegeven door de pragmatische overweging dat de kennis van de beide landstalen bij de auteur het mogelijk maakte om zowel de oorspronkelijke (beleids)documenten te lezen als de vraaggesprekken in de respectieve moedertalen van de respondenten te voeren.
- 2 Ten behoeve van de verkenning van het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Engeland is in het voorjaar van 2001 een werkbezoek gebracht aan enkele voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg in Londen. Er is tevens gesproken met enkele sleutelfiguren binnen het Engelse geestelijke gezondheidszorgbeleid, te weten:
 - Prof. G. Thornicroft, professor of Community Psychiatry, Institute of Psychiatry, Kings College, London, tevens voorzitter departementale werkgroep ter voorbereiding van het National Service Framework for Mental Health;
 - Mr. P. O' Halloran, Director Education, Sainsbury Centre for Mental Health, Londen;
 - Prof. G. Shephard, Chief Executive Health Advisory Service, Londen;
 - Dr. R. Perkins, Clinical Director, Springfield University Hospital, Londen.
- 3 Deze social services vallen beleidsmatig onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheden, maar worden centraal gefinancierd. Hun aanbod omvat onder meer thuiszorg, maatschappelijke dienstverlening en jeugdhulpverlening. Hun meest omvangrijkste doelgroep wordt gevormd door zelfstandige wonende ouderen, maar ook gehandicapten en psychiatrische patiënten doen beroep op hun aanbod.
- 4 In het Angelsaksische taalgebruik wordt met community care in eerste instantie bedoeld op professionele ambulante zorg, die weliswaar *in* de gemeenschap (community), maar niet *door* deze gemeenschap wordt gegeven.
- 5 Het beleid op deze terreinen is in principe niet-categoriaal. Wel wordt in de diverse beleidsnota's specifiek aandacht besteed aan kwetsbare groepen, waartoe ook de psychiatrische patiënten worden gerekend. Voor deze groepen wordt gestreefd naar een samenhangend voorzieningen-aanbod dat hen in staat moet stellen zelfstandig te kunnen blijven. Het is vrijwel altijd de lokale overheid die moet toezien op een bredere en intensievere samenwerking tussen de onder haar verantwoordelijkheid vallende instellingen (social services, gemeentelijke woningdiensten), de (geestelijke) gezondheidszorg en de particuliere en vrijwilliger organisaties op onder meer de terreinen welzijn en huisvesting (DoH 1998a; DETR 1999; DETR 2000).
- 6 Het werkbezoek dat ten behoeve van de verkenning van het Zweedse geestelijke gezondheidszorg is afgelegd, vond plaats in het najaar van 2000. Ook nu zijn diverse voorzieningen voor mensen met psychische problemen bezocht, in dit geval in de omgeving van Stockholm, en zijn er gesprekken gevoerd met sleutelfiguren in de Zweedse geestelijke gezondheidszorg, te weten:
 - Hr. Cl. G. Stefansson, projectleider Psykiatriutprojektet (evaluatieonderzoek geestelijke gezondheidszorg), Socialstyrelsen;
 - Fr. U. Elfving-Ekström, projectleider 'Steg för steg' (activiteitencentrum van cliënten- en familie organisaties gezamenlijk);
 - Fr. E. Sandström, directrice 'Skrubba Gård' (centrum voor arbeidsrehabilitatie-activiteit van de Stockholmse deelgemeente Skarpnack);
 - Hr. Gunnar Fors, directeur 'Boendeverksamhet' (dienst voor begeleid en beschermd wonen – activiteit van de Stockholmse deelgemeente Skarpnack);
 - Fr. L. Cadenius, locatiemanager Hammarby Backe (opvangcentrum voor dak- en thuislozen – activiteit van Stockholm Stad);
 - Fr. E. Evaldsson, staffunctionaris Södertälje Sjukhuset, psykiatriafdelingen (psychiatrische kliniek van algemeen ziekenhuis in Södertälje).
- 7 Tot de Zweedse intramurale geestelijke gezondheidszorg worden ook de zogenoemde 'zorgtehuizen' (vårdhem) gerekend, te vergelijken met de Nederlandse herstellingsoorden. Opvallend is dat het aantal opnamen in deze vårdhem nauwelijks is afgenomen en naar verhouding zelfs is gegroeid, zodat zij nu een 20% van het totaal aantal opnamen per jaar voor hun rekening nemen (SOU 1992a). Het onderscheid tussen de diverse vormen van intramurale zorg is overigens ten gevolge van het sectoriseringsbeleid en de daarmee gepaard gaande samenwerking aan het vervagen.

- 8 De vrijwillige psychiatrische zorg (incl. opnamen) valt wettelijk onder de (algemene) Hälso- och sjukvårdslag (HSL, Wet op de gezondheid en gezondheidszorg).
- 9 De maatschappelijke dienstverlening is in Zweden een taak van de lokale overheid. De organisatie die deze dienstverlening biedt, is daarom dan ook een gemeentelijke dienst die behalve een uitkeringsinstantie ook uitvoeringsorganisatie is voor onder meer de thuiszorg, het welzijnswerk voor ouderen en gehandicapten en de kinderopvang. Een groeiend aantal lokale overheden is er inmiddels toe overgegaan om de uitvoering 'op afstand te zetten' door hiervoor aparte, meestal meer gespecialiseerde instellingen in het leven te roepen. Zo bleek dat in 1993 een ruime meerderheid van de lokale overheden de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor (onderdelen van) de maatschappelijke dienstverlening bij zelfstandige organisaties had ondergebracht. De politieke en bestuurlijke onafhankelijkheid van deze organisaties loopt sterk uiteen en is afhankelijk van de gekozen vorm. Dit neemt natuurlijk niet weg dat zij financieel sterk afhankelijk zijn van de lokale overheden en dat verwacht mag worden dat deze een behoorlijke invloed zullen behouden (zie onder meer SoS 1994a).
- 10 De overige SK 45 miljoen kronen zijn bedoeld voor hulpverleningsexperimenten aan verslaafden met een (ernstige) psychische stoornis.
- 11 De voornaamste taken van deze raad zijn:
 - de zorg voor de volksgezondheid, de geneesmiddelenvoorziening en het maatschappelijk welzijn;
 - de planning op nationaal niveau van deze drie terreinen;
 - het ondersteunen en op elkaar (doen) afstemmen van lokale en regionale plannen op deze drie terreinen;
 - het toezicht op de uitvoering van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (incl. financiële bijstand).
- 12 Deze gelden zijn specifiek bedoeld voor familie- en cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Deze zouden in principe ook een beroep kunnen doen op de meer algemene stimuleringsmaatregel voor de ondersteuning van informele zorgverleners, die in 1999 in Zweden van kracht is geworden. De ervaring leert echter dat de gelden van deze maatregel toch vooral ten goede komen aan lokale projecten gericht op de ondersteuning van verzorgers van ouderen.
- 13 Het feit dat de lokale overheid als enige verantwoordelijk is voor de gehele maatschappelijke dienstverlening is overigens op zich nog niet een voldoende garantie voor onderlinge samenwerking en afstemming. De verschillende onderdelen binnen de gemeentelijke uitvoeringsorganisaties blijken in de praktijk nl. ook vaak weinig van elkaar af te weten. Zo hebben bijvoorbeeld in Zweden de (gespecialiseerde) woonbegeleiders voor psychiatrische patiënten nauwelijks tot geen contact met de door dezelfde gemeente betaalde (niet-gespecialiseerde) gezinsverzorgers die niet zelden bij dezelfde patiënten over de vloer komen.

Problemen niet typisch Nederlands

In dit laatste hoofdstuk van een studie waarin diverse facetten van het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Nederland de revue zijn gepasseerd, zal geprobeerd worden een antwoord te geven op het tweede deel van de centrale vraagstelling voor het onderzoek: "Hoe zouden, indien nodig, draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg vergroot kunnen worden?". Nu lijken de bevindingen over sterkte van draagvlak en draagkracht op het eerste gezicht echter eerder aanleiding te geven om zich af te vragen of het wel zinvol en gewenst is om het vermaatschappelijkingsbeleid voort te zetten. De sterkte van het draagvlak is over de gehele linie immers maar matig en ook de sterkte van de draagkracht laat het nodige te wensen over.

Dat het daarom maar beter is om te stoppen met het beleid lijkt echter een te snelle conclusie. Uit de diverse onderzoeksonderdelen komt immers ook naar voren dat er wel een brede steun bestaat voor het primaire doel van de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg: een zo gewoon mogelijk leven voor psychiatrische patiënten. Het is vooral de door de rijksoverheid gewenste concretisering van dit beleidsstreven die bezwaren oproept. Gezien dit verschil in steun voor het eerste en voor het tweede doel van het overheidsbeleid lijkt het daarom beter om te zoeken naar mogelijkheden om de steun voor en de verwezenlijking van alleen het primaire doel te verbeteren. Het tweede deel van de centrale vraagstelling heeft dan alleen betrekking op de manieren waarop draagvlak en draagkracht voor een zo gewoon mogelijk leven van psychiatrische patiënten kunnen worden versterkt.

Ter voorbereiding van de beantwoording van deze vraag is in het vorige hoofdstuk nagegaan of en in hoeverre de eerder vastgestelde sterkte van draagvlak en draagkracht – bij zowel de institutionele betrokkenen als bij de leden van de sociale omgeving van de psychiatrische patiënt – bepaald werden door typisch Nederlandse omstandigheden. Uit een vergelijking met het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Engeland en Zweden is echter gebleken dat de sterkte van draagvlak en draagkracht voor dit beleid in deze landen niet fundamenteel verschillen van die in Nederland. Net als in Nederland blijkt er matige tot stevige steun voor de uitgangspunten van het beleid te bestaan zonder dat dit betekent dat dat beleid daarom ook volledig gerealiseerd kan worden. In de beide andere landen blijkt het geestelijke gezondheidszorgbeleid ook mank te gaan aan gebrek aan onderlinge afstemming en samenwerking, worden cliënten niet tot nauwelijks betrokken bij de ontwikkeling van het voorzieningenaanbod, hebben mensen met psychische problemen niet tot nauwelijks toegang tot de arbeidsmarkt en neigt de samenleving ertoe psychiatrische patiënten te beschouwen als lastige, soms zelfs gevaarlijke personen, voor wie men liever de eigen voorkeur niet opendoet. De realisatie van het ideaal lijkt in de praktijk de draagkracht van de betrokkenen te overstijgen.

Deze uitkomst is wellicht een geruststelling: het gebrek aan afstemming is niet typisch Nederlands, evenmin als de neiging tot discriminatie of buitensluiting. Zij kan echter ook een teleurstelling betekenen: dat organisaties in de zorg voor psychiatrische patiënten niet met elkaar kunnen of willen samenwerken, is blijkbaar een universeel probleem, zoals ook de stigmatisering van deze patiënten algemeen is en overal voorkomt. Voor het vinden van een oplossing volstaat het dus niet om naar de burens te kijken en hen na te volgen in de aanpak die zij gekozen hebben. Een vergelijking kan hoogstens dienen als inspiratiebron, soms ook als waarschuwing voor hoe het niet moet, maar ze biedt geen pasklare oplossingen, geen blauwdruk voor het ideale beleid.

Ook deze slotbeschouwing zal geen blauwdruk opleveren. Zij zal zich beperken tot het nogmaals aan de orde stellen van de belangrijkste problemen zoals deze uit de diverse onderzoeksonderdelen naar voren zijn gekomen. In het verlengde hiervan zullen dan tevens de mogelijke oplossingen en hun gevolgen worden besproken. Daarbij zal ook, waar mogelijk en relevant, ingegaan worden op enige recente ontwikkelingen in het overheidsbeleid op onder andere het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

Draagkracht van de institutionele betrokkenen

- Geen regionale beleidsnetwerken

De belangrijkste conclusie uit het onderzoek onder de institutionele betrokkenen – het actorenonderzoek – was dat deze 'actoren' in de praktijk geen beleidsnetwerk op het niveau van de regio blijken te vormen. Het vermaatschappelijkingsbeleid van de rijksoverheid is echter juist gebaseerd op de verwachting dat dergelijke regionale beleidsnetwerken wel bestaan. In het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg wordt op rijksniveau immers niet alleen gestreefd naar extramuralisering van de zorg, maar ook naar overdracht van taken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan andere algemene instellingen. Deze overdracht zou resulteren in het ontstaan van een samenhangend, integraal voorzieningenaanbod, waarvoor onderlinge, structurele samenwerking tussen alle betrokken aanbiedende partijen noodzakelijk is. De samenhang in het aanbod zou moeten worden bewaakt door de zorgkantoren, dan wel de lokale overheden, de financiers van het aanbod, als zelf leden van het regionale beleidsnetwerk. Om te garanderen dat bij de ontwikkeling van het aanbod aangesloten zou worden op de vraag, dienden ook de cliëntenorganisatie deel uit te maken van het netwerk. Dit zou hen tegelijkertijd in staat stellen om in hun eigen aanbod voor hun achterban de samenwerking met de andere partijen te zoeken.

De realiteit leert echter dat de diverse actoren te veel van elkaar verschillen – in deskundigheid, in financiële middelen, in opvattingen, in voorzieningenaanbod, enzovoort – om structurele samenwerkingsrelaties met elkaar lonend te maken. Zij vormen daarom geen gezamenlijk netwerk en ontwikkelen daarom ook geen integraal, onderling samenhangend voorzieningenaanbod voor de zelfstandig wonende psychiatrische cliënt.

Integendeel, er lijkt zich eerder een tweedeling voor te doen tussen de twee sterkste actoren in het beleidsveld, met enerzijds het (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorgaanbod en anderzijds, het mede door de lokale overheden gefinancierde, aanbod aan maatschappelijke dienstverlening. De belangrijkste aanbieders van voorzieningen

op de terreinen wonen en werken lijken een positie aan de uiterste randen van het (regionale) beleidsveld in te nemen en leveren hoogstens een beperkte bijdrage aan de totstandkoming van voorzieningen voor mensen met psychische problemen. De positie van de provinciale overheid, die tot taak heeft de onderlinge samenwerking en daarmee de totstandkoming van regionale beleidsnetwerken te stimuleren, blijkt te zwak om deze taak te vervullen.

- Twee oplossingsmogelijkheden – beide met nadelen

Bij de bespreking van de uitkomsten van het actorenonderzoek in hoofdstuk 10 zijn twee mogelijkheden om draagvlak en draagkracht voor het beleid onder de institutionele betrokkenen te vergroten en zo de realisatie van de overheidsdoelen dichterbij te brengen.

De eerste zou zijn om vast te blijven houden aan het idee van integrale beleidsontwikkeling en daarmee aan integrale, regionale beleidsnetwerken. Daarvoor zou de rol van de provinciale overheid moeten worden verstevigd, zodat haar sturende bevoegdheden groot genoeg worden om de tegenstellingen binnen het beleidsveld, die ook belangen- tegenstellingen kunnen zijn, te overwinnen. Deze versteviging zou verder moeten gaan dan de veranderingen die nu in het wetsvoorstel voor de Wet exploitatie zorgvoorzieningen (zie hoofdstuk 9, noot 1) zijn voorgesteld. Het is dan aan de provinciale overheid om ervoor te zorgen dat alle actoren die op de een of andere manier betrokken zijn bij de ontwikkeling van een voorzieningenaanbod voor psychiatrische patiënten, met elkaar overleggen over en met elkaar werken aan onderlinge samenhang en afstemming. Het is echter de vraag of dit in de Nederlandse verhoudingen haalbaar zou zijn. De invloed die de provinciale overheden tot nu toe hebben gehad op de regionale beleidsontwikkeling – het (doen) schrijven van de regiovisies – lijken zij vooral te danken te hebben aan hun financiële ondersteuning van diverse projecten; niet aan hun deskundigheid of gezag. En dan nog zijn zij daarbij afhankelijk gebleken van de goede wil van de andere partijen en van de aard van de meer persoonsgebonden onderlinge verstandhouding.

Een tweede belemmering voor het slagen van deze oplossing wordt gevormd door de door de rijksoverheid voorgenomen veranderingen in de rol van de zorgkantoren (zie hoofdstuk 6, § 6.2.4). Als deze, zoals de plannen nu zijn, inderdaad een centrale rol zouden gaan vervullen in planning en realisatie van het voorzieningenaanbod in de gezondheidszorg, komt er een nieuwe machtige actor in het beleidsveld bij. Dat is dan een actor die weliswaar naar verwachting sterker zal zijn dan de huidige twee sterkste actoren, maar niet sterk genoeg om deze beide aan te sturen. In het toch al versnipperde beleidsveld zou daardoor op regionaal niveau een spanningsveld gaan ontstaan tussen drie actoren (instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, lokale overheden en zorgkantoren) met daarnaast of daarboven ook nog een actor (provinciale actor) die wel geacht wordt te sturen, maar daartoe niet in de positie is. Het is niet aannemelijk dat zich in deze situatie wél een samenhangend, samenwerkend, eensgezind beleidsnetwerk zal vormen. Deze oplossing zal dan ook niet bijdragen aan een vergroting van de draagkracht van het netwerk als geheel, hoogstens van die van enkele van de actoren afzonderlijk. Van een integrale beleidsontwikkeling moet in een dergelijk veld dan ook niet veel verwacht worden.

De tweede optie is om de hiervoor geconstateerde tweedeling in het beleidsveld als gegeven te accepteren en geen integrale beleidsontwikkeling meer na te streven. De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zouden dan verantwoordelijk worden voor het aanbod aan (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg, gericht op behandeling en genezing van psychiatrische problematiek. De lokale overheden zouden dan aansprakelijk zijn voor het terrein van de maatschappelijke dienstverlening en welzijnsvoorzieningen voor mensen met psychische problemen. De meest recente beleidsdocumenten wekken de indruk dat meer of minder impliciet al voor deze weg is gekozen. Zo wordt in een brief aan de Tweede Kamer nadrukkelijk gepleit voor een ontwikkeling van een meer integrale en samenhangende *curatieve* zorgketen in de geestelijke gezondheidszorg. In deze geestelijke gezondheidszorg moet – met behoud van de kerntaak: behandeling van psychische stoornissen – meer aangesloten worden op de somatische gezondheidszorg. Tegelijkertijd worden de lokale overheden verantwoordelijk gemaakt voor het aanbod van de 'ondersteunende functies op de terreinen huisvesting en arbeidsrehabilitatie' (TK 2000/2001f). Ook de in deze brief genoemde discussie over een nieuw dienstverleningsstelsel gaat uit van een grotere, wettelijke rol van de lokale overheden in het voorzieningenaanbod voor alle mensen met beperkingen, dus inclusief psychiatrisch patiënten (TK 2000/2001d). In feite wordt hiermee de draagkracht van de toch al sterkste actoren in het beleidsveld nog verder vergroot.

Met deze ontwikkeling lijkt binnen het Nederlandse geestelijke gezondheidszorgbeleid eenzelfde weg ingeslagen te worden als die eerder is bewandeld in zowel Engeland als Zweden. Daar blijkt deze te resulteren in een nog altijd niet gedichte kloof tussen enerzijds de door de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geboden *cure* en het op *care* gerichte voorzieningenaanbod van de lokale overheden. In Engeland wordt deze kloof inmiddels aangewezen als de belangrijkste reden voor het niet op elkaar aansluiten van de zorg voor de mensen met psychische problemen; met ontsporing van deze mensen als gevolg. Men probeert nu met wetswijzigingen meer onderlinge samenhang en afstemming af te dwingen. In Zweden blijkt de integratie van de dienstverlening aan psychiatrische patiënten met die voor andere groepen van zorgafhankelijken ertoe te leiden dat deze laatste groepen het karakter van het zorgaanbod gaan overheersen. In dat land wordt er ook over geklaagd dat de (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg in toenemende mate wordt beheerst door de medisch-biologische invalshoek en dat de psychosociale component van zowel het ontstaan als de gevolgen van de psychische stoornis steeds minder aandacht krijgt.

Bij de beoordeling van deze oplossingsrichting moet verder worden bedacht dat de Nederlandse situatie op twee punten afwijkt van die in de beide buurlanden. Ten eerste spelen, in afwijking van de situatie in Engeland en Zweden, in Nederland ook de zorgverzekeraars, in casu de zorgkantoren, een belangrijke rol in de ontwikkeling van het zorgbeleid. Ten tweede is de positie van de lokale overheden in Nederland een geheel andere dan in de vergelijkingslanden.

Mochten de plannen voor een centralere functie van de zorgkantoren in de planning van het zorgstelsel doorgaan, dan zullen deze er hoogstwaarschijnlijk toe bijdragen dat de kloof die bij de keuze voor de tweede optie vermoedelijk zal ontstaan, breder en dieper wordt. Het ligt immers voor de hand te veronderstellen dat een centrale regiefunctie in de handen van een sectorale partner, de samenhang binnen deze sector – in

casu de *curatieve* gezondheidszorg – zal vergroten. De afstand tussen de curatief ingestelde geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zal als reactie hierop toenemen. Afgezien daarvan zullen de zorgkantoren een grotere beslissingsbevoegdheid krijgen op omvang en aard van het aanbod. De positie van de zorgkantoren zal hierdoor sterker worden, ten koste van die van de aanbieders. Dit zou erin kunnen resulteren dat het vooral het spanningsveld tussen zorgkantoren en lokale overheden zal zijn dat de samenwerkings- en afstemmingsrelaties binnen het gehele beleidsveld zal gaan bepalen.

De positie van de lagere overheden is in de Nederlandse bestuurlijke verhoudingen bovendien heel wat zwakker dan in de buurlanden, met name in Zweden, waar de lokale overheden over een grote eigen beleidsvrijheid beschikken. Nederland kent, ondanks de vele herindelingen van de laatste jaren, nog altijd relatief veel kleine gemeenten die in meeste gevallen over weinig bestuurskracht beschikken. Verder zijn de instellingen voor maatschappelijke dienstverlening in Nederland – in tegenstelling tot die in Engeland en Zweden – geen gemeentelijke diensten, maar relatief autonome organisaties van het particulier initiatief. Het enige formele sturingsinstrument dat de lokale overheden ter beschikking staat, is die van de subsidieregeling. In de praktijk is dat weliswaar een krachtig instrument, maar de mogelijkheid voor de instellingen om een eigen beleid te voeren, blijft bestaan. Die mogelijkheid wordt groter naarmate de instellingen zelf, bijvoorbeeld dankzij andere inkomstenbronnen, over meer eigen middelen kunnen beschikken.

De inkomsten van de lokale overheden zelf zijn voor het grootste deel afkomstig uit rijksbijdragen, zoals het Gemeentefonds. In Nederland hebben de lokale overheden namelijk maar zeer beperkte mogelijkheden om, bijvoorbeeld via belastingen, eigen inkomsten te verwerven. Ook daarin wijken zij af van die in de buurlanden.

Al met al lijkt het erop dat in Nederland wel gestreefd wordt naar een inrichting van het (geestelijke gezondheids)zorgbeleid, die sterk lijkt op die van Engeland en Zweden, maar dat daarbij voorbij wordt gegaan aan de verschillen die ten opzichte van deze landen bestaan. Het is maar de vraag of bij een dergelijke beleidsrichting de afzonderlijke draagkracht van de meest betrokkenen bij dit beleid op deze wijze versterkt wordt en het is niet waarschijnlijk dat hierdoor hun gezamenlijke draagkracht toeneemt. Daarom moet voor de integratie van de psychiatrische patiënt en diens volwaardige deelname aan alle facetten van de samenleving ook in de tweede optie niet veel verwacht worden.

- De vraag centraal?

Een grotere inbreng van de zorggebruikers in de ontwikkeling van aanbod en beleid vormt al jaren een steeds terugkerend thema in de diverse nota's over het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Deze inbreng wordt ook genoemd als een van de doelen van de herziening van de AWBZ (TK 1998/1999c) en vormt tevens het thema van de meest recente nota over het patiënten/consumentenbeleid (TK 2000/2001g). Ook de aanbieders zelf hameren er bij voortdurend op dat zij in hun voorzieningenaanbod aan willen sluiten op de vraag van de cliënt zelf.

Uit het actorenonderzoek is echter gebleken dat de cliëntenorganisaties desondanks nog altijd de zwakste partij op het regionale beleidsveld zijn. Met name de categorale organisaties zijn klein, hebben een klein budget en kennen een personeelsbestand dat voornamelijk uit vrijwilligers bestaat. Het merendeel van de actoren kent geen formele procedure voor het raadplegen van de beoogde gebruikers bij de ontwikkeling van hun eigen voorzieningenaanbod, waardoor raadpleging in de meeste gevallen hoogstens ad hoc plaatsvindt. De gegevens over de manier waarop zorginstellingen hun (verplichte) cliëntenraad toerusten om hun taken uit te oefenen, wekken verder ook niet de indruk dat medezeggenschap van de gebruikers een belangrijke beleidsprioriteit is. Deze factoren dragen er elk aan bij dat binnen het gehele beleidsnetwerk de cliëntenorganisaties over de minste draagkracht kunnen beschikken.

Dit effect wordt nog versterkt door de onderlinge tegenstrijdigheden die de wereld van de cliëntenbeweging teisteren. Ten eerste zijn de categorale organisaties het onderling niet altijd eens over de gezamenlijke belangen en over de wijze waarop deze dienen te worden behartigd; hierdoor is een fusie tussen hen nog altijd niet mogelijk. Ook bestaan er tegenstellingen tussen de instellingsgebonden en de niet-instellingsgebonden organisaties en nemen de categorale cliëntenvertegenwoordigers nogal eens afstand van de stellingname van de algemene organisaties, de RP/CP's. Deze laatste nemen echter niet zelden als enige deel aan de regionale overleggen (Kwekkeboom 1999: hoofdstuk 8). De cliëntenparticipatie in de geestelijke gezondheidszorg wijkt hierin overigens niet opvallend af van die van in de andere sectoren van de zorg. De hiervoor al aangehaalde nota over het patiënten-/consumentenbeleid gaat inderdaad op de meeste van de hiervoor aangehaalde knelpunten in en stelt daarbij tevens voorstellen ter verbetering voor. Het feit echter dat twintig jaar na de start van het patiëntenbeleid deze problemen nog altijd niet zijn opgelost, maakt niet optimistisch over de uitwerking van deze voornemens.

Meer specifiek komt uit het actorenonderzoek ook naar voren, dat de beleidsterreinen die door de cliënten in de geestelijke gezondheidszorg zelf als belangrijkste naar voren worden gebracht – wonen en werk – juist van de belangrijkste actoren in het beleidsveld de minste aandacht krijgen. De overheidsvoornemens voor de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg zouden er – bij realisering – ook niet aan bijdragen dat juist deze beleidsterreinen de meeste aandacht zullen krijgen. De versterking van de medisch-biologische benadering in de kernactiviteiten van de geestelijke gezondheidszorg gaat zelfs geheel voorbij aan de kritiek van de 'gekkenbeweging' in de jaren zeventig (Heerma van Voss 1983). Juist deze kritiek was indertijd mede aanleiding om in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (weer) meer aandacht te besteden aan de sociale component van de psychiatrische problematiek.

Het is dus maar de vraag of en in hoeverre de versterking van de draagkracht die in het patiënten-/consumentenbeleid wordt nagestreefd voldoende is om de invloed van de gebruiker van de zorg, individueel of georganiseerd, een dusdanig gewicht te geven dat er inderdaad een aanbod komt waarin de vraag centraal staat.

- Toch beter een andere weg?

De beide hiervoor besproken ontwikkelingsmogelijkheden om draagkracht en draagvlak van het beleidsnetwerk te vergroten, hebben gemeen dat zij passen in het overheidsstreven dat is gericht op een zo groot mogelijke 'ontcategoralisering' van het voor-

zieningenaanbod voor mensen met psychische problemen. De diverse voorzieningen dienen aangeboden te worden door de algemene instellingen en organisaties die zich hierin hebben gespecialiseerd. Dit past in het streven de psychiatrische patiënten 'zo gewoon mogelijk' gebruik van deze voorzieningen te laten maken, de functies die binnen de geestelijke gezondheidszorg worden geboden beter af te stemmen op die van de gespecialiseerde algemene aanbieder, en woning en zorg (en werk) voor mensen met psychische problemen te scheiden en daarmee een 'decategoralisering' van de geestelijke gezondheidszorg te bereiken. Vooralsnog lijkt dit er echter in te resulteren dat op het niveau van de gebruiker van de voorzieningen de nodige samenhang en afstemming niet bereikt wordt.

De wegen die nu gezocht worden, lijken – zo is vervolgens besproken – ook voorbij te gaan aan de wensen van de cliënten, die juist al lange tijd pleiten voor een meer holistische benadering van hun psychische problematiek; juist door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf.

Een en ander roept de vraag op of het niet raadzaam zou zijn om in de ontwikkeling van het beleid en voorzieningenaanbod toch meer aandacht te geven aan de totstandkoming van categorale voorzieningen die zorg, opvang en begeleiding combineren met huisvesting en dagbesteding/arbeidsrehabilitatie. Dit zou weliswaar een stap terug op de weg naar 'ontcategoralisering' en daarmee naar een 'zo gewoon mogelijk leven' betekenen, maar het ontbreken van afstemming op het niveau van de gebruiker zelf wordt daarmee minstens verzacht. De ontwikkeling van dergelijke categorale voorzieningen zou verder ook niet hoeven te betekenen dat daarmee een einde komt aan het wonen in de wijk of het deelnemen aan de reguliere arbeidsmarkt. De voorziening waarvoor hier gepleit wordt, zou namelijk niet alleen een eigen huisvestings- en werkgelegenheidsaanbod moeten verschaffen, maar ook een bemiddelingsrol moeten vervullen bij het verkrijgen en behouden van reguliere arrangementen. Van belang is vooral dat binnen één organisatie en bij voorkeur bij één medewerker, kennis is over zowel de psychische en somatische conditie van de gebruikers als over hun sociale situatie.

Binnen de huidige constellatie van het geestelijke gezondheidszorgaanbod bestaan al voorzieningen die een combinatie bieden van opvang en begeleiding enerzijds en meer of minder zelfstandige huisvesting anderzijds, de RIBW's. De wachtlijsten voor het aanbod van de RIBW's wijzen erop dat er zeker vraag naar hun aanbod is. Daarom lijkt het het overwegen waard om het streven naar de scheiding van de diverse functies voor zorg en wonen niet te rigouzeus door te voeren, maar in plaats daarvan de ontwikkeling van meer kleinschalige woon- zorgvoorzieningen voor mensen met psychische problemen mogelijk te maken. Aan deze voorzieningen zouden verder mogelijkheden voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie (w.o. consumer-runprojecten) gekoppeld moeten worden. Door het aanbod voor zorg, wonen en werk binnen één instelling te ontwikkelen, is het eenvoudig om de noodzakelijke onderlinge samenhang en afstemming, ook op de wisselende mogelijkheden van de gebruiker, te realiseren. Gezien de negatieve gevolgen van een financiering vanuit verschillende geldbronnen – en daarmee van een verdeling van de beleidsverantwoordelijkheden – voor de integratie en onderlinge samenhang van het aanbod (zie de voorbeelden in Engeland en

Zweden) lijkt het beter om, tegen de huidige tendensen in, de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en financiering van dergelijke voorzieningen ook in één hand te leggen.

De ontwikkeling van een categoriaal aanbod houdt zeker het risico in dat hierdoor afstemmingsproblemen met andere partijen zullen gaan ontstaan. Hiervoor is echter aangetoond dat dergelijke problemen zich vrijwel altijd voor zullen gaan doen. Voor het welbevinden van de gebruikers van het aanbod is het beter dat de blijkbaar onvermijdelijke kloof niet dwars door hun eigen leefsituatie loopt.

Draagkracht van de leden van het persoonlijk netwerk

Het onderzoek onder familieleden en vrienden van psychiatrische patiënten heeft naar voren gebracht dat waar het draagvlak voor het beleid redelijk stevig is, de draagkracht zwaar wordt belast en bij sommigen daardoor tekortschiet. Daarbij is aangetekend dat het bovendien mogelijk is dat door de gekozen methode van respondentwerving de sterkte van de draagkracht te rooskleurig is voorgesteld.

Om het persoonlijk netwerk in staat te stellen hun naaste bij te blijven staan en steunen in het streven een zo gewoon mogelijk leven te leiden, is het dus gewenst hun draagkracht te versterken. Deze versterking zou zich niet moeten beperken tot de immateriële steun die nu vaak al door de familieverenigingen en, in toenemende mate, door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worden gegeven. Ook materiële steun lijkt gewenst, bij voorkeur in de vorm van een tegemoetkoming in de extra kosten die de zorgverlening met zich meebrengt. Een dergelijke tegemoetkoming zou het ook mogelijk maken vaker beroep te doen op particuliere of collectief betaalde hulp bij de huishoudvoering – een activiteit die, zo blijkt, toch het meest nodig is en de meeste tijd vraagt. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn om het aanbod aan (gespecialiseerde) thuiszorg te vergroten, zodat voor hulp bij de huishoudvoering geen beroep op de familie meer nodig is.

Inmiddels wordt, een kleine twintig jaar na de erkenning van het belang van informele zorg voor het kunnen realiseren van het extramuraliseringsbeleid (zie hfst. 2), nu ook in het Nederlandse zorgbeleid expliciet aandacht gegeven aan het belang van de informele zorgverlening, en worden er maatregelen voorgesteld om de informele verzorgers ("mantelzorgers") te ondersteunen (TK 2000/2001h). In de notitie die hierover is verschenen, wordt aangegeven dat deze maatregelen ten goede moeten komen aan iedereen die informele zorg verleent aan mensen met een (ernstige) lichamelijke, verstandelijke of psychiatrische handicap. Voor de maatregelen, waarvan de ondersteuning van de informele verzorgers zelf en de oprichting van een landelijk expertisecentrum de belangrijkste zijn, wordt op jaarbasis 25 miljoen gulden beschikbaar gesteld. Hoeveel daarvan terecht zal komen bij de verzorgende leden van het persoonlijke netwerk van psychiatrische patiënten, is onduidelijk. Een en ander zal vermoedelijk mede afhangen van de beslissingen die door de landelijke verenigingen voor ondersteuning van informele verzorgers (de Landelijke Organisatie van Thuisverzorgers (LOT) en de Landelijke Organisatie van Vrijwillige Thuiszorg

(LOVT) worden genomen. In het ondersteuningsbeleid passen ook het nemen van fiscale maatregelen om financiële knelpunten ten gevolge van de zorgverlening weg te nemen, het vergroten van de mogelijkheden een persoonsgebonden budget aan te vragen, en mogelijk wetgeving om de combinatie van zorg met arbeid te vergroten (TK 2000/2001h). Al met al lijkt het te gaan om een pakket aan maatregelen dat aanzienlijk zou kunnen bijdragen aan de sterkte van de draagkracht van de leden van het persoonlijke netwerk. Of het inderdaad voldoende zal zijn om te voorkomen dat de draaglast van de verzorging de kracht van de verzorgers zal overstijgen, zal in de toekomst duidelijk moeten worden.

Meer specifiek hebben de resultaten van het onderzoek onderstreept dat gerichte aandacht voor de *kinderen* van psychiatrische patiënten noodzakelijk blijft. Dat deze kinderen, ook als zij volwassen zijn, nog altijd de meeste negatieve gevolgen van de psychische ziekte van hun familielid rapporteren, en aangeven de minste sociale steun te kunnen mobiliseren, bevestigt opnieuw dat met name kinderen het meest te lijden hebben van psychische problemen in de familie. Preventieactiviteiten voor deze kinderen, zoals deze momenteel in de zogenoemde KOPP-projecten worden geboden (voor een overzicht zie Siegert 1999), blijven dus van het grootste belang om, ook op de langere termijn, hun draagkracht in stand te houden.

Draagkracht in de samenleving

Uit de weinige onderzoeksgegevens die over dit onderwerp beschikbaar zijn, is naar voren gekomen dat, ondanks de goede wil, een belangrijk deel van de samenleving niet in staat is psychiatrische patiënten als 'gewoon' te beschouwen en hun daarmee een 'gewone' plek in de maatschappij te geven. Uit de gegevens komt ook naar voren dat de persoonlijke ervaringen met mensen met psychische problemen de weerstand tegen hun soms afwijkende gedrag kan wegnemen. Nu lijkt het een wat onwezenlijk beleidsdoel om op basis van deze bevinding ervoor te zorgen dat iedereen in het leven persoonlijk met psychische patiënten in aanraking komt om zo de maatschappelijke integratie te bevorderen. Toch biedt het gegeven dat meer kennis over psychische problemen en hun verschijningsvormen bijdraagt aan een grotere acceptatie, voldoende aangrijpingspunten voor een beleid dat de draagkracht in de samenleving kan vergroten. Ten eerste lijkt het raadzaam de nu al gevoerde voorlichtingscampagnes te intensiveren en daarbij ook zeer nadrukkelijk (ex-)gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg te betrekken. Ten tweede kan, sterker dan tot nu toe, gestreefd worden naar een grotere zichtbaarheid van (ex-)psychiatrische patiënten in de samenleving. Dit kan door de ontwikkeling van consumer- runprojecten te stimuleren, maar ook door nadrukkelijk (ex-)patiënten te werven voor beroeps- en vrijwilligersarbeid. De ervaringen die hiermee zijn opgedaan in bijvoorbeeld Engeland, kunnen hiervoor als voorbeeld dienen. Daarnaast verdient het aanbeveling om in het onderwijs specifiek aandacht te geven aan psychische problematiek, de verschijningsvormen en de consequenties. Activiteiten op dit terrein, waarbij het juist (ex-)patiënten zijn die deze lessen geven, dienen te worden uitgebreid.

Bij dit alles mag echter nooit uit het oog worden verloren dat volledige acceptatie en integratie van 'de psychiatrische patiënt' een illusie zal blijven. De psychische problematiek zal voor velen een meer of minder grote afwijking van het 'gewone' met zich meebrengen en dus zullen zij altijd 'anders' blijven dan de rest. Voor een deel van de bevolking zal dit 'anders' zijn een reden blijven voor afwijzing en uitstoting, met het risico van eenzaamheid en isolement van de uitgestotene.

En al is het dan mogelijk dat door een betere kennis van de psychische problematiek de acceptatie zal verbeteren, dan zal dit nog niet betekenen dat daardoor ook onmiddellijk de bereidheid tot het daadwerkelijk structureel verlenen van hulp en ondersteuning groter zal worden. Deze bereidheid zal zich toch, zo laten de resultaten zien, beperken tot de familieleden, vrienden en, eventueel, burens. De opvang in en door de samenleving zal nooit voldoende zijn om de professionele zorg- en dienstverlening te kunnen vervangen. Voor de psychiatrische patiënten voor wie een in alle opzichten 'gewoon' leven buiten het bereik blijft, zal daarom steun van buiten blijvend noodzakelijk zijn. Voor hen zullen specifieke arrangementen op zowel de terreinen zorg- en dienstverlening als op die van wonen en werken nodig blijven. Deze arrangementen zouden waar nodig in onderlinge samenhang kunnen worden geboden door de kleinschalige voorzieningen die in het voorgaande zijn bepleit.

Veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg

In het Nederlandse geestelijke gezondheidszorgbeleid wordt in toenemende mate de nadruk gelegd op extramuralisering van de zorg en een grotere maatschappelijke participatie van de psychiatrische patiënt. Doel is om de patiënt, ondanks zijn of haar psychische problemen, in staat te stellen een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Dit betekent ook dat de patiënten voor hun hulpvragen in eerste instantie terecht moeten kunnen bij gewone, niet in geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerde instellingen, dat zij in een gewoon huis in een gewone wijk kunnen wonen en dat zij een gewone baan kunnen krijgen. Deze ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid worden meestal samengevat onder de noemer 'vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg' (hoofdstuk 1).

De invoering van het vermaatschappelijkingsbeleid brengt voor een groot aantal betrokkenen nogal ingrijpende veranderingen met zich mee. In de eerste plaats natuurlijk voor de psychiatrische patiënt zelf, die over voldoende vaardigheden moet beschikken om zo gewoon mogelijk aan de samenleving deel te nemen. De veranderingen treffen in de tweede plaats de diverse instellingen en organisaties, die diensten en voorzieningen moeten leveren die een gewoon leven voor psychiatrische patiënten mogelijk moeten maken. In de derde plaats krijgt ook de sociale omgeving van de psychiatrische patiënt met veranderingen te maken. Het beroep op de leden van diens persoonlijke netwerk (familieleden en vrienden) voor opvang en steun zal groter worden en de bevolking als geheel zal vaker te maken krijgen met een (ex-) psychiatrische patiënt als buur of collega (hoofdstuk 2).

Voor een succesvolle realisatie van het beleid – en dus voor een geslaagde integratie van de psychiatrische patiënt in de samenleving – is het ten eerste noodzakelijk dat niet alleen de patiënt zelf, maar ook de andere betrokkenen de uitgangspunten van het beleid steunen. Met andere woorden: het beleid is alleen uit te voeren als het draagvlak daarvoor bij de diverse betrokkenen groot genoeg is. Ten tweede moeten deze betrokkenen ook daadwerkelijk in staat zijn om de gewenste veranderingen te verwezenlijken: hun draagkracht moet toereikend zijn.

Onderzoek naar draagvlak en draagkracht bij diverse betrokkenen

In deze studie wordt verslag gedaan van onderzoek naar sterkte van *draagvlak en draagkracht* bij een groot deel van de partijen die direct betrokken zijn bij de zorg- en dienstverlening aan mensen met (langdurige) psychische problemen. Daarbij is de sterkte van het *draagvlak* afgeleid uit enerzijds de mate van instemming met de belangrijkste uitgangspunten voor het gevoerde beleid en anderzijds de mate waarin en de wijze waarop (al) invulling wordt gegeven aan de daaruit voortvloeiende taken en rollen. Om de sterkte van de draagkracht te bepalen is gekeken naar de materiële en immateriële hulpbronnen waarover de betrokkenen voor de uitvoering van hun taken kunnen beschikken. De sterkte van de draagkracht is tevens afgeleid uit het

gedrag van de diverse partijen, met name waar het zich richt op het vergroten van de mogelijkheden om de gevraagde taken te vervullen (hoofdstuk 3). Gezien de grote variëteit tussen de betrokkenen en de uiteenlopende consequenties die het geestelijke gezondheidszorgbeleid voor hen heeft is het onderzoek opgedeeld in verschillende onderdelen. In elk van die onderdelen zijn verschillende onderzoeksvragen beantwoord, waarbij gebruik is gemaakt van uiteenlopende onderzoeksmethoden.

Onderzoek onder instellingen en organisaties

In de studie is de meeste plaats ingeruimd voor het onderzoek onder de institutioneel betrokkenen bij het vermaatschappelijkingsbeleid: de instellingen en organisaties die in hun beleid en voorzieningenaanbod bij dienen te dragen aan de zorg- en dienstverlening aan psychiatrische patiënten. Daartoe behoren, naast de instellingen voor (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg, ook de algemene instellingen op het terrein van de zorg – en dienstverlening zoals die voor maatschappelijke opvang, voor AMW en voor thuiszorg. Gezien de nadruk op een normale huisvesting van en een normale arbeidsmarktparticipatie door psychiatrische patiënten worden ook instellingen op de terreinen wonen en werk – i.c. de woningcorporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening – met de ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid geconfronteerd en zijn ook zij in het onderzoek betrokken. Daarnaast zijn de belangrijkste financiers van het aanbod (zorgkantoren en lokale overheden) voor deelname benaderd, evenals de belangrijkste uitvoerenden van het beleid op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), de GGD's. Ten slotte, maar daarom niet het minst belangrijk, zijn de belangenbehartigingsorganisaties van de gebruikers van de voorzieningen eveneens in het onderzoek opgenomen.

Regionale zorgcircuits ofwel beleidsnetwerken

Vrijwel alle hier opgesomde instellingen en organisaties worden in de meest recente overheidsnota's over het geestelijke gezondheidszorgbeleid genoemd als deelnemers in de rond de psychiatrische patiënt te vormen regionale zorgcircuits. Binnen deze circuits zou door onderling overleg en samenwerking tussen de diverse deelnemers een integraal en samenhangend beleid en voorzieningenaanbod ontwikkeld moeten worden. Door voor overleg en samenwerking uit te gaan van de geografische schaal van de regio wordt tevens bevorderd dat het aanbod uitgaat van en afgestemd is op de wensen en behoeften van de psychiatrische patiënten in de regio. De zorgkantoren en de lokale overheden hebben verder ieder de taak overleg en samenwerking tussen de diverse partijen in de regio te stimuleren en er over te waken dat een en ander inderdaad resulteert in onderlinge samenhang en afstemming. Daarbij wordt in het midden gelaten hoe de regierol van de zorgkantoren enerzijds en die van de lokale overheden anderzijds zich ten opzichte van elkaar zouden moeten verhouden (hoofdstuk 4).

De eigenschappen die in de overheidsnota's worden toegeschreven aan de regionale zorgcircuits komen overeen met de criteria die vanuit een bestuurskundige invalshoek worden gehanteerd voor het afbakenen en beschrijven van zogenoemde *beleidsnetwerken*. Beleidsnetwerken kenmerken zich door de onderlinge autonomie van de participanten, de 'actoren' en hun onderlinge afhankelijkheid voor het kunnen realiseren van

de eventueel gezamenlijke beleidsdoelen. Dit betekent dat de actoren wel zijn aangewezen op onderlinge samenwerking maar dat geen van de partijen voldoende macht bezit om de andere daarbij aan te sturen. Dit kan er, bij belangentegenstellingen of verschillen van inzicht over de wenselijkheid van de doelen, toe leiden dat een deel van de actoren een onderlinge coalitie aangaan, met als opzet de eigen positie te versterken en daarmee de sturingsmogelijkheden te vergroten.

Om inzicht te verkrijgen in de processen die zich binnen beleidsnetwerken afspelen en daarmee ook zicht te krijgen op de te verwachten uitkomsten van deze processen is het van belang kennis te hebben van de eigenschappen van de diverse actoren en daarmee van hun *onderlinge (machts)verhoudingen, van de onderlinge overeenstemming* over de uitgangspunten van te voeren beleid en van de mate waarin *onderlinge samenwerking* leidt tot mogelijke coalitievorming binnen de netwerken (hoofdstuk 4).

Voor het onderzoek naar sterkte van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid bij de instellingen en organisaties is aangesloten bij de hiervoor beschreven netwerkbenadering. Op deze wijze is getoetst of de netwerkbenadering een bruikbaar instrument is om de beleidsprocessen in de geestelijke gezondheidszorg te beschrijven en te verklaren.

De toepassing van de netwerkbenadering in het onderzoek heeft tot gevolg dat niet alleen gekeken is naar de steun voor het beleid, dat wil zeggen het draagvlak, bij de *afzonderlijke actoren*, maar dat ook nagegaan is of op basis hiervan iets gezegd kan worden over de sterkte van het *draagvlak van het netwerk in zijn geheel*. Op vergelijkbare wijze is niet alleen de sterkte van de draagkracht van de afzonderlijke actoren in kaart gebracht, maar is ook gekeken naar de draagkracht van het netwerk. Daarbij is tevens bezien of en zo ja hoe, de afzonderlijke actoren door het aangaan van samenwerkingsrelaties actie ondernemen om hun individuele draagkracht te vergroten.

Opzet en uitvoering van het onderzoek

De benodigde gegevens zijn verzameld via face-to-face gesprekken met vertegenwoordigers van de hiervoor genoemde 10 verschillende typen actoren. De respondenten voor de interviews zijn geworven in geheel Nederland, waarbij uitgegaan is van de regio-indeling die wordt gehanteerd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Bij de selectie van de aan te schrijven instellingen en organisaties is gestreefd naar minstens één vertegenwoordiger van alle afzonderlijke typen actoren per WZV-regio. In totaal zijn 321 instellingen en organisaties benaderd voor deelname aan onderzoek; uiteindelijk is bij 208 een interview afgenomen, wat de respons op 65% brengt. De deelnamebereidheid liep per type actor echter sterk uiteen, met als gevolg dat met name de instellingen voor AMW, de woningcorporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening – elk met een responspercentage onder de 50 – relatief ondervertegenwoordigd zijn. Van de cliëntenorganisaties hebben vooral de (algemene) regionale Patiënten- en Consumenten Platforms aan het onderzoek deelgenomen en bleef deelname door de (categorale) cliëntenorganisaties sterk achter (hoofdstuk 5).

De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst, waardoor het mogelijk was een groot aantal gesprekken te houden, die ondanks de heterogeniteit van de respondenten, onderling goed vergelijkbare data opleverden. Door in

de opzet van de vragenlijst mogelijkheden voor analyse naar zowel type actor als regio in te bouwen is tevens geprobeerd regionale invloeden op de mate en wijze van netwerkvorming te traceren.

De hiervoor beschreven inrichting van het onderzoek had ook tot doel om na te gaan of het mogelijk is om de processen binnen beleidsnetwerken in meerdere netwerken tegelijk te bestuderen. Standaardisatie moet het dan mogelijk maken om niet alleen specifieke kenmerken van de afzonderlijke typen actoren aan het licht te brengen maar ook om mogelijke verschillen tussen de netwerken op te sporen. Dergelijk informatie kan van belang zijn voor het in kaart brengen van voorwaarden voor netwerkvorming.

De vragenlijst zelf bestond uit drie blokken. In het eerste blok is informatie verzameld over de kenmerken van de diverse actoren (budgetten, formatieruimte, omvang en aard van het cliëntenbestand, deskundigheid etc) zodat inzicht verkregen kon worden in zowel de draagkracht van de actoren afzonderlijk als in de onderlinge (machts)verhoudingen binnen de beoogde beleidsnetwerken.

In het tweede blok zijn vragen gesteld over het beleid en het voorzieningenaanbod van de diverse actoren en over de mate waarin en de wijze waarop zij met elkaar samenwerken voor de realisatie ervan. De gegevens uit dit blok zijn gebruikt als aanvulling op de gegevens over sterkte van draagvlak en draagkracht van de actoren afzonderlijk. Daarnaast geven zij informatie over de mate waarin en de wijze waarop de actoren door het al dan niet aangaan van samenwerkingsverbanden of coalities hun eigen draagkracht en die van het netwerk als geheel proberen te vergroten.

De vragen naar voorzieningenaanbod en samenwerking zijn toegespitst op de activiteiten van de actoren op vier afzonderlijke beleidsvelden, te weten 'ontwikkeling/ondersteuning van de zorgverlening aan huis', 'versterking van huisvestingssituatie van psychiatrische patiënten', 'vergroting van de arbeidsmarktparticipatie door psychiatrische patiënten' en 'ontwikkeling OGGZ-beleid'. Deze toespitsing maakte het mogelijk na te gaan welke invulling de diverse actoren in de praktijk geven aan het brede begrip 'vermaatschappelijking'.

In het derde blok tenslotte is aan de hand van een 10-tal uitspraken over het gevoerde beleid informatie verzameld over de sterkte van het draagvlak bij de afzonderlijke actoren alsmede over de onderlinge overeenstemming tussen de leden van het netwerk en dus de sterkte van het draagvlak van het netwerk als geheel (hoofdstuk 5).

In de rapportage is eerst ingegaan op de informatie die afkomstig was uit het eerste en derde vragenblok en zijn vervolgens de uitkomsten uit het derde vragenblok besproken.

Uitkomsten over draagvlak en draagkracht

De informatie over de kenmerken van de diverse actoren leert dat zij onderling sterk uiteenlopen. Tussen de beoogde deelnemers aan de regionale beleidsnetwerken blijken ten eerste grote verschillen te bestaan waar het de omvang van de budgetten en het personeelsbestand betreft. Ten tweede zijn lang niet alle actoren in dezelfde mate betrokken bij de dienstverlening aan mensen met psychische problemen en beschikken zij, mede als gevolg daarvan, daarom ook niet over dezelfde mate van deskundigheid. Ten derde lopen de diverse actoren onderling uiteen waar het hun bevoegdheden en

verantwoordelijkheden binnen het vermaatschappelijkingsbeleid betreft. Met andere woorden: de actoren lopen onderling sterk uiteen waar het de sterkte van hun afzonderlijke draagkracht aangaat (hoofdstuk 6).

Van de diverse typen actoren lijken de instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, de zorgkantoren en de lokale overheden over de meeste draagkracht te kunnen beschikken. De cliëntorganisaties daarentegen lijken de zwakste actor binnen het netwerk te zijn: zij kunnen slechts zelden beschikken over voldoende budget en personeel om hun taken op het terrein van de belangenbehartiging te kunnen vervullen. Bovendien worden zij eerder bij uitzondering dan bij regel betrokken bij de beleidsvoorbereiding door de andere actoren.

Uit dit onderdeel van het onderzoek komt eveneens naar voren dat de woningcorporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening zich in het algemeen niet sterk betrokken voelen bij het voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen.

De diverse actoren lopen niet alleen uiteen in sterkte van hun draagkracht, zij blijken ook te verschillen in hun steun voor de uitgangspunten van het vermaatschappelijkingsbeleid. Waar alle partijen nog wel instemmen met het algemene uitgangspunt van het beleid (een zo gewoon mogelijk leven voor de psychiatrische patiënt), verschillen zij vervolgens van mening wat dit zou moeten betekenen voor de verdeling van de verantwoordelijkheden van de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod. Zo tonen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de zorgkantoren en de cliëntorganisaties zich voorstander van de extramuralisering van de zorg, maar vinden zij niet dat daarom de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg taken over zouden moeten dragen aan de algemene instellingen op de terreinen zorg, wonen en werken. Deze algemene instellingen zijn wel voorstander van een overdracht van taken, evenals de lokale overheden, die zich verder relatief terughoudend opstellen tegenover de extramuralisering in de zorg.

De onderlinge verschillen in steun voor het vermaatschappelijkingsbeleid maken dat er op het niveau van het gehele beleidsnetwerk op zijn best gesproken kan worden van een matig draagvlak. Daarbij is verder van belang dat de drie sterkste actoren (instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en zorgkantoren enerzijds en lokale overheden anderzijds) onderling nogal van mening verschillen over de manier waarop het vermaatschappelijkingsbeleid zou moeten worden ingevuld (hoofdstuk 7).

De hiervoor gevonden verschillen in draagkracht en draagvlak komen opnieuw, en sterker, naar voren in de gegevens over de ontwikkeling van voorzieningen en de mate van samenwerking hierbij. Ten eerste blijken de actoren zich in hun voorzieningenaanbod toch vooral te richten op de ontwikkeling van zorgverlening aan huis en van aanbod op het terrein van de (preventieve) openbare geestelijke gezondheidszorg. De versterking van huisvestingssituatie van psychiatrische patiënten alsmede de vergroting van hun arbeidsmarktparticipatie krijgen relatief weinig aandacht. De 'vermaatschappelijkering' lijkt zich dus toch vooral te beperken tot extramuralisering van de zorg. Ten tweede blijkt een belangrijk deel van de actoren niet of nauwelijks met andere actoren samen te werken of deze samenwerking te beperken tot collega-instellingen. Wanneer er wel sprake is van samenwerking gaat het vaker wel dan niet om beperkte

projecten, waarover geen schriftelijke afspraken zijn gemaakt en die gefinancierd worden uit tijdelijke financieringsbronnen (hoofdstuk 8).

Bij de samenwerking tekent zich verder een duidelijk patroon af. De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg werken vooral met samen met collega-instellingen, binnen en buiten de regio, en daarnaast nog met de instellingen voor thuiszorg. De zorgkantoren zijn, vanwege de directe financiële banden de belangrijkste overlegpartner. De instellingen voor maatschappelijke opvang, die voor AMW en de GGD'en wijzen daarentegen eerst en vooral de lokale overheid aan als partner, initiatiefnemer en financier van het (gezamenlijk) te ontwikkelen voorzieningenaanbod.

De cliëntorganisaties worden slechts zelden bij de ontwikkeling van aanbod en beleid betrokken en richten zich zelf voor hun eigen activiteiten voornamelijk op de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De weinige corporaties en instellingen voor arbeidsvoorziening die aan het onderzoek deelnamen zijn weinig betrokken bij de ontwikkeling van een specifiek voorzieningenaanbod en werken daarbij ook met relatief weinig andere actoren samen.

Al met al wijzen de uitkomsten erop dat de actoren die bij de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg betrokken zijn onderling te veel van *krachtbronnen* en *mening* te verschillen om op regionaal een beleidsnetwerk te kunnen vormen.

Eerder is sprake van een beleidsveld, waarbinnen zich twee polen aftekenen. De ene pool wordt gevormd door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de zorgkantoren, die voorstander zijn van extramuralisering, maar overdracht van taken niet steunen. De lokale overheden vormen, met hun sterke steun voor juist die overdracht van taken, de andere pool, welke wordt omringd door de algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening. De woningcorporaties en de instellingen voor arbeidsvoorziening nemen, door hun geringe betrokkenheid bij het beleid, een plaats aan de rand van het beleidsveld in, terwijl de cliëntorganisaties eerder in naam dan in werkelijkheid bij de ontwikkeling van het beleid betrokken lijken te worden.

In termen van draagvlak en draagkracht betekent dit dat er, door het ontbreken van een echt netwerk, niet gesproken kan worden van een gezamenlijk draagvlak voor het beleid. Dit heeft ook tot gevolg dat de afzonderlijke actoren er niet tot nauwelijks toe overgaan om door het aangaan van structurele samenwerkingsrelaties of coalities hun eigen alsmede hun gezamenlijke draagkracht te vergroten.

Uit een, door de scheve respons slechts beperkt mogelijke, analyse van de uitkomsten van het onderzoek naar regio blijkt dat er geen regionale invloeden op de vorming van beleidsnetwerken of op de sterkte van draagvlak en draagkracht voor het beleid kunnen worden getraceerd (hoofdstuk 9).

Al met al komt uit het onderzoek onder instellingen en organisaties naar voren dat aan een volgens de beleidsnota's belangrijke voorwaarde voor het kunnen realiseren van een zo gewoon mogelijk leven voor psychiatrische patiënten, – een regionaal beleidsnetwerk of zorgcircuit waarbinnen een integraal voorzieningenaanbod wordt gerealiseerd – , niet is voldaan (hoofdstuk 10).

Bevindingen ten aanzien van de gekozen onderzoeksmethodiek

De ervaringen met de toepassing van de netwerkbenadering in het onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking leren dat deze benadering inderdaad een vruchtbare invalshoek is om beleidsprocessen waarbij meerdere partijen betrokken zijn in kaart te brengen en te verklaren. De gekozen vorm van standaardisatie van de vraaggesprekken, zodat een groot aantal actoren in het onderzoek kon worden betrokken, levert ook, zoals gehoopt, voldoende eenduidige informatie op om vergelijkingen tussen heterogene respondenten mogelijk te maken.

Anderzijds blijkt wel dat deze methode het onderzoek erg gevoelig maakt voor de gevolgen van een scheve respons onder de typen actoren. Ten gevolge van deze scheve respons was het immers niet mogelijk om mogelijk regionale invloeden op het tot stand komen van samenwerkingsrelaties en daarmee van beleidsnetwerken zuiver in kaart te brengen.

Van de drie doelen van het toepassen van deze onderzoeksbenadering en -methodiek zijn er daarom maar twee in voldoende mate bereikt (bijlage A).

Onderzoek onder de leden van het persoonlijk netwerk van psychiatrische patiënten

Voor dit onderdeel van het onderzoek is een schriftelijke enquête opgestuurd aan in totaal 2000 leden en donateurs van twee landelijke verenigingen van familieleden en relaties van (chronische) psychiatrische patiënten. Ook deze vragenlijst bestond uit drie blokken met vragen. In het eerste blok werd gevraagd naar kenmerken van de respondent en van het familielid of vriend met psychiatrische problemen. Het tweede blok bestond uit vragen naar de materiële en de immateriële belasting die de zorgverlening met zich mee zou kunnen brengen, naar de behoefte aan steun van de respondent en de mate waarin de eventueel benodigde steun kon worden verkregen. De uitkomsten uit deze twee vragenblokken geven inzicht in de zwaarte van de draaglast die de zorg voor een psychiatrisch patiënt meebrengt voor de leden van diens persoonlijk netwerk alsmede in de mogelijkheden van het netwerk om met deze zorg om te gaan, *de draagkracht*.

In het derde blok werd gevraagd naar de instemming van de familieleden en vrienden met de uitgangspunten van het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid en werden dus gegevens verzameld over de sterkte van het *draagvlak*.

Met 938 tijdig ingevulde en geretourneerde vragenlijsten kwam de respons voor dit onderzoekonderdeel op 47% (hoofdstuk 11).

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de leden van het persoonlijk netwerk in het algemeen positief staan tegenover het algemene uitgangspunt van het vermaatschappelijkingsbeleid: een zo gewoon mogelijk leven voor psychiatrische patiënten. Men wordt echter terughoudender als het gaat om de voornemens voor een concrete uitwerking van het beleid. Zo blijkt men er sterke twijfels bij te hebben dat iedere patiënt in staat zou zijn een volledig zelfstandig leven te leiden en is er ook geen brede steun voor de aanname dat psychiatrische patiënten het beste thuis verzorgd zouden kunnen worden. Het beleid wordt dus niet rigoureus afgewezen, maar de sterkte van het *draagvlak* kan beter met 'matig' dan met 'stevig' worden gekarakteriseerd.

De informatie over de daadwerkelijk verleende hulp en opvang leert dat de zorgverlening aan een psychisch zieke naaste een behoorlijk beroep doet op de inzet van extra tijd en geld. Dit leidt er in sommige gevallen toe dat de verzorgende zelf niet meer toekomt aan de eigen dagelijkse werkzaamheden of zelf financiële problemen krijgt: de *draagkracht* schiet tekort.

De immateriële belasting blijkt verder nog minstens zo zwaar te zijn als de materiële: de voortdurende zorg om de psychiatrische patiënt en de verstoring van het dagelijks leven brengen met zich mee dat vrijwel alle familieleden en vrienden behoefte hebben aan emotionele ondersteuning. De meesten slagen er ook in deze steun te mobiliseren en zo hun *draagkracht* te vergroten. De uitzondering hierop wordt gevormd door de kinderen van psychiatrische patiënten. Zij hebben naar verhouding ook het vaakst te kampen met negatieve relationele gevolgen van de psychische stoornis van hun verwant en rapporteren het minst vaak positieve relationele gevolgen.

De *draaglast* die de dagelijkse zorg voor een psychiatrische patiënt voor diens familieleden met zich meebrengt mag dan behoorlijk zijn, zij blijkt niet van invloed op de sterkte van het draagvlak onder de familieleden voor het beleid. Ook lijkt de draaglast de draagkracht van die familieleden niet te boven te gaan. Hierbij dient echter wel te worden aangetekend dat het onderzoek is uitgevoerd onder leden van familieverenigingen, die, zo blijkt uit de antwoorden, veelal tot de hogere sociaal-economische groepen in de bevolking behoren. Het is voorstelbaar dat hierdoor een vertekening is ontstaan en de zorg voor een psychisch ziek familielid de draagkracht van diens netwerk vaker te boven gaat dan uit dit onderzoek naar voren komt (hoofdstuk 11).

Onderzoek onder de bevolking

Voor dit onderdeel is gebruik gemaakt van de uitkomsten van zowel eigen als door anderen uitgevoerd bevolkingsonderzoek. Uit de beschikbare gegevens komt naar voren dat er in de samenleving redelijk brede steun bestaat voor het streven naar een 'zo gewoon mogelijk leven' voor psychiatrische patiënten en dat er dus een stevig maatschappelijk *draagvlak* bestaat voor dit algemene uitgangspunt. Uit vragen naar het (verwachte) gedrag in meer concrete situaties blijkt echter dat de bereidheid tot acceptatie van de psychiatrische patiënt afneemt naarmate de afstand tot het eigen privé-leven minder wordt. Het draagvlak voor integratie in de eigen kring blijkt dan op zijn best matig (hoofdstuk 12).

Ook de bereidheid om psychiatrische patiënten te helpen, mocht dit nodig zijn, blijkt aan grenzen gebonden. De bereidheid is groot als de betrokken patiënten een familielid, goede vriend of buur is, maar wordt snel minder als het gaat om een collega of verre kennis.

De hulpvaardigheid wordt ook beïnvloed door de mate waarin men al eerder met psychiatrische patiënten te maken heeft gehad. Eerdere ervaringen met patiënten leiden tot een positievere beeldvorming dan wel een grotere *draagkracht* om met mogelijk afwijkend gedrag om te gaan en daarmee tot een grotere bereidheid tot acceptatie en hulpverlening, dat wil dus zeggen een groter *draagvlak*.

Situatie in Nederland vergelijkbaar met die in Engeland en Zweden

Uit de diverse onderdelen van het onderzoek komt dus naar voren dat er onder de meeste betrokkenen bij het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid een redelijk brede steun bestaat voor het uitgangspunt dat ook psychiatrische patiënten de gelegenheid moeten hebben een zo gewoon mogelijk leven te leiden. In de praktijk blijkt echter dat men het er niet over eens is hoe vervolgens de verantwoordelijkheden voor de zorg en opvang moeten worden verdeeld en dat hiervoor dus geen eenduidig, stevig draagvlak gevonden kan worden. Verder blijkt dat de zorg voor de zelfstandig wonende psychiatrische patiënt de draagkracht van het persoonlijke netwerk in sommige gevallen te boven gaat en dat de samenleving niet bereid noch in staat is de patiënt volledig op te vangen en te ondersteunen.

Uit een in het kader van dit onderzoek uitgevoerde vergelijking met Engeland en Zweden – landen waar de voor Nederland beschreven veranderingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid enige decennia eerder zijn ingevoerd – leert dat de bevindingen over sterkte van draagvlak en draagkracht niet typisch Nederlands zijn. Ook in Engeland en Zweden doen zich problemen voor bij de afstemming in beleid en aanbod en ook daar ontbreekt het aan samenwerking en samenhang. De bereidheid tot acceptatie en hulpverlening is in de Nederlandse samenleving ook niet kleiner dan in de Engelse of Zweedse en is de draaglast voor de leden van het persoonlijk netwerk niet groter. Inmiddels zijn in beide vergelijkingslanden wel maatregelen genomen om te proberen de problemen op te lossen, maatregelen die gepaard gaan met wetswijzigingen en (soms) aanzienlijke overheidsbijdragen (hoofdstuk 13).

Conclusies en aanbevelingen voor beleid

De resultaten van de diverse onderzoeksonderdelen brengen naar voren dat niet bij alle bij het beleid betrokken partijen sprake is van een voldoende sterkte van draagvlak en draagkracht om de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg te kunnen realiseren. Dit zou reden kunnen zijn om toch maar van realisatie van dit beleid af te zien.

Dit lijkt echter een te snelle conclusie. De uitkomsten wijzen immers wel op een vrijwel unanieme steun voor het streven naar een zo gewoon mogelijk leven voor psychiatrische patiënten. Dit beleidsuitgangspunt kan op een breed en stevig draagvlak rekenen; de terughoudendheid heeft alleen betrekking op de (voorgenomen) verdeling van de verantwoordelijkheden om zo dit gewoon mogelijke leven mogelijk te maken.

De brede steun voor de grondslag van het beleid is dan ook voldoende aanleiding om voort te gaan in de ingeslagen richting. Gezien de bevindingen over de sterkte van met name de draagkracht is er echter wel reden om in de daadwerkelijke implementatie naar alternatieven te zoeken dan wel aanvullende maatregelen te nemen (hoofdstuk 14).

Meer specifiek geven de conclusies over het uitblijven van netwerkvorming van de bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid betrokken instellingen en organisaties aanleiding om het streven naar de vorming van regionale beleidsnetwerken – i.c. zorgcircuits – te herzien. De ervaringen in de buurlanden wijzen er immers ook op dat de onderlinge verschillen tussen de diverse actoren die deel uit zouden moeten maken

van dergelijke beleidsnetwerken te groot zijn om een integraal en samenhangend voorzieningenaanbod tot stand te kunnen brengen. Het lijkt daarom raadzamer af te stappen van de overdracht van taken van (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorginstellingen aan algemene voorzieningen voor zorg, wonen en werken. In plaats daarvan zou beter gestreefd kunnen worden naar categorale voorzieningen voor wonen, werk en zorg. Binnen het aanbod van dergelijke voorzieningen zou voldoende variatie moeten zijn om in te kunnen spelen op de behoefte aan en mogelijkheid tot zelfstandigheid van de psychiatrische patiënt, ook als deze behoefte en mogelijkheden in de tijd fluctueren.

Verder moet ervoor gewaakt worden dat de bereidheid van de leden van het persoonlijk netwerk van psychiatrische patiënten om bij te dragen in de zorgverlening hun draagkracht te boven gaat. Daarom is het gewenst dat er in het beleid maatregelen worden getroffen om de informele verzorgers van psychiatrische patiënten te ondersteunen. De maatregelen die in het kader van het meer algemene informele zorgbeleid worden genomen lijken daartoe een eerste aanzet te geven. De problematiek van de kinderen van psychiatrische patiënten rechtvaardigt daarnaast specifieke ondersteuningsactiviteiten.

De bevinding dat kennis van psychische stoornissen en hun gevolgen bijdraagt aan een grotere bereidheid tot acceptatie en hulpverlening wettigt de verwachting dat gerichte voorlichting aan individuen of groepen in de samenleving bijdraagt aan een vergroting van zowel draagvlak als draagkracht van het vermaatschappelijkingsbeleid. Daarbij dient echter wel onmiddellijk te worden aangetekend dat het desondanks onvermijdelijk lijkt dat bij een deel van de bevolking weerstand zal blijven bestaan tegen een volledige integratie van psychiatrische patiënten in alle geledingen van de samenleving. Deze weerstand zal het nodig blijven maken dat er professionele arrangementen voor zorg, wonen en werken voor mensen met ernstige psychische problematiek worden geboden (hoofdstuk 14).

Changes in mental health care

In Dutch mental health care policy, increasingly the emphasis is being placed on extramural care, and greater social participation by psychiatric patients. The objective is to enable the patient to lead as normal a life as possible, despite his or her psychological problems. This also means that in their requests for assistance, they first have to be able to apply to normal institutions, not specialising in mental health care, that they are able to live in a normal house in a normal residential area, and that they can get a normal job. These developments in mental health care policy are generally summarised under the heading 'social inclusion of psychiatric patients'.

The introduction of this inclusion policy will bring about relatively fundamental changes for a large number of those involved. First and foremost of course for the psychiatric patients themselves, who must acquire sufficient skills to be able to participate in society as normally as possible. Secondly the changes affect various institutions and organisations required to provide services and facilities aimed at providing a normal life for psychiatric patients. Thirdly, the social environment of the psychiatric patient is also confronted with changes. The demands on the members of the psychiatric patients personal network (family members and friends) for care and support will increase, and the population as a whole will more often be faced with a (former) psychiatric patient as a neighbour or colleague.

In order for the policy to be successfully implemented – and hence the successful integration of the psychiatric patient in society – it is firstly essential that not only the patients themselves, but also the other parties involved support the points of departure on which the policy is based. In other words, the policy can only be implemented if the *support* for that policy is sufficient, amongst all parties involved. Secondly, these parties must also actually be capable of achieving the changes required; their *capacities* must be sufficient.

Investigation into support and capacity amongst the various parties involved

This study reports on the investigations into the level of *support* and *capacity* amongst a large proportion of the parties directly involved in the provision of care and services to people with (long-term) psychological problems. In this investigation, the level of *support* has been determined on the one hand on the basis of the degree of agreement with the major points of departure for the policy to be implemented, and on the other hand the degree to which and the way in which the resultant tasks and roles are (already being) elaborated. To determine the level of *capacity*, the tangible and intangible sources of assistance have been investigated, which the parties in question can call upon for the implementation of their tasks. The level of capacity is also derived from the behaviour of the various parties, in particular in respect of focusing on increasing the opportunities for fulfilling the required tasks.

Given the considerable diversity between the parties involved and the range of consequences mental health care policies have for them, the study has been broken down into a number of components. In each of those components, various questions have been answered, thus making use of a range of study methods.

Investigation amongst institutions and organisations

Within the study, the greatest attention was paid to investigations amongst those institutionally involved in the socialisation policy: the institutions and organisations required to contribute to the provision of care and service to psychiatric patients, via their policy and provision of facilities. Besides the institutions for (specialist) mental health care, these include also the general institutions in the field of care and service provision such as institutions for social work and home care. Give the emphasis on normal accommodation and normal labour market participation by psychiatric patients, institutions in the fields of living and working – in this case the housing corporations and institutions for manpower services – are also confronted with developments in mental health care policy, and have therefore also been included in this study. Also approached for participation were the key financial backers for provision (the health care insurance offices and local government authorities) and the main policy implementing bodies in the field of public mental health care, the public health care services (GGDs). Last, but certainly not least important, the interest groups of the users of facilities were also included in the study.

Regional care circuits or policy networks

Practically all of the institutions and organisations summarised here have been listed in the most recent government documents on mental health care policy as participants in the regional care circuits to be established in relation to psychiatric patients. Within these circuits, through mutual consultation and cooperation between the various participants, an integrated and coherent policy and package of services is due to be developed. By assuming the geographical scale of the region, for consultation and cooperation, the idea is promoted that services should be provided by and geared towards the wishes and needs of the psychiatric patients in the region. The care insurance offices and local government authorities also have their own tasks in promoting consultation and cooperation between the various parties in the regions, and ensuring that the end result is indeed mutual coherence and harmonisation. No specific elaboration is provided of how the regional role of the care insurance offices on the one hand and of the local government authorities on the other should relate to one another.

The characteristics attributed in the government documents to the regional care circuit match the criteria employed from a theoretical approach on public administration for demarcating and describing so-called policy networks. Policy networks are characterised by the mutual autonomy of the participants (the 'actors') and their mutual independence in terms of their capacity to achieve any common policy objectives. This means that although the actors are forced into mutual cooperation, no one party has sufficient power to impose itself upon the others. As a consequence, in the event of conflicts of

interest or differences of opinion about the desirability of the objectives, the result can be that a group of actors form a coalition with a view to strengthening their own position, and thus increasing their capacity for control.

In order to gain an insight into the processes taking place within the policy networks, and hence also obtaining a vision on the expected results of these processes, it is important to have knowledge of the characteristics of the various actors, and thus the *mutual (power) relations*, the degree of *mutual agreement* on the points of departure for the policy to be implemented, and the degree to which *mutual cooperation* could lead to the forming of coalitions within the networks.

For the investigation into the level of support and capacity for the socialisation policy within the institutions and organisations, the network approach described above was also employed. In this way, an assessment was made as to whether the network approach is a suitable instrument for describing and explaining the policy processes in mental health care.

Application of the network approach in the study meant that not only the support for the policy was investigated, amongst the *individual actors*, but a determination was also made as to whether on this basis it is possible to make statements about the level of the *support within the network as a whole*. In a comparable manner, not only can the level of capacity of the individual actors be charted out, but it is also possible to investigate the *capacity of the overall network*. During the process, it was also determined whether, and if yes, how the individual actors have taken action to increase their individual capacities, by entering into cooperative relationships.

Structure and implementation of the investigation

The necessary data was collected via face-to-face interviews with representatives of the 10 different types of actor, mentioned above. The respondents for the interviews were located throughout the Netherlands, taking as a starting point the regional breakdown contained in the Hospital Facilities Act (Wet Ziekenhuisvoorzieningen – WZV). In selecting the institutions and organisations to be contacted, the goal set was to contact at least one representative of each type of actor in each WZV region. In total, 321 institutions and organisations were approached for participation in the study; in the end, interviews were held at 208, equating to a response rate of 65%. However, willingness to participate varied considerably amongst the different types of actor, as a consequence of which in particular the institutions for social work, the housing corporations and the institutions for manpower services (each with a response rate below 50%) are relatively underrepresented. Amongst the client organisations, above all the (general) regional Patient and Consumer Platforms participated in the study, with participation by the (category-based) client organisations lagging well behind.

The interviews were held according to a standardised questionnaire, making it possible to hold a large number of interviews which despite the heterogeneity of the respondents, generated highly comparable data. By building in possibilities for analysis according to both type of actor and region in drawing up the questionnaire, an attempt was also made to trace the regional influences on the degree and method of network forming. The structure of the study as described above was also aimed at determining whether

it is possible to study the processes within policy networks, simultaneously in several networks. Standardisation should then make it possible to not only identify specific characteristics of the individual types of actor, but also to trace possible differences between the networks. Information of this kind could be important in charting out the conditions for network establishment.

The questionnaire itself consisted of three blocks. In block one, information was collected about the characteristics of the various actors (budgets, formation space, scope and nature of the clientele, expertise, etc.), in order to provide an insight into both the capacity of the actors individually, and the mutual (power) relations within the proposed policy networks.

In block two, questions were asked about the policy and range of facilities provided by the various actors, and the degree to which and the way in which these actors cooperate, in achieving these objectives. The data from this block were used to supplement data about the level of support and capacity of the individual actors. In addition, these questions provided information about the degree to which and the way in which the actors are attempting to increase their own strength and that of the network as a whole, by establishing (or specifically not establishing) cooperative ventures or coalitions. The questions concerning the provision of facilities and cooperation were geared towards the activities of the actors in four individual policy fields, namely 'development/support of care provision at home', 'improving the accommodation situation of psychiatric patients', 'increasing labour market participation by psychiatric patients' and 'the development of the public mental health care policy'. This focused approach made it possible to determine the practical steps taken by the various actors in fulfilling the broad term 'socialisation'.

Finally, in the third block, according to 10 statements about policy implementation, information was collected about the level of support amongst the individual actors, and on the consensus between the members of the network, and hence the level of support within the network as a whole.

The report first deals with information generated from the first and third block of questions, whilst the results from the second block of questions are discussed thereafter.

Results about support and capacity

The information about the characteristics of the various actors shows that there is considerable diversity between them. Firstly, considerable discrepancies emerged between the selected participants in the regional policy network, in terms of scale of budget and staffing level. Secondly, it is clearly not the case that all actors are involved to the same degree in service provision to individuals with psychological problems, and partly as a consequence thereof they do not all have access to the same degree of expertise. Thirdly, the various actors differ from one another in terms of their authorities and responsibilities within the policy of socialisation. In other words, in terms of their individual level of capacity, the actors are highly divergent.

Of the various types of actor, the institutions for specialised mental health care, the care insurance offices and the local government authorities seem to have the greatest

capacity. The client organisations, on the other hand, appear to be the weakest actors within the network; only rarely do they have access to sufficient budget and staff to fulfil their tasks in the field of interest promotion. In addition, it is more the exception than the rule that they are involved in policy preparation, by the other actors. It also becomes clear from this section of the study that the housing corporations and institutions for manpower services generally speaking feel no close involvement in the provision of facilities for people with psychological problems.

The discrepancies between the various actors emerge not only in terms of their capacities; they also differ in their degree of support for the points of departure for socialisation policy. Although all parties agree with the general principle behind the policy (as normal a life as possible for the psychiatric patient), their opinions differ considerably about what this should mean in terms of sharing out responsibilities for the development of policy and provision of facilities. The institutions for mental health care, the care insurance offices and the client organisations are in favour of extramural care, but they do not necessarily believe that the institutions for mental health care should transfer tasks to the general institutions active in the field of care, housing and working. These general institutions are in favour of a transfer of tasks, as are local government authorities, who otherwise are more reticent in respect of increased extramural care.

The mutual differences in support for the policy of social inclusion mean that at the level of the overall policy network, at best, we can speak of moderate support. It is also relevant that the three most powerful actors (institutions for mental health care and care insurance offices on the one hand, and local government authorities on the other) often have differences of opinion about the way in which the socialisation policy should be implemented.

The discrepancies outlined above in support and capacity emerge again, even more powerfully, in the information about the development of facilities and the degree of cooperation in this process. Firstly, in their provision of facilities, the actors seem above all to focus on the development of care provision at home, and provisions in the field of (preventive) public mental health care. Improving the accommodation situation of psychiatric patients and increasing their labour market participation receive relatively little attention. As a consequence, 'socialisation' primarily seems to be limited to increasing the degree of extramural care.

Secondly, a large proportion of the actors have been shown to work scarcely or not at all with others, or to limit any cooperation to working with fellow institutions. Whenever there is cooperation, it is more often than not in relation to limited projects in respect of which no written agreements are drawn up and which are financed from temporary sources of funding.

Within cooperation, another clear pattern emerges. The institutions for mental health care above all work together with fellow institutions inside and outside the region, and with institutions for home care. The care insurance offices, because of their direct financial ties, are the most important consultation partner. The institutions for social work and the general health care services on the other hand first and foremost identify

local government authorities as their partner, initiative taker and financier for the care provisions to be (jointly) developed.

The client organisations are only rarely involved in the development of provision and policy, and for their part focus their own activities primarily on institutions for mental health care. The few corporations and institutions for manpower services which participated in the study are only minimally involved in the development of specific provisions, and in that process, cooperate with relatively few other actors.

All in all, the results indicate that the actors involved in the social inclusion policy in mental health care differ too widely in terms of driving force and opinion, to be able to establish a regional policy network. It is more accurate to talk of a policy field, within which two clear poles are emerging. One pole consists of the institutions for mental health care and the care insurance offices, who are in favour of extramural care but do not support the transfer of tasks. With their major support specifically for the transfer of tasks, the local government authorities represent the opposite pole, which itself is surrounded by general institutions for care and service provision. The housing corporations and institutions for manpower services occupy a position in the periphery of the policy field, due to their limited involvement in policy making, whilst the client organisations seem more to be involved in the development of the policy in name, than in reality.

In terms of support and capacity, this means that due to the absence of a true network, it is impossible to speak of combined support for the policy. An additional consequence is that the individual actors rarely if ever undertake to strengthen their individual or their joint capacities, by entering into structural cooperative relationships or coalitions. Based on an analysis of the results of the study, on a regional basis, it emerges that no regional influences can be traced, on the establishment of policy networks or the level of support or capacity for the policy. However, due to the unbalanced response, such analysis was only limited.

Taken as a whole, the investigation amongst institutions and organisations leads to the conclusion that one important precondition, as laid down in the policy document for achieving as normal a life as possible for psychiatric patients – namely a regional policy network or care circuit within which an integrated range of provisions is available – is not met.

Findings in respect of the chosen study method

Experience with the implementation of the network approach in investigations into support and capacity for the social inclusion policy have shown that this approach is indeed a worthwhile means of charting out and explaining policy processes, whereby multiple parties are involved. The selected form of standardising the interviews, so that a large number of actors could be involved in the study, as hoped also generated sufficient unequivocal information to permit comparisons between heterogeneous respondents.

On the other hand, it did emerge that this method renders the study extremely susceptible to the consequences of an unbalanced response between the various types

of actor. As a result of this unbalanced response, after all, it proved impossible to clearly chart out the regional influences on the establishment of cooperative relationships and hence policy networks.

Of the three objectives for employing this study approach and method, therefore, only two were satisfactorily achieved.

Investigation amongst the members of the personal network of psychiatric patients

For this component of the study, a written survey was sent to a total of 2000 members of and subscribers to two national associations of family members and relations of (chronic) psychiatric patients. This questionnaire also consisted of three blocks of questions. The first block posed questions about the characteristics of the respondent and of the family member or friend with psychiatric problems. Block two consisted of questions concerning the tangible and intangible burdens which could be involved in care provision, the need for support as experienced by the respondent, and the degree to which any such support required could be obtained. The results from these two blocks of questions provide an insight into the level of burden which caring for a psychiatric patient entails for the members of that individual's personal network, and the ability of the network to provide such care, in other words the network *capacity*.

The third block contained questions about whether the family members and friends agreed with the points of departure for current mental health care policy, on the basis of which data was collected about the level of *support*.

With 938 questionnaires completed and returned in time, the response rate for this section of the study amounted to 47%.

From the study, it emerged that the members of the personal network are broadly speaking positive in respect of the general principle underlying the policy of social inclusion: as normal a life as possible for psychiatric patients. The respondents became more reticent in respect of the proposals for specific elaboration of the policy. For example, considerable doubts emerged as to whether the patient would be capable of leading a fully independent life, whilst there was no broad support for the assumption that psychiatric patients can best be cared for at home. The policy is therefore not rigorously rejected, but the level of *support* could better be characterised as 'moderate' than 'considerable'.

The information about the actual care and support shows that the provision of care to a close relation or friend with psychiatric problems places considerable demands in terms of additional time and funding. In some cases, this means that the carer him or herself is no longer able to complete their own day-to-day activities, or themselves get into financial difficulty; in other words *capacity* is insufficient.

The intangible burdens also proved to be just as severe as the tangible burdens; permanent worry about the psychiatric patient and the disruption of day-to-day life mean that practically all family members and friends need emotional support. The majority do indeed succeed in mobilising such support, and thus increasing their *capacity*. The children of psychiatric patients seem to represent the exception. In relative terms, they most often have to deal with negative relational consequences of the psychological disorder suffered by their relative, and least often report positive relational consequences.

Although the level of burden which day-to-day care for a psychiatric patient imposes on that patient's family members may be considerable, this fact is not shown to influence the level of support amongst family members for the policy. It also appears that the level of burden does not go beyond the capacities of the family members. However, it should be noted in this connection that the investigation was carried out amongst members of family associations who, as emerged from the responses, often belong to the higher socio-economic groups in the population. It is conceivable that as a consequence, the results are distorted and that caring for a family member with a psychological disorder exceeds the capacity of that individual's network to cope to a greater extent than emerges from this study.

Investigation amongst the population

For this component, use was made of the results of population studies carried out internally, and by others. The information available indicates that within society, there is relatively broad support for the goal of achieving 'as normal a life as possible' for psychiatric patients, and that there is thus considerable social *support* for this general principle. However, based on questions concerning (expected) behaviour in more specific situations, it emerges that the level of willingness to accept the psychiatric patient falls, the closer the situation comes to the individual's private life. Support for integration in the respondent's own social circle then emerges as moderate, at best. The willingness to assist psychiatric patients, should this become necessary, is also shown to be subject to limits. The willingness is considerable if the patient in question is a family member, good friend or neighbour, but rapidly lessens if the individual in question is a colleague or vague acquaintance.

The willingness to provide assistance is also influenced to the degree to which the respondent has previously come into contact with psychiatric patients. Past experience with patients results in a more positive image or greater *capacity* to deal with possible 'non-standard behaviour' and hence a greater willingness to accept such behaviour and offer assistance, in other words greater *support*.

Situation in the Netherlands as compared with the situation in England and Sweden

The different components of the study therefore indicate that amongst the majority of individuals involved in current mental health care policy, there is relatively broad-based support for the principle that psychiatric patients should also be given the opportunity of living as normal a life as possible. However in practice it emerges that people do not agree on how the responsibilities for care and support should then be shared out, and that as a consequence, no uniform, solid support can be found for the policy. It also emerges that in some cases, caring for an independently-living psychiatric patient goes beyond the capacity of the personal network to cope, and that society is neither willing nor capable of fully assisting and supporting the patient.

A comparison carried out in the framework of this study with the situation in England and Sweden – countries where the changes in mental health care policy described for the Netherlands were introduced several decades ago – shows that the findings concerning the level of support and capacity are not typically Dutch. In England and Sweden, too, problems emerge in matching policy and provision, and there, too, there

is a lack of cooperation and coherence. The willingness to accept and offer support is also not less in Dutch society, than in England or Sweden, and the burdens for members of the personal network are not greater. In the two countries compared, measures have now been taken aimed at attempting to solve the problems; these measures have gone hand in hand with changes to the law and (sometimes) considerable financial contributions.

Conclusions and recommendations for the policy

The results of the various study components suggest that there is not evidence amongst all parties involved in the policy of a sufficient level of support and capacity to facilitate implementation of social inclusion in mental health care. This could be sufficient reason to still decide not to implement this policy.

However, this conclusion would appear too rapid. After all, the results do point towards practically unanimous support for the goal of achieving as normal a life as possible for psychiatric patients. This policy principle can count on broad and solid support; any reticence relates solely to the (proposed) distribution of responsibility aimed at making this normal life possible.

The broad support for the principle behind the policy is therefore sufficient reason to continue in the direction already initiated. Given the findings about the level of capacity in particular, however, there is reason to seek out alternatives in actual implementation, or to take additional measures.

More specifically, the conclusions about the failure to establish networks within the institutions and organisations involved in mental health care suggest a need to review the aim of establishing regional policy networks – in this case care circuits. Experience accrued in neighbouring countries, after all, suggests that the mutual discrepancies between the various actors who could be part of such policy networks are too considerable to facilitate the establishment of any integrated and coherent provision of services. Instead it could be better to aim for category-based provisions for accommodation, work and care. Within such provisions, there would have to be sufficient variation to be able to respond to the demand for and the possibilities of independence for the psychiatric patient, even if such demand and possibilities fluctuate, over time.

We must also ensure that the willingness of the members of the personal network of psychiatric patients to contribute to care provision does not exceed their capacities. It is therefore desirable that in the policy, measures be taken to provide support to informal carers of psychiatric patients. The measures taken in the framework of more general informal care policy would seem to be a step in the right direction. The problems facing children of psychiatric patients also justify further specific support activities.

The finding that knowledge of psychological disorders and their consequences contributes to a greater willingness to accept and offer assistance justifies the expectation that targeted information to individuals or groups in society contributes towards an increase in both support and capacity in terms of social inclusion policy. However, in that connection, we must immediately note that it nonetheless appears

unavoidable that within some sections of the population, resistance to total integration of psychiatric patients in all fields of society will continue to exist. This resistance means that it will remain necessary to carry on offering professional arrangements for the care, accommodation and employment of people with psychological problems.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AMW	Algemeen maatschappelijk werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BBSH	Besluit beheer sociale huurwoningen
BOPZ	Wet bijzondere opnamen psychiatrische ziekenhuizen
CRM	(Ministerie voor) Cultuur, recreatie en maatschappelijk werk
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CMHC	Community Mental Health Center (eng.)
CMHT	Community Mental Health Team (eng.)
CPA	Care Programme Approach (eng.)
CWI	Centrum voor werk en inkomen
DAC	Dagactiviteitencentrum
DoH	Department of Health (eng.)
GGD	Gemeenschappelijke (of Gemeentelijke) geneeskundige dienst
HSL	Hälso- och Sjukvårdslag (zw.)
KOPP	Kinderen van ouders met psychische problemen
LPR	Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (zw.)
MFE	Multifunctionele eenheid
NHS	National Health Service (eng.)
NSF-MH	National Service Framework for Mental Health (eng.)
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
PAAZ	psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis
PCG	Primary Care Group (eng.)
REA	Wet op de Reïntegratie van Arbeidsgehandicapten
RGSHG	Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten
RGC	Regionaal GGZ-Centrum
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermd wonen
RIGG	Regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RP/CP	Regionaal patiënten- en consumentenplatform
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening
SCP	Sociaal en cultureel planbureau
SKr	Svenska Kronor (zw.)

SoL	Socialtjänstlagen (zw.)
VWS	(Ministerie voor) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WEZ	Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen
WGR	Wet gemeenschappelijke regelingen
WIW	Wet Integratie Werkzoekenden
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WSW	Wet op de Sociale Werkvoorziening
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WZSR	(Tijdelijke) Woonzorgstimuleringsregeling
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen

CURRICULUM VITAE

Maria Hubregta (Rick) Kwekkeboom werd op 20 januari 1958 geboren in de gemeente Fijnaart c.a. in Noord-Brabant.

In juni 1976 deed zij (magna cum laude) eindexamen Gymnasium-B aan het Dr. Mollercollege te Waalwijk. Zij studeerde vanaf 1977 Huishoudwetenschappen aan de toenmalige Landbouwhogeschool te Wageningen en verwierf daar in september 1983 (cum laude) de titel van Landbouwkundig Ingenieur.

In 1985 startte zij als projectmedewerker bij het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek om in hetzelfde jaar als Stafmedewerker Onderzoek in dienst te treden bij het Directoraat-Generaal Welzijn van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In 1991 stapte zij over naar het Sociaal en Cultureel Planbureau, waar zij zich bezighoudt met (bestuurskundig) onderzoek naar het beleid rond langdurig zorgafhankelijken.

Rick Kwekkeboom is naast haar parttime-baan als wetenschappelijk medewerker werkzaam als textielkunstenaar. Een deel van de opleiding daartoe volgde zij in Stockholm, Zweden.

BIJLAGE A HET GESTANDAARDISEERD ONDERZOEKEN VAN BELEIDSNETWERKEN

Het draagvlak en de draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg is bij de institutioneel betrokkenen in kaart gebracht aan de hand van een grotendeels gesloten vragenlijst. Bij het opstellen van de vragenlijst is gestreefd naar een zo groot mogelijke standaardisering, zodat de diverse typen respondenten de zelfde vragen konden worden voorgelegd. Alleen daar waar gevraagd werd naar (met name) kenmerken van de respondenten zijn voor enkele typen respondenten specifieke, op hun instellingsstructuur en – aanbod toegesneden vragen geformuleerd. Daarmee is voortgebouwd op een eerder door het Sociaal en Cultureel Planbureau beproefde methode om beleidsontwikkeling binnen meerdere netwerken tegelijk te onderzoeken. Deze methode is voor het eerst toegepast bij een onderzoek naar de ontwikkeling van lokaal, integraal beleid voor ouderen en gehandicapten (zie Kwekkeboom 1997 en Niggebrugge en Kwekkeboom 1997).

Net als bij het onderhavige onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg ging het in het onderzoek naar het ouderen- en gehandicaptenbeleid om een inventarisatie van de mate waarin en de wijze waarop diverse instellingen en organisaties met elkaar samenwerken om een onderling samenhangend aanbod van voorzieningen voor groepen langdurig zorgafhankelijken tot stand te brengen. Daarvoor zijn op 28 locaties de daar werkende instellingen en organisaties onafhankelijk van elkaar bevraagd op de door hen zelf geboden voorzieningen, de mate waarin en de partijen waarmee zij daarvoor samenwerken, en de door hen daarbij ervaren problemen. Ook was hun gevraagd aan te geven welke beleidsdoelstellingen zijzelf hanteerden en welke beleidsdoelstellingen zij bij de andere instellingen verwachtten.

Bij de opzet van het onderzoek en de analyse van de gegevens is ook toen gebruikgemaakt van de theoretische uitgangspunten van de netwerkbenadering (zie hfst. 4). De instellingen en organisaties die betrokken zijn bij het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid zijn dus beschouwd als actoren in een beleidsnetwerk, die onderling afhankelijk zijn voor de realisatie van hun beleidsdoeleinden. De uitkomsten van het onderzoek zijn gebruikt om de verhoudingen binnen de beleidsnetwerken vast te stellen, inzicht te verkrijgen in de manieren waarop actoren door samenwerking en coalitievorming hun positie versterken, en de gevolgen daarvan voor de uiteindelijke vormgeving van het beleid voor ouderen en gehandicapten op lokaal niveau.

Door het onderzoek op meerdere locaties op dezelfde wijze uit te voeren, kon zicht gekregen worden op algemene kenmerken, opvattingen en werkwijzen van de bij het beleid betrokken actoren en konden mogelijk specifiek lokale invloeden worden uitgezuiverd.

Gezien de positieve ervaringen met deze manier van onderzoek naar het functioneren van heterogeen samengestelde beleidsnetwerken, is besloten deze methode ook toe te passen in het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat immers om vergelijkbare problematiek:

- Hoe wordt binnen dergelijke netwerken een samenhangend, integraal beleid voor een groep langdurig zorgafhankelijken ontwikkeld.
- Wat zijn de mogelijke gevolgen van verschillende opvattingen binnen deze netwerken.
- Zijn er algemene factoren die deze gevolgen beïnvloeden en welke kunnen worden toegeschreven aan meer specifieke, locatiegebonden omstandigheden.

Een herhaling bood bovendien de mogelijkheid om de methode van onderzoek te verbeteren.

Het met behulp van standaardvragenlijsten onderzoeken van beleidsontwikkeling in netwerken van een zeer brede en gevarieerde samenstelling, zoals in de beide onderzoeken is gebeurd, kent diverse voordelen. De vragen naar voorzieningen, samenwerking, opvattingen, enzovoort worden op vergelijkbare wijze aan alle betrokkenen gesteld, zodat onderlinge vergelijking zonder meer mogelijk is. Eventuele invloeden van de interactie tussen interviewer en geïnterviewde, die in open vraaggesprekken vrijwel onvermijdelijk zijn, worden hierdoor geëlimineerd. Ook de mogelijke beïnvloeding van het vraaggesprek door in eerdere interviews opgedane kennis over de plaatselijke situatie of over het type actor wordt zo veel mogelijk tenietgedaan. De door standaardisatie afgedwongen strakkere wijze van vraagstelling maakt het bovendien mogelijk om in een vrij kort tijdsbestek meerdere onderwerpen aan de orde te stellen. Er wordt zo een breder overzicht over het gehele beleidsproces verkregen. Om en zo goed mogelijke keuze te kunnen maken uit enkele, neutraal geformuleerde antwoordcategorieën wordt daarbij beter zicht geboden op de keuzes die de instelling zelf in dit beleidsproces heeft gemaakt of voorstaat. Een dergelijke duidelijkheid is in een open vraaggesprek vrijwel niet te verkrijgen. Standaardisatie maakt bovendien ook gelijktijdig onderzoek op meerdere locaties eenvoudiger, zodat een beter inzicht op landelijk niveau wordt gekregen en locatiegebonden factoren zuiverder kunnen worden getraceerd.

Gezien het primaire doel van de hier besproken onderzoeken – evaluatie van door de landelijke overheid ingezet beleid – is dit een belangrijke verrijking.

De praktijk heeft geleerd dat standaardisatie ook nadelen heeft. Een eerste nadeel is dat waar de vraaggesprekken aan breedte winnen, zij aan diepte verliezen. Gesloten antwoordcategorieën zijn per definitie beperkt en bieden geen mogelijkheid voor nadere nuanceringen of toelichtingen. Dit is een bezwaar dat zich bij elk gestandaardiseerd onderzoek voordoet en is dus niet specifiek voor een onderzoek naar beleidsnetwerken. Een wel specifiek nadeel is dat het onderzoek plaatsvindt onder een zeer heterogene categorie respondenten, terwijl juist deze heterogeniteit beschouwd wordt als een van de belangrijkste objecten van onderzoek. Het gaat er immers om na te kunnen gaan hoe de specifieke eigenschappen van de onderzochte actoren de gang van zaken in de

beleidsnetwerken beïnvloeden. Om deze heterogeniteit recht te doen, is het vrijwel onvermijdelijk om voor elk type actor apart diens specifieke eigenschappen in kaart te brengen. In zowel het onderzoek naar het ouderen- en gehandicaptenbeleid als in dat naar het geestelijke gezondheidszorgbeleid heeft dit geresulteerd in vragenlijsten die uit meerdere delen (modulen) bestonden, met aan de te onderzoeken actor aangepaste varianten (zie voor een beschrijving hfst. 5 van dit rapport of van Niggebrugge en Kwekkeboom 1995: hfst.2). Dit resulteert in een databestand dat weliswaar een zeer groot aantal verschillende variabelen bevat, maar waarbinnen verschillende blokken variabelen telkens alleen maar van toepassing zijn op één of enkele typen van de respondenten. Per type respondenten gaat het bovendien om kleine aantallen, wat de uitkomsten van de analyse zeer gevoelig maakt voor toevallige verschuivingen. Deze kleine aantallen hebben ook tot gevolg dat het bestand niet geschikt is voor geavanceerde statistische analyses of toetsen (zie ook hoofdstuk 5, noot 15).

De kleine aantallen per type respondent maakt ook dat de onderzoeksmethodiek erg gevoelig is voor de gevolgen van een scheve respons.

In het onderzoek naar de vorming van beleidsnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg heeft de scheve respons tot gevolg gehad dat het niet goed mogelijk was om de regionale invloeden op netwerkvorming te traceren.¹ Waar een deel van de actoren in vrijwel alle regio's vertegenwoordigd was, ontbrak een ander deel juist heel vaak, waardoor het niet mogelijk was het gehele beleidsnetwerk of -veld in kaart te brengen (zie hoofdstuk 9, § 9.3). Een vergelijking van de beleidsprocessen binnen de regio's was daardoor weinig zinvol, waardoor het derde doel van het gestandaardiseerd onderzoeken van beleidsnetwerken niet kon worden bereikt.

Een tweede gevolg van de modulaire opbouw van de vragenlijsten – en een tweede specifiek nadeel van de gekozen onderzoeksmethodiek – is dat de routing door de lijsten tamelijk gecompliceerd is. Dit vraagt veel van de vaardigheden van de interviewer; een verkeerde indeling van een respondent kan immers betekenen dat deze vragen gaat beantwoorden die op hem of haar in het geheel niet van toepassing zijn.

Ook het onderwerp van het onderzoek – de manier waarop door de respondenten bijgedragen wordt aan de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod – doet een groot beroep op de interviewer. De vragen hierover moeten immers gesteld worden aan iemand die binnen de te onderzoeken organisatie een dusdanige positie bekleedt dat hij of zij over kennis over zowel beleid als voorzieningenaanbod van de organisatie beschikt. De vragen zelf hebben betrekking op zeer specifieke beleidsonderwerpen en zijn daarom vaak van een tamelijk hoog abstractieniveau. Bij onduidelijkheid of misverstanden moet de interviewer in staat zijn de vraag toe te lichten dan wel om toelichting op het gegeven antwoord te kunnen vragen. Dit vraagt om een zekere mate van deskundigheid en kennis van het te onderzoeken beleidsveld. Een gedegen training van het interviewcorps en stelselmatige begeleiding van de interviewers tijdens de uitvoering van het veld blijkt bij dit soort onderzoek dus onontbeerlijk te zijn.²

De ervaringen met het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg hebben geleerd dat aan de kennis bij de respondenten over de exacte

omvang van bijvoorbeeld cliëntenbestand, budgetten en personeelsinzet geen al te grote absolute waarde moet worden toegekend. Hierop was al geanticipeerd door de vragen hiernaar van tevoren naar de respondenten toe te sturen om deze zo in de gelegenheid te stellen eventueel beter geïnformeerden binnen de organisatie te raadplegen. Desondanks moest uit de antwoorden die uiteindelijk zijn gegeven, worden afgeleid dat een deel hiervan naar alle waarschijnlijkheid niet met de werkelijkheid overeenkwam. Het voorbehoud ten aanzien van de exactheid van de cijfers geldt nog sterker voor die over het bereik van en de budgetten voor de nader besproken (samenwerkings)projecten. De antwoorden hierop konden immers in het geheel niet voorbereid worden. De belangrijkste waarde van deze meer cijfermatige gegevens is er dan ook vooral in gelegen dat zij inzicht geven in de wijze waarop de respondent de inbreng van de eigen instelling in het voorzieningenaanbod ziet, en daarmee de positie van deze instelling in het regionale beleidsnetwerk inschat. Deze inschatting bepaalt immers met welke houding men namens deze instelling aan het overleg over samenhang en afstemming op regionaal niveau ingaat en of men hierbij versterking van de eigen positie nodig acht. Bezien vanuit de uitgangspunten van de netwerkbenadering is deze eigen inschatting over de positie van minstens zo groot belang als die welke op basis van 'objectieve' grootheden als menskracht en middelen kan worden vastgesteld. Deze objectieve grootheden kunnen, in principe, ook met behulp van andere informatiebronnen in kaart worden gebracht.

De tot nu opgedane ervaring met de toepassing van standaardisatie van het onderzoek naar beleidsnetwerken leert dat de meeste van de hiervoor besproken nadelen goed zijn op te vangen.

Dit geldt niet voor de kleine aantallen per type respondent met de daaraan verbonden gevoeligheid voor toevallige verschuivingen en voor de gevolgen van scheve respons. Deze lijken inherent aan de gekozen methode, die daarmee gelijk staat aan het alternatief – open vraaggesprekken met een beperkt aantal respondenten. Daar blijven de voordelen van een gestandaardiseerd onderzoek onder een groter aantal respondenten in meerdere netwerken tegelijk echter wel tegenover staan, zodat toch twee van de drie doelen van de toepassing van deze methodiek zijn bereikt. Deze score maakt het de moeite waarde de methodiek verder uit te bouwen en de nadelen ervan, door nog grotere zorgvuldigheid te betrachten bij de respondentwerving en training van de interviewers, zoveel mogelijk weg te nemen.

Bij dit alles dient echter wel altijd bedacht te worden dat, hoe de methodiek ook nog verder zou kunnen worden geperfectioneerd, zij nooit meer kan worden dan een vehikel om de werkelijkheid te benaderen. De voor het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg gebruikte methode blijkt inderdaad bruikbaar te zijn de processen in kaart te brengen en te beschrijven. Er zijn echter, veelal om onderzoekstechnische redenen, ook keuzes gemaakt, die als gevolg hebben dat de beschrijving van de processen niet volledig is. Bovendien zijn beleid en voorzieningenaanbod resultanten van verschillende processen, welke voor een belangrijk deel beïnvloed worden door menselijk handelen en dus onderhevig aan door persoonlijke voorkeuren ingegeven veranderingen. Onderzoek naar dergelijke processen zal daarom

altijd eerder een tentatief dan definitief karakter hebben. De waarde van de methodiek ligt dan ook vooral in het, zo objectief mogelijk, zichtbaar maken van de diverse factoren die een rol spelen bij de totstandkoming van beleid, waarbij meerdere partijen zijn betrokken.

Noten

- 1 In het eerder uitgevoerde onderzoek naar de ontwikkeling van integraal beleid voor ouderen- en gehandicapten was de respons minder scheef verdeeld, waardoor een vergelijking tussen de diverse netwerken beter mogelijk was (Kwekkeboom, 1997).
- 2 Het belang hiervan is echter pas duidelijk geworden bij de uitvoering van het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. De interviews voor het onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid waren indertijd uitgevoerd door terzake kundige en getrainde onderzoekers en waren dan ook van hoge kwaliteit. Het interviewerscorps dat was ingeschakeld voor de uitvoering van het veldwerk van het onderzoek op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg bleek minder opgewassen tegen zijn taak. Dit heeft geresulteerd in veel open antwoorden, die – naar bij de analyse bleek – eenvoudig in voorgegeven categorieën hadden kunnen worden ondergebracht. De kwaliteit van het onderzoek zelf heeft daar niet onder geleden; wel heeft de analyse hierdoor meer tijd gekost.

■ BIJLAGE B SAMENSTELLING KLANKBORDGROEP 'VERMAATSCHAP- PELIJKING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG'

De heer H. Baaijens (Gemeente Leiden)
(tot 1 september 2000)

Mevrouw A. Besamusca - Ekelschot (Raad van Bestuur De Meren, Amsterdam)
(tot 1 april 1999)

De heer C. van Dongen (Haag Wonen, Den Haag)
(vanaf 1 mei 1999 tot 1 september 2000)

De heer E. Gerdes (LPR, Den Haag)

De heer J. Gortworst (Federatie Opvang, Utrecht)
(vanaf 1 januari 2000)

De heer W. van Hezewijk (Raad van Bestuur St. GGZ-Midden Brabant, Tilburg)
(vanaf 1 mei 1999)

De heer E. Huberts (Federatie Opvang, Utrecht)
(tot 1 januari 2000)

De heer F. Köster (VZOS, Den Haag)
(tot 1 april 1999)

De heer J. Penninga (Min. van VWS/directie GVM, Den Haag)

BIJLAGE C OPVATTINGEN OVER DE UITGANGSPUNTEN VOOR HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORGBELEID, WEERGAVE PER TYPE ACTOR IN HET BELEIDSNETWERK

Tabel C1 Opvattingen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 35)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer		niet eens/ niet oneens		zeer		weet
	eens	eens	niet oneens	oneens	oneens	oneens	niet
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	7	12	10	4	–	–	2
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	5	19	9	1	–	–	1
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	4	7	–	13	9	–	2
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	5	14	10	6	–	–	–
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	3	22	6	1	2	–	1
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	9	24	2	–	–	–	–
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	7	23	4	1	–	–	–
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	2	20	6	6	–	–	1
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	1	3	4	21	6	–	–
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	1	4	5	16	9	–	–

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C2 Opvattingen cliëntenorganisaties over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 18)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer		niet eens/ niet oneens		zeer		weet niet
	eens	eens	eens	oneens	oneens	oneens	
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	6	6	4	2	-	-	
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	2	7	7	2	-	-	
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	5	7	2	1	2	1	
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	-	3	5	6	3	1	
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	2	11	1	2	-	2	
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	8	10	-	-	-	-	
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	9	7	1	1	-	-	
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	10	7	-	-	-	1	
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	-	3	3	7	4	1	
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	3	3	3	5	3	1	

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C3 Opvattingen lokale overheden over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 26)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	weet niet
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	4	10	4	6	2	–
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	1	8	11	6	–	–
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	4	16	1	4	1	–
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	1	6	8	11	–	–
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	3	9	4	10	–	–
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	1	20	4	1	–	–
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	3	14	3	6	–	–
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	4	10	1	8	–	3
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	3	11	4	7	–	1
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	2	6	5	9	3	1

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C4 Opvattingen zorgkantoren over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 14)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer		niet eens/ niet oneens		zeer		weet niet
	eens	eens	eens	oneens	oneens	oneens	
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	5	4	4	–	–	–	1
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	1	10	1	1	1	–	–
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	2	5	1	1	2	–	3
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	3	4	5	1	–	–	1
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	1	8	1	4	–	–	–
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	3	9	2	–	–	–	–
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	4	8	1	1	–	–	–
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	5	9	–	–	–	–	–
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	–	1	2	5	6	–	–
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	–	3	1	7	3	–	–

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C5 Opvattingen instellingen voor maatschappelijke opvang over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 24)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	weet niet
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	2	12	3	5	1	1
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	4	8	8	3	1	–
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	3	11	3	3	1	3
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	2	10	–	7	4	1
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	4	9	2	7	2	–
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	5	12	4	2	1	–
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	3	11	3	5	1	1
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	3	8	8	3	1	1
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	4	8	2	6	3	1
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	7	7	4	5	1	–

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C6 Opvattingen instellingen voor AMW over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 16)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	weet niet
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	3	7	2	3	–	1
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	1	7	7	1	–	–
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	2	5	4	4	1	–
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	–	9	3	3	–	1
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	–	7	1	2	4	2
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	2	8	3	1	1	1
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	4	11	–	1	–	–
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	1	7	2	1	4	1
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	–	6	3	5	2	–
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	4	5	1	3	1	2

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C7 Opvattingen instellingen voor thuiszorg over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 23)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	weet niet
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	5	13	4	1	–	–
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	3	11	8	1	–	–
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	3	9	4	4	3	–
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	–	5	3	12	3	–
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	1	8	4	9	1	–
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	6	15	1	–	1	–
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	4	14	4	1	–	–
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	3	7	3	9	–	1
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	2	4	1	11	4	1
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	–	10	9	2	2	–

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C8 Opvattingen GGD's over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 24)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer		niet eens/ niet oneens		zeer		weet niet
	eens	eens	oneens	oneens	oneens	oneens	
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	2	9	11	1	1	–	–
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	–	15	7	2	–	–	–
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	6	10	3	3	–	–	2
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	2	9	5	8	–	–	–
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	3	13	3	3	–	–	2
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	6	12	2	2	–	–	2
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	4	14	2	4	–	–	–
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	6	9	4	2	1	–	2
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	4	10	1	6	2	–	1
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	2	4	2	12	4	–	–

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C9 Opvattingen woningcorporaties over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 15)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	weet niet
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	1	7	5	–	1	1
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	1	10	3	1	–	–
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	–	9	1	2	–	3
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	–	5	2	5	2	1
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	3	5	2	2	–	3
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	2	13	–	–	–	–
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	3	7	1	2	1	1
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	2	8	2	1	–	2
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	2	3	4	4	1	1
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	1	1	3	7	3	–

Bron: SCP (VGG'00)

Tabel C10 Opvattingen instellingen voor arbeidsvoorziening over uitgangspunten vermaatschappelijking (n = 13)

letterlijke tekst van de uitspraken in de vragenlijst	zeer		niet eens/ niet oneens		zeer		weet
	eens	eens	eens	oneens	oneens	oneens	niet
- het is niet goed om iemand met langdurige psychische problemen langdurig op te nemen	-	4	1	4	-	4	
- de zorg die iemand met psychische problemen nodig heeft, kan het beste gewoon thuis aan de betrokkene worden gegeven	-	6	2	2	1	2	
- om de indicatiestelling objectief en vraaggericht te bevorderen, kan deze het best in handen worden gelegd van een RIO (Regionaal indicatieorgaan	-	9	-	2	-	2	
- als iemand psychische problemen heeft, moet hij of zij in eerste instantie bij zijn of haar familie en vrienden terecht kunnen	1	4	-	5	2	1	
- de algemene instellingen (bv. maatschappelijke opvang, thuiszorg, AMW, e.d.) zijn niet voldoende toegerust om mensen met psychische problemen adequaat op te vangen	1	7	-	2	-	3	
- iemand met psychische problemen help je het best door hem of haar een zo normaal mogelijk leven te laten leiden	2	5	-	2	2	2	
- gedwongen opnamen moeten zo veel mogelijk worden vermeden	1	7	-	2	2	1	
- het persoonsgebonden budget (waaruit cliënten zelf de door hen gekozen zorg kunnen betalen) moet ook in de geestelijke gezondheidszorg worden ingevoerd	2	4	1	3	2	1	
- de bewaking van afstemming en samenhang in de zorg voor psychiatrische patiënten kan het beste in handen worden gelegd van de lokale overheden	1	8	1	2	-	1	
- zolang de geestelijke gezondheidszorginstellingen hun taken niet overdragen aan algemene instellingen (bv. AMW, thuiszorg of corporaties) is maatschappelijke integratie van de psychiatrische patiënt niet mogelijk	-	2	2	5	-	4	

Bron: SCP (VGG'00)

BIJLAGE D OVERZICHT VAN DE ACCENTEN DIE DOOR DE VERSCHILLENDE ACTOREN WORDEN GELEGD IN HUN VOORZIENINGENAANBOD VOOR MENSEN MET LANGDURIGE PSYCHISCHE PROBLEMEN

Tabel D1 Accenten binnen voorzieningen/projecten op het aandachtsveld 'zorgverlening aan huis', naar type actor, aantal malen genoemd^a

	psychiatrische thuiszorg	woon- begeleiding	case- management	maatjesprojecten/ vriendendienst
instellingen geestelijke gezondheidszorg (n = 23)	18	17	18	16
cliëntenorganisaties (n = 3)	2	2	2	3
lokale overheden (n = 6)	1	3	4	2
zorgkantoren (n = 11)	9	10	9	6
maatschappelijke opvang (n = 5)	2	4	2	–
AMW (n = 7)	1	3	5	1
thuiszorg (n = 16)	16	5	7	3
GGD (n = 6)	–	1	6	2
corporaties (n = 2)	–	1	2	–

a De aantallen projecten per type actor kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld, omdat binnen een deel van de besproken projecten meerdere van de onderscheiden vormen van dienstverlening worden geboden

Bron: VGG'00

Tabel D2 Accenten binnen voorzieningen/projecten op het aandachtsveld 'versterking huisvestingssituatie psychiatrische patiënt', naar type actor, aantal malen genoemd^a

	individuele huisvesting in wijk	woonprojecten		begeleid wonen
		(groepswonen) in wijk	beschermd wonen	
instellingen geestelijke gezondheidszorg (n = 12)	12	11	11	7
cliëntenorganisaties (n = 1)	1	1	–	1
lokale overheden (n = 4)	2	1	3	2
zorgkantoren (n = 3)	3	3	3	3
maatschappelijke opvang (n = 14)	7	5	6	9
AMW (n = 4)	3	2	–	2
thuiszorg (n = 2)	2	–	1	1
GGD (n = 2)	2	–	–	2
corporaties (n = 6)	5	6	6	3

a De aantallen projecten per type actor kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld, daar binnen een deel van de besproken projecten meerdere van de onderscheiden vormen van dienstverlening worden geboden.

Bron: VGG'00

Tabel D3 Accenten binnen voorzieningen/projecten op het aandachtsveld 'vergroting arbeidsmarktparticipatie psychiatrische patiënt', naar type actor, aantal malen genoemd^a

	dagactiviteiten centra	werkvoor- ziening binnen eigen instelling	sociale werk- voorziening	job- coaching	traject- begeleiding
instellingen geestelijke					
gezondheidszorg (n = 8)	8	4	3	5	6
cliëntenorganisaties (n = 5)	3	1	–	1	2
lokale overheden (n = 3)	2	–	2	2	3
zorgkantoren (n = 4)	4	3	2	3	3
maatschappelijke opvang (n = 6)	4	3	–	–	5
AMW (n = 5)	–	–	1	2	4
GGD (n = 1)	1	–	–	–	1
arbeidsvoorziening (n = 9)	1	2	3	2	5

a De aantallen projecten per type actor kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld, omdat binnen een deel van de besproken projecten meerdere van de onderscheiden vormen van dienstverlening worden geboden.

Bron: VGG'00

Tabel D4 Accenten binnen voorzieningen/projecten op het aandachtsveld 'OGGZ', naar type actor, aantal malen genoemd^a

	outreachinge hulpverlening	spreekuur op niet- GGZ-locatie	preventie/ voorlichting	aanpak vervuiling/ overlast	consultatie niet- hulpverleners
instellingen geestelijke					
gezondheidszorg (n = 9)	8	5	6	6	5
cliëntenorganisaties (n = 4)	3	3	2	2	
lokale overheden (n = 17)	11	5	6	14	15
zorgkantoren (n = 10)	9	6	7	7	8
maatschappelijke opvang (n = 9)	6	7	2	7	4
AMW (n = 5)	4	1	3	2	3
thuiszorg (n = 5)	4	1	2	4	2
GGD (n = 17)	14	12	13	14	14

a De aantallen projecten per type actor kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld, omdat binnen een deel van de besproken projecten meerdere van de onderscheiden vormen van dienstverlening worden geboden.

Bron: VGG'00

- Algra (1999)
Algra, W. Lange zoektocht naar geschikte begeleiders. Persoonsgebonden budget. In: Trouw, 12 maart 1999: 2.
- Ajzen en Fishbein (1980)
Ajzen, I. en M. Fishbein. Understanding attitudes and predicting social behaviour. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
- Angermeyer et al. (2000)
Angermeyer, M.C., J. Diaz Ruiz de Zarate en H. Matschinger. Information- und Unterstützungsbedarf von Angehörigen psychiatrischer Patienten. In: Gesundheitswesen (2000) 62 (483-486).
- Aquina, Bekke en Bekkers (1988)
Aquina, H.J., A.J.G.M. Bekke en V.J.J.M. Bekkers. Zorg en sturing. Een heroriëntatie op particulier initiatief en overheid in Nederland. Zeist: Kerckebosch, 1988.
- Arentsen (1991)
Arentsen, M.J. Beleidsorganisaties en beleidsuitvoering. Een onderzoek naar het stralenbeschermingsbeleid in Nederland, Engeland en België (diss.). Enschede: Universiteit Twente, 1991.
- Arts, Kersten en Kerkstra (1997)
Arts, S., H. Kersten en A. Kerkstra. Werken in de gezinsverzorging. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 1997.
- Baars (1994)
Baars, H.M.J. Sociale netwerken van ambulante chronisch psychiatrische patiënten (diss.). Maastricht: RUL, 1994.
- Bakker, Hoeksma en Schutte (2000)
Bakker, P.F., B.H. Hoeksma en S.J.M. Schutte. De MFE en vermaatschappelijking. Rapportage in het kader van het ZON-programma 'Structurering en Zorgvernieuwing in de GGZ'. Enschede: HHM, 2000.
- BCC (1998)
Beraadsgroep Community Care. Leven in de lokale samenleving. Advies over community care voor mensen met een (verstandelijke) beperking. Utrecht: NIZW, 1998.
- Becker et al. (1996)
Becker, J.W., A. van den Broek, P. Dekker en M. Nas. Publieke opinie en milieu - een verkenning van het sociale draagvlak voor het milieubeleid op grond van survey-gegevens, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996
- Van Beek (1996)
Beek, K.W.H van. Zin en onzin van een optimale schaal. In: W. Derksen en W.G.M. Salet (red.). Bouwen aan het binnenlands bestuur. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1996 (voorstudies en achtergronden-V93).
- Beenackers en Henkelman (1999)
Beenackers, M., en L. Henkelman. Kwaliteit van leven van chronisch psychiatrische patiënten. Resultaten en beschouwingen naar aanleiding van een onderzoek bij zestig in Utrecht wonende psychiatrische patiënten. In: Passage (1999) 8-3 (143-150).
- Beraadsgroep (1974)
Beraadsgroep Knelpunten. Knelpuntennota. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1974.
- Berveling (1997)
Berveling, J. De beleidsnetwerkbenadering. Gegroeid, maar nog niet volwassen. In: Beleidswetenschap (1997)11-2 (168-173).

* Het betreft hier een totaal overzicht van de bronnen die voor de diverse onderdelen van het project (incl. afzonderlijke publicaties) zijn geraadpleegd, met uitzondering van de documenten (jaarverslagen, regiovisies e.d.) die door de respondenten ter beschikking zijn gesteld.

- Besseling en Smaal (1997)
 Besseling, J.J.M., en M. Smaal. Reïntegratiepraktijk arbeidsgehandicapten. Onderzoek naar de bemiddeling van gedeeltelijk arbeidsgeschikte herbeoordeelde en toetredingsgekeurde. Amsterdam: Livs, 1997.
- Bijl et al. (1997a)
 Bijl, R.V., G. van Zessen, A. Ravelli, C. De Rijk en Y. Langendoen. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland. Het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. In: Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde (1997) 50-141, 13 december (2448-2452).
- Bijl et al. (1997b)
 Bijl, R.V., G. van Zessen en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland. Het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. In: Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde (1997) 50-141, 13 december (2453-2460).
- Bijl en Ravelli (1998)
 Bijl, R.V., en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG) (1998) 76-8 (446-457).
- BiZa (1980)
 Decentralisatienota 1980. Ministerie van Binnenlandse Zaken.
- BiZa (1998)
 Doorstartconvenant grotestedenbeleid rijk-G4 1998. Ministerie van Binnenlandse Zaken.
- De Boer et al. (1994)
 Boer, A.H. de, J.C. Hessing-Wagner, M. Mootz en I.S. Schoemakers-Salkinoja. Informele zorg. Een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA Uitgeverij BV, 1994.
- De Bont et al. (1978)
 Bont, H. de, J. Hagendoorn, A. Otten, B. Prinsen en B. Wardekker (red.). Preventie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Groningen: Wolters-Noordhof, 1978.
- Van den Boogaard en De Kuyper (1995)
 Boogaard, D. van den, en H. de Kuyper. Over grenzen, woningcorporaties en dak- en thuislozen. Preventie en opvang. De Bilt: NCIV, 1995.
- Borgesius et al. (1986)
 Borgesius, E., M. Schrevel en H. Vlug. De draad kwijt. Familie en vrienden over hun leven met psychiatrische patiënten. Amsterdam: Uitgeverij Sua, 1986.
- Borgesius en Brunenberg (1996)
 Borgesius, E., en W. Brunenberg. Nieuwe zorg van het psychiatrisch ziekenhuis. Een inventarisatie van zorgvernieuwingprojecten. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid (1996) 51 (1267-1281).
- Borgesius en Brunenberg (1999)
 Borgesius, E., en W. Brunenberg. Behoeft aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Brandsma (1977)
 Brandsma, P. Het waardenpatroon van de Nederlandse bevolking. Een verkenning naar de plaats van de categorie 'waarde' in de sociologische theorie en het onderzoek (diss.). Groningen: RUG, 1977.
- Brandt (1997)
 Brandt, E. RIAGGnose. In: De Groene Amsterdammer (1997) 14 mei (20-22).
- Van den Broek en Etman (1997)
 Broek, H. van den, en O. Etman. Allochtonen en verslavingszorg. Een onderzoek naar bereik en effectiviteit van de verslavingszorg voor allochtonen. Den Haag: ES&E Beleidsonderzoek, 1997.
- Van den Broek, Knulst en Niggebrugge (1997)
 Broek, A. van den, W.P. Knulst en F.D.E. Niggebrugge. Trends in tijdbesteding van de Nederlandse bevolking 1975-1995. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (werkdokument 41).
- Broekman (1978)
 Broekman, H. Zijn de Community Mental Health Centers nu echt mislukt? In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid (1978) 33-2 (98-105).

- De Bruijn en Ten Heuvelhof (1993)
 Bruijn, J.A. de, en E.F. ten Heuvelhof. Instrumenten voor netwerkmanagement. In: J.F.M. Koppenjan, J.A. de Bruijn en W.J.M. Kickert (red.). *Netwerkmanagement in het openbaar bestuur. Over de mogelijkheid van overheidssturing in beleidsnetwerken*, Den Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1993.
- De Bruijn en Ten Heuvelhof (1997)
 Bruijn, J.A. de, en E.F. ten Heuvelhof. Instruments for networkmanagement. In: W.J.M. Kickert, E.J. Klijn en J.F.M. Koppenjan (eds.). *Managing complex networks. Strategies for the public sector*. London: Sage Publications, 1997.
- De Bruijn, Kickert en Koppenjan (1993)
 Bruijn, J.A. de, W.J.M. Kickert en J.F.M. Koppenjan. *Netwerkmanagement in het openbaar bestuur. Slotbeschouwing*. In: J.F.M. Koppenjan, J.A. de Bruijn en W.J.M. Kickert (red.). *Netwerkmanagement in het openbaar bestuur. Over de mogelijkheid van overheidssturing in beleidsnetwerken*. Den Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1993.
- Brunenberg et al. (1998)
 Brunenberg, W., M. Rondez en G. Hutschemakers. *De psychiater gevolgd. Een verkennend onderzoek naar psychiaters in de GGZ en de eigen praktijk*. Utrecht: Trimbo-instituut, 1998.
- Bruntink (1997a)
 Bruntink, R. Vergeet de hulpverleners niet. Extramuralisering in Australië. In: *Psy* (1997) 5 (27-29).
- Bruntink (1997b)
 Bruntink, R. Van eetclub tot woonclub. In: *Psy* (1997) 13 (24-25).
- Buijs (1998)
 G.J. Buijs (red.). *Wet Ziekenhuisvoorzieningen (Editie Schuurman & Jordens)*. Deventer: Uitgeverij Kluwer BV, 1998c.
- Van Campen et al. (2000)
 Campen, C. van, J. Timmermans, I. Woitties en J. Hessing-Wagner (m.m.v. J. ledema en H. de Wit). *Modelontwikkeling thuiszorg. Hulpvragers, beperkingen en zorgtoewijzing*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000 (werkdocument 63).
- Caplan (1964)
 Caplan, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1964.
- CBZ (2001a)
 College Bouw ziekenhuisvoorzieningen. *Signaleringsrapport. Evaluatie regionale GGZ-Centra*. Utrecht: CBZ, 2001 (rapportnummer 510).
- CBZ (2001b)
 College Bouw ziekenhuisvoorzieningen. *Intern referentiekader. Substitutie in ambulante woonvorming in de sector GGZ (rapportnummer 511)*. Utrecht: CBZ, 2000.
- Cooper (1971)
 Cooper, D. *The death of the family*. Harmondsworth, Middlesex, England: Pinguin Books Ltd, 1971.
- Crisp et al. (2000)
 Crisp, A.H., M.G. Gelder, S. Rix, H.I. Meltzer en O. J. Rowlands. Stigmatisation of people with mental illnesses. In: *British Journal of Psychiatry* (2000) 177 (4-7).
- Van Daal (1983)
 Daal, H.J. van. *Denkbeelden over levensmoeilijkheden*. Den Haag: NIMAWO, 1983.
- Van Dam et al. (1996)
 Dam, M.J.E.M.van, J. Berverling, G.H.J.M. Neelen en A.C. Wille. *Draagvlak gezocht. Beslissen over veranderingen in het binnenlands bestuur*. In: *Bestuurskunde* (1996) 5-7 (317-329).
- Dekker et al. (1998)
 Dekker, J. et al. *Mijn huis is nu mijn kliniek... Een onderzoek naar de effecten van intensieve thuiszorg aan chronisch psychiatrische patiënten*. *Passage* (1998) 7-4 (219-227).
- Dekker (1999)
 Dekker, P. (red.). *Vrijwilligerswerk vergeleken - Nederland in internationaal en historisch perspectief (Civil Society en vrijwilligerswerk III)*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier, 1999.
- Dercksen en Van 't Hof (1996)
 Dercksen, A., en S. van 't Hof. *Erkenning gevraagd. Organisaties van patiënten, cliënten en hun familie in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NFGV, 1996.

- Derksen (1996)
Derksen, W. Inleiding. In: W. Derksen en W.G.M. Salet. *Bouwen aan het binnenlands bestuur*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1996 (voorstudies en achtergronden - V93).
- DETR (1999)
Department of the Environment, Transport and the Regions. *Relationship breakdown. A guide for social landlords*. London: DETR (www.housing.detr.gov.uk), 1999.
- DETR (2000)
Department of the Environment, Transport and the Regions. *Quality and choice. A decent home for all. the housing green paper*. London: DETR (www.housing.detr.gov.uk), 2000.
- Dik (1999)
Dik, M.M. Een onderzoek onder familieleden van mensen met een obsessief-compulsieve stoornis. De invloed van subjectieve zorglast op het welbevinden en de mediërende rol van coping. Den Haag/Leiden: Parnassia (pmc)/Rijksuniversiteit Leiden, 1999 (doct. scriptie).
- Donker et al. (1996)
Donker, K.J. et al. *Toepassing van reïntegratie-instrumenten voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten*. Zoetermeer: College van toezicht sociale verzekeringen (Ctsv), 1996.
- DoH (1997)
Department of Health. *The New NHS. Modern, dependable*. London: DoH (www.gov.uk), 1997.
- DoH (1998a)
Department of Health. *Modernising Social Services. Promoting independence, improving protection, raising standards*. London: DoH (www.gov.uk), 1998.
- DoH (1998b)
Department of Health. *Modernising Mental Health Services. Safe, sound and supportive*. London: DoH (www.gov.uk), 1998.
- DoH (1999)
Department of Health. *National Service Framework for Mental Health. Modern standards and service models*. London: DoH (www.gov.uk), 1999.
- Driest en Weekers (1998)
Driest, P., en S. Weekers. *Het persoonsgebonden budget. Breekijzer of tijdelijke regeling?* Utrecht: NIZW, 1998.
- Duijnstee (1992)
Duijnstee, M.S.H. *De belasting van familieleden van dementerenden* (diss.). Nijkerk/Nijmegen: Intro/KUN, 1992.
- Duijnstee et al. (1994)
Duijnstee, M.S.H., W.J.M. Cuijpers, M.J. Humbert en A.W.L. van Dungen. *Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte*. Zoetermeer: Nationale Commissie voor Chronisch Ziekten, 1994.
- Duurkoop (1995)
Duurkoop, P. *Terug naar Amsterdam. Longitudinaal onderzoek naar het functioneren van chronische patiënten in nieuwe woonsituaties* (diss.). Amsterdam: Frederik van Eedenstichting, 1995.
- Dwarkasing (1999)
Dwarkasing, A. *Veel geven en toch je eigen grenzen stellen. Jonge mantelzorgers*. In: *Trouw*, 12 november 1999.
- Elzinga (1995)
Elzinga, D.J. (red.) *Regionaal bestuur in Nederland*. Alphen aan de Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink, 1995.
- Elzinga en Van de Schreur (1995)
Elzinga D.J., en R. van de Schreur. *De geschiedenis van de bestuurlijke reorganisatie*. In: D.J. Elzinga (red.). *Regionaal bestuur in Nederland*. Alphen aan de Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink, 1995.
- Van Erp en Geelen (1997)
Erp, N. van, en K. Geelen. *Georganiseerde vriendschap. Vriendendiensten in de geestelijke gezondheidszorg*. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* (1997) 52-9 (823-832).
- Farran et al. (1998)
Farran, C.J., S.L. Horton-Deutsch, D. Loukissa en L. Johnson. *Psychiatric home care of elderly persons with depressions. Unmet caregiver needs*. In: *Home Health Care Services Quarterly* (1998) 16-4 (57-73).
- Federatie Opvang (1996a)
Federatie Opvang. *De maatschappelijke opvang in cijfers: 1995*. Utrecht: FO, 1996.

- Federatie Opvang (1996b)
 Federatie Opvang. Opgevangen. De maatschappelijke opvang 1994-1995. Utrecht: FO, 1996.
- Foets en Sixma (1991)
 Foets, M., en H. Sixma. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Basisrapport: gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- Foudraïne (1971)
 Foudraïne, J. Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie. Bilthoven: Uitgeverij Ambo, 1971.
- Freeman (1998)
 Freeman, H. Mental Health policy and practice in het NHS: 1948-'79. In: *Journal of Mental Health* (1998) 7- 3 (225-239).
- Friele en Verhaak (1991)
 Friele, F. D., en P.F.M. Verhaak. Vragen om problemen. Een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW. Utrecht: Nivel, 1991.
- Gallagher en Mechanic (1996)
 Gallagher, S.K., en D. Mechanic. Living with the mentally ill. Effects on health and functioning of other household members. In: *Journal of Social Science Medicine* (1996) 42-12 (1691-1701).
- Van Gelder en Gorter (1997)
 Gelder, K. van, en Kl. Gorter. Voorzieningen ter bevordering van de arbeidsdeelname van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1997.
- Gersons (1977)
 Gersons, B.P.R. Het RIAGG-model en de ervaringen met het Community Mental Health Center. In: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* (1977) 32-6 (355-363).
- Gersons (1986)
 Gersons, B.P.R. *Acute Psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986.
- GGD (1999)
 GGD Nederland. OGGZ-activiteiten bij GGD'en. Stand van zaken medio 1999. Utrecht: GGD, 1999.
- GGV(1997)
 Gespecialiseerde gezinsverzorging in beweging (congresbrochure), 1997.
- GGZ (2000)
 GGZ Nederland 2000. Terugkeer van psychiatrische patiënten in de samenleving. Een telefonisch onderzoek. Hilversum: GGZ, 2000.
- GGZ Nederland (z.j.)
 GGZ Nederland. Naar een transparante GGZ. Brancherapport geestelijke gezondheidszorg 1993-1997. Den Haag: SDU.
- Van der Giezen en Jehoel-Gijsbers (1999)
 Giezen, A.M. van der, en G.J.M. Jehoel-Gijsbers. Zoekgedrag. Bemiddeling en arbeidsreïntegratie van langdurig arbeidsongeschikten in 1998. Amsterdam: Lisv, 1999.
- Glissenaar en Reijn (1999)
 Glissenaar, I., en I. Reijn (red.). *Vriendschap op maat. Georganiseerde support door maatjes en buddy's*. Utrecht: Uitgeverij SWP, 1999.
- Glover (1999)
 Glover, G. How much English health authorities are allocated for mental health care. In: *British Journal of psychiatry* (1999) 175 (402-406).
- Van der Grinten (1982)
 Grinten, T.E.D. van der. Organisatie, beleid en financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* (1982) 20 (418-424).
- Van der Grinten (1986)
 Grinten, T.E.D. van der. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek (diss.). Baarn, Ambo, 1986.
- Gibbels (1999)
 Gibbels, M. Fuseren is niet zaligmakend. Fuseren in de GGZ. In: *Zorgvisie* (1999) 3 (10-12).
- Gijssen et al. (1997)
 Gijssen, E., A.J.H. Smallegenbroek en M.L.G. Essers (red.). *Samenwerking tussen decentrale overheden. Aantallen, motieven en trends*. Den Haag: SGBO, 1997.

- De Goei (1997)
 Goei, L. de. De beweging voor geestelijke volksgezondheid. In: G. Hutschemaekers, C. Hosman en P. van Lieshout (red.). Geestelijke Volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Van Haaster et al. (1997)
 Haaster, H. van, M. Vink en A.M. Witvoet. Uit en thuis. Ervaren van cliënten met wonen binnen en buiten de psychiatrie. Amsterdam: Amsterdams Patiënten en Consumentenplatform, 1997.
- Hannigan (1999)
 Hannigan, B. Mental health care in the community. An analysis of contemporary public attitudes towards, and public representations of, mental illness. In: *Journal of Mental Health* (1999) 8-5 (431-440).
- Ten Have et al. (1998)
 Have, M. ten, R. Bijl, W. Vollebergh, J. Harmsen en P. Osterthun. Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1998. De GGZ in getallen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- Heerma van Voss (1983)
 Heerma van Voss, A.J. De geschiedenis van de gekkenbeweging. In: Voor gek gehouden. Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Nederland. Haarlem/Gouda: 1983 (catalogus bij gelijknamige tentoonstelling).
- Van Heffen en Kerkhoff (1997)
 Heffen, O. van, en A.H.M. Kerkhoff. Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1997.
- Hodiamont (1986)
 Hodiamont, P.P.G. Het zoeken naar zieke zielen. Een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1986 (ISG-publ. 16).
- Hoekstra (1999)
 Hoekstra, G. 'Onmaatschappelijken' in Nieuw-West. In: *Ons Amsterdam* (1999) 4, april (140-144).
- Van 't Hof en Dercksen (1997)
 Hof, S. van 't Hof, en A. Dercksen. De gevestigde marge. De patiënten en cliëntenbeweging in de Nederlandse GGZ. In: *P&M* (1997) 80 (197-208).
- Holman en Spanjersberg (1986)
 Holman, B., en M. Spanjersberg. De inrichting verandert van gezicht. Mogelijke veranderingen in de beeldvorming rond chronisch psychiatrische patiënten. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* (1986) 64-9 (304-309).
- Van Hoof et al. (1998)
 Hoof, F. van, J. van Weeghel, O.H. Brook en P. Gassman. Psychiatrische thuiszorg II. Een verkennend onderzoek naar cliëntkenmerken en zorgdoelstellingen. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* (1998) 40-11 (685- 695).
- Van Hoof et al. (1999)
 Hoof, F. van, D. Ketelaars en J. van Weeghel. Bezoekers gezocht. Achtergronden en dagbesteding van de bezoekers van dagactiviteitencentra. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* (1999) 54-2 (136-149).
- Hoogerwerf (1996)
 Hoogerwerf, A. Veranderingen in het beleid en in de beleidswetenschap. In: *Dynamiek in beleid en beleidswetenschap* (1996) extra themanummer *Beleidswetenschap* 10 (5).
- Hosman en Verburg, 1997
 Hosman C., en H. Verburg. Het bevorderen van de geestelijke volksgezondheid. Een strategisch kader. In: G. Hutschemaekers, C. Hosman en P. van Lieshout (red.). *Geestelijke Volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Huffington (1999)
 Huffington, C. Enabled to care. Community mental health care as a virtual organisation. In: *International Journal of Social Psychiatry* (1999) 45-3 (157-161).
- Hutschemaekers (1996)
 Hutschemaekers, G. De vele toekomsten van de biologische psychiatrie. In: *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* (1996) 12 (1282-1287).

- Hutschemaekers et al. (1997)
 Hutschemaekers, G., R. Bijl, P. Verhaak en M. ten Have. Gezondheid en gezondheidszorg. Een historische analyse. In: G. Hutschemaekers, C. Hosman en P. van Lieshout (red.). Geestelijke Volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Hutschemaekers (2000)
 Hutschemaekers, G. Wordt Nederland steeds zieker? Kengetallen en analyses. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (2000) 44-4 (314-335).
- Ipsa Facto/SGBO (1995)
 Ipsa Facto en SGBO. Een verstrekkende wet. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten. Den Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1995.
- s' Jacob, Melief en Broenink (1997)
 s' Jacob, R., W. Melief en N. Broenink. Maatschappelijk belang van het algemeen maatschappelijk werk. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1997.
- Jacobs et al. (1994)
 Jacobs, C.M.V.W. et al.. Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994. De GGZ in getallen. NcGv/NZI. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 1994.
- Jansen en Lammers (1999)
 Jansen, L., en B. Lammers. Gekte in de stad, de stad een gekkenhuis? Op weg naar een nieuwe praktijk. Amsterdam: De Balie, 1999.
- Janssen (1992)
 Janssen, M., Personal networks of chronic patients (diss.), Maastricht: RUL, 1992.
- De Jong et al. (1999)
 Jong, A. de, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma, Handboek Psychiatrische epidemiologie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
- Jorm (2000)
 Jorm, A.F. Mental health literacy, public knowledge and beliefs about mental disorders. In: British Journal of Psychiatry (2000) 177 (396-401).
- Keesom (1997)
 Keesom, J. Thuis in de GGZ of 'gewoon' in het buurthuis. In: Tijdschrift voor de Sociale Sector (1997), 6- juni (4-9).
- Kerkhof (2001)
 M.P.N. Kerkhof. Altrecht en Parnassia hand in hand. Strategische alliantie. In: Psy (2001) 2 (13-14).
- Kerkhoff en Overkamp (1996)
 Kerkhoff, T., en E. Overkamp. Sociale integratie van verstandelijk gehandicapten. Enige modelmatige kanttekeningen bij het beleid van de overheid. In: J.M. Bos (red.). Het model-theoretische concept. Enkele toepassingen in de gezondheidszorg.
- Kerseboom (1997)
 Kerseboom, J.S. Door zorg omgeven. Over belasting van de omgeving van chronisch psychiatrische patiënten. Rotterdam/Utrecht: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (EUR)/Trimbos-instituut, 1997.
- Kerseboom en Geelen (1999)
 Kerseboom, J., en K. Geelen. Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg. Evaluatie vanuit cliëntenperspectief. Utrecht: Trimbo-Instituut, 1999.
- Van Kesteren et al. (1985)
 Kesteren, J.H.M. van, Th. H. Roes en V. Veldheer. Experimentele welzijnsplanning. Samenvattend eindrapport 1979-1983. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1985.
- Kickert en Koppenjan (1997)
 Kickert, W.J.M., en J.F.M. Koppenjan. Public management and Network management. An overview. In: W.J.M. Kickert, E.H. Klijn en J.F.M. Koppenjan (eds.). Managing complex networks. Strategies for the public sector. London: Sage Publications, 1997.
- Kickert, Klijn en Koppenjan (1997a)
 Kickert, W.J.M., E.H. Klijn en J.F.M. Koppenjan (eds.). Managing complex networks. Strategies for the public sector, London; Sage Publications, 1997.

- Kickert, Klijn en Koppenjan (1997b)
 Kickert, W.J.M., E.H. Klijn en J.F.M. Koppenjan. Managing networks in the public sector; findings and reflections. In: W.J.M. Kickert, E.H. Klijn en J.F.M. Koppenjan (eds.). *Managing complex networks. Strategies for the public sector*. London: Sage Publications, 1997.
- Klijn en Koppenjan (1997)
 Klijn, E.H., en J.F.M. Koppenjan. Beleidsnetwerken als theoretische benadering. Een tussenbalans. In: *Beleidswetenschap* 2 (143-167).
- Van 't Klooster (1997)
 Klooster, M. van 't> Nederland accepteert gek als buur. In: *Psy* (1997) 1, maart (16-17).
- Knipscheer en Antonucci (1990)
 Knipscheer, C.P.M., en T.C. Antonucci. Maturing of the sociale netwerk research in the Netherlands In: C.P.M. Knipscheer and T.C. Antonucci (eds.). *Social Network Research. Substantive issues and methodological questions*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990.
- Kok, Meertens en Wilke (1987)
 Kok, G.J., R.W. Meertens en H.A.M. Wilke. *Voorlichting en verandering*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1987.
- Koppenjan (1993)
 Koppenjan, J.F.M. Management van de beleidsvorming. Een studie naar de totstandkoming van beleid op het terrein van het binnenlandse bestuur (diss.). Rotterdam: EUR, 1993.
- Koppenjan, de Bruijn en Kickert (1993)
 Koppenjan, J.F.M., J.A. de Bruijn en W.J.M. Kickert (red.). *Netwerkmanagement in het openbaar bestuur. Over de mogelijkheid van overheidssturing in beleidsnetwerken*. De Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1993.
- Kraal (1997)
 Kraal, E. *Wonen onder begeleiding*. Utrecht: Federatie Opvang, 1997.
- Kraal (1998)
 Kraal, E. *Decentralisatie maatschappelijke opvang. Monitor 1997*. Utrecht: Federatie Opvang, 1998.
- Kras (1997)
 Kras, B. *Familieleden van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Een exploratieve studie (doct. scriptie)*. Den Haag/Leiden: RIAGG Den Haag/Rijksuniversiteit Leiden, 1997.
- Kronjee en Spiering-Wolter (1993)
 Kronjee, G.J., en M.G. Spiering-Wolter. *De toekomst van de thuiszorg. Een inventarisatie van bepalende factoren en problemen*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1993.
- Kroon et al. (1998)
 Kroon, H., J. Theunissen, J. van Busschbach, E. Raven en D. Wiersma. Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland. Conclusies uit regionale prevalentiestudies. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* (1998) 40-4 (199-211).
- Kruiswijk, Corstens en Willems (1997)
 Kruiswijk, P., M. Corstens en L. Willems. Een maatje op maat. Evaluatie van vrijwilligersprojecten voor mensen die met de psychiatrie in aanraking zijn geweest. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1997.
- Kullberg en Kessels, 1998
 Kullberg, J., en I. Kessels. *Huisvesting van veroorzakers van extreme overlast*. Delft: OTB/Delft University Press, 1998.
- Kwekkeboom (1995)
 Kwekkeboom, M.H. *Informeel zorgverlening*. In: *Lokaal ouderenwerk (hfst. D.1.6)*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 1995 (losbladig handboek).
- Kwekkeboom (1996)
 Kwekkeboom, M.H. *Wonen en zorg voor ouderen in Zweden*. In: *Wonen en zorg (hfst. F2)*. Den Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1996 (losbladig handboek).
- Kwekkeboom (1997)
 Kwekkeboom, M.H. *De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten (Welzijnsbeleid in de lokale samenleving 6)*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (cahier 138).
- Kwekkeboom (1999)
 Kwekkeboom, M.H. *Naar draagkracht. Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SCP/Elsevier Bedrijfsinformatie, 1999.

- Kwekkeboom (2000a)
Kwekkeboom, M.H. De zorg blijft. Verslag van een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000 (werkdocument 62).
- Kwekkeboom (2000b)
Kwekkeboom, M.H. Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Ontwikkelingen tussen 1976 en 1997. In: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (2000) 3 (165-171).
- Kwekkeboom (2000c)
Kwekkeboom, M.H. Gekte in eigen kring. In: Hortulanus en Machielse (red.). Wie is mijn naaste? Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie, 2000.
- Kwekkeboom (2000d)
Kwekkeboom, R. Vermaatschappelijking en de maatschappij. In: S. van de Lindt en S. van Rooijen (red.). De keerzijde van de vermaatschappelijking. Essays ter gelegenheid van het congres 'De keerzijde van de vermaatschappelijking', 10 november 2000. Utrecht: Landelijk Forum Geestelijke gezondheidszorg, 2000.
- Kwekkeboom (2001a)
Kwekkeboom, M.H. Blijvende zorg. Inzet van sociaal netwerk rond psychiatrische patiënten. In: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (2001) 2 (97-102).
- Kwekkeboom (2001b)
Kwekkeboom, M.H. Acceptance of current and former psychiatric patients in the community. Paper presented at the European Congress on Mental Health 2001. Rotterdam: March 2001.
- Kwekkeboom (2001c)
Kwekkeboom, M.H. Is er een breed draagvlak voor het vermaatschappelijkingsproces in de GGZ? In: A.H. Schene et al. (red.). Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2001-2002. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Kwekkeboom (2001e)
Kwekkeboom, M.H. Informal care for psychiatric patients. Paper presented at the IFHE European Congress 2001. Wageningen: (8-10 mei) 2001 (publicatie in voorbereiding).
- Kwekkeboom (2002)
Kwekkeboom, M.H. Het provinciale in de geestelijke gezondheidszorg. Beleid en Maatschappij (2002) (publicatie in voorbereiding).
- Laing (1971)
Laing, R.D. The politics of the family. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books Ltd, 1971.
- Lako en Smelik (1997)
Lako, C.J., en J. Smelik. Maatschappelijk draagvlak voor beleid. In: Openbaar Bestuur (1997) 9 (27-35).
- De Leeuw (1994)
Leeuw, A.C.J. de. Besturen van veranderingsprocessen. Fundamenteel en praktijkgericht management van organisatiesveranderingen, Assen: Van Gorcum, 1994.
- Leufkens en van Rijthoven (1996)
Leufkens, H.G.M., en P.F.P.J. van Rijthoven. Viermaal een doorkijk in de biologische psychiatrie. Scenariorapport opgesteld in opdracht van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Utrecht: 1996.
- Van Liempd en Hoekstra (1996)
Liempd, I. van, en E. Hoekstra. Thuis in de GGZ-achtergrondstudie. Zoetermeer: RVZ, 1996.
- Van Limbeek et al. (1994)
Limbeek, J. van., C.E.A. van den Berg, J.A. Sergeant, P.J. Geerlings en J.M.L. Fransman (red.). Patiënt, stoomis en zorg. Een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebeloop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost. Amsterdam: GG&GD en UvA, 1994.
- Van de Lindt (2000)
Lindt, S.M. van de. Indiciestelling in de langdurige zorg. Rapportage van een pilotstudie naar de meerwaarde van gezamenlijke indicatiestelling voor de langdurige GGZ en de verpleging en verzorging. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

- Van de Lindt en van Rooijen (2000)
Lindt, S. van de, en S. van Rooijen (red.). De keerzijde van de vermaatschappelijking. Essays ter gelegenheid van het congres 'De keerzijde van de vermaatschappelijking', 10 november 2000. Utrecht: Landelijk Forum Geestelijke gezondheidszorg, 2000.
- Van Londen (2001)
Londen, J. van. Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie. Kan het boek van de sociale psychiatrie al worden gesloten en terzijde gelegd? Utrecht: Trimbos-instituut, 2001 (Trimboslezing 2001).
- Van Londen (z.j.)
Londen, J. van. Thuiszorg voor iedereen. In: Crebolder e.a. (red.). Handboek Thuiszorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom (z.j.) (losbladige uitgave).
- Lowyck et al. (2000)
Lowyck, B., M. de Hert, E. Peeters, P. Giles en J. Peuskens. Belasting van gezinsleden van psychiatrische patiënten. Een literatuurstudie. In: Tijdschrift voor Psychiatrie (2000) 42-2 (85-93).
- LPR (1997a)
LPR (St. Landelijke Patiënten- en bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg). Consumer-run projecten: een zaak van cliënten. Cliëntenbeheer en rehabilitatie vanuit cliëntenperspectief in theorie en praktijk. Utrecht: LPR, 1997.
- LPR (1997b)
LPR (St. Landelijke Patiënten- en bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg). Armoede in de GGZ. Rapportage van het Meldpunt 'Armoede in de GGZ', 16 september 1997 t/m 26 september 1997. Utrecht: LPR, 1997.
- LVT/NZi (1997)
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg/NZi. Jaarboek Thuiszorg 1995. Bunnik/Utrecht: 1995.
- McCulloch, Muijen and Harper (1999)
McCulloch, A., M. Muijen en H. Harper. Mental Health Services in the United Kingdom. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 1999 (draft)
- Van Meer (1991)
Meer, R. van. Schizofrenie van nabij. Belasting van familieleden van schizofreniepatiënten en effecten van steunende gezinsbegeleiding (diss.). Delft: Eburon, 1991.
- Methorst (1985)
Methorst, G.J. Mannen en vrouwen van psychiatrische patiënten. Een onderzoek naar verschillen in ervaringen, huwelijksbeleving en psychisch welbevinden (diss.). Wageningen: Landbouwhogeschool, 1985.
- Modde et al. (1998)
Modde, J.M., E.O. Noorthoorn, H.F. Kraan en O. Wiegman. Beeldvorming omtrent psychiatrische patiënten bij de bevolking en bij patiënten zelf. Survey onder het Nederlandse publiek, omwonenden van psychiatrische instellingen, patiënten en familieleden van patiënten. Enschede: Universiteit Twente, afdeling Communicatiewetenschappen (Aspekt 64), 1998.
- Mouton (1997)
Mouton, R.F. Het binnenstebuiten gekeerde APZ. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1997) 52-11 (1153-1160).
- Mootz (1990)
Mootz, M. Enkele houdingen van Nederlanders tegenover (ex-)psychiatrische patiënten, 1976-1987. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1990) 68-8 (323-328).
- Mos (1997)
Mos, M. Op weg naar geïntegreerde indicatiestelling in de GGZ. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1997) 2 (156-162).
- Mos en Van Weeghel (1999)
Mos M.C., en J. van Weeghel. Zorg in de samenleving. Een basisprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Muntendam (2000)
Muntendam, M. Nood breekt wet. Vernieuwende samenwerkingsvormen geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang. Utrecht: GGZ Nederland/Federatie Opvang.
- Nas et al. (1997)
Nas, M., P. Dekker en C. Hemmers. Maatschappelijke organisaties, publieke opinie en milieu, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997.

- NCCZ (1996a)
Nationale Commissie Chronisch Zieken. Advies persoonsgebonden budget in de GGZ. Zoetermeer: NCCZ, 1996.
- NCCZ (1996b)
Nationale Commissie Chronisch Zieken. Advies mantelzorg voor chronisch zieken. Zoetermeer: NCCZ, 1996.
- Nieuwenhuizen (1998)
Nieuwenhuizen, G.J. (Ch.) van. Quality of life of persons with severe mental illness: an instrument (diss.). Amsterdam: UvA/Thesis Publishers, 1998.
- Niggebrugge en Kwekkeboom (1997)
Niggebrugge, F.D.E., en M.H. Kwekkeboom. Onderzoeksverantwoording OGB. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (interne publicatie).
- Nijhof en Hosman (1980)
Nijhof, G., en C. Hosman. Opvattingen van Nederlanders over ex-psychiatrische patiënten en over mensen die als psychisch gestoord worden geëtiketteerd. In: Tijdschrift voor Psychiatrie (1980) 9 (504-517).
- NRV (1987)
Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Dagbesteding en dagopvang in de geestelijke gezondheidszorg. Zoetermeer: NRV, 1987.
- NRV (1989)
Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota Thuiszorg. Zoetermeer: NRV, 1989.
- NRV (1993a)
Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De nota Onder Anderen. Advies over het overheidsbeleid op het terrein van de GGZ. Zoetermeer: NRV, 1993.
- NRV (1993b)
Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Advies over een opvang- en asielfunctie voor dak- en thuislozen. Zoetermeer: NRV, 1993.
- NRV (1994)
Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Preventie van psychische stoornissen. Advies over de preventie van psychische stoornissen en de public-health benadering. Zoetermeer: NRV, 1994.
- Oosterbaan (1990)
Oosterbaan, H.. Omgaan met gekte. Hoe familieleden de zorg voor psychiatrische patiënten volhouden. Utrecht: NcGv, 1990.
- Ormel (1980)
Ormel, J. Moeite met leven of een moeilijk leven. Een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders (diss.). Groningen: Konstapel, 1980.
- Ouwehand et al. (1999)
Ouwehand, L.M.C., J.A.L. van den Bijtel, I.M.T. Gerritzen en R. Balkenende, Regiovisie, verzilveren van het regeerakkoord!, Gouda: ICS Adviseurs 1999.
- Overkamp (2000)
Overkamp, E. Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten (diss.), Enschede: Universiteit Twente, 2000.
- Pandora (2000a)
Stichting Pandora. Jaarverslag 1999. Amsterdam: Stichting Pandora, 2000.
- Pandora (2000b)
Stichting Pandora. Over werk gesproken... 2 Vragen en klachten van mensen die psychische problemen hebben (gehad). Amsterdam: Stichting Pandora, 2000.
- Peck and Parker (1998)
Peck E., en E. Parker. Mental health in the NHS. Policy and practice 1979-'98. In: Journal of Mental Health (1998) 7-3 (241-259).
- Van der Pennen et al. (1995)
Penne, A.W. van der, B. Cordia, A. van Egeraat, M.H. Kwekkeboom, A. Straathof, J.W. van der Wardt en Th. van Duin. Welzijnsbeleid in de lokale samenleving. Een verkennende studie in drie gemeenten. Rapportage Welzijnswet 5. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1995.

- Penninga (1996)
 Penninga, J. Zorgvernieuwingsfondsen. Oftewel de financiering van zorgvernieuwing. In: VAGZ Magazine (1996)1 (20-26).
- Perkins (2001)
 Perkins, R. Danger and incompetence. Mental Health and New Labour (draft, to be published in Critical Social Policy).
- Van der Poel et al. (1985)
 Poel, E. van der, en M. Romme, K. Trimbos en H. van der Wilk. Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie. Verslag van de actie Moratorium Nieuwbouw APZ'en. Amsterdam: Initiatiefgroep Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen, 1985.
- Poelijoe (1992)
 Poelijoe, N.W. De belasting van huisgenoten van psychiatrische patiënten. In: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (1992) 70-9 (541-545).
- De Pree (1996)
 Pree, J.C.I. de. Orderingsprincipes en reorganisatie van het binnenlands bestuur. In: W. Derksen en W.G.M. Salet. Bouwen aan het binnenlands bestuur. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1996 (voorstudies en achtergronden -V93).
- De Pree (1997)
 Pree, J.C.I. de. De verhouding tussen reorganisatie en structuurprincipes van het binnenlands bestuur. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1997 (voorstudies en achtergronden-V97).
- Pröpper (1996)
 Pröpper, I.M.A.M. Succes en falen van sturing in beleidsnetwerk. In: Beleidswetenschap (1996) 10-4 (345- 365).
- Psy (2001)
 Wachtlijsten geïnventariseerd. Bericht in: Psy (2001) 4 (3).
- Ramakers en van de Wijngaart (1998)
 Ramakers C., en M. van de Wijngaart (red.). Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg. Uitvoerders en zorgaanbieders in beeld. Nijmegen: ITS, 1998.
- Ravelli en Schrijvers (1999)
 Ravelli, D.P., en A.J.P. Schrijvers. Eindtijd van de Nederlandse APZ-en. Omvang, aard, aanleiding, doelen en gevolgen van de transmurale integratiegolf in de geestelijke gezondheidszorg sinds 1993. In: Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid (1999) 54-5 (490-504).
- Regiegroep (1999)
 Regiegroep. Regiovisie 1999. Regiovisie met kwaliteit (nieuwsbrief nr. 3), IPO + G4. Gouda: Regiegroep/ICS Adviseurs, 1999.
- RMB (1995)
 Raad voor het Milieubeleid. Advies-draagvlak voor het milieubeleid. RMB 95-05. Den Haag: RMB, 1995.
- Van Rooijen (1997)
 Rooijen, M. van. RIAGG's te laagdrempelig? Nou en! In: Psy (1997) 5 (19-22).
- Van Rooijen (2001)
 Rooijen, M. van. Dossier pgb. In: Psy (2001) 5-1 (26-31).
- RVZ (1996)
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gerelateerde dienstverlening. Thuis in de GGZ. Advies, zorg, wonen en welzijn voor psychiatrische patiënten die langdurig zorgafhankelijk zijn. Zoetermeer: 1996.
- RVZ (1997)
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gerelateerde dienstverlening. De toekomst van de AWBZ. Zoetermeer: RVZ, 1997.
- RVZ (1997b)
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gerelateerde dienstverlening. Met zorg wonen. De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting. Zoetermeer: RVZ, 1997.
- RVZ (1998)
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Ggz in de 21e eeuw. Zoetermeer: RVZ, 1998.
- Rijksschroeff et. al. (1998)
 Rijksschroeff, R., D. Oudenampsen, K. Gorter en E. Plemper. Positie en functioneren van RP/CP's en de gevolgen van de decentralisatie-impuls. Een evaluatiestudie (incl. bijlagen). Den Haag/Utrecht: ZorgOnderzoek Nederland/Verwey-Jonker Instituut, 1998.

- Rijnveld en Koppenjan (1997)
Rijnveld, M., en J.F.M. Koppenjan. Draagvlakvorming bij grote projecten. D Hogesnelheidslijn-zuid.
In: Bestuurskunde (1997) 6-3 (94-107).
- SCB (1997)
Statistiska Centralbyrån. Levnadsförhållanden 1975-1995. Välfärd och ojämlikhet i ett 20 årsperspektiv.
Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1997 (rapp. nr. 91 med tabellbilaga. Kap. 20).
- Schene (1986)
Schene, A.. Thuis bezorgd. Een literatuuronderzoek naar het verschijnsel 'burden on the family'. Utrecht:
NcGv, 1986.
- Schene en Henselmans (1999)
Schene A.H., en H.W.J. Henselmans (red.). Rehabilitatie. Themanummer Maandblad Geestelijke
Volksgezondheid (1999) 54 (7/8).
- Schene en Van Wijngaarden (1993)
Schene, A., en B. van Wijngaarden. Familieleden van psychotische patiënten. Een onderzoek onder
Ypsilon-leden. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid (1993) 48-9 (899-914).
- Schene en Van Wijngaarden (1994)
Schene, A., en B. van Wijngaarden. Consequenties van psychotische stoornissen voor familieleden. De
aard en ernst nader onderzocht. In: Tijdschrift voor Psychiatrie (1994) 36-1 (6-19).
- Van Schie et al. (1997)
Schie, E.G.M. van, E. Meijer en O. Wiegman. Beeldvorming omtrent psychiatrische patiënten bij de
bevolking en bij patiënten zelf. Inhoudsanalyse mediaberichtgeving. Enschede: Universiteit Twente,
afdeling Communicatiewetenschappen (Aspekt 61), 1997.
- Schnabel (1985)
Schnabel, P. De zin van de zorg voor ziel en zaligheid. De geestelijke gezondheidszorg in verandering
In: Gezondheid en Samenleving (1985) 6-3 (152-160).
- Schnabel (1986)
Schnabel, P. Over belastbaarheid, weerbaarheid en kwetsbaarheid. Psychosociale problematiek in
individueel perspectief. In: K. Geelen. Belast door weerbaarheid? Congressbundel. Tilburg: IVA, 1986.
- Schnabel (1992)
Schnabel, P. Het recht om niet gestoord te worden. Naar een nieuwe sociologie van de psychiatrie.
Trimboslezing 1992. Utrecht: Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1992.
- Schnabel (1995)
Schnabel, P. De weerbarstige geestesziekte, naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezond-
heidszorg. Nijmegen: SUN, 1995.
- Schnabel (1998)
Schnabel, P. De geestelijke gezondheidszorg. Goed voor verbetering. Voortgaan met vernieuwings-
beleid. Utrecht: Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, 1998.
- Schnabel, Bijl en Hutschmaekers (1992)
Schnabel, P., R. Bijl en G. Hutschmaekers. Geestelijke volksgezondheid in de jaren '90. Van ideaal tot
concrete opgave. Utrecht: Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1992.
- SCMH (1998- 2000)
Sainsbury Centre for Mental Health. Briefing 3-15. London: SMCH (www.scmh.org.uk), 1998-2000.
- Schoemakers (2000)
Schoemakers. Stop de vermaatschappelijking. Psy (2000) 5 (29-32).
- Schoemakers (2001)
Schoemakers, B. Niemand kan het meer alleen. Maatschappelijke opvang en ggz. In: Psy (2001) 2 (10-12)
- Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner (1987)
Schoemakers-Salkinoja I., en J. Hessing-Wagner. Samenhang in de zorg voor lichamelijk gehandicap-
ten. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1987 (Stukwerk nr. 42).
- Schoorl en Vink (2000)
Monitor maatschappelijke opvang. Deelmonitor gemeentelijk beleid. Utrecht/Den Haag: Trimbos/SGBO,
2000.
- SCP (1997)
Sociaal en Cultureel Planbureau. Werkprogramma 1997-1998. Rijswijk: SCP, 1997.
- SCP (1998)
Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1998. Den Haag: SCP, 1999.

- SCP (1999)
Sociale en Culturele Verkenningen 1999. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier, 1999.
- SCP (2000)
Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 2000, Den Haag: SCP, 2000.
- Schrameijer (1987)
Schrameijer (red.), F. Thuis bezorgd: verslag. Een studiedag over de zorg voor psychiatrische mensen in het thuismilieu. Utrecht: Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1987.
- Schrijvers (1980)
Schrijvers, G. Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg (diss.). Lochem-Poperinge: De Tijdstroom, 1980.
- SER (1997)
Sociaal-Economische Raad. Advies (re)integratiebeleid arbeidsgehandicapten. Den Haag: SER, 1997 (publicatie nr. 97/07).
- SG (1999/2000)
Staten Generaal. Oprichting NV KLIQ. Brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 27296, nrs. 350 en 1.
- SGBO (1996)
SGBO. Opvang onderzocht. Onderzoek naar de decentralisatie van en de capaciteitsproblematiek in de maatschappelijke opvang. Den Haag: SGBO, 1996.
- SGBO (1997)
SGBO. Samenwerking tussen decentrale overheden. Aantallen, motieven en trends. Den Haag: SGBO, 1997.
- Siegert (1999)
Siegert, E. Kinderen hebben de toekomst, in: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 2000, 12, pag. 1338-1342.
- Sobieraj et al. 1998
Sobieraj, M., J. Williams, J. Marley en Ph. Ryan. The impact of depression on the physical health of family members. In: British Journal of General Practice (1998) 48-10 (1653-1654).
- SoS (1994a)
Socialstyrelsen. Alternativa styr- och driftsformer i äldreomsorgen. En kartläggning. SoS-rapport 1994: 24. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
- SoS (1994b)
Socialstyrelsen. Psykiatrisk tvångsvård. Effekter av ny lagstiftning. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
- SoS (1997a)
Socialstyrelsen. Nio delar av psykiatireformen. Ett underlagsmaterial. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
- SoS (1997b)
Socialstyrelsen. Är vi på rätt väg? Årsrapporten för psykiatireformen 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
- SoS (1998)
Socialstyrelsen. Reformens förste tusen dagar. Årsrapport för psykiatireformen 1998. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
- SoS (1999)
Socialstyrelsen. Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireformen. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
- SoS (2001)
Socialstyrelsen. Gränsöverskridande rehabilitering. Hur gick det sedan? En uppföljning af 111 verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen (www.sos.se), 2001.
- SOU (1992a)
Statens Offentliga Utredningar. Psykiatrin och dess patienter. Levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. Delbetänkande av psykiatridredningen. Stockholm: Allmänna förlaget, 1992.
- SOU (1992b)
Statens Offentliga Utredningar. Välfärd och valfrihet. Service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av psykiatridredningen. Stockholm; Allmänna förlaget, 1992.

- Staatsblad (1987)
Wet van 14 februari 1987, houdende regelen ten aanzien van de beleidsvoering en bekostiging van voorzieningen op het terrein van het maatschappelijk en sociaal-cultureel welzijn (Welzijnswet 1987). Nr. 73. Den Haag: SDU, 1987.
- Staatsblad (1994)
Wet van 2 juni 1994, houdende regels met betrekking tot aspecten van het welzijnsbeleid (Welzijnswet 1994). Nr. 447. Den Haag: SDU, 1994.
- Staatsblad (1996)
Wet van 29 februari 1996, houdende regels ter bevordering van de medezeggenschap van de cliënten van uit collectieve middelen gefinancierde zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen). Nr. 204. Den Haag: SDU, 1996.
- Staatsblad (1998)
Besluit van 3 december 1998 tot (...) het afschaffen (...) van de toegangsbijdrage voor thuiszorg (...). Nr. 672. Den Haag: SDU, 1998.
- Stal (1990)
Stal, P. Psychosociale problemen, omstandigheden en reacties. Een onderzoek naar de wijzen waarop mensen met psychosociale problemen omgaan. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1990.
- Stam en Cuijpers (1999)
Stam, H., en P. Cuijpers. Psycho-educatie voor familieleden van psychiatrische patiënten. De effecten op belasting. Utrecht: Trimbos-Instituut, 1999.
- Stefansson (1992)
Stefansson, Cl.G. Uppskatning av stödinsatser till psykiatriska patienter under ett år. In: Statens Offentliga Utredningar. Valfärd och valfrihet-service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av psykiatriudredningen (bilaga 4). Stockholm: Allmänna förlaget, 1992.
- STG (1990)
Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990.
- SZW (1995)
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Jaarrapportage sociale werkvoorziening. Den Haag: SZW, 1995.
- Teisman (1992)
Teisman, G.R. Complexe besluitvorming. Een pluricentrisch perspectief op besluitvorming over ruimtelijke investeringen (diss.). Den Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1992.
- Van Tienen (1970)
Tienen (red.), A.J.M. van. Anatomie van het welzijn. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- Van Tilburg (1990)
Tilburg, Th. van. The size of the supportive network in association with the degree of loneliness. In: C.P.M. Knipscheer en T.C. Antonucci (eds.). Social Network Research. Substantive issues and methodological questions. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990.
- Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1996)
Timmermans J.M., en I. Schoemakers-Salkinoja. Rapportage gehandicapten 1995. Rijswijk/Den Haag: SCP/VUGA, 1996.
- Timmermans (1997)
Timmermans (red.), J.M. Rapportage ouderen 1996. Rijswijk/Den Haag: SCP/VUGA, 1997.
- Timmermans (2001a)
J.M. Timmermans, Wat stelt de AWBZ voor? Zeven vragen namens gebruikers, Den Haag: SCP, 2001 (werkdocument 69).
- Timmermans (2001b)
J.M. Timmermans (red.). Vrij om te helpen, verkenning betaald langdurig zorgverlof. Den Haag: SCP, 2001
- Van Thiel (1999)
Thiel, E. van. Methodisch vakjargon voor een unieke werksort. Profilering GGV. In: Tijdschrift voor Verzorgenden (1999) 1 (22-24).

- Thornicroft and Goldberg (1998a)
Thornicroft G., en D. Goldberg. Has community care failed? Discussionpaper. London: Institute of Psychiatry, King's College, 1998.
- Thornicroft and Goldberg (1998b)
Thornicroft G., en D. Goldberg. London's mental health services. In: Golberg and Thornicroft (eds.), Mental Health in our Future Cities. Hove: Psychology Press Ltd, 1998 (Maudsley Monographs 42).
- TK (1974/1974)
Structuurnota Gezondheidszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1974, 13012, nrs. 1-2.
- TK (1983/1984a)
Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18463, nrs. 1-2.
- TK (1983/1984b)
Nota Eerstelijnszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18180, nrs. 1-2.
- TK (1989/1990)
Nota Sociale Vernieuwing. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989/1990, 21455, nr. 4.
- TK (1992/1993a)
Wet voorzieningen gehandicapten. Regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992/1993, 22815, nrs. 1-3.
- TK (1992/1993b)
Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992/1993, 23067, nr. 1.
- TK (1994/1995a)
Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal actieprogramma. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24319, nrs. 1-2.
- TK (1994/1995b)
De perken te buiten. Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid, 1995-1998. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24170, nr. 1-2.
- TK (1994/1995c)
Patiënten-/Consumentenbeleid. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 22702, nr. 11.
- TK (1995/1996a)
Modernisering ouderenzorg. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24333, nr. 5.
- TK (1995/1996b)
Indicatiestelling in de zorg. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24608, nr. 1.
- TK (1996/1997a)
Indicatiestelling in de zorg, brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 24608, nr. 3.
- TK (1996/1997b)
Actualisatie meerjarenprogramma interdepartementaal gehandicaptenbeleid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 24170, nr. 16.
- TK (1996/1997c)
Geestelijke Gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25424, nr. 1.
- TK (1996/1997d)
Geestelijke Gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25424, nr. 2.
- TK (1996/1997e)
Lokaal Sociaal Beleid. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25164, nr. 5.
- TK (1996/1997f)
Decentralisatieproces Maatschappelijke Opvang. Algemene Rekenkamer. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25315, nrs. 1-2.

- TK (1996/1997g)
Vaststelling van nieuwe regels met betrekking tot de (re)integratie van arbeidsgehandicapten (Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten). Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25478, nr. 3.
- TK (1998/1999a)
Geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 25424, nr. 6.
- TK (1998/1999b)
Welzijnsnota 1999-2001 (deel A). Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26477, nr. 1.
- TK 1998/1999c
Modernisering AWBZ (Zicht op zorg). Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26631, nr. 1.
- TK (1998/1999d)
Welzijnsnota 1999-2002 (deel B). Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26477, nr. 2.
- TK (1998/1999e)
Toekomstige structuur van de uitvoering werk en inkomen (SUWI). Brief van de minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, nr. 26448, nr. 1.
- TK (1999/2000)
Geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, nr. 25424, nr. 28.
- TK (2000/2001a)
Geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, nr. 25424, nr. 29.
- TK (2000/2001b)
Nota mensen, wensen, wonen. Brief van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27559, nrs. 1-2.
- TK (2000/2001c)
Modernisering AWBZ. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 26631, nr. 10.
- TK (2000/2001d)
Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Wet Voorzieningen Gehandicapten. Brief van de minister van Sociale zaken en werkgelegenheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27550, nr. 1.
- TK (2000/2001e)
Herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet exploitatie zorginstellingen). Voorstel van wet + memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27659, nrs.1-3.
- TK (2000/2001f)
Geestelijke gezondheidszorg. Actieplan Zorg Verzekerd. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 25424 en 27488, nr. 32.
- TK (2000/2001g)
Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27807, nr. 2.
- TK (2000/2001h)
Zorgnota 2001. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27 401, nr. 65.
- Trimbos (1978)
Trimbos, K. Anti-psichiatrie. Een overzicht. Deventer: Van Loghum Slaterus 1978.
- Van Veen (1995)
Veen, P. van. Zorgvernieuwing in zes regio's. Een eerste analyse. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid (1995) 7/8 (734-752).
- In 't Veld (1999)
Veld (red.), R. J. in 't. Sturingswaan en ontuchtering. Utrecht: Uitgeverij LEMMA, 1999.

- Verhaak et al. (1993)
 Verhaak, P., R.V. Bijl, A. van de Berg-Jeths en P.P.M. Harteloh, Psychische problematiek. In: D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheids-toestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010 (166-175). RIVM. Den Haag: SDU, 1993.
- Verhaak en al. (1997)
 Verhaak, P., A. de Bruin, R. Bakker en J. Marée. Het algemeen maatschappelijk werk in de 1e-lijns GGZ. Een onderzoek naar de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachtersfunctie sinds de decen-tralisatie. Utrecht: NIVEL, 1997.
- Verkaar (1991)
 Verkaar, E.A.M.J. Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties (diss.). Rotterdam: EUR 1991.
- Vermande en Bijl (1997)
 Vermande, M., en R. Bijl. Epidemiologisch onderzoek naar de problematiek in Nederland. Onderbelichte aspecten en vergelijkbaarheid. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1997) 75-5 (218-226).
- Vernooij-Dassen (1993)
 Vernooij-Dassen, M. Dementie en thuiszorg. Een onderzoek naar determinanten van het competentie-gevoel van centrale verzorgers en het effect van professionele interventie. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger, 1993.
- VOG (1997)
 Extra AMW-hulp verdient zich terug. In: Vangnet-VOG/AMW, (1997) 6-1 maart.
- VROM (2000)
 Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Tijdelijke woonzorgstimulerings-regeling. MG 2000-16 (11 september 2000).
- VWS/Justitie (1996)
 Ministerie van VWS/ministerie van Justitie. Rapportage forensische zorg. Het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg. Rijswijk/Den Haag: VWS/Justitie, 1996.
- VWS (2000)
 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tijdelijke stimuleringsregeling algemeen maatschap-pelijk werk. Circulaire van 4 april 2000. Rijswijk: VWS/GVM/MO, 2059108, 2000. In: Staatscourant nr. 7, april 2000.
- Van Weeghel (1997)
 Weeghel, J. van. Persoonsgebonden factoren als predictoren van arbeidsmarktparticipatie bij psychiatri-sche patiënten, Een overzicht van de onderzoeksliteratuur. In: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (1997) 75-6 (339-347).
- Van Weersch (1997a)
 Weersch, M. van. Een vreemde eend in een booming market. Concurrentie dwingt gespecialiseerde gezinsverzorging tot herprofilering. In: Zorg en Welzijn (1997) 12 september (22-23).
- Van Weersch (1997b)
 Weersch, M.. van. Weggestopt achter de ramen van de eigen woning. Met de 'vermaatschappelijking' is de armoede in de psychiatrie geïntroduceerd. In: Zorg en Welzijn (1997) 5 december (20-21).
- Wennink (1998)
 Wennink, H.J. De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg. Een bezin-ning op 25 jaar rumoer in de (sociale) psychiatrie. Maarssen: Elsevier/Uitgeverij De Tijdstroom, 1998.
- De Wit (1991)
 Wit, J. de. Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale over-heden bij de GGZ, 1884-1991. Utrecht: NcGv, 1991.
- De Wit (1997)
 Wit, R. de. De waarde van het predikaat. In: Psy (1997) 6 (8-11).
- Wiersma en de Jong (1999)
 Wiersma, D., en A. de Jong. Schizofrenie en aanverwante stoornissen. In: A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma. Handboek Psychiatrische epidemiologie (259-280). Maarssen: Elsevier/Uitgeverij De Tijdstroom, 1999.
- Wolf, Elling en de Graaf (2000)
 Wolf, J., A. Elling en I. de Graaf. Monitor Maatschappelijke Opvang. Deelmonitoren vraag, aanbod en gemeentelijk beleid. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

- Wolff et al. (1996)
Wolff, G., S. Pathere, T. Craig en J. Leff. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. In: *Brit. Journal of Psychiatry* (1996) 168 (191-198).
- Wonen (1997)
Onze woning/VZOS. Wonen zonder meetlat. Verslag van een symposium, Delft/Den Haag: Onze woning/VZOS, 1997.
- WVC (1983)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur. Flankerend bejaardenbeleid. Rijswijk: ministerie van WVC, 1983.
- WVC (1991)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur. Samen werken langs nieuwe wegen. Welzijnsbeleid in de jaren negentig. Rijswijk: ministerie van WVC, 1991.
- Van Wijngaarden en Huijsman (1999)
Wijngaarden, J.D.H. van, en R. Huijsman. De regiovisie geïnventariseerd. Een overzicht van proces en inhoud. Den Haag: IPO, 1999.
- Van Wijngaarden et al. (1996)
Wijngaarden, B. van, H. Schene en M. Koeter. De consequenties van depressieve stoornissen voor de bij de patiënt betrokkenen. Een onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de betrokkenen evaluatie schaal. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, 1996.
- Ypsilon 1998
Ypsilon-Nieuws. Kennismakingsnummer. Vierde, herziene druk. Rotterdam: Vereniging Ypsilon, 1998.
- Zeldenrust en Van Zuthem (1996)
Zeldenrust, W., en J.W. van Zuthem. Dagbesteding en arbeidsrehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg. In: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* (1996) 1 (3-17).
- Zfr (1997)
Ziekenfondsraad. Regionale ordening van de GGZ. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997 (publicatie nr. 1997/772).
- Zfr (1998)
Ziekenfondsraad. Eerste rapport Zorgkantoren. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998 (publicatie nr. 1998/807).
- Zfr (1999)
Ziekenfondsraad. Onderzoek experiment persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg. Amstelveen, Ziekenfondsraad, 1999 (publicatie nr. 1999/813).
- ZN (1997)
Zorgverzekeraars Nederland. Zorgkantoren. Vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ. Zoetermeer: Zorgverzekeraars Nederland, 1997.
- ZON (1998)
Zorgonderzoek Nederland. Structureren en Zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg. Een programma over het bevorderen, het vormgeven en het evalueren van de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: ZON, 1998.
- ZON (2000)
Zorgonderzoek Nederland. Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Den Haag: ZON, 2000 (reeks evaluatie regelgeving, deel 4).

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2000-2001) is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel (prijswijzigingen voorbehouden). Een complete lijst is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1 (f 90,50/EUR 41)

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2 (f 75,00/EUR 34)

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062 4 (English edition 2001) (\$ 99.50)

Nederlandse populaire versie van het SCR 1998

Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland; de kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport. Carlo van Praag en Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-662-8 (f 24,50/EUR 11)

Engelse populaire versie van het SCR 1998

25 years of social change in the Netherlands; Key data from the Social and Cultural Report. Carlo van Praag and Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-580-x (f 24,50/EUR 11)

Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4 (f 29,50/EUR 13,40).

Sociale en Culturele Studies

26 *Tussen bed en budget*. (1998) ISBN 90-5749-119-2 (f 62,00/EUR 28)

27 *De stad op straat*. (1999) ISBN 90-5749-120-6 (f 51,00/EUR 23)

28 *Scholen onder druk*. (1999) ISBN 90-5749-138-9 (f 62,00/EUR 28)

29 *Naar andere tijden?* (1999) ISBN 90-5749-510-4 (f 51,00/EUR 23)

Cahiers

- 155 *Rapportage ouderen 1998 (1999)* ISBN 90-5749-122-2 (f 47,00/EUR 21)
- 156 *Verspilde energie? Wat doen en laten Nederlanders voor het milieu (EUR 1999)*
ISBN 90-5749-123-0 (f 31,00/EUR 14)
- 157 *Sociale en Culturele Verkenningen 1999 (1999)* ISBN 90-5749-130-3
(f 41,50/EUR 19)
- 158 *Naar draagkracht (1999) Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.*
ISBN 90-5749-131-1 (f 36,00/EUR 16)
- 159 *Variatie in participatie. Achtergronden van arbeidsdeelname van allochtone en autochtone vrouwen (1999)* ISBN 90-5749-133-8 (f 31,00/EUR 14)
- 160 *Rapportage minderheden 1999. Positie in het onderwijs en op de arbeidsmarkt (1999).* ISBN 90-5749-136-2 (f 52,00/EUR 24)
- 161 *Lokaal jeugdbeleid. Een inventariserend onderzoek (1999).*
ISBN 90-5749-134-6 (f 31,00/EUR 14)
- 162 *Tussen overschot en tekort. De aansluiting tussen onderwijs en arbeid in de quartaire sector en in de marktsector vergeleken (1999).*
ISBN 90-5749-135-4 (f 36,00/EUR 16)
- 163 *Armoedemonitor 1999 (1999).* SCP/CBS. ISBN 90-5749-140-0
(f 41,50/EUR 19)
- 164 *Gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid. Een inhoudelijke en bestuurlijke typering. (1999)* ISBN 90-5749-517-1 (f 31,00/EUR 14)
- 165 *Duurzaam milieu, vergankelijke aandacht. Een onderzoek naar meningen, media en milieu (2000).* ISBN 90-5749-524-4 (f 31,00/EUR 14).
- 166 *Het bereik van de kunsten. Het culturele draagvlak deel 4 (2000).*
ISBN 90-5749-511-2 (f 41,50/EUR 19)
- 167 *Digitalisering van de leefwereld. Een onderzoek naar informatie- en communicatietechnologie en sociale ongelijkheid (2000)* ISBN 90-5749-518-x
(f 41,50/EUR 19)
- 168 *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarktpositie en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten (2000)*
ISBN 90-377-00-136 (f 39,95/EUR 18)

SCP-publicaties 2000

- 2000/1 *De maat van de verzorgingsstaat. Inrichting en werking van het sociaal-economisch bestel in elf westerse landen (2000).* ISBN 90-377-0014-4
(f 35,00/EUR 15,90)
- 2000/2 *Sociaal en Cultureel Rapport 2000.* ISBN 90-377-0015-2 (f 75,00/EUR 34)
- 2000/3 *Secularisatie in de jaren negentig. Kerklidmaatschap, veranderingen in opvattingen en een prognose (2000).* ISBN 90-377-0019-5 (f 25,00/EUR 11,35)
- 2000/4 *De kunst van het combineren. Taakverdeling onder partners (2000).*
ISBN 90-377-0021-7 (f 35,00/EUR 15,90)
- 2000/5 *Emancipatiemonitor 2000 (2000).* SCP/CBS (2000) ISBN 90-377-0022-5
(f 35,00/EUR 15,90).

- 2000/6 *Armoedemonitor 2000* (2000). SCP/CBS (2000). ISBN 90-377-0026-8 (f 40,00/EUR 18,20).
- 2000/7 *Rapportage jeugd 2000* (2000). ISBN 90-377-0028-4 (f 35,00/EUR 15,90).

SCP-publicaties 2001

- 2001/1 *Gewenste groei. Bevolkingsgroei en sociaal-ruimtelijke ontwikkelingen in ex-groeikernen* (2001). ISBN 90-377-0031-4 (f 35,00/EUR 15,90).
- 2001/2 *Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief* (2001). ISBN 90-377-0027-6 (f 60,00/EUR 27,30).
- 2001/3 *Onderwijs in allochtone levende talen. Een verkenning in zeven gemeenten* (2001). ISBN 90-377-0050-0 (f 30,00/EUR 13,60).
- 2001/4 *Verstandig verzorgd. Een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten* (2001). ISBN 90-377-0051-9 (f 25,00/EUR 11,35).
- 2001/5 *Trends in de tijd. Een schets van recente ontwikkelingen in tijdsbesteding en tijdsordening* (2001). ISBN 90-377-0068-3 (f 35,00/EUR 15,90)
- 2001/6 *Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof* (2001). ISBN 90-377-0053-5 (f 40,00/EUR 18,20).
- 2001/7 *Gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid*. ISBN 90-377-0054-3
(nog te verschijnen)
- 2001/8 *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijk in de geestelijke gezondheidszorg* (2001) ISBN 90-377-0071-3 (f 60,00/EUR 27,30)
- 2001/10 *Over werken in de postindustriële samenleving* (2001). ISBN 90-377-0057-8 (f 75,00/EUR 34,10).
- 2001/11 *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie* (2001). ISBN 90-377-0059-4 (f 65,00/EUR 29,55).
- 2001/12 *Verkenning sociale infrastructuur*. ISBN 90-377-0076-4
(nog te verschijnen)
- 2001/13 *De stad in de omtrek* (2001). ISBN 90 377 0060 8, (f 40,00/EUR 18,20).
- 2001/14 *De sociale staat van Nederland 2001*. ISBN 90-377-0067-5 (f 79,50/EUR 36,15.)
- 2001/17a *Rapportage minderheden 2001. Deel 1 Vorderingen op school*. ISBN 90-377-0075-6 (f 49,50/EUR 22,50).
- 2001/17b *Rapportage minderheden 2001. Deel 2 Meer werk*. ISBN 90-377-0077-2 (f 32,50/EUR 14,80).
- 2001/17 *Deel 1 en 2 Rapportage minderheden 2001*. ISBN 90-377-0078-0 (f 72,50/EUR 32,95).
- 2001/18 *Armoedemonitor 2001* (2001) ISBN 09-377-0069-1 (f 45,00/EUR 20,45)
- 2001/20 *Profijt van de overheid 4*. ISBN 90-377-0070-5 **(nog te verschijnen)**
- 2001/22 *Voortgezet onderwijs in de jaren negentig*. ISBN 90-377-0072-1
(nog te verschijnen)

Onderzoeksrapporten

- 2000/2 *Altijd weer die auto!* (2000). ISBN 90-377-0030-6 (f 25/EUR 11,35).
- 2000/8 *Knelpunten in het stedelijk jeugdbeleid* (2000). ISBN 90-377-0047-0 (f 25/EUR 11,35).
- 2001/9 *Het beeld van de wetenschap* (2001). ISBN 90-377-0056-x (f 30/EUR13,60).
- 2001/15 *Een model voor de strafrechtelijke keten* (2001). ISBN 90-377-0066-7 (f 40/EUR18,20)
- 2001/16 *Efficiency of Homes for the Mentally Disabled in the Netherlands* (2001). ISBN 90-377-0064-0 (f 25/EUR11,35)
- 2001/19 *Visies op lokaal sociaal beleid* (2001) ISBN 09-377-0055-1 (ca. f 25/EUR 11,35) **(nog te verschijnen)**
- 2001/21 *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland* (2001) ISBN 09-377-0080-2 (ca. f 25/EUR 11,35) **(nog te verschijnen)**

Werkdocumenten (rechtstreeks te verkrijgen bij het SCP)

- 65 *Hybrid governance. The impact of the nonprofit sector in the Netherlands* (2000). ISBN 90-377-0029-2 (f 25,00/EUR 11,35).
- 66 *Van arbeids- naar combinatie-ethos* (2000) (f 15/EUR 6,80).
- 67 *De vraag naar kinderopvang* (2001) (f 15/EUR 6,80).
- 68 *Trends en determinanten in de sport* (2000) (f 15/EUR 6,80).
- 69 *De toekomst van de AWBZ* (2001) (f 15/EUR 6,80).
- 70 *The non-profit sector in the Netherlands* (2001) (f 15/EUR 6,80).
- 71 *Oudkomers in beeld* (2001) (f 15/EUR 6,80).
- 72 *Het nieuwe consumeren* (2001) (f 15/EUR 6,80).
- 73 *Voorstudie onderzoek 0-12-jarigen* (2001) (f 15/EUR 6,80).
- 74 *Maten voor gemeenten* (2001) (f 15/EUR 6,80).
- 75 *Ontwikkelingen in reïntegratie van uitkeringsontvangers* (2001) (f 30/EUR 13,60).
- 76 *Tussenrapport Onderwijs in Allochtone Leven Talen* (2001) (f 15/EUR 6,80)
- 77 *Ruime kavel of compacte stad?* (2001) (f 15/EUR 6,80)
- 78 *Verslaglegging van de modellering van de ouderenzorg ten behoeve van het ramingsmodel zorg* (f 15/EUR 6,80) **(nog te verschijnen)**

Overige publicaties

On Worlds of Welfare. Institutions and their effects in eleven welfare states. ISBN 90-377-0049-7 (\$ 19.95/EUR 22). (Integrale vertaling van *De maat van de verzorgingsstaat.*)