

Naar draagkracht

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

M.H. Kwekkeboom

Sociaal en Cultureel Planbureau

Naar draagkracht

Exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar in de boekhandel en bij Elsevier bedrijfsinformatie onder vermelding van **ISBN 90-5749-131-1**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Draagkracht

Naar draagkracht. Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg / M.H. Kwekkeboom - Den Haag : Sociaal en Cultureel Planbureau ; Den Haag : Elsevier bedrijfsinformatie. (Cahier / Sociaal en Cultureel Planbureau ; nr. 158)

Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-5749-131-1

NUGI 661

Trefw.: zorg ; lokaal bestuur ; welzijn

© **Sociaal en Cultureel Planbureau**

Den Haag, september 1999

ISBN 90-5749-131-1

Deze publicatie is gedrukt op chloorvrij papier.

INHOUD

VOORWOORD	5	
1	INLEIDING	7
	Noot	12
2	BEGRIPSAFBAKENING, VRAAGSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Theoretische uitgangspunten	13
2.3	Centrale vraagstelling en onderzoeksvragen	19
2.4	Methode van onderzoek	22
	Noten	26
3	AANBIEDERS EN GEBRUIKERS VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	27
3.1	Inleiding	27
3.2	Ontwikkelingen in het aanbod	28
3.3	Vraag naar geestelijke gezondheidszorg	32
3.3.1	Gebruik van de voorzieningen	32
3.3.2	Omvang van de psychische problematiek	36
3.4	Aspecten van de leefsituatie van psychiatrische patiënten	41
	Noten	46
4	SAMENHANG EN AFSTEMMING IN HET BELEID VOOR LANGDURIG ZORGBEHOEVENDEN	47
4.1	Inleiding	47
4.2	Samenhang in het beleid voor ouderen en gehandicapten	48
4.2.1	Bestuurlijke context van het ouderen- en het gehandicaptenbeleid	49
4.2.2	De praktijk van het ouderen- en gehandicaptenbeleid op decentraal niveau	55
4.3	Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg	58
4.3.1	Bestuurlijke context van het geestelijke gezondheidszorgbeleid	59
4.3.2	Aandachtspunten voor de verdere beleidsontwikkeling	66
4.4	Verwachtingen ten aanzien van draagvlak en draagkracht	68
	Noten	70
5	DE INSTELLINGEN VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	71
5.1	Inleiding	71
5.2	De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg aan het einde van de jaren negentig	72

5.3	Organisatie en aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in de onderzoeksregio's	73
5.4	Opvattingen over de diverse aspecten van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg	79
5.5	Relaties met de financiers: zorgkantoren en lokale overheden	82
5.6	Relaties met algemene voorzieningen	86
5.7	Relaties met cliënten en hun sociale netwerk	90
5.8	Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg	93
	Noten	94
6	DE FINANCIERS VAN DE ZORG: ZORGKANTOREN EN LOKALE OVERHEDEN	95
6.1	Inleiding	95
6.2	De zorgkantoren in het (geestelijke) gezondheidszorgbeleid	95
6.2.1	Rol van de zorgkantoren	97
6.2.2	Uitkomsten van de vraaggesprekken	97
6.3	De lokale overheden	101
6.3.1	Taken en bevoegdheden van de lokale overheden	101
6.3.2	Uitkomsten van de vraaggesprekken	104
6.4	Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de financiers van de zorg	112
	Noten	114
7	DE ALGEMENE INSTELLINGEN EN ORGANISATIES	115
7.1	Inleiding	115
7.2	De maatschappelijke opvang	116
7.2.1	De sector in vogelvlucht	116
7.2.2	Uitkomsten van de vraaggesprekken	119
7.3	Instellingen voor thuiszorg	124
7.3.1	Bijdrage aan de hulpverlening aan mensen met psychische problematiek	124
7.3.2	Uitkomsten van de vraaggesprekken	126
7.4	De woningcorporaties	133
7.4.1	Bijdrage van de corporaties in het voorzieningenaanbod	133
7.4.2	Uitkomsten van de vraaggesprekken	135
7.5	De gemeenschappelijke geneeskundige diensten (GGD's)	139
7.5.1	Taken van de GGD bij het beleid voor de geestelijk volksgezondheid	139
7.5.2	Uitkomsten van de vraaggesprekken	141
7.6	Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de algemene voorzieningen	142
	Noten	145
8	DE CLIËNTENORGANISATIES	147
8.1	Inleiding	147
8.2	De cliëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg	148
8.3	Uitkomsten van de vraaggesprekken	151
8.4	Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de cliëntenorganisaties	160
	Noten	161

9	DRAAGVLAK EN DRAAGKRACHT OP REGIONAAL NIVEAU	163
9.1	Inleiding	163
9.2	Groningen	164
9.3	Heuvelland en Maasvallei	167
9.4	Stedendriehoek	170
9.5	Dordrecht e.o.	173
9.6	Den Haag	176
9.7	Zeeland	179
9.8	Regionale invloed op de sterkte van draagvlak en draagkracht	182
	Noten	185
10	SLOTBESCHOUWING	187
10.1	Inleiding	187
10.2	Verwachtingen en uitkomsten	188
10.2.1	Verwachtingen bij aanvang	188
10.2.2	Resultaten van het onderzoek	189
10.3	Conclusies en aanbevelingen	192
	Noten	196
	SUMMARY	197
	BIJLAGEN	203
	AFKORTINGENLIJST	207
	LITERATUUR	209

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van een verkennend onderzoek in zes WZV-regio's onder instellingen en organisaties die betrokken zijn bij de opvang en begeleiding van mensen met psychische problemen. De opzet van het onderzoek was na te gaan hoe deze instellingen en organisaties staan tegenover het vermaatschappelijkingsproces in de geestelijke gezondheidszorg en in welke mate zij in staat zijn de hun in het kader van dit proces opgedragen taken te vervullen. Met andere woorden: nagegaan is hoe groot draagvlak en draagkracht voor de veranderingen bij institutionele betrokkenen zijn. Tot institutionele betrokkenen zijn hier gerekend: instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, zorgkantoren en lokale overheden, algemene instellingen die diensten verlenen aan onder meer psychiatrische patiënten (zoals maatschappelijke opvang, thuiszorg en woningcorporaties) en cliëntenorganisaties.

Ten behoeve van deze verkenning zijn open vraaggesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de hiervoor genoemde instellingen en organisaties in de zes regio's. Een deel van de uitvoering van het veldwerk alsmede van de analyse van de gespreksprotocollen lag in handen van drs. E. van As. Wij zijn haar bijzonder erkentelijk voor de vakkundigheid en toewijding waarmee zij haar werkzaamheden heeft verricht.

De uitkomsten van deze verkenning zullen de basis vormen voor een vervolgonderzoek in een groter aantal regio's en onder een groter aantal instellingen en organisaties per regio. Zowel verkenning als vervolgonderzoek maken deel uit van een groter project waarin behalve draagvlak en draagkracht van instellingen en organisaties, ook die van familieleden en vrienden in kaart zullen worden gebracht. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht in de samenleving als geheel maakt eveneens deel uit van dit project. In alle onderdelen zal worden nagegaan of draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg bij elk van de betrokken partijen groot genoeg zijn en zo nee, onder welke voorwaarden zij vergroot zouden kunnen worden. De resultaten van de diverse onderzoeksonderdelen zullen worden samengebracht in een integrale eindrapportage. Omdat in het onderzoek ook aandacht wordt besteed aan de rol van de lokale overheden in het beleid voor de geestelijke volksgezondheid wordt met deze rapportage tevens een bijdrage geleverd aan het SCP-onderzoeksprogramma Lokaal sociaal beleid.

Het gehele onderzoek wordt begeleid door een klankbordgroep, waarin vertegenwoordigers van diverse instellingen, cliëntenorganisaties en overheden zitting hebben (zie bijlage B voor de samenstelling). Wij zijn de Klankbordgroep dankbaar voor haar deskundige en constructieve bijdrage aan het project.

Prof.dr. Paul Schnabel
(directeur SCP)

1 INLEIDING

In het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg van de afgelopen decennia zijn enkele centrale tendensen te onderscheiden, die gezamenlijk worden aangeduid met de term vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. De als eerste ingezette en meest in het oog lopende ontwikkeling richt zich op de zogenoemde extramuralisatie van de zorg. Het uitgangspunt voor deze extramuralisatie is dat ook mensen met (ernstige) psychiatrische problemen recht hebben op een volwaardige deelname aan de maatschappij en niet vanwege deze problemen mogen worden 'weggestopt' in de grote inrichtingen in de bossen of duinen. Om dit te bereiken moeten de benodigde zorg en begeleiding zoveel mogelijk ambulante worden gegeven, zodat de cliënt in de eigen omgeving kan blijven wonen. Opnames worden zo lang mogelijk vermeden en, indien onvermijdelijk, dienen zij zo kort mogelijk te zijn. Zo wordt hospitalisering van de psychiatrische patiënt moeten voorkomen en zou, na ontslag, herintegratie in de samenleving zonder grote problemen moeten kunnen verlopen. Een en ander vraagt wel om een ander hulpaanbod van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

In relatie met het extramuraliseringsbeleid staat een andere ontwikkeling, gericht op de versterking van de positie van de psychiatrische patiënt als gebruiker van de zorg. Patiënten moeten de mogelijkheid krijgen meer invloed uit te oefenen op het hulpaanbod in het algemeen en op de hem of haar geboden behandeling in het bijzonder. Het streven naar een collectieve inspraak krijgt onder meer vorm in de wettelijke verplichting voor instellingen tot het oprichten van cliënten- of bewonersraden. Verder wordt gestimuleerd dat de belangenbehartigingsorganisaties die niet instellingsgebonden zijn, inspraak krijgen in de plannen voor nieuw beleid of voorzieningenaanbod. Door de cliënt als partner in het overleg te betrekken, zou moeten worden bereikt dat de geboden zorg meer afgestemd wordt op de vraag en minder wordt bepaald door de organisatie en vormgeving van het zorgterrein. Op individueel niveau moet de invloed van de cliënt op de hulpverlening gestalte krijgen door het behandelplan in overleg met de betrokkene op te stellen. Van dit plan kan niet zomaar eenzijdig worden afgeweken. Om de invloed van de cliënt op de hulpverlening verder te vergroten wordt ook in de geestelijke gezondheidszorg de invoering van het persoonsgebonden budget overwogen. Door een individuele cliënt de beschikking te geven over een (gelimiteerd) geldbedrag moet deze in staat zijn zelf de door hem gewenste zorg en ondersteuning te bepalen en aan te wenden. De invoering van het persoonsgebonden budget vindt momenteel al in drie regio's op experimentele wijze plaats.

Een derde, meer recente, beleidsontwikkeling moet leiden tot een intersectorale samenwerking op decentraal niveau, waarbij ook een deel van de beleidsverantwoordelijkheden moet worden gedecentraliseerd. Met name in de ogen van de rijksoverheid is het gewenst dat in het beleid en het voorzieningenaanbod in de

geestelijke gezondheidszorg meer wordt ingespeeld op regionale en lokale behoeften en omstandigheden. Van de financiers, de zorgkantoren en de lokale overheden wordt verwacht dat zij bijdragen aan de totstandkoming van lokale of regionale zorgcircuits, waaraan ook andere dan specifieke geestelijke gezondheidszorginstellingen deel moeten nemen. Daarbij gaat het dan om voorzieningen die niet uitsluitend voor mensen met psychische problemen van belang zijn, zoals dienstverlening, huisvesting en arbeid/dagbesteding. Deze algemene voorzieningen zouden taken op hun terreinen, die de geestelijke gezondheidszorg nu nog vooral zelf voor haar cliënten verricht, over moeten nemen. Het bewaken respectievelijk bevorderen van afstemming en samenhang in het aanbod van enerzijds gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en anderzijds algemene voorzieningen wordt dan weer een taak van de lokale overheid. In het verlengde hiervan krijgt de lokale overheid ook de opdracht tot het ontwikkelen van een openbare geestelijke gezondheidszorg, die het ontstaan of verergeren van psychische stoornissen zou moeten voorkomen. De lokale overheden krijgen daarmee een veel grotere rol in het (preventieve) geestelijke gezondheidszorgbeleid dan zij lange tijd gehad hebben.

De voor een deel al gerealiseerde en voor een deel nog voorgenomen veranderingen betekenen al met al dat het sterke categorale karakter van de geestelijke gezondheidszorg wordt verlaten ten gunste van een meer integrale benadering. Het beleid binnen de sector zou daardoor niet meer worden gekenmerkt als doelgroepenbeleid maar als facetbeleid. Een dergelijke ontwikkeling brengt ook een verbreding van de taak van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg met zich mee. Behalve de genezing of verzachting van psychiatrische problematiek (curatie) krijgt zij het voorkomen van het ontstaan ervan (preventie) als opdracht. Door mogelijk ziekmakende ontwikkelingen in de samenleving te signaleren en deze, waar mogelijk samen met instellingen op andere beleidsterreinen, tegen te gaan zou zij bij moeten dragen aan een betere geestelijke gezondheid van de bevolking. De geestelijke gezondheidszorg dient zich, als onderdeel van haar vermaatschappelijking, te ontwikkelen tot centrale actor in het beleid voor de geestelijke volksgezondheid.

Van een meer decentrale ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod wordt tevens verwacht dat deze een (extra) impuls zal geven aan de versterking van de positie van de cliënt. Door het zorgaanbod te laten verzorgen door lokale of regionale circuits zouden de afstanden tussen aanbieders en gebruikers korter kunnen worden en zou in het aanbod sneller en beter kunnen worden ingespeeld op de vraag.

Deze beleidsontwikkelingen hebben grote gevolgen voor alle bij de geestelijke gezondheidszorg betrokken partijen. De instellingen zelf moeten overgaan naar een andere benadering van hun cliëntèle en hun werkwijze daarop aanpassen. De algemene instellingen moeten hun aanbod uitbreiden naar een andere doelgroep die voor een deel van hen wellicht helemaal nieuw is. De zorgkantoren en de lokale overheden krijgen er geheel nieuwe taken bij, waarbij voor de lokale overheden bovendien geldt dat dit taken zijn ten aanzien van een voor hen nieuwe doelgroep.

Van de cliënten zelf wordt verwacht dat zij, als zij bijvoorbeeld zelfstandig gaan wonen, zich met hun vraag om voorzieningen niet meer alleen tot de geestelijke gezondheidszorg richten maar ook tot (voor hen wellicht onbekende) algemene voorzieningen. Verder zullen zij, i.c. de belangenbehartigingsorganisaties, actief betrokken moeten raken bij het regionale of lokale overleg over het te ontwikkelen beleid.

De veranderingen in aanbod en organisatie van de zorg voor mensen met psychische problemen hebben ook gevolgen voor de sociale omgeving. Psychiatrische patiënten worden immers niet meer als het ware buiten het zicht van de samenleving opgenomen in intramuraal voorzieningen, maar zullen zo gewoon mogelijk deel blijven nemen aan de samenleving. Men zal dus vaker in direct contact komen met mensen die ten gevolge van hun psychische problemen wellicht soms onangepast gedrag vertonen. Het eigen leven kan daardoor, al of niet langdurig en al of niet ingrijpend, verstoord worden. Dit risico van verstoring geldt in nog sterkere mate voor de leden van het sociale netwerk van de psychiatrische patiënt: diens gezin of familie, vriendenkring, collega's.

Indien deze verstoring zo groot is dat zij het incasseringsvermogen van leden van de samenleving en/of het sociale netwerk van een patiënt te boven gaat, zal deze laatste wellicht worden afgewezen. Een dergelijke afwijzing kan bijdragen aan het ontstaan van een sociaal isolement en daardoor aan het verergeren van de psychische problematiek. Anderzijds kan een goede opvang binnen de diverse samenlevingsverbanden (familie, vrienden, maar ook buurt of vereniging) eraan bijdragen dat het voor de psychiatrische patiënt beter mogelijk wordt om zijn of haar zelfstandige leefwijze te handhaven.

Gezien het grote aantal partijen, dat gevolgen zal kunnen ondervinden van de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg én het belang van een goede verwerking van deze gevolgen, is het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in 1997 begonnen met een meerjarig onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. In dit, uit meerdere onderdelen bestaande, onderzoeksproject zal bij de diverse betrokkenen worden nagegaan hoe zij tegenover de beleidswijzigingen staan en hoe zij met de gevolgen ervan (denken te) kunnen omgaan. Met andere woorden, het gaat hier om een onderzoek naar de sterkte van enerzijds het draagvlak en anderzijds de draagkracht bij de betrokken partijen voor het hiervoor beschreven veranderingsproces.

In het voorliggende rapport wordt verslag gedaan van een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht bij die instellingen en organisaties die geacht worden deel uit te gaan maken van de lokale of regionale circuits rond de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod.¹ Deze verkenning is gebaseerd op open vraaggesprekken met vertegenwoordigers van de (beoogde) participanten, actoren genoemd, in de samenwerkingscircuits in een beperkt aantal regio's. De keuze voor de regio's, de verwerking van de gegevens en de betekenis van de in deze verkenning gehanteerde begrippen draagvlak en draagkracht zullen worden toegelicht in het volgende hoofdstuk.

De uitkomsten van de vraaggesprekken zijn per type actor weergegeven in vier hoofdstukken, die tevens enige achtergrondinformatie geven over de positie van de betrokken actoren binnen het gehele voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen. Deze hoofdstukken worden elk afgesloten met een conclusie over de sterkte van draagkracht en draagvlak bij de besproken actoren. Deze conclusies worden in het daarop volgende hoofdstuk op het niveau van de onderzochte regio's naast elkaar gezet. Hierdoor wordt tevens inzicht gekregen in de sterkte van draagvlak en draagkracht binnen de regionale circuits zelf.

De vijf op de empirie gebaseerde hoofdstukken worden voorafgegaan door twee hoofdstukken waarin de context van het huidige geestelijke gezondheidszorgbeleid zal worden beschreven. De eerste van deze twee kent een sterk kwantitatief karakter en bevat gegevens over ontwikkelingen in aanbod en gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Voorzover de beschikbare gegevens het toelaten zal ook aandacht worden gegeven aan de leefsituatie van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg. Het tweede van de contexthoofdstukken geeft een beschrijving van de ontwikkeling in het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Het uitgangspunt van deze beschrijving is een vergelijking van de ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid met die in het beleid voor ouderen en gehandicapten. In het beleid voor deze doelgroepen zijn namelijk dezelfde tendensen te onderscheiden, zij het dat ze in de geestelijke gezondheidszorg later zijn ingezet. Juist door deze latere start kan de vergelijking uitmonden in enkele verwachtingen ten aanzien van draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg bij de actoren die bij de regionale of lokale samenwerking zouden moeten worden betrokken. Het rapport wordt afgesloten met een concluderend hoofdstuk waarin wordt nagegaan in hoeverre de verwachtingen door de empirie worden bevestigd. In dit slothoofdstuk zullen ook enige aanbevelingen voor het beleid worden gegeven.

Een en ander resulteert in de volgende opbouw van het rapport:

Na de Inleiding in hoofdstuk 1 wordt in hoofdstuk 2 nader ingegaan op de aan de bestuurskunde ontleende begrippen draagvlak en draagkracht, hun onderlinge relatie en het belang van een sterk draagvlak respectievelijk sterke draagkracht voor het door kunnen voeren van beleidsveranderingen. Na deze uiteenzetting volgt een beschrijving van de gehanteerde methode van onderzoek en van de manier waarop de gegevens uit de vraaggesprekken zijn verwerkt.

Hoofdstuk 3 is gewijd aan een voornamelijk kwantitatieve beschrijving van de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Aan de orde komen onder meer de ontwikkelingen in het voorzieningenaanbod in de periode 1986 tot 1996. Vervolgens komen de (potentiële) gebruikers van dit aanbod aan de beurt. Eerst worden voor dezelfde periode van tien jaar de ontwikkelingen in het daadwerkelijk gebruik beschreven. Deze gegevens worden aangevuld met informatie over het voorkomen van psychische problemen uit recent epidemiologisch onderzoek. De laatste paragraaf gaat in op enkele aspecten van de leefsituatie van gebruikers. Er wordt informatie gegeven over de burgerlijke staat en huishoudenssamenstelling, het opleidingsniveau, de arbeidsmarktparticipatie en de inkomenspositie.

Hoofdstuk 4 geeft een vergelijking van het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Nederland met dat voor twee andere categorieën langdurig zorgbehoevenden, namelijk ouderen en gehandicapten. Daarvoor wordt in het eerste deel de ontwikkeling van het ouderen- respectievelijk het gehandicaptenbeleid sinds de jaren zeventig beschreven en wordt deze ontwikkeling in de bestuurlijke context geplaatst. Vervolgens wordt dan verslag gedaan van een onderzoek naar de mate waarin op lokaal niveau de intersectorale samenhang en afstemming in beleid en voorzieningenaanbod voor deze doelgroepen zijn gerealiseerd. Het tweede deel is gewijd aan de beschrijving van de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg - eveneens vanaf ongeveer 1970 - en van de bestuurlijke context waarin deze ontwikkelingen zich hebben afgespeeld. Op grond van een vergelijking tussen enerzijds ouderen- en gehandicaptenbeleid en anderzijds geestelijke gezondheidszorgbeleid en op basis van de uitkomsten van het hiervoor genoemde onderzoek worden vervolgens enkele aandachtspunten voor een decentrale ontwikkeling van het geestelijke gezondheidszorgbeleid besproken. Deze bespreking leidt in de slotparagraaf van dit hoofdstuk tot de formulering van enkele verwachtingen ten aanzien van de sterkte van draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.

De hoofdstukken 5 tot en met 8 zijn, per type actor, gewijd aan de uitkomsten van de vraaggesprekken. Hoofdstuk 5 behandelt de instellingen voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, die in het onderzoek waren opgenomen. Nadat eerst een algemene schets is gegeven van de huidige stand van zaken van de beleidsprocessen in deze sector worden de onderzochte instellingen zelf beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op hun opvattingen ten aanzien van de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg en hun (ingeschatte) mogelijkheden om aan de gewenste veranderingen gestalte te geven. Op grond hiervan worden conclusies getrokken over de sterkte van draagvlak en draagkracht voor het gevoerde beleid binnen de geestelijke gezondheidszorg.

De opbouw van hoofdstuk 6 dat gewijd is aan de financiers van de zorg - zorgkantoren en lokale overheden - volgt hetzelfde stramien als het voorgaande hoofdstuk. Na een algemene beschrijving van taken en bevoegdheden van deze partijen wordt op basis van de interviewgegevens aangegeven wat de onderzochte representanten zelf vinden en doen ten aanzien van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Op deze beschrijving volgen de eerste conclusies over de sterkte van draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking bij de zorgfinanciers.

In hoofdstuk 7 volgen de uitkomsten van de vraaggesprekken met vertegenwoordigers van algemene voorzieningen, i.c. de maatschappelijke opvang, de gespecialiseerde gezinsverzorging, de woningcorporaties en de GGD's. De beschrijving van de activiteiten, meningen en (ingeschatte) mogelijkheden van de onderzochte instellingen worden telkens voorafgegaan door een algemene weergave van de sectoren, die zij representeren. Aan het slot van het hoofdstuk volgen voor elke sector afzonderlijk de conclusies over de sterkte van het draagvlak en de draagkracht.

De in het onderzoek betrokken cliëntenorganisaties, ten slotte, komen in hoofdstuk 8 aan bod. Ook in dit hoofdstuk wordt eerst in het kort wat algemene informatie gegeven over de betrokken actor, waarna een beschrijving volgt van de organisaties zelf, hun opvattingen over het voorgenomen beleid en hun inschatting van de mogelijkheden de van hun gevraagde rol daarin te vervullen. Op basis hiervan wordt het hoofdstuk afgesloten met conclusies over de sterkte van draagvlak en draagkracht bij de cliëntvertegenwoordigingen.

In hoofdstuk 9 worden de gegevens over draagkracht en draagvlak bij de diverse actoren gegroepeerd naar de regio's. Per regio wordt beschreven hoe elk van de actoren denkt over enkele aspecten van het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. Tevens wordt aangegeven of en zo ja in welke mate de betrokken actor nu al deel uitmaakt van een regionaal of lokaal samenwerkingscircuit. Deze samenwerking wordt beschouwd als een eerste indicatie voor de regionale draagkracht voor de voorgenomen veranderingen. In de slotparagraaf van het hoofdstuk wordt vervolgens nagegaan of er regionale karakteristieken zijn, die de bevindingen over de sterkte van draagvlak en draagkracht zouden kunnen verklaren.

In hoofdstuk 10, ten slotte, wordt teruggegrepen naar de verwachtingen over de sterkten van draagvlak en draagkracht voor vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, zoals deze aan het einde van hoofdstuk 4 waren geformuleerd. Deze verwachtingen worden getoetst aan de uitkomsten van het onderzoek, waarna enkele conclusies over het vermaatschappelijkingsproces-tot-nu toe worden gepresenteerd. Deze leiden vervolgens tot enige aanbevelingen voor het verder te voeren 'vermaatschappelijkingsbeleid'.

Het rapport wordt afgesloten met een samenvatting.

Noot

¹ Over de onderzoeken naar draagvlak en draagkracht van respectievelijk het sociale netwerk en de samenleving zal apart worden gerapporteerd. De verkenning, waarvan hier verslag wordt gedaan, zal worden gevolgd door een landelijk verdiepend onderzoek onder de actoren. In het eindrapport van het gehele project zullen de uitkomsten van zowel dit vervolgonderzoek als de onderzoeken in het sociale netwerk en in de samenleving worden opgenomen en met elkaar worden gecontrasteerd. Op basis hiervan zullen in dit eindrapport vervolgens conclusies getrokken kunnen worden over de sterkten van draagvlak en draagkracht bij alle betrokken voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.

2 BEGRIPSAFBAKENING, VRAAGSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 Inleiding

Zoals in het vorige hoofdstuk al is aangegeven, wordt in dit rapport verslag gedaan van een verkennend onderzoek onder instellingen en organisaties die, op regionaal niveau, betrokken zijn bij de zorg voor mensen met psychische problemen. Deze verkenning vormt een van de modules van het bredere SCP-onderzoek naar het draagvlak en de draagkracht voor de recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Voor deze module is uitgegaan van dezelfde (theoretische) onderstellingen, die voor de overige onderdelen van het project gehanteerd worden. Voordat daarom in dit hoofdstuk ingegaan wordt op de voor deze verkenning gehanteerde methode van onderzoek, zal eerst uiteengezet worden welke deze theoretische onderstellingen zijn en hoe deze voor dit onderdeel van het project zijn geoperationaliseerd. Op grond van deze uiteenzetting zal vervolgens ingegaan worden op de centrale vraagstelling van het project en de uitwerking daarvan voor dit onderdeel. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de beschrijving van de daadwerkelijke uitvoering van gegevensverzameling en analyse.

2.2 Theoretische uitgangspunten¹

In de (bestuurskundige) literatuur blijkt er grote overeenstemming over te bestaan dat ingrijpende beleidswijzigingen als de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg alleen mogelijk zullen 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). Deze onderstelling is als uitgangspunt overgenomen voor alle onderdelen van het SCP-onderzoeksproject. Aangenomen is ook dat draagvlak en draagkracht met elkaar samenhangen: het draagvlak voor een beleidswijziging zal groter zijn als de (verwachte) draagkracht toereikend is. Deze samenhang betekent dat door de draagkracht te vergroten, het draagvlak voor de verandering eveneens versterkt zou kunnen worden. De gewenste verandering kan dan uiteindelijk sneller en completer worden doorgevoerd.

Het gehele onderzoeksproject is erop gericht om bij betrokkenen bij de zorg en opvang van mensen met psychische problemen als eerste na te gaan hoe men tegenover de voorgenomen veranderingen staat (draagvlak). Vervolgens is de vraag gesteld hoe elk van deze betrokken partijen de eigen mogelijkheden inschat om aan deze veranderingen bij te dragen (draagkracht). Aan deze laatste vraag is de vraag verbonden naar de voorwaarden waaronder deze draagkracht, indien nodig, vergroot zou kunnen worden. Het begrip betrokkenen is voor het gehele project zeer ruim gedefinieerd; hieronder vallen niet alleen de partijen die verantwoordelijk zijn

voor de ontwikkeling van het beleid en het voorzieningenaanbod, maar ook de gebruikers van de zorgen en de leden van hun directe en minder directe sociale netwerk.² In het onderhavige rapport zal echter alleen worden ingegaan op draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking bij de verantwoordelijken voor het beleid en het voorzieningenaanbod, de zogenoemde beleidsactoren. Deze toespitsing heeft, zoals hieronder zal worden uitgelegd, gevolgen voor de invulling van de centrale begrippen draagvlak en draagkracht.

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).

Ook in andere omschrijvingen blijkt acceptatie van of instemming met het uitgevoerde of nog te voeren beleid als uitgangspunt genomen te worden (Becker et al. 1996). 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. 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. 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 zien. 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 gelaten worden.

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 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. 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. 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 voorwaarde voor de bijdrage daaraan te veranderen of compensaties te bieden voor ongewenste gevolgen. In dat geval spreekt men van draagvlakvorming (Rijnveld en Koppenjan 1997).³

De kern van het draagvlak voor beleid wordt gevormd door de waarden die door de betrokkenen gehanteerd worden. Een verkenning van de sterkte van het institutionele draagvlak voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zou dus in feite in moeten houden dat de instituties allereerst gevraagd wordt 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 extramuralisatie 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. In het vervolg hierop dient dan te worden gevraagd naar de inschatting van mogelijke belemmeringen, de meest aangewezen partij om deze uit de weg te ruimen en, indien relevant, hun eigen bijdrage daaraan.

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 sociale of maatschappelijke en anderzijds een institutionele draagkracht. Met de eerste wordt dan bedoeld op de mogelijkheden van de samenleving om de maatschappelijke gevolgen van het gevoerde beleid te kunnen verwerken. De tweede beschrijft dezelfde mogelijkheden, maar dan voor de bij het beleid betrokken instanties.

Een van de meest voor de hand liggende aspecten van met name 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. Een van de uitgangspunten van het proces van vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg is echter de vorming van lokaal en regionaal geïntegreerde zorgcircuits. In deze circuits zouden de diverse actoren met elkaar moeten samenwerken om tot een samenhangend beleid en voorzieningenaanbod te komen. De draagkracht van de afzonderlijke actoren, maar ook die van het circuit in zijn geheel zal tevens beïnvloed worden door de mate van onderlinge samenwerking en 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; Kwekkeboom 1997).⁴ Zoals geldt voor het draagvlak, kan onderlinge competentiestrijd binnen een circuit 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.

Behalve van een materiële, kan ook gesproken worden van een immateriële draagkracht: de fysieke en psychische capaciteit om, in dit specifieke geval, zorg en ondersteuning te kunnen (blijven) geven die afwijkt van wat voor de actoren gebruikelijk is. Bepalend is met name de psychische draagkracht, de mogelijkheid van mensen, zowel professionals als leken, om om te gaan met zogenaamd afwijkend gedrag. Gedrag dat zich onttrekt aan de afspraken over 'normaal gedrag', is onvoorspelbaar en daarom verstorend, zodat mensen zich daartegen willen wapenen. Schnabel spreekt in dit verband van het "recht om niet gestoord te worden" (Schnabel 1992). In de literatuur wordt vooral aandacht besteed aan de immateriële draagkracht van de niet-institutionele betrokkenen bij het beleid; aan de psychische draagkracht van de institutionele actoren is, voor zover bekend, nog weinig aandacht besteed. Toch lijkt ook hun incasseringsvermogen voor afwijkend, 'storend' gedrag van belang. In het kader van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg wordt immers van de algemene voorzieningen gevraagd adequaat te reageren op mensen die in meer of mindere mate uit de pas lopen. De algemene voorzieningen zijn uit de aard der zaak niet toegespitst op dienstverlening aan mensen met psychische problematiek. Van hun medewerkers kan dan ook niet op voorhand verwacht worden dat zij toegerust zijn voor de omgang met mensen die met psychische problemen te kampen hebben. Ten behoeve van deze mensen zullen soms ook andere procedures gevolgd moeten worden dan voor het overige cliëntenbestand gebruikelijk is. De normale gang van zaken kan hierdoor worden verstoord. De mate waarin deze algemene voorzieningen over de vaardigheden blijken te beschikken om deze mogelijke verstoring te verwerken, bepaalt hun immateriële draagkracht.

Het concept van de immateriële draagkracht is onlosmakelijk gekoppeld aan dat van de draaglast. Met dit, vooral in de professionele zorgverlening vaak gehanteerde, begrip wordt niet zozeer bedoeld op het aantal cliënten maar vooral op de ernst van hun zorgvraag. De draaglast veroorzaakt door een groot aantal cliënten met een lichte zorgvraag kan daarom lichter zijn dan die van een of twee cliënten met zeer complexe problematiek. Juist bij de overdracht van taken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan meer algemene instellingen zal de samenstelling van het cliëntenbestand bepalen of de draagkracht van deze algemene instellingen toereikend is. Het is voorstelbaar dat de draagkracht toereikend is om vele, kleine 'verstoringen' veroorzaakt door een groot aantal cliënten met een relatief lichte zorgvraag, te verwerken, maar dat de zeer intensieve benadering van een klein aantal gecompliceerde hulpvragen deze kracht te boven gaat.

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. Hiervoor is beschreven dat het draagvlak voor beleid vooral bepaald wordt door de gehanteerde waarden, in dit geval ten aanzien van de plaats van de psychiatrische patiënt in de samenleving. Voor een verdere vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zou dan, consequent en eenvoudig doorredenerend, kunnen worden volstaan met een campagne gericht op de waardering, de normalisering, van mensen met een psychische stoornis.

Deze redenering is te simpel om in alle situaties onverkort op te gaan. Eerder SCP-onderzoek naar het lokale beleid voor de doelgroepen ouderen en gehandicapten toonde bijvoorbeeld aan dat, hoewel er voldoende draagvlak lijkt te bestaan voor meer samenhang en samenwerking, dit niet leidt tot vergroting van de draagkracht door bijvoorbeeld coalitievorming in het lokale beleidsnetwerk (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. Het is voorstelbaar dat juist deze psychische draagkracht de grenzen van een verdergaande vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg bepaalt. Als de betrokken algemene instanties niet in staat zijn om de 'verstoringen' in hun normale activiteiten te verwerken, zullen zij ook niet langer bereid zijn om taken van de geestelijke gezondheidszorg over te nemen. De enige mogelijkheid om deze bereidheid toch te mobiliseren zou dan liggen in het aanpassen van de draaglast. In deze optie zouden de algemene voorzieningen zich vooral richten op de beantwoording van de lichtere zorgvragen; de hulpverlening bij zware problematiek zou dan in haar geheel de taak blijven van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

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.

2.3 Centrale vraagstelling en onderzoeksvragen

Het onderhavige verkennende onderzoek vormt, zoals gezegd, een onderdeel van een breder onderzoeksproject naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. In elk van de onderdelen van dit project wordt voor een andere verzameling betrokkenen nagegaan of draagvlak en de draagkracht bij hen sterk genoeg zijn. Tevens wordt onderzocht op welke wijze of onder welke voorwaarden draagvlak en draagkracht, indien deze onvoldoende blijken te zijn, vergroot kunnen worden. De diverse onderdelen van het onderzoek richten zich dus, ondanks hun verschillen in object, opzet en uitvoering, op het beantwoorden van dezelfde, centrale onderzoeksvraag: 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?

Een aspect van de vermaatschappelijking is dat de diverse organisaties en instanties die betrokken zijn bij het beleid en het voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen, op lokaal en regionaal niveau met elkaar samenwerken en zo een circuit voor zorg- en dienstverlening vormen. Dergelijke circuits moeten het mogelijk maken dat ook mensen met (langdurige) psychische problemen volwaardig deel kunnen uitmaken van de samenleving. Daartoe zal binnen het circuit overdracht van taken moeten plaatsvinden van enerzijds de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan anderzijds de meer algemene instellingen op onder meer de terreinen wonen, zorg en arbeid. In de plannen wordt een aparte plaats ingeruimd voor de financiers van de zorg (zorgkantoren en lokale overheden) die een meer of minder omvattende rol van regisseur binnen de zorgcircuits zouden moeten gaan spelen. Om de invloed van de gebruikers op de ontwikkeling van het beleid en het zorgaanbod te vergroten, zouden ook de cliëntenorganisaties, als derde en volwaardige partij, betrokken moeten worden bij het overleg binnen de zorgcircuits.

Voor elk van de betrokken actoren in het beleidsproces heeft de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg dus andere gevolgen. De centrale onderzoeksvraag is daarom ook uiteengelegd in afzonderlijke vraagstellingen die voor elk van de partijen anders zijn geformuleerd.

Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

De tendens tot vermaatschappelijking zal, naar verwachting, de meeste consequenties hebben voor de instellingen in de sector zelf. Van hen wordt immers niet alleen gevraagd om hun eigen werkwijze te veranderen maar ook om zich te bezinnen op de grenzen van hun domein en mogelijk zelfs om dit domein in te perken. Aan de vraag naar het draagvlak en de draagkracht voor de veranderingen zijn de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg dan ook de meeste aspecten te onderkennen. Het eerste aspect betreft hun instemming met het streven naar meer maatschappelijke participatie van hun cliëntèle en daarmee dus met de verdergaande extramuralisering van hun eigen voorzieningenaanbod. Een tweede aspect

betreft hun bereidheid om een deel van hun voorzieningenaanbod door andere organisaties te laten verzorgen. Een mogelijke overdracht van taken zal consequenties hebben voor de werkwijze van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf. Dit vraagt om een bezinning over wat wel en wat uitdrukkelijk niet buiten de geestelijke gezondheidszorg geboden kan worden aan mensen met psychische problematiek. Daarbij zal de vraag spelen óf er, zo ja welke, voorzieningen in het pakket zonder enige consequenties afgesplitst kunnen worden. De overdracht van taken zal tevens moeten leiden tot het totstandkomen van een heterogeen samengesteld zorgcircuit, waarbinnen ook het zorgkantoor en de lokale overheden een beleidsbepalende rol zouden moeten spelen. Het derde aspect van de voorgenomen vermaatschappelijking betreft de signaleringsfunctie van de geestelijke gezondheidszorg: het opmerken van mogelijk psychogene ontwikkelingen in de samenleving en door adequate maatregelen bijdragen aan het vergroten van de geestelijke volksgezondheid.

Een dergelijke verandering in werkwijze en verantwoordelijkheden zal hoge eisen stellen aan de sector. Deze zal zich immers niet alleen anders moeten organiseren maar zich ook andere vaardigheden eigen moeten maken. Het is dus van belang te weten in hoeverre en onder welke voorwaarden de geestelijke gezondheidszorg zich in staat acht aan deze eisen te voldoen.

Een en ander leidt tot de volgende formulering van de onderzoeksvragen voor de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg:

- S Hoe staat men binnen de geestelijke gezondheidszorg tegenover de tendens tot extramuralisering van het voorzieningenaanbod en hoe denkt men daaraan vorm te kunnen geven?
- S Hoe staat men tegenover de overdracht van onderdelen van het huidige aanbod aan algemene voorzieningen en welke rol ziet men bij deze overdracht nog weggelegd voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg?
- S Hoe staat men tegenover een mogelijke regiefunctie van de zorgfinanciers (in het bijzonder de lokale overheden) in het regionale of lokale zorgcircuit?
- S Hoe staat men binnen de geestelijke gezondheidszorg tegenover de signaleringsfunctie die zij geacht wordt te vervullen?
- S Heeft men vanuit de geestelijke gezondheidszorg zelf al initiatieven genomen in de richting van deze vermaatschappelijking? Zo ja, in welke vorm? Wat zijn de ervaringen?
- S Hoe schat de geestelijke gezondheidszorg, mede op basis van deze eventuele ervaringen, haar mogelijkheden in om aan de taken in een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg te voldoen? Aan welke voorwaarden (financiën, personeel, indicatiestelling, verantwoordelijkheidstoedeling, en dergelijke) zou (beter) voldaan moeten worden?

Zorgfinanciers-zorgkantoren en lokale overheden

Naast de zorgaanbieders in de regio moeten de zorgfinanciers de tweede partij vormen in het overleg rond de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod. Van hen wordt tevens verwacht dat zij een min of meer sturende rol zullen spelen

in het totstandkomen van samenhang in dit aanbod en betrokken raken bij de toegang tot de zorg. Voor de lokale overheden geldt bovendien nog dat zij in het beleid van de door hen gefinancierde voorzieningen (zoals verslavingszorg, maatschappelijke opvang, OGGZ en AMW) aansluiting zoeken bij de tendens tot vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.

- S Hoe staan zorgkantoren en lokale overheden tegenover de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg?
- S Hoe staan zorgkantoren en lokale overheden tegenover de overname van delen van de geestelijke gezondheidszorg door algemene voorzieningen, waarvan een deel bovendien mede door hen worden gefinancierd?
- S Hoe staan zorgkantoren en lokale overheden tegenover een mogelijk regiefunctie (zowel voor henzelf als voor de andere actor) binnen het circuit voor een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg en hoe denken zij deze te kunnen vervullen?
- S Hebben zorgkantoren en lokale overheden al initiatieven genomen in de richting van de voorgestelde vermaatschappelijking? Zo ja, in welke vorm? Wat zijn de ervaringen?
- S Hoe schatten zorgkantoren en lokale overheden, mede op basis van deze eventuele ervaringen, hun mogelijkheden in om aan hun taken in een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg te voldoen? Aan welke voorwaarden (financiën, personeel, indicatiestelling, verantwoordelijkheids-toedeling, en dergelijke) zou (beter) voldaan moeten worden?

Algemene voorzieningen

Dat wat de instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, al of niet van harte, afstoten, zal door de algemene voorzieningen moeten worden overgenomen. Dit betekent ten eerste dat zij met (meer) andere gebruikers/afnemers te maken zullen krijgen dan zij gewend zijn. Dit zal consequenties hebben voor hun eigen aanbod en wellicht ook voor hun overige clientèle. Daarnaast wordt ook van de algemene voorzieningen verwacht, dat zij in hun aanbod naar samenhang en afstemming zoeken met de andere voorzieningen, zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg, en met deze voorzieningen gezamenlijk een lokaal of regionaal zorgcircuit zullen gaan vormen. Dit resulteert in de volgende onderzoeksvragen:

- S Hoe staan de betrokken algemene voorzieningen (op onder meer de terreinen zorg, huisvesting en arbeid) tegenover de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg en de daaruit voortvloeiende consequentie dat zij delen van de geestelijke gezondheidszorg over moeten nemen?
- S Hoe staan de betrokken algemene voorzieningen tegenover een mogelijke regiefunctie van de zorgfinanciers (in het bijzonder de lokale overheden) binnen het regionale of lokale zorgcircuit?
- S Heeft men vanuit de genoemde voorzieningen al initiatieven genomen in de richting deze vermaatschappelijking? Zo ja, in welke vorm? Wat zijn de ervaringen?
- S Hoe schatten de algemene voorzieningen, mede op basis van deze eventuele

ervaringen, hun mogelijkheden in om aan hun taken in een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg te voldoen? Aan welke voorwaarden (financiën, personeel, indicatiestelling, verantwoordelijkheidstoedeling, en dergelijke) zou (beter) voldaan moeten worden?

Cliëntenorganisaties

Bij de ontwikkeling van het beleid en het voorzieningenaanbod moeten de cliënten en hun formele vertegenwoordiging een prominentere rol gaan vervullen. In de nota's van de rijksoverheid worden zij, naast de aanbieders en de financiers van de zorg, de derde partij genoemd. Om deze rol als partner in het overleg te kunnen vervullen zou met name de regionale vertegenwoordiging van de cliënten moeten worden versterkt. Deze regionale cliëntenvertegenwoordigers zouden moeten worden geraadpleegd over de ontwikkelingen in het regionale zorgaanbod. Daarbij zou het niet alleen moeten gaan om het aanbod van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zelf, maar ook om dat van de (samenwerkende) algemene voorzieningen op onder andere de terreinen zorg, huisvesting en arbeid. Een en ander resulteert in de volgende onderzoeksvragen:

- S Hoe staan de cliëntenorganisaties tegenover de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg?
- S Hoe staan cliëntenorganisaties tegenover de overname van delen van de geestelijke gezondheidszorg door algemene voorzieningen en de daaruit voortvloeiende consequentie dat de cliënten van de geestelijke gezondheidszorg in het vervolg daar terecht moeten voor opvang en ondersteuning?
- S Hoe staan de cliëntenorganisaties tegenover een mogelijke regiefunctie van de zorgfinanciers (in het bijzonder de lokale overheden) binnen het regionale of lokale zorgcircuit?
- S Hebben de cliëntenorganisaties al initiatieven genomen in de richting van deze vermaatschappijking? Zo ja, in welke vorm? Wat zijn de ervaringen?
- S Hoe schatten de cliëntenorganisaties, mede op basis van deze eventuele ervaringen, hun mogelijkheden in om aan hun taken in een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg te voldoen? Aan welke voorwaarden (financiën, personeel, indicatiestelling, verantwoordelijkheidstoedeling, en dergelijke) zou (beter) voldaan moeten worden?

2.4 Methode van onderzoek

Voor de eerste, verkennende fase van het onderzoek naar draagvlak en draagkracht op het institutionele niveau zijn open interviews gehouden met een beperkt aantal sleutelpersonen in het beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek.

Voor de selectie van deze sleutelpersonen is uitgegaan van zowel de bestaande als de gewenste organisatiestructuur voor de geestelijke gezondheidszorg. De opzet is immers dat zich binnen deze geestelijke gezondheidszorg regionale zorgcircuits ontwikkelen. In deze circuits zouden niet alleen de instellingen voor geestelijke

gezondheidszorg zelf, maar ook de overige instellingen en de lokale overheden moeten participeren. Daarom is besloten om als 'onderzoekseenheid' uit te gaan van de nu al bestaande regio-indeling van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen.

Van de circa veertig regio's zijn er zes uitgekozen om nader onderzocht te worden. Voor de keuze van deze zes regio's is gekeken naar de mate waarin en de wijze waarop de daar werkzame geestelijke gezondheidszorginstellingen al of niet met elkaar samenwerkten aan een integratie van het aanbod. Er is gekozen voor een zo groot mogelijke variatie, zodat zowel een regio met een volledig gefuseerde geestelijke gezondheidszorg als een met nog altijd vrij los van elkaar werkende voorzieningen in het onderzoek zijn opgenomen. Bij deze keuze is ook rekening gehouden met het gegeven of een regio wel of niet het predikaat zorgregio had gekregen, dat wil zeggen of de geestelijke gezondheidszorg in de regio heeft kunnen beschikken over extra (financiële) stimulansen om vernieuwing in aanbod en werkwijze te kunnen realiseren.⁵ Voorzover mogelijk binnen een aantal van zes is ook nog gestreefd naar enige spreiding over het land en is rekening gehouden met verschillen in urbanisatiegraad. Het aantal onderzochte regio's is te klein om te kunnen spreken van landelijke representativiteit. Door te streven naar een zo groot mogelijke variatie in de regio's zou echter wel een redelijk volledig beeld van de stand van zaken van het vermaatschappelijkingsproces moeten zijn verkregen.

In de zes gekozen regio's zijn de overige instellingen en organisaties, die, volgens de beleidsvoornemens, ook taken zouden krijgen bij de realisatie van een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg er als het ware bijgezocht en voor een interview benaderd. Op voorhand was besloten dat in ieder geval in elke regio vertegenwoordigers van de lokale overheden, zorgkantoren en de cliëntenorganisaties bij het onderzoek betrokken moesten worden. Welke van de zogenoemde algemene voorzieningen op de terreinen zorg, huisvesting en arbeid zouden worden benaderd, is vervolgens voor een deel bepaald door in de betrokken regio's al bestaande samenwerkingsrelaties of al lopende projecten en experimenten. Het leek weinig zin te hebben organisaties te benaderen die eigenlijk geen deel uitmaken van het lokale of regionale netwerk, ook al zouden zij dat idealiter wel moeten doen. Voor een verkenning werd het bovendien niet nodig geacht alle mogelijke actoren in het lokale of regionale circuit in het onderzoek te betrekken.⁶ Van een enkele van deze algemene voorzieningen, namelijk de gespecialiseerde gezinsverzorging, was bekend dat zij, of zij nu wel of geen deel uitmaakte van samenwerkingsrelaties, van groot belang is voor het voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen. Daarom is in elke regio deze voorziening standaard in het onderzoek opgenomen.

Doordat in de onderzochte regio's de mate en vorm van samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorginstellingen varieerden, varieerde ook het aantal te voeren gesprekken met deze partijen. Waar fusie had plaatsgevonden, werd alleen met een vertegenwoordiger van de gefuseerde instelling gesproken en in die regio's waar intramurale, ambulante en semi-murale geestelijke gezondheidszorg (nog?) door afzonderlijke instellingen werden verleend, zoveel mogelijk met

vertegenwoordigers van elke werksoort. Ook het aantal gesprekken dat met (mogelijke) samenwerkingspartners is gevoerd, varieerde omdat dit, zoals gezegd, voor een deel afhankelijk was van de ter plekke bestaande initiatieven. De bereidheid tot medewerking was groot en geen enkele van de benaderde instellingen of organisaties heeft deelname aan het onderzoek geweigerd.

Uiteindelijk zijn in de zes regio's in totaal 48 vraaggesprekken gevoerd. De geestelijke gezondheidszorg zelf is, zoals beoogd, in alle zes regio's ondervraagd, evenals de financiers: zorgkantoren en lokale overheden. Van de algemene instellingen is dus ook de gespecialiseerde gezinszorg in elk van de regio's in het onderzoek betrokken. Daarnaast zijn in vier regio's gesprekken gevoerd met instellingen voor maatschappelijke opvang, in vijf met woningcorporaties en in twee met GGD's. Ten slotte zijn in alle zes regio's gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de belangenbehartigingsorganisaties.⁷

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de aantallen gevoerde gesprekken per regio per type actor.

Tabel 2.1 Gerealiseerde vraaggesprekken per regio, naar actor

	geestelijk gezond- heidszor- g	zorgver- e zekeraars	lokale over- hede n	maatscha- p-pelijke opvang	thuiszorg (gespecialiseer- de gezinszorg)	corpo- raties	ggd	cliënte n- organi- saties	totaal
Groningen	2	1	1	–	1	1	1	1	8
Maasvallei en Heuvelland	3	1	1	1	1	1	–	1	9
Stedendrieho- ek	2	1	1	1	1	1	–	1	8
Dordrecht e.o.	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Den Haag	3	1	1	1	1	–	–	1	8
Zeeland	1	1	1	–	1	1	–	1	6
totaal	12	6	6	4	6	5	2	6	48

Uit de uiteenlopende formulering van de onderzoeksvragen voor de vier onderscheiden typen actoren kan al afgeleid worden dat in de diverse vraaggesprekken de onderwerpen soms vanuit een geheel andere invalshoek benaderd moesten worden. De vraaggesprekken zijn gevoerd aan de hand van, voor elk type actor apart opgestelde, lijsten met vraagpunten die in ieder geval aan de orde moesten komen. Door het open karakter van de interviews was er echter ruimte voor de respondent om door hem of haar relevante geachte andere informatie ook te verstrekken. Van die ruimte is in de meeste gevallen gretig gebruikgemaakt, zodat veel aanvullende informatie over de gang van zaken binnen de instelling of de regio is verkregen.

Van de op de band opgenomen gesprekken zijn protocollen gemaakt, die soms zijn aangevuld met informatie uit schriftelijke materiaal dat de respondenten ter

beschikking gesteld hebben. (Daarbij dient gedacht te worden aan convenants, jaarverslagen en dergelijke) De protocollen zijn met behulp van het computerprogramma voor kwalitatieve gegevensverwerking Kwalitan nader geanalyseerd. Ten behoeve van deze analyse is een trefwoordensysteem ontwikkeld dat het mogelijk maakt om deze analyse zowel horizontaal (dat wil zeggen naar soort actor) als verticaal (dat wil zeggen naar regio) uit te voeren. Zoals uit de hoofdstukindeling van het rapport blijkt, is in de verslaglegging het accent gelegd op de horizontale analyse. De vragen naar de sterkte van het draagvlak en de draagkracht zijn in deze hoofdstukken zo per type actor beantwoord. Vervolgens is in een apart hoofdstuk, op basis van een verticale analyse, nagegaan of zich verschillen tussen de regio's voordoen en of deze verschillen verklaard zouden kunnen worden uit karakteristieken van deze regio's.

Noten

- 1 De uitwerking in deze paragraaf betreft een *voorlopige* operationalisatie van de theoretische uitgangspunten. In de loop van het gehele project zullen het theoretisch raamwerk voor het onderzoek en de daarin gebruikte begrippen verder worden ontwikkeld.
- 2 Doel van de vermaatschappelijking is immers dat mensen die met psychische problemen te kampen hebben of te kampen hebben gehad, zo optimaal mogelijk deel uitmaken van de samenleving. Dit kan alleen als de samenleving bereid is hen te accepteren, ook als de betrokkenen (al of niet tijdelijk, al of niet storend) afwijkend gedrag vertonen. Het zelfstandig (blijven) wonen ondanks psychische problematiek brengt ook vaak met zich mee dat de leden van het huishouden of de familie een deel van de verantwoordelijkheid voor de zorg over moet nemen van de (intramurale) geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Dit is alleen mogelijk als deze leden daartoe bereid en in staat zijn. Het sociale draagvlak en de sociale draagkracht voor de vermaatschappelijking worden in andere onderdelen van het project in kaart gebracht.
- 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 In de beleidsnota's op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg wordt gesproken over de (wenselijke) ontwikkeling van regionaal of lokaal georiënteerde zorgcircuits. Uit de beschrijving van deze circuits kan worden opgemaakt dat zij feitelijk overeenkomen met wat in de bestuurskunde beleidsnetwerken genoemd wordt. De onderstellingen die in de netwerkbenadering gehanteerd worden voor de processen van beleidsvorming in deze netwerken, lijken daarom onverkort ook te gelden voor de processen binnen de zorgcircuits.
- 5 Het beleid gericht op vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, is formeel al enige tijd geleden ingezet. In een deel van de regio's in Nederland zijn daarom al diverse veranderingen in gang gezet, die deze vermaatschappelijking gestalte zouden moeten geven. Voor een beschrijving van dergelijke veranderingen en van de maatregelen die deze ontwikkelingen zouden moeten stimuleren, wordt verwezen naar de hoofdstukken 4 en 5.
- 6 Het is overigens wel de bedoeling om de in deze verkenning ontbrekende actoren te betrekken in het voorgenomen vervolgonderzoek (zie hoofdstuk 1, noot 1). Dit vervolgonderzoek zal dus niet alleen in meer regio's worden uitgevoerd, per regio zullen ook meer actoren voor deelname worden benaderd.
- 7 Een lijst van de organisaties die in de regio's in het onderzoek zijn betrokken, is opgenomen in bijlage I. De meeste gesprekspartners maakten deel uit van het bestuur of het directie-/managementteam van de betrokken organisaties en instellingen. Hoewel er natuurlijk geen enkele garantie bestaat dat in het vraaggesprek de mening van alle medewerkers is weergegeven, mag gezien de functie van de respondenten verwacht worden dat in ieder geval de bestuurlijke opvattingen van de actoren in het onderzoek zijn verwerkt. De gesprekken hebben plaatsgevonden in de periode januari tot en met november 1998.

3 AANBIEDERS EN GEBRUIKERS VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

3.1 Inleiding

In de Inleiding op dit rapport is al kort gerefereerd aan de voorgenomen en reeds doorgevoerde wijzigingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid in Nederland. De meest in het oog lopende ontwikkeling is de extramuralisering van de zorg. Deze verandering in het beleid is feitelijk al zo'n vijftien jaar geleden ingezet met de presentatie van de *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid* in 1984 (TK 1983/1984a). In deze nota werd aangesloten op een meer algemene nota over het gezondheidszorgbeleid, de *Nota Eerstelijnszorg*, waarin gepleit werd voor een verlegging van de patiëntenstromen van de tweedelijns- en derdelijnsgezondheidszorg naar de eerste lijn (TK 1983/1984b). Dit pleidooi werd deels gestoeld op een inhoudelijk argument: eerstelijnszorg zou beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt en deze in staat stellen in de eigen omgeving te blijven wonen. Daarnaast werd echter niet ontkend dat ook bezuinigingsoverwegingen een belangrijke rol speelden in deze beleidsontwikkeling. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekende het extramuraliseringsbeleid dat gestreefd werd naar substitutie van bedden in de intramurale voorzieningen als psychiatrische ziekenhuizen (APZ) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) door stoelen voor dagbehandeling, plaatsen in de semi-murale zorg en consulten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

De verschuiving in de zorgverlening van intramurale opname naar extramurale behandeling bracht vervolgens met zich mee dat een steeds groter belang werd gehecht aan de onderlinge afstemming tussen de diverse zorgvormen, die zich op de as van volledig intramuraal tot volledig extramuraal ontwikkelden. In de opvolger van de *Nieuwe nota*, de nota *Onder anderen* uit 1992 stond dan ook de ontwikkeling van een samenhangend zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg centraal (TK 1992/1993b). De bestaande voorzieningen voor intramurale, semi-murale en extramurale zorg zouden meer met elkaar moeten gaan samenwerken en, idealiter, tot een gezamenlijk aanbod van alle mogelijke vormen van zorg moeten komen. In de loop van de jaren negentig ontwikkelde deze roep tot meer samenwerking zich tot een oproep tot fusie van diverse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg tot één instelling vanwaaruit alle zorg geboden zou kunnen worden.

Een en ander heeft ertoe geleid dat het veld van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland in de vijftien jaar na het uitbrengen van de *Nieuwe nota* behoorlijk in beweging is geweest. Zowel de inhoud als de vorm van de zorg zijn sterk veranderd. De gang van zaken in de hulpverlening bij psychische problematiek, zoals deze in de hoofdstukken 5-9 wordt beschreven, geeft feitelijk alleen maar een beeld van een tussenstand in dit bewegingsproces. Om deze tussenstand te kunnen

begrijpen, zijn in de rapportage twee hoofdstukken opgenomen, die beogen een beeld te schetsen van de sector zelf en van de veranderingen die zich daarin in de afgelopen tien tot vijftien jaar hebben voorgedaan. Dit eerste van deze twee hoofdstukken geeft een vooral cijfermatige beschrijving van deze veranderingen.¹ Daarbij zal in paragraaf 3.2 eerst worden ingegaan op de ontwikkelingen in het aanbod. Omdat veranderingen hierin natuurlijk ook gevolgen hebben voor de vraag, zal vervolgens in paragraaf 3.3 aandacht worden gegeven aan de ontwikkelingen in het gebruik. Omdat alleen gegevens over gebruik niet voldoende zijn om inzicht te geven in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg, worden in deze paragraaf ook de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van psychische problematiek gepresenteerd. Paragraaf 3.4, ten slotte, geeft een beschrijving van enkele aspecten van de leefsituatie van gebruikers van de diverse voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Aan de orde komen de burgerlijke staat en huishoudenssamenstelling, het opleidingsniveau, de arbeidsmarktparticipatie en de inkomenspositie.

De meer bestuurlijke context van de veranderingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid en de gevolgen daarvan voor de organisatie van het aanbod wordt beschreven in hoofdstuk 4.

3.2 Ontwikkelingen in het aanbod²

In deze paragraaf zal aan de hand van enkele kerncijfers een overzicht worden gegeven van de ontwikkelingen in het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen jaren. Achtereenvolgens zal worden ingegaan op de ontwikkelingen in de capaciteit van de diverse intramurale voorzieningen, van het semi-murale aanbod en tot slot van de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Voor dit overzicht is 1986 als startjaar gekozen; de meest recente gegevens stammen uit 1996 zodat een beschrijving kan worden gegeven van een periode van tien jaar. Juist in de jaren negentig hebben echter zich ingrijpende veranderingen in het geestelijke gezondheidszorgaanbod voorgedaan. De gevolgen van deze veranderingen zijn niet volledig in deze kerncijfers terug te vinden. Daarom zullen zij aan het slot van de paragraaf apart behandeld worden.

Intramurale voorzieningen

In tegenstelling tot wat op basis van het vorenstaande wellicht verwacht mocht worden, blijkt in de periode 1986-1996 het aantal erkende bedden in de algemene psychiatrische ziekenhuizen te zijn toegenomen van 22.843 tot 22.885. De daling die zich in de jaren tachtig (25.379 erkende bedden in 1980) heeft voorgedaan, is dus tot stilstand gebracht. Na correctie voor de groei van de bevolking in dezelfde periode, is echter het aantal bedden per hoofd van de bevolking wel verder teruggelopen en sinds 1980 met 18% verminderd.³ Eenzelfde daling kan worden vastgesteld voor het aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking, dat tussen 1980 en 1986 met 15% afnam.

Het aantal bedden van de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen (PAAZ) en die in de academische ziekenhuizen (PAAC) 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 348.⁴ Eenzelfde reductie deed zich voor in het aantal verpleegdagen, dat met 91.000 (42%) verminderde (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Ontwikkeling capaciteit intramurale voorzieningen geestelijke gezondheidszorg 1986-1996 (in absolute aantallen)

	APZ		PAAZ/PAAC		herstellingsoorden	
	1986	1999	1986	1996	1986	1996
aantal instellingen erkende	52	50	83	67	18	9
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: Ten Have et al. (1998)

Semi-murale voorzieningen

Met de term semi-murale voorzieningen wordt hier bedoeld op de relatief nieuwe zorgvormen: beschermd wonen, psychiatrische woonvoorziening en psychiatrische deeltijdbehandeling. Gezien de grote overeenkomst tussen de eerste twee zorgvormen (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 1980.⁵ Uit het feit dat 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 behandlungsplaatsen (ruim 80%) is verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen, de rest vooral aan algemene en academische ziekenhuizen.⁶ 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 3.2).

Tabel 3.2 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: Ten Have et al. (1998)

Extramurale voorzieningen

Het belangrijkste deel van de ambulante zorg wordt 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 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 full-time equivalenten, 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 3.3).⁷

Tabel 3.3 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: 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. In totaal zijn 39 van de poliklinieken 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 bedraagt ruim 64.000, zodat alles bij elkaar opgeteld het aantal consulten bij alle poliklinieken tezamen ongeveer 2/3 bedraagt 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 en fusie

In de Inleiding op dit hoofdstuk is al gewezen op de oproep tot verdergaande samenwerking tussen de drie 'zuilen' in de geestelijke gezondheidszorg. Deze oproep heeft er met name in de jaren negentig toe geleid dat zich binnen de sector een groot aantal (experimentele) samenwerkingsprojecten heeft ontwikkeld. De overheid heeft dit verder gestimuleerd door in 1994 het zogenoemde Zorgvernieuwingsfonds in te stellen. Uit dit fonds konden zorgvormen die buiten het reguliere aanbod van de diverse instellingen vielen, worden gefinancierd (zie verder hoofdstuk 5). Een en ander heeft ertoe geleid dat in de periode 1991-1995 het aantal projecten gericht op zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg, kon verviervoudigen. Een inventarisatie van de diverse zorgvernieuwingsprojecten leverde een aantal van 583 op; 84% van deze projecten was op initiatief van een APZ gestart (Borgesius en Brunenberg 1996). De projecten bestrijken alles bij elkaar een breed terrein: verbetering van de samenwerking, indicatiestelling, maatschappelijke integratie en rehabilitatie, opnamevervangende zorg, diagnostiek, enzovoort.

De intensivering van de samenwerking tussen de instellingen krijgt bovendien in steeds meer regio's een structureel karakter doordat de betrokken partijen met elkaar fuseren. Een telefonische enquête onder leden van de directie of de Raad van Bestuur van 37 instellingen voor (o.a.) intramurale geestelijke gezondheidszorg leerde dat zeventien van hen tussen 1993 en 1999 bij een fusie betrokken waren geweest. Bij acht daarvan had de fusie in 1998 plaatsgevonden. Bij vrijwel alle van deze fusies zijn een of meerdere RIAGG's betrokken en bij zeven ervan ook een Regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW). Van de overige instellingen waren er twaalf betrokken bij een voorbereiding op een fusie, die in 1999 of in 2000 haar beslag zou moeten krijgen. Ook hier betrof het vooral fusies met instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg; in acht gevallen waren ook RIBW'en bij de fusievoornemens betrokken (Ravelli en Schrijvers 1999).

De geestelijke gezondheidszorg wordt dus in toenemende mate geboden door

regionaal werkende, geïntegreerde organisaties. Het hiervoor gemaakte onderscheid naar bedden, stoelen, plaatsen, enzovoort, is daarom in de praktijk minder duidelijk, dan de tabellen suggereren. Het onderscheid wordt nog wel aangehouden, omdat de toekenning van de budgetten aan de diverse instellingen hierop is gebaseerd. In werkelijkheid is een deel van de traditionele bedden, plaatsen, enzovoort, gesubstitueerd en omgezet in andere, nieuwere vormen van hulpverlening, zoals psychiatrische thuiszorg, casemanagement en dagbestedingsactiviteiten (zie verder hoofdstuk 5).

3.3 Vraag naar geestelijke gezondheidszorg

Een eerste, maar lang niet volledige, indicatie voor de vraag naar de geestelijke gezondheidszorg is het daadwerkelijke beroep dat op deze zorg wordt gedaan. Een deel van de mensen met psychische problematiek doet er echter, om diverse redenen, geen beroep op. De (potentiële) behoefte aan geestelijke gezondheidszorg is dus vermoedelijk groter dan uit de gebruikscijfers kan worden afgeleid. Aan het slot van deze paragraaf zal daarom nader worden ingegaan op de resultaten van (epidemiologisch) onderzoek naar het voorkomen van psychische problemen in de Nederlandse bevolking.

3.3.1 Gebruik van de voorzieningen⁸

Voor de beschrijving van het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg wordt dezelfde systematiek gehanteerd als voor de beschrijving van het aanbod. Dit betekent dat vooral ingegaan zal worden op de ontwikkelingen in de gebruikerspopulatie van intramurale, semi-murale en extramurale voorzieningen in de periode 1986-1996.

Intramurale voorzieningen

De aantallen patiënten opgenomen in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ's) lopen door de jaren heen terug. Op 31 december 1986 verbleven er 21.878 mensen in een APZ (dat is 1,5 per 1000 inwoners), tien jaar later waren dat er 20.901 (1,28 per 1000 inwoners). Tegelijkertijd is de doorstroming, het aantal opgenomen tegenover het aantal ontslagen patiënten, toegenomen, zodat het aantal opnamen in dezelfde periode steeg van 28.388 (1,94 per 1000 inwoners) tot 39.104 (2,51 per 1000). Deze stijging is voor een groot deel toe te schrijven aan de groei van het aantal heropnamen, welke samenhangt met het toenemend aantal patiënten dat relatief kort (minder dan drie maanden) in een APZ verblijft. Men wordt dus korter, maar wel vaker opgenomen. Toch vormen de langverblijvers - langer dan één jaar - ondanks een lichte daling nog altijd 60% van het bewonersbestand op een dag. De overige 40% wordt gevormd door een sneller fluctuerende bevolking. Het aantal kortverblijvers in de psychiatrische ziekenhuizen is op jaarbasis dan ook vele malen groter dan het aantal langverblijvers.

Van de opgenomen patiënten is iets meer dan de helft vrouw en is ruim de helft

tussen 20 en 45 jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de bewoners (dus incl. de langverblijvers) ligt echter boven de 50 jaar, wat erop duidt dat ook het aantal ontslagen in de leeftijdscategorie 20 tot 45 jaar hoger is. Door de jaren heen neemt het aandeel patiënten dat opgenomen wordt met de diagnoses schizofrenie of affectieve stoornis, licht toe (in 1986 14,0 resp. 16,4% en in 1996 16,5 resp. 18,5% van alle opnames). In 1996 werd de laatste diagnose dan ook het vaakst gesteld. Het aantal patiënten dat opgenomen wordt in verband met neurotisch stoornissen is tussen 1986 en 1996 met een kleine 5% gedaald tot 10,9 %.

Bij de langere tijd in het APZ verblijvende personen komt de diagnose affectieve stoornissen in 1996 vaker voor dan in 1986 (15% tegenover 12,2%) Schizofrenie blijft met 30,7% in 1996 (29,8% in 1986) de meest voorkomende diagnose onder deze groep.

Op de psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen is de doorstroming eveneens sterk toegenomen. Het aantal aanwezigen per eind 1996 is niet veel lager dan dat per eind 1989 (1675 t.o.v. 1687), maar zowel het aantal opnames als het aantal ontslagen zijn in de periode met ruim 3.000 toegenomen. Dit wijst erop dat ook hier de doorstroming sterk is toegenomen en dat de gemiddelde verblijfsduur op deze afdelingen korter is geworden.

Ook op deze psychiatrische afdelingen is ruim de helft van het aantal opgenomen patiënten tussen de 20 en 45 jaar oud. Het aandeel vrouwen op PAAZ's is, met ruim 6%, groter dan in APZ's.

Vergeleken met de diagnose bij opname in een APZ komen bij opname op een PAAZ de diagnoses affectieve psychosen en neurotische stoornissen veel vaker voor (21,6% resp. 19,4%). De diagnose schizofrenie daarentegen werd maar in 5,8% van de gevallen gesteld. De diagnosencategorieën bij opname op een PAAC zijn minder gedifferentieerd, zodat alleen vastgesteld kan worden dat meer dan de helft van de opnames een niet-organische psychose betreft. De gemiddelde verblijfsduur in de academische ziekenhuizen is langer dan die in algemene ziekenhuizen.

Ook in de herstellingszorg zijn de vrouwen oververtegenwoordigd: zij vormen ruim 80% van het cliëntenbestand. Het aantal opnames én het gemiddeld aantal aanwezigen zijn tussen 1986 en 1996 flink teruggelopen ten gevolge van de capaciteitsreductie in 1988 (237 plaatsen). Depressieve stoornissen en overige stemmingstoornissen zijn de meest voorkomende diagnoses; zij zijn samen in bijna 40% van de gevallen de reden voor opname.

De belangrijkste gegevens over de ontwikkeling van het cliëntenverloop in de intramurale voorzieningen tussen 1986 en 1996 zijn weergegeven in tabel 3.4. Kerngegevens over de gebruikers van deze voorzieningen per eind 1996 zijn opgenomen in tabel 3.5.

Tabel 3.4 Cliëntenverloop intramurale voorzieningen geestelijke gezondheidszorg, 1986 -1996

	APZ		psychiatrische afdelingen		herstellingsoorden	
	1986	1996	1989	1996	1986	1996
aantal aanwezig per 1 jan.	21.878	20.901	1.687	1.675	586	331
aantal opnamen	28.388	39.104	16.525	19.756		
aanwezig per 1.000 inwoners	1,5	1,28	0,12	0,10		

Bron: Ten Have et al. (1998)

Tabel 3.5 Kerngegevens cliënten van intramurale voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, 1996

	APZ		psychiatrische afdelingen		herstellingsoorden
	opgenomen in 1996	verblijvend per 31-12-96	algemene ziekenhuizen	academische ziekenhuizen	
aandeel vrouw	52,6%	52,4%	63,4%	53,4%	82,3%
aandeel 20-44 jaar	59,3%	37,5%	55,4%	62,6%	43,1% ^a
meest voorkomende (hoofd)diagnose	affectieve psychose (18,5%)	schizofrenie (30,7%)	affectieve psychose (21,6%)	niet-org. psychosen (59%)	depressieve stoornissen (27,5%)
verblijfsduur					
< 3 maanden		16,2%	91,1%	75,3%	100%
3 maanden-1 jaar		17,8%	8,9%	24,5%	-
1-10 jaar		40,4%	-	-	-
> 10 jaar		25,6%	-	-	-

^a Het gaat hier om de leeftijdsklasse 30 -44 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle opgenomen patiënten is 44,2 jaar.

Bron: Ten Have et al. (1998)

Semi-murale voorzieningen

Het aantal bewoners van de beschermende woonvormen is tussen 1986 en 1996 met ruim 2.000 toegenomen. Omdat in het cijfer van 1996 ook het aantal bewoners van de psychiatrische woonvoorzieningen is opgenomen, is de stijging van het aantal bewoners van de RIBW's echter minder groot dan zij op het eerste gezicht lijkt. De beschermende woonvormen lijken voor een toenemend aantal bewoners een permanente verblijfplaats te worden: het aandeel langverblijvers (langer dan een jaar) is de afgelopen vijf jaar toegenomen en bedraagt nu 80%.

Het aantal patiënten dat in deeltijdbehandeling is genomen, is sterk gestegen; tussen 1986 en 1996 nam het aantal jaarlijkse inschrijvingen toe met 186%. Uit het feit dat deze toename in de laatste twee jaar van de periode (1995 en 1996) nog altijd 20% bedroeg, kan worden afgeleid dat de groei zich voorlopig nog wel zal voortzetten. Het aandeel van 20-44-jarigen is tussen 1986 en 1996 met ongeveer 4% afgenomen, terwijl de omvang van de oudste leeftijdscategorie (65 jaar en ouder) in diezelfde periode toenam. Vrouwen worden vaker in deeltijdbehandeling genomen dan mannen. Deze tendens lijkt zich te versterken: het aandeel vrouwen groeide tussen 1986 en 1996 met bijna 10%. De meest voorkomende diagnoses zijn affectieve psychosen en neurotische stoornissen, in 1996 elk goed voor ruim 20%. Het aandeel patiënten dat opgenomen wordt in verband met schizofrenie, is door de jaren heen redelijk stabiel: ruim 10% (tabel 3.6).

Tabel 3.6 Kerngegevens gebruikers van semi-murale voorzieningen, 1986 - 1996

	beschermende woonvormen		psychiatrische deeltijdbehandeling	
	1986	1996 ^a	1986	1996
aantal op 1 jan. aanwezige bewoners/patiënten	2.898	4.944	3.255	8.160
aanwezig per 10.000 inwoners	2,02	3,37	2,48	5,71
aandeel vrouw	?	48%	52,6%	61,3%
meest voorkomende leeftijdscategorie	?	40-64 jr (47%)	20-44 jr (72,1%)	20-44 jr (67,7%)
aandeel langverblijvenden (> 1 jr)	?	ca. 80%	16,2%	16,3%
meest voorkomende diagnoses				
affectieve psychosen	-	-	14%	21%
neurotische stoornissen	-	-	32%	23%

Bron: Ten Have et al. (1998)

Extramurale geestelijke gezondheidszorg

Bij de RIAGG's weerspiegelt de ontwikkeling in het gebruik die in de capaciteit: tussen 1986 en 1995 is het aantal inschrijvingen met 74% toegenomen van 165.000 tot 244.470. Dit komt overeen met een groei van het aantal inschrijvingen per 1.000 inwoners van 11,3 tot 15,8. Het actieve bestand (d.w.z. ingeschreven én behandeld) nam in die periode toe van 16,5‰ tot 26,9‰.

Ook onder de gebruikers van deze ambulante geestelijke gezondheidszorg is de leeftijdscategorie van 20 tot 45 jaar oververtegenwoordigd en maakt deze ruim 50% van het gehele cliëntenbestand uit. Het aandeel vrouwen is constant: 56,7%. In een kwart van de gevallen blijft de behandelduur beperkt tot één contact; slechts een vijfde van de cliënten is langer dan een jaar bij de RIAGG in behandeling. De voornaamste diagnoses bij inschrijving waren in 1995 stemmingsstoornissen (21%), dementie (15%) en angststoornissen (13%). In 24% van de gevallen kwam de hulpvraag voor uit psychosociale problemen, samenhangend met bijvoorbeeld relaties, werkomstandigheden of etnische achtergrond.

De belangrijkste gegevens over de gebruikers van de RIAGG-zorg zijn opgenomen in tabel 3.7.

Tabel 3.7 Ontwikkelingen in gebruikersbestand regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, 1986-1995

	1986	1995
aantal inschrijvingen	165.000	244.470
actief bestand	240.000	416.550
actief bestand per 1.000 inwoners	16,5	26,9
aandeel vrouw	56,7% ^a	56,7%
aandeel 20 -44 jaar	50,3% ^a	51,1%
behandelduur		
een contact	26,5% ^a	27,0%
> 1 jaar	17,0% ^a	20,0%

^a Het betreft hier gegevens uit 1989.

Bron: Ten Have et al. (1998)

Bij de vrijgevestigde psychiaters waren eind 1996 naar schatting 33.000 patiënten in behandeling en zijn in dat jaar ongeveer 30.200 nieuwe patiënten in behandeling genomen. De cliëntengroep van de vrijgevestigden komt grotendeels overeen met die van de RIAGG's. De vrouwen zijn met 57% oververtegenwoordigd en het zijn voornamelijk 20-ers en 30-ers die een beroep doen op de hulpverlening: 47% is tussen de 20 en 39 jaar.

De vrijgevestigde psychotherapeuten hadden eind 1996 naar schatting 23.800 cliënten in behandeling en er werden in dat jaar 13.100 nieuwe cliënten ingeschreven. De vrouwen waren oververtegenwoordigd: zij maakten 61% van het totale bestand uit.

3.3.2 Omvang van de psychische problematiek

Zoals gezegd, geven de gebruikscijfers van de geestelijke gezondheidszorg niet meer dan een indicatie voor het voorkomen van psychische problemen in de bevolking. Volgens Goldberg en Huxley zou het aantal cliënten zelfs niet meer dan het topje van de ijsberg zijn. In het door hen ontwikkelde filtermodel zouden mensen die met psychische problemen te 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 kunnen 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 een op de vijf Nederlanders in de afgelopen twaalf maanden te kampen heeft gehad met een psychische stoornis, maar dat slechts een op zeven hiervoor hulp heeft gezocht bij de huisarts. 25 van de 100 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 3.8).

Tabel 3.8 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 een 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: Schnabel (1998)

Het aantal mensen dat een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg, zou dus met een onbekende factor vermenigvuldigd moeten worden om zicht te krijgen op de daadwerkelijke omvang van de psychische problematiek. 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 bekende daarvan zijn het Regioproject Nijmegen (Hodiamont 1986), de zogenoemde Nationale Nivel-studie (Foets en Sixma 1991) en de Filterstudie Amsterdam-Oost en -Zuidoost (Van Limbeek et al. 1994). De diverse onderzoeken zijn onderling niet altijd goed vergelijkbaar en hebben elk hun beperkingen. Zo kent de Nivel-studie wel een landelijk bereik, maar betreft zij alleen de mensen die een huisarts bezoeken, in het onderzoek. Deze hebben dus de eerste twee filters van het model van Goldberg en Huxley al gepasseerd. Het bereik van de beide andere genoemde onderzoeken blijft beperkt tot het niveau van de regio respectievelijk de wijk.

Gezien deze beperkingen is besloten tot het opzetten en uitvoeren van een landelijk bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van psychische problematiek. Voor deze National Mental Health Survey and Incidence Study (NMHSIS, inmiddels omgedoopt tot Nemesis) worden psychiatrische interviews afgenomen van een representatieve steekproef (n = 7.076, een respons van ruim 64%) uit de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar. De respondenten worden gedurende ongeveer drie jaar gevolgd, zodat ook het beloop van de problematiek in beeld kan worden gebracht (Bijl et al. 1997a).

De uitkomsten van de eerste meting (in 1996) geven aan dat ruim 40% van de respondenten ooit in het leven te kampen had gehad met psychische problemen, zoals geassocieerd volgens de Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). Deze problemen komen bij vrouwen even vaak voor als bij mannen. In de twaalf maanden voorafgaand aan het interview zou ruim 23% van de respondenten met een of meer stoornissen te kampen hebben gehad; men spreekt

in dat geval van een twaalfmaandsprevalentie of jaarprevalentie van 23%). De meest voorkomende stoornissen waren, naast alcoholmisbruik, depressie in engere zin (15% in de afgelopen twaalf maanden) en fobieën (twaalfmaandsprevalentie van in totaal 13,5%). De jaarprevalentie van schizofrenie en andere, niet affectieve, psychotische stoornissen was laag, 0,2%. Dit kan vermoedelijk verklaard worden uit het feit dat het onderzoek is gehouden onder de 'gewone' bevolking. Bewoners van instituties, dus ook zij die in verband met hun psychische problemen zijn opgenomen, zijn niet voor medewerking benaderd (Bijl et al. 1997b).

Vrouwen rapporteerden het vaakst dat zij met meerdere problemen tegelijk te kampen hadden; het twaalfmaandscijfer voor psychiatrische comorbiditeit bedroeg bij hen 44% tegen 26% bij mannen. De oudsten onder de respondenten, 55-64-jarigen, rapporteerden naar verhouding de minste psychische stoornissen; de jongsten, 18-24 jaar, de meeste. De hoogste prevalentie voor stemmingsstoornissen werd aangetroffen in de leeftijdscategorie van 35-44-jarigen (9,3%, niet in de tabel). Mensen met een lage opleiding rapporteren vaker en meer psychische problemen. Ditzelfde geldt voor degenen met een laag inkomen en voor hen die in een stedelijke omgeving gehuisvest zijn. Ook de samenstelling van huishouden lijkt samen te hangen met het voorkomen van psychische stoornissen. Mensen die samen wonen met een partner (met of zonder kinderen), hebben naar verhouding het minste met deze stoornissen te kampen. In eenoudergezinnen daarentegen is de twaalfmaandsprevalentie het hoogst, zowel voor enkelvoudige als meervoudige problematiek. Onder werklozen en arbeidsongeschikten komen naar verhouding meer psychische stoornissen voor dan onder werkenden of gepensioneerden; dit geldt voor zowel de enkelvoudige als de meervoudige problematiek (tabel 3.9).

In hetzelfde Nemesis onderzoek is nagegaan of en in welke mate hulp gezocht wordt (Bijl en Ravelli 1998). Bijna 34% van de mensen die te maken heeft (gehad) met psychische stoornissen, heeft contact gezocht met de eerstelijnszorg of met de geestelijke gezondheidszorg. Zij die te maken hebben (gehad) met meer dan een stoornis, lijken wat sneller geneigd om hulp te zoeken: van hen had 55% dit gedaan. De eerstelijnszorg (huisarts, maatschappelijk werk, thuiszorg e.d.) blijkt het meest bezocht te zijn: ruim 27% van hen die met een of meer psychische stoornis te kampen had, zocht daar hulp. De extramuraal geestelijke gezondheidszorg⁹ werd bezocht door ruim 15% en de intramuraal¹⁰ door 1% van de mensen met psychische problemen. Ruim 10% had zijn of haar toevlucht gezocht bij de andere vormen van hulpverlening, zoals traditionele genezers, zelfhulpgroepen, geestelijke, enzovoort. Opvallend was overigens dat ook van de mensen die in het afgelopen jaar geen psychische stoornissen hadden gehad (althans niet volgens de gebruikte DSM-III systematiek), nog altijd bijna 9% op de een of andere manier hulp had gezocht.

Tabel 3.9 Twaalfmaandsprevalentie van psychische stoornissen (incl. middelengebruik) onder 18-64-jarigen in Nederland, naar achtergrondvariabelen (in gewogen percentages)

		ten minste 1 stoornis	2 of meer stoornissen
geslacht	man	23,5	6,1
	vrouw	23,6	10,3
leeftijd (in jaren)	18 - 24	33,8	11,0
	25 - 34	24,1	8,3
	35 - 44	24,3	8,7
	45 - 54	19,7	7,6
	55 - 64	14,9	5,0
opleiding	lo, lbo	27,2	10,8
	mavo, mbo	22,9	8,3
	havo, vwo	22,0	7,3
	hbo, universiteit	20,3	5,6
inkomen	hoogste kwartiel	19,7	4,7
	tweede en derde kwartiel	22,8	8,3
	laagste kwartiel	27,9	10,8
stedelijkheid woonplaats	urban	24,2	8,6
	ruraal	18,6	6,0
samenstelling huishouden	woont bij ouder(s)	32,1	10,4
	woont alleen	30,8	11,9
	alleenstaande ouder	39,2	19,1
	gehuwd/samenwonend (met of zonder kinderen)	19,0	6,2
	woont met ander(en)	36,6	14,5
belangrijkste bezigheden/maatschappelijk status	huisman/-vrouw	24,6	10,9
	student/scholier	30,3	11,5
	betaald werk	21,0	6,1
	werkloos/arbeidsongesc		
	hikt	39,6	17,6
	gepensioneerd/andere	17,3	7,9

Bron: Nemesis (1996); in: Bijl et al. (1997b)

De mate waarin men zich tot elk van de onderscheiden hulpverleners wendt, blijkt samen te hangen met de aard van de problemen. Mensen met stemmingsstoornissen (zoals depressie in engere zin of bipolaire stoornis) doen bijvoorbeeld vaker een beroep op de hulpverlening dan mensen met angststoornissen (fobieën, paniekstoornis, obsessief-compulsieve stoornis, enzovoort). Het zorggebruik van mensen met schizofrenie is naar verhouding vrij laag; wel komen deze relatief vaak in aanraking met de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder het intramurale aanbod (tabel 3.10).

Tabel 3.10 Twaalfmaandszorggebruik, naar enkele twaalfmaands DSM-III-R diagnoses (in procenten)

	twaalfmaand s-prevalentie	eerstelijns- zorg	extramura- le ggz	intramura- le ggz	andere vormen	
					hulpverlening	van enigerlei zorg
geen stoornis	76,5	5,7	3,1	0,1	2,8	8,7
een stoornis	15,6	18,9	8,2	0,2	6,8	23,3
twee of meer stoornissen	7,7	43,9	29,5	2,8	18,0	55,5
stemmingsstoornissen	7,6	53,9	34,1	2,0	20,1	63,8
angststoornissen	12,4	31,9	18,4	1,6	13,0	40,5
schizofrenie	0,2	35,7	40,0	7,1	20,0	46,7
totaal (N - 7076)		10,7	6,0	0,3	4,6	14,6

Bron: Nemesis (1996); in: Bijl en Ravelli (1998)

Analyse naar achtergrondvariabelen leert dat het wel of niet zoeken van hulp, behalve met de soort en de hoeveelheid problemen samenhangt met bijvoorbeeld geslacht, samenstelling van het huishouden, opleidings- en inkomensniveau, dagelijkse bezigheden en stedelijkheid van de woonomgeving (Bijl en Ravelli 1998). Zo blijken vrouwen vaker hulp te zoeken dan mannen en dat vooral te doen bij niet-reguliere hulpverleners. De geestelijke gezondheidszorg blijkt vooral bezocht te worden door mensen met een hoog opleidingsniveau; voor de andere vormen van hulp blijkt het opleidingsniveau geen verschil te maken. Ook het inkomensniveau lijkt niet van invloed op het gebruik van de diverse soorten hulp. Een uitzondering hierop vormt het gebruik van geestelijke gezondheidszorg; deze wordt naar verhouding vaker bezocht door mensen uit de midden- en hoge-inkomensgroepen. Verder komt naar voren dat werklozen en arbeidsongeschikten het meeste hulp zoeken, ongeacht naar welk hulpaanbod gekeken wordt. Ook alleenwonenden en alleenstaande ouders maken naar verhouding het meest gebruik van enigerlei vorm van hulp en doen vooral een beroep op de geestelijke gezondheidszorg en op de diverse niet-reguliere hulpverleners. Ten slotte blijkt dat het beroep op de eerstelijns-hulpverlening in de landelijke regio's significant lager is dan in de stedelijke gebieden.

Uit tabel 3.10 blijkt dat een klein percentage van de steekproef geen stoornissen rapporteerde maar toch in de afgelopen twaalf maanden een beroep op enigerlei vorm van hulpverlening had gedaan. Daartegenover staat een heel wat hoger percentage respondenten, dat wel een of meer stoornissen heeft gerapporteerd ook behoefte had aan professionele hulp, maar deze niet heeft gezocht, namelijk 16,8%. Met name onder vrouwen blijkt een grote onvervulde behoefte aan hulp voor te komen: bijna een kwart van de vrouwen die met een of meer stoornissen te kampen hadden, heeft hiervoor geen hulp gezocht. De onvervulde behoefte aan hulp komt, zowel bij mannen als bij vrouwen, het meest voor bij gerapporteerde stemmingsstoornissen (28,2%), het minst bij alcohol- en/of drugsgebruik (8,1% resp. 17,0%, niet in tabel). Opvallend hoog is verder de onvervulde behoefte aan hulp bij

schizofrenie; ruim een vijfde van de mensen die aan deze stoornis lijden, heeft daarvoor geen hulp gezocht (tabel 3.11).

Tabel 3.11 Onvervulde behoefte aan professionele hulp in de afgelopen twaalf maanden, naar soort stoornis en geslacht (in procenten)

	mannen	vrouwen	totaal
een stoornis	6,9	16,4	11,0
twee of meer stoornissen	18,9	34,7	28,6
stemmingsstoornissen	19,4	33,5	28,2
angststoornissen	16,5	24,2	21,6
schizofrenie	21,3	22,1	21,7

Bron: Nemesis (1996); in: Bijl en Ravelli (1998)

Hiervoor is al aangegeven dat de in Nemesis gevonden prevalentiecijfers voor schizofrenie feitelijk opvallend laag zijn. Zoals gezegd kan dit verklaard worden door het feit dat het onderzoek is afgenomen onder de niet-institutionele bevolking. De mensen die, in verband met bijvoorbeeld een psychische stoornis, zijn opgenomen, zijn dus niet voor een vraaggesprek benaderd. Ook de populatie dak- en thuislozen, waarvan een belangrijk deel met ernstige psychische problemen kampt, is niet in het onderzoek opgenomen. De prevalentie van schizofrenie is dus vermoedelijk heel wat hoger dan uit dit onderzoek blijkt. Op basis van cijfers uit het casusregister Drenthe is men gekomen tot een geschatte prevalentie onder de behandelde populatie van 2,2 per 1.000 inwoners. De werkelijke prevalentie in de gehele bevolking zal daarom minstens vier per 1.000 zijn (Wiersma en De Jong 1999).

3.4 Aspecten van de leefsituatie van psychiatrische patiënten

Gegevens over de leefsituatie van psychiatrische patiënten (zowel zij die opgenomen zijn als zij die zelfstandig of beschermd wonen) zijn schaars. Voorzover bekend is er onder deze groep geen representatief landelijk onderzoek verricht. De institutionele bevolking wordt in de meeste gevallen niet in algemeen bevolkingsonderzoek betrokken; hetzelfde geldt voor zwervende of rondtrekkende burgers. Het algemene bevolkingsonderzoek is er verder ook niet op gericht om (potentiële) gebruikers van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen te traceren. Informatie over de leefsituatie van psychiatrische patiënten moet dus vergaard worden uit verslagen van onderzoek, dat meestal een ander object van studie had. Het hiernavolgende is dan ook gebaseerd op diverse onderzoeken, die elk een andere invalshoek hadden. De gegevens zijn niet altijd onderling vergelijkbaar en zeker niet representatief voor de gehele populatie van psychiatrische patiënten. Diegenen onder hen die in het geheel geen hulp zoeken of krijgen, komen in deze onderzoeken overigens per definitie al niet in beeld.

Burgerlijke staat en huishoudenssamenstelling

Hiervoor is al aangegeven dat uit epidemiologisch onderzoek naar voren komt dat alleenstaanden en alleenstaande ouders meer psychische problemen rapporteren dan mensen die samenwonen of gehuwd zijn. Andersom komt uit diverse onderzoeken naar voren dat het merendeel van de psychiatrische patiënten geen partner (meer) heeft. Zo komt uit enkele regionale prevalentiestudies naar voren dat slechts eenderde van de chronische psychiatrische patiënten gehuwd is, terwijl in de bevolking in haar geheel dit aandeel ongeveer twee keer zo groot is (Kroon et al. 1998).¹¹ Ook van de bezoekers van een veertiental DAC's (dagactiviteitencentra) blijkt 68% geen vaste partner te hebben; bijna 60% is ongehuwd, 23% is gescheiden (Van Hoof et al. 1999).¹² Een vergelijkbaar beeld wordt vertoond door de gebruikers van psychiatrische thuiszorg: ook van hen is ruim de helft (54%) ongehuwd en bijna een kwart (23%) gescheiden (Van Hoof et al. 1998).¹³ Onderzoek onder bewoners van APZ's en RIBW's geeft een hoger percentage ongehuwden onder de chronische psychiatrische patiënten, namelijk 76%.¹⁴ Van degenen die in een APZ werden opgenomen, blijkt 58% ongehuwd; van hen die er verblijven en van bewoners van een RIBW is het aandeel ongehuwden ruim 70%. Daarnaast is in elk van deze categorieën (opgenomen, verblijvend en RIBW-bewoner) 20% van de respondenten gescheiden (Borgesius en Brunenberg 1999). De gegevens over de burgerlijke staat van gebruikers van een aantal geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen zijn opgenomen in tabel 3.12.

Tabel 3.12 Burgerlijke staat van gebruikers van enkele geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (in procenten)

	chronische patiënten ^a	bezoekers DAC's ^b	cliënten psychiatrische thuiszorg ^c	opgenomen in APZ ^d	verblijvend in APZ ^d	wonend in RIBW ^d
gehuwd	ca. 30	.	.	12	6	4
gescheiden	.	23	23	21	19	19
ongehuwd	.	59	54	58	74	71
verweduwd	.	.	.	9	1	7

. = Geen exacte percentages gegeven.

Bron: ^a Kroon et al. (1998); ^b Van Hoof et al. (1999); ^c Van Hoof et al. (1998); ^d Borgesius en Brunenberg (1999)

Van de chronische patiënten die betrokken zijn in de regionale studies, blijkt zo'n 23% tot 40% alleen te wonen, 28%-44% woont in het eigen gezin (Kroon et al. 1998). In de groep die min of meer regelmatig een DAC bezoekt, is het aandeel alleenwonenden groter: 51%. 10% woont in het eigen gezin en 12% in een geestelijke gezondheidszorginstelling, in de meeste gevallen een RIBW (Van Hoof et al. 1999). De woonsituatie van de gebruikers van psychiatrische thuiszorg komt sterk overeen met die van de bezoekers van de DAC's: ruim de helft (53%) woont alleen en 13% heeft een gezin. Daarnaast woont 14% van de cliënten samen met een partner (Van Hoof et al. 1998).

Opleidingsniveau

Uit de schaarse gegevens over de opleiding van chronische psychiatrische patiënten (zie tabel 3.12) komt naar voren dat deze in het algemeen lager is dan het gemiddelde voor de bevolking. Zo blijkt ruim 50% van de DAC-bezoekers ten hoogste een lbo-opleiding te hebben afgerond, terwijl dat percentage voor de gehele beroepsbevolking niet hoger ligt dan 30 (Van Hoof et al. 1999). Van de chronische patiënten in APZ's en RIBW's heeft in totaal 73% ten hoogste het lager beroeps-onderwijs afgemaakt. Nadere differentiatie leert dat van degenen die min of meer permanent in het APZ verblijven, het grootste deel (47%) niet meer opleiding heeft dan de lagere school. Een even groot percentage van de bewoners van de RIBW's heeft maximaal middelbaar onderwijs (mavo-niveau) gevolgd. Het percentage hoger opgeleiden (hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs) onder de chronische psychiatrische patiënten is zeer laag: 3% van degenen die opgenomen zijn, en 0% van hen die in een APZ of RIBW verblijven (Borgesius en Brunenberg 1999).¹⁵

Het opleidingsniveau van de gebruikers van de ambulante geestelijke gezondheidszorg lijkt gemiddeld hoger te zijn dan dat van de cliënten van de intra- en semi-murale voorzieningen.¹⁶ Zo blijkt van alle ambulante patiënten 42% minimaal het middelbaar onderwijs afgemaakt te hebben en heeft 30% een opleiding op het niveau van hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs. Binnen de populatie ambulante psychiatrische patiënten is enig onderscheid aan te brengen. Zo heeft 50% van de patiënten van de vrijgevestigde psychiaters het hoogst mogelijke opleidingsniveau (hbo of wo), terwijl dit percentage voor de bezoekers van de poliklinieken van de PAAZ of APZ rond achttien ligt. Daartegenover heeft rond 20% van de patiënten van deze poliklinieken of van de RIAGG's niet meer opleiding dan alleen lagere school. Onder de patiënten van de eigen psychiatrische praktijk is bij slechts 4% het opleidingsniveau tot dat van de lagere school beperkt (Brunenberg et al. 1998).

Tabel 3.13 Opleidingsniveau van gebruikers van diverse geestelijke gezondheidszorg voorzieningen (in procenten)

	opgenomen in APZ ^a	verblijvend in APZ ^a	wonend in RIBW ^a	ambulant bij polikliniek ^{b,c}	ambulant bij RIAGG ^b	ambulant eigen psych.praktijk ^b
geen/lager onderwijs	28	48	18	23	19	4
lbo/mavo	44	35	47	ca 33	33	16
havo/mbo/vwo	19	12	29	27	25	30
hbo/wo	3	0	0	17	23	50

Bron: ^a Borgesius en Brunenberg (1999); ^b Brunenberg et al. (1998); ^c In deze tabel zijn de gegevens over de poliklinieken van APZ en PAAZ samengenomen.

Arbeidsmarktparticipatie

Het merendeel van de psychiatrische patiënten heeft geen betaald werk. Hun relatief lage opleiding en het feit dat de psychische problematiek deelname aan de

reguliere arbeidsmarkt vaak onmogelijk maakt, zijn hier debet aan. Uit de regiostudies onder chronische psychiatrische patiënten komt naar voren dat een kleine 15% een betaalde baan heeft. Hierbij is werk in het kader van de WSW-regeling meegeteld.

Uit het onderzoek onder bezoekers van de DAC's blijkt dat zo'n 72% van hen voor 80% tot 100% arbeidsongeschikt is verklaard. Van deze bezoekers heeft 9% een betaalde baan, waarbij het dan altijd gaat om gesubsidieerde banen (bv. Melkertbanen, banenpoolplaatsen of werk via de sociale werkvoorziening). De bezoekers zijn daarentegen wel vaak actief in het vrijwilligerswerk: 47% van hen was daar in of buiten het DAC bij betrokken. Daarnaast volgt 23% van hen (ook) cursussen, zowel in de hobbysfeer als voor de algemene ontwikkeling, 5% probeert via een cursus de arbeidskansen te verhogen. Overigens blijkt 37% totaal niets te doen op het gebied van al of niet betaald werk of opleiding (Van Hoof et al. 1999). Ook van de cliënten van de psychiatrische thuiszorg blijkt slechts 19% enigerlei vorm van arbeid te verrichten; in de meeste gevallen gaat het hier ook om onbetaald werk. Het merendeel van de cliënten heeft geen structurele werkzaamheden. Bijna de helft lijkt de handen vol te hebben aan de eigen huishouding, en van de bezigheden buitenshuis wordt het bezoek aan een DAC het meest genoemd, namelijk door 24% (Van Hoof et al. 1998).

De arbeidssituatie van de ambulante patiënten weerspiegelt in zekere zin het naar verhouding hogere opleidingsniveau van deze groep. Van al deze patiënten heeft 'slechts' 42% geen werk en heeft 18% een volledig ziekteverlof; 28% is volledig werkzaam. Ook ten aanzien van de arbeidsmarktparticipatie is er een duidelijk verschil tussen de patiënten van de eigen praktijk en die van de overige aanbieders van ambulante zorg. Zo blijkt ruim de helft (55% tot 56%) van de bezoekers van de poliklinieken van de PAAZ en APZ geen werk te hebben, is dit voor 49% van de bezoekers van de RIAGG het geval en voor slechts 23% van de patiënten van de vrijgevestigde psychiatrische praktijk. Omgekeerd blijkt bijna de helft (46%) van deze laatste patiënten (nog) volledig werkzaam te zijn, terwijl van de bezoekers van RIAGG en poliklinieken slechts 15 tot 21% nog aan het werk is (Brunenberg et al. 1998).

De gegevens over de arbeidsmarktparticipatie van psychiatrische patiënten zijn weergegeven in tabel 3.14.

Tabel 3.14 Arbeidsmarktparticipatie van gebruikers van enkele geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (in procenten)

	chronisch psych. bezoekers patiënten ^a		ambulante zorg poliklinieken ^{c,d}	ambulante zorg RIAGG ^c	ambulante zorg eigen psych. praktijk ^e
betaald werk (incl. WSW, Melkert etc.)	ca. 15	9	ca. 16	21	46
ziekteverlof	. ^e	. ^e	18	20	18
arbeidsongeschikt/geen werk	. ^e	72	ca. 55	49	23

Bron: ^a Kroon et al. (1998); ^b Van Hoof et al. (1999); ^c Brunenberg et al. (1998); ^d In deze tabel zijn de gegevens over de poliklinieken van APZ en PAAZ samengenomen. ^e Geen exacte percentages gegeven.

Inkomenspositie

Statistische gegevens over de inkomenspositie van mensen met psychische problemen zijn zo mogelijk nog schaarser dan die over andere aspecten van hun levenssituatie. Op basis van de informatie over de deelname aan de arbeidsmarkt door met name de chronische psychiatrische patiënt kan echter aangenomen worden dat deze positie voor het merendeel van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen niet rooskleurig is. Het grootste deel van hen is immers niet in staat tot het verrichten van betaalde arbeid en daarom afhankelijk van een uitkering. Uit een registratie van het (tijdelijke) meldpunt Armoede in de ggz komt naar voren dat van de 287 bellers er 164 (57%) een WAO- of AWW-uitkering ontving. Nog eens 76 (26%) kreeg een uitkering op basis van de Algemene bijstandswet. Slechts acht 3% van degenen die hadden gebeld, meldden dat zij een salaris uit arbeid ontvingen. Omdat hiervoor is gebleken dat degenen die werken, dit vaak doen in het kader van een WSW-regeling, op parttime basis of via een arbeidsmarkttoeleidingstraject, mag aangenomen worden dat het hier vooral zal gaan om salarissen op of rond het minimumniveau (LPR 1997b).

De bewoners van de AWBZ-voorzieningen APZ en RIBW krijgen ter betaling van de meer persoonlijke uitgaven een zogenoemd zak- en kleedgeld. Het bedrag hiervoor wordt afgehouden van de eigen bijdrage die voor het gebruik van de AWBZ-voorzieningen moet worden betaald. De hoogte van het zak- en kleedgeld is gebaseerd op een normbedrag uit het Bijstandsbesluit Landelijke Normering (BLN) en bedroeg in 1997 374 gulden per maand voor alleenstaanden en 623 gulden per maand voor gehuwden. Cliëntenorganisaties, maar ook hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg dringen er al geruime tijd op aan dit bedrag te verhogen. Zeker voor die mensen die proberen (weer) actief aan de samenleving deel te nemen, zou het bedrag te laag zijn en daardoor de maatschappelijke participatie van psychiatrische patiënten belemmeren (Van Weersch 1997b; LPR 1997b).

Noten

- ¹ De beschrijving zal zich, gezien het onderwerp van het gehele onderzoeksproject, overigens beperken tot het aanbod en gebruik van de algemene voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg i.c. de volwassenenzorg. Aanbod en gebruik van meer specifieke zorgvormen voor bijvoorbeeld ouderen, kinderen, forensische psychiatrie of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg blijven buiten beschouwing.
- ² De gegevens uit deze paragraaf zijn, tenzij anders vermeld, afkomstig uit Ten Have et al. (1998).
- ³ 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 hoofdstuk 5).
- ⁴ De zorgverlening van herstellingsoorden 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 herstellingsoorden maken inmiddels bestuurlijk deel uit van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis. Zij zijn wel op een andere lokatie gehuisvest en kennen ook een ander behandelingsregime.
- ⁵ Er zijn twee vormen van deeltijdbehandeling te onderscheiden, te weten 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.
- ⁶ Van de ruim 3.600 plaatsen waren er in 1996 in totaal 425 bedoeld voor specifieke groepen (kinderen en jeugdigen, verslaafden en TBS-patiënten).
- ⁷ Deze gegevens hebben betrekking op alle hulpverleningsafdelingen, dus incl. jeugdzorg en ouderenzorg.
- ⁸ Bij de jeugdzorg werden in 1995 737.000 contacten geregistreerd en bij de ouderenzorg 317.000.
- ⁹ Ook voor deze gegevens geldt dat zij, tenzij anders vermeld, afkomstig zijn uit Ten Have et al. (1998). In het hier geciteerde artikel worden daar ook de psychiatrische deeltijdbehandeling en de DAC toe gerekend.
- ¹⁰ In het geciteerde artikel worden daar ook de RIBW's en de verslavingsklinieken toe gerekend.
- ¹¹ Het onderzoek waarnaar hier verwezen wordt, is opgezet om een schatting te maken van het aantal chronische psychiatrische patiënten. Daarvoor werden zeven regionale onderzoeken naar de prevalentie van chronische psychiatrische problematiek met elkaar vergeleken.
- ¹² Het onderzoek waarnaar hier verwezen wordt, is gehouden onder een aselechte steekproef van bijna 400 bezoekers van 14 DAC's in Nederland. Op basis van omvang (dagelijks aantal bezoekers), stedelijkheidsgraad van de regio van vestiging en spreiding over het land wordt aangenomen dat deze DAC's redelijk representatief zijn voor alle DAC's in Nederland.
- ¹³ Het betreft hier een onderzoek naar onder andere cliëntkenmerken en zorgdoelstellingen in diverse projecten voor psychiatrische thuiszorg.
- ¹⁴ Het gaat hier om een onderzoek naar de kenmerken van bewoners van psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen, hun hulpvragen en de mate waarin de ontvangen zorg aan deze vragen tegemoetkomt. Daarvoor zijn vragenlijsten verstuurd aan zowel hulpverleners als aan bewoners zelf. Uit de weergave van de resultaten kon niet altijd worden opgemaakt of zij afkomstig waren uit het onderzoek onder de hulpverleners of uit dat onder de bewoners.
- ¹⁵ Overigens is hier ook gedeeltelijk sprake van een leeftijdseffect: de gemiddelde leeftijd van hen die in het APZ of in de RIBW verblijven, is hoger dan van hen die opgenomen zijn.
- ¹⁶ De gegevens over de cliënten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn afkomstig uit een onderzoek onder psychiaters (zowel in loondienst als vrijgevestigd) in Nederland.

4 SAMENHANG EN AFSTEMMING IN HET BELEID VOOR LANGDURIG ZORGBEHOEVENDEN

4.1 Inleiding

De extramuralisatie van de geestelijke gezondheidszorg en de beoogde samenwerking met instellingen die niet specifiek op de geestelijke gezondheidszorg gericht zijn, moeten de voorwaarden scheppen voor een betere afstemming van het aanbod van zorg voor mensen met psychische problematiek op de vraag. De samenhang tussen het aanbod van enerzijds de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en anderzijds de algemene voorzieningen op de terreinen zorg, huisvesting en arbeid/dagbesteding moet hierdoor eveneens worden verbeterd. Tevens moet het ontstaan van samenwerkingsrelaties op lokaal of regionaal niveau eraan bijdragen dat de betrokkenheid van de cliënten bij de ontwikkeling van het voorzieningen-aanbod groter en invloedrijker wordt.

Deze ontwikkelingen zijn niet uniek voor de geestelijke gezondheidszorg. Ook het beleid voor andere groepen langdurig zorgbehoevenden, zoals ouderen en gehandicapten, wordt door deze tendensen gekenmerkt: er wordt gestreefd naar een zo zelfstandig mogelijke leefwijze, buiten een intramurale instelling en midden in de samenleving. Om deze zelfstandigheid, ondanks een zekere zorgbehoefte, mogelijk te maken moeten ook de instellingen voor de ouderen- respectievelijk gehandicaptenzorg samenwerken met andere, algemene instellingen op de terreinen van onder meer dienstverlening, huisvesting en arbeid. Deze samenwerking moet vooral tot stand moeten komen op lokaal, eventueel regionaal niveau en moet worden gecoördineerd door de lokale overheden.

En ook van de ouderen en gehandicapten wordt gevraagd dat zij meedenken en meepraten over het voor hen van belang zijnde beleid en voorzieningenaanbod. Deze inbreng van de gebruikers krijgt op collectief niveau vorm in belangenbehartigingsorganisaties (zoals seniorenraden, ouderenbonden, gehandicaptenplatforms, patiëntenorganisaties) op zowel lokale, regionale als landelijke schaal. Op individueel niveau wordt de zorggebruiker inspraak in het zorgaanbod geboden via het persoonsgebonden budget, een geldbedrag waarvoor de gebruiker zelf de door hem gewenste zorg kan inkopen.

Een belangrijk verschil tussen het beleid voor ouderen en gehandicapten en voor de geestelijke gezondheidszorg is dat de plannen, voor een mogelijke beleidsverantwoordelijkheid voor de lokale overheden en voor de (gedeeltelijke) ontwikkeling tot facetbeleid, in de geestelijke gezondheidszorg later zijn gelanceerd. De overeenkomsten én de verschillen maken een vergelijking tussen en een evaluatie van de ontwikkelingen op de betrokken terreinen mogelijk. Omdat sommige ontwikkelingen in het ouderen- en gehandicaptenbeleid eerder in gang gezet zijn, is over de uitkomsten hiervan immers al het een en ander bekend. Deze kennis maakt het

mogelijk in te schatten welke knelpunten zich eventueel bij de implementatie van het voorgenomen beleid in de geestelijke gezondheidszorg kunnen voordoen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op enkele relevante ontwikkelingen in het ouderen- en gehandicaptenbeleid en de ervaringen die daarmee zijn opgedaan. Het accent ligt op de bestuurlijke consequenties van de gedeeltelijk decentrale ontwikkeling van het voorzieningenaanbod voor ouderen en gehandicapten. Tevens wordt bezien in welke mate de (gedeeltelijke) decentralisatie bijgedragen heeft aan de ontwikkeling van samenhangend, aan de lokale en/of regionale situatie aangepast beleid. Daarnaast zal ook ingegaan worden op beleidsmaatregelen gericht op een vergroting van de maatschappelijke participatie van zowel ouderen als gehandicapten. Uiteindelijk is vergroting van de deelname aan de samenleving door de leden van deze kwetsbare groepen immers, net als in het geestelijke gezondheidszorgbeleid, een van de belangrijkste doelen.

In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt vervolgens aandacht besteed aan verschillen en overeenkomsten tussen het beleid voor enerzijds de ouderen en gehandicapten en anderzijds de geestelijke gezondheidszorg. Op grond van deze vergelijking zullen enkele specifieke aandachtspunten voor met name de bestuurlijke aspecten van de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg worden aangegeven. Op basis van deze aandachtspunten zullen aan het slot van het hoofdstuk enkele verwachtingen ten aanzien van de sterkte van het institutionele draagvlak respectievelijk de institutionele draagkracht voor de veranderingsprocessen in de geestelijke gezondheidszorg worden geformuleerd.

4.2 Samenhang in het beleid voor ouderen en gehandicapten

Het beleid voor ouderen en voor gehandicapten zijn in het laatste decennium steeds meer naar elkaar opgeschoven. Zo is bijvoorbeeld in het landelijke ouderenbeleid het leeftijdscriterium (was 55 jaar) voor de afbakening van de doelgroep losgelaten, zodat in feite de mate van beperking - ten gevolge van de veroudering - het criterium is geworden (TK 1994/1995a). Met de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), die de lokale overheid verantwoordelijk maakt voor adequate huisvesting en vervoer voor gehandicapten ongeacht hun leeftijd, werd ook beoogd dat op lokaal niveau het ouderen- en gehandicaptenbeleid zou worden geïntegreerd (TK 1992/1993a).

Het ouderenbeleid kent echter een iets andere geschiedenis dan dat voor de doelgroep gehandicapten. Dit verschil in achtergrond is, ondanks de steeds groeiende overeenkomst, nog altijd merkbaar in de huidige beleidspraktijk. In deze paragraaf zal daarom eerst een voor dit onderzoek relevant deel van de geschiedenis van het ouderen- respectievelijk het gehandicaptenbeleid worden beschreven, met speciale aandacht voor de bestuurlijke context. Vervolgens wordt uiteengezet wat, op lokaal niveau, de gevolgen zijn van de uiteenlopende achtergrond en in hoeverre de verwachtingen ten aanzien van een decentrale ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod zijn gerealiseerd.

4.2.1 Bestuurlijke context van het ouderen- en gehandicaptenbeleid

Bij het beleid voor ouderen als gehandicapten (fysiek én verstandelijk) zijn van het begin af aan meerdere departementen betrokken. De opzet was om binnen de algemene, meer sectorale maatregelen nadrukkelijk rekening te houden met deze kwetsbare groepen in de bevolking. Door in het sectorale beleid rekening te houden met maatregelen op andere beleidsterreinen, kon immers voorkomen worden dat juist de kwetsbaren in de samenleving het slachtoffer zouden worden van elkaar bestrijdende beleidsontwikkelingen. Om de samenhang en afstemming tussen de beleidsmaatregelen te bewaken, werden eind jaren zeventig interdepartementale stuurgroepen opgericht. Verder werd één ministerie aangewezen om het interdepartementale beleid voor deze doelgroepen te coördineren. Voor het ouderenbeleid, toen nog bejaardenbeleid genoemd, werd deze coördinatiefunctie neergelegd bij het toenmalige ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM). De minister voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd coördinerend minister voor het gehandicaptenbeleid. Door deze keuze is de ontwikkeling van het ouderenbeleid lange tijd sterk bepaald door het gevoerde beleid op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening respectievelijk het welzijnsbeleid, terwijl het gehandicaptenbeleid in diezelfde periode een volksgezondheidsstempel kreeg.

Ouderenbeleid

In het welzijnsbeleid werd ernaar gestreefd dat mensen, als afzonderlijke personen en als leden van specifieke groepen, "voldoening ervaren in het geheel van diverse belangrijke aspecten van het leven" (Van Tienen 1970). Deze omschrijving geeft al aan dat het welzijnsbeleid zich richt op meerdere terreinen, die ieder ook onderwerp zijn van sectoraal beleid, zoals arbeidsparticipatie en tijdsbesteding, inkomen en sociale zekerheid, huisvesting en ruimtelijke ordening, gezondheid en psychisch welbevinden, vorming en ontplooiing. In het verlengde hiervan hield de maatschappelijke dienstverlening aan ouderen dan ook meer in dan alleen zorgverlening. De voorzieningen voor de ouderen richtten zich ook op de maatschappelijke participatie, de recreatie en de vorming. In de vormgeving van het aanbod werd nadrukkelijk gezocht naar aansluiting op de leefsituatie van de ouderen zelf, zoals deze werd bepaald door bijvoorbeeld het beleid op de terreinen huisvesting en inkomen en door het sociale netwerk. De financiering van de voorzieningen voor ouderen, zowel die voor intramuraal verblijf (bejaardenoorden) als die voor de zelfstandig wonende bejaarden (dienstencentra), geschiedde op basis van subsidieregelingen zoals de diverse rijksbijdragen en de Wet op de bejaardenoorden (WBO).

In het welzijnsbeleid, en dus ook in dat op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening, werd al in een vroeg stadium de nadruk gelegd op een lokale oriëntatie in de ontwikkeling en uitvoering van dit beleid. Deze nadruk nam toe na het verschijnen in 1974 van de zogenoemde *Knelpuntennota* over de problemen die zich bij de uitvoering van het welzijnsbeleid voordeden (Beraadsgroep 1974). Een van de knelpunten die werden gesignaleerd, was dat het veelal ontbrak aan

samenhang tussen diverse sectorale beleidsvoornemens. Omdat hierdoor vooral het welzijn van bepaalde, kwetsbare groepen in de samenleving werd bedreigd, werd ook in deze nota opnieuw gepleit voor een betere afstemming. Daarnaast moest worden geconstateerd dat door de centrale ontwikkeling van het beleid, ook van het welzijnsbeleid, niet voldoende werd aangesloten op door lokale omstandigheden bepaalde behoeften. Pogingen om, in het kader van tijdelijke wetgeving, de lokale overheden actiever bij de beleidsontwikkeling te betrekken, bleken niet voldoende. Daarom werd in de *Knelpuntennota* gepleit voor een wettelijke, structurele onderbouwing voor de decentralisatie van het welzijnsbeleid.

Dit pleidooi vond weliswaar weerklank in zowel de wereld van het beleid als in die van de uitvoerende instellingen, maar heeft niet onmiddellijk geresulteerd in de beoogde brede wetgeving. Wel is, in aansluiting op het advies van de Beraadsgroep, eind jaren zeventig een Kaderwet specifiek welzijn (KSW) aangenomen. Omdat het om ingrijpende veranderingen zou gaan, is er eerst geëxperimenteerd in elf proefgebieden. Uit een evaluatie van dit experiment blijkt onder meer dat een groot aantal beleidsvoornemens en- maatregelen in deze proefgebieden betrekking hadden op voorzieningen voor ouderen: de bejaardenzorg, de bejaardenoorden en het gecoördineerd bejaardenwerk (Van Kesteren et al. 1985). De evaluatie leerde echter ook dat de overgang te groot was en dat de veronderstelde winst in doelmatigheid en doeltreffendheid niet was gerealiseerd. Dit was dan ook een van de redenen dat de Kaderwet in 1983 is ingetrokken.

De decentralisatiegedachte is in het welzijnsbeleid respectievelijk de maatschappelijke dienstverlening echter nooit geheel verlaten. Bij gebrek aan sluitende wetgeving is gekozen voor decentralisatie via tijdelijke rijksbijdrageregelingen, die lokale overheden in staat moesten stellen een eigen beleid te ontwikkelen. Daarnaast werd specifiek voor bejaarden in 1983 het Flankerend bejaardenbeleid ingevoerd. Hierin kwamen twee ontwikkelingen samen, namelijk de tendens tot extramuralisatie van de langdurige zorg- en dienstverlening en die tot decentralisatie. Om de zelfstandige woon- en leefsituatie zolang mogelijk te kunnen handhaven, werd voorgenomen om een deel van de diensten, die in een bejaardentehuis werden aangeboden, ook voor thuiswonende bejaarden bereikbaar te maken. Tevens moest in het kader van het flankerend bejaardenbeleid aandacht gegeven worden aan de maatschappelijke en vooral ook bestuurlijke participatie van de bejaarden. De lokale overheden werd gevraagd om, in overleg met de plaatselijke instellingen, plannen te ontwikkelen, die na goedkeuring door provincies en rijk zouden worden gefinancierd (WVC 1983). Twee jaar later werd bij de herziening van de WBO ook het beleid voor de bejaardenoorden territoriaal gedecentraliseerd. De provincies en vier grote steden kregen de eindverantwoordelijkheid, maar de mogelijkheid bestond om, voor onderdelen, deze verantwoordelijkheid 'door te decentraliseren' naar de lokale overheden. Gevoegd bij de al langer bestaande verantwoordelijkheid voor het instandhouden van een lokale of regionale indicatiecommissie voor opname in een bejaardenhuis, kregen de lokale overheden dus een aanzienlijke taak in het totale bejaardenbeleid.

In 1987 werd dan uiteindelijk toch een decentralisatiewet voor het gehele welzijnsbeleid doorgevoerd, de Welzijnswet (Stb. 1987). Hierin worden de verantwoordelijkheid voor het gecoördineerd bejaardenwerk en voor het flankerend bejaardenbeleid expliciet als taken van de lokale overheden genoemd.

In de (interdepartementale) nota's ouderenbeleid die in de jaren tachtig en negentig verschenen, is steeds gewezen op de taak van lokale overheden om zorg te dragen voor (meer) afstemming en samenhang in het ouderenbeleid op plaatselijk niveau. De redenering die hierbij werd gehanteerd, was dat de lokale overheid, door haar directe contacten met zowel bevolking als lokale instellingen, beter dan het rijk in staat zou zijn om het beleid aan te laten sluiten op de wensen en behoeften die specifiek lokaal bepaald zouden zijn. Daarmee werd feitelijk teruggegrepen op de adviezen van de Beraadsgroep uit 1974 en op de argumentatie voor decentralisatie in bredere zin, zoals deze is verwoord in de *Decentralisatienota* van Binnenlandse Zaken uit 1980 (BiZa 1980). Deze argumentatie is opnieuw gebruikt bij de invoering van het beleid voor sociale vernieuwing, gericht op het wegnemen van de achterstand die diverse groepen in de samenleving hadden opgelopen. De belangrijkste trekkers in dit beleid moesten de lokale overheden zijn, die daartoe extra middelen kregen en de ruimte om geld uit diverse geoordeelde regelingen te bundelen ten behoeve van deze groepen (TK 1989/1990). De ouderen werden expliciet genoemd als een van de doelgroepen voor lokaal beleid. In concreto betekent een en ander dat de lokale overheden inmiddels zo'n vijftien jaar aangesproken (kunnen) worden op een initiërende én een samenbindende rol in het ouderenbeleid.

Gehandicaptenbeleid

De coördinatietaak voor het interdepartementale gehandicaptenbeleid was in eerste instantie opgedragen aan het toenmalige ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Zoals het ouderenbeleid een stempel draagt van het coördinerend ministerie, is dat ook het geval met het gehandicaptenbeleid.

Oorspronkelijk was er sowieso geen sprake van een categoriaal beleid voor gehandicapten. Ieder departement werd geacht op het eigen terrein aandacht te besteden aan specifieke groepen. Om de samenhang van de diverse maatregelen te bevorderen, werd er wel een ambtelijk coördinatiepunt ingesteld, dat oorspronkelijk de naam Interdepartementale stuurgroep revalidatie kreeg. Deze stuurgroep werd ondergebracht bij het ministerie waaronder ook het volksgezondheidsbeleid ressorteerde. Eind jaren zeventig werd de naam van de stuurgroep gewijzigd in Interdepartementale stuurgroep gehandicaptenbeleid (ISG). Deze naamswijziging geeft al aan dat er ook in het gehandicaptenbeleid meer aandacht kwam voor de niet-medische aspecten van de aandoening of beperking (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner 1987).

Het lange tijd ontbreken van specifieke, dus categorale, wetgeving voor de doelgroep gehandicapten heeft onder meer gevolgen gehad voor de wijze waarop de voorzieningen voor deze doelgroep zijn gefinancierd. Was er bij het ouderenbeleid sprake van diverse subsidieregelingen, in het gehandicaptenbeleid werd een groot deel van de (zorg)voorzieningen ondergebracht in de AWBZ en dus uit de premies

gefinancierd. Een ander belangrijk verschil tussen beide coördinerende ministeries is de mate waarin de decentralisatievoornemens daadwerkelijk zijn gerealiseerd. In de hiervoor genoemde *Knelpuntennota* werden naast ouderen ook gehandicapten genoemd als doelgroep voor specifiek (en gedecentraliseerd) welzijnsbeleid. Omdat echter de voorzieningen voor gehandicapten grotendeels AWBZ-gefinancierd werden, lag voor deze voorzieningen decentralisatie via de toenmalige Wet voorzieningen gezondheidszorg meer voor de hand dan opname in de KSW. De Wet voorzieningen gezondheidszorg, waarvan in 1974 al een ontwerp voorlag, is echter nooit gerealiseerd; kort na de KSW is ook dit voorstel tot wet in 1984 ingetrokken. Het gevolg was dat lange tijd alleen de dagverblijven voor (oudere) verstandelijk gehandicapten, die van oudsher tot de maatschappelijke dienstverlening werden gerekend, als onderdeel van de Welzijnswet tot de expliciete verantwoordelijkheid van de lokale overheid werden gerekend.

Integratie ouderen- en gehandicaptenbeleid

Inmiddels was, na de kabinetsformatie in 1982, het directoraat-generaal voor de Volksgezondheid samengevoegd met het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk tot één ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Door deze samenvoeging was aan een belangrijke voorwaarde voor een meer gelijke ontwikkeling van het beleid voor de beide doelgroepen vervuld. Zo werd binnen het directoraat-generaal Welzijn naast een directie Ouderenbeleid een directie Gehandicaptenbeleid geformeerd. Na enige tijd werd ook het secretariaat voor de ISG ondergebracht bij het directoraat-generaal Welzijn. De verbreding van de aandachtspunten in het gehandicaptenbeleid naar niet-medische aspecten werd door deze overgang vermoedelijk versterkt. In ieder geval werden in de voortgangsnotitie van de ISG uit 1985 de gevolgen van een handicap voor vrijwel alle terreinen van het leven aan de orde gesteld. Evenals in het ouderenbeleid kwam in het gehandicaptenbeleid steeds meer de nadruk te liggen op zorg-op-maat, dicht bij huis (TK 1984/1985).

Zoals ook uit de structuur van het toenmalige directoraat-generaal Welzijn kan worden afgeleid - naast de directies Ouderenbeleid en Gehandicaptenbeleid werd ook een directie Jeugdbeleid opgericht -, werd het welzijnsbeleid tot in de tweede helft van de jaren tachtig sterk bepaald door de categorale of doelgroepenbenadering. Vanaf het einde van de jaren tachtig werd deze benadering echter verlaten voor die van het facetbeleid, waarin het adagium "algemeen wat kan, categoriaal wat moet" uitgangspunt werd (WVC 1991; VWS 1994).

Deze ontwikkeling tot facetbeleid heeft mede tot gevolg gehad dat de afbakening tussen de doelgroepen ouderen en gehandicapten minder scherp is geworden. Dat de nadruk meer op de overeenkomsten dan op de verschillen is komen te liggen, komt ook tot uiting in de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) in 1994. Deze wet kwam in plaats van twee regelingen op het terrein van vervoer en hulpmiddelen (Algemene Arbeidsongeschiktheidswet, AAW) en van huisvesting (Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten, RGSHG) voor mensen met beperkingen in het dagelijks functioneren. Door de WVG kwamen de

AAW-verstrekkingen, die alleen open stonden voor leden van de beroepsbevolking, ook beschikbaar voor mensen, die de pensioengerechtigde leeftijd hadden bereikt. De RGSHG had zich in de jaren van haar bestaan al ontwikkeld tot een regeling die vooral door ouderen werd benut. In feite is de WVG ondanks haar naam dus vooral voor de ouderen met beperkingen van belang.

De uitvoering van de WVG is in handen gelegd van de lokale overheden, die daarmee een belangrijke taak in het voorzieningenbeleid voor gehandicapten kregen. De decentralisatie van dit deel van het gehandicapten(- en ouderen)beleid is in de tekst van de WVG gemotiveerd met de verwijzing naar de kortere afstanden op het lokale niveau en daarmee de betere voorwaarden voor afstemming en samenhang. In deze tekst is tevens nadrukkelijk aangegeven dat het de bedoeling is dat door de WVG de integratie van het ouderen- met het gehandicaptenbeleid op het lokale niveau bevorderd wordt (TK 1992/1993a).

In 1994 is ook de Welzijnswet veranderd. Een van de wijzigingen was dat, naast het welzijnsbeleid ouderen nu ook het welzijnsbeleid gehandicapten nadrukkelijk tot de taken van de lokale overheid gerekend wordt (Stb. 1994). Voor beide doelgroepen wordt hiermee bedoeld op "activiteiten (...) gericht op het bevorderen van het maatschappelijk functioneren, de begeleiding, verzorging en behartiging van belangen (...)". In de toelichting op de wetswijziging wordt opgemerkt dat de termen ouderenbeleid en gehandicaptenbeleid betrekking hebben op meer zaken dan die onder de reikwijdte van de Welzijnswet vallen. Deze wet is echter wel de meest geëigende basis voor subsidiëring van maatregelen en voorzieningen die - al of niet in samenhang met andere beleidsmaatregelen - het welzijn van de leden van de beide doelgroepen bevorderen. In wezen wordt met de Welzijnswet de lokale overheid dan ook een mogelijkheid geboden om de coördinatietaak ten aanzien van zowel het ouderen- als het gehandicaptenbeleid te realiseren. Van deze coördinatietaak wordt, na steeds genoemd te zijn in de interdepartementale nota's ouderenbeleid, ook in de interdepartementale nota's gehandicaptenbeleid van na 1994 nadrukkelijk melding gemaakt (TK 1994/1995b en 1996/1997b).

Als onderdeel van de coördinatietaak zijn de lokale overheden verantwoordelijk gesteld voor de organisatie van lokale of regionale indicatieorganen, waar - op termijn - de indicatiestelling voor alle langdurige zorg ondergebracht zou moeten worden. Deze indicatieorganen, die per 1 januari 1997 van start zijn gedaan, zijn nu verantwoordelijk voor de indicering voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en, vanaf 1 januari 1998, voor de thuiszorg. In een later stadium zal ook de indicering voor de zorg voor de (gespecialiseerde) gehandicaptenzorg onder deze organen gaan ressorteren (TK 1996/1997a).

Maatschappelijke participatie

Net als in het geestelijke gezondheidszorgbeleid is in het ouderen- en gehandicaptenbeleid de vergroting van de maatschappelijke participatie een centraal aandachtspunt. Feitelijk was dit een van de redenen om te streven naar een (gedeeltelijk) decentrale ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod. Zoals verwacht werd dat de lokale overheden en organisaties adequater zouden kunnen inspelen op

de door plaatselijke omstandigheden bepaalde zorgvragen, zo werd ook aangenomen dat zij beter in staat zouden zijn een volwaardige deelname aan de samenleving door ouderen en gehandicapten tot stand te brengen. Het sterkst komt deze verwachting tot uiting in de aansporingen die in vrijwel elke beleidsnota van de rijksoverheid sinds de jaren tachtig voorkomen. Telkens weer wordt ervoor gepleit dat de lokale overheid inspraak in het beleid bevordert door het instellen en ondersteunen van adviesraden dan wel het subsidiëren van belangenbehartigingsorganisaties. Ook moeten de belangenbehartigingsorganisaties zijn vertegenwoordigd in de adviesraden van de regionale indicatieorganen en moeten zij worden betrokken bij het opstellen van de regiovisies voor het te ontwikkelen zorgbeleid. Naast deze bestuurlijke participatie zou ook de meer algemene deelname aan de samenleving moeten worden bevorderd. Ondanks mogelijke beperkingen zouden zowel ouderen als gehandicapten in staat gesteld moeten worden een rijk sociaal leven buiten de deur te leiden. In de Wet voorzieningen gehandicapten is bijvoorbeeld dit participatiedoel zeer nadrukkelijk als motivatie voor de getroffen voorzieningen opgenomen. Sterker dan in het ouderenbeleid wordt in het gehandicaptenbeleid bij de bevordering van de maatschappelijke participatie aandacht besteed aan de deelname aan de arbeidsmarkt. De noodzaak tot bevordering van een betere arbeidsmarktparticipatie is vanaf het begin van de jaren negentig een steeds terugkerend onderwerp in het gehandicaptenbeleid. Enerzijds kan deze groeiende aandacht verklaard worden uit een algemene tendens om de arbeidsdeelname van de Nederlandse bevolking te bevorderen. Maatregelen om de arbeidsdeelname van lichamelijk en verstandelijk gehandicapten te bevorderen maken deel uit van een reeks aan regelingen die gericht zijn op het terugdringen van langdurige werkloosheid dan wel arbeidsongeschiktheid. (Zie voor een overzicht van de diverse maatregelen die in de jaren negentig zijn genomen onder meer Van Gelder en Gorter 1997; Donker et al. 1996; SER 1997.) Anderzijds wordt zowel door de (meeste) gehandicapten zelf als door de overheden arbeidsdeelname gezien als een belangrijk emancipatieinstrument. Het verrichten van arbeid en, vooral, het daarvoor betaald worden draagt bij aan een groter zelfvertrouwen en een grotere onafhankelijkheid. Het wordt tevens gezien als een bewijs van fundamentele gelijkwaardigheid aan mensen zonder handicap.

Ook bij het bevorderen van de arbeidsmarktparticipatie door mensen met een handicap zou de lokale overheid een belangrijke rol moeten spelen. De wettelijke basis hiervoor wordt vooral gevormd door de Wet op de sociale werkvoorziening (WSW), die immers van oudsher al moest voorzien in werkgelegenheid voor mensen die door hun beperkingen niet aan de reguliere arbeidsmarkt konden deelnemen. Daarnaast geeft ook de Wet integratie werkzoekenden (WIW) taken aan de lokale overheid ter bevordering van de arbeidsdeelname door mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap. In de loop van 1997 is bovendien de Wet op de reïntegratie van arbeidsgehandicapten (REA) ingevoerd. Deze wet maakt de gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van de arbeidsgehandicapten, die een uitkering van de gemeenten ontvangen (TK 1996/1997g). Op dit terrein is de lokale overheid echter niet de enige actor in het spel: verwacht wordt dat ook de Arbeidsvoorziening en de uitvoeringsinstellingen

werknemersverzekeringen (UVI's) alsmede hun landelijke koepel, Lisv, een belangrijke rol spelen.

4.2.2 De praktijk van het ouderen- en gehandicaptenbeleid op decentraal niveau

Het gehandicaptenbeleid is dus door de wijziging van de Welzijnswet en door de invoering van de WVG in 1994, een kleine tien jaar na het ouderenbeleid, eveneens voor een belangrijk deel onderwerp van decentrale besluitvorming. Uit onderzoek naar de stand van zaken in het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid anno 1995/1996 blijkt dat dit verschil van tien jaar zijn sporen in ieder geval voorlopig nog wel even zal nalaten. Enerzijds heeft de invoering van de WVG er wel toe geleid dat er meer plaatselijke en regionale platforms voor de belangenbehartiging van gehandicapten zijn opgezet (Lammerts en Rapse 1994). Anderzijds worden deze organisaties in de dagelijkse praktijk heel wat minder bij het beleid betrokken dan de belangenbehartigingsorganisaties voor de ouderen (Kwekkeboom 1997). Zij richten zich in het algemeen op verschillende onderwerpen en werken weinig met elkaar samen. Daarnaast blijkt het lokale voorzieningenaanbod zich vooral op ouderen te richten en nauwelijks op gehandicapten. Binnen het apparaat van de lokale overheid zelf blijkt een integrale ontwikkeling in het beleid voor ouderen beter van de grond te komen dan in dat voor gehandicapten; niet zelden blijkt zelfs dat de uitvoering van de WVG voor een belangrijk deel losstaat van die van het welzijnsbeleid voor ouderen.

Een belangrijkere uitkomst van het onderzoek naar het lokale beleid is echter dat, ondanks de langere aanloopperiode, ook van samenhang en afstemming in het ouderenbeleid nog weinig terecht is gekomen. In een eerdere beschrijving van de regelgeving is geconstateerd dat dit beleid vooral gekenmerkt wordt door een *gereguleerde decentralisatie*. Aan de overdracht van de taken en bevoegdheden de lokale overheden zaten zoveel beperkingen verbonden dat de slagkracht van de gemeenten om daadwerkelijk zelf beleid te ontwikkelen, te gering was (Kwekkeboom 1994). De wijzigingen die vanaf 1994 hebben plaatsgevonden, hebben daar au fond geen verandering in gebracht.

De belangrijkste hindernis voor het vervullen van een sturende rol is het gegeven dat de belangrijkste andere actoren vrijwel autonoom ten opzichte van de lokale overheden kunnen functioneren. Binnen het intersectorale beleid voor zowel ouderen als gehandicapten staan de terreinen huisvesting en zorg- en dienstverlening centraal. Ten gevolge van het rijksbeleid in de jaren negentig zijn de aanbieders van sociale huisvesting, de woningcorporaties, vrijwel onafhankelijk geworden. Zij zijn wel verplicht om voor de doelgroep van de sociale huisvesting, de huishoudens met lage inkomens, een toereikend aanbod te verzorgen, maar zij hebben ook de taak én de mogelijkheid dit meer marktconform te doen.¹ De lokale overheden worden in de meeste gevallen wel bij overleg over de plannen van de corporaties betrokken, maar een beslissende of zelfs maar sturende invloed hebben zij niet. Ten opzichte van de aanbieders van huisvesting in de vrije sector is de positie van de lokale overheden zo mogelijk nog zwakker.

Ook op het terrein van de zorg- en dienstverlening is de lokale overheid de zwakste partij. Bovendien is dit terrein (nog altijd) intern sterk verdeeld. De belangen van de instellingen die intramurale zorg bieden (i.c. de verzorgings- en verpleeghuizen), staan niet zelden haaks op die van de extramurale thuiszorg, en ook binnen het intramurale circuit zelf is regelmatig sprake van belangentegenstellingen. Daarbij komt dat de diverse instellingen in veel gevallen eenzelfde of een vergelijkbare voorziening aanbieden, waarvoor de afnemer een verschillende prijs moet betalen. Soms ook is er overlap respectievelijk concurrentiestrijd tussen de specifieke zorginstellingen en die voor de dienstverlening in het kader van het welzijnsbeleid.

In het licht van deze uitkomsten is het opvallend dat, desgevraagd, vrijwel alle betrokkenen bij het ouderen- en gehandicaptenbeleid instemmen met het uitgangspunt dat er gestreefd zou moeten worden naar meer samenhang en afstemming. Ook de gedachte dat dit streven het best op lokaal niveau, zo dicht mogelijk bij de burgers, kan worden gerealiseerd, krijgt brede steun. Het draagvlak voor de beleidsvoornemens is dus, zo lijkt het, sterk genoeg. Dit lijkt echter geen voldoende voorwaarde te zijn om de mogelijk negatieve gevolgen voor lief te nemen.

Meer samenwerking en afstemming mogen dan, zeker vanuit het oogpunt van de cliënt, gewenst zijn, om diverse redenen kunnen zij echter het belang van de instelling zelf schaden. Een van de belangrijkste redenen om niet al te intensief of structureel samen te werken is domweg een financiële. Vooralsnog immers hebben de instellingen voor zorg- en dienstverlening elk hun eigen budget dat uit verschillende financieringsbronnen wordt gevoed. Zo worden verpleeghuizen en thuiszorg gefinancierd uit de AWBZ en zitten de verzorgingshuizen in de overgangsfase van financiering op basis van de WBO naar financiering op basis van de AWBZ.² De stichtingen welzijn ouderen nemen in vrijwel alle gemeenten ook een deel van het lokale voorzieningenaanbod voor hun rekening. Het gaat daarbij vooral om de op basis van de Welzijnswet gefinancierde zogenoemde flankerende voorzieningen als maaltijdvoorziening en sociale alarmering. De stichtingen worden op grond van dezelfde Welzijnswet wel door de plaatselijke overheid gefinancierd, maar zijn in veel gevallen tamelijk autonoom in hun beleid. De verschillende financieringsstromen kennen elk hun eigen voorschriften of betalingscriteria zodat een gezamenlijk voorzieningenaanbod niet altijd opportuun is zorg te dragen. Bovendien maken de voorzieningen voor elk van de instellingen vaak deel uit van een breder pakket, wat het niet altijd logisch maakt om met andere samen te werken. Wat aan de ene kant aan afstemming gewonnen zou worden, gaat dan immers aan de andere kant weer verloren. Uit het onderzoek blijkt dan ook dat waar er wordt samengewerkt, dit vooral gebeurt in beperkte projecten. Deze zijn in de meeste gevallen tijdelijk van aard en kennen geen structurele financiering.

Ditzelfde geldt ook voor de, nog zeldzamere, situaties waarin zorg- en dienstverleningsinstellingen samenwerken met de plaatselijke woningcorporaties. Overigens lijken deze samenwerkingsrelaties vaker zonder dan dankzij sturing door

de lokale overheid tot stand te komen. In deze situaties wordt blijkbaar door de betrokken partijen wel een gezamenlijk, zij het beperkt, belang onderkend.

Een tweede belangrijke oorzaak voor de geringe lokale samenwerking tussen de diverse instellingen is het verschil in schaalgrootte. Met name de thuiszorginstellingen, maar ook de verpleeghuizen en, in mindere mate, de verzorgingshuizen bestrijken in veel gevallen een heel wat groter werkgebied dan de meeste lokale overheden zelf en de onder hen ressorterende stichtingen welzijn ouderen. Ook de werkgebieden van de eerstgenoemde instellingen zelf vallen lang niet altijd samen. Een en ander heeft tot gevolg dat de diverse organisaties zouden moeten samenwerken met meerdere andere, die elk op hun beurt ook weer andere potentiële samenwerkingspartners hebben. Een structurele samenwerking, hoe gewenst ook, ligt in deze situaties niet zo voor de hand. Daar komt voor de thuiszorginstellingen nog bij dat zij in principe algemeen en niet categoriaal werken en dus in hun beleid rekening moeten houden met meerdere en andere hulpvragen dan van alleen ouderen en gehandicapten.

Nu in de wereld van de huisvesting de corporaties steeds vaker samengaan of fuseren, laten deze negatieve gevolgen van schaalvergroting zich ook daar gelden. En ook voor de corporaties geldt dat zij in hun aanbod met meer woonwensen dan alleen van ouderen en gehandicapten rekening moeten houden.

Een derde factor ligt in de lokale overheden zelf. Uit het onderzoek kwam namelijk naar voren dat tussen bijvoorbeeld de portefeuillehouder en de verantwoordelijke ambtenaren lang niet altijd overeenstemming bestond over de belangrijkste problemen en de manier waarop deze aangepakt moesten worden. Men bleek zich in veel gevallen niet van deze verschillen bewust. Ook tussen de diverse gemeentelijke (sectorale) beleidsafdelingen bestond verschil van mening over het te voeren beleid en binnen het gemeentelijk apparaat werd niet altijd samengewerkt. Het kwam ook regelmatig voor dat het beleid en de uitvoering van de WVG in handen lag van een geheel andere afdeling dan van het lokale beleid voor (alleen) ouderen. Bovendien bleken de lokale overheden niet tot nauwelijks met elkaar samen te werken, zelfs de kleinere gemeenten, waarin de ambtenaar soms niet meer dan een tot twee dagen per week aan het ouderen- en gehandicaptenbeleid kon besteden, opereerden vaak alleen.

Gedeeltelijke decentralisatie van het ouderen- en gehandicaptenbeleid blijkt dus niet de samenwerking en afstemming op te leveren die was verwacht. Ook de regiefunctie van de lokale overheden is (nog?) niet uit de verf gekomen. Om in een krachtenveld als hiervoor beschreven als regisseurs te kunnen optreden, hebben de lokale overheden meer coöperatie, zowel intern als extern, nodig. Deze coöperatie lijkt nauwelijks te worden gezocht, laat staan gerealiseerd.

De verwachting dat door decentralisatie de inbreng van de belanghebbende burgers groter zou worden, is ook nog niet ten volle uitgekomen. Want ondanks de jarenlange nadruk in het (lokale) ouderenbeleid op bestuurlijke inbreng door de leden van de doelgroep blijkt anno 1996 dat de invloed van de

belangenbehartigingsorganisaties op het overheidsbeleid beperkt is. De betrokkenheid van de gehandicaptenorganisaties is veelal van een latere datum en hun invloed is (nog) navenant. Opvallend is tevens dat een groot deel van de zorginstellingen, die sinds 1996 verplicht zijn cliënten/patiënten medezeggenschap te verlenen, aangeeft de cliënten nauwelijks bij de ontwikkeling van het beleid te betrekken. Ook bij de woningcorporaties lijkt de invloed van de ouderen en gehandicapten gering te zijn. Daar waar wel van een formele medezeggenschap sprake is, wordt de invloed ervan vaak verzwakt doordat de belangenbehartigingsorganisaties voor ouderen en die voor gehandicapten niet of weinig met elkaar samenwerken. Zo blijven de ouderenorganisaties andere onderwerpen aan de orde stellen dan de gehandicaptenplatforms en wordt er weinig gezocht naar gemeenschappelijke belangenbehartiging (Kwekkeboom 1997).

In hoeverre de diverse maatregelen ter bevordering van de arbeidsmarktparticipatie daadwerkelijk succes zullen hebben en in hoeverre een lokale oriëntatie in het beleid een rol zou hebben gespeeld, kan nu nog niet worden vastgesteld. De meeste maatregelen zijn immers vrij recent doorgevoerd. Uit (landelijk) onderzoek naar de arbeidsmarktpositie van mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap, blijkt echter dat deze nog altijd beduidend zwakker is dan die van overige delen van de beroepsbevolking (De Klerk en Timmermans 1997).

4.3 Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg

De ontwikkelingen in het beleid voor de geestelijke volksgezondheid komen in grote lijnen overeen met die in het intersectorale beleid voor ouderen en gehandicapten. Omdat het beleidsterrein van de geestelijke volksgezondheid echter een heel andere historie heeft, gaan deze ontwikkelingen in een ander tempo en nemen zij soms een andere gedaante aan. Bovendien wijkt het geestelijke gezondheidszorgbeleid, ondanks de overeenkomsten, af van dat voor de beide andere groepen langdurige zorgbehoevenden, doordat het hiervoor nog lastiger is de doelgroep van het beleid, en dus van de voorzieningen, eenduidig af te bakenen. De grens tussen ouderen en gehandicapten vervaagt, omdat kalenderleeftijd onvoldoende criterium lijkt voor afbakening. In het gehandicaptenbeleid worstelt men evenzo met de vraag wanneer een functiestoornis een zodanige beperking is dat de betrokkene erdoor gehandicapt is (Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1995). In de geestelijke gezondheidszorg is het afbakeningscriterium nog moeilijker te omschrijven omdat psychische stoornissen lang niet altijd eenduidig zijn vast te stellen. Weliswaar wordt voor de diagnostiek uitgegaan van de internationaal geaccepteerde DSM-IV systematiek, maar het komt regelmatig voor dat een eerder gestelde diagnose moet worden herzien.³ Bovendien kennen mensen die met psychische stoornissen te kampen hebben, vaak langdurige perioden waarin zij vrijwel nergens last van lijken te hebben. Het ontbreken van een onbetwistbaar afbakeningscriterium heeft de historie van het geestelijke gezondheidszorgbeleid mede bepaald (Schnabel 1995).

4.3.1 Bestuurlijke context van het geestelijke gezondheidszorgbeleid

Een belangrijke verklaring voor de verschillen tussen het beleid voor enerzijds de ouderen en gehandicapten en anderzijds de geestelijke gezondheidszorg is het feit dat het laatste vooral door een departement, namelijk dat voor het volksgezondheid, is bepaald.

In de Memorie van Toelichting op begrotingen uit de jaren zeventig en begin jaren tachtig wordt wel verwezen naar interdepartementale werkgroepen, maar in de meeste gevallen ging het dan om een qua reikwijdte beperkt overleg met het toenmalige CRM. Dit overleg had bovendien vaker betrekking op afstemming met welzijnsvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten dan op CRM-beleid ten behoeve van mensen met psychische of psycho-sociale problemen. Ten gevolge van het hiervoor genoemde afbakeningsprobleem maakte wat nu geestelijke gezondheidszorgbeleid genoemd wordt, tot 1983 namelijk bestuurlijk onderdeel uit van het toenmalige zwakzinnigenbeleid.

Ook na het ontstaan van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) bleef de geestelijke gezondheidszorg tot het domein van het DG Volksgezondheid horen. Geestelijke gezondheidszorgbeleid is daarmee in hoge mate *volksgezondheid*beleid. De gevolgen van de verschillende departementsculturen voor de ontwikkelingen op een beleidsterrein doen zich ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg in nog sterkere mate voor dan beschreven is voor het gehandicaptenbeleid. Dit is voor een deel terug te voeren op het feit dat in de geestelijke gezondheidszorg, sterker dan in de ouderen- en de gehandicaptenzorg, lange tijd de intramurale voorziening centraal heeft gestaan. Dit had te maken met de opvattingen ten aanzien van de beste zorg bij (ernstige) psychische problematiek maar ook met de organisatie van het aanbod aan ambulante zorg. Tot 1982 kende de ambulante geestelijke gezondheidszorg vier werksoorten met elk een eigen voorziening: de Instituten voor multidisciplinaire psychotherapie (IMP's), de Sociaal-psychiatrische diensten (SPD's), de Medisch- opvoedkundige bureaus (MOB's) en de Bureaus voor levens- en gezinsvragen (LGV's). Opzet en organisatie van de vier werksoorten waren erg verschillend, wat voor een belangrijk deel verklaard kan worden uit hun uiteenlopende ontstaansgeschiedenissen (Van der Grinten 1986).

De vier werksoorten kenden ook uiteenlopende financieringsregelingen, zoals (deels) AWBZ-gefinancierd of (deels) gesubsidieerd door Volksgezondheid respectievelijk CRM. Hierdoor waren niet alleen hun onderlinge posities ongelijk in sterkte maar stonden zij ook gezamenlijk zwakker dan de AWBZ-gefinancierde intramurale sector. Pas nadat in 1982, na een jarenlange discussie over de meest gewenste vorm, de ambulante voorzieningen opgingen in Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) kon van een samenhangend extramuraal aanbod gesproken worden (Van der Grinten 1982).

Door deze ontwikkeling werd tevens de samenhang binnen de gehele geestelijke gezondheidszorg vergroot omdat de RIAGG's, net als de intramurale voorzieningen, AWBZ-gefinancierd werden en daarmee dus onderwerp werden van centrale sturing. De vorming van regionale instellingen had overigens ook nog een ander

effect op de gehele sector. Nu de ambulante zorg, die in veel gevallen immers ook voor- en nazorg bij opname inhield, regionaal georganiseerd was, begon het voor de hand te liggen om in de intramurale geestelijke gezondheidszorg eveneens een meer regionale oriëntatie in te voeren. Tot dan toe waren in veel gevallen de denominatie en de persoonlijke voorkeur van de patiënt, van diens familie of van de verwijzer bepalend voor de keuze voor een bepaalde instelling. Om een grotere samenhang in de regionale zorg te bevorderen werd in 1983 de Regionale Instelling voor geestelijke gezondheidszorg (RIGG) ingevoerd. Opzet was dat alle geestelijke gezondheidszorginstellingen in een bepaalde regio binnen zo'n RIGG afspraken zouden maken over onderlinge samenwerking en verwijzing. Dergelijke afspraken zouden onder meer moeten resulteren in een regionaal opnamebeleid en idem informatiesysteem. Hiermee werd de basis gelegd voor een meer regionaal georiënteerde ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg

Net als in de andere onderdelen van het beleid voor langdurig zorgbehoevenden staat vanaf het begin van de jaren tachtig in de geestelijke gezondheidszorg het streven naar extramuralisatie centraal (TK 1983/1984b). Het accent werd verschoven van opname naar ambulante zorg, eventueel aangevuld met zorg aan huis. Voor de geestelijke gezondheidszorg werden, zoals al aangegeven in hoofdstuk 3, de aanzetten hiertoe gegeven in de *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid* uit 1984 (TK 1983/1984a). In deze nota pleitte de overheid voor een krachtiger ambulante geestelijke gezondheidszorg en introduceerde tevens de begeleiding- en huisvestingsvorm beschermend wonen. De beleidskoers naar meer extramurale en minder intramurale zorg voor psychiatrische patiënten werd in de *Nieuwe nota* aangeduid met de term "vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg". De psychiatrische patiënt moest vanuit een inrichting in de bossen of de duinen zoveel mogelijk terug naar de samenleving en als gewoon lid van de samenleving blijven of gaan wonen in een gewoon huis, in een gewone straat in een gewone buurt.

De beleidslijnen die in de *Nieuwe nota* werden uitgezet, waren in feite een bekrachtiging van zowel inhoudelijke als politieke ontwikkelingen in het denken over een andere inrichting van de geestelijke gezondheidszorg. Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig hadden aanbieders en gebruikers elkaar gevonden in hun strijd om sluiting of afbouw van de toen bestaande grootschalige psychiatrische ziekenhuizen. Zij pleitten voor kleinschaliger instellingen, waar, naar het voorbeeld van de Amerikaanse community mental health centers (CMHC), ambulante en kortdurende hulp geboden kon worden.⁴ Dit pleidooi mondde in 1982 - hetzelfde jaar waarin de RIAGG-vorming een feit werd - uit in het zogenoemde moratorium op de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen. Voor dit moratorium werd gepleit door psychiaters én patiëntenvertegenwoordigers samen (Van der Poel et al. 1985). Zij stelden voor om de plannen voor een ingrijpende ver- en nieuwbouw van psychiatrische inrichtingen (waarmee een bedrag van 570 mln. gulden gemoed zou

zijn) even te laten rusten en tijd in te ruimen voor een bezinning op het te ontwikkelen geestelijke gezondheidszorgbeleid. De initiatiefnemers voor de Moratorium-actie waren van mening dat een deel van de miljoenen die voor de bouw van de intramurale voorzieningen waren uitgetrokken, wellicht beter besteed konden worden aan het ontwikkelen van andere voorzieningen (zoals beschermende woonvormen en dagbehandeling). Ook bepleitten zij dat, voordat er met de nieuw- of verbouw van intramurale voorzieningen zou worden doorgedaan, eerst aandacht werd besteed aan een betere afstemming tussen de (nieuwe) ambulante zorg van de RIAGG's en de intramurale zorg in de inrichtingen. De Moratorium-actie leidde tot een felle discussie tussen voor- en tegenstanders, maar vond bij de leden van de Tweede Kamer zoveel weerklank dat de motie met het verzoek om (tijdelijke) stillegging van de bouwplannen kamerbreed werd aangenomen. Vervolgens werden dus in de *Nieuwe nota* de uitgangspunten achter de moratorium-actie overgenomen in het landelijk beleid voor de geestelijke gezondheidszorg.

De in deze nota geïntroduceerde term vermaatschappelijking betekende ook dat binnen de geestelijke gezondheidszorg gesubstitueerd moest worden. Het aantal bedden in de algemene psychiatrische ziekenhuizen moest omlaag; het vrijkomende geld kon dan besteed worden aan zorg in de transmurale of extramurale sfeer: plaatsen in de beschermende woonvormen, wonen in een begeleid wonen project, deeltijdbehandeling in een Multifunctionele Eenheid vanwaaruit zowel klinische als ambulante zorg kon worden geboden, enzovoort. Om deze substitutie goed te laten verlopen was (meer) samenwerking tussen de diverse voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk.

Begin jaren negentig verscheen een nieuwe nota, waarin de hoofdlijnen voor het te voeren geestelijke gezondheidszorgbeleid werden uiteengezet, met de veelzeggende titel *Onder anderen*. In deze nota moest worden geconstateerd dat met name de ontwikkeling van de semi-murale zorg, de beschermende woonvormen, achterbleef bij de voornemens (TK 1992/1993b). Daarnaast deed zich het probleem voor dat de organisatie in drie aanbiederszuilen - intramuraal, semi-muraal en ambulant - de noodzakelijke samenhang in de zorgverlening in de weg stond. De schotten tussen de zuilen moesten worden weggenomen, zodat meer zorg op maat mogelijk werd. Als belangrijk instrument daartoe werd de circuitvorming geïntroduceerd. De opzet van deze (regionale) circuitvorming is dat diverse geestelijke gezondheidszorginstellingen in de regio vergaand met elkaar samenwerken in de hulpverlening aan specifieke groepen cliënten, zoals kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen.⁵ In de nota zelf wordt overigens al aangegeven dat overlappingsen tussen de diverse zorgcircuits onvermijdelijk zullen zijn. Men spreekt dan ook van "in elkaar grijpende ketens van zorg rond (groepen van) cliënten en patiënten". Om de vermaatschappelijking verder vorm te geven, dienden bij de circuitvorming ook andere voorzieningen betrokken te worden. Het gaat daarbij om voorzieningen als de maatschappelijke opvang, AMW, justitie en somatische zorg. Idealiter zouden binnen een regio min of meer structurele samenwerkingsrelaties tussen deze voorzieningen en het geestelijke gezondheidszorgaanbod instandgehouden

moeten worden. Voor de geestelijke gezondheidszorgcomponent binnen de circuits wordt, zoals gezegd, gestreefd naar een zo groot mogelijke afstemming en integratie en indien mogelijk fusie. Vanuit de samenwerkende of gefuseerde instellingen kunnen dan binnen de betrokken regio zogenoemde Multifunctionele Eenheden (MFE's) ingericht worden. Deze MFE's dienen, zoals de naam al aangeeft, op een locatie meerdere voorzieningen (functies) te bieden, zodat de cliënt er terecht kan voor zowel eenmalige ambulante psychiatrische hulp als kortdurende opname en alles wat daar aan tussenvormen als dagbehandeling, groepstherapie of psychiatrische thuiszorg tussenligt. Opzet is dat behalve multifunctioneel deze MFE's ook kleinschalig en evenwichtig over de regio verspreid zijn. Iedereen die hulp zoekt bij zijn of haar psychische problematiek, kan dan vlakbij of in het eigen thuismilieu deze hulp krijgen.

In de nota wordt aan de term vermaatschappelijking ook een andere betekenis toegekend, namelijk dat de geestelijke gezondheidszorg oog moet hebben voor maatschappelijke processen die zouden kunnen veroorzaken dat (meer) mensen psychische problemen ontwikkelen, en dat ze preventieve maatregelen daartegen zou moeten nemen. Vroegtijdige signalering van dergelijke processen en hun gevolgen voor de geestelijke gezondheid van mensen kan, zo wordt gehoopt, het ontstaan of verergering van psycho-sociale en psychische problematiek voorkomen. Vanuit dit (preventieve) oogpunt wordt in de nota dan ook gepleit voor de ontwikkeling en uitbouw van een Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Deze OGGZ zou zich niet moeten richten op de individuele hulpvrager, zoals de reguliere geestelijke gezondheidszorg, maar een algemeen preventief voorzieningenbeleid moeten voeren.

In de beleidsbrief van juni 1997 schrijft de verantwoordelijke minister dat de vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg weliswaar goed op koers ligt maar niet in alle regio's even snel verloopt (TK 1996/1997c). De voorgestane fusieprocessen tussen intramurale, semi-residentiële en ambulante voorzieningen komen niet overal even soepel van de grond. Bij de vorming van MFE's moeten de samenwerkende instellingen immers hun autonomie, of in ieder geval een groot deel ervan, opgeven. Van de medewerkers wordt verwacht dat zij de cultuur van 'hun' voorziening loslaten en zich de cultuur en werkwijze voor een geheel nieuw aanbod eigen maken. Verder is vaak onduidelijk hoe de financiering zal verlopen en welk deel van de capaciteit van de MFE's beschikbaar komt voor de oorspronkelijke voorzieningen respectievelijk hun cliënten. Een en ander is aanleiding om in bovengenoemde beleidsbrief aan te kondigen dat de overheid deze processen in de regio's die achterblijven, nadrukkelijk zal gaan stimuleren.

Het principe dat de geestelijke gezondheidszorg in toenemende mate ambulant gegeven zal moeten worden en dat voor de ondersteuning van mensen met psychische problematiek een beroep gedaan zal worden op algemene voorzieningen, wordt in boven aangehaalde brief niet losgelaten. In de brief wordt dan ook opnieuw gesproken over de noodzaak tot afstemming met de grensgebieden. Dat deze afstemming gewenst is, is inmiddels al op diverse terreinen aangetoond. Door de verdergaande extramuralisatie zal de noodzaak tot afstemming alleen maar

toenemen en zal deze meer (beleids)terreinen moeten bestrijken dan alleen die van de hulpverlening. De Raad voor de volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) gaat er in zijn advies over de verdergaande extramuralisatie in de geestelijke gezondheidszorg vanuit dat 50% tot 70% van de nu langdurig opgenomen patiënten in principe ambulante geholpen zouden kunnen worden. Om een dergelijke extramuralisatie te realiseren zouden echter wel voor zo'n 4.000 tot 7.000 mensen meer of minder specifieke woonvoorzieningen getroffen moeten worden. Bij dergelijke woonvoorzieningen zou het voor een deel kunnen gaan om terbeschikkingstelling van woningen uit het reguliere aanbod, voor een ander deel zullen specifieke woonvormen, met mogelijkheden tot meer of minder intensieve begeleiding en in pandige dagbesteding, worden gecreëerd. Om een en ander te kunnen realiseren, zullen afspraken, convenants, met de woningbouwverenigingen overeengekomen moeten worden (RVZ 1996).

Een beleidsterrein waarmee, sterker nog dan met andere terreinen, de afstemming dringend verbeterd zou moeten worden is dat van de verslavingszorg. Halverwege de jaren tachtig werd al voor meer samenhang tussen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg gepleit omdat duidelijk was dat verslavingsproblemen en psychische problematiek vaak onderling verweven zijn. Samenwerking en afstemming tussen de beide terreinen is lange tijd echter niet vanzelfsprekend geweest. Inmiddels lijkt de afstand tussen beide minder groot, getuige ook het feit dat bij de fusie van de landelijke koepels van geestelijke gezondheidszorgaanbieders in 1997 de landelijke koepel van de verslavingszorginstellingen betrokken was. De verwachting is dat (mede hierdoor) ook op uitvoeringsniveau meer samenwerkingsrelaties tot stand zullen komen.

Meer samenwerking met de maatschappelijke opvang is eveneens noodzakelijk. Er zijn namelijk signalen dat onder de gebruikers van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang steeds meer psychiatrische problematiek voorkomt.

Het streven naar een zo normaal mogelijke leefsituatie voor mensen met psychische problemen heeft met zich meegebracht dat er meer aandacht is gekomen voor de mogelijkheden, of liever gezegd onmogelijkheden, voor een zinvolle dagbesteding. Deze dagbesteding maakt zelfs deel uit van het rehabilitatietraject dat (ex-)psychiatrische patiënten idealiter af zouden moeten leggen. Een bevredigende manier om de tijd te besteden draagt enerzijds bij aan een groter zelfvertrouwen en anderzijds aan het herstellen of versterken van een dagritme. Beide vergroten de kans voor de (ex-)psychiatrische patiënt om zich in de samenleving te kunnen handhaven. De *Nieuwe nota voor de geestelijke gezondheidszorg* wees in 1984 al op het belang van zinvolle dagbesteding voor de (ex-)psychiatrische patiënt. Pas in 1988 echter schied een advies van de Ziekenfondsraad de mogelijkheid om voorzieningen voor dagbesteding (experimenteel) te financieren (Zfr 1988). In de loop der jaren zijn deze voorzieningen voor dagbesteding (meestal DAC's, dagactiviteitencentra, genoemd) uitgegroeid tot een regulier aanbod.

Deze DAC's waren, volgens het advies van de Ziekenfondsraad, uitsluitend bedoeld voor (ex-)psychiatrische patiënten die gebruik maakten of gemaakt hadden van andere voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Zij waren daarmee

dus zowel strikt sectoraal als categoriaal. Hiermee werd afgeweken van het in 1987 voor de Nationale Raad voor de Volksgezondheid uitgebrachte advies over dit onderwerp. In dit advies was de dagbesteding voor (ex-)psychiatrische patiënten in een breder kader geplaatst. Rehabilitatie en reïntegratie van de (ex-)psychiatrische patiënt betekent daar ook het (weer) deelnemen aan loonvormende arbeid (NRV 1987). Dagbesteding is dan een van de mogelijkheden, die soms kan dienen als opstapje, noem het training, voor de toegang tot de reguliere arbeidsmarkt. Daarbij wordt dezelfde redenering gevolgd als in het gehandicaptenbeleid: ieder moet in staat gesteld worden om, ondanks een beperking, loonvormende arbeid te verrichten.

Deze denkwijze is, vermoedelijke mede onder invloed van de nadruk op arbeidsintegratie in het gehandicaptenbeleid, nu ook in het geestelijke gezondheidszorgbeleid breed geaccepteerd. Arbeidsrehabilitatie van (ex-)psychiatrische patiënten is dan ook in de recente sectorvisie een vanzelfsprekend onderdeel van het facetbeleid is geworden (TK 1998/1999a). Ter bevordering van de deelname aan de arbeidsmarkt door mensen met psychische problematiek dienen de geestelijke gezondheidszorginstellingen nauw samen te werken met de (lokale of regionale) partijen, zoals lokale overheden, Arbeidsvoorziening en de uitvoeringsorganen. De in paragraaf 4.2.1 genoemde wetten, ter bevordering van de deelname van fysiek of verstandelijk gehandicapten, hebben in principe ook betrekking op de arbeidsreïntegratie van (ex-)psychiatrische patiënten. In het jargon van de wetgever wordt deze groep dan aangeduid als "psychische (arbeids)gehandicapten" en voor het overige gelijkgesteld aan mensen die in andere opzichten gehandicapt zijn.

Positie van de lokale overheden

In de beleidsbrief uit 1997 werd aangegeven dat aan de lokale overheden een belangrijker rol in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg wordt toegekend. Dit werd nog eens benadrukt in de tegelijkertijd uitgebrachte beleidsbrief over de openbare geestelijke gezondheidszorg (TK 1996/1997d). Daarnaast was al eerder aangekondigd dat bij de Regionale indicatieorganen (RIO's), waarvoor in eerste instantie immers de lokale overheden verantwoordelijk zijn, ook de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg zou worden ondergebracht (TK 1996/1997).

Aanvankelijk leek het er dus op dat de lokale overheden in het geestelijk volksgezondheidsbeleid eenzelfde taak opgelegd krijgen als zij al ten aanzien van het ouderen- en het gehandicaptenbeleid hebben uit te voeren. Ook leek het de bedoeling te zijn dat het (lokale) beleid voor ouderen, gehandicapten en mensen met langdurige psychische problematiek steeds meer in elkaar geschoven zou worden. De RVZ pleitte in zijn adviezen over zowel de extramuralisatie van de geestelijke gezondheidszorg als over de afstemming tussen wonen en zorg al voor een zogenoemde Beperkingenwet (RVZ 1996; RVZ 1997b). Op grond van deze wet zou iedereen die beperkingen ondervindt in het dagelijkse leven, ongeacht de oorzaak daarvan, recht moeten hebben op voorzieningen die deze beperkingen opheffen dan wel compenseren. De lokale overheden zouden voor de uitvoering van deze wet - die in feite een uitbreiding van de WVG zou zijn - verantwoordelijk

moeten worden. Daarmee worden deze overheden dan tevens verantwoordelijk voor de samenhang en afstemming van het (lokale) voorzieningenaanbod voor alle langdurig zorgbehoevenden, dus ook voor de (chronische) psychiatrische patiënt of de langdurig verslaafde.

In de sectorvisie op de geestelijke gezondheidszorg, die in januari 1999 is uitgebracht, is van een mogelijke ineenvloeiing van het beleid voor alle langdurige zorgbehoevenden echter geen sprake meer (TK 1998/1999a). Welke rol de lokale overheid in het voorzieningenaanbod voor de geestelijke gezondheidszorg moet gaan spelen, wordt in deze visie niet geheel duidelijk gemaakt. Wel lijkt zij in vergelijking met de voornemens uit de eerdere beleidsbrief sterk aan belang te hebben ingeboet. De lokale overheden blijven wel belangrijke gesprekspartners bij het, samen met aanbieders en verzekeraars, ontwikkelen van de regionale visie voor de geestelijke gezondheidszorg. Ook dienen zij, net als andere lokale instellingen en organisaties, met de geestelijke gezondheidszorg samen te werken aan de realisatie van een samenhangend aanbod aan zorg en opvang op lokaal en regionaal niveau. In de relatie tussen geestelijke gezondheidszorgaanbieders en lokale overheden moeten de onderlinge verantwoordelijkheden daarin nader worden afgebakend. In de, nog verder uit te bouwen, eerstelijns geestelijke gezondheidszorg wordt bovendien een belangrijke rol toegekend aan het Algemeen maatschappelijk werk (AMW), een voorziening die in het kader van de Welzijnswet door de lokale overheden wordt gefinancierd. Dus ook via die ingang wordt de lokale overheid als actor in het geestelijke gezondheidszorgbeleid betrokken. Haar regierol wordt echter beperkt tot het OGGZ-beleid, waarin naast geestelijke gezondheidszorg en lokale overheden ook maatschappelijke opvang, welzijnsvoorzieningen, verslavingszorg, corporaties, politie en GGD betrokken moeten worden. De taak om de samenhang in het beleid van de AWBZ-sectoren te bewaken, komt in handen van de regionale zorgkantoren. Daartoe zouden zij, samen met in ieder geval de zorgaanbieders en de zorggebruikers, zogenoemde regiovisies op moeten stellen. In dergelijke regiovisies zouden op het niveau van de Gezondheidszorg-regio's, zoals vastgesteld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de beleidsplannen voor de AWBZ-zorg op de middellange termijn moeten worden vastgelegd. Deze plannen dienen zowel per sector (ouderensbeleid, gehandicaptenbeleid en geestelijke gezondheidszorgbeleid) als in onderlinge samenhang ontwikkeld te worden. Gezien de taken van de lokale overheden ten aanzien van de aanvullende dienstverlening voor alle genoemde doelgroepen zouden ook zij bij de planvorming moeten worden betrokken. De uiteindelijk vastgestelde beleidsplannen dienen ter toetsing en vaststelling te worden voorgelegd aan de provinciale overheid. Het is overigens juist een taak van deze provinciale overheid om de ontwikkeling van de regiovisies te stimuleren en waar nodig de betrokken partijen hiervoor rond de tafel te krijgen (TK 1998/1999a).

Ten aanzien van de indicatiestelling wordt in de sectorvisie opgemerkt dat deze net zo georganiseerd zou moeten worden als die voor de andere AWBZ-voorzieningen in de care-sector. Onduidelijk is echter of dit betekent dat de taken van de huidige RIO's verbreed zullen worden met de indicatiestelling voor de geestelijke gezond-

heidszorg of juist niet. Of de coördinerende taken van de lokale overheid zich nu wel of niet gaan uitstrekken over de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, is dus ook ongewis.

4.3.2 Aandachtspunten voor de verdere beleidsontwikkeling

In paragraaf 4.2.2 is een beschrijving gegeven van de belemmeringen die zich voordoen bij de ontwikkeling van een integraal en samenhangend ouderen-respectievelijk gehandicaptenbeleid op decentraal niveau. Daarbij is aangegeven dat, hoewel in met name het ouderenbeleid al geruime tijd diverse maatregelen onder verantwoordelijkheid van de lokale overheden zijn gebracht, dit er niet toe heeft geleid dat er op lokaal niveau sprake is van structurele samenhang en afstemming tussen de diverse partijen. De belangen van deze partijen lijken niet per definitie gediend te zijn met meer samenwerking en de bevoegdheden van de lokale overheden zijn niet sterk genoeg om een samenwerking af te dwingen. De verbreding van de taak van de lokale overheden door decentralisatie van delen van het gehandicaptenbeleid lijkt daar voorlopig nog geen verandering in gebracht te hebben.

Het is te verwachten dat zich in het geestelijk volksgezondheidsbeleid vergelijkbare hinderpalen zullen voordoen. Het is zelfs voorstelbaar dat deze hinderpalen zich sterker zullen doen gelden.

Ten eerste blijkt dat binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf de samenwerking tussen diverse instellingen moeizaam tot stand komt. In de opeenvolgende nota's en beleidsbrieven van na 1984 wordt hier herhaaldelijk melding van gemaakt en worden maatregelen voorgesteld om de samenwerking te stimuleren. Deze maatregelen blijken dan echter maar in beperkte mate het beoogde effect te bereiken. In dit opzicht is deze sector zeer goed te vergelijken met die van het ouderenbeleid.

Ten tweede is ook bij de totstandkoming van een integraal beleid voor de geestelijke volksgezondheid op regionaal of lokaal niveau onduidelijk hoe de onderlinge verhouding tussen de diverse partijen vorm zou moeten krijgen. Door de geestelijke gezondheidszorg zelf is, door de oprichting van de RIGG's, wel een sterkere regionale oriëntatie ontwikkeld, maar deze lijkt zich toch vooral te beperken tot het eigen terrein. Het regionale aanbod is daarmee zowel sterk sectoraal als categoriaal. De overgang naar facetbeleid en het betrekken van lokale partijen die niet binnen de geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn, is een geheel nieuw fenomeen. De rol van deze partijen, en dan met name die van de zorgfinanciers, is niet eenduidig en lijkt ook per nota of beleidsmaatregel te wisselen.

Ten derde is juist voor de lokale instellingen en organisaties de zorg voor mensen met psychische problemen een relatief nieuwe taak. Dit klemmt des te meer voor de lokale overheid, van wie immers een sturende rol verwacht wordt. Van de lokale partijen op het terrein van de zorg- en dienstverlening, die in de samenwerking betrokken dienen te worden, valt alleen het Algemeen maatschappelijk werk (AMW) al voor langere tijd onder verantwoordelijkheid van deze lokale overheden.

Deze voorziening is, na geruime tijd van twijfel of zij nu wel of niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg gerekend moest worden, in 1988 opgenomen in de Welzijnswet. Doordat veel instellingen voor AMW toen onderdeel uitmaakten van stichtingen voor maatschappelijke dienstverlening, waaronder ook de gezinszorg ressorteerde, is het beleid voor deze voorziening lange tijd (mede)bepaald door dat voor de thuiszorg. Een groot deel van de instellingen voor AMW maakt nog altijd organisatorisch deel uit van de (regionale) instellingen voor thuiszorg.

De maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg zijn aanvankelijk in 1994 in het kader van de Tijdelijke wet sociale vernieuwing gedecentraliseerd en per 1 januari 1998 ook in de Welzijnswet opgenomen. Bij deze opname is echter ook bepaald dat de beleidsverantwoordelijkheid voor deze laatste werkvormen alleen zou worden overgedragen aan de zogenoemde centrumgemeenten, die dan ook als enige extra middelen voor dit beleid zullen krijgen. Daadwerkelijke actieve deelname aan lokale of regionale zorgcircuits rond mensen met psychische problematiek lijkt daarom eigenlijk alleen voor deze centrumgemeenten voor de hand te liggen.

De lokale overheden worden ook geacht om, in het verlengde van hun meebeslissende rol in het geestelijke gezondheidszorgcircuit, de decentrale uitvoering van de Openbare geestelijke gezondheidszorg te regisseren. Hierbij doet zich het probleem voor dat bij de voor deze uitvoering aangewezen instanties, de Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten, geen deskundigheid op dit gebied (meer) aanwezig is. In veel gevallen beperkt de bemoeienis van de GGD's zich tot de instandhouding van een (eensmans)post voor het signaleren van vervuiling en verwaarlozing. Een lokaal of regionaal georiënteerd preventief geestelijk gezondheidsbeleid moet dus nog opgebouwd worden.

Qua deskundigheid op dit specifieke terrein hebben de lokale overheden dus een achterstand op hun samenwerkingspartners binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf. Verwacht kan worden dat deze relatieve onbekendheid het vervullen van een regisseursfunctie, ook als deze zich beperkt tot het OGGZ-beleid, niet zal vergemakkelijken.

Ten vierde zal zich binnen de eventueel totstandgekomen samenwerkingsrelaties op decentraal niveau dezelfde sturingsproblemen voordoen, als die zijn vastgesteld in het decentrale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Ook nu moeten AWBZ-gefinancierde instellingen (de geestelijke gezondheidszorg, maar bv. ook de thuiszorg) samenwerken met organisaties die gesubsidieerd worden uit gemeentelijke middelen (zoals de maatschappelijke opvang, de verslavingszorg, het AMW, maar ook de GGD's) of gedeeltelijk zijn geprivatiseerd (corporaties, arbeidsvoorzieningen). Geen van de beoogde regisseurs (zorgkantoren of lokale overheden) beschikt over voldoende bevoegdheden om alle partijen bindende beslissingen op te leggen. In dergelijke situaties zal het recht van de sterkste al snel zegevieren en in dit geval is dat het recht van de geestelijke gezondheidszorginstellingen.

Een vijfde probleem is ook hier het verschil in grootte van de schaal waarop de diverse betrokken partijen actief zijn. Zelfs in het beleid voor een relatief grote doelgroep als ouderen blijkt dit verschil de ontwikkeling van een samenhangend beleid en voorzieningenaanbod te belemmeren. De populatie van mensen met (langdurige) psychische problemen is heel wat kleiner en daarmee de 'bevolkings-

dichtheid' op lokaal niveau. De geestelijke gezondheidszorginstellingen werken meestal op het niveau van een WZV-regio, terwijl voor instellingen voor de maatschappelijke opvang, verslavingszorg, AMW, maar ook voor bijvoorbeeld corporaties, zorgverzekeraars of politie/justitie vaak weer hele andere geografische afbakeningen van het werkgebied gehanteerd worden. In het algemeen zullen deze werkgebieden die van meerdere gemeenten omvatten en elkaar meer of minder overlappen. Dit kan ertoe leiden dat vooral de grotere instellingen in principe aan meerdere zorgcircuits zouden moeten deelnemen. Verwacht mag worden dat zij dit alleen zullen doen als dit hun eigen instellingenbeleid niet verdeelt. Een andere mogelijke uitkomst is dat de grotere instellingen hun eigen beleid zullen uitstippelen, waaraan dan de andere partners in hun werkgebied maar hebben aan te haken. Een eventuele regierol ten aanzien van samenwerking en afstemming komt dan in handen te liggen van de grootste instelling, niet in die van zorgfinanciers in het betrokken gebied.

4.4 Verwachtingen ten aanzien van draagvlak en draagkracht

Op basis van de hiervoor opgesomde knelpunten wordt verwacht dat de decentrale ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met psychiatrische problematiek hetzelfde beeld zal vertonen als dat wat hiervoor geschetst is voor de lokale samenwerking in het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Vermoedelijk zal het merendeel van de betrokkenen wel kunnen instemmen met de centrale uitgangspunten voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Met andere woorden: het draagvlak voor een beleid gericht op extramuralisatie van de psychiatrische patiënt is waarschijnlijk over de gehele linie matig tot sterk. Dat dit ook zal gelden voor het draagvlak voor een ander aspect van de vermaatschappelijking - het overdragen van taken van de geestelijke gezondheidszorg aan andere instellingen en organisaties, waarmee wordt samengewerkt in regionale zorgcircuits - is niet waarschijnlijk. Voor de ene partij geldt immers dat deze ontwikkeling zou inhouden dat zij taken moet afstoten en een stapje terug zou moeten doen. Voor de andere betekent het een uitbreiding van taken ten behoeve van een (soms) geheel nieuwe clientèle. Het draagvlak zal daarom waarschijnlijk eerder matig dan sterk zijn. Dit zal ook het geval zijn voor het voornemen de lokale overheden een meebepalende en zelfs regisserende rol in de samenwerking tussen de diverse partijen op te leggen. Voor een groot deel van de actoren in het circuit geldt immers dat zij niet onder de formele beleidsbevoegdheid van deze overheden vallen.

De sterkte van de draagkracht voor de voorgestelde veranderingen zal vermoedelijk wisselen per type actor en per aspect van de vermaatschappelijking. Voor de geestelijke gezondheidszorg zelf zal extramuralisatie van de zorg in principe uitvoerbaar moeten kunnen zijn. De knelpunten in financiering worden immers door specifieke regelgeving weggelaten. Of en in hoeverre de onderlinge verhoudingen binnen de geestelijke gezondheidszorg de extramuralisatie bevorderen dan wel verhinderen, is waarschijnlijk per regio verschillend. De draagkracht om taken over te dragen aan andere, algemene voorzieningen zal in

materieel opzicht naar verwachting voldoende sterk zijn; in principe hoeft een dergelijke overdracht immers niet tot extra kosten te leiden. In hoeverre de immateriële draagkracht voldoende is, wordt bepaald door de bereidheid om verantwoordelijkheden over te dragen aan of te delen met anderen. Zij hangt ook samen met het vertrouwen dat deze anderen deskundig genoeg zijn om die verantwoordelijkheid op een gelijkwaardige manier in te vullen. In hoeverre bij de geestelijke gezondheidszorg dit vertrouwen inderdaad bestaat, is onduidelijk; verwacht wordt daarom dat de immateriële draagkracht voor dit aspect van de vermaatschappelijking matig zal zijn.

Of de algemene voorzieningen taken van de geestelijke gezondheidszorg over kunnen nemen, dat wil zeggen over voldoende draagkracht beschikken, zal voor elk van de voorzieningen verschillend zijn. Bij voorzieningen die ook nu al te maken hebben met mensen met psychische of psycho-sociale problemen (maatschappelijke opvang, verslavingszorg, AMW, gespecialiseerde gezinszorg), zal de immateriële draagkracht waarschijnlijk toereikend zijn. Daar waar de overname van taken niet gepaard gaat met overdracht van financiële middelen, zal echter de materiële draagkracht tekortschieten. Of de zorgfinanciers en in het bijzonder de lokale overheden in staat zullen zijn de hun toegedachte regisseursfunctie te vervullen, is twijfelachtig. Zij hebben weinig zeggenschap over de betrokken partijen en hebben naar verhouding ook nauwelijks enige financiële macht. Voor beide partijen geldt ook dat zij niet of nauwelijks over enige inhoudelijke deskundigheid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg beschikken.

De draagkracht van de belangenbehartigingsorganisaties om in het decentrale overlegcircuit als volwaardige partner mee te doen, zal naar alle waarschijnlijkheid op zijn best matig zijn. Als het de belangenbehartigingsorganisaties voor de ouderen en gehandicapten al niet lukt om invloed uit te oefenen op het beleid, is er weinig reden om aan te nemen dat het de organisaties in de geestelijke gezondheidszorg wel zal lukken.

Noten

- ¹ De taken van de woningcorporaties bij de huisvesting van langdurig zorgbehoevenden wordt nader toegelicht in hoofdstuk 7, paragraaf 7.4.
- ² In het kader van de modernisering van de ouderenzorg is met ingang van 1 januari 1997 de uit 1965 stammende Wet op de bejaardenoorden ingetrokken. De verzorgingshuizen worden met ingang van die datum gefinancierd op basis van het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten. Het gaat hier om een overgangsregeling; opzet is om de verzorgingshuizen per 1 januari 2001 net als de verpleeghuizen onder te brengen in de AWBZ.
- ³ Met DSM-IV wordt bedoeld op de vierde en geheel vernieuwde versie van het Diagnostical and Statistical of mental disorders, een gestandaardiseerde methodiek voor het vaststellen en diagnosticeren van psychische stoornissen.
- ⁴ Het voorbeeld van deze Amerikaanse community mental health centers was overigens niet onomstreden. Hoewel voor een belangrijk deel ingestemd kon worden met de uitgangspunten - kleinschalige instituten die, midden in de samenleving op wijk- of buurtniveau, een breed scala aan psychiatrische hulpverlening moesten bieden - hadden de ervaringen met deze CMHC's inmiddels doen twijfelen aan de toepasbaarheid in Nederland (Gersons 1977; Broekman 1978). Deze twijfel heeft de komst van de Riagg's, die als 'integrale' voorzieningen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg in opzet aanvankelijk sterk op de CMHC's leken, overigens niet verhinderd.
- ⁵ Het circuit rond de groep volwassenen is verder opgesplitst in circuits voor kortdurende zorg, langdurende zorg en forensisch-psychiatrische zorg.

5.1 Inleiding

Een van de doelen van de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg is het ontstaan van intersectorale samenwerkingsrelaties dan wel zorgcircuits op het decentrale niveau. In principe zouden binnen dergelijke circuits de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg geen fundamenteel andere taak krijgen dan andere organisaties die zich op de een of andere manier met de zorg voor psychiatrische patiënten bezighouden. De realiteit dwingt echter te onderkennen dat de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, in ieder geval voorlopig, een dominante positie binnen dit circuit zal innemen. Vooralsnog levert zij immers het grootste aandeel in deze zorg. Daarnaast bestaat de geestelijke gezondheidszorgvertegenwoordiging of uit representanten van de diverse 'zuilen' (intramuraal, transmuraal en ambulante of combinaties daarvan) binnen de geestelijke gezondheidszorg of uit afgevaardigden van een gefuseerde instelling, die qua omvang van budget en formatieruimte de overige deelnemers verre zal overtreffen.¹ Naar alle waarschijnlijkheid zullen de eventueel samenwerkingscircuits in hoge mate worden gedomineerd door de aanbieders van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Vanwege deze dominante positie hebben, zoals in hoofdstuk 2 uiteengezet, de instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in de regio centraal gestaan in de uitvoering van het onderzoek. Deze is dan ook ruim vertegenwoordigd in het totale aantal afgenomen interviews: een kwart van de vraaggesprekken is gevoerd met vertegenwoordigers van deze sector. In de gesprekken zelf zijn, naar verhouding, ook meer onderwerpen aan bod gekomen. De verslaglegging van deze gesprekken is daarom noodzakelijkerwijze uitgebreider dan die van de interviews met de overige actoren.

Voordat in dit hoofdstuk de uitkomsten uit de vraaggesprekken worden weergegeven, zal in de volgende paragraaf eerst kort worden ingegaan op de huidige stand van zaken in de geestelijke gezondheidszorg. Omdat in het vorige hoofdstuk de belangrijkste ontwikkelingen al uitgebreid aan bod zijn gekomen, kan hier volstaan worden met een beknopte uiteenzetting. Deze wordt gevolgd door een beschrijving van de onderzochte instellingen en de wijze waarop in de betrokken regio's het aanbod van geestelijke gezondheidszorg is georganiseerd. Deze organisatie geeft immers al een eerste indicatie van de opvattingen over doel en werkwijze die in de regio opgeld doen. Vervolgens wordt beschreven hoe de instellingen het begrip vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg interpreteren, wat hun mening daarover is en welke mogelijkheden en beperkingen zij daarvoor zien. In de daaropvolgende paragrafen komen aard en inhoud van de contacten met de diverse andere beleidsactoren in het regionale of lokale zorgcircuit aan de orde. In de slotparagraaf zal vervolgens worden nagegaan wat op grond van deze uitkomsten, in de termen van de vraagstelling voor dit onderzoek, geconcludeerd kan worden over

het draagvlak en de draagkracht voor de gewenste ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

5.2 De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg aan het einde van de jaren negentig

De geestelijke gezondheidszorg is, zo moge zijn gebleken uit het vorige hoofdstuk, nog altijd volop in beweging. De eerste aanzetten tot vermaatschappelijking, in de zin van extramuralisatie van de zorg, zijn dan wel al in het begin van de jaren tachtig gegeven, het proces is nog lang niet afgelopen. Dat de overgang van (grotendeels) intramurale naar (grotendeels) ambulante geestelijke gezondheidszorg na zo'n vijftien jaar nog altijd niet is afgerond, geeft wel aan hoe moeizaam de veranderingen zich voltrekken. In de nota's die in het afgelopen decennium zijn verschenen, wordt dan ook steeds weer opgemerkt dat de ontwikkelingen langzamer verlopen dan werd verwacht, en dat gezocht zal worden naar mogelijkheden om het tempo wat op te voeren.

De traagheid waarmee de veranderingen in de sector plaatsvinden, kan voor een deel echter ook verklaard worden door de inmiddels inadequate financieringsstructuur van de AWBZ. In de nota's over de geestelijke gezondheidszorg werd enerzijds gepleit voor meer samenwerking respectievelijk substitutie tussen de intramurale, transmurale en ambulante geestelijke gezondheidszorg door bijvoorbeeld de oprichting van Multifunctionele Eenheden. Anderzijds werden de budgetten voor de diverse instellingen vastgesteld op basis van aantallen bedden of aantallen behandelcontacten, maar was er geen financieringsgrond voor de mogelijke producten van projecten of experimenten. Ook daar waar geestelijke gezondheidszorginstellingen bereid waren om tot een andere manier van (samen)werken over te gaan, kon dit voor hen financieel zo ongunstig uitpakken dat zij er om deze reden van moesten afzien (Van Veen 1995).

Om het tempo wat op te voeren is daarom geprobeerd om de belemmeringen die de structuur van de AWBZ-financiering met zich meebrengt, in ieder geval voor een deel weg te nemen. Een belangrijk instrument daarvoor was het zogenoemde Zorgvernieuwingsfonds geestelijke gezondheidszorg dat in 1994 is ingesteld. Dit fonds werd grotendeels gevoed uit de opbrengsten van een korting van 3% op de budgetten voor de intramurale zorg. De middelen uit het fonds (in 1996 zo'n 60 mln. gulden) werden vervolgens via de zorgverzekeraars regionaal ter beschikking gesteld ter financiering van vernieuwingen in de zorg. De instellingen konden, via de zorgverzekeraars, projecten indienen en op deze manier een begin maken met het vernieuwen van hun zorgaanbod (Penninga 1996). Om de vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg verder te stimuleren werd tevens het predikaat zorgvernieuwingsregio ingevoerd. Dit predikaat werd, bij wijze van keurmerk, toegekend aan die regio's, waar de geestelijke gezondheidszorginstellingen (intensief) met elkaar samenwerkten, nieuwe zorgvormen ontwikkelden en er zo uiteindelijk aan bijdroegen dat het doel van extramuralisatie van de zorg dichterbij kon worden gebracht.²

De introductie van de zorgvernieuwingsgelden heeft er, zoals het zich nu laat aanzien, inderdaad aan bijgedragen dat de vernieuwingen zich in een hoger tempo zijn gaan voltrekken. Om voor uitkering uit het Fonds in aanmerking te komen, werd immers van de geestelijke gezondheidszorginstellingen min of meer verwacht dat zij met elkaar en wellicht ook met andere organisaties zouden samenwerken om gezamenlijk een nieuw zorgaanbod te realiseren. De coöperatie, die vaak op projectbasis was aangegaan, blijkt zich inmiddels in heel wat regio's te hebben ontwikkeld tot een structurele samenwerking op diverse terreinen. De positieve ervaringen hiermee leiden er niet zelden toe dat de betrokken instellingen uiteindelijk besluiten tot een fusie. Zoals in hoofdstuk 3 al is vermeld bleek uit een inventarisatie dat tussen 1993 en 1999 in 17 regio's een fusie tussen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg had plaatsgevonden en dat in nog eens 12 regio's een fusie werd voorbereid (Ravelli en Schrijvers 1999).

Hoewel de term Multifunctionele Eenheid niet meer zoveel wordt gebruikt, blijkt dat de samenwerkings- of fusieproducten in de praktijk hetzelfde bieden als wat aan deze MFE's was toebedacht.

De introductie van de zorgvernieuwingsgelden heeft niet alleen geleid tot een verandering van de structuur van de sector geestelijke gezondheidszorg, zij heeft ook bijgedragen aan een inhoudelijke vernieuwing van de zorg. Sowieso werd na de oprichting van het fonds een opvallend groot aantal zogenoemde zorgvernieuwingsprojecten bij de verzekeraars aangemeld (Penninga 1996; Borgesius en Brunenberg 1996). Nu waren niet alle projecten zonder meer aan te merken als opvallend vernieuwend, maar tussen de talrijke voorbeelden van oude wijn in nieuwe zakken bevond zich toch ook een groot aantal voorstellen voor een zorgaanbod dat, zeker voor de geestelijke gezondheidszorg, wel degelijk vernieuwend was. Het Zorgvernieuwingsfonds zelf is inmiddels, per januari 1998, opgeheven en vervangen door de regeling Zorg-op-maat. Daartoe is de budgetkorting 'teruggegeven' aan de intramurale voorzieningen en de geestelijke gezondheidszorginstellingen hebben de mogelijkheid gekregen om 5% van hun budget aan te wenden voor vernieuwing van hun aanbod. Vooralsnog lijkt het fonds zijn vliegwielfunctie nog niet verloren te hebben: er wordt nog steeds volop gefuseerd en ook de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen is nog niet ten einde gekomen.

5.3 Organisatie en aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in de onderzoeksregio's

Organisatiestructuur - fusies of de plannen daartoe

De hiervoor beschreven ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn, uiteraard, ook niet voorbijgegaan aan de in het onderzoek betrokken regio's. In hoofdstuk 2 is al aangegeven dat bij de selectie van de regio's is gezocht naar variatie in de mate waarin door de geestelijke gezondheidszorginstellingen met elkaar werd samengewerkt. Aanvankelijk vormde het criterium of aan een regio wel of niet het formele predikaat zorgvernieuwingsregio was verleend, het belangrijkste uitgangspunt. Verondersteld werd namelijk dat in zorgvernieuwingsregio's de ge-

wenste samenwerking en afstemming, liefst in de vorm van een fusie, tussen de verschillende geestelijke gezondheidszorginstellingen, inmiddels wel gerealiseerd zou zijn. In de praktijk bleek echter dat het predikaat zorgvernieuwingsregio, dat in 1997 aan diverse regio's is toegekend (De Wit 1997), geen voorspellende waarde had. Daarom is bij de verdere keuze afgezien van dit meer formele criterium en is afgegaan op de daadwerkelijke stand van zaken ten aanzien van de organisatie-structuur. Dit heeft erin geresulteerd dat van de zes regio's er vier officieel erkend waren als zorgvernieuwingsregio. Van deze vier waren er slechts twee waar de geestelijke gezondheidszorginstellingen inmiddels waren gefuseerd. In een waren er zeer vergevorderde plannen voor een fusie van intramurale en ambulante geestelijke gezondheidszorg en in de andere waren plannen voor een fusie enige jaren daarvoor stukgelopen op onder andere financiële belemmeringen. Van de twee regio's die niet officieel als zorgvernieuwingsregio te boek staan, was er een wel vanaf het allereerste begin bij de ontwikkeling van vernieuwende geestelijke gezondheidszorg betrokken. De kiem voor vernieuwing is immers gelegd in het zogenoemde Corsendonkberaad. In dit beraad is begin jaren negentig door zes geestelijke gezondheidszorgregio's gezocht naar mogelijkheden om door meer onderlinge samenwerking en nieuwe zorgvormen de doelstellingen van de vermaatschappelijking dichterbij te brengen (van Veen 1995). In deze zorgvernieuwingsregio-avant-la-lettre zijn alle geestelijke gezondheidszorginstellingen inmiddels gefuseerd. In de laatste regio, ten slotte, werd een fusie tussen intramurale en ambulante geestelijke gezondheidszorg wel voorbereid, maar deze was ten tijde van het onderzoek nog niet gerealiseerd.

De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dan wel de plannen daarvoor in de onderzochte regio's zijn weergegeven in schema 5.1.

Zoals uit schema 5.1 blijkt, zijn in twee regio's de regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW) vooralsnog niet betrokken bij de (voorgenomen) fusies. De betrokken instellingen hebben hun reserves bij het opgaan in een grote organisatie, omdat hierdoor, zo vrezen zij, hun eigen benadering van psychiatrische patiënten in de verdrukking zou kunnen komen. Deze RIBW's steunen de behoefte van hun bewoners om zich los te maken van hun geestelijke gezondheidszorg verleden en een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Door als voorziening op te gaan in een grote, haast monopolistische instelling, zou het moeilijk worden om aan deze behoefte tegemoet te komen. Het voornemen bijvoorbeeld van een van de gefuseerde instellingen om over te gaan tot gezamenlijke dossiervorming - dat zou moeten voorkomen dat een cliënt bij elk nieuw hulpcontact opnieuw zijn verhaal moet vertellen - is de plaatselijke RIBW een gruwel. Zo'n dossier wordt daar meer gezien als een molensteen, dat de betrokken cliënt de rest van zijn leven mee moet slepen.

Schema 5.1 Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de onderzochte regio's

regio	zorgvernieuwingsregio	fusie
Groningen	nee, regio maakte wel deel uit van Corsendonkberaad	ja, fusie van alle geestelijke gezondheidszorginstellingen in de regio, gerealiseerd per 1-1-1998
Heuvelland en Maasvallei	ja, gezamenlijk met de regio Westelijke Mijnstreek	nee, plannen hiertoe begin jaren '90 mislukt
Stedendriehoek	nee	nee, er wordt wel een fusie voorbereid tussen intramurale en ambulante geestelijke gezondheidszorg, deze zou per 1-1-2000 in haar geheel gerealiseerd moeten zijn
Dordrecht e.o.	ja, regio was tevens lid Corsendonkberaad	ja, fusie van alle geestelijke gezondheidszorginstellingen in de regio, gerealiseerd per 1-1-1999
Den Haag	ja	ja, fusie van intramurale en ambulante geestelijke gezondheidszorg alsmede verslavingszorg, gerealiseerd per 1-11-1998
Zeeland	ja	ja, fusie van alle instellingen voor geestelijke gezondheidszorg alsmede maatschappelijke opvang en verslavingszorg, gerealiseerd per 1-1-1996

Vernieuwingen in het zorgaanbod

Aan de (voorgenomen of inmiddels gerealiseerde) fusies zijn diverse samenwerkingsprojecten tussen de diverse geestelijke gezondheidszorginstellingen voorafgegaan. Deze hadden betrekking op meer geïntegreerde zorg voor langdurig zorgbehoevenden, betere afstemming van de indicatiestelling en zorgtoewijzing, experimenten met dagbehandeling enzovoort. Het waren de positieve ervaringen met deze samenwerkingsprojecten die de gang naar meer duurzame samenwerkingsverbanden vergemakkelijkten. Sterker nog: het succes van de samenwerking op projectniveau maakte in de meeste gevallen juist een bestuurlijk en organisatorisch samengaan meer dan gewenst, omdat een scheiding van bestuur, financiën en personeel het voortbestaan van de samenwerking zou bedreigen. Dit wil overigens niet zeggen dat met een fusie alle bestuurlijke of financiële problemen zijn opgelost. Integendeel: een veel gehoorde klacht is dat, ondanks de tendensen tot zorgvernieuwing, de financieringsstructuur nog altijd achterloopt op de bij de overheid levende wensen ten aanzien van meer integratie en samenwerking. De verstrekkingen ambulante, semi-murale en intramurale zorg kennen elk hun eigen financieringsregime met een eigen basis voor declaraties dan wel toewijzing van het instellingenbudget. Substitutie van het meer traditionele aanbod door nieuwe zorg-

vormen kan daarom financieel erg ongunstig uitvallen. Deze financiële hindernis is ook de reden waarom in een regio een fusie uiteindelijk mislukt is en in een andere slechts zeer moeizaam van de grond komt. Een ander probleem is dat een fusie investeringen vraagt: niet zelden moeten nieuwe locaties betrokken worden, personeel moet worden om- of bijgeschoold en men moet zich niet alleen zorginhoudelijk maar ook administratief en bestuurlijk nieuwe werkwijzen eigen maken. Omdat de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen al geld tekort zou komen, vormen dergelijke investeringen een behoorlijke belasting. Het eerste resultaat van een fusie is daarom niet zelden een (tijdelijk?) tekort op de begroting van de nieuwe instelling.

Er zijn echter natuurlijk ook andere, positieve resultaten van de structurele samenwerkingsrelaties in de geestelijke gezondheidszorg te melden. Hiervoor is al aangegeven dat het aanbod van vooral de gefuseerde instellingen dat van de oorspronkelijk beoogde Multifunctionele Eenheden dicht benadert. Ook in de regio's waar een fusie niet of nog niet tot stand is gekomen, wordt gewerkt aan een gezamenlijk aanbod, zoals dit oorspronkelijk aan deze MFE's is toegedacht. Een van de meest in het oog lopende resultaten van de diverse samenwerkingsprojecten in de onderzochte regio's zijn de gezamenlijke procedures voor intake en indicatiestelling. De integratie van deze procedures is, uiteraard, het verst gevorderd in die regio's waar de instellingen inderdaad al zijn gefuseerd. In deze regio's kan een (potentiële) cliënt zich op diverse plaatsen met een zorgvraag melden, waarna een indicatie voor intramurale, ambulante of (soms) semi-murale zorg dan wel een combinatie ervan wordt gesteld. De geïndiceerde zorg kan, met uitzondering van langdurige opname, vervolgens op dezelfde locatie geboden worden. Een dergelijke koppeling van indicatiestelling en hulpverlening wordt ook in de andere regio's nagestreefd. In die regio's waar een fusie nog niet gerealiseerd is, wordt wel samengewerkt aan de totstandkoming van een gezamenlijke toegangspoort tot de zorg. De cliënt kan tot en met de indicatiestelling bij deze poort terecht, daarachter scheiden zich de wegen naar ambulante respectievelijk intramurale zorg.

De gezamenlijke procedure voor intake en indicatiestelling kan, binnen de vele vormen die de vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg aan kan nemen, worden gekarakteriseerd als een vernieuwing in de toeleiding naar de zorg. Andere vormen hebben betrekking op het zorgaanbod zelf. Een groot deel van de aangemelde vernieuwingsprojecten mogen dan al langer bestaande voorzieningen blijken, uit het toenmalige Zorgvernieuwingsfonds zijn ook een fors aantal geheel nieuwe zorgvormen gefinancierd (Borgesius en Brunenberg 1996). Veel van deze nieuwe zorgvormen lijken zich vervolgens een vaste plaats binnen het arsenaal van de hulpverlening verworven te hebben; ook nu het fonds is opgeheven, worden zij door de meeste instellingen nog geboden.

Ook de onderzochte instellingen blijken een breed arsenaal aan relatief nieuwe zorgvormen te bieden. Het aanbod in de regio's die zich formeel zorgvernieuwingsregio mogen noemen, blijkt daarin overigens niet gunstig af te steken bij dat van de regio's die niet op dit predikaat kunnen bogen. De mogelijkheid die het fonds bood voor het ontwikkelen van een nieuw aanbod, is dus door alle regio's respec-

tievelijk alle daar gevestigde instellingen aangegrepen.

Van de vele varianten die zich in de vernieuwing van het zorgaanbod voordoen, valt vooral de brede invoering van de psychiatrische zorg aan huis op. Een landelijke inventarisatie van deze psychiatrische thuiszorg leert dat Nederland eind 1997 ongeveer 50 projecten kende (Van Hoof et al. 1998). Binnen dit aantal kon een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds acute zorg, die vooral een opnamevoorkomende functie heeft, en anderzijds de langdurige zorg, die bedoeld is als opnamevervangend. In het onderhavige onderzoek kon een dergelijk onderscheid niet gemaakt worden: in elke regio werd psychiatrische zorg aan huis onder een andere noemer (mobiele behandelaar, thuis team, intensieve thuiszorg enz.) aangeboden. In een enkele regio werd ze ook ingezet als een vorm van bemoeizorg, 'outreaching' hulpverlening in het kader van de (openbare) preventieve geestelijke gezondheidszorg.

In hoofdstuk 4 is al aangegeven dat voor de rehabilitatie van de psychiatrische patiënt een aanbod van zinvolle dagbesteding van eminent belang wordt geacht. Het aantal centra voor dagbesteding (DAC) is dan ook in de laatste jaren sterk toegenomen. Waren er begin 1990 hooguit twintig DAC's in Nederland, uit een enquête uit 1997 kwam naar voren dat dit aantal inmiddels was gegroeid tot 110. De invoering van het Zorgvernieuwingsfonds heeft naar alle waarschijnlijkheid een belangrijke invloed gehad op deze groei: ruim de helft van het totale budget dat in 1997 aan DAC's werd besteed, werd betaald uit het Zorgvernieuwingsfonds (Van Hoof et al. 1999). Uit de beschikbare overzichten van de zorgvernieuwingsprojecten uit de onderzochte regio's blijkt dat ook hier vrijwel overal zorgvernieuwingsgeld werd aangewend om projecten op dit terrein te kunnen opzetten. Deze nieuwe projecten zijn vooral bedoeld voor de ambulante cliënten en de bewoners van de RIBW. Voor de bewoners van de intramurale voorzieningen bestaan immers in veel regio's al dagbestedingsmogelijkheden op het terrein zelf.

Met behulp van de zorgvernieuwingsgelden zijn ook in vrijwel alle regio's specifieke projecten voor bijzondere groepen gerealiseerd. In veel gevallen werd in de projecten samengewerkt door de regionale geestelijke gezondheidszorg om een integraal aanbod, toegespitst op de problematiek, te kunnen realiseren. Groepen voor wie dergelijke integrale projecten werden gerealiseerd, zijn onder meer (jonge) schizofrenen, kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP-groepen), oudere chronische psychiatrische patiënten of dubbele diagnosepatiënten.

In schema 5.2 wordt een overzicht gegeven van enkele zorgvernieuwingsactiviteiten van de onderzochte instellingen. Daarbij zijn alleen activiteiten en projecten opgenomen, die opgevat kunnen worden als bijdragen aan een verdere vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Schema 5.2 Voorbeelden van zorgvernieuwingsactiviteiten van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, naar regio

	gezamenlijke intake en indicatiestelling	projecten voor psychiatrische zorg aan thuis	dagbesteding/arbeids-rehabilitatie	projecten voor specifieke groepen
Groningen	gerealiseerd voor intramurale, ambulante en transmurale zorg in over regio verspreide Centra voor geestelijke gezondheidszorg	SPITS-project (intensieve thuiszorg)	DAC's op diverse locaties	stedelijk samenwerkingsoverleg rond mensen met dubbele diagnose (psychisch gestoord en verlaafd)
Heuvelland en Maasvallei	is in ontwikkeling, nu twee circuits: voor kortdurende zorg (samenwerking ambulante en intramurale zorg) en voor beschermd wonen (RIW)	PIT-project	samenwerking gezocht met St Karwei (dagbesteding voor langdurig werklozen): werk is niet loonvormend	jonge schizofrenen, asielzoekers
Stedendriehoek	is in ontwikkeling, betreft vooralsnog alleen intramurale en ambulante zorg	reguliere voorziening	arbeidsrehabilitatiecentrum (samenwerkingsproject van alle geestelijke gezondheidszorginstellingen)	KOPP, depressieve ouderen, alleenstaanden
Dordrecht e.o.	ten tijde van interview gerealiseerd voor ambulante en transmurale zorg	mobiele behandelaar ten behoeve van cliënten Kasperspad + team bemoeizorg	DAC's op meerdere locaties	samenwerkingsproject t.b.v. schizofrenen (Kasperspad), gezamenlijke gespreksgroepen incestslachtoffers
Den Haag	in ontwikkeling voor intramurale en ambulante zorg (alsmede verslavingszorg), locaties verspreid over regio	maakt onderdeel uit van aanbod mobiele teams	DAC's op meerdere locaties in de stad	familieleden psychiatrische patiënten (psycho-educatie)
Zeeland	gerealiseerd voor intramurale, ambulante en transmurale zorg via ASK-locaties verspreid over regio	PIT-project	DAC's op diverse locaties	KOPP, vergeetachtigen, jonge schizofrenen

Een geheel andere vorm van vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg zou het persoonsgebonden budget kunnen zijn. De cliëntenorganisaties hechten er veel belang aan dat dit budget ook in de geestelijke gezondheidszorg ingevoerd zal worden (NCCZ 1996). In de verpleging en verzorging blijkt het persoonsgebonden budget

immers een succes te zijn; het draagt voor de gebruiker in hoge mate bij aan het behoud van zijn zelfstandigheid (Driest en Weekers 1998). Gezien de afwijkende zorgvraag in de geestelijke gezondheidszorg is ervoor gekozen om vooralsnog in drie regio's te experimenteren. Uit het evaluatieonderzoek van dit experiment komt naar voren dat het persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg de beoogde doelgroep - chronisch psychiatrisch patiënten die om zelfstandig te kunnen wonen, enige begeleiding nodig hebben - inderdaad bereikt. Wel is de reikwijdte van het budget, dat alleen bedoeld is voor betaling van begeleiding bij het dagelijks leven, beperkt en zou de indicatiestelling beter geprotocolleerd moeten zijn (Ramakers en Van de Wijngaart 1998). De gebruikers van het persoonsgebonden budget zijn tevreden over de verruiming van de keuzemogelijkheden die hun biedt. Doordat de cliënten nu zelf de soort en hoeveelheid begeleiding kunnen bepalen, sluit de hulpverlening beter aan bij hun behoefte. Zij geven echter wel aan meer ondersteuning te willen bij de aanvraag van het persoonsgebonden budget en hebben kritiek op de duur en complexiteit van de procedures rond aanvraag, indicatiestelling en toewijzing (Algra 1999; Kerseboom en Geelen 1999). De zowel positieve als negatieve uitkomsten van het evaluatieonderzoek zijn voor de Ziekenfondsraad aanleiding geweest om te adviseren het experiment van het persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg voort te zetten. De geconstateerde knelpunten lijken een landelijke invoering onverantwoord te maken; een verlenging van de experimenteerperiode biedt de mogelijkheid om, met behoud van de verworvenheden voor de (huidige) gebruikers, de knelpunten weg te nemen (Zfr 1999).

Hoewel een van de in het onderzoek opgenomen regio's ook een van de regio's is waarin met het persoonsgebonden budget wordt geëxperimenteerd, had men er op het moment van het onderzoek nog geen ervaring mee. Ook in de overige regio's had men zich nog maar nauwelijks een mening kunnen vormen over deze mogelijk nieuwe verstrekking. Een enkele liet zich er positief over uit, terwijl een ander aangaf een persoonsgebonden budget alleen een oplossing te achten voor psychiatrische patiënten met een lichte, stabiele hulpvraag. De ervaring zou echter geleerd hebben dat een stabiele hulpvraag in de geestelijke gezondheidszorg maar zelden voorkomt.³

5.4 Opvattingen over de diverse aspecten van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg

De term vermaatschappelijking wordt, als aanduiding van een gewenste vernieuwing in de zorgverlening, al geruime tijd binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg gebruikt. Het begrip kwam immers al in de *Nieuwe nota* uit 1982 voor. In hoofdstuk 3 is beschreven hoe ook in sectoren als ouderen- en gehandicaptenzorg gestreefd wordt naar het zolang mogelijk handhaven van een zelfstandige levenssituatie en een zo groot mogelijke deelname aan de samenleving. Aanvankelijk werd in deze sectoren overigens dit beleidsstreven niet aangeduid met vermaatschappelijking; men sprak eerder van emancipatie of maatschappelijke participatie. Inmiddels lijkt de term in vrijwel de gehele 'care'-sector ingang gevonden te hebben.⁴

In de diverse nota's, van zowel overheden als (koepels van) zorgaanbieders, die over de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg gaan, wordt regelmatig betoogd dat met dit begrip meer bedoeld wordt dan alleen maar extramuralisering. Niet alleen de cliënten, maar ook de sector zelf zou meer deel uit moeten gaan maken van de 'normale' samenleving. De geestelijke gezondheidszorg zou daarvoor meer de samenwerking met andere instellingen en organisaties moeten zoeken en aan deze actoren hun taken geheel of gedeeltelijk moeten overdragen. Daarnaast zou vermaatschappelijking moeten inhouden dat de geestelijke gezondheidszorg vanuit haar expertise mogelijk ziekmakende ontwikkelingen in de samenleving signaleert en probeert te voorkomen dat deze ontwikkelingen zich voortzetten. In die zin zou vermaatschappelijking betekenen dat de geestelijke gezondheidszorg zelf bijdraagt aan de ontwikkeling van een beleid voor de geestelijke volksgezondheid, zoals dat in het begin van deze eeuw werd nagestreefd door de Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid. Deze Beweging was een Nederlandse reactie op de Amerikaanse *Mental Hygiene Movement* en had net als deze tot doel het ontstaan van psychische problematiek te voorkomen door een geestelijk gezonde samenleving te creëren (Van der Grinten 1986). Ook in de beleidsvisie voor de geestelijke gezondheidszorg die in 1999 is uitgebracht, wordt versterking van de geestelijke volksgezondheid genoemd als een van de opdrachten van de geestelijke gezondheidszorg voor de 21e eeuw (TK 1998/1999a).

Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg kan dus drie - cumulatieve - betekenissen hebben, te weten extramuralisering van de zorg (1), maatschappelijke inbedding van de sector (2) en vanuit de sector bijdragen aan de bevordering van de geestelijke volksgezondheid (3). In de gesprekken met de vertegenwoordigers van de instellingen is geprobeerd te achterhalen welke invulling zij aan het begrip geven en hoe zij dit proberen te bereiken.

Uit de interviews kwam naar voren dat, niet verwonderlijk, bij vermaatschappelijking in eerste instantie gedacht wordt aan het proces van extramuralisering. Daar staan alle respondenten positief tegenover. Wel wordt er door een meerderheid van hen op gewezen dat de samenleving niet altijd even positief reageert op het verschijnen van psychiatrische patiënten in haar midden. Voor de een is dit een gegeven waarmee geleefd moet worden, voor de ander een aanleiding om actief de omwonenden van een huisvestingsproject vanuit de geestelijke gezondheidszorg te informeren en bij de opvang van de bewoners te betrekken. Zij die voor dit laatste kiezen, rapporteren dat door een dergelijke benadering de weerstand in de buurt, respectievelijk in de samenleving ook daadwerkelijk wordt weggenomen. De maatschappelijke integratie van de (ex-)psychiatrische patiënten wordt tevens belemmerd door hun slechte sociaal-economische positie. Voor een enkele instelling is dat een reden om bijvoorbeeld het lidmaatschap van een sportvereniging als het ware te subsidiëren.

De achtergrond van de organisatorische veranderingen, die hiervoor beschreven zijn, wordt vooral gevormd door de overtuiging dat ook mensen met psychische problemen zelfstandig moeten kunnen wonen. Om dat te kunnen doen slagen, zoe-

ken de geestelijke gezondheidszorginstellingen naar samenwerking of fusie met elkaar, zodat er een samenhangend circuit voor geestelijke gezondheidszorg ontstaat. Fusies met instellingen buiten de geestelijke gezondheidszorg worden in eerste instantie vooral gezocht bij de verslavingszorg, die op het landelijk niveau immers ook met de geestelijke gezondheidszorg is samengegaan. Een op het niveau van de doelgroep zeer nauw verwante werksoort als de maatschappelijke opvang is slechts in één regio in een fusie betrokken. Deze partij wordt ook wel door een enkele RIBW als mogelijke samenwerkings- of fusiepartner genoemd; er zijn echter nog geen stappen in die richting gezet.

De tendens tot verdergaande samenwerking en fusie tussen de geestelijke gezondheidszorginstellingen onderling lijkt daarom een vermaatschappelijking in de zin van inbedding in de maatschappij van de sector geestelijke gezondheidszorg eerder tegen te gaan dan te bevorderen. Er worden immers nauwelijks pogingen gedaan om de sector open te breken en aansluiting te zoeken bij andere instellingen en organisaties, die zich bezig zouden kunnen houden met de zorg voor psychiatrisch patiënten. Bij veel respondenten leeft de overtuiging dat het overdragen van taken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan andere, algemene voorzieningen niet echt mogelijk is. Deze voorzieningen zouden niet over de juiste deskundigheid beschikken om op de juiste manier met psychiatrische patiënten om te gaan.

De meest abstracte invulling van het begrip vermaatschappelijking, namelijk het vanuit de geestelijke gezondheidszorg bijdragen aan een betere geestelijke volksgezondheid, is slechts in één gesprek aan de orde gekomen. Daaruit kwam naar voren dat een dergelijke bijdrage in wezen bij uitstek een taak van de geestelijke gezondheidszorg is. Als er een sector is die over voldoende deskundigheid beschikt om een goede geestelijke volksgezondheid tot stand te helpen brengen, is het de geestelijke gezondheidszorg wel.

Hoe in de diverse regio's gedacht werd over de wenselijkheid van de vermaatschappelijking in de diverse betekenissen van het woord, is weergegeven in schema 5.3.⁵

Schema 5.3 Instemming met het streven naar vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, naar regio

	vermaatschappelijking opgevat als		
	extramuralisering van de zorg	ontcategorisering van de sector	versterking van de geestelijke volksgezondheid
Groningen	zeer positief, draagt bij aan emancipatie cliënt, onduidelijk is of samenleving psych. patiënt in midden accepteert	gematigd positief, het is de vraag of andere voorzieningen over voldoende deskundigheid beschikken	geen mening gegeven
Heuvelland en Maasvallei	vanuit hulpverlening aandacht nodig voor acceptatie door samenleving	positief, geen mening gegeven	geen mening gegeven
Stedendriehoe- k	zeer positief, geen aanwijzingen dat samenleving psych. patiënt afwijst	geen mening gegeven	geen mening gegeven
Dordrecht e.o.	zeer positief, ervaring dat weerstand samenleving eenvoudig weggenomen kan worden	geen mening gegeven	geen mening gegeven
Den Haag	in het algemeen positief, echter niet voor alle patiënten mogelijk, integratie in samenleving moeizaam	positief, in principe beschikken algemene voorzieningen over voldoende deskundigheid, kunnen deze ook makkelijk verwerven	positief, vanuit deskundigheid geestelijke gezondheidszorg zelfs plicht om bij te dragen aan betere geestelijke volksgezondheid
Zeeland	zeer positief vanuit oogpunt hulpverlening, nadeel is dat integratie moeizaam verloopt	negatief, deskundigheid andere voorzieningen onvoldoende geacht	geen mening gegeven

5.5 Relaties met de financiers: zorgkantoren en lokale overheden

Positie van geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van financiers

Veruit de belangrijkste partijen in een regionaal of lokaal samenwerkingscircuit rond geestelijke gezondheidszorg zijn uiteraard de financiers van het voorzieningenaanbod. Als deze financiers niet bereid zijn tot betaling van de binnen het circuit te leveren zorg, heeft het weinig zin om hiervoor, al of niet gezamenlijk, plannen te maken.

Op het moment wordt de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in zijn geheel gefinancierd op basis van de AWBZ en dus zijn de zorgverzekeraars de belangrijkste financiers. Binnen de Nederlandse verhoudingen betekent dit dat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg over hun werkzaamheden overleg moeten voeren met het zorgkantoor in hun regio. De zorgkantoren hebben als taak om, mede met het oog op kostenbeheersing, de verlening van AWBZ-gefinancierde

zorg - en dus ook van de geestelijke gezondheidszorg - te optimaliseren. Daartoe zullen zij, waar mogelijk, de instellingen stimuleren om bijvoorbeeld door samenwerking en/of substitutie hun doelmatigheid te verhogen.⁶ Om deze stimulerende rol van de zorgverzekeraars daadwerkelijk handen en voeten te kunnen geven, is bij de invoering van het Zorgvernieuwingsfonds besloten om de middelen uit dit fonds via de zorgkantoren aan de instellingen ter beschikking te stellen. De instellingen konden het geld pas daadwerkelijk voor zorgvernieuwing aanwenden als hun plannen hiertoe de instemming van het zorgkantoor hadden. De geestelijke gezondheidszorginstellingen werden door deze instemming verplicht te stellen wel gedwongen om met 'hun' zorgkantoor overleg te voeren over hun plannen. Vermoedelijk is dit overleg intensiever geweest dan bij de eerdere contacten tussen instellingen en vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars lange tijd het geval geweest is. De voorganger van het zorgkantoor, het zogenoemde AWBZ-verbindingkantoor, vervulde in veel regio's geen andere functie dan die van doorgeefluik van de aanvragen voor AWBZ-verstrekingen naar de uitvoeringsorganen. Het fenomeen zorgkantoor is overigens nog betrekkelijk nieuw en ten tijde van de gegevensverzameling voor dit onderzoek was in enkele regio's zo'n kantoor nog maar nauwelijks operationeel. Voor de verstrekking psychiatrisch ziekenhuis, die pas na 1989 overgeheveld is naar de AWBZ, was per ziekenhuis een coördinatiepunt aangewezen, dat niet altijd hetzelfde was als het verbindingkantoor in dezelfde regio. Daarom is voor een deel van de zorgkantoren overleg met de intramurale geestelijke gezondheidszorgsector een geheel nieuwe taak.

Bij de overdracht van taken aan en/of intensieve samenwerking met andere instellingen en organisaties komt de financier van deze voorzieningen als belangrijke overlegpartner in zicht. In hoofdstuk 3 is aangegeven dat een deel van de beoogde samenwerkingspartners van de geestelijke gezondheidszorg onder de bevoegdheden van de lokale overheden vallen. Behalve de verantwoordelijkheid voor het beleid ligt daarom ook de financiering van maatschappelijke opvang, ambulante verslavingszorg en algemeen maatschappelijk werk in handen van deze overheden. Ook de Gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (GGD's), de eerst aangewezen instellingen op het terrein van de Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) ressorteren onder de lokale overheden. Het is mede op basis van deze financiers-taken dat de lokale overheden een spilfunctie binnen het regionale geestelijke gezondheidszorgcircuit is toebedacht.

Deze lokale overheden zijn voor de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg relatief onbekend. De meeste van hen hebben immers nauwelijks of zelfs geheel nooit bijgedragen aan de ontwikkeling en instandhouding van instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Weliswaar hebben een aantal van de grotere gemeenten een tijdlang de verantwoordelijkheid gehad voor de instandhouding van (gemeentelijke) Sociaal-psychiatrische diensten (SPD's), maar daaraan is met de oprichting van de RIAGG's in 1982 een einde gekomen.⁷ Verder is door de opname van de RIBW's in de AWBZ per 1 januari 1989 gemeentelijke financiering van deze voorzieningen op basis van de Tijdelijke stimuleringsmaatregel maatschappelijke dienstverlening overbodig geworden.⁸

Daadwerkelijke contacten

Omdat dus zowel de zorgkantoren als de lokale overheden belangrijke gespreks- en onderhandelingspartners zijn voor de sector van de geestelijke gezondheidszorg, is in de gesprekken met de vertegenwoordigers van deze sector de relatie met deze partners nadrukkelijk aan de orde gekomen.

Bij de beantwoording van de vragen viel meteen op dat de houding ten opzichte van het zorgkantoor een heel andere is dan die ten opzichte van de lokale overheden. Voor een deel kan deze andere houding verklaard worden uit het soort geldstroom waarover de ander zeggenschap heeft. Het zorgkantoor beschikt in principe over de AWBZ-gelden, voor de geestelijke gezondheidszorginstellingen de voornaamste inkomstenbron en dus 'het grote geld'. De financiële bijdragen vanuit de lokale overheden aan de harde kern van het geestelijke gezondheidszorgaanbod zijn marginaal en dus zijn ook de geldschieters van minder belang. Daarnaast speelt mee dat de instellingen per regio met één zorgkantoor te maken hebben. In de onderhandelingen hoeft men dus met maar één visie en één belang rekening te houden. De meeste onderzochte regio's bestrijken echter meerdere gemeenten en dus hebben de instellingen met meerdere overheden, meerdere visies en meerdere belangen te maken. De combinatie van financieel minder belangrijk met onderling verdeeld maakt de lokale overheid voor de vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg een minder aantrekkelijke partner om afspraken mee te maken dan het zorgkantoor.

Dit wil overigens niet zeggen dat de verhouding tussen zorgaanbieders en zorgkantoor in alle regio's even prettig en harmonieus was. In enkele van de regio's werden signalen afgegeven dat de verhoudingen niet altijd even prettig waren. Met name hier lijkt zich de onbekendheid van deze zorgkantoren met het geestelijke gezondheidszorgterrein te wreken. De kantoren zouden nog niet voldoende ingesteld zijn op hun nieuwe taken en (daarom?) te weinig projecten op het terrein van de zorgvernieuwing willen goedkeuren. In de andere regio's waren de houdingen ten opzichte van de zorgkantoren te karakteriseren als welwillend tot positief. De kantoren daar werkten nieuwe ontwikkelingen niet tegen en sommige stimuleerden ze zelfs. In enkele regio's wordt expliciet melding gemaakt van betrokkenheid van de zorgkantoren bij de ontwikkeling van een regiovisie voor de geestelijke gezondheidszorg. In zo'n visie worden de lijnen uitgezet voor het te ontwikkelen beleid voor de komende jaren. De duur van zo'n visie of zorgplan blijkt overigens nogal uiteen te lopen: in de ene regio bestrijkt het plan twee jaar, in de andere vier. In zijn werkgebied, de regio, heeft de geestelijke gezondheidszorgsector vaak te maken met meerdere gemeenten. In de gesprekken is uitdrukkelijk gevraagd naar de aard en inhoud van de contacten met deze gemeenten, maar er kon (uiteraard) geen eenduidig antwoord worden verkregen. In een regio konden deze contacten namelijk heel erg verschillen: in de ene gemeente was sprake van goede samenwerking, in een andere gemeente juist helemaal niet. In het algemeen lijken de contacten zich overigens vooral te beperken tot de grotere gemeenten, die meestal ook centrumgemeente zijn voor de maatschappelijke opvang en/of ambulante verslavingszorg. Daarnaast blijkt ook de vestigingsplaats van de geestelijke gezondheids-

zorginstellingen zelf een rol te spelen. Met gemeenten waar geen instelling of steunpunt aanwezig is, wordt in de meeste regio's nauwelijks contact onderhouden. Aan de andere kant lijken de relaties met gemeenten, waar een psychiatrische inrichting is gevestigd en/of het hoofdbestuur van de gefuseerde instellingen kantoor houdt, het intensiefst te zijn. Voorzover met de kleinere gemeenten contacten worden aangegaan, lijkt het initiatief vooral van de kant van die gemeenten te komen; de geestelijke gezondheidszorg zelf zoekt ze niet op, maar houdt ze ook niet af. Over de relaties met de grotere (centrum)gemeenten in de regio waren de vertegenwoordigers in het algemeen redelijk positief. Voorzover er strubbelingen waren, leken deze ten tijde van de interviews inmiddels verleden tijd te zijn. Onderwerp van de contacten zijn vooral (tijdelijke) financiële bijdragen van de lokale overheid aan projecten, de bijdrage vanuit de geestelijke gezondheidszorg aan (mede) door de gemeenten geïnitieerde activiteiten en de ontwikkeling van een gezamenlijk OGGZ-beleid. Ook wordt met gemeenten overlegd over de locatie van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in de wijk en komen geestelijke gezondheidszorg en lokale overheden elkaar tegen bij het overleg over de regiovisie.

In het algemeen lijken de contacten tussen geestelijke gezondheidszorg en lokale overheden vriendelijk maar afstandelijk te zijn. Binnen de sector zijn enige nuances in deze beschrijving aan te brengen. Door het meer decentrale karakter van de ambulante geestelijke gezondheidszorg is de geografische afstand tot de lokale overheden kleiner en dit vertaalt zich in psychologische zin. De RIAGG's ervaren de lokale overheden meer als een logische samenwerkingspartner dan bijvoorbeeld de psychiatrische ziekenhuizen. Bij de RIBW's uit het onderzoek doet dit fenomeen zich nog sterker voor; wellicht speelt hierbij het financieringsverleden van deze voorziening ook een rol.

Deze verschillen binnen de sector kwamen het duidelijkst naar voren bij de beantwoording van de vraag naar een mogelijke regierol van de lokale overheden binnen het regionale zorgcircuit. Voorzover de vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg zich voorstander betoonden van een regisserende functie voor de lokale overheden, was deze houding het warmst bij de ambulante en semi-murale geestelijke gezondheidszorg. Ook hier werd echter wel nadrukkelijk de aandacht gevraagd voor het belangrijkste tegenargument: het aantal gemeenten per regio. Een mogelijke betrokkenheid van de lokale overheden bij de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg, via bijvoorbeeld een regionaal indicatieorgaan dat inmiddels voor de ouderenzorg en thuiszorg is opgezet, wordt door een groot deel van de respondenten afgewezen. Bij hen lijkt de angst voor (een toename van de) bureaucrativering door bemoeienis van de lokale overheden er goed in te zitten. Anderen echter zagen er geen bezwaar in dat lokale overheden een vinger in de pap zouden krijgen bij de indicatiestelling. Dit zou kunnen bijdragen aan een vergroting van de objectiviteit.

In schema 5.4 wordt een overzicht gegeven van de contacten tussen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de zorgkantoren en lokale overheden anderzijds.

Schema 5.4 Aard en inhoud van de contacten van ggz-instellingen met zorgkantoren en lokale overheden

	zorgkantoren		lokale overheden		
	evaluatie contacten	betrokkenheid bij opstellen zorgvisie	evaluatie contacten	mening over regierol	mening over betrokkenheid bij indic. stelling
Groningen	positief, 'comakership'	ja	met deel lokale overheden in regio goed, met ander deel niet	negatief, lokale overheden nemen te weinig initiatieven	zeer negatief, angst voor bureaucratie, niet flexibel genoeg
Heuvelland en Maasvallei	negatief, deskundigheid ontbreekt, weinig ruimte voor vernieuwing	ja	t.a.v. bereidheid tot samenwerking positief, maar t.a.v. medewerking huisvesting negatief	lokale overheid initieert samenwerking en afstemming, maar e.e.a. leidt wel tot groot aantal overleggroepen	zou goed kunnen, expertise moet toch ingehuurd worden bij geestelijke gezondheidszorg zelf
Stedendriehoek	negatief, zorgkantoor zoekt geen contact voor overleg	n.v.t. ^a	positief, gemeente bereid tot samenwerking en overleg	positief, lokale overheid maakt nu al duidelijk samenbindende rol te kunnen spelen	positief, zou onafhankelijkheid bevorderen
Dordrecht e.o.	positief, staat open voor nieuwe ideeën	ja	positief, gemeente bereid tot samenwerking en overleg	positief, zolang beperkt tot voorwaarden-scheppend beleid	negatief, angst voor bureaucratie, niet flexibel genoeg
Den Haag	positief, heeft stimulerende rol gespeeld bij besteding Zorgvernieuwingsfonds	n.v.t. ^a	positief, lokale overheid toont zich bereid tot meer samenwerking (en medefinanciering)	positief, zolang deze zich alleen beperkt tot regie over 'eigen' voorzieningen	gemengd, voordeel is objectiviteit, nadeel zou te grote bureaucratie kunnen zijn
Zeeland	positief, staat open voor vernieuwing	n.v.t. ^a	gemengd, per gemeente verschillend	negatief, te veel overheden in regio	negatief, lokale overheid mist deskundigheid, angst voor bureaucratie

^a Op het moment van het interview werd (nog?) niet gewerkt aan het opstellen van een regiovisie.

5.6 Relaties met algemene voorzieningen

Het grootste deel van de geestelijke gezondheidszorginstellingen in de onderzochte

regio's lijkt niet zo bewust tot doel te hebben dat de eigen sector beter ingebed wordt in een breder, minder categoriaal aanbod van zorg en ondersteuning. Dit betekent echter niet dat daarom samenwerking met andere instellingen en organisaties binnen de regio geschuwd zou worden. In de meeste gesprekken werd wel melding gemaakt van samenwerkingsrelaties buiten de geestelijke gezondheidszorg zelf.

In hoofdstuk 2 is aangegeven welke voorzieningen of instellingen op grond van de beleidsvoornemens het eerst in aanmerking zouden komen voor samenwerking en afstemming. Op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening gaat het onder meer om de door de lokale overheden gefinancierde instellingen voor maatschappelijke opvang en voor ambulante verslavingszorg. Een sector die in de beleidsnota's nauwelijks wordt genoemd, maar voor de begeleiding van psychiatrische patiënten wel van belang lijkt, is de gespecialiseerde gezinszorg. Om de (zelfstandige) huisvesting van mensen met psychische problematiek mogelijk te maken, zijn afspraken met de woningcorporaties gewenst en ten behoeve van de arbeidsparticipatie ligt samenwerking met de arbeidsvoorzieningen voor de hand. In de *Beleidsvisie voor de geestelijke gezondheidszorg* wordt verder zeer nadrukkelijk aangegeven dat het wenselijk zou zijn dat zich een zogenoemde eerstelijns geestelijke gezondheidszorg zou gaan ontwikkelen. In deze eerste lijn zouden vooral de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk een belangrijke rol moeten spelen.

In het lokale of regionale zorgcircuit voor mensen met (langdurige) psychische problemen zou dus idealiter, naast de geestelijke gezondheidszorg zelf, een groot aantal voorzieningen opgenomen moeten zijn. Voor elk van deze voorzieningen is expliciet gevraagd óf en zo ja, in welke vorm vanuit de geestelijke gezondheidszorg momenteel met deze voorzieningen wordt samengewerkt.

Zoals op grond van de opname van de verslavingszorg in enkele gefuseerde geestelijke gezondheidszorginstellingen verwacht kon worden, blijkt dat samenwerking met de verslavingszorg vaak voorkomt. Deze samenwerking is ook vrij intensief en in de meeste gevallen structureel. Met de maatschappelijke opvang wordt vaak structureel samengewerkt, al was het alleen maar ten behoeve van de indicatiestelling voor opname in de sociale pensions. In de meeste regio's worden echter ook contacten onderhouden op het niveau van de individuele cliënt, die tussen de geestelijke gezondheidszorg- en de opvangvoorzieningen heen en weer pendelt. Opvallend genoeg werd de thuiszorg, en dan in het bijzonder de gespecialiseerde gezinszorg, in geen van de regio's spontaan genoemd als samenwerkingspartner. Pas na een expliciete vraag hierover kwam naar voren dat wel met deze voorziening werd samengewerkt. Soms bleek echter dat de gespecialiseerde gezinsverzorging dan verward werd met óf de psychiatrische thuiszorg óf de reguliere thuiszorg (voor ouderen). In een enkel geval bleek de werksoort zelfs geheel niet bekend te zijn. Daarmee weerspiegelen de reacties van de respondenten het gegeven dat deze, al langer bestaande werksoort ook in de beleidsnota's over de geestelijke gezondheidszorg feitelijk genegeerd wordt.

Samenwerking met corporaties werd eveneens in de meeste regio's wel genoemd. Zij varieerde sterk: van betrokkenheid van de corporaties bij de indicatie voor be-

schermwonen (RIBW-voorzieningen) tot daadwerkelijke samenwerking bij de realisatie van nieuwe huisvestingsvormen voor (ex-)psychiatrische patiënten. Samenwerking met de arbeidsvoorzieningen komt, gezien de centrale positie van de doelstelling arbeidsrehabilitatie in het beleid, opvallend weinig voor. In een enkel geval wordt melding gemaakt van (pogingen) tot samenwerking, maar die lijken meestal weinig succesvol en daarom van korte duur. Hiervoor is al aangegeven dat de geestelijke gezondheidszorginstellingen in het kader van de zorgvernieuwingen zelf ook dagbestedings- en arbeidsrehabilitatieprojecten in het leven roepen. Uit de gesprekken kwam verder naar voren dat sommige geestelijke gezondheidszorginstellingen, met name de 'oude' psychiatrische ziekenhuizen, al geruime tijd proberen te voorzien in vormen van zinvolle dagbesteding. In hoeverre een en ander een reactie is op het ontbreken van succesvolle samenwerkingsrelaties met de reguliere arbeidsvoorzieningen, is onduidelijk. Het is ook voorstelbaar dat, zeker waar het de al wat langer bestaande voorzieningen betreft, het eigen aanbod een overleg met de reguliere arbeidsvoorziening minder urgent maakt. In het licht van de (beleids)doelstelling de huisarts een zogeheten poortwachtersfunctie voor de geestelijke gezondheidszorg toe te kennen, is het opmerkelijk dat de vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorginstellingen vrijwel nooit over structurele samenwerking met de huisarts reppen. Deze verwijst, en daarmee lijkt de relatie volledig beschreven te zijn. Ten aanzien van zo'n poortwachtersfunctie van de huisarts wordt zelfs opgemerkt dat deze (nu nog?) niet wenselijk is, omdat huisartsen niet voldoende kennis van psychiatrische problematiek zouden hebben. De positie van het AMW is onduidelijk; de voorziening wordt wel regelmatig genoemd als samenwerkingspartner in projecten met een brede samenstelling, maar niet als een (potentiële) eerstelijnsvoorziening binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf. De doelgroepen zouden, volgens een respondent, te verschillend zijn: bij het AMW kunnen mensen met psycho-sociale problemen wel terecht, maar voor psychiatrische hulpverlening zou het AMW niet voldoende geëquipeerd zijn.

Opvallend was overigens het grote aantal brede samenwerkingsprojecten, waarvan in de regio's sprake bleek te zijn. Behalve de geestelijke gezondheidszorginstellingen (in de meeste gevallen de ambulante geestelijke gezondheidszorg) waren daar organisaties op diverse terreinen bij betrokken, zoals welzijnswerk, GGD, sociale dienst, corporatie, politie en justitie. Aan deze projecten waren niet zelden lange periodes van voorbereiding voorafgegaan en na de start bleek continuïteit niet altijd gegarandeerd. Uit de gesprekken kwam naar voren dat met name de geestelijke gezondheidszorg zich nog al eens terughoudend opstelde ten aanzien van doel en werkwijze van de projecten. Deze terughoudendheid leidde er soms toe dat de vertegenwoordiging zich (tijdelijk) uit het samenwerkingsverband teruggetrokken had. Ook het tijdsbeslag van de samenwerkingsprojecten, onder meer ten gevolge van de frequentie van de overlegvergaderingen of casusbesprekingen, was voor de onderzochte geestelijke gezondheidszorginstellingen wel eens aanleiding geweest van verdere deelname af te zien. De respondenten gaven overigens aan dat dergelijke beslissingen vooral werden ingegeven door de werkdruk van met name de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De wachtlijsten daar blijven groot en bij

schaarste wordt dan toch gekozen voor de kerntaken. Dit probleem lijkt zich niet alleen in de onderzochte regio's voor te doen: ook elders blijken de ambulante geestelijke gezondheidszorginstellingen medewerking aan bredere samenwerkingsprojecten wegens tijdgebrek op te schorten (Dekker et al. 1998).

In schema 5.5 wordt per regio een overzicht gegeven van de diverse (gerapporteerde) samenwerkingsrelaties en hun aard. Bij dit overzicht moet worden bedacht dat de meeste regio's een behoorlijke geografische omvang hebben. Het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorginstellingen bestrijkt daarom vaak de werkgebieden van meerdere, lokaal of subregionaal werkende instanties.

Schema 5.5 Voorkomen en aard van samenwerking van geestelijke gezondheidszorginstellingen met algemene voorzieningen, naar regio

	verslavings - zorg	maatscha- pelijke opvang	thuiszorg	corporaties	arbeidsvo- or- zieningen	huisarts	AMW
Groningen	fusie wordt overwogen, samenwerkin- g verder niet genoemd	structureel i.h.b. sociale pensions	convenant met thuis- zorg, op niveau casus met o.a. gespeciali- seerde gezinszorg	convenant t.b.v. ontwikkelin- g nieuwe woonvorme n	niet genoemd	niet genoemd	afspraken t.a.v. door- verwijzing
Heuvelland en Maasvallei	structurele samenwerkin- g nagestreefd	overleg t.a.v. soc. pensions	op niveau casus met wijkverple- ging	overeen- komst t.a.v. huisvesting begeleid wonen	overleg met GAK/Pas- sage	niet genoemd	overleg op niveau casus
Stedendrieho- ek	niet genoemd	spreekuur in sociale pensions	in bredere samenwer- kingspro- jecten	nauwelijks contact	niet genoemd	niet genoemd	in bredere samenwer- kingspro- jecten
Dordrecht e.o.	intensief, fusie wordt overwogen	structureel i.h.b. sociale pensions	op niveau casus met o.a. gespe- cialiseerde gezinszorg	in bredere samenwer- kingsrelatie s	overleg gestopt	voorne- men tot inschak- eling als poort- wachter	in bredere samenwer- kingsrelatie s

Den Haag	onderdeel fusie	structureel, i.h.b. noodopvang en sociale pensions	op niveau casus, o.a. met gespecialiseerde gezinszorg	samenwerking t.a.v. realisering bijzondere huisvesting	niet genoemd	niet genoemd	in bredere samenwerkingsrelaties
Zeeland	opname in fusie wordt overwogen	onderdeel fusie	op niveau casus, met o.a. gespecialiseerde gezinszorg	incidentele samenwerking	incidenteel genoemd	niet genoemd	niet genoemd

Als er in de gesprekken melding werd gemaakt van samenwerking met een of meerdere werksoorten, wil dit niet per se zeggen dat dit geldt voor alle instellingen van deze werksoort in de regio. Zo lijkt bijvoorbeeld in de regio Zeeland de samenwerking met de ene instelling voor thuiszorg intensiever dan die met de andere. Voorzover mogelijk is daarom per regio naar een gemiddelde voor de mate van samenwerking gezocht.

Vanuit de geestelijke gezondheidszorg worden, alles bij elkaar opgeteld, veel en diverse samenwerkingscontacten met andere instellingen onderhouden. Het gaat echter toch vooral om qua reikwijdte beperkte samenwerkingsrelaties, die niet zelden op projectbasis tot stand gekomen zijn. Structurele samenwerkingsrelaties, die bijvoorbeeld zijn vastgelegd in convenants, komen naar verhouding ook het meest voor bij die instellingen die inmiddels gefuseerd zijn. De indruk bestaat dan ook dat samenwerking buiten de geestelijke gezondheidszorgsector pas actief gezocht wordt als die binnen de sector goed is geregeld. Ook dan echter lijkt samenwerking met derden geen centraal aandachtspunt; ze wordt niet ontweken maar niet altijd actief gezocht. Initiatieven voor met name de bredere samenwerkingsprojecten lijken vooral van de andere partijen te zijn gekomen.

5.7 Relaties met cliënten en hun sociale netwerk

Een van de aandachtspunten in het vermaatschappelijkingsproces is de verbetering van de aansluiting tussen vraag en aanbod. Deze verbetering wordt niet alleen nagestreefd vanuit doelmatigheidsoverwegingen, maar past ook in de verandering van denken over de psychiatrische patiënt zelf. In plaats van een redeloze afhankelijke wordt deze nu gezien als een zorgconsument, een cliënt die zelf mee moet kunnen beslissen over wat hem geboden wordt.

Deze veranderde opvatting over de patiënt als mondige gebruiker van de zorg komt onder meer tot uiting in de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), die ook van toepassing is op de geestelijke gezondheidszorg en in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ). Op basis van deze wet zijn alle collectief gefinancierde zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke en gezondheidszorg, dus ook de geestelijke gezondheidszorginstellingen, met ingang van maart 1996 verplicht tot het instellen van een cliëntenraad. Deze cliëntenraden

hebben de bevoegdheid gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen over de organisatie en de uitvoering van de zorg door de instelling, waaraan zij zijn verbonden. Behalve via deze instellingsgebonden cliëntenraden kunnen de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg ook via landelijke of regionale belangenbehartigingsorganisaties proberen om invloed uit te oefenen op de sector. De rijksoverheid probeert de inspraak van cliënten bij de ontwikkeling van het zorgaanbod te stimuleren door bijvoorbeeld betrokkenheid van de cliënten of hun organisaties als voorwaarde te stellen voor het verkrijgen van het predikaat zorgvernieuwingsregio. Ook wordt er in de diverse beleidsnota's op aangedrongen om de beleidsplannen voor de middellange en lange termijn, de zogenoemde regiovisie, op te stellen in nauw overleg met de cliëntenvertegenwoordiging (TK 1996/1997c; TK 1998/1999a).⁹

Gezien de wettelijke verplichting tot het instellen van een cliëntenraad zal het niet verwonderen dat alle onderzochte instellingen aangaven dat bij hen inderdaad dergelijke raden actief waren. Bij de gefuseerde instellingen was in de meeste gevallen sprake van een getrapte cliëntenvertegenwoordiging. Uit de raden voor de diverse (oorspronkelijke) instellingen is dan op het niveau van de gefuseerde organisatie een centrale cliëntenraad afgevaardigd. De fusies zijn, zo zeggen de respondenten, ook altijd in nauw overleg met de cliëntenvertegenwoordigingen voorbereid en uitgevoerd. Behalve de 'eigen' cliëntenraden zijn bij dergelijk overleg in de meeste gevallen ook de niet-instellingsgebonden cliëntenorganisaties uitgenodigd.

De soms grote aantallen cliëntenvertegenwoordigingen in één regio zijn voor de gezamenlijke geestelijke gezondheidszorginstellingen soms aanleiding om aan te dringen op een gezamenlijk platform, zodat er één aanspreekpunt overblijft. Indien in de betrokken regio het meer algemene Regionale Patiënten- en Consumentenplatform, waarin ook belangenbehartigingsorganisaties van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten participeren, goed functioneert, wordt geprobeerd om zo'n gezamenlijk platform voor de geestelijke gezondheidszorg aan dit RPCP te koppelen.

In enkele van de onderzochte regio's zijn de cliëntenorganisaties, al of niet vermeld in een platform inderdaad al bij de ontwikkeling van de regiovisie geestelijke gezondheidszorg betrokken.

Een groot probleem bij de belangenbehartiging van cliënten van de geestelijke gezondheidszorg blijkt het gebrek aan continuïteit te zijn. De ervaring is dat de cliëntenraden en ook wel (het kader van) de niet-instellingsgebonden cliëntenorganisaties een groot verloop kennen. Mensen die weer (voldoende) hersteld zijn, keren de wereld van de geestelijke gezondheidszorg in veel gevallen zo snel mogelijk volledig de rug toe en verlaten daarmee ook de belangenbehartiging. Mensen die te kampen hebben met chronische problematiek, zijn, uit de aard der zaak, niet altijd in staat om acte de présence bij vergaderingen of een goed onderbouwde mening over een beleidsvoornemen te geven. Vanwege deze discontinuïteit wordt door een enkele van de respondenten een cliëntenvertegenwoordiging, ondanks de wettelijke verplichting, niet zinvol gevonden.

Het betrekken van de cliënten bij de ontwikkeling van de zorg is, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, een betrekkelijk nieuwe ontwikkeling, zo nieuw dat het personeel niet altijd de juist toon tegenover een (mondige) cliënt weet te vinden. Voor enkele van de onderzochte instellingen blijkt de inbreng van de cliënten zo waardevol te zijn, dat zij besloten hebben het eigen personeel bij te scholen in een goede omgang met de cliënten.

Een overzicht van de mate waarin en de wijze waarop cliënten en hun organisaties in de onderzochte regio's bij de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg worden betrokken, staat in schema 5.6.

Schema 5.6 Mate waarin en wijze waarop cliënten en hun organisaties bij de ontwikkeling van de zorg worden betrokken, naar regio

	cliëntenraden	regionaal platform	betrokken bij opstellen zorgvisie	extra activiteiten
Groningen	per onderdeel en op centraal niveau	ja	ja	aanstelling 'cliëntenskundige'
Heuvelland en Maasvallei	per instelling	nee	ja	niet genoemd
Stedendriehoek	per instelling	nee	n.v.t.	niet genoemd
Dordrecht e.o.	per onderdeel en op centraal niveau	in ontwikkeling	ja	cursus bejegening
Den Haag	per onderdeel	ja	n.v.t.	cursus bejegening
Zeeland	per onderdeel en op centraal niveau	ja	n.v.t.	niet genoemd

Behalve de cliënt zouden ook de leden van diens sociale netwerk beter bij de zorg en de ontwikkeling van het aanbod betrokken moeten worden. Zeker nu het de tendens is om mensen met psychisch problemen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, neemt het belang van de betrokkenheid van het sociale netwerk bij de opvang en ondersteuning sterk toe. In de beleidsvisie wordt er zelfs al vanuit gegaan dat de familie als eerste is aangewezen om (beginnende) psychische problematiek op te vangen.

De (georganiseerde) familieleden zijn overigens al geruime tijd erkend als gespreks- en onderhandelingspartner in de geestelijke gezondheidszorg. In de meeste vraaggesprekken zijn de contacten met de familieleden en andere betrokkenen dan ook aan de orde gesteld. Uit de antwoorden blijkt dat de (landelijke of regionale) familieorganisaties min of meer gelijkgesteld worden met de niet-instellingsgebonden cliëntenorganisaties. In die regio's waar gestreefd wordt naar de oprichting van een gezamenlijke cliëntenplatform (of waarin zo'n platform al is opgericht) maken de familieorganisaties dan ook deel uit van dit platform.

Familieleden van individuele cliënten worden wat meer op afstand gehouden. Niet zelden, zo wordt deze afhoudende reactie verklaard, blijken de psychische problemen van de cliënt ook te maken te hebben met de familierelatie en de instelling kiest bij (mogelijke) conflicten principieel de kant van de cliënt. Ondersteuning van familieleden ziet men dan ook niet als een taak van de geestelijke gezondheidszorg. Een uitzondering hierop wordt gemaakt in die situaties waarin een betere toerusting van de familieleden kan bijdragen aan een betere zorg aan de patiënt. In de vorm van voorlichting en co-educatie wordt dan de familieleden geleerd wat de achtergrond van de psychische problematiek is en hoe hierop het beste kan worden gereageerd (zie ook schema 5.2). Bij dergelijke activiteiten staan de belangen van de cliënten echter voorop.

5.8 Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

In het voorgaande is vooral een beschrijving gegeven van de mate waarin activiteiten die gezien worden als bevorderend voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, daadwerkelijk door de geestelijke gezondheidszorginstellingen worden ondernomen. De bereidheid waarmee tot deze activiteiten is overgegaan, wordt naast expliciete uitspraken hierover, beschouwd als een indicatie voor de sterkte van het draagvlak voor deze vermaatschappelijking. De daadwerkelijke mogelijkheden om de activiteiten te (blijven) uitvoeren, worden beschouwd als een eerste indicatie voor de sterkte van de draagkracht.

Uit de beschrijving komt naar voren dat het draagvlak voor vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg behoorlijk sterk is. Zeker als vermaatschappelijking wordt opgevat als extramuralisatie van de zorg, en dus vooral betrekking heeft op de vermaatschappelijking van de patiënt, blijken vrijwel alle respondenten met dit beleidsdoel in te stemmen. De steun voor een bredere definitie en daarmee voor een verdergaande heroriëntatie binnen de sector is minder gemakkelijk vast te stellen. De bredere invulling van het begrip lijkt namelijk bij de meeste respondenten niet zo te leven. De manier waarop in de praktijk mogelijk al wel invulling wordt gegeven aan aspecten van deze vermaatschappelijking-in-brede-zin, kan echter wel een zekere indicatie voor de sterkte van het draagvlak ervoor geven. Uit de diverse samenwerkingsrelaties en de wijze waarop deze tot stand zijn gekomen, kunnen twee zaken worden afgeleid. Ten eerste is duidelijk dat de geestelijke gezondheidszorg, wellicht meer dan in het verleden, de zorg voor mensen met psychiatrische problemen met andere instellingen wil delen. In de onderzochte regio's is de geestelijke gezondheidszorg in veel bredere samenwerkingsverbanden vertegenwoordigd. De tweede bevinding is dat de geestelijke gezondheidszorg zich als sector redelijk terughoudend opstelt en de indruk wekt zelf de voorwaarden voor de zorgverlening te willen bepalen. Of er taken en verantwoordelijkheden overgedragen worden aan andere instellingen en of de geestelijke gezondheidszorg tot zo'n overdracht bereid is, is dan ook maar de vraag. Wellicht is het ook nog te vroeg om nu al voor de gehele sector een dergelijke omslag in denken en doen te kunnen vragen.

De terughoudendheid wordt ook nog gevoed door financiële en organisatorische beperkingen. Het streven naar meer fusies in de geestelijke gezondheidszorg gaat (nog) niet gepaard aan een herstructurering van de financiën. Daarnaast blijken de instellingen, en in het bijzonder de voorzieningen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, te kampen te hebben met wachtlijsten. Verwacht wordt ook dat de zorgvraag nog verder zal groeien en wel in een hoger tempo dan de capaciteit. In de zin van de vraagstelling kan hier dan ook worden gesproken van een ontoereikende draagkracht in materiële zin.

Noten

- 1 Gezien het hoge tempo waarin binnen de sector fusies totstandkomen, zal de situatie dat binnen één regio meerdere (aparte) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg deel uitmaken van het zorgcircuit overigens steeds minder voorkomen. Inmiddels zijn immers al in 17 van de 39 regio's de psychiatrische ziekenhuizen en de RIAGG's met elkaar gefuseerd en in nog eens 7 regio's zijn ook de RIBW's (al) in een gefuseerde instelling voor geestelijke gezondheidszorg opgegaan. De verwachting is dat in de loop van 1999 nog eens 10 fusies zullen volgen (Gibbels 1999).
- 2 Inmiddels is de toekenning van een dergelijk predikaat overgenomen door de koepel van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, GGZ -Nederland.
- 3 Uit het genoemde evaluatieonderzoek naar het persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg komt naar voren dat ook na een jaar ervaring een belangrijk deel van de aanbieders van de zorg van mening is dat een persoonsgebonden budget slechts voor een zeer kleine groep psychiatrische patiënten haalbaar is. Reguliere geestelijke gezondheidszorginstellingen zijn dan ook niet erg actief in het wijzen van hun (potentiële) cliënten op deze voorziening (Ramakers en Van de Wijngaart 1998).
- 4 Zo wordt in de beleidsstukken over de modernisering van de AWBZ ook regelmatig gesproken over de (noodzaak tot) vermaatschappelijking van de AWBZ-zorg. Het merendeel van de voorzieningen voor ouderen en gehandicapten wordt uit de AWBZ betaald en dus zou een vermaatschappelijking van de AWBZ ook tot een vermaatschappelijking van de zorg voor deze groepen moeten leiden. Ook de zorg voor de (verstandelijk en fysiek) gehandicapten ondergaat momenteel een proces van vermaatschappelijking (zie bv. TK 1998/1999b).
- 5 In de meeste regio's zijn meerdere interviews afgenomen; de informatie in dit en de volgende schema's in dit hoofdstuk betreft dan ook een 'gemiddelde' uitkomst van alle vraaggesprekken die met de diverse vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg in de betrokken regio's zijn gehouden.
- 6 Een uitgebreidere beschrijving van de taken van de zorgkantoren in (o.a.) het beleid rond de geestelijke gezondheidszorg wordt gegeven in hoofdstuk 6.
- 7 Een uitgebreidere beschrijving van de betrokkenheid van deze grotere gemeenten met de sociale psychiatrie is opgenomen in paragraaf 7.5.
- 8 De RIBW's werden oorspronkelijk tot de maatschappelijke dienstverlening gerekend en werden door de gemeenten van vestiging gefinancierd op de basis van de Tijdelijke stimuleringsregeling maatschappelijke dienstverlening; een gedecentraliseerde financieringsregeling, die vooruitliep op de invoering van de Welzijnswet.
- 9 In hoofdstuk 8 wordt dieper ingegaan op de rol van de cliënten en hun organisaties op het geestelijke gezondheidszorgbeleid.

6 DE FINANCIERS VAN DE ZORG: ZORGVERZEKERAAR EN LOKALE OVERHEDEN

6.1 Inleiding

Na het hoofdstuk over de aanbieders van de geestelijke gezondheidszorg zal in dit hoofdstuk ingegaan worden op de financiers ervan: zorgkantoren en lokale overheden.

De relaties tussen aanbieders en financiers zijn in het vorige hoofdstuk beschreven vanuit de optiek van de geestelijke gezondheidszorginstellingen. In dit hoofdstuk zal de andere kant belicht worden: hoe zien de onderzochte zorgkantoren en lokale overheden hun verhouding met de geestelijke gezondheidszorg en wat denken zij over de diverse aspecten van het (voorgenomen) beleid op dit terrein? Ook de relaties tussen enerzijds de financiers en anderzijds de overige maatschappelijke organisaties en de cliënten zullen aan de orde komen.

Voordat de diverse contacten en relaties beschreven worden, zal eerst aandacht worden gegeven aan de positie, taken en bevoegdheden van de financiers op het terrein van de zorg aan mensen met psychische problematiek. Want in dit rapport wordt dan wel voor de zorgkantoren en lokale overheden de verzamelnaam financiers gehanteerd, beide actoren zijn meer dan dat. Zowel in de huidige situatie als in de beoogde nieuwe structuur voor het geestelijk volksgezondheidsbeleid omvatten de taken en verantwoordelijkheden van deze actoren meer dan alleen maar het financieren van het aanbod. Van zorgkantoren en lokale overheden wordt verwacht dat zij meebeslissen over het regionale beleid en voorzieningenaanbod.

Net als het vorige hoofdstuk zal ook dit afgesloten worden met een concluderende paragraaf waarin op grond van de gegevens de sterkte van het draagvlak en dat van de draagkracht voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zal worden vastgesteld.

6.2 De zorgkantoren

6.2.1 Rol van de zorgkantoren in het (geestelijke) gezondheidszorgbeleid

In het vorige hoofdstuk is kort ingegaan op de ontstaansgeschiedenis van de zorgkantoren. Aanleiding voor de oprichting van deze zorgkantoren was de bestaande onvrede over de uitvoering van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Deze wet werd uitgevoerd door ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars. De bijbehorende taken lagen echter in handen van zogenaamde verbindingkantoren. Deze onderhielden namens de uitvoeringsorganen contact met de hun toegewezen AWBZ-instellingen in een bepaalde regio. Per regio konden echter verschillende verbindingkantoren werkzaam zijn, waardoor dus de ene zorginstelling met het ene verbindingskantoor en de andere instelling in dezelfde regio met het andere kantoor te maken kon hebben. En

om het nog ingewikkelder te maken, bestonden naast verbindingkantoren ook regionale en/of gespecialiseerde contactorganen, die in de praktijk, maar onder een andere noemer, dezelfde functie hadden als een verbindingkantoor. De psychiatrische ziekenhuizen bijvoorbeeld waren niet toegewezen aan een verbindingkantoor, maar aan een coördinatiepunt van de ziekenfondsen. De taken van dit coördinatiepunt, een contactorgaan dus, waren dezelfde als die van een verbindingkantoor. In deze op zich al onoverzichtelijke situatie deden zich ook nog aanzienlijke verschillen tussen de diverse kantoren en organen voor. Het ene kantoor stelde zich actief op, het andere juist niet; sommige kantoren voerden de AWBZ uit naar de letter, andere interpreteerden ruimer. Een ander nadeel was dat de verwevenheid van verbindingkantoor en verzekeraar belangenverstrengeling mogelijk maakte, zodat de maatschappelijke legitimatie van de beslissingen niet altijd was gegarandeerd (RVZ 1997a).

Een en ander was aanleiding voor een vernieuwing van de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. In een brief van de bewindslieden hierover wordt voorgesteld de verbindingkantoren te vervangen door zogenaamde zorgkantoren, waarvoor per regio aan één zorgverzekeraar een (tijdelijke) concessie zal worden verleend. Aan deze zorgkantoren wordt een Raad van Advies verbonden waarin naast de zorgaanbieders, de cliëntenorganisaties en de lokale overheden zitting zouden moeten hebben (TK 1995/1996).

Omdat de realisering van dit voorstel enige vertraging opliep, hebben de Zorgverzekeraars Nederland, die in principe achter de voorstellen stonden, min of meer het initiatief overgenomen en zijn zij zelf al begonnen met het omvormen van de bestaande verbindingkantoren tot zorgkantoren nieuwe stijl.

In hun rapport hierover benadrukken de gezamenlijke zorgverzekeraars dat de zorgkantoren de taak krijgen om zich, actiever dan voorheen, te bemoeien met een doelmatige en uniforme uitvoering van de AWBZ (ZN 1997). Om deze taak uit te kunnen voeren zonder door commerciële belangen van de ziektekostenverzekeraars gestuurd te worden, zullen de zorgkantoren in tegenstelling tot hun voorgangers worden losgekoppeld van de verzekeraars. De onafhankelijkheid van de zorgkantoren moet eraan bijdragen dat zij geloofwaardig invulling kunnen geven aan hun sociale taak ten opzichte van de zorgafhankelijken in de regio. Ook in de onderhandelingen met de lokale overheden, de cliëntenvertegenwoordigers én de zorgaanbieders zelf draagt het feit dat de zorgkantoren zelf hun beleid kunnen bepalen, bij aan hun geloofwaardigheid en daarmee aan hun effectiviteit. De zelfstandigheid van de zorgkantoren ten opzichte van de verzekeraars is echter nog niet zo groot dat zij ook over een eigen budget kunnen beschikken. De door de zorgkantoren toegezegde verstrekkingen moeten dus nog wel altijd door de zorgverzekeraars zelf gefiatteerd worden. Negatief gezien is het zorgkantoor daarom nog altijd niet meer dan een doorgeefluik van het geld.¹ Omdat in de praktijk de meeste toekenningen ook inderdaad gefiatteerd en uitbetaald worden, is deze beperkte bevoegdheid niet echt een probleem. De zorgkantoren dienen, mede door hun vernieuwde werkwijze, bij te dragen aan de vernieuwing of modernisering van de AWBZ. Deze taak werd, zoals ook in het voorgaande hoofdstuk al is aangegeven, zeer concreet door de bemoeienis van de zorgkantoren met de toewijzing van de middelen uit het Zorgvernieuwingsfonds respectievelijk uit de Zorg-op-maatregeling.

In de Raad van Advies moet een groot aantal van de regionale partijen in het zorgbeleid zitting hebben. Deze brede samenstelling van de Raad wijst erop dat van de kantoren meer verwacht wordt dan het alleen maar doorsluizen van geld naar de regionale zorgaanbieders. De opzet is dat de zorgkantoren (mede) zorg gaan dragen voor de samenhang en onderlinge afstemming in het zorgaanbod in de regio. De Raad van Advies is daarvoor één van de instrumenten; een ander instrument is de betrokkenheid van het regionale zorgkantoor bij de opstelling van de regiovisies voor de 'care'-sector. Dergelijke visies bevatten, idealiter, een beleidsplan voor de zorg voor de middellange termijn, dat is opgesteld in overleg met de regionale partijen.

In de *Beleidsvisie van de geestelijke gezondheidszorg* wordt deze coördinerende functie van zorgkantoren sterk benadrukt. Werd in de voorloper op deze visie, de beleidsbrief over de geestelijke gezondheidszorg uit juni 1997 (TK 1996/1997c), nog nauwelijks over de rol van de zorgkantoren gerept, in de visie zelf wordt expliciet uitgegaan van een regisseurstaak. Deze taak beperkt zich overigens niet tot de geestelijke gezondheidszorg; ook de samenhang in de ouderen- en gehandicaptenzorg dient, voorzover het de AWBZ-gefinancierde zorg betreft, door de zorgkantoren te worden bewaakt (TK 1998/1999a).

6.2.2 Uitkomsten van de vraaggesprekken

Organisatie en contacten met overige actoren in het regionale zorgcircuit

De betekenis van de zorgkantoren voor de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg zal dus steeds verder toenemen en daarom is deze actor dan ook in het onderzoek betrokken. In elk van de onderzochte regio's kon een gesprek met een vertegenwoordiger van het daar voor de geestelijke gezondheidszorg verantwoordelijke zorgkantoor worden gerealiseerd. In het vorige hoofdstuk is vermeld dat in de periode waarin de vraaggesprekken zijn gevoerd, de invoering van de zorgkantoren nog nauwelijks was afgerond. In drie regio's is deze invoering ook gepaard gegaan met een nieuwe indeling van de werkgebieden. Voor de (nieuwe) zorgkantoren betekende dit dat zij voor een deel met andere instellingen te maken kregen en soms ook dat zij daardoor voor het eerst kennismaakten met de financiering van het geestelijke gezondheidszorgaanbod. Naast de redelijk nieuwe opdracht om zich in meer beleidsmatige en sturende zin bezig te gaan houden met zorg in hun regio, kregen deze kantoren dus ook nog de taak zich op een geheel nieuw terrein in te werken.

De reorganisatie en de omvorming tot zorgkantoor bracht duidelijk zoveel werk met zich mee, dat er ten tijde van de gesprekken nog nauwelijks sprake was van een beïnvloedende rol bij de beleidsontwikkeling. De zorgkantoren beperkten zich (noodgedwongen) tot het al of niet fiatteren van de verstrekkingen en het doorsturen van de aanvragen voor financiering van de zorgvernieuwingsprojecten. Een enkel zorgkantoor was inmiddels wel betrokken bij de ontwikkeling van een zorgplan of regiovisie, maar leek daartoe zelf niet het voortouw genomen te hebben. De uitnodigingen kwamen van de zorgaanbieders of van de provincie. Voorzover er contacten werden onderhouden met bijvoorbeeld de lokale overheden,

gebeurde dat vooral in het kader van de oprichting van de Raad voor Advies. Een enkele keer werd overleg gevoerd over de ontwikkeling en financiering van het mede door de lokale overheden op te zetten OGGZ-beleid.

Contacten met de cliëntenorganisaties leken iets vaker voor te komen; deze waren, net als een paar van de zorgkantoren zelf, betrokken bij het opstellen van meerjarenplannen. Een enkel zorgkantoor probeerde zelf de cliënteninspraak te vergroten en droeg om dit te stimuleren financieel bij aan de oprichting van een gezamenlijk platform.

Schema 6.1 Karakteristieken van zorgkantoren en de contacten met andere actoren, naar regio

	karakteristieken zorgkantoor			contacten met andere actoren		
	nieuwe regio-indeling	RvA aanwezig ^a	sturende rol geestelijke gezondheidszorg aanbod	lokale overheden	cliënten-organisaties	andere instellingen
Groningen	nee	ja	ja, d.m.v. productafspraken, overleg zorgvernieuwing	ja, in kader indicatiestelling en OGGZ	ja, via platform medefinanciering cliëntdeskundige	niet genoemd
Heuvelland en Maasvallei	ja	nog op te richten	(nog) nauwelijks	ja, in kader OGGZ, sociale pensions	nee, wel intentie die te versterken	nee, mogelijk indirect via op te richten platform OGGZ
Stedendriehoek	ja	nog op te richten	nauwelijks, pogingen tot sturing via toestemmen zorgvernieuwing	ja, in kader OGGZ, sociale pensions	niet structureel	niet genoemd
Dordrecht e.o.	ja	nog op te richten	nauwelijks, wel betrokken bij opstellen zorgplan	ja, via overlegplatform OGGZ	o.a. via betrokkenheid opstellen zorgplan	ja, via overlegplatform OGGZ, apart overleg met huisartsen
Den Haag	nee	ja	ja, d.m.v. sturing zorgvernieuwing en productafspraken	ja, veelvuldig overleg, o.a. over OGGZ-beleid	ja, medefinanciering oprichting platform	nee
Zeeland	ja	nog op te richten	nauwelijks, wel betrokken bij vaststellen projecten zorgvernieuwing	ja, afstemmingsoverleg	indirect, via RPCP	niet genoemd

^a Het gaat hier om de stand van zaken tijdens de interviews.

Verder gaf geen van de in het onderzoek betrokken zorgkantoren aan zelf actief contact te zoeken of te onderhouden met andere regionale of lokale instellingen op

bijvoorbeeld de terreinen maatschappelijke dienstverlening, huisvesting of arbeid en sociale zekerheid. Soms kwam men deze instellingen wel tegen in het kader van overleg over het OGGZ-beleid. Slechts één zorgkantoor gaf expliciet op met de huisartsen te overleggen over hun (mogelijke) rol in de geestelijke gezondheidszorg.

Een overzicht van de karakteristieken van de zorgkantoren en de door hen onderhouden relaties wordt gegeven in schema 6.1.

Zoals uit het overzicht blijkt was het merendeel van de zorgkantoren in de onderzochte regio's ten tijde van het onderzoek nog niet echt toe aan het uitvoeren van een sturende rol in de geestelijke gezondheidszorg. Onbekendheid met het terrein in combinatie met ingrijpende veranderingen in de organisaties zelf dragen ertoe bij dat de ontwikkelingen in het zorgaanbod vooral in handen lag van de aanbieders. De zorgkantoren waren dan formeel wel verantwoordelijk voor de beslissing over de besteding van de AWBZ-gelden, in de praktijk waren het de instellingen zelf die het beleid en het aanbod bepaalden. Ook uit onderzoek in opdracht van de Ziekenfondsraad blijkt dat het beleid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg vooral bepaald lijkt te worden door de instellingen zelf. Aan het maken van afspraken en/of afsluiten van convenants met de zorgverzekeraars i.c. het zorgkantoor gaan lange onderhandelingsprocedures vooraf. Dit is wellicht voor een deel te verklaren uit een dwingende opstelling van de zorgaanbieders. Een ander deel voor de verklaring moet toch gezocht worden in het ontbreken van voldoende inhoudelijke deskundigheid bij de verzekeraars en het lage tempo waarin deze deskundigheid uiteindelijk wel verworven wordt (Zfr 1997).

Opvattingen over ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg

Door hun verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ zijn de zorgkantoren natuurlijk nauw betrokken bij de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorgsector. Zij hebben of krijgen te maken met fusies, substitutieprojecten, zorgvernieuwing en (mogelijk) regionale samenwerkingsrelaties tussen geestelijke gezondheidszorg en aanpalende beleidsterreinen.

In het algemeen lijken de kantoren een wat ambivalente houding aan te nemen tegenover deze veranderingen. Zo juicht men de tendens tot meer samenwerking en onderlinge afstemming van harte toe. Aan de ondoelmatigheid ten gevolge van het langs elkaar heen werken van de diverse werksoorten kan wat hen betreft, niet gauw genoeg een einde komen. Men is echter minder ingenomen met de consequentie dat deze samenwerking leidt tot steeds meer fusies en daarmee tot het ontstaan van grote tot zeer grote instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Zo'n instelling waar het hele geestelijke gezondheidszorgaanbod is ondergebracht, neemt immers al snel een monopoliepositie in. De zorgkantoren wijzen er alle op dat daardoor de keuzevrijheid van de cliënt ernstig in gevaar komt. De vrijgevestigde hulpverleners zijn in het algemeen minder toegankelijk en bovendien bij veel van de (potentiële) cliënten minder bekend.²

De extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg ontmoet eveneens zowel

instemming als twijfel. Ook bij de zorgkantoren bestaat de overtuiging dat het beter is dat mensen met psychische problemen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en dat de geestelijke gezondheidszorg zoveel mogelijk ambulante of semi-muraal moet worden aangeboden. Op deze uitspraak volgt vrijwel onmiddellijk de bedenking dat een zelfstandige leefsituatie niet voor alle psychiatrische patiënten haalbaar zal blijken te zijn. Voor deze groep zal dus een intramurale voorziening in stand moeten worden gehouden. Ook wijst men erop dat de acceptatie in de samenleving wel eens heel erg zou kunnen tegenvallen. Er moet daarom niet te snel en te gemakkelijk worden aangenomen dat voor een (ex-)psychiatrische patiënt integratie in deze samenleving mogelijk is.

De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vanuit de geestelijke gezondheidszorg aan andere beleidsterreinen is een onderwerp waar op de zorgkantoren niet veel over nagedacht lijkt te worden. De meeste respondenten konden daar tenminste geen mening over geven.

Dit gold ook voor de mogelijke regisserende rol van de lokale overheden; voorstellen hiertoe waren slechts bij een enkeling bekend. De meningen daarentegen over een mogelijke betrokkenheid van de lokale overheden bij de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg - onder te brengen bij een RIO - waren duidelijk: unaniem negatief. Het uitgangspunt van een onafhankelijke indicatiestelling werd wel onderschreven, een rol van de lokale overheden daarin werd niet nodig of zelfs maar wenselijk geacht. Men vreest dat de lokale overheden niet over voldoende deskundigheid beschikken om de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg te kunnen beoordelen. Bovendien leeft ook bij de zorgkantoren de stellige overtuiging dat bureaucratie een van de meest opvallende karakteristieken van de lokale overheid is.

De wenselijkheid van de invoering van een persoonsgebonden budget (pgb) was voor de meeste vertegenwoordigers van de zorgkantoren twijfelachtig. Alleen het zorgkantoor in de regio waar momenteel geëxperimenteerd wordt met een persoonsgebonden budget aan psychiatrische patiënten, was onverdeeld positief. De andere kantoren noemden naast mogelijke voordelen van meer zorg-op-maat en meer eigen beschikkingsrecht, ook de nadelen van (opnieuw) bureaucratie en vooral de wisselingen in de zorgbehoefte.

De meningen van de zorgkantoren over de meest in het oog lopende aspecten van de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg zijn weergegeven in schema 6.2.

Schema 6.2 Meningen van de zorgkantoren over enkele aspecten van vermaatschappelijking en zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg, naar regio

	meer samen- werking en afstemming	fusie van instellingen	extramuraliserin g zorg	betrokkenheid lokale overheid bij indicatiestelling	invoering pgb in geestelijke gezondheidszor g
Groningen	positief	gemengd, angst voor mono- polievorming	geen mening gegeven	negatief, angst voor bureaucratie	zeer positief, bij- drage aan zorg- op-maat
Heuvelland en Maasvallei	in principe positief	gemengd, angst voor monopo- lievorming	positief, maar zorgen sociale opvang	alleen positief indien op be- stuurlijk niveau, inhoudelijke be- moeienis niet gewenst	positief indien alleen voor begeleiding, niet voor behandeling
Stedendriehoek	positief	gemengd, angst voor monopol- ievorming	vanuit sociaal opzicht positief, financiële voor- delen betwijfeld	gemengd, angst voor bureaucratie en gebrek aan deskundigheid	negatief; zorgvraag niet continu; cliënt niet opgewassen tegen bureaucratie
Dordrecht e.o.	positief	positief	positief, vermoe- delijk goedkoper dan intramuraal	negatief, angst voor bureaucratie en gebrek aan deskundigheid	negatief, zal ver- snijpering in zorg weer vergroten
Den Haag	positief	gemengd, angst voor monopo- lievorming	positief, maar zorgen over sociaal draagvlak	negatief, angst voor bureaucratie	negatief, zorg- op-maat beter te bereiken via betere afstemming reguliere zorg
Zeeland	positief	gemengd, angst voor monopo- lievorming	positief, vermoe- delijk goedkoper dan intramuraal	negatief, angst voor gebrek aan deskundigheid	positief, maar verstrekking in natura blijft noodzakelijk

6.3 De lokale overheden

6.3.1 Taken en bevoegdheden van de lokale overheden

Net zo min als zorgkantoren of de achterliggende zorgverzekeraars zijn de lokale overheden alleen maar financiers van zorg- en dienstverlening. Ook zij hebben taken ten aanzien van beleidsontwikkeling en ook van hen wordt verwacht dat zij een regisserende rol (gaan) vervullen.

In hoofdstuk 4 is ingegaan op de invoering van de Welzijnswet in 1987. Op grond

van deze wet zijn de lokale overheden verantwoordelijk voor "de beleidsvoering, uitvoering en bekostiging van voorzieningen op het maatschappelijke en sociaal-culturele terrein". Bovendien, zo vervolgt de tekst van de wet, "bevorderen zij (...) dat bij voorrang aandacht wordt besteed aan personen of groepen van personen, die als gevolg van hun maatschappelijke positie aanmerkelijk worden belemmerd in hun individuele ontplooiing of hun maatschappelijk functioneren" (Stb 1987). Bij de herziening van de Welzijnswet in 1994 is aan deze enigszins curatieve taak een preventieve taak toegevoegd. Het (lokale) welzijnsbeleid dient nu ook bij te dragen aan de vergroting van de zelfredzaamheid van mensen "mede om te voorkomen dat mensen in een achterstandspositie geraken" (Stb 1994). Om dit te kunnen bereiken zijn de lokale overheden verantwoordelijk gemaakt voor het instandhouden van diverse voorzieningen op het sociaal-culturele terrein, waaronder die voor het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

Om de mogelijkheden van (o.a.) de lokale overheden in het specifieke achterstandsbeleid te vergroten, is bovendien in 1990 het Sociale vernieuwingsbeleid geïntroduceerd. In het kader van dit beleid werd geld uit diverse regelingen met een beperkte reikwijdte samengevoegd in een zogenoemde Brede doeluitkering. Doordat het geld binnen deze Brede doeluitkering niet (meer) geoormerkt was, kon het in principe vrij door de lokale overheden worden aangewend voor projecten gericht op het wegnemen van plaatselijke achterstandssituaties (TK 1989/1990). De Brede doeluitkering is op basis van de in 1994 ingevoerde Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing (TWSSV) omgezet in een Fonds sociale vernieuwing, waarvoor in principe dezelfde bestedingsvrijheid gold.

De oorspronkelijke geldigheidsperiode van de TWSSV van drie jaar is met een jaar verlengd tot 1998. Gedurende die periode hadden de lokale overheden dus op basis van zowel de Welzijnswet als de TWSSV de opdracht en de mogelijkheid voor het voeren van (preventief) beleid voor sociaal kwetsbare groepen. In een beleidsbrief van de toenmalige staatssecretaris werd dit beleid in het bredere kader van het zogenoemde lokale sociale beleid geplaatst (TK 1996/1997e). Het welzijnsbeleid werd in deze brief opgevat als een onderdeel van lokaal sociaal beleid; de doelen uit de Welzijnswet zijn met het oog hierop geherformuleerd en nader toegespitst. Als een van de sociaal kwetsbare groepen werden de dak- en thuislozen genoemd. Onder deze wat algemene noemer worden overigens, zo blijkt uit de tekst, ook ex-gedetineerden, ex-psychiatrische patiënten en ex-verslaafden vervat. Deze mensen moeten opgevangen worden en zij moeten de mogelijkheid tot het volgen van een zogenoemd reïntegratietraject krijgen.

Inmiddels was overigens al het gehele beleidsterrein van de maatschappelijke opvang alsmede dat van de (ambulante) verslavingszorg onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheden gebracht. Oorspronkelijk waren beide beleidsterreinen opgenomen in de TWSSV en maakten zij vanaf 1994 onderdeel uit van het gemeentelijk achterstandsbeleid. De middelen voor de instandhouding van de voorzieningen waren overgeheveld naar het Fonds sociale vernieuwing, maar behielden daarin wel hun oormerk. Eind 1997 zijn dus, zoals ook in hoofdstuk 4 al werd aangegeven, zowel de maatschappelijke opvang als de verslavingszorg opgenomen in

de Welzijnswet. De (geoormerkte) gelden zullen worden uitgekeerd aan de voor de uitvoering van het beleid aangewezen centrumgemeenten.

Op grond van de Welzijnswet zijn de lokale overheden dus nu verantwoordelijk voor zowel beleidsontwikkeling als financiering van drie voor dit onderzoek relevante voorzieningen of beleidsterreinen: AMW, maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Daarnaast hebben zij de bredere taak zorg te dragen voor een samenhangend sociaal beleid op lokaal niveau. Deze samenhang houdt ook in dat afstemming wordt gezocht met het beleid en het voorzieningenaanbod op het terrein van de zorg, met name die zorg die op basis van de AWBZ wordt gefinancierd. De modernisering van deze AWBZ houdt immers in, zoals hiervoor is beschreven, dat langdurig zorgafhankelijken (ouderen, chronische zieken, gehandicapten en psychiatrische patiënten) zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Een deel van de voorheen intramuraal verstrekte voorzieningen zou overgenomen moeten en kunnen worden door (deels) door de lokale overheid gefinancierde voorzieningen. Mede op grond hiervan wordt van de lokale overheden verwacht dat zij, als regisseur in het lokale circuit, onderlinge samenwerking en afstemming faciliteren. Van deze faciliterende rol van lokale overheden wordt in vrijwel alle (categorale) nota's over het toekomstig zorgbeleid gewag gemaakt. En ook in het zogenoemde Doorstartconvenant Grote stedenbeleid wordt voor de samenbindende, regisserende rol van de (grotere) gemeenten een centrale plaats ingeruimd (BiZa 1998). Dak- en thuislozen, verslaafden en (ex-)psychiatrische patiënten worden hier naast ouderen en gehandicapten gerekend tot de kwetsbare groepen, waarvoor extra inspanning gewenst is. Een en ander komt opnieuw terug in de *Welzijnsnota 1999 - 2001* (TK 1998/1999b). Beleid gericht op de ondersteuning van kwetsbare groepen, waartoe ook hier de dak- en thuislozen, verslaafden en (ex-)psychiatrische patiënten worden gerekend, maakt in deze nota deel uit van het meer preventieve welzijnsbeleid, dat gericht is op het voorkomen van sociale uitsluiting. Bij dit beleid zijn verschillende voorzieningen en verschillende beleidssectoren betrokken. Ook in deze Welzijnsnota wordt benadrukt dat de benodigde samenhang en afstemming op het lokale niveau vorm en inhoud moeten krijgen. De gemeenten worden aangewezen om als lokaal regisseur van de bij het welzijns- en zorgbeleid betrokken actoren op te treden.

Behalve de Welzijnswet zou in principe ook de Wet voorzieningen gehandicapten hiervoor een beleidskader kunnen bieden. Formeel vallen namelijk ook mensen die om psychische redenen belemmeringen ondervinden in hun deelname aan de samenleving, onder de reikwijdte van deze wet. In de praktijk blijkt echter dat het gemeentelijk beleid zich vooral richt op de mensen met ergonomische beperkingen (Ipsa Facto/SGBO 1995).

In hoofdstuk 4 is erop gewezen dat in de *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg* is afgezien van het oorspronkelijke idee de lokale overheden de regietaak te geven in het (regionale) circuit van zorg voor mensen met psychische problemen. De

regietaak voor het AWBZ-aanbod komt immers in handen van de zorgkantoren. Deze ontwikkeling zou betekenen dat de taak van lokale overheden zou gaan bestaan uit het (doen) aansluiten van het niet-AWBZ- aanbod op dat van de geestelijke gezondheidszorg. De indruk dat de lokale overheid en de door haar gefinancierde instellingen vooral aanvullend moeten worden wordt versterkt door het voorname om de regie van de openbare geestelijke gezondheidszorg wel in handen van het lokale bestuur te leggen. Deze OGGZ wordt vooral opgevat als vroegtijdig signaleren en, door middel van bemoeizorg, interveniëren in crisissituaties. Voor de daadwerkelijke uitvoering van dit beleid wordt, naast de onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallende GGD's en het AMW, opnieuw de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aangewezen (TK 1998/1999a). Hoe precies de openbare geestelijke gezondheidszorg zich zou moeten ontwikkelen en wat de belangrijkste aandachtspunten in dit beleid zouden moeten zijn, was al in een eerdere brief over dit onderwerp aangegeven (TK 1997/1998d). Het beleidskader voor de gemeentelijke inspanningen op dit terrein wordt gevormd door de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). In deze wet is bepaald dat de lokale overheid (ook) verantwoordelijk is voor het bewaken en handhaven van de "psychohygiëne". Met deze enigszins archaische term wordt vooral bedoeld op het voorkomen en oplossen van situaties waarin mensen de regie over hun leven zo verloren hebben dat zij zichzelf en hun woning verwaarlozen en ernstig (laten) vervuilen. Omdat de betrokkenen veelal zelf geen hulp zoeken, kan de hulp die dan geboden wordt, onder de bemoeizorg gerekend worden. Deze bemoeizorg wordt in de regel geboden door die instelling die op grond van de WCPV verantwoordelijk is voor de uitvoering van het openbare (geestelijke) gezondheidsbeleid, de GGD. In het door de lokale overheid te ontwikkelen OGGZ-beleid moet echter, meer dan tot nu toe, het accent komen te liggen op signalering en preventie. Het ligt voor de hand dat de GGD ook in het verlengde van zijn huidige werkzaamheden op dit gebied, de eerst verantwoordelijke wordt voor de uitvoering van een dergelijk OGGZ-beleid.

Een laatste taak van de lokale overheid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zou, zoals ook in hoofdstuk 3 beschreven, een mogelijke betrokkenheid bij de indicatiestelling voor deze zorg kunnen zijn. Oorspronkelijk was het immers de bedoeling om de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg onder te brengen bij de Regionale Indicatiestellingsorganen (RIO's), waaronder ook de indicatiestelling voor verpleging en verzorging en voor thuiszorg ressorteren. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de organisatie van deze RIO's en zijn daarom meestal in het bestuur van deze organen vertegenwoordigd. Of, en zo ja wanneer, de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg ook tot de taken van de RIO's zal gaan behoren, is sinds het uitbrengen van de sectorvisie geestelijke gezondheidszorg echter erg onduidelijk geworden.

6.3.2 Uitkomsten van de vraaggesprekken

Uitvoering van het lokale overheidsbeleid in de regio's

Al met al wordt van de lokale overheden dus het nodige verwacht ten aanzien van

de opvang en zorgverlening aan mensen die ten gevolge van hun psychische problemen extra steun en begeleiding nodig hebben. Ook dienen zij actiever te worden in het voorkomen van psychische problemen, onder meer door het tijdig signaleren en (doen) wegnemen van omstandigheden die tot het ontstaan van dergelijke problemen zouden kunnen leiden. Wat de lokale overheden nu precies moeten doen, is echter niet altijd even duidelijk en bovendien aan verandering onderhevig. In ieder geval is wel duidelijk dat de overheden, willen zij een regisserende of zelfs maar faciliterende rol kunnen spelen, zij dit alleen maar kunnen doen in samenspraak met de andere betrokkenen.

In dit onderzoek is nagegaan hoe in de zes onderzochte regio's de lokale overheid invulling geeft aan de haar opgelegde taken op dit terrein. In het verlengde hiervan is tevens gevraagd naar de mening van de respondenten over het streven naar vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg en over de mogelijke rol die de lokale overheden daarin zouden kunnen spelen.

De meeste van de onderzochte regio's omvatten het werkgebied van meerdere gemeenten. Om het (verkennde) onderzoek niet al te uitgebreid te maken, is besloten om er per regio slechts één gemeente in te betrekken. Omdat verwacht werd dat met name de zogenoemde centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en/of ambulante verslavingszorg actief zouden zijn in het ontwikkelen en uitvoeren van beleid voor deze doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg, is per regio de (grootste) centrumgemeente voor medewerking benaderd. Er zijn gesprekken gevoerd met de ambtenaren die (o.a.) verantwoordelijk waren voor het lokale beleid op het terrein van de maatschappelijke opvang. Deze bleken elk werkzaam te zijn bij die gemeentelijke dienst, waaronder het (bredere) welzijnsbeleid ressorteerde. Afhankelijk van de gemeentegrootte en de daarmee samenhangende specialisatiegraad hadden de betrokken ambtenaren ook bemoeienis met andere onderdelen van dit welzijnsbeleid, zoals dat op het terrein van het AMW, de verslavingszorg of het sociaal-cultureel werk.

Uit de gesprekken kwam als eerste naar voren dat de lokale overheden behoorlijk actief zijn in de ontwikkeling van het beleid ten aanzien van de maatschappelijke opvang, een terrein dat toch relatief nieuw voor hen is. Deze progressie is opmerkelijk; uit evaluatieonderzoek was immers naar voren gekomen dat het decentralisatieproces uiterst moeizaam was verlopen. Door de onduidelijke besluitvorming op rijksniveau was voor gemeenten lange tijd onduidelijk wat van hen verwacht werd en hoe een en ander zou moeten worden gefinancierd (TK 1996/1997f). Deze onduidelijkheid vertaalde zich in het relatief lang uitblijven van een (schriftelijke) visie op het door de gemeenten te voeren beleid: één jaar na de decentralisatie van de maatschappelijke opvang had slechts eenderde van de centrumgemeenten een beleidsnota op dit terrein uitgebracht (SGB0 1996; Kraal 1998). De inhaalslag die sindsdien gemaakt is - in 1997 had 75% van de gemeenten een beleidsnota en in nog eens 5% werd deze binnenkort verwacht -, is blijkbaar ook de onderzoeksgemeenten niet voorbijgegaan.

In een deel van de gemeenten wordt het beleid nadrukkelijk in samenhang met dat

op het terrein van de (ambulante) verslavingszorg opgezet. Deze combinatie wordt door de betrokkenen verklaard uit de grote overlap tussen de doelgroepen. Een groot deel van de verslaafden is immers niet in staat om zelf voor structurele huisvesting te zorgen en doet daarom regelmatig een beroep op de dak- en thuislozenzorg. Een ander gezamenlijk kenmerk van de doelgroepen van maatschappelijke opvang en van verslavingszorg is hun verplaatsingsgedrag. Een groot deel van de gebruikers van deze voorzieningen trekt van stad naar stad en kent geen vaste woonplaats. Dit zwerfgedrag is voor een deel van de onderzochte gemeenten aanleiding om met andere gemeenten, al of niet in WGR-verband, samen te werken. Soms gaat de samenwerking zo ver dat in de ene gemeente en passant de beleidsnota's voor de andere ook alvast maar geschreven worden, zodat de respectieve gemeenteraden zich over eenzelfde voorstel kunnen buigen. Zo wordt geprobeerd om een interlokaal samenhangend beleid te realiseren. De samenwerking heeft ook tot doel om een mogelijk aanzuigende werking van het eigen voorzieningenaanbod tegen te gaan. Geen van de lokale overheden zit erop te wachten dat er een grote toestroom van dak- en thuislozen en/of verslaafden ontstaat.

Door de combinatie van het beleid voor maatschappelijke opvang met dat voor de (ambulante) verslavingszorg kan al snel de indruk ontstaan dat het beleid zich vooral richt op bestrijding van de overlast. De onderzochte gemeenten betaalden ook alle mee aan diverse projecten die gericht zijn op overlastbestrijding. Uit de landelijke monitoring van het gemeentelijk opvangbeleid komt eveneens naar voren dat overlastbestrijding de belangrijkste prioriteit zou zijn (Kraal 1998). Dit beleid van de gemeenten houdt echter meer in. Naast het instandhouden van voldoende en goede voorzieningen rekenen zij het tot hun taak om instroom in de opvang zo goed mogelijk te voorkomen en de uitstroom eruit zo veel mogelijk te bevorderen. Voor het realiseren van deze beleidsdoelen wordt door de gemeenten de samenwerking gezocht met een breed scala van instellingen en organisaties. Deze samenwerking neemt meestal de vorm aan van breed samengestelde werk-, stuur- of projectgroepen. In dergelijke groepen hebben meestal, naast een instelling voor (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en een voor maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg, het AMW en de GGD zitting. Afhankelijk van het doel van het samenwerkingsverband wordt dit gezelschap dan uitgebreid met bijvoorbeeld de plaatselijke politie, de gemeentelijke sociale dienst, de corporaties, de thuiszorg, de jeugdhulpverlening, de arbeidsvoorziening enzovoort. De samenwerkingsprojecten worden vrijwel altijd door de lokale overheden ondersteund, zowel financieel als personeel, en zijn, zo zeggen de respondenten, ook vrijwel altijd op hun initiatief opgezet.

Behalve deze projectfinanciering stellen de lokale overheden, zoals hun taak ook is, structureel geld ter beschikking voor de instandhouding van de opvangvoorzieningen. Het grootste deel van dit geld is afkomstig uit de doeluitkering die de gemeenten ontvangen op basis van de Welzijnswet. In een enkele gemeente wordt echter ook geld uit eigen middelen of uit andere financieringsregelingen toegevoegd. Financieringsregelingen die in dit verband vaak zijn genoemd, zijn het (voormalige) sociale vernieuwingsbeleid en het grotestedenbeleid. Deze regelingen waren

ook beide bedoeld om op lokaal niveau ondermeer de maatschappelijke participatie van sociaal zwakke groepen te bevorderen. In geen van de gemeenten werd, in lijn met de hiervoor al gemelde onderzoeksbevindingen, de Wet voorzieningen gehandicapten genoemd als mogelijk kader voor het treffen van voorzieningen voor mensen met psychische problemen.

De onderzoeksgemeenten klagen overigens vrijwel zonder uitzondering over een gebrek aan middelen om het opvangbeleid goed te kunnen financieren, het aanwenden van diverse geldbronnen ten spijt. Ook in dit opzicht stemmen de uitkomsten van dit onderzoek overeen met die van de landelijke monitoring. In 1997 vond driekwart van de centrumgemeenten de omvang van de doeluitkering uit het toenmalige Fonds sociale vernieuwing volstrekt onvoldoende. De overgang van de maatschappelijke opvang naar de Welzijnswet heeft blijkbaar geen verandering gebracht in deze ontevredenheid.

De gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor de gedeeltelijke financiering van de sociale pensions, een voorziening binnen de maatschappelijke opvang die vooral bedoeld is voor de huisvesting en begeleiding van mensen met langdurige psychische problematiek.³ Daarnaast worden de gemeenten geacht andere OGGZ-activiteiten mede te financieren. In de praktijk blijkt dit gemeentelijk OGGZ-beleid diverse vormen aan te nemen, bijvoorbeeld het meebetalen van een medisch spreekuur in een centrum voor dagopvang, het medefinancieren van een overlastproject, preventie of aanpak van vervuilingssituaties of het, samen met andere partijen, in het leven roepen van een vrijwillige bezoeken dienst voor (ex-)psychiatrische patiënten.

De financiering van vooral het OGGZ-beleid door de lokale overheden is overigens niet zonder problemen. De gemeenten hebben zelf niet zoveel geld en het doorgaan van projecten is daarom sterk afhankelijk van de bijdragen vanuit de AWBZ. Als goedkeuring van het project van die kant uitblijft, kunnen de geplande activiteiten niet doorgaan, omdat de gemeenten ze niet alleen kunnen financieren. In zo'n situatie gebeurt er, in ieder geval tijdelijk, niets.

In schema 6.3 wordt een overzicht gegeven van enkele aspecten van lokaal overheidsbeleid ten behoeve van mensen met (langdurige) psychische problematiek in de zes onderzochte regio's.

Hiervoor is melding gemaakt van de betrokkenheid van instellingen voor (ambulante) geestelijke gezondheidszorg bij de diverse samenwerkingsprojecten die op lokaal niveau van de grond zijn gekomen. Dit is natuurlijk slechts een van de manieren waarop de lokale overheid met de geestelijke gezondheidszorg als sector te maken krijgt. Lokale overheid en geestelijke gezondheidszorg zijn ook overlegpartners als het gaat om de ontwikkeling en uitvoering van het beleid op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg, de zorg die niet op verzoek gegeven wordt. De beide partijen zullen elkaar vermoedelijk ook treffen in de Raden van Advies van de zorgkantoren en in andere overleggrems op lokaal en regionaal niveau. Sowieso is het de bedoeling dat de lokale overheden door de sector geestelijke gezondheidszorg zelf betrokken wordt bij de opzet van de meerjarige

regiovisies.

Schema 6.3 Enkele aspecten van lokaal overheidsbeleid ten behoeve van mensen met psychische of psycho-sociale problemen, naar regio

	samenhang maatschappelijke opvang en versla- vingszorg	samenwerking met andere ge- meenten	voorkomen en soort samen- werkingsprojecten	onderwerpen OGGZ-beleid	financiering
Groningen	ja, vooral op instellings- en projectniveau	niet genoemd	ja, op terreinen van huisvesting, dubbele diagnose, cri- minaliteits- bestrijding	sociale pensions, aanpak vervuiling	Welzijnswet en gemeentelijke middelen
Heuvelland en Maasvallei	ja, op beleids- niveau	ja, op regioniveau	ja, op terrein over- lastbestrijding, huisvesting, reïntegratie, dubbele diagnose	sociale pensions, 'outreaching' hulpverlening	Welzijnswet, regeling overlast- bestrijding, projectsubsidies en gemeentelijke middelen
Stedendrie- hoek	ja, op project- niveau	ja, op interregio- naal niveau	ja, op terrein over- lastbestrijding, preventie	sociale pensions	Welzijnswet en gemeentelijke middelen
Dordrecht e.o.	ja, op project- niveau	niet genoemd	ja, op terrein huis- vesting, preventie	sociale pensions, spreekuur in op- vang- voorzieningen	Welzijnswet en rijkssubsidie proefregio
Den Haag	niet genoemd	niet genoemd	ja, op terrein pre- ventie, signalering, huis- vesting, nood- opvang	sociale pensions, signalering, vrij- willige bezoek- dienst, noodopvang	Welzijnswet, Grote- stedenbeleid, gemeentelijke middelen
Zeeland	ja, op bestuurlijk niveau	ja, op niveau stadsgewest	ja, op terrein over- lastbestrijding, dag- besteding/arbeid s-rehabiliatie	sociale pensions (i.o.)	Welzijnswet, regeling overlastbestrijdin g

De lokale overheden worden, zoals hiervoor al uitgebreid is beschreven, ook steeds weer genoemd als belangrijke deelnemers aan de regionale of lokale zorgcircuits. Aan hen wordt zelfs een meer of minder omvattende regisseursrol binnen deze circuits opgelegd. Naast deze beleidsinhoudelijke vinden er natuurlijk ook meer pragmatische contacten tussen vertegenwoordigers van de lokale overheid en van een geestelijke gezondheidszorginstelling plaats. Als zo'n instelling bijvoorbeeld op zoek is naar een (nieuwbouw)locatie voor een nieuw op te richten voorziening, zal zij zich hiervoor met de gemeente moeten verstaan.

Opvattingen over ontwikkelingen en voornemens in het geestelijke gezondheidszorgbeleid

Op gemeenteniveau wordt men dus regelmatig geconfronteerd met de geestelijke gezondheidszorg en met de veranderingen die zich in deze sector voordoen. Wil het voorgenomen beleid gerealiseerd worden, dan zal hiervoor toch minstens de acceptatie van de lokale overheden nodig zijn. Met andere woorden: het geestelijke gezondheidszorgbeleid moet kunnen rekenen op draagvlak bij deze overheden. Desgevraagd gaven de vertegenwoordigers van de lokale overheden in het onderzoek allen aan het in principe eens te zijn met het streven naar extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg. Vrijwel onmiddellijk daaropvolgend gaven ook zij echter te kennen dat een zelfstandige leefwijze vermoedelijk niet voor alle psychiatrische patiënten haalbaar is. De geestelijke gezondheidszorg zal daarom altijd een asielfunctie moeten blijven houden. Een enkele respondent ging zelfs zo ver een 'terugkeergarantie' te vragen. Als blijkt dat een ontslagen of ambulante behandelde patiënt zich niet zonder 24-uurs opvang en begeleiding kan handhaven, zou de geestelijke gezondheidszorg verplicht moeten zijn deze patiënt (weer) op te nemen. De praktijk leert namelijk, zo menen de respondenten, dat te vroeg of ten onrechte ontslagen psychiatrische patiënten vaak voor overlast zorgen. Daarmee doen zij een beroep op (schaarse) gemeentelijke voorzieningen. Ook hebben zij een nadelige invloed op de leefbaarheid in de stad of gemeente, al was het maar door hinderlijk, onaangepast gedrag in hun eigen woonomgeving. En als buurtbewoners zich bedreigd voelen door de aanwezigheid van een (ex-)psychiatrisch patiënt in hun wijk, komen de klachten daarover bij de gemeente terecht. Die wordt dan weer geacht een oplossing te vinden. Afgezien daarvan lijkt ook de sociale acceptatie van mensen met psychische problemen nogal eens te wensen over te laten. Een afwijkend uiterlijk of excentriek gedrag kan daarom voldoende zijn om in een sociaal isolement te komen. Voor psychisch kwetsbare mensen kan zo'n isolement bijdragen aan het verergeren van de problematiek en bijvoorbeeld ontaarden in vervuiling en verwaarlozing. Ook dan wordt van de gemeente verwacht dat zij handelend optreedt.

Een ander knelpunt in het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg is het ontbreken van voldoende dagbestedingsactiviteiten voor de groep (ex-)psychiatrische patiënten. De realiteit leert nu eenmaal dat een groot deel van de mensen die een beroep doen of hebben gedaan op de geestelijke gezondheidszorg, niet (meer) in staat is tot het verrichten van reguliere arbeid. Zij zoeken echter wel bezigheden en deze zijn ook nodig, wil het reïntegratieproces kunnen slagen. De geestelijke gezondheidszorg biedt deze bezigheden niet of te weinig, met als gevolg dat de zelfstandig wonende (ex-)psychiatrische patiënt zich met zijn tijd geen raad weet. Zij hangen een beetje op straat rond en ook dit draagt bij aan het ontstaan van overlast of in ieder geval aan het ervaren ervan.

Bij de ambtenaren leeft bovendien de stellige overtuiging dat het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg eraan bijdraagt dat het beroep op de maatschappelijke opvang sterk toeneemt. Omdat onder de gebruikers van deze voorzieningen het aandeel mensen met (ernstige) psychische problemen toeneemt, wordt niet alleen de kwantitatieve maar ook de kwalitatieve druk op de voorzieningen groter. Het grotere aantal mensen met psychische problematiek in de maatschappelijke opvang heeft ook tot gevolg dat de 'reguliere' gebruikers van met name

de dak- en thuislozenzorg zich min of meer verdreven voelen. Zij komen dan ook op straat terecht, terwijl zij niet voldoende 'streetwise' zijn om zich daar te kunnen handhaven.

Ondanks deze problemen zien de lokale overheden zich wel in staat om, indien gevraagd, een regisseursfunctie binnen het lokale of regionale zorgcircuit te vervullen. Als overheid onderhouden zij immers contacten met vrijwel alle instellingen en organisaties die op een of andere manier bij de opvang en begeleiding van mensen met psychische problemen zijn betrokken. Bij deze instellingen is vaak deskundigheid aanwezig, waarover de geestelijke gezondheidszorginstellingen zelf niet beschikken, maar die wel nodig is voor de begeleiding van zelfstandig wonende psychiatrische patiënten. Een deel van de instellingen valt bovendien rechtstreeks onder de bestuurlijke bevoegdheid van de lokale overheden en zijn dus heel direct tot nauwe samenwerking te bewegen.

Een belangrijk knelpunt is echter dat de lokale overheden niet over de bevoegdheid beschikken om de, in deze beleidssector toch centraal staande, geestelijke gezondheidszorginstellingen aan te sturen. Zeker nu fusies aan de orde van de dag lijken te zijn, wordt het ontbreken van deze bevoegdheden een steeds groter probleem. Het gezamenlijke budget van de geestelijke gezondheidszorginstellingen is immers heel wat ruimer dan wat een lokale overheid kan uitgeven aan het eigen beleid ten behoeve van de doelgroep.

De houding van de lokale overheden ten opzichte van de fusiegolf binnen de geestelijke gezondheidszorg is dan ook erg ambivalent. Aan de ene kant maken de fusieprocessen de sector overzichtelijker. Er hoeft nu immers maar met één partner overlegd te worden om afspraken te maken. Aan de andere kant ontstaan door de fusies enorme machtsblokken, waartegenover de lokale overheden weinig in te brengen hebben. Helaas blijken de geestelijke gezondheidszorginstellingen zich in voorkomende gevallen maar al te bewust van deze (over)machtspositie. Dit is niet altijd bevorderlijk voor het onderhandelingsklimaat, zeker niet in situaties waarin de ene partij een ander belang denkt te hebben dan de andere. Voorbeelden hiervan lijken zich vooral voor te doen bij samenwerkingsprojecten rond overlastbestrijding en 'outreaching' hulpverlening. Deze komen niet zelden moeizaam van de grond, omdat de geestelijke gezondheidszorgpartners een andere mening hebben over wanneer en op welke wijze deze bemoeying geboden zou moeten worden.

In het voorgaande is de mogelijke betrokkenheid van de lokale overheid bij de indicatiestelling al enkele malen aan de orde geweest. Opvallend genoeg had de helft van de respondenten geen mening over de wenselijkheid en/of haalbaarheid van deze mogelijke uitbreiding van de RIO-taken. De indicatiestelling voor de andere 'care' sectoren lag in handen van een andere afdeling of dienst, dan die waar de respondent zelf werkzaam was. Blijkbaar is over een verbreding van de taken van het RIO nooit overleg gevoerd. Van degenen die hierover wel een oordeel hadden, was er slechts één uitgesproken positief: de ervaring met de gang van zaken rond de indicatie voor verpleging en verzorging en thuiszorg was immers erg goed en er was geen reden om aan te nemen dat dit met de indicatiestelling voor geestelijke

gezondheidszorg anders zou gaan worden. De overige twee zagen meer bezwaren. Volgens hen is indiceren voor geestelijke gezondheidszorg behoorlijk ingewikkeld en ontbreekt het het RIO c.q. de lokale overheid aan voldoende deskundigheid op dit gebied.

De meningen van de vertegenwoordigers van de lokale overheden over de hiervoor besproken aspecten van de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg zijn weergegeven in schema 6.4.

Schema 6.4 Opvattingen van de lokale overheden over aspecten van het geestelijke gezondheidszorgbeleid, naar regio

	extramuralisering	fusieprocessen	regiefunctie lokale overheid	onderbrengen indicatie-of -stelling ggz bij RIO
Groningen	in principe positief, maar risico van overlast, sociaal isolement en te grote druk maatschappelijke opvatting,	positief, samenwerkingsafspraken nu eenduidig	goed mogelijk, mits meer bevoegdheden en middelen	geen mening
Heuvelland en Maasvallei	in principe positief, maar leidt nu tot extra overlast en druk op voorzieningen maatschappelijke opvatting, risico op sociaal isolement	n.v.t	goed mogelijk, mits meer bevoegdheden	geen mening
Stedendriehoek	voornamelijk negatief: grotere druk op maatschappelijke opvatting, ontbreken dagbesteding, geestelijke gezondheidszorg staat niet echt open voor samenleving	n.v.t., betere lange samenwerking zou op prijs worden gesteld	goed mogelijk, mits meer middelen	vnl. negatief, te ingewikkeld
Dordrecht e.o.	geen mening	geen mening	zeer goed mogelijk, ontbreken bevoegdheden nooit probleem geweest	geen mening
Den Haag	positief, maar momenteel worden veel projecten voor opvang door gemeente gefinancierd	gemengd, geestelijke gezondheidszorg in regio nu wel heel groot machtsblok	zeer goed mogelijk, lokale overheid neutrale partij	vnl. negatief, gemeente mist deskundigheid
Zeeland	positief, maar wel risico op overlast, sociaal isolement en druk op maatschappelijke opvatting	gemengd, geestelijke gezondheidszorg in regio wel heel groot machtsblok	zeer goed mogelijk, positieve ervaringen in RIAGG	zeer goed mogelijk, ervaringen met RIO

6.4 Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de financiers van de zorg

In het voorgaande is beschreven hoe de belangrijkste financiers van de zorg voor mensen met psychische problemen uitvoering geven aan hun taken op dit terrein. Deze taken omvatten meer dan alleen maar het ter beschikking stellen van een bepaalde hoeveelheid geld. Van zowel de zorgkantoren als de lokale overheden wordt verwacht dat zij bijdragen aan een integraal en samenhangend beleid. Deze bijdrage zal alleen van waarde kunnen zijn als deze partijen de uitgangspunten steunen (draagvlak) en in staat zijn de hun opgelegde taken inderdaad uit te voeren (draagkracht).

Uit de gesprekken komt naar voren dat het extramuraliseringsbeleid van de geestelijke gezondheidszorg in principe kan rekenen op de steun van de financierende partijen. Deze steun is het grootst bij de zorgkantoren. Een deel van hen verwacht dat het beleid, naast een inhoudelijke verbetering van de zorg, financiële voordelen op zal leveren. Toch wijst de meerderheid van de respondenten ook nadrukkelijk op mogelijke nadelen. Een zelfstandige levenswijze zal, volgens hen, niet voor alle psychiatrische patiënten haalbaar zijn en dus zal in de geestelijke gezondheidszorg ook altijd een asielfunctie nodig blijven. Zij wezen op het (grotere) risico van overlast en het ontstaan van een sociaal isolement, omdat de omgeving (buurt/wijk) negatief reageert op afwijkend gedrag. De vertegenwoordigers van de lokale overheden wezen ook vrijwel allemaal op deze nadelen.

Deze actoren binnen het netwerk staan dus aanmerkelijk terughoudender tegenover extramuralisering dan de zorgaanbieders zelf. Waar bij de geestelijke gezondheidszorginstellingen gesproken kon worden van een *stevig* draagvlak voor het gevoerde beleid, is bij de financiers van de zorg de kwalificatie *matig* beter op zijn plaats.

Over een (grotere) rol van de lokale overheden in de regie van de zorg voor mensen met psychische problemen werd op de meeste zorgkantoren niet veel nagedacht. De lokale overheden zelf stonden er positief tot zeer positief tegenover. Het leek hun voor de realisatie van een doelmatig beleid zelfs zeer gewenst dat de lokale overheden een sturende rol zouden kunnen spelen.

Gezien het stevige draagvlak voor deze regierol, is het opvallend dat bij deze overheden het draagvlak voor een mogelijke bemoeienis hunnerzijds met de indicatiestelling matig tot zwak is. De respondenten achten hun organisatie niet deskundig genoeg om hierin een centrale rol te spelen. Ook de zorgkantoren zagen niet veel in een rol van de lokale overheden bij deze indicatiestelling. Naast gebrek aan deskundigheid zagen zij de verwachte bureaucratie als groot nadeel.

In hoofdstuk 2 is erop gewezen dat de sterkte van het draagvlak samenhangt met (de inschatting van) de draagkracht. Ten aanzien van het extramuraliseringsbeleid wordt door de vertegenwoordigers van de zorgkantoren en van de lokale overheden blijkbaar de draagkracht van zowel (een deel van) de psychiatrische patiënten als van de samenleving in twijfel getrokken. Als deze draagkracht wordt overbelast, zal, zo vrezen zij, de extramuralisering niet slagen en alleen maar problemen veroorzaken.

Voor de zorgkantoren geldt dat zij voor zichzelf verder geen rol zien om de draagkracht te vergroten. Aan de hun in het kader van de modernisering van de AWBZ toegedachte rol in het regionale beleidscircuit was op het moment van het vraaggesprek nog nauwelijks invulling gegeven. De respondenten gaven in meerderheid zelf ook toe niet tot nauwelijks deskundig te zijn op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en zich de nieuwe taken van het zorgkantoor nog niet eigen gemaakt te hebben. In hoeverre de draagkracht van de zorgkantoren-nieuwe-stijl inderdaad groot genoeg is om hun taak bij een verdere vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg uit te voeren, kan nu dus niet worden vastgesteld. Deze uitkomst is overigens wel aanleiding om vraagtekens te zetten bij de hypothese die in de verdere beleidsontwikkeling op de sturende capaciteiten van de zorgkantoren is gelegd.

Het draagvlak voor de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg is ook bij de lokale overheden matig omdat zij eveneens hun twijfels hebben bij de draagkracht van zowel patiënt als omgeving. Zij achten het, in tegenstelling tot de zorgkantoren, wel hun taak om te proberen deze draagkracht te vergroten. Hun beleid is enerzijds gericht op verbreding van het voorzieningenaanbod voor en op reïntegratie van de (ex-)psychiatrische patiënt en anderzijds gericht op de bestrijding van de (mogelijke) overlast. Daarmee geven zij invulling aan een ander aspect van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, namelijk het overnemen van taken van deze sector. In het verlengde hiervan is bij hen het draagvlak voor een regisserende of sturende rol binnen het regionale zorgcircuit groot. Zij geven ook aan deskundig genoeg te zijn om deze rol te kunnen vervullen. Dit wil zeggen dat zij hun immateriële draagkracht groot genoeg achten. Aan de andere kant wijst echter de helft van de respondenten erop dat hun materiële draagkracht onvoldoende is: het ontbreekt hun aan voldoende bevoegdheden en middelen om hun plichten naar behoren te vervullen.

Noten

- ¹ Omdat deze situatie onbevredigend is, is al voorgesteld om hieraan een einde te maken. In een eerste rapport over de werkzaamheden van de zorgkantoren-nieuwe-stijl worden door de Ziekenfondsraad twee mogelijke oplossingen uitgewerkt. In de eerste modaliteit zouden de zorgkantoren volledig verantwoordelijk worden voor de uitvoering van de AWBZ. Hiervoor is een (ingrijpende) wijziging van de AWBZ noodzakelijk. In de tweede modaliteit wordt alleen de uitvoering overgedragen aan de zorgkantoren, maar blijven de uitvoeringsorganen zelf (de ziektekostenverzekeraars) verantwoordelijk voor inschrijving, aanspraakverwezenlijking en financiering. Hiervoor zullen mandaat- of machtigingsconstructies moeten worden toegepast. Beide modaliteiten lijken in de ogen van de Raad goed uitvoerbaar; voor beide is een overgangperiode tot uiterlijk 1-1-2001 wenselijk (Zfr 1998).
- ² Overigens kan betwijfeld worden of dit voor de zorgkantoren het enige bezwaar is tegen het ontstaan van grote, monopolistische geestelijke gezondheidszorginstellingen in de regio. Een regisseur die geacht wordt sturend op te treden in de ontwikkeling van het zorgaanbod, zal meer invloed hebben op enkele kleinere, wellicht elkaar beconcurrerende, instellingen dan op één gigant, die als enige de markt beheerst.
- ³ De sociale pensions worden formeel gefinancierd op basis van een 1/3-1/3-1/3 regeling: eenderde wordt betaald uit de eigen bijdragen van de cliënten/bewoners, eenderde uit gemeentelijke subsidie en eenderde uit een voor dit doel geoordeelde AWBZ-financieringsregeling.

7.1 Inleiding

Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg houdt, zoals hiervoor al herhaaldelijk is opgemerkt, ook in dat een deel van de (huidige) taken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet overgenomen worden door meer algemene instellingen en organisaties. Waar in de intramurale setting een breed scala aan voorzieningen - op vrijwel alle terreinen van het leven - geboden wordt, zou een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg zich moeten kunnen beperken tot ambulante behandeling. De psychiatrische patiënt kan, in de ideale situatie, voor zijn of haar huisvesting, dagbesteding en (beroeps)arbeid, verpleging en verzorging en eventueel ook psycho-sociale begeleiding, een beroep doen op dezelfde instellingen waar de 'normale' burger terecht kan. Voorzover deze algemene instellingen de nodige deskundigheid in het omgaan met mensen met psychische problematiek zou ontberen, zou de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg hun die kennis bij moeten brengen. Geestelijke gezondheidszorg en algemene instellingen samen zouden bovendien op regionaal niveau een onderling samenhangend voorzieningenaanbod tot stand moeten brengen. Het gezamenlijke aanbod zou de psychiatrische patiënt in staat moeten stellen een zo 'normaal' mogelijk, zelfstandig leven te leiden en als ieder ander deel te nemen aan de samenleving.

Gezien deze doelstellingen van het beleid in de geestelijke gezondheidszorg lag het voor de hand om in de onderzochte regio's ook (een deel van) deze algemene instellingen in het onderzoek te betrekken. De keuze voor de instellingen is, zoals besproken in hoofdstuk 2, niet helemaal willekeurig geweest. Op voorhand was namelijk besloten om te proberen in ieder geval instellingen op het terrein van de maatschappelijke opvang, de thuiszorg en de huisvesting voor gesprekken te benaderen.¹ Deze terreinen werden om verschillende redenen van belang geacht. De maatschappelijke opvang is in het onderzoek betrokken omdat onder meer in de media regelmatig een verband wordt gelegd tussen het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg en de waargenomen toename van het aantal dak- en thuislozen. Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang zouden met elkaar verbonden zijn als twee communicerende vaten, waarbij het ene vat gevulder wordt als het andere vat wordt leeggedrukt. De relatie tussen geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang komt ook tot uiting in het oprichten van een zogenoemde 'Task force' afstemming maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg in 1995 en het aanwijzen van proefregio's MO-GGZ in het jaar daarvoor (TK 1997/1998).

De beslissing om de thuiszorg te benaderen, is ingegeven door de *Discussienota Thuiszorg* van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, waarin psychiatrische patiënten nadrukkelijk als categorie hulpvragers voor deze voorziening worden

opgenoemd (NRV 1989). Zeker nu het beleid erop gericht is om psychiatrische patiënten aan te moedigen zelfstandig te (blijven) wonen, werd verwacht dat het belang van de thuiszorg voor deze categorie alleen maar zal toenemen.

De woningcorporaties, ten slotte, zijn in het onderzoek opgenomen omdat, zoals in hoofdstuk 4 is uiteengezet, de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg onderdeel uitmaakt van een bredere tendens tot extramuralisering in de 'care'-sector. Deze tendens leidt in zowel de geestelijke gezondheidszorg als de ouderen- en gehandicaptenzorg tot een discussie die ook wel het woonzorg debat genoemd wordt. Onderwerp van deze discussie is of, en zo ja hoe, de zelfstandige huisvesting van zorgbehoevenden kan worden gehandhaafd met dezelfde hoeveelheid zorg en beschutting als in de intramurale setting. In de adviezen van de Raad voor de Zorg hierover worden de corporaties genoemd als centrale partners in het totstandkomen van de benodigde wonen-met-zorgarrangementen (RVZ 1996 en 1997b).

Met de hiervoor genoemde drie centrale (of in ieder geval centraal geachte) algemene voorzieningen konden in respectievelijk in vier, zes en vijf regio's vraaggesprekken worden gevoerd.

Voorzover het nodig geacht werd om in de betrokken regio meer vraaggesprekken te voeren, werd de keuze bepaald door de informatie die inmiddels over de plaatselijke samenwerkingsverbanden was verzameld. Van de mogelijk interessante instellingen (op bv. de terreinen psycho-sociale hulpverlening, sociaal-cultureel werk, justitie en politie of (openbare) gezondheidszorg) werden alleen de plaatselijke GGD's nog als actieve deelnemers in het regionale of plaatselijke netwerk aangewezen. De overige instellingen werden nauwelijks genoemd of hoogstens als participanten op ad hoc basis. Daarom zijn in twee regio's ook interviews met vertegenwoordigers van deze GGD's gehouden.

De uitkomsten van de vraaggesprekken worden per cluster van voorzieningensoort weergegeven. Voorafgaand hieraan zal van elke voorziening een korte beschrijving gegeven worden. Daarbij zal vooral worden ingegaan op de (mogelijke) bijdrage van de voorziening aan de zorg en dienstverlening aan mensen met (chronische) psychische problematiek. Aan het slot van dit hoofdstuk zal vervolgens worden ingegaan op de sterkte van draagvlak en draagkracht bij de algemene instellingen voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

7.2 De maatschappelijke opvang

7.2.1 De sector in vogelvlucht

De landelijke koepelorganisatie van de instellingen voor maatschappelijke opvang, de Federatie Opvang, omschrijft de hoofddoelstelling van de sector als: "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 1996). Uit deze omschrijving komt naar voren dat de maatschappelijke opvang zich het liefst ziet als een tussenstadium vanwaaruit mensen, zodra zij dit als redzame en gezonde

mensen kunnen, terugkeren naar de samenleving. Dit terugkeren is echter geen plicht; aan degenen voor wie reïntegratie niet haalbaar is, biedt de maatschappelijke opvang zorg en begeleiding.

Binnen het werkveld van de maatschappelijke opvang zijn vier werksoorten te onderscheiden: algemene crisisopvang, dak- en thuislozenzorg, vrouwenopvang en evangelische opvang. Van deze werksoorten zijn voor dit onderzoek vooral de crisisopvang, de dak- en thuislozenzorg en de evangelische opvang van belang. De achtergrond van het beroep op de vrouwenopvang is vaak het ondergaan van psychisch of fysiek geweld en dit staat in principe los van het zelf hebben van psychiatrische problematiek.²

Binnen elk van de werksoorten bestaat weer een gedifferentieerd aanbod en in de praktijk blijkt dat op instellingsniveau het onderscheid niet altijd even duidelijk is. Een instelling kan bijvoorbeeld zowel crisisopvang als dak- en thuislozenzorg bieden en er zo voor zorgen dat iemand die zich vanuit een crisissituatie bij de instelling meldt, na verloop van tijd opgenomen wordt in de afdeling voor (de langduriger) dak- en thuislozenzorg. Daarbinnen kan de cliënt dan via internaatsopvang doorschuiven naar begeleid wonen of sociaal pension. Deze ineenvloeiing van voorzieningen binnen een instelling doet zich het vaakst voor bij de evangelische opvang. Het belangrijkste onderscheid tussen deze werksoort en de andere is namelijk vooral dat bij de eerste de hulpverlening uitgaat van principes die op het (christelijk) evangelie zijn gebaseerd.

Het sociale pension is een betrekkelijk nieuwe voorziening binnen de maatschappelijke opvang en, anders dan de andere voorzieningen, uitdrukkelijk bedoeld voor (ex)psychiatrische patiënten. Het sociale pension wordt voor een deel gefinancierd vanuit de AWBZ en mede daarom is voor opname een indicatie door een geestelijke gezondheidszorginstelling nodig.³

Ook in de maatschappelijke opvang is sprake van een extramuraliseringsbeleid. De vooral voor de dak- en thuislozenzorg karakteristieke internaten, waar de bewoners in grote zalen slapen en de dag doorbrengen, worden beetje bij beetje afgebouwd en vervangen door voorzieningen voor begeleid wonen. Daarnaast worden de voorzieningen voor passantenopvang en dagbesteding uitgebreid, zodat het steeds beter mogelijk wordt om voor korte tijd of alleen overdag gebruik te maken van de maatschappelijke opvang. Ook het aanbod aan ambulante hulpverlening via zogenoemde dienstencentra groeit. Veruit het grootste deel van de capaciteitstoename in de maatschappelijke opvang komt dan ook op rekening van de voorzieningen voor ambulante of semi-murale dienstverlening: dienstencentra, begeleid wonen en sociale pensions.

De totale capaciteit van de maatschappelijke opvang, met name van de dak- en thuislozenzorg, moge dan zijn toegenomen, zij kan nog altijd niet voorzien in de vraag. In 1995 moesten de crisiscentra nog een kleine 40% van de aanmelders afwijzen vanwege gebrek aan plaats. Voor (de internaten van) de dak- en thuislozen was dit percentage lager, maar bedroeg nog altijd ruim 10. In een landelijke enquête gaf een ruime meerderheid van de instellingen (78%) dan ook te kennen

dat zij de capaciteitsdruk hoog tot zeer hoog vonden (SGB0 1996). Twee jaar later was dit aandeel met slechts 2% teruggelopen. Als oplossing van dit probleem kiezen de instellingen vooral voor meer preventie en pas in de tweede plaats voor uitbreiding van de capaciteit. Deze uitbreiding zou dan vooral ten goede moeten komen aan de voorzieningen voor begeleid wonen en sociale pensions (Kraal 1998).

De helft (51%) van de gebruikers van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang heeft te kampen met materiële problemen - zo'n 80% heeft geen inkomen of is afhankelijk van een uitkering. 26% heeft (ook) psychische problemen, bij 14% doet zich verslavingsproblematiek voor en bij 6% spelen psychiatrische problemen een rol (Federatie 1996). In dit laatste percentage zijn de bewoners van de sociale pensions overigens niet meegenomen; het totale aandeel cliënten met (ook) psychiatrische problemen is dus groter.

Voor de begeleiding van deze cliënten is met ingang van 1 januari 1994 een (geoormerkte) bijdrage vanuit de AWBZ beschikbaar. Deze beschikbaarstelling vond plaats in het kader van de Zorgvernieuwingsregeling en is in 1998 voortgezet onder de Zorg-op-maatregeling in de geestelijke gezondheidszorg. Oorspronkelijk mocht deze AWBZ-bijdrage alleen besteed worden aan de begeleiding van de bewoners van de sociale pensions, maar deze beperking is met ingang van 1 januari 1995 ingetrokken. Hierdoor heeft de beschikbaarheid van extra AWBZ-middelen bijgedragen aan de hiervoor al beschreven extramuraliseringstendens in de maatschappelijke opvang. De ruimere financiën maakten het mogelijk dat er ook een uitbreiding van het hulpaanbod in de sfeer van woonbegeleiding kon worden gerealiseerd.

De introductie van de sociale pensions, alsmede de introductie van de Zorgvernieuwings respectievelijk Zorg-op-maatregeling heeft een extra impuls gegeven aan de samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang. Uit een inventarisatie van de Federatie uit 1996 komt naar voren dat op dat moment ruim 60% van de instellingen op een of meerdere manieren met geestelijke gezondheidszorginstellingen samenwerkte. De samenwerking met de ambulante geestelijke gezondheidszorg werd het meest genoemd (Federatie 1996).

1994 was ook zonder de toekenning van de AWBZ-gelden en de daaruit voortvloeiende samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg een veelbewogen jaar voor de sector maatschappelijke opvang geweest. In datzelfde jaar immers werd de sector in het kader van het toenmalige sociale vernieuwingsbeleid onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheden gebracht. Behalve met een relatief nieuwe partner in de uitvoering van de zorg kregen de instellingen dus ook te maken met een nieuwe overlegpartner over de financiering ervan. Na een stoeve start blijkt dit overleg volgens een kleine 80% van de instellingen inderdaad geleid te hebben tot een betere afstemming van het beleid op de plaatselijke situatie (Kraal 1998).

7.2.2 Uitkomsten uit de vraaggesprekken

Organisatie en aanbod van de onderzochte instellingen

In verband met het hiervoor gemelde (mogelijke) verband tussen de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg en de toename van het aantal dak- en thuislozen zijn voor dit onderzoek alleen gesprekken gevoerd met instellingen voor dak- en thuislozenzorg. Het gaat om grote instellingen die alle meerdere voorzieningen bieden, waaronder ook crisisopvang. Deze voorzieningen zijn ondergebracht op meerdere locaties, die verspreid (kunnen) zijn over meerdere gemeenten. De instellingen hebben dan ook vaak een regionale functie, naast hun, in de Welzijnswet vastgelegde, landelijke toegankelijkheid. De voorzieningen die door de instellingen worden geboden, variëren van crisisopvang via nachtopvang (slaaphuizen) en internaten tot dagbesteding en arbeidsrehabilitatie. Alle vier de instellingen waren ook betrokken bij de exploitatie van een sociaal pensioen. Ten tijde van het onderzoek werd in alle regio's gewerkt aan uitbreiding van de capaciteit van deze pensioens.

Voor de huisvesting van de diverse voorzieningen wordt in veel gevallen samengewerkt met plaatselijke corporaties. Met deze worden, ook in het kader van de woonbegeleiding, speciale huurcontracten afgesloten. Hierbij neemt de instelling voor het eerste jaar de verantwoordelijkheid voor betaling van de huur op zich. Als begeleiding niet meer nodig is, worden de contracten overgedragen op de bewoner zelf. Overigens kan ook dan, op verzoek van de ex-cliënt, het beheer van zijn financiën in handen van de instelling blijven.

De arbeidsrehabilitatie binnen de maatschappelijke opvang bestaat in de meeste gevallen uit het in de instelling zelf tewerkstellen van de bewoners/bezoekers. Hun activiteiten lopen uiteen van helpen bij de huishouding (tafel dekken, aardappelen schillen) tot het begeleiden van medebewoners. Daarnaast kent een deel van de instellingen werkplaatsen, waar de bewoners ingezet worden voor eenvoudige werkzaamheden: montage, tuinonderhoud, dierenverzorging. Voor deze werkzaamheden wordt veelal een kleine vergoeding gegeven, maar de activiteiten zijn niet inkomensvormend. Sommige bewoners kunnen, dankzij actieve bemiddeling van de instellingen, doorstromen naar de sociale werkvoorziening (op basis van de WSW) of instromen in werkgelegenheidsprojecten (JWG, Melkertbanen, enz.).

De instellingen gaan er steeds meer toe over om behalve hulp-op-verzoek een vorm van 'outreaching' hulpverlening aan te bieden. Geheel in lijn met het praktische karakter van de maatschappelijke opvang is ook deze zogeheten 'bemoeizorg' vooral pragmatisch. Op bekende verzamelplekken van zwervers wordt bijvoorbeeld een 'soepbus' geparkeerd. Degenen die behoefte hebben aan een warme drank (soep, koffie, thee) met een boterham, kunnen daar geheel vrijblijvend, terecht. Als tijdens zo'n contact door de cliënt wordt aangegeven dat deze wellicht wat meer wil dan alleen op dat moment eten en drinken, wordt informatie gegeven over de mogelijke opvangvoorzieningen. Een andere vorm van 'outreaching' hulpverlening, waar de maatschappelijke opvang vaak bij betrokken is, zijn de projecten gericht op het

bestrijden van overlast. Mensen die door hun afwijkend gedrag moeilijk in hun woonomgeving te handhaven zijn, worden (preventief) begeleid vanuit de maatschappelijke opvang, zodat uithuisplaatsing en daarmee dakloosheid kan worden voorkomen.

De onderzochte instellingen geven alle aan dat het beroep op hun aanbod groeit. Het aantal dak- en thuislozen groeit en vooral het aantal jongeren en mensen met (langdurige) psychische problemen nemen toe. Ook wordt melding gemaakt van een toename van het aantal verslaafden, waardoor de instellingen vaker geconfronteerd worden met geweld. De doelgroep van de maatschappelijke opvang is dan ook aan het veranderen en bestaat niet meer uit de traditionele 'Swiebertjes', goedmoedige zwervers die zonder veel overlast te veroorzaken, door het land trekken. De groei van het aantal (potentiële) cliënten van de maatschappelijke opvang wordt door de instellingen vooral verklaard uit het complexer worden van de samenleving. Voor een belangrijk deel van hun doelgroep, mensen die verstandelijk of sociaal zwakbegaafd zijn, is het allemaal niet meer bij te benen. Als zij al een baan hebben, raken zij die vaak kwijt en zijn zij vervolgens niet in staat een nieuwe te vinden. De meesten kunnen de complexiteit van een zelfstandige leefwijze niet aan en raken daardoor het dak boven het hoofd kwijt. Voor deze groep is een beschermende woonomgeving blijvend noodzakelijk. Dat steeds meer jongeren gaan zwerven en bij de maatschappelijke opvang terechtkomen, is volgens de instellingen vooral een gevolg van het uitblijven van emotionele hechting in kinderjaren en onvoldoende opvang in de jeugdhulpverlening en het jeugdwelzijnswerk. Ook het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg zou bijdragen aan de groei van het aantal cliënten van de dak- en thuislozenzorg. Hierdoor stijgt het aantal bezoekers met psychische problemen, absoluut maar ook relatief. Omdat een groot deel van deze mensen bovendien verslaafd is, is hun aanwezigheid in de opvangvoorzieningen soms problematisch. Zij vragen veel aandacht, waardoor de zwakkeren zich nog verder in hun hoekjes terugtrekken. Een andere groep die in toenemende mate een beroep doet op de maatschappelijke opvang, wordt gevormd door (afgewezen) asielzoekers. Omdat deze mensen afkomstig zijn uit een andere cultuur, vragen zij op een andere manier extra aandacht. Bovendien speelt bij hen natuurlijk het extra probleem van de illegaliteit. De instroom van deze specifieke probleemgroepen in de opvangvoorzieningen is voor de onderzochte instellingen aanleiding om, meestal in samenwerking met anderen, specifieke projecten op te zetten. Deze zijn, waar mogelijk, preventief gericht.

In de maatschappelijke opvang zijn traditioneel veel vrijwilligers actief. De instellingen van het Leger des Heils draaien zelfs voor een groot deel op de vrijwillige inzet van de Heilsoldaten. Het blijkt echter, vooral voor de 'algemene' instellingen, steeds moeilijker te worden om vrijwilligers te werven en aan zich te binden. Het beroep op hulpverlening door de maatschappelijke opvang neemt niet alleen in kwantitatieve zin toe; ook de hulpvraag zelf wordt complexer. De groeiende complexiteit van de hulpvraag, in combinatie met toename van het voorkomen van geweld in de opvangvoorzieningen, dragen ertoe bij dat de vrijwilligers sneller afhaken.

In schema 7.1 wordt een overzicht geboden van enkele karakteristieken van de in het onderzoek opgenomen instellingen.

Schema 7.1 Kenmerken van de instellingen voor maatschappelijke opvang, naar regio

	spreiding voorzie- ningen		voorzieningenaanbod		speciale aandachts- groepen	aanwezighe- id vrijwilligers	
	Intramuraal		ambulant, transmuraal	dagbesteding/arbeidsreï- negratie	out- reachinge hulpverlening		
Maasvallei en Heuvelland	lokaal	internaat, crisisopvang, slaaphuis	diensten- centrum, sociaal pension, woon- begeleiding	dagbesteding (zonder vergoeding), arbeidsreï- negratie	in kader overlast- bestrijding	zwerv- jongeren, verslaafden , ex-gedetineerden, asielzoekers	ja
Stedendriehoek	interregio- naal	crisisopvang, internaat, verpleeghuis	sociaal pension, woon- begeleiding	dagbesteding (niet loonvormend), arbeidsreï- negratie	in kader overlast- bestrijding	zwerv- jongeren, ex-gedetineerden verslaafden	ja
Dordrecht e.o.	regionaal	slaaphuis, dagopvang, crisisopvang, 24-uursopvang	sociaal pension, woon- begeleiding	dagbesteding, arbeidsreï- negratie (o.m. met behoud van uitkering)	in kader overlast- bestrijding, medisch spreekuur in dagopvang	(zwerv) jongeren, verslaafden	ja
Den Haag	lokaal	internaat, nachtopvang, passantenverblijf, verpleeghuis, crisisopvang	woonbegeleiding	dagbesteding, arbeidsreï- negratie	in kader overlast- bestrijding, spreekuur in crisisopvang, mobiel team, 'soepbus'	zwerv- jongeren verslaafden , asielzoeker s	ja

Samenwerking met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

Hiervoor is melding gemaakt van de toenemende samenwerking tussen de maatschappelijke opvang en de geestelijke gezondheidszorg. Ook de in het onderzoek betrokken instellingen werken op diverse manieren samen met de geestelijke gezondheidszorginstellingen in de regio. Ten eerste is daar natuurlijk de samenwerking rond de sociale pensions. Voor opname in zo'n pension is (achteraf)

een indicatie van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg nodig is en dus moet voor elke definitieve plaatsing een beroep gedaan worden op een desbetreffende medewerker. Omdat het personeel in de maatschappelijke opvang niet altijd deskundig is in de omgang met psychiatrische patiënten wordt in voorkomende gevallen een beroep gedaan op personeel van de geestelijke gezondheidszorg. Meestal betreft dit een consult over medicatie of advies over de beste vorm van begeleiding. Een vergelijkbare vorm van samenwerking komt ook voor in de andere voorzieningen: voor bewoners van het internaat of de bezoekers van de dagopvang wordt in voorkomende gevallen ook een geestelijke gezondheidszorgwerker geconsulteerd.

In de diverse eerdergenoemde brede samenwerkingsprojecten (bv. die rond de overlastbestrijding of het OGGZ-beleid) komen de maatschappelijke opvang en de geestelijke gezondheidszorg elkaar als partners tegen. In dergelijke projecten is de vertegenwoordiger van de laatste meestal afkomstig uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg zodat de contacten met deze 'zuil' vaak talrijker zijn dan die met de andere. Omdat het aanbod van de semi-murale RIBW's vaak overeenkomt met dat van de woonbegeleiding van de maatschappelijke opvang, komen uitwisselingscontacten ook met deze tak van de geestelijke gezondheidszorg voor. De contacten met de intramurale zorg lijken zich vooral te beperken tot wederzijdse signalering. Als het ziekenhuis een cliënt met een verleden in de dak- en thuislozenzorg ontslaat, wordt meestal de dichtstbijzijnde instelling voor opvang hierover ingelicht. Van zijn kant geeft de maatschappelijke opvang het aan het psychiatrisch ziekenhuis door als een van de cliënten ernstig in de war is en beter opgenomen kan worden. Indien nodig wordt overeengekomen dat de opvangvoorziening toezicht houdt op het gebruik van de voorgeschreven psychofarmaca.

De samenwerking verloopt in de meeste gevallen goed en lijkt in de onderzochte regio's ook steeds intensiever te worden. Dit neemt niet weg dat er tussen de maatschappelijke opvang enerzijds en de geestelijke gezondheidszorg anderzijds duidelijk verschillen bestaan in de benadering van de cliëntèle. In de ogen van de opvangvoorzieningen richt de geestelijke gezondheidszorg zich te veel op (het somatische model van) genezing en herstel. De maatschappelijke opvang gaat in zijn benadering van zijn cliëntèle meer uit van opvang en begeleiding én van acceptatie van wat niet te genezen is. Wat soms als regelrecht storend wordt beschouwd, is de overtuiging van de geestelijke gezondheidszorgmedewerkers dat zij het meest deskundig zijn in de omgang van mensen met psychische problemen. Overigens lijken de tegenstellingen tussen de beide sectoren steeds minder uitgesproken te worden en steken zij nu alleen nog maar incidenteel de kop op.

Opvattingen over ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid

De in het onderzoek opgenomen instellingen lagen toevalligerwijs in de regio's waarin ten tijde van het onderzoek de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg niet of nog niet waren gefuseerd. Zij konden dan ook niet aangeven of door een fusie de samenwerking zou verbeteren of niet. Uit de gesprekken kwam overigens nergens naar voren dat door het naast elkaar bestaan van diverse geestelijke

gezondheidszorginstellingen samenwerking niet van de grond kwam. Met de andere recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg kwamen alle instellingen regelmatig in aanraking. Het aantal bezoekers met psychische stoornissen neemt immers nog altijd toe. Deze toename wordt, zoals gezegd, door de instellingen voor een deel verklaard uit het extramuraliseringsbeleid van de geestelijke gezondheidszorg. Enerzijds is de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg door de invoering van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) bemoeilijkt en anderzijds worden patiënten ontslagen zonder dat zeker is dat zij zich in de samenleving kunnen handhaven. Deze komen dan uit zichzelf of via een OGGZ-project bij de maatschappelijke opvang terecht. Deze gevolgen dragen ertoe bij dat een deel van de respondenten niet zo positief staat tegenover de ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Zij voelen zich nu een beetje gebruikt als dumpplek voor de cliënten die de geestelijke gezondheidszorg graag kwijt wil. Daar komt dan nog bij dat de ervaring leert dat de samenleving niet zomaar bereid is om mensen die afwijkende gedrag vertonen, in haar midden te accepteren.

Anderen kunnen het uitgangspunt van dit aspect van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg juist wel ondersteunen. De afbouw van de internaten en de ontwikkeling van ambulante en semi-murale opvangvoorzieningen wijzen er immers op dat in de maatschappelijke opvang hetzelfde uitgangspunt opgang doet. Het afbouwen van intramuraal voorzieningen moet echter niet zo ver gaan dat de asielfunctie voor de chronisch psychiatrische patiënten geheel verloren gaat. De maatschappelijke weerstand tegen dak- en thuislozen is dan wel groot, vooral als zij psychisch gestoord en/of verslaafd zijn, maar als daar verstandig mee wordt omgegaan, kan deze overwonnen worden. De ervaring leert dat vestiging van een nieuwe opvangvoorziening weliswaar altijd ontvangen wordt met buurtprotest, maar dat dit met overleg en het verstrekken van informatie kan worden weggenomen.

Uit de gesprekken kwam verder naar voren dat aan een ander aspect van de vermaatschappelijk, het overnemen van taken van de geestelijke gezondheidszorg door (samenwerkende) algemene instellingen, in feite al vorm gegeven wordt. De instellingen voor maatschappelijke opvang blijken uiterst bereid om, in samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg, chronisch psychiatrische patiënten opvang en huisvesting te bieden in de sociale pensions. Ook participeren zij volop in diverse (lokale) samenwerkingsprojecten rond hulpverlening, opvang en begeleiding bij psychische of psycho-sociale problematiek. Afhankelijk van de doelgroep wordt in dergelijke projecten samengewerkt met het AMW, de thuiszorg, GGD, woningcorporaties, vrouwenhulpverlening, politie en justitie, jeugdhulpverlening, asielzoekerscentrum (AZC) enzovoort. In de meeste projecten is ook de lokale overheid, als regisseur, financier of gewoon geïnteresseerde, vertegenwoordigd. Deze samenwerking alsmede de rol van de lokale overheid worden door de meeste instellingen erg gewaardeerd. Een mogelijke regisseursrol van de lokale overheid binnen het gehele zorgcircuit wordt dan ook goed mogelijk geacht. De waardering voor het lokale overheidsbeleid vertaalt zich niet in een onverdeeld positieve houding tegenover het onderbrengen van de indicatiestelling voor

geestelijke gezondheidszorg onder de al bestaande RIO's. Voorzover men er een mening over had, hield die in dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg te vaak aan verandering onderhevig is om langdurige procedures voor indicatiestelling en zorgtoewijzing te kunnen verdragen. Van indicatiestelling via een RIO verwacht men alleen maar vertraging en toename van de bureaucratie.

Hoe door de in het onderzoek opgenomen instellingen voor maatschappelijke opvang wordt gedacht over de diverse beleidsthema's in de geestelijke gezondheidszorg wordt weergegeven in schema 7.2.

Schema 7.2 Mening van de instellingen voor maatschappelijke opvang over diverse aspecten van het geestelijke gezondheidszorgbeleid

	gevolgen fusies in geestelijke gezondheidszorg voor samenwerking	extramuraliseringsbeleid	overname geestelijke gezondheidszorg taken en samenwerking in lokale circuits	indicatiestelling geestelijke gezondheidszorg bij RIO
Heuvelland en Maasvallei	n.v.t.	positief, wel asiel-functie nodig, begeleiding omgeving gewenst	positief, vindt in praktijk al plaats	geen mening
Stedendriehoek	n.v.t.	negatief, te grote druk op maatschappelijke opvang, sociale acceptatie gering	positief, vindt in praktijk al plaats	negatief, angst voor toename bureaucratie
Dordrecht e.o.	n.v.t.	positief	positief, vindt in praktijk al plaats	negatief, meerwaarde boven huidige gang van zaken twijfelachtig
Den Haag	n.v.t.	negatief, beroep op maatschappelijke opvang (van m.n. 'moeilijke' cliënten) neemt daardoor toe	positief, met name indien aangestuurd door lokale overheid	positief, zal kwaliteit en snelheid ten goede komen

7.3 Instellingen voor thuiszorg

7.3.1 Bijdrage aan de hulpverlening aan mensen met psychische problematiek

Psychiatrische patiënten vormen, naast onder meer chronische patiënten, gehandicapten en ouderen, een van de categorieën die in principe in aanmerking komen voor thuiszorg (NRV 1989). Deze thuiszorg blijkt in de literatuur op diverse wijzen te worden omschreven. De meest simpele is die, in de nota *Werken aan zorgvernieuwing* uit 1990 werd gehanteerd: thuiszorg is de zorg die in de thuissituatie aan de patiënt en de directe sociale omgeving wordt geboden (TK 1989/1990a). Een meer inhoudelijke omschrijving uit hetzelfde jaar is van Wennink en Goudriaan:

thuiszorg is "zorg die

- ambulant wordt gegeven, zonder opname;
- zich richt op complexe problematiek;
- ten doel heeft de patiënt zo lang mogelijk en zo onafhankelijk mogelijk verantwoord in de eigen omgeving te laten blijven;
- probeert de tekorten binnen het eigen patiëntensysteem op te vangen."
(geciteerd in Van Londen z.j.)

In deze omschrijving wordt niet nader aangegeven wie de zorg geeft of wat de zorg inhoudt. Aan dit bezwaar wordt enigszins tegemoet gekomen in de definitie van Kronjee en Spiering-Wolter (1993), die thuiszorg omschrijven als "zorg die

- in principe in de thuissituatie wordt geleverd;
- waarbij tenminste een bezoldigde hulpverlener is betrokken;
- waaraan behoefte bestaat op grond van onvrijwillig opgetreden omstandigheden;
- waarbij het accent ligt op hulp bij dagelijkse levensverrichtingen of op huishoudelijke hulp of op hulp in de vorm van individuele gezondheidszorg."

Deze omschrijving maakt het mogelijk de (professionele) thuiszorg te onderscheiden van bijvoorbeeld informele zorg of vrijwilligerswerk.

In geen van de hiervoor gegeven definities wordt ingegaan op de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd. Blijkbaar wordt het begrip thuiszorg zo bekend geacht dat het niet nodig gevonden wordt om aan te geven dat het hier gaat om een collectief gefinancierde voorziening, die sinds 1989 gefinancierd wordt op basis van de AWBZ.⁴

De huidige thuiszorgorganisaties zijn ontstaan uit fusies van enerzijds de Verenigingen voor kruiswerk (aanbieders van o.m. wijkverpleging en kraamzorg) en anderzijds de instellingen voor gezinsverzorging. Aan deze fusies zijn in veel gevallen ook regionale ordeningen gepaard gegaan, zodat de nieuw ontstane Stichtingen voor thuiszorg meestal een regionale functie vervullen. Binnen de thuiszorg wordt formeel geen onderscheid meer gemaakt tussen wijkverpleging of gezinsverzorging. Het personeelsbestand bestaat uit verzorgenden en verplegenden met verschillende functieniveaus. Deze worden ingezet afhankelijk van de zorgvraag en de geïndiceerde hulpverlening.

Binnen de oorspronkelijke gezinsverzorging bestonden verschillende specialisaties, waaronder de zogenoemde gespecialiseerde gezinsverzorging. Deze is binnen de nieuwe thuiszorg gehandhaafd; voor gespecialiseerde gezinsverzorgenden geldt een apart functieniveau, verzorgenden E.

De gespecialiseerde gezinsverzorging wordt omschreven als "een speciale vorm van thuiszorg, waarbij de cliënt, in samenwerking met andere disciplines, doelgericht en veranderinggericht wordt begeleid bij het verminderen of oplossen van sociale en/of psychische problemen. De invalshoek daarbij is het geheel van huishoudelijke en verzorgende taken met als doel de cliënt te leren zelfstandig met de situatie om te gaan".

Op grond van deze omschrijving lijkt het gerechtvaardigd om te verwachten dat de

thuiszorg, en met name de gespecialiseerde gezinsverzorging, genoemd zou worden als een van de eerste (algemene) organisaties die bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg betrokken is. In de adviezen noch in de nota's over de vermaatschappelijking wordt de gespecialiseerde gezinsverzorging echter genoemd. Wellicht is deze speciale thuiszorg daarvoor te onbekend: publicaties over de thuiszorg, ook die van de landelijke koepelorganisatie (Landelijke vereniging voor thuiszorg, LVT) zelf, maken vrijwel nooit melding van deze hulpvorm.⁵

Onder de gespecialiseerde gezinsverzorgenden lijkt al geruime tijd onvrede te bestaan over hun onzichtbaarheid. Deze onvrede heeft in het voorjaar van 1997 geleid tot een (besloten) werkconferentie, die onder meer als doel had om de gespecialiseerde gezinsverzorging als volwaardige hulpvorm over het voetlicht te brengen (Van Weersch 1997a). Een belangrijke aandachtspunt op de conferentie was de mate waarin de formele omschrijving, die door de LVT wordt gehanteerd, (nog) aansluit bij de praktijk. De deelnemers waren van mening dat deze te veel het accent legt op het tweede deel, de verzorgende invalshoek. Voor hen is het eerste deel, de ondersteuning en begeleiding bij sociale en psychische problemen, veel essentiëler. Een en ander is in de ogen van de gespecialiseerde gezinsverzorgenden dan ook aanleiding om te pleiten voor een eigen methodisch profiel, dat meer recht doet aan de specifieke vorm van hulpverlening die door de gespecialiseerde gezinsverzorging wordt geboden (Van Thiel 1999). Om de argumenten voor meer erkenning als volwaardige hulpvorm bij psychische problematiek kracht bij te zetten, is naar aanleiding van het hiervoor genoemde congres een brochure over de gespecialiseerde gezinsverzorging uitgebracht. Op basis van casusbeschrijvingen in deze brochure wordt aangetoond dat de inzet van gespecialiseerde gezinsverzorging bij mensen met psychische problemen bijdraagt aan het voorkomen van opname en het vergroten van hun sociale en huishoudelijke redzaamheid (GGV 1997). Ook uit een beschrijving van de activiteiten van de gespecialiseerde gezinsverzorging in Amsterdam komt naar voren dat deze vorm van thuiszorg een belangrijke rol vervult bij de opvang en begeleiding van mensen met psychische problemen. De helft van de verwijzingen naar de gespecialiseerde gezinsverzorging komt hier dan ook van geestelijke gezondheidszorginstellingen in de stad (Jansen en Lammers 1999).

7.3.2 Uitkomsten uit de vraaggesprekken

Organisatie en werkwijze van de afdelingen voor gespecialiseerde gezinsverzorging

De hiervoor gegeven informatie in combinatie met het feit dat de gespecialiseerde gezinsverzorging nergens als potentiële samenwerkingspartner wordt genoemd, was aanleiding om deze werkvorm in het onderzoek te betrekken. In elk van de onderzochte geestelijke gezondheidszorgregio's zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van een daar werkzame thuiszorginstelling. Omdat in de thuiszorg een andere regio-indeling wordt gehanteerd dan in de geestelijke gezondheidszorg,

vielen de werkgebieden niet altijd samen. Binnen een geestelijke gezondheidszorg-regio kunnen dan ook meerdere thuiszorginstellingen werkzaam zijn en kan anderzijds een thuiszorginstelling in meerdere geestelijke gezondheidszorgregio's haar cliënten hebben.

In hoofdstuk 5 is aangegeven dat de gespecialiseerde gezinsverzorging bij de geestelijke gezondheidszorginstellingen feitelijk net zo onbekend is als de nota's al deden vermoeden. Alleen na doorvragen bleek enige samenwerking op uitvoerend niveau wel voor te komen. De vertegenwoordigers van de zorgkantoren leken al evenmin op de hoogte te zijn van de mogelijkheid om de gespecialiseerde gezinsverzorging bij de zorg voor psychiatrische patiënten te betrekken. Dus ook in het regionale circuit voor geestelijke gezondheidszorg lijkt de gespecialiseerde gezinsverzorging de grote onbekende. Toch blijkt uit de gesprekken met de functionarissen van de gespecialiseerde gezinsverzorging dat er zeer regelmatig een beroep wordt gedaan op deze hulpvorm. Bij drie van de zes instellingen was sprake van een dusdanige toename in de zorgvraag dat ondanks een uitbreiding van het aantal formatieplaatsen een wachtlijst bleef bestaan. De andere gaven aan dat de grenzen van hun capaciteit bereikt leken. Zij waren bang dat, omdat gespecialiseerde gezinsverzorging duurder is dan 'gewone' thuiszorg, deze laatste vaker zou worden toegewezen, ook als gespecialiseerde gezinsverzorging was geïndiceerd. De groei in formatieruimte heeft er overigens nergens toe geleid dat de gespecialiseerde gezinsverzorging zou zijn uitgedijd tot een omvangrijk onderdeel van de thuiszorg. Zowel formatief als in aantal verleende hulpuren maakt de gespecialiseerde gezinsverzorging slechts een fractie uit van het totale thuiszorgaanbod.

Ter illustratie: in een regio was in het jaar van het onderzoek 15.000 uren gespecialiseerde gezinsverzorging ingezet, tegen 500.000 uren reguliere thuiszorg. Binnen een organisatie met ruim 600 gezinsverzorgenden vormt een team voor gespecialiseerde gezinsverzorging van 26 medewerkers een zeer kleine groep. Met groepen van deze omvang moet aan de (groeierende) zorgvraag uit een hele regio tegemoet worden gekomen.

De toename in de vraag werd voor een deel toegeschreven aan de groei van het aantal mensen met psychische problemen buiten de intramurale voorzieningen.⁶ Aan deze mensen wordt de hulp geboden, die hiervoor beschreven is: ondersteuning en begeleiding bij het leren omgaan met hun sociale en psychische problemen. In de praktijk gaat het om bijvoorbeeld steun bij de organisatie van de huishouding (dus niet bij de uitvoering van het huishoudelijke werk), hulp bij budgetteringsproblemen, begeleiding bij activiteiten buitenshuis (boodschappen doen, bezoek culturele en/of recreatieve activiteiten enz.) en, vrijwel altijd, aanwezig zijn en een luisterend oor bieden. De gespecialiseerde gezinsverzorging is in principe veranderingsgericht en zou daarom alleen voor perioden van maximaal 2 tot 2,5 jaar moeten worden ingezet. Na zo'n periode zou de cliënt feitelijk weer in staat moeten zijn geheel zelfstandig te leven. In de praktijk blijkt echter dat dit doel voor veel cliënten niet haalbaar is. Deze mensen zouden dus eigenlijk permanent in de zorg moeten blijven. De consequentie daarvan is dat de gespecialiseerde gezinsverzorging 'dichtsluit'; de beschikbare middelen zijn immers berekend op een

vlootende cliëntenpopulatie. Desondanks denken enkele instellingen erover om binnen de gespecialiseerde gezinsverzorging twee varianten aan te gaan bieden: de traditionele vorm die gericht is op verandering, en de chronische die ingezet zou moeten worden in situaties waar verandering (lees: herstel) niet waarschijnlijk moet worden geacht. Een dergelijke uitbreiding van het aanbod lijkt echter alleen haalbaar als het budget voor gespecialiseerde gezinsverzorging wordt vergroot.

Vergeleken met de reguliere thuiszorg is de inzet van de gespecialiseerde gezinsverzorging redelijk intensief: zeker bij de aanvang van de hulpverlening bedraagt de omvang 20 tot 40 uur per week. Na verloop van tijd, als bijvoorbeeld het gevaar voor acute crises is weggeëb, kan de hulpinzet worden teruggebracht tot tweemaal 1,5 tot 2 uur. De ervaring leert dat voor de cliënten deze 'onderhoudsdosis' essentieel is. Voor gespecialiseerde gezinsverzorging is, net als voor elke andere vorm van thuishulp, een eigen bijdrage verplicht. Deze bijdrage kan, zeker als de hulpverlening intensief is, voor de hulpvrager tot problemen leiden, ook al wordt in de tariefbepaling rekening gehouden met het inkomensniveau. Ook de verplichte contributie of toegangsbijdrage bleek een bezwaar te kunnen zijn, hetgeen er soms toe leidde dat mensen van hulp afzagen.⁷ Het komt regelmatig voor dat cliënten verzoeken om minder hulp dan eigenlijk noodzakelijk zou zijn of zelfs de hulp helemaal beëindigen. Het afsluiten van deze hulp leidt niet zelden tot de ontwikkeling van een crisis, gevolgd door opname.

De komst van de psychiatrische thuiszorg heeft de verplichte eigen bijdrage voor gespecialiseerde gezinszorg nog bezwaarlijker gemaakt. Voor de psychiatrische thuiszorg, die in grote lijnen hetzelfde biedt als de gespecialiseerde gezinszorg, hoeft namelijk geen eigen bijdrage te worden betaald. Vanuit de cliënt bezien zou een grotere inzet van psychiatrische thuiszorg onder vermindering van die van de gespecialiseerde gezinszorg dus gunstiger zijn. Voor de gespecialiseerde gezinszorg is dit verschil extra wrang, omdat gespecialiseerde gezinsverzorgenden, hoewel duurder dan gewone gezinsverzorgenden, heel wat goedkoper zijn dan de voor de psychiatrische thuiszorg ingezette B-verpleegkundigen.

Aanmelding voor gespecialiseerde gezinsverzorging gebeurt, zoals voor alle vormen van thuiszorg, via het Regionale Indicatieorgaan. De meldingen kunnen komen van reguliere thuiszorgmedewerkers, het AMW, instellingen op het terrein van de jeugdhulpverlening, het AZC, enzovoort. Ook de medewerkers van geestelijke gezondheidszorginstellingen verwijzen regelmatig door naar de thuiszorg, in casu de gespecialiseerde gezinsverzorging. Afhankelijk van de regio wordt deze melding door het RIO zelf opgevolgd door een indicatiestelling of doorgegeven aan de afdeling gespecialiseerde gezinsverzorging, die vervolgens de benodigde zorg indiceert.

De hiervoor beschreven kenmerken van de in het onderzoek opgenomen instellingen voor (o.a.) gespecialiseerde gezinsverzorging zijn weergegeven in schema 7.3.

Schema 7.3 Kenmerken van de afdelingen voor gespecialiseerde gezinszorg, naar regio

	omvang werkgebied	aantal mede- werkers ggv	wachttijst	categorieën cliënten	verwijzers	aanmelding en indicatiestelling
Groningen	stad Groningen	23	ja, gem. 3 mnd.	chronische en niet-chronische psych. patiënten, gezinnen ^a	RIAGG, AMW, scholen, medewerkers thuiszorg, familieleden	beide via RIO
Heuvelland en Maasvallei	Maastricht	28	ja, max. 1 mnd	dementerenden, psych. patiënten, verslaafden, gezinnen	huisarts, APZ, RIAGG, SPD, GGD	beide via RIO
Stedendriehoek Oost-Veluwe		30	niet genoemd	psych. patiënten, dementerende ouderen, gezinnen, gehandicapten	RIAGG, SPD, AMW	beide via instelling zelf
Dordrecht e.o.	Dordrecht + eiland Ijsselmonde	23	niet genoemd	psych. patiënten, allochtonen, gezinnen	GGZ, AMW, RvK	(nu nog) beide via instelling
Den Haag	Den Haag	8 x 45	niet genoemd	psych. patiënten, dementerende ouderen, verslaafden	CAD, G GZ, thuiszorg , arbodiensten	beide via RIO
Zeeland	Walcheren	11	ja	psych. patiënten, gezinnen, vluchtelingen	ambulante GGZ , PAAZ, AMW, maatschappelijke opvang, jhl	beide via instelling

^a Hulpverlening aan gezinnen betreft in de meeste gevallen steun bij opvoedingsproblematiek die soms voortkomt uit de psychische of verslavingsproblemen van (een van) de ouders.

Samenwerkingsrelaties met andere actoren in het zorgcircuit

Het feit dat in alle gesprekken melding wordt gemaakt van verwijzingen door de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg wijst erop dat op uitvoerend niveau het werk van de gespecialiseerde gezinsverzorging wel bekend is. De contacten tussen de uitvoerenden beperken zich ook niet tot alleen maar verwijzen. Er wordt regelmatig (casus)overleg gevoerd, zeker wanneer de betrokken cliënt van meerdere instanties hulp ontvangt. Psychiatrische patiënten krijgen naast gespecialiseerde gezinsverzorging bijvoorbeeld ook vaak ambulante geestelijke gezondheidszorg of een deeltijdbehandeling in een intramurale voorziening. Het wordt ook steeds gebruikelijker om een cliënt, zeker in de periode volgend op ontslag, psychiatrische thuiszorg te bieden. De gespecialiseerde gezinsverzorging

volgt dan, na overdracht, de psychiatrische thuiszorg op of werkt daar voor enige tijd mee samen. De psychiatrische thuiszorg wordt echter meestal maar voor een korte tijd verleend (zes weken tot twee maanden) en voor enkele uren per week. Aanvulling op deze zorg door de gespecialiseerde gezinsverzorging blijkt in de praktijk dan ook zeer welkom te zijn. In voorkomende gevallen neemt de gespecialiseerde gezinsverzorging taken van de psychiatrische thuiszorg over, zoals bijvoorbeeld het toezicht op het innemen van de medicatie en/of het nakomen van afspraken met behandelaars. In een regio is zelfs even overwogen om de psychiatrische thuiszorg, vanwege het sterk complementaire karakter met de gespecialiseerde gezinsverzorging, onder te brengen bij de instelling voor thuiszorg. Omdat daarvoor verschuivingen tussen twee AWBZ-budgetten nodig zouden zijn, is uiteindelijk van dit voornemen afgezien.

Dat er voor een goede opvang van mensen met psychische problematiek een regionaal samenhangend zorgaanbod moet zijn, wil een zelfstandige leefwijze mogelijk zijn, is voor de gespecialiseerde gezinsverzorgenden haast een vanzelfsprekendheid. Voor de ondersteuning en begeleiding van de cliënten van de gespecialiseerde gezinsverzorging wordt daarom ook met andere organisaties dan die voor geestelijke gezondheidszorg samengewerkt. De meest genoemde samenwerkingspartners zijn instellingen op het terrein van de jeugdhulpverlening en het AMW. Daarnaast blijkt de gespecialiseerde gezinsverzorging ook te worden ingeschakeld bij de projecten gericht op de bestrijding van overlast en/of het voorkomen van uithuisplaatsing. Daarbij wordt vooral samengewerkt met de corporaties, eventueel de GGD en de instellingen voor maatschappelijke opvang. In principe maakt dus ook de gespecialiseerde gezinsverzorging al deel uit van een regionaal zorgcircuit voor mensen met psychische of psycho-sociale problematiek. Het gaat hierbij echter uitsluitend om een circuit op het niveau van de werkvloer; de gespecialiseerde gezinsverzorging is niet betrokken bij de beleidsontwikkeling noch bij overleg met de financiers (zorgverzekeraars en lokale overheden).

Opvattingen over (aspecten van) het geestelijke gezondheidszorgbeleid

Volgens de respondenten is de groeiende vraag naar gespecialiseerde gezinszorg voor een deel het gevolg van een toename van het aantal mensen met psychiatrische problemen dat thuis woont. In de ogen van de medewerkers van de gespecialiseerde gezinszorg kent deze toename twee oorzaken. Ten eerste zouden, door de groeiende complexiteit van de samenleving en de daaruit voorkomende hogere eisen aan de leden ervan, steeds meer mensen psychisch in de problemen komen. Ten gevolge van de tendens tot individualisering kunnen deze mensen geen beroep meer doen op sociale steunsystemen zoals familie, burens of kerkgemeenschappen. Hierdoor wordt de psychische problematiek onbeheersbaar en wordt professionele hulp noodzakelijk. De tweede oorzaak is het extramuraliseringsbeleid binnen de geestelijke gezondheidszorg: mensen worden minder vaak opgenomen en eerder ontslagen.

Ondanks de gevolgen voor de gespecialiseerde gezinszorg - een vraag die sterker groeit dan het aanbod, wat leidt tot het ontstaan van wachtlijsten - wordt het

geestelijke gezondheidszorgbeleid van harte ondersteund. De gezinszorg zelf kent immers al jarenlang het uitgangspunt dat, zo lang als mogelijk is en desnoods met extra steun, de zelfstandige leefwijze van de hulpvragende in stand moet worden gehouden. Wel wordt opgemerkt dat, nu er op de intramurale geestelijke gezondheidszorg bezuinigd kan worden, het wenselijk zou zijn dat de opbrengsten ook ten goede kwamen aan deze hulpvorm. Op het terrein van de ouderenzorg zijn dergelijke substitutieafspraken gemaakt en het zou verdedigbaar zijn dat deze ook voor deze sector geldig werden.

Een negatieve consequentie van het beleid is dat de psychiatrische patiënt een groot risico loopt in een sociaal isolement terecht te komen. Nu al komt het regelmatig voor dat de gespecialiseerde gezinsverzorgende de enige persoon blijkt te zijn, die regelmatig contact heeft met een cliënt. In dergelijke situaties wordt geprobeerd om mensen uit het sociale netwerk van de cliënt dichterbij de hulpverlening te betrekken. Dit gebeurt echter alleen als de indruk bestaat dat de leden van het netwerk, meestal familieleden, dit ook willen en vooral kunnen. De gespecialiseerde gezinszorg heeft de ervaring dat de familieleden van psychiatrische patiënten zelf vaak overbelast zijn. Als een beroep op het eigen sociale netwerk niet mogelijk is, wordt geprobeerd om door dit aan het welzijnswerk of de huisarts te signaleren, de kans op het ontstaan van eenzaamheid te verminderen.

Omdat de gespecialiseerde gezinsverzorgenden nauwelijks tot geen contact hebben met zorgkantoren of lokale overheden heeft slechts een enkeling een mening over de wenselijkheid deze actoren een (gedeeltelijke) regierol binnen het regionale zorgcircuit te laten vervullen. De meningen over het onderbrengen van de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg onder de reikwijdte van de RIO's was wel uitgesproken. Zij waren ook verdeeld. Een deel van de respondenten had inmiddels ervaring met de gang van zaken bij deze RIO's. Op grond van deze ervaring waren zij niet positief. Zij verwachtten niet dat het onderbrengen van de indicatiestelling bij deze organen een verbetering zou zijn. Integendeel, zij voorzagen vertraging van de hulpverlening en mede daardoor overbelasting van de cliënt. Zij die (nog) geen ervaring met indicatiestelling via een RIO hadden, zagen er voor het merendeel echter wel voordelen in. Zo zou door de bemoeienis van een RIO de onafhankelijkheid van de indicatiestelling zijn gewaarborgd.

De samenwerkingspartners van de onderzochte instellingen voor gespecialiseerde gezinsverzorging en hun opvattingen over enkele aspecten van de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg staan weergegeven in schema 7.4.

Schema 7.4 Samenwerkingsrelaties van de gespecialiseerde gezinszorg met andere actoren en de meningen over enkele aspecten van het geestelijke gezondheidszorgbeleid, naar regio

	samenwerkingspartners		opvattingen over geestelijke gezondheidszorg beleid		
	gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg	andere instellingen	extramuralisering	regiefunctie financiers	indicatiestelling bij RIO
Groningen	ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg, psych. thuiszorg	AMW, MKD, reguliere thuiszorg	positief, wel beduchtheid voor overbelasting gespecialiseerde gezinsverzorging	geen mening	negatief, onvoldoende deskundigheid en dus overbelasting cliënt
Heuvelland en Maasvallei	ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg, psych. thuiszorg	maatsch. opvang, reguliere thuiszorg	positief, beducht voor overbelasting familieleden en risico van isolement	geen mening	negatief
Stedendriehoek	ambulante geestelijke gezondheidszorg, psych. thuiszorg	AMW, reguliere thuiszorg, SPD	positief, maar aanbod dagbesteding onvoldoende, beducht voor overbelasting familieleden	geen mening	positief, onafhankelijkheid groter
Dordrecht e.o.	ambulante geestelijke gezondheidszorg	AMW, maatsch. opvang, kinderscherming, verslavingszorg, reguliere thuiszorg	positief, past in uitgangspunten gezinszorg	geen mening	positief, meer eenheid in indicatiestelling en grotere betrokkenheid gespecialiseerde gezinszorg bij hulpverlening verwacht
Den Haag	ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg, psych. thuiszorg	reguliere thuiszorg, huisarts, welzijnswerk	positief, maar belasting voor gespecialiseerde gezinszorg, risico van sociaal isolement	beter bij Zorgkantoor dan bij lokale overheid; eerste heeft wel bevoegdheden t.a.v. besteding AWBZ-gelden	negatief, alleen nadelen (o.a. vertraging) geen voordelen
Zeeland	ambulante en intramurale (PAAZ) geestelijke gezondheidszorg, psych. thuiszorg	MKD, jeugdhulpverlening, AMW, reguliere thuiszorg	positief, past bij uitgangspunten gezinszorg	geen mening	negatief, zou geen verbetering brengen t.o.v. huidige gang van zaken

7.4 De woningcorporaties

7.4.1 Bijdrage van de corporaties in het voorzieningenaanbod

Bij de verdere realisatie van het extramuraliseringsbeleid in de zorg voor langdurig zorgbehoevenden is het aanbod van passende huisvesting van cruciaal belang. Ten behoeve van de advisering over dit beleid heeft de Raad voor de zorg in samenwerking met de VROM-raad een model geschetst voor de te ontwikkelen variatie binnen het wonen-met-zorg aanbod (RVZ 1997b). Dit model ligt in feite ook ten grondslag aan de meer op de sector toegespitste advisering van de Raad over de toekomst van de (extramurale) geestelijke gezondheidszorg (RVZ 1996). In het model worden vier mogelijkheden voor de combinatie van wonen met zorg gepresenteerd. Twee ervan gaan uit van een meer of minder zelfstandige huisvesting voor de gebruiker, die de zorg van buiten de woning kan betrekken. Deze huisvesting wordt betrokken uit de reguliere markt voor koop- of huurwoningen. Gezien de inkomenssituatie van de meeste langdurig zorgbehoevenden zal het vooral gaan om (sociale) huurwoningen, wat betekent dat de woningcorporaties de belangrijkste aanbieders en beheerders zullen zijn. In een bijlage bij het advies over de extramurale geestelijke gezondheidszorg wordt dan ook uitgebreid ingegaan op mogelijke arrangementen tussen hulpverleners en corporaties rond de zorg en huisvesting van psychiatrische patiënten. De arrangementen kunnen bijvoorbeeld inhouden dat een corporatie een woning of complex in zijn geheel aan een instelling voor geestelijke gezondheidszorg verhuurt, waarna deze instelling zelf delen onderverhuurt aan haar gebruikers. Ook zou het mogelijk moeten zijn dat corporaties hun eigendom rechtstreeks verhuren aan de bewoner, maar dat in het contract een voorwaarde voor begeleiding vanuit de geestelijke gezondheidszorg is opgenomen (voorwaardelijke huur).

Niet alleen de adviesraden denken na over een nauwere betrokkenheid van de corporaties bij de huisvesting-met-zorg van onder meer psychiatrische patiënten. Het onderwerp is ook opgepakt door de sector van de sociale huisvesting zelf. Op grond van de Woningwet zijn de corporaties verplicht zijn om hun woningen bij voorrang te verhuren aan mensen die door hun inkomen of door andere omstandigheden moeilijkheden ondervinden bij het vinden van passende woonruimte. De corporaties rekenen, naast ouderen en gehandicapten, ook de (ex-)psychiatrische patiënten nadrukkelijk tot hun primaire groep. Omdat zij de ondervinding hebben dat de bestaande wet- en regelgeving het zelfstandig wonen-met-zorg eerder ontmoedigt dan stimuleert, gaan steeds meer corporaties ertoe over om, in samenwerking met zorgaanbieders, lokale overheden en andere mogelijke betrokkenen, nieuwe huisvestingsvormen te ontwikkelen (Wonen 1997). Zij hebben hiertoe de mogelijkheid omdat het huisvestingsbeleid eind jaren tachtig, begin jaren negentig grotendeels aan de centrale sturing door de rijksoverheid is onttrokken. De autonomie van de corporaties is daardoor sterk toegenomen en deze wordt ook benut voor het aangaan van samenwerkingsrelaties met organisaties buiten de sector. Deze relaties resulteren in verhuur- en beheerovereenkomsten voor huisvesting van ouderen, gehandicapten en (ex-)psychiatrische patiënten die sterk overeenkomen

met de voorstellen van de RVZ. Zo blijkt dat de constructie van verhuur aan en doorverhuur door een zorginstelling vaak wordt toegepast door de instellingen voor beschermd wonen, RIBW's. Contracten voor voorwaardelijke huur komen eveneens veel voor, vooral in de sfeer van het begeleid wonen vanuit de sectoren geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang (Kraal 1997). Voorwaardelijke huurcontracten worden ook vaak ingezet als instrumenten in het preventieve OGGZ-beleid, gericht op het wegnemen dan wel voorkomen van overlastsituaties.

Corporaties blijken een actieve, zo niet initiërende, rol te hebben gespeeld bij de totstandkoming van de diverse projecten rond overlastbestrijding, die Nederland inmiddels rijk is (Kullberg en Kessels 1998). De bemoeienis van de corporaties bij deze projecten kent meerdere achtergronden. De eerste is in veel gevallen een betrokkenheid van de sociale verhuurder bij de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Het is vanuit deze betrokkenheid dat een corporatie ertoe over kan gaan om een deel van de reserves in te zetten voor het ontwikkelen van specifieke woonvormen voor bijvoorbeeld (ex-)psychiatrische patiënten of verslaafden. Hierdoor kunnen ook dezen een dak boven het hoofd krijgen en een einde maken aan hun verblijf op straat. In het kader van de preventie worden door corporaties ook speciale huisvestingsprojecten voor (potentiële) dak- en thuislozen opgezet (Van de Boogaard en De Kuyper 1995).

Ten tweede zijn de corporaties, op grond van een wijziging van het Besluit beheer sociale huurwoningen (BBSH), sinds 1995 ook verantwoordelijk voor de leefbaarheid van buurten (VROM 1997). Als buurtbewoners, waaronder huurders van de corporatie, klagen over overlast in hun directe woonomgeving, zijn de corporaties verplicht daar iets aan te doen. Overlast van niet-bewoners kan bijvoorbeeld worden teruggedrongen door de infrastructuur van de buurt te verbeteren (bv. door panden te slopen, overzichtelijke wandelroutes aan te brengen, plantsoenen aan te leggen en te onderhouden enz.), zodat ze minder aantrekkelijk wordt voor potentiële overlastveroorzakers zoals drugdealers. Overlast van bewoners-huurders (bv. door ernstige vervuiling of storend gedrag) kan worden aangepakt vanuit daarvoor ingerichte meldpunten en/of tweedekansprojecten. De betrokkenen kan dan hulp geboden worden, waardoor zij (weer) meer greep op hun leven en hun gedrag kunnen krijgen.

Een derde reden voor de betrokkenheid van de corporaties is hun financiële belang bij preventieve hulpverlening en overlastbestrijding. Huisuitzetting is voor corporaties altijd een kostbare zaak, of het nu gebeurt in verband met onaanvaardbaar hoge huurachterstand of in verband met overlastgevend woongedrag. En geen enkele corporatie zit erop te wachten dat woningen onverhuurbaar dreigen te worden omdat de woonomgeving door overlastproblematiek onaangenaam gevonden wordt.

7.4.2 Uitkomsten uit de vraaggesprekken

Woonarrangementen voor psychisch en/of sociaal kwetsbare huurders

Overlastbestrijding was voor elk van de vijf in het onderzoek betrokken corporaties de belangrijkste invalshoek van waaruit zij bij de dienstverlening aan (o.a.) psychiatische patiënten waren betrokken. In drie van de regio's was voor de coördinatie van de aanpak van de overlastproblematiek een centraal punt aangewezen, in een vierde werd daarover overleg gevoerd. Het aantal betrokkenen bij deze coördinatiepunten liep uiteen, maar in alle gevallen hoorden de corporaties tot de initiatiefnemers. Hoewel het percentage overlastveroorzakers in het gehele huurdersbestand laag is, veroorzaken zij toch veel problemen voor zowel de omwonenden als de corporaties zelf. Omdat mensen die wegens overlastproblematiek het huis zijn uitgezet, na verloop van tijd weer een beroep doen op de sociale huursector, zijn zij vaak als groep bij alle plaatselijke corporaties bekend. De samenwerking tussen de corporaties heeft daarom tot doel het doorschuiven van deze lastige (en verliesgevende) huurders naar elkaar te voorkomen. De corporaties stellen daartoe soms een lijst op van notoire overlastveroorzakers, die vervolgens niet meer voor reguliere verhuur in aanmerking komen. In de meeste gevallen zijn het vooral psychiatische patiënten en/of verslaafden die op zo'n lijst komen te staan. Daarnaast staan er ook huishoudens op die in vroeger tijden onmaatschappelijken genoemd zouden worden.⁸

Voor de mensen die niet in staat blijken zich aan de gangbare omgangsvormen te houden, wordt naar andere woonarrangementen gezocht. Zo'n arrangement kan bestaan uit het aanbod van voorwaardelijke huur: in het huurcontract is de ontbindende voorwaarde opgenomen dat de huurder zich laat begeleiden en met hulp probeert zijn/haar woongedrag te verbeteren. Als na bijvoorbeeld een jaar blijkt dat de huurder in staat is om (weer) zelfstandig de verantwoordelijkheden voor het huren van een woning aan te kunnen wordt de hulp afgebouwd en wordt het contract omgezet in een gewone huurovereenkomst.

In geval van problematische schulden kan de begeleiding bestaan uit budgetteringsadvies en steun bij het treffen van aflossingsregelingen bij de schuldeisers. In het uiterste geval kan de corporatie vragen het gehele financiële beheer in handen van de (woon)begeleider te leggen. Als de overlastproblematiek psychische of psychosociale achtergronden heeft, kan in het huurcontract worden opgenomen dat de huurder gespecialiseerde hulp op dit terrein accepteert. Overigens gaan psychische of psychosociale problemen heel vaak samen met schuldenproblematiek en huurachterstand en dus worden in de begeleiding oplossingen voor het hele complex aan problemen gezocht.

Voorwaardelijke huur vindt meestal plaats binnen de reguliere woningvoorraad; omwonenden worden van tevoren niet ingelicht dat met de nieuwe bewoner deze afspraken zijn gemaakt. Wel wordt bij de toewijzing van de woning rekening gehouden met de mogelijk al aanwezige problematiek in de buurt; geprobeerd wordt om 'concentraties' van mogelijke overlastveroorzakers te voorkomen. Voor die mensen van wie bekend is dat voorwaardelijke huurcontracten geen

soelaas zullen bieden, worden soms speciale woningen beschikbaar gesteld. Het kan daarbij gaan om woningen in de nabijheid van een instelling voor maatschappelijke opvang, van waaruit dan (permanente) woonbegeleiding kan worden geboden. Een andere mogelijkheid is het op een vrijliggend terrein plaatsen van zogenoemde wooncontainers, die zo sober zijn afgewerkt dat onaangepast woongedrag nauwelijks schade kan opleveren. In deze containers worden huishoudens geplaatst die, eufemistisch uitgedrukt, 'uitbehandeld' zijn. Eerdere intensieve begeleiding heeft niets opgeleverd, in de directe omgeving staan zij zo ongunstig bekend dat niemand hen in de buurt wil hebben, en zijzelf willen eigenlijk ook niets liever dan buiten de samenleving staan en er zich niet aan aanpassen.

Overigens steken in de samenwerkingscontacten rond de bestrijding van de overlastproblematiek de verschillen in opvatting over hulpverlening regelmatig de kop op. Voor een deel van de hulpverleners is het ethisch niet verantwoord mensen hulp aan te bieden als zij daar zelf niet om vragen. Zij wijzen er ook op dat ongevroegde, opgedrongen hulp vaak geen blijvend effect heeft. Voor de andere partners spelen deze ethische overwegingen geen of een kleine rol: het maatschappelijk belang (dat van de omwonenden) wordt groter geacht dan dat van de individuele cliënt. Deze meningsverschillen zijn in enkele regio's zo hoog opgelopen dat zij het voortbestaan van de samenwerking voor enige tijd hebben bedreigd. Ten tijde van de vraaggesprekken waren de tegenstellingen echter al zo ver weggenomen, dat samenwerking weer mogelijk was.

Behalve deze veroorzakers van overlast door verstoring van de openbare orde kennen de corporaties natuurlijk ook de mensen, die achter dichte gordijnen en deuren zichzelf verwaarlozen en tegelijk met hun woning ernstig vervuilen. Ook dezen kunnen bij de coördinatiepunten of de corporaties worden aangemeld. Van daaruit wordt dan geprobeerd om de bewoner te benaderen en de juiste, 'outreachinge', hulp te bieden.

Bij de meeste coördinatiepunten kunnen alleen de instellingen die bij het punt betrokken zijn, overlast aanmelden. Deze instellingen kunnen daarmee wel reageren op signalen van bijvoorbeeld buurtbewoners. Rechtstreekse aanmelding door deze buurtbewoners wordt echter meestal geweerd, om te voorkomen dat het coördinatiepunt betrokken wordt in een burenruzie.

Van de in het onderzoek betrokken corporaties was een deel actief in de bouw of verhuur van speciale woonvormen voor (ex-)psychiatrische patiënten. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de verhuur aan RIBW-bewoners, de bouw van een sociaal pension of de deelname aan een woonproject vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Deze activiteiten stonden geheel los van de betrokkenheid bij de aanpak van de overlastproblematiek.

De mate waarin en de wijze waarop de corporaties betrokken zijn bij de huisvesting van onder meer (ex-)psychiatrische patiënten, is weergegeven in schema 7.5.

Schema 7.5 Betrokkenheid van de corporaties bij de huisvesting van onder andere (ex-)psychiatrische patiënten, naar regio

		overlastbestrijding	speciale huisvesting
	organisatievorm voor coördinatie en samenwerking	vormen van hulpverlening	
Groningen	project moeilijk plaatsbaren van samenwerkende corporaties, hulpverleners en gemeente	tweede kans via voorwaardelijke huur; aanbod wooncontainers overwogen	convenant t.a.v. huisvesting (ex-) psych. patiënten afgesloten, moet nog uitgewerkt worden
Heuvelland en Maasvallei	Meldpunt moeilijk plaatsbaren; opgezet door samenwerkende corporaties, gemeente en hulpverlenende instellingen	voorwaardelijke huur, in zowel bestaande als nieuwe huurcontracten, plannen voor voorzieningen begeleid wonen, gerealiseerd aanbod containerwoningen	niet genoemd
Stedendriehoek	nauwelijks samenwerking tussen corporaties noch met hulpverlenende instellingen	nauwelijks, experiment melding vervuiling en verwaarlozing geëindigd, overlast eindigt meestal in huisuitzetting	verhuur woningen aan RIBW, incidentele verhuur recent ontslagen patiënt
Dordrecht e.o.	1)Netwerk Hulpverlening Huisvesting van corporaties, gemeente en hulpverl. instellingen 2)St.Stoeprand van corporaties	1) verplichte begeleiding in bestaande huursituatie (preventief) 2) tweede kansvoorwaardelijke huur na uitzetting	incidentele verhuur aan recent ontslagen patiënt
Zeeland	laatste kans project van corporaties, gemeente en hulpverlenende instellingen, plannen voor meldpunt overlast	voorwaardelijke huur, voorziening voor begeleid wonen	bouw en beheer complexen voor maatschappelijke opvang, sociaal pension en begeleid wonen

Als huurders, bijvoorbeeld ten gevolge van psychische problemen, extra begeleiding nodig hebben, zoeken de meeste corporaties hiervoor dus actief de samenwerking met andere instanties. De hiervoor opgesomde meld- of coördinatiepunten waren alle de producten van zeer brede samenwerkingsverbanden, waaraan naast de corporaties en lokale overheden vrijwel altijd het AMW, de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang, de politie, de reclassering, de verslavingszorg en de GGD meededen. En waar niet altijd alle deelnemers financieel bijdroegen aan deze projecten, behoorden de corporaties wél altijd tot de (belangrijkste) financiers.

Opvattingen over ontwikkelingen in het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg

Opvallend was dat buiten deze projecten om de relaties met de geestelijke gezondheidszorg zich voor het merendeel van de corporaties beperkten tot incidentele contacten. De hiervoor beschreven bereidwilligheid van woningcorporaties om bij te dragen aan de ontwikkeling van nieuwe huisvestingsvormen voor psychiatrische

patiënten, is blijkbaar nog geen gemeengoed. Wellicht kan deze terughoudendheid verklaard worden uit de algemenere aarzeling ten opzicht van de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg. Het uitgangspunt dat ook mensen met psychische problemen zelfstandig zouden moeten kunnen wonen, werd door de meerderheid van de respondenten ondersteund. Tegelijkertijd werd er nadrukkelijk op gewezen dat niet zeker was of een dergelijke zelfstandigheid voor alle psychiatrische patiënten haalbaar zou zijn. De corporaties benadrukten dan ook dat voor dezen de asiel functie van de intramurale voorzieningen gehandhaafd moest blijven. Zij voorzagen anders dat de overlastproblematiek door psychisch gestoorden, zoals zij deze nu al ervaren, alleen maar erger zou worden. Verder wezen de corporaties erop dat de samenleving niet erg geneigd is om mensen met psychische problemen zonder meer te accepteren. Voor een enkele is dat aanleiding om mee te werken aan voorlichtingsactiviteiten, die de vooroordelen moeten wegnemen. Ook worden portiekgesprekken georganiseerd als voorbereiding op de komst van een nieuwe buur met een achtergrond in de geestelijke gezondheidszorg. De corporaties geven dus aan dit aspect van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen, maar zij doen dit onder voorbehoud.

De bijval voor een ander aspect van de vermaatschappelijking, namelijk dat van de overname van taken door algemene instellingen, lijkt samen te hangen met de mate waarin men kan instemmen met het extramuraliseringsbeleid. Corporaties die overwegend positief tegenover meer extramuralisering staan, zijn meer geneigd ermee in te stemmen, dat zij taken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg over zouden nemen. Voorwaarde is dat de onderlinge samenwerking goed geregeld is. In die regio's waar aan deze voorwaarde voldaan lijkt te zijn, is van aarzeling dan ook geen sprake. Waar corporaties twijfels hebben bij de extramuraliseringstendens, lijken zij ook geen heil te zien in het overnemen van verantwoordelijkheden van de hulpverlenende instellingen. Zij stellen zich op het standpunt dat, daar psychiatrische patiënten tot hun primaire doelgroep behoren, zij deze zeker zullen huisvesten, maar dat zij daarom nog geen hulpverlenende activiteiten kunnen of willen verrichten.

Overigens onderhouden de corporaties buiten de hiervoor genoemde overlastprojecten ook nauwelijks tot geen contact met de andere mogelijke actoren in het regionale circuit voor geestelijke gezondheidszorg. Alleen met de lokale overheid wordt weleens overlegd gevoerd. In dit overleg gaat het nooit over de huisvesting van mensen met psychische problemen, maar over algemene zaken als bestemmings- of nieuwbouwplannen. Contacten met de regionale zorgverzekeraar komen vrijwel nooit voor. Deze onbekendheid maakt het voor de corporaties moeilijk om een mening te hebben over hun mogelijke regierol in de totstandkoming van een regionaal samenhangend aanbod van zorg- en dienstverlening. Over zo'n rol voor de lokale overheden kon men meer uitgesproken zijn: een enkeling vond het niet nodig, anderen waren er (gematigd) positief over. Ook over de wenselijkheid de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg onder te brengen bij de RIO's konden de meeste van de respondenten geen uitspraak doen; de meningen die wel gegeven werden, liepen uiteen.

De mening van de bij het onderzoek betrokken corporaties over enkele beleidsvoornemens voor de geestelijke gezondheidszorg staat weergegeven in schema 7.6.

Schema 7.6 Mening van de corporaties over enkele beleidsvoornemens voor de geestelijke gezondheidszorg, naar regio

	extramuralisering van geestelijke gezondheidszorg	overname taken door algemene instellingen	regierollen voor lokale overheid en zorgkantoor	indicatiestelling geestelijke gezondheidszorg bij RIO
Groningen	positief, maar niet voor iedereen haalbaar en maatschappelijke acceptatie beperkt	alleen als onderlinge samenwerking goed is, moet nog verder ontwikkeld worden	regierol gemeente alleen mogelijk indien interne coördinatie beter	vooral nog niet gewenst, RIO nu al overbelast
Heuvelland en Maasvallei	positief, maar alleen als blijkt dat mensen het inderdaad aankunnen; zou maatschappelijke acceptatie vergroten	goed mogelijk, samenwerking binnen netwerk sterk genoeg	geen mening	geen mening
Stedendriehoek	negatief, maatschappelijke acceptatie te gering, wellicht ook oorzaak toename overlastproblematiek	momenteel niet mogelijk, corporatie niet deskundig genoeg, geen onderlinge samenwerking betrokkenen	geen mening	geen mening
Dordrecht e.o.	positief, risico op uitsluiting en sociaal isolement weg te nemen door voorlichting en begeleiding	heel goed mogelijk, samenwerking in Netwerk bewijst dat het kan	coördinerende rol lokale overheid niet nodig, zonder dat gaat het ook goed	positief, zou continuïteit kunnen bevorderen
Zeeland	negatief, ontbreken nazorg/begeleiding vanuit geestelijke gezondheidszorg leidt tot toename overlast	negatief, hulpverlening geen taak corporatie	regierol lokale overheden prima, is neutrale partij, overheden moeten dan wel op regionaal niveau samenwerken	geen mening

7.5 De gemeenschappelijke geneeskundige diensten (GGD's)

7.5.1 Taken van de GGD bij het beleid voor de geestelijke volksgezondheid

De betrokkenheid van de GGD met de geestelijke gezondheidszorg kent een langere geschiedenis dan de meeste in dit onderzoek betrokken algemene instellingen. In 1919 werd bij de Amsterdamse GG en GD een afdeling Geestes- en Zenuwziekten opgericht, met als kernactiviteit het Consultatiebureau voor Zenuw-

en Zielsziekten. De door dit consultatiebureau geboden ambulante geestelijke gezondheidszorg *avant la lettre* was bedoeld als psychiatrische voor- en nazorg bij opname in een inrichting (Van der Grinten 1986). Dit initiatief vond navolging in vooral de grotere steden, die ook begonnen met het opzetten van een gemeentelijke voor- en nazorgdienst. Zij vormden het complement van de provinciale voor- en nazorgdiensten, die waren opgezet door de Kruisverenigingen. Het werkkterrein van zowel de gemeentelijke als de provinciale diensten veranderde en zij gingen zich steeds meer toeleggen op sociaal-psychiatrisch onderzoek, psychohygiënische advisering en voorlichting, kortom op sociale psychiatrie. Deze verandering in activiteiten wettigde een verandering van naam en zo werden de voor- en nazorgdiensten in de loop van de jaren vijftig omgedoopt tot Sociaal-psychiatrische dienst (SPD). De lokale SPD's bleven ook na de naamsverandering verbonden aan de moederorganisatie, de plaatselijke GGD.

De SPD's zijn in 1982 opgegaan in de toen gevormde regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) en kwamen daarmee onder de vleugels van de AWBZ. Na de afsplitsing van de SPD is bij de (meeste) GGD's een bescheiden betrokkenheid bij de openbare geestelijke gezondheidszorg blijven bestaan. De diensten hebben een bescheiden formatie ten behoeve van signalering en bestrijding van vervuiling en verwaarlozing.

Toen in het kader van de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) de lokale overheden in 1982 verantwoordelijk werden voor dit beleid voor de openbare volksgezondheid werd de GGD aangewezen als de belangrijkste uitvoerende dienst. Tot de openbare volksgezondheidszorg werd ook die voor de psychohygiëne gerekend, een term, die vaag genoeg is om de aanpak van vervuiling en verwaarlozing te omvatten, maar vermoedelijk op meer duidt. Uit een evaluatieonderzoek naar de effecten van de decentralisatie van het collectieve preventiebeleid kwam naar voren dat de GGD's weinig doen met deze psychohygiëne (CVCP 1996). De vraag naar geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder naar acute hulpverlening neemt echter toe. De in de WCPV opgenomen taken van de lokale overheid en GGD's ten aanzien van collectieve preventie, zorg voor risicogroepen en onmiddellijke hulpverlening zijn ook van toepassing zijn op het terrein van de geestelijke volksgezondheid (zie ook Wennink 1998). Daarom wordt in het advies voor de versterking van de collectieve preventie ook nadrukkelijk aangeraden de GGD's, als gemeentelijke dienst, een centrale rol te laten vervullen in de ontwikkeling en uitvoering van het openbare geestelijke gezondheidszorgbeleid. Bij de ontwikkeling van dit beleid zou aangesloten moeten worden op de vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg (CVCP 1996).

De kern van dit advies blijkt te zijn overgenomen in meest recente beleidsbrief over de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). In deze brief wordt de OGGZ omschreven als "alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag totstandkomen". Het kan daarbij gaan om permanent beschikbare hulpverlening op individueel niveau, (preventieve) zorg voor risicogroepen en collectieve geestelijke gezondheidszorg. Met name de laatste zou een taak van de GGD moeten zijn. Voor de financiering van deze OGGZ-activiteiten zouden, naast de gemeentelijke middelen, ook AWBZ-

gelden moeten worden aangewend (TK 1996/1997d). En dus lijkt het bescheiden restje van de oorspronkelijke SPD's dat bij de GGD's was achtergebleven de kern te gaan vormen van het moderne OGGZ-beleid.

7.5.2 Uitkomsten van de vraaggesprekken

In twee van de zes in het onderzoek betrokken regio's zijn in aanvulling op de andere interviews vraaggesprekken gevoerd met medewerkers van de GGD aldaar. Deze GGD's werden namelijk nadrukkelijk genoemd als actieve partners in het overleg- en samenwerkingscircuit. Ook waren zij bezig met de ontwikkeling en uitvoering van een OGGZ-beleid. Zij leken daarin overigens niet af te wijken van de GGD's in de andere regio's. Ook deze werden in de gesprekken regelmatig genoemd. Gezien de beperkte tijd en de verwachte geringe meerwaarde van nog meer gesprekken is echter besloten om van deze actor niet meer dan twee vertegenwoordigers in deze verkennende studie op te nemen. De rol van de GGD's in de andere regio's moge worden afgeleid uit enerzijds de informatie die in de voorgaande hoofdstukken hierover is verstrekt en anderzijds uit de gegevens over hun zusterorganisaties in de regio's Groningen en Dordrecht e.o.

Ontwikkeling van het OGGZ-beleid

Uit de gesprekken met de GGD's kwam naar voren dat het plaatselijke of regionale OGGZ-beleid moeizaam van de grond kwam. De meest in het oog lopende activiteit op dit gebied was de betrokkenheid bij de projecten rond overlastbestrijding en/of de aanpak van verwaarlozing en vervuiling. In deze projecten vervullen de GGD's een coördinerende rol ten aanzien van de aanmelding, screening en hulptoewijzing. Omdat de GGD zelf geen hulpverlenende instantie is, wordt voor de daadwerkelijke hulpverlening een beroep gedaan op de instellingen die eveneens aan de projecten verbonden zijn. In feite wordt met deze bredere, projectmatige aanpak van de overlastbestrijding voortgebouwd op de eerdere GGD-taken op het terrein van de psychohygiëne.

De onderzochte GGD's bleken verder betrokken te zijn bij diverse andere lokale of regionale projecten rond de zorg voor mensen met psychische problematiek. In de meeste gevallen gaat het daarbij om projecten die het accent leggen op preventie, het voorkomen van het ontstaan dan wel erger worden van (psychische) problematiek. Voorbeelden van dergelijke projecten zijn het houden van een sociaal-medische spreekuur in de dagopvang voor dak- en thuislozen, het organiseren van een zogenoemd maatjesproject voor psychiatrische patiënten of voorlichtingsactiviteiten ten behoeve van de maatschappelijke acceptatie van een psychiatrische patiënt als buur. In deze projecten wordt (opnieuw) samengewerkt met een brede waaier van instellingen op het terrein van zowel de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg als de maatschappelijke dienstverlening.

Opvattingen over het geestelijke gezondheidszorgbeleid

Ook bij de GGD's worden de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg in

de richting van behoud van de zelfstandige leefwijze voor psychiatrische patiënten van harte ondersteund. Wel wordt erop gewezen dat daardoor de grenzen van het werkdomein van de geestelijke gezondheidszorg diffuser worden. Het is niet altijd meer duidelijk wie verantwoordelijk is voor de ondersteuning op leefgebieden als huisvesting, dagbesteding en scholing. Omdat mensen met psychische problemen niet altijd volledig worden geaccepteerd, is het risico op sociaal isolement groot en zal daaraan zal door een instantie aandacht moeten worden gegeven. Daar de lokale overheid eerstverantwoordelijke is voor het welzijn van de inwoners, ligt het voor de hand dat zij deze instantie is. Dat de lokale overheid een regierol zou moeten kunnen vervullen in het netwerk rond de zorg voor mensen met psychische problematiek, ligt voor de GGD's in het verlengde daarvan. Opname van de indicatiestelling voor geestelijke gezondheidszorg in de activiteiten van het RIO wijzen zij daarentegen af. Een dergelijke verandering biedt geen voordelen boven de huidige gang van zaken. Afgezien daarvan is de schaal van het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorginstellingen zoveel groter dan die op bijvoorbeeld het terrein van de ouderenzorg, dat gelijkschakeling van de wijze in indicatiestelling en zorgtoewijzing niet reëel is.

De activiteiten en opvattingen van de onderzochte GGD's op het terrein van het beleid voor de (openbare) geestelijke gezondheidszorg zijn weergegeven in schema 7.7.

Schema 7.7 Activiteiten en opvattingen van GGD'en, naar regio

	activiteiten in kader van OGGZ	samenwerking andere organisaties	opvattingen t.a.v. regiefunctie extramuralisering geestelijke gezondheidszorg	lokale overheid	onderbrengen indicatiestelling geestelijke gezondheidszorg bij RIO
Groningen	aanpak vervuiling en verwaarlozing, preventie sociaal isolement	geestelijke gezondheidszorg, welzijnsinstellingen, woningcorporaties	positief, maar grenzen werkdomein geestelijke gezondheidszorg daardoor onduidelijk	gezien verantwoordelijkheid logisch	niet opportuun, schaalgrootte van gebruik geestelijke gezondheidszorg leent zich daar niet voor
Dordrecht e.o.	coördinatie netwerk hulpverlening en huisvesting, tweede kans beleid, bemoeizorg dak- en thuislozen	binnen netwerk: corporaties, geestelijke gezondheidszorg, welzijnswerk, politie, verslavingszorg	positief, voordelen voor psych. patiënt groter dan nadelen	positief, goede ervaringen met beleid lokale overheid tot nu toe	niet nodig, nu gaat het zonder bemoeienis RIO ook goed

7.6 Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de algemene voorzieningen

De uitkomsten van de vraaggesprekken met vertegenwoordigers van de algemene voorzieningen in de onderzochte regio's leveren hetzelfde beeld als geschetst kon

worden in het voorgaande hoofdstuk. Net als bij de zorgfinanciers lijkt er bij deze algemene voorzieningen een matig draagvlak te bestaan voor het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. Het algemene (en abstracte) uitgangspunt dat mensen met psychiatrische problemen zo weinig en zo kort mogelijk zouden moeten worden opgenomen, wordt door vrijwel alle respondenten onderschreven. Zij wijzen echter op de mogelijk negatieve consequenties van de concrete uitwerking van dit ideaal: overlast in de wijk, ontstaan van sociaal isolement en overbelasting van het sociale netwerk van de betrokkenen. Van de kant van de eerst aangewezen uitvoerders van het OGGZ-beleid, de GGD's, wordt er verder op gewezen dat door de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg onduidelijk wordt wat de grenzen van het domein van deze sector en daarmee van de verantwoordelijkheden worden.

Voor de in het onderzoek betrokken algemene voorzieningen hangt het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg onverbreekbaar samen met de overname van taken van deze sector. Feitelijk gaat het zelfs om een intensivering van deze overname, omdat de algemene voorzieningen sowieso al vergelijkbare diensten en voorzieningen leveren. De doelgroep is een andere, de problemen zijn wellicht niet dezelfde en ook de benadering van de cliënten wijkt af, maar maatschappelijke opvang, gespecialiseerde gezinszorg, corporaties en GGD's bieden ook opvang en begeleiding, huisvesting, consultatie, preventieve zorg, enzovoort. Gezien de grote overeenkomst in het aanbod is het niet verwonderlijk dat bij deze algemene voorzieningen een stevig draagvlak bestaat voor het overnemen van taken van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Voor hen is het een vanzelfsprekendheid, zoals het ook een vanzelfsprekendheid is dat zij voor deze overname samenwerken met andere actoren in het lokale of regionale circuit. De vanzelfsprekendheid lijkt het minst voor de corporaties; hun uitgangspunt is vooral dat zij alleen verantwoordelijk zijn voor de huisvesting en minder voor de zorg en ondersteuning voor de bewoners van hun woningen. Desondanks lijkt ook hier het draagvlak voor dit aspect van de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg matig te zijn. Men vindt dat het moet kunnen, maar dan moeten er wel goede samenwerkingsafspraken met de andere organisaties gemaakt zijn.

Een negatieve consequentie van het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg zou kunnen zijn dat de vraag naar de eigen voorziening groter wordt. Hoe meer mensen met psychische problemen buiten de (intramurale) geestelijke gezondheidszorg blijven, hoe groter immers de vraag naar de 'vervangers' van deze zorg. Dit geldt vooral voor de maatschappelijke opvang en de gespecialiseerde gezinszorg. De respondenten geven echter aan dat hun draagkracht eigenlijk niet groot genoeg is om een mogelijke toename van de vraag aan te kunnen. Dit is vooral van toepassing op de materiële draagkracht van de organisaties. Zowel maatschappelijke opvang als gespecialiseerde gezinszorg kampen met een capaciteitsgebrek. Hun immateriële draagkracht is, volgens de vertegenwoordigers van de instellingen, groot genoeg. Hun werk bestaat immers nu ook al uit het opvangen en begeleiden van mensen die om psychische of psycho-sociale redenen

deze ondersteuning nodig hebben. Iets vergelijkbaars geldt voor de in het onderzoek betrokken GGD's. Door hun taak in het voorkomen en oplossen van ernstige vervuiling en verwaarlozing hebben zij al ervaring in de omgang met mensen met door psychische problemen veroorzaakt afwijkend gedrag. Als ten gevolge van de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg het aantal vervuilingssituaties zou toenemen, is de huidige capaciteit, de materiële draagkracht, echter onvoldoende.

De materiële draagkracht van de corporaties lijkt in alle opzichten voldoende te zijn: in geen van de onderzochte regio's werd capaciteits- of geldgebrek bij de corporaties gemeld. Hun immateriële draagkracht lijkt minder groot; hun specialiteit is immers vooral het bouwen van huizen, niet de opvang van de degenen die erin komen. Wellicht is dat ook de reden waarom de noodzaak voor (betere) samenwerking vooral door deze partij werd onderstreept.

De algemene voorzieningen zeggen dus niet te kunnen beschikken over voldoende draagkracht om de hun toegewezen rol in een vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg te vervullen. Dit geldt vooral voor hun materiële draagkracht. Zij achten zich voor het overige goed in staat om taken van de geestelijke gezondheidszorg over te nemen en voor de opvang en begeleiding van zelfstandig wonende psychiatrische patiënten met deze geestelijke gezondheidszorg en andere instellingen samen te werken. Hiervoor is er echter al op gewezen dat deze algemene voorzieningen vaak anders werken en in de meeste gevallen uitgaan van een andere benadering van hun cliëntèle. In de interviews is ook enige keren ter sprake geweest dat deze verschillen er de oorzaak van zijn geweest dat samenwerkingsprojecten voor kortere of langere duur moesten worden stilgezet. Overname van taken staat blijkbaar niet gelijk met overname van opvattingen of de beste benadering of methoden. Binnen een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie hoeft dat ook niet, maar het feit dat deze relaties voor enige tijd waren opgeschort lijkt erop te wijzen dat deze gelijkwaardigheid geen vanzelfsprekendheid was. Het draagvlak voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg blijkt bij de algemene voorzieningen matig tot sterk te zijn. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat deze algemene voorzieningen bij hun acceptatie van het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg uitgegaan zijn van hun gelijkwaardigheid.

Noten

- 1 Bij de aanvang van het onderzoek lag het in de bedoeling om ook regionale of lokale instellingen op het terrein van de reguliere arbeidsvoorziening in het onderzoek te betrekken. Uit de gesprekken met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bleek echter al snel dat met deze instellingen weinig of geen contacten werden onderhouden (zie hoofdstuk 5). Ook in de andere interviews werd geen melding gemaakt van contacten of samenwerking met de reguliere arbeidsvoorziening. Deze maakt blijkbaar (nog?) geen deel uit van de zorgcircuits in de onderzochte regio's. Om die reden leek het niet zinvol om de arbeidsvoorziening dan toch voor deelname te benaderen.
- 2 Dit neemt overigens niet weg dat de gebruikers van de vrouwenhulpverlening vaak te kampen hebben met psychische problemen. Deze zijn echter in de meeste gevallen niet de belangrijkste reden om een beroep te doen op deze vorm van opvang. De problematiek is immers vaak het gevolg van de mishandelingen, die aan dit beroep vooraf zijn gegaan.
- 3 Deze indicatie wordt in de meeste gevallen pas afgegeven nadat daadwerkelijke opname heeft plaatsgevonden. Niet zelden is er immers sprake van een crisissituatie, waarbij snelle interventie geboden is. Ook moeten de sociale pensions, zoals alle aanbod van de maatschappelijke opvang, algemeen toegankelijk en laagdrempelig zijn. De verplichte indicatiestelling is dus vooral een toetsing achteraf.
- 4 Sinds enkele jaren zijn er ook particuliere organisaties die professionele thuiszorg bieden. Het betreft hier echter veelal kleine instellingen die zich voorzover bekend, alleen richten op hulpverlening in verband met somatische en/of verouderingsproblematiek. Naar eventueel hulp aan psychiatrische patiënten vanuit de particuliere thuiszorg is daarom verder geen onderzoek gedaan.
- 5 In de jaarverslagen van de LVT worden voor de gezinsverzorging, anders dan voor het kruiswerk, geen uitgesplitste gegevens over aanbod en gebruik gepresenteerd. Landelijke gegevens over aanbod en gebruik van specifiek de geestelijke gezondheidszorg lijken dan ook niet voorhanden te zijn.
- 6 Andere verklaringen voor de stijging waren het grotere aantal gezinnen dat vanwege opvoedingsproblemen een beroep deed op de gespecialiseerde gezinsverzorging en de groeiende vraag naar thuiszorg ten gevolge van dementiële syndromen.
- 7 Mede hierom is deze toegangsbijdrage met ingang van 1-1-99 afgeschaft (Stb 1998).
- 8 Overlastproblematiek in de huisvestingssfeer is immers geen nieuw fenomeen, getuige de oprichting van de woonscholen en gezinsoorden in de jaren twintig respectievelijk zestig van deze eeuw (Kullberg en Kessels 1998). Een variant hierop waren de complexen die in de jaren vijftig aan de rand van de Amsterdamse westelijke tuinsteden werden gerealiseerd. In deze complexen, die hoewel op afstand toch minder ver van de samenleving verwijderd waren dan de gezinsoorden, werden de onmaatschappelijke gezinnen ondertoezicht heropgevoed tot aangepaste burgers (Hoekstra 1999).

8.1 Inleiding

Zoals in de gehele gezondheidszorg wordt in de geestelijke gezondheidszorg een grotere rol toegekend aan de gebruikers. In hoofdstuk 4 is melding gemaakt van enkele wetten uit de jaren tachtig die de rechten van de patiënten of cliënten van de diverse zorgvoorzieningen moeten waarborgen. Het ging daarbij om de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1985 die deze rechten vastlegde op het niveau van de individuele cliënt, en om de een jaar later ingevoerde Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) die hetzelfde deed op het niveau van alle gebruikers van de zorg. In hoofdstuk 5 is ook aangegeven dat deze min of meer als instellingsgebonden te karakteriseren cliënten- of patiëntenparticipatie niet de enige weg is waarlangs gebruikers van zorgvoorzieningen hun stem kunnen en willen laten horen. De gezondheidszorg kent een groot aantal zogenoemde patiëntenorganisaties die in toenemende mate onderlinge samenwerking zoeken in regionale patiënten-/consumentenplatforms (RPCP's). Om de vorming van deze RPCP's te bevorderen is tussen 1990 en 1994 een Tijdelijke stimuleringsregeling RPCP van kracht geweest. Deze regeling maakte deel uit van een actief overheidsbeleid om de invloed van de patiënten op het zorgbeleid te vergroten. De in 1981 uitgebrachte nota *Patiëntenbeleid* kan beschouwd worden als de start van dit beleid (Verkaar 1991). Na het verschijnen van deze nota wordt in vrijwel elk beleidsstuk op het terrein van de zorg benadrukt dat de patiënten of gebruikers bij het beleidsoverleg moeten worden betrokken. Sinds de jaren tachtig is steeds meer het accent komen liggen op decentraal (lokaal of regionaal) overleg over samenhang en afstemming. Het lag daarom voor de hand om ook de cliëntenvertegenwoordiging op ditzelfde decentrale niveau gestalte te geven, vandaar de hiervoor genoemde Stimuleringsregeling. Vanwege het decentrale karakter van het overleg tussen zorgaanbieders en -gebruikers zijn overigens in 1994 de gelden voor het in stand houden van de RPCP's gedecentraliseerd naar de provinciale overheden (TK 1994/1995c).

De sector van de geestelijke gezondheidszorg vormt in het belijden van het belang van een structurele cliëntenparticipatie geen uitzondering. De hiervoor genoemde wetten, die de invloed van de cliënt op de verleende zorg moeten waarborgen (WGBO en WMCZ) zijn, zoals gezegd, ook van toepassing in deze sector. Daarnaast is het nadrukkelijk de bedoeling dat de cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg in de RPCP's zijn opgenomen. Om verder te bevorderen dat de cliënten invloed kunnen hebben op de ontwikkelingen in het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg, is in het zorgvernieuwingsbeleid de betrokkenheid van de cliëntenorganisaties als voorwaarde gesteld om het predikaat zorgvernieuwingsregio te kunnen verwerven.

In een onderzoek naar de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg waarin 'alle' bij deze ontwikkelingen betrokken partijen zijn opgenomen, kunnen de cliëntenorganisaties niet ontbreken. Uiteindelijk zijn zij degenen die het beste kunnen beoordelen of en in hoeverre de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg bijdragen aan een verbetering van hun welbevinden. In elk van de zes onderzochte regio's zijn daarom gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de lokale of regionale cliëntenorganisaties. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de uitkomsten van deze gesprekken. De weergave van de onderzoeksresultaten wordt ook in dit hoofdstuk voorafgegaan door een korte algemene beschrijving van deze beleidsactor en gevolgd door enkele conclusies ten aanzien van de sterkte van draagvlak en draagkracht voor het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg.

8.2 De cliëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg

Hiervoor is aangegeven dat het uitbrengen van de nota *Patiëntenbeleid* uit 1981 gezien kan worden als de start van een gezondheidszorgbeleid waarin nadrukkelijk ruimte wordt geschapen voor de inbreng van de gebruikers van de zorg. In deze nota, opgesteld door het toenmalige ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, wordt voor het eerst een visie gepresenteerd op de rol en de positie van de patiënt en diens vertegenwoordigers: de patiëntenorganisaties. De overheid reageert daarmee, enigszins vertraagd, op het feit dat de gebruikers van de zorg zich in de voorgaande decennia steeds heftiger begonnen te roeren en een grotere invloed op het zorgbeleid opeisten (Verkaar 1991).

Feitelijk is het debat over de rol van de patiënt het eerst op gang gekomen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Er mag zelfs van worden uitgegaan dat de discussie over de rechten van de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg alsmede de wijze waarop deze patiënten voor hun rechten zijn opgekomen, als voorbeelden hebben gediend voor de patiëntenbeweging in de overige sectoren van de zorg (Verkaar 1991; Stüssgen 1997).

Al aan het begin van deze eeuw, 1924, werd de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielsziekten opgericht. Deze Vereeniging was vermoedelijk de eerste organisatie die zich inzette voor de belangenbehartiging van de psychiatrische patiënten. De leden waren echter zelf geen patiënten, maar (veelal) gegoede lieden die zich, al of niet op basis van hun professie als arts of verpleegkundige, het lot van de psychiatrische patiënt aantrokken. Het duurde echter tot 1974 voordat er een belangenbehartigingsorganisatie van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg zelf werd opgericht. Ook deze organisatie, de Cliëntenbond, kwam voort uit een organisatie die oorspronkelijk door niet-clieuten in het leven was geroepen. In 1971 namelijk werd door de ouders van cliëntjes van de toenmalige Medisch opvoedkundige bureaus de Cliëntenbond in de Welzijnszorg opgericht. De achtergrond van dit initiatief was onvrede over de gang van zaken in de geestelijke gezondheidszorg en de Bond wilde ruimte voor medezeggenschap van cliënten op het beleid van de instellingen. Drie jaar later besloot de Cliëntenbond het lidmaatschap alleen nog maar open te stellen voor cliënten en

ex-cliënten van de geestelijke gezondheidszorg.

Ook de zusterorganisatie Pandora was van oorsprong een organisatie van gegoede lieden die meer kennis over geestesziekten en het wegnemen van vooroordelen noodzakelijk achtten. Het duurde tot 1970 voordat Pandora, zes jaar na de oprichting in 1964, de (ex-)psychiatrisch patiënt zelf betrok bij de activiteiten om mensen voor te lichten over geestesziekten en zo vooroordelen over de lijdens eraan weg te nemen (Dercksen en Van 't Hof 1996).

Zowel de Cliëntenbond als Pandora hebben zich in de jaren zeventig, op de golven van de anti-psychiatriebeweging, ontwikkeld tot algemene belangenbehartigingsorganisaties van cliënten zelf. Hun uitgangspunt in die jaren was die van de anti-psychiatrie: de samenleving deugt niet en wat als psychiatrische stoornis wordt gedefinieerd, is niets anders dan een gezonde reactie op wijdverbreide misstanden. Dit uitgangspunt vond in het begin van de jaren zeventig weerklank in de toen breed gedragen maatschappijkritiek, die onder meer tot uiting kwam in de Kabouterbeweging en de ontwikkeling van een popcultuur voor "langharig, werkschuw tuig" dat experimenteerde met bewustzijnsverruimende middelen en verzet tegen het "burgerlijk establishment" (Heerma van Voss 1983). De kritiek van de Cliëntenbond en Pandora op de gevestigde psychiatrie sloot naadloos aan bij de door Ivan Illich geïnspireerde opvatting over de medische hulpverlening als bekrachtiger van bestaande machtsongelijkheid. Deze opvatting inspireerde studenten en pasafgestudeerden tot het oprichten van bijvoorbeeld de Bond voor wetenschappelijke arbeiders en de werkgroep Kritische artsen. Ook in de psycho-sociale hulpverlening werd naar alternatieven voor de gevestigde orde gezocht, wat leidde tot de oprichting van alternatieven als Release en JAC, waar (soft)drugsgebruik en abortus eerder werden aangemoedigd dan veroordeeld. De uitgangspunten van Cliëntenbond en Pandora wonnen verder aan overtuigingskracht doordat onder hun vlag inkijkjes werden geboden in de dagelijkse gang van zaken in de psychiatrische inrichtingen. Het is vermoedelijk de koppeling aan deze meer algemene, marxistisch georiënteerde maatschappijkritiek geweest, die ervoor zorgde dat de cliëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg zo'n grote invloed heeft kunnen krijgen op het officiële beleid. Het ging immers niet alleen om de verbetering van de positie van de psychiatrische patiënt. De hele samenleving stond ter discussie en daarmee ook haar onderdrukingsinstrument bij uitstek: de psychiatrische inrichting. Maatschappijkritiek werd daarmee kritiek op de hulpverlening en in het bijzonder op de intramurale variant. Deze kritiek sloeg aan en ook op beleidsniveau werd serieus nagedacht over andere, minder stigmatiserende en isolerende vormen van opvang en begeleiding voor mensen met psychiatrische problematiek. Een overtuigend bewijs van deze invloed is de in hoofdstuk 4 beschreven succesvolle Moratorium-actie en de daaropvolgende *Nieuwe nota*.

Een andere verdienste van de cliëntenbeweging, die zich in haar beginjaren tooide met de geuzennaam gekkenbeweging, is de emancipatie van de psychiatrische patiënt. Op haar hoogtepunt vervulde de Nederlandse gekkenbeweging, wat dit betreft, zelfs een voorbeeldfunctie voor de cliëntenbeweging in andere landen (Trimbos 1978). Betrokkenheid van de patiënt bij het beleid en het hulpverlenings-

aanbod is, inmiddels een breed aanvaard uitgangspunt. Een eerste invulling daarvan was de officiële betrokkenheid van de cliëntenvertegenwoordigers bij de totstandkoming van de Wet bijzondere opname psychiatrische inrichtingen, waarin nadrukkelijke waarborgen voor een betere rechtspositie van de cliënt zijn opgenomen (Heerma van Voss 1983). Daarnaast heeft de aandacht die organisaties als Cliëntenbond en Pandora vroegen voor de patiënten in de inrichting, ertoe bijgedragen dat in de meeste inrichtingen een patiënten- of bewonersraad is ingesteld. In 1981 werd voor deze instellingsgebonden cliëntenorganisaties een landelijke koepel, de Stichting Landelijke patiënten- en bewonersraden, opgericht. Drijvende kracht achter deze oprichting was de toenmalige voorzitter van de Cliëntenbond, die tevens coördinator was van de Stichting Pandora. In 1981 werd tevens de Stichting Vertrouwenwerk geestelijke gezondheidszorg opgericht. Ook de oprichting van deze stichting, die aanstelling van vertrouwenspersonen in de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg stimuleert en coördineert, symboliseert de verbeterde (rechts)positie van de psychiatrische patiënt.

De cliëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg heeft inmiddels haar oorspronkelijke verzet tegen de gevestigde orde losgelaten; zowel Cliëntenbond als Pandora stellen zich in hun maatschappijkritiek minder radicaal op. Zij blijven evenwel van mening dat de maatschappelijke verhoudingen kunnen bijdragen aan het ontstaan respectievelijk verergeren van psychische stoornissen. Ook blijven zij kritisch staan tegenover de georganiseerde psychiatrie en met name tegenover de bejegening van de psychiatrische patiënten door de werkers in de geestelijke gezondheidszorg.

Naast de hiervoor beschreven algemene cliëntenorganisaties ontstonden in de jaren zeventig categorale verbanden, die zich groepeerden rond een specifieke stoornis en oorspronkelijk vooral het karakter hadden van lotgenotencontact. Voorbeelden van dergelijke categorale cliëntenorganisaties zijn Anoksis (mensen met schizofrene of schizoïde stoornissen), St. Anorexia en boulimia nervosa (mensen met eetstoornissen) en de Vereniging voor manisch-depressieven. Anders dan in de algemene cliëntenorganisaties bestaat in deze categorale verbanden wel de overtuiging dat psychische stoornissen een ziekte zijn, te vergelijken met somatische aandoeningen. Zij stelden en stellen zich in het algemeen dan ook minder maatschappijkritisch op en richten zich in eerste instantie op de genezing of verbetering van de cliënt en de hulpverlening, niet op een verandering van de samenleving (Verkaar 1991). Parallel aan de belangenbehartigingsorganisaties voor cliënten ontstonden die voor familieleden en andere betrokkenen. Ook deze zijn vaak gegroepeerd rond een aandoening, zoals Ypsilon, de vereniging voor familieleden en andere betrokkenen bij mensen met een schizofrene stoornis. Een andere organisatiegrond kan, de Nederlandse traditie in dezen getrouw, de levensbeschouwing zijn. Een voorbeeld hiervan werd gevormd door het toenmalige In Perspectief, een familieorganisatie voor mensen met een protestants-christelijk geloofsovertuiging of achtergrond (Dercksen en Van 't Hof 1996). Ook de familieorganisaties gaan vaker uit van een fysieke achtergrond van de psychische stoornis. Sommige van hen verwerpen zelfs een mogelijke sociale oorzaak, een reactie op de opvattingen van de anti-psychiatrie, die be-

halve de samenleving ook de ziekmakende verhoudingen in het gezin van herkomst verantwoordelijk hield voor het ontstaan van psychische problematiek (Verkaar 1991).

Het aantal cliënten- en/of familieorganisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg (incl. verslavingszorg) is sterk gegroeid: een inventarisatie leverde een totaal van 76 verschillende organisaties op. Dit aantal omvat ook een zevental koepelorganisaties, waarin diverse kleinere organisaties zijn opgenomen; het totale aantal grotere en kleinere organisaties is dus hoger.

Het belang dat door de rijksoverheid gehecht wordt aan de inbreng van deze derde partij moge, behalve uit de hiervoor genoemde voorwaarde voor het predikaat zorgvernieuwingsregio, blijken uit de financiële bijdragen voor de cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Op de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt hiervoor ruim acht miljoen gulden beschikbaar gesteld. Aan de andere kant wordt het subsidiebeleid door dezelfde overheid ingezet om het wel heel erg versnipperde veld tot meer samenwerking en liefst ook tot fusie te bewegen. Door onderlinge tegenstellingen binnen de cliëntenbeweging lukt dit echter maar zeer ten dele. Deze versnippering was voor de overheid reden om er in 1995 voor te pleiten dat de (grootste) familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg (naast de hiervoor genoemde Ypsilon en In Perspectief hoorde ook de algemene organisatie Labyrint hiertoe) per 1 januari 1997 zouden integreren. Een dergelijke integratie werd ook voorgesteld voor de Cliëntenbond en de Landelijke patiënten raad (de landelijke koepel van de instellingsgebonden cliënten- en bewonersraden). De nieuwe organisatie zou vervolgens intensief moeten gaan samenwerking met Pandora (TK 1994/1995c). Hoe diep de tegenstellingen tussen de diverse organisaties zitten, moge afgeleid worden uit het feit dat de landelijke cliëntenorganisaties nog altijd apart van elkaar bestaan en dat een fusie van de familieorganisaties zich beperkt heeft tot de twee algemene organisaties, die zijn opgegaan in de Stichting Labyrint/In Perspectief. Het lijkt geen twijfel dat deze versnippering de daadkracht van de derde partij aanzienlijk verzwakt. Het ziet er dan ook naar uit dat de georganiseerde cliënten- en familiebeweging, ondanks hun versterkte positie, uiteindelijk toch een stem uit de marge blijft (Van 't Hof en Dercksen 1997).

8.3 Uitkomsten van de vraaggesprekken

Gezien de grote variëteit in de cliëntenvertegenwoordiging, die zich ook op regionaal niveau voordoet, is bij het benaderen van respondenten niet echt gestreefd naar representativiteit. Uit de vraaggesprekken bleek echter al snel dat in het merendeel van de regio's actief gestreefd werd naar meer onderlinge samenwerking en afstemming. Zoals in hoofdstuk 5 is aangegeven, is deze samenwerking ook nadrukkelijk gestimuleerd door bijvoorbeeld de zorginstellingen of de zorgverzekeraar. Deze stimulators zou echter niet zo'n invloed hebben gehad als niet ook de diverse cliëntenorganisaties zelf ervan overtuigd waren dat meer samenwerking in hun eigen belang zou zijn. De meeste respondenten waren betrokken bij het totstandkomen van

deze samenwerkingsrelaties en dus goed op de hoogte van wat zich op regionaal niveau in de cliëntenvertegenwoordiging afspeelde. Uiteindelijk kon door deze niet-representatieve vraaggesprekken toch een beeld worden verkregen van de opvattingen en activiteiten van de cliëntenbeweging in de betrokken regio's.¹

Samenwerkingsrelaties binnen de regio's

Een in alle regio's voorkomend probleem is, ondanks het streven naar meer onderlinge samenwerking en afstemming, de verschillende achtergronden, van waaruit de diverse cliëntenvertegenwoordigingen hun werk doen. De instellingsgebonden cliënten- en bewonersraden zijn, uit de aard der zaak, meer geneigd om vanuit het instellingsbelang naar de beleidsontwikkelingen te kijken dan de ongebonden cliëntenorganisaties. Deze laatste bespeuren een zekere mate van afhankelijkheid, misschien zelfs aanhankelijkheid bij hun instellingsgebonden collega's, waardoor zij zich minder kritisch tegenover de geestelijke gezondheidszorginstellingen zouden durven opstellen. Tussen de instellingsgebonden raden onderling speelt vaak mee dat de cliëntenraden van de ambulante geestelijke gezondheidszorg vaak een jongere bestaansgeschiedenis hebben en dat zij vaker van samenstelling veranderen. Cliënten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn gemiddeld immers korter 'in de zorg' dan de bewoners van de intra- of semi-murale voorzieningen. Nu bovendien in een aantal regio's de instellingen zijn gefuseerd, zijn de instellingsgebonden raden ook bezig om centrale raden te vormen, waarin elk van de gebruikersgroepen evenredig vertegenwoordigd moeten zijn.

De meer structurele samenwerking tussen de diverse cliëntenvertegenwoordigingen binnen de regio bieden echter wel een oplossing voor het gebrek aan continuïteit, dat ook de cliëntenorganisaties als een van de problemen noemt. Waar binnen één organisatie al snel een gat valt als een (kader)lid, om wat voor reden dan ook, niet meer mee doet, kan zo'n uitval binnen een samenwerkingsverband van organisaties gemakkelijker worden opgevangen.

Wil het nog niet altijd lukken om de cliëntenvertegenwoordigingen binnen de geestelijke gezondheidszorg op één lijn te krijgen, zoveel moeilijker blijkt het te zijn om tot een gezamenlijke standpunt van alle gebruikers van de 'care'-sector te komen. Conform het streven van de rijksoverheid om de gebruikersparticipatie gestalte te laten krijgen via Regionale patiënten- en consumentenplatforms, waarin alle gebruikersorganisaties binnen de 'care'-sector vertegenwoordigd moeten zijn, maken de gezamenlijke cliëntenorganisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg deel uit van deze RPCP's. Zij klagen er echter over dat binnen deze RPCP's de gebruikers van de somatische zorg (ouderen, chronisch zieken, gehandicapten) de bovenaan voeren. De vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorgcliënten hebben het gevoel dat het stigma 'gek' te zijn, hen ook in de wereld van de patiënten-/consumentenorganisaties benadeelt. Deze ongelijke behandeling zou hun ook ten deel vallen in het meer algemene overleg tussen zorgkantoren, zorginstellingen en RPCP's. In een enkele regio is de onheuse bejegening door het zorgkantoor en de geestelijke gezondheidszorginstelling voor de cliëntvertegenwoordiging zelfs aanleiding geweest zich (tijdelijk) uit het overleg terug te trekken.

Schema 8.1 Organisatiegraad van de cliëntenvertegenwoordigingen en hun opvattingen over bejegening van individuele cliënten en van zichzelf, naar regio

	samenwerking binnen geestelijke gezondheidszorg	samenwerking met overige 'care'-sectoren	bejegening cliëntenvertegenwoordiging	bejegening individuele cliënt
Groningen	provinciaal cliëntenplatform, waarin zowel instellingsgebonden, algemene en categorale cliëntenorganisaties	niet genoemd	ongunstig, te laat of niet toesturen verderstukken, toegestaan aantal afgevaardigden minder dan van overige partijen	ongunstig, ontwikkeling hulpaanbod gaat uit van instelling, niet van vraag cliënt
Heuvelland en Maasvallei	provinciale commissie, waarin instellingsgebonden, algemene en categorale cliëntenorganisaties, regionaal platform in voorbereiding	commissie is onderdeel provinciaal PCP, relatie gespannen	ongunstig, cliënten worden als 'gek' en dus niet deskundig beschouwd, informatie blijft uit of komt te laat, regeling op vraag onkostenvergoeding ontbreekt	ongunstig, deskundigheidservaring cliënten niet erkend, aanbod sluit niet aan
Stedendriehoek	nauwelijks, instellingsgebonden cliëntenvertegenwoordiging maar nauwelijks geregeld	wel contact met RPCP, maar geen formele ggz-vertegenwoordiging daarbinnen	zeer ongunstig, noch RPCP noch ggz-vertegenwoordigers betrokken bij overleg beleidsontwikkeling	zeer ongunstig, zorgaanbod houdt geen rekening met de vraag, strafontslag wordt nog altijd toegepast
Dordrecht e.o.	mede t.g.v. fusie is instellingsgebonden cliëntenvertegenwoordiging nog in ontwikkeling, samenwerking met andere organisaties niet genoemd	niet genoemd	positief, cliëntenvertegenwoordiging optimaal betrokken bij ontwikkeling regiovisie	positief, bij hulpaanbod wordt rekening gehouden met behoeften cliënt
Den Haag	regionaal cliëntenplatform, waarin instellingsgebonden, algemene en categorale cliëntenorganisaties	momenteel niet, in RPCP nauwelijks aandacht voor geestelijke gezondheidszorg vraagstukken	gematigd, bejegening wordt beter, beleidsplannen worden nu al in conceptfase voor inspraak voorgelegd	negatief, benadering te veel vanuit medisch model, weinig oog voor mogelijkheden, hulpverleners niet bereid tot objectieve meting behandelingsresultaat

Zeeland	regionale sectie GGZ , waarin algemene en categorale cliënten-organisaties, opzet om instellingsgebonden organisatie daarin op te nemen	sectie maakt deel uit van RPCP, onderlinge verhouding iskwetsbaar	ongunstig, cliënten-vertegenwoordiging wordt niet of te laat betrokken bij beleidsontwikkeling, overleg opgeschort	gunstig, contacten op uitvoerend niveau prima
---------	---	---	--	---

Bejegeningproblematiek

De onvrede over de manier waarop de cliëntenorganisaties bejegend werden, voerde de boventoon in een meerderheid van de gesprekken met hun representanten.

De cliëntenvertegenwoordigers voelden zich in het formele overleg regelmatig gekleineerd en soms ook gemanipuleerd. In hun ogen is de betrokkenheid bij bijvoorbeeld het opstellen van de regiovisies of de plannen voor zorgvernieuwing vaak niet meer dan schone schijn. Zij zou geen andere functie hebben dan te dienen als reclamebord voor de instellingen en zorgkantoren die met hun imago van cliëntvriendelijkheid goede sier zouden willen maken.

Ook over de individuele bejegening van de cliënt zijn de cliëntenorganisaties niet altijd even goed te spreken. Het komt in hun ogen te vaak voor dat in de hulpverlening voorbijgegaan wordt aan de verzoeken van de cliënt en diens eigen inzichten en ervaringen. Soms lijken de hulpverleners de cliënten zelfs regelrecht te intimideren door hun, tegen wettelijke richtlijnen in, straffen op te leggen. Van een vraaggericht aanbod zou daarom in een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg nog geen sprake zijn.

In hoeverre de waarneming over de individuele bejegening gekleurd wordt door de ervaringen als belangenbehartigingsorganisatie en vice versa, is niet goed vast te stellen. Opvallend is wel dat in meer dan de helft van de regio's de mening over de bejegening als individuele cliënt overeenkwam met die over de wijze waarop de cliëntenvertegenwoordiging werd behandeld.

De informatie over de organisatie van de cliëntenvertegenwoordiging in de regio's alsmede hun ervaringen in de bejegening zijn samengevat in schema 8.1.

Opvattingen over vernieuwingen in het zorgaanbod

Gezien de voor het merendeel negatieve oordelen over de afstemming van het aanbod op de (individuele) vraag hoeft het niet te verwonderen dat de cliëntenbeweging vrijwel unaniem instemt met de initiatieven tot zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg. Deze vernieuwing is immers voor een belangrijk deel gericht op een verdere ontwikkeling van vraaggerichte zorg. Nieuwe zorgvormen binnen de geestelijke gezondheidszorg, zoals de psychiatrische thuiszorg of het persoonsgebonden budget, worden door de meeste respondenten dan ook van harte toegejuicht. Dergelijke nieuwe voorzieningen zouden het mogelijk moeten maken dat de psychiatrisch patiënt zelfstandig kan blijven wonen en zelf regie houdt over zijn of haar leven. Voor dit ideaal is door de cliëntenorganisaties al jaren gestreden. De introductie van een persoonsgebonden budget zou er bovendien aan bij kunnen dragen dat ook in de geestelijke gezondheidszorg de zorgbehoefte van de cliënt individueel gemeten wordt en niet meer uitgegaan wordt van de grootst gemene deler.

Over andere ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorgbeleid zijn de cliëntenorganisaties echter meer verdeeld. Zo is men niet in alle regio's even enthousiast over de fusiegolf, die de sector momenteel overspoelt. De bezwaren betreffen bijvoorbeeld het ontstaan van monopolies binnen het aanbod, de enorme kosten die

aan fusies gepaard blijken te gaan en de dossieroverdracht tussen behandelaars. Ook vraagt men zich af of een van de doelen van de fusies, continuïteit in het zorgaanbod, wel per definitie in het belang van de cliënt is. De zorgbehoefte van de cliënt zelf is in de meeste gevallen immers helemaal niet constant en dus zou ook, bij een vraaggerichte zorg, het aanbod niet continu moeten zijn. De bij fusies overeengekomen dossieroverdracht vergroot verder het risico dat de cliënt altijd weer opnieuw met zijn verleden wordt geconfronteerd en daar dus nooit los van kan komen.

Ook de tendens tot vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg wordt door de cliëntenbeweging met gemengde gevoelens gadeslagen. Enerzijds kan men volmondig instemmen met het streven de geestelijke gezondheidszorg als het ware open te breken en midden in de samenleving te zetten. Het uitgangspunt dat psychiatrische patiënten thuis moeten kunnen wonen en volwaardig deel moeten nemen aan het maatschappelijk bestel, kan bij velen op steun rekenen. Er zijn echter ook bezwaren. Niet iedere psychiatrische patiënt zal het prettig vinden zijn of haar psychotische perioden midden in de samenleving door te moeten maken. Een vluchtoord in de zo langzamerhand allerwegen verguisde bossen of duinen kan voor deze mensen noodzakelijk blijven. En een zelfstandige leefwijze is natuurlijk erg prettig, maar zonder voldoende financiële middelen om ook daadwerkelijk aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen, wordt de psychiatrisch patiënt toch tot een leven achter de gordijnen veroordeeld. Afgezien daarvan blijkt de samenleving niet echt met open armen klaar te staan om de (ex-)psychiatrische patiënt in haar midden te ontvangen. In enkele regio's is dit aanleiding om, door gerichte voorlichtingsactiviteiten, te proberen de maatschappelijke opinie ten aanzien van mensen met een afwijking positief te beïnvloeden.

Dezelfde vooroordelen die men vaak bij buurtbewoners aantreft, vindt men op de arbeidsmarkt. In de praktijk blijkt het nauwelijks mogelijk te zijn om passende, betaalde arbeid te vinden. Gerichte activiteiten van bijvoorbeeld de plaatselijke arbeidsvoorziening hebben geen succes.

De mening van de cliëntenvertegenwoordigers over de ontwikkelingen in het zorgaanbod in 'hun' regio staan weergegeven in schema 8.2.

Schema 8.2 Opvattingen van de cliëntenvertegenwoordiger over de ontwikkelingen in het geestelijke gezondheidszorg, naar regio

	fusie geestelijke gezondheids-zorg instellingen	extramuraliseringsbeleid	zorgvernieuwing
Groningen	positief, lijkt continuïteit in zorgverlening ten goede te komen, afstemming kan beter	gemengd: niet ieder bereid of in staat om zich in grotere stad te handhaven, uitwijkplaats naar bos of duinprivacy in instellingen, moet gehandhaafd blijven, risico van sociaal isolement	positief, ontwikkeling psych. thuiszorg, deeltijdbehandelbaar, meer grotere invloed cliënten
Heuvelland en Maasvallei	geen mening gegeven	gemengd, voordeel: hospitalisering en stigmatisering voorkomen, vermoedelijk goedkoper, nadeel: door geldgebrek is deelname aan samenleving niet mogelijk, (ex-) psych. patiënten kunnen geen werk vinden	positief over ontwikkeling psych. thuiszorg en hulpverlening ook 'outreaching'
Stedendriehoek	wordt negatief beoordeeld: leidt tot monopoliepositie en fruikt inspraak cliënten	uitgangspunt kan alleen worden gerealiseerd als eerst in begeleiding wordt geïnvesteerd, nadeel is afnemende tolerantie in samenleving, gebrek aan werk	positief, maar geen mening gegeven
Dordrecht e.o.	positief, voordelen (grotere afstemming, eenvoudiger doorverwijzing) wegen ruim op tegen nadelen (monopoliepositie)	in principe positief, wel bezwaar dat (ex-)psych. patiënten weinig geld hebben en gestigmatiseerd worden	geen mening gegeven
Den Haag	in principe positief, wel angst voor overheersing medisch model, risico van monopoliepositie	in principe positief, maar maatschappelijke acceptatie en die op arbeidsmarkt blijven achter; voor deel cliënten zal asielfunctie nodig blijven	positief over psych. thuiszorg en mogelijk persoonsgebonden budget, mogelijkheden daartoe moeten worden uitgebreid
Zeeland	in principe positief, maar bezwaar tegen monopoliepositie en hoge kosten fusie	zeer positief, maatschappij moet maar leren psych. patiënten te accepteren	integrale intake en indicatiestelling toegejuicht, evenals psych. thuiszorg, laatste zou, net als persoonsgebonden budget, moeten worden uitgebreid

Opvattingen over vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg

Hiervoor is ingegaan op de mening van de cliëntenvertegenwoordiging op een zeer concreet aspect van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg:

het extramuraliseringsbeleid. De opvattingen van de belangenbehartigingsorganisatie over deze verandering is te vergelijken met die van een consumentenorganisatie over een nieuw product. Zij moeten een oordeel geven over de mate waarin dit nieuwe product - een samenhangend aanbod van geestelijke gezondheidszorg dat de gebruiker in staat stelt thuis te blijven wonen - aansluit bij de behoeften van hun achterban.

Bij de overige (voorgenomen) beleidsontwikkelingen, die in dit onderzoek centraal staan, is de rol van de cliëntenorganisaties een andere. Het gaat hierbij immers niet meer om een nieuw product, maar om een andere visie op de sector en zijn taken. In deze veranderende visie past ook een andere rol van de cliëntenorganisaties zelf. Deze worden geacht hun plaats als actor in te nemen binnen een zorgverleningscircuit dat wijder is dan alleen de wereld van de geestelijke gezondheidszorg. In dit circuit moeten zij, idealiter, als derde partij op gelijkwaardig niveau aan de onderhandelingen over het te voeren beleid deelnemen en instemmen met de verschillende verantwoordelijkheden van de andere partijen. Hiervoor is het van belang dat men deze partijen kent, op de hoogte is van hun uitgangspunten en deskundigheid en deze kan beoordelen.

Overdracht van taken aan instellingen buiten de sector van de geestelijke gezondheidszorg

Hiervoor is kort aangestipt dat de cliëntenvertegenwoordiging voor de geestelijke gezondheidszorg nauwelijks relaties onderhoudt met de zusterorganisaties in de sector van de somatische zorg. Men ontmoet elkaar hoogstens in het kader van het formele regionale overleg en de indruk bestaat dat de verhoudingen niet echt hartelijk zijn. Uit de gesprekken met de cliëntenorganisaties in de regio kwam verder naar voren dat ook met andere actoren in het regionale of lokale beleidscircuit nauwelijks contacten worden onderhouden. De organisaties overleggen met de aanbieders van de geestelijke gezondheidszorg, eventueel met de zorgkantoren en daarmee lijkt het op te houden. In een enkele regio komt nog weleens overleg met de lokale overheden voor, maar overleg met bijvoorbeeld de woningcorporaties of de reguliere arbeidsvoorziening wordt slechts door een enkele van de respondenten genoemd.

Deze uitsluitende oriëntatie op de geestelijke gezondheidszorg zelf maakt dat het voor een deel van de cliëntenvertegenwoordigers (nog?) niet mogelijk was om zich een mening te vormen over bijvoorbeeld de mogelijkheid taken van de geestelijke gezondheidszorg over te dragen aan andere, algemene instellingen. Men was geneigd te denken dat dat best zou kunnen en zelfs wenselijk zou zijn; een uitkomst die gezien de kritische houding van de meeste respondenten ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg niet verwonderlijk is. Wie dan de taken het best kon overnemen, was niet duidelijk, want met de mogelijke kandidaten had men nooit kennis gemaakt. Een uitzondering hierop werd gevormd door de huisarts; de meeste cliënten van de geestelijke gezondheidszorg zullen deze kennen. De cliëntenvertegenwoordiging lijkt echter verdeeld over de wenselijkheid om, zoals nu de bedoeling is, de huisarts een belangrijkere rol te geven bij de eerste opvang van psychia-

trische problemen. De een kon volmondig met deze ontwikkeling instemmen: de huisarts als hulpverlener is minder stigmatiserend en bovendien is deze, beter dan wie ook, op de hoogte van de persoonlijke situatie van de hulpvrager. De ander daarentegen verwerpt het idee volledig: een huisarts is nooit deskundig genoeg om de ernst van de problematiek goed in te schatten en deze adequaat te behandelen.

Overname taken door cliëntenorganisaties

Een andere partij, aan wie een deel van de geestelijke gezondheidszorgtaken overgedragen zou kunnen worden, zijn de cliënten zelf. De zogenoemde 'consumer run' activiteiten staan momenteel midden in de belangstelling. Drijvende kracht hierachter lijkt het Landelijk coördinatiepunt cliëntenbeheer en innovatie (LCCI), dat aangehaakt is bij de LPR. Naar Amerikaans voorbeeld probeert het LCCI de rehabilitatie van (ex-)cliënten in de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen door het stimuleren en ondersteunen van projecten die vooral of uitsluitend door deze ex-clieënten worden beheerd. De projecten zelf kunnen diverse vormen aannemen: (commerciële) werkgelegenheidsprojecten, belangenbehartiging of zorgverlening (LPR 1997a). Het belangrijkste gemeenschappelijke kenmerk is dat meer dan de helft van de medewerkers alsmede van het (stichtings- of verenigings)bestuur zelf een verleden in de geestelijke gezondheidszorg heeft. Missie en beleid van het project dienen door de deelnemers zelf en niet door een geestelijke gezondheidszorginstelling bepaald te worden. Het project dient zich verder onder meer te kenmerken door een niet-klinische benadering en moet zich richten op de maatschappelijke integratie van de deelnemers. Door het LCCI wordt een 'consumer run' project veruit verkozen boven een door de geestelijke gezondheidszorg opgezet rehabilitatieproject, omdat bij het laatste sprake blijft van een dominante positie van de professionals, wat kan leiden tot machtsongelijkheid en het inzetten van het project als een behandelmethode of therapeutisch middel. Een 'consumer run' project zou meer tegemoet komen aan de wens van de (ex-)psychiatrische patiënt om, ondanks zijn of haar beperkingen, een zo groot mogelijke zelfbeschikking over het eigen leven te houden (LPR 1997a).

Om deze eigen activiteiten van de cliënten te stimuleren is er in het kader van de zorgvernieuwing de geestelijke gezondheidszorg een 'consumer run' fonds in het leven geroepen. Cliëntenorganisaties kunnen op dit fonds een beroep doen voor een (start)subsidie voor projecten op bijvoorbeeld het terrein van de arbeidsrehabilitatie of begeleid wonen (Bruntink 1997). Op landelijk niveau blijken echter nog niet veel van dergelijke projecten tot ontwikkeling gekomen te zijn. De uitkomsten van de vraagesprekken in de onderzochte regio's bevestigen dit beeld. De activiteiten die door de cliëntenorganisaties zelf zijn opgezet, beperken zich nog tot het geven van voorlichting aan en het organiseren van inloopbijeenkomsten voor de eigen achterban. Wel zijn er in enkele regio's plannen voor het opzetten van voorlichtingscampagnes voor een bredere doelgroep. Opzet van deze campagnes, die diverse vormen aan kunnen nemen, is de samenleving vertrouwd te maken met de begrippen psychiatrische stoornis en psychiatrische patiënt en zo vooroordelen weg te nemen.

Schema 8.3 Mening van de cliëntenvertegenwoordiging over overdracht taken geestelijke gezondheidszorg aan andere actoren, naar regio

	overdracht taken geestelijke gezondheidszorg aan algemene instellingen	overname taken door cliënten zelf (consumer run) activiteiten	regierol lokale overheid	indicatiestelling onderbrengen bij RIO
Groningen	twijfelachtig, onduidelijk of deze over voldoende expertise beschikken, negatief over grotere rol huisarts	thema-avonden eigen doelgroep	geen mening	onduidelijk of dit oplossing zou zijn voor betere vraaggerichtheid zorgverlening
Heuvelland en Maasvallei	niet goed zicht op	niet genoemd	goed, zolang bemoeienis maar niet is ingegeven door medisch-biologische benadering	niet goed zicht op, draagt wellicht bij aan objectievere indicatiestelling, wordt nu te vaak bepaald door geldgebrek instellingen
Stedendriehoek	geen mening gegeven	inloopavond (i.s.m. DAC), ombudsfunctie, plannen voor 'consumer run' activiteit	twijfelachtig, lokale overheid heeft geen belang bij goede zorg, alleen bij overlastbestrijding	positief omdat het onafhankelijkheid garandeert, maar negatief als het onder hoede lokale overheid terechtkomt
Dordrecht e.o.	positief, m.n. op terrein van dagbesteding en arbeidsrehabilitatie goede mogelijkheden en overdracht taken aan huisarts	voorlichtingsactiviteit en voor eigen achterban	geen mening gegeven	geen mening gegeven
Den Haag	is niet echt zicht op, wel negatieve ervaring met inzet arbeidsbemiddelingsorganisaties	plannen voor voorlichtingscampagne, 'consumer run' informatie- en voorlichtingscentrum	twijfelachtig, aan de ene kant lijkt inzet lokale overheid serieus, aan de ander kant erg op overlastbestrijding gericht	geen mening gegeven
Zeeland	er worden pogingen gedaan corporaties en arbeidsvoorziening te interesseren in projecten voor psych. patiënten	plannen voor voorlichtingscampagne	negatief, ervaringen met WVG-beleid positief, lokale overheden te veel gericht op overlastbestrijding	negatief, lokale overheid geen neutrale partner bij toewijzing zorg

Vrijwel geen van de ondervraagde cliëntenvertegenwoordigers bleek regelmatig contact te hebben met de lokale overheden. Een deel van hen had er dan ook geen mening over of deze actor nu wel of niet een regisserende rol in het regionale zorgverleningscircuit zou kunnen of moeten vervullen. Van degenen die hier wel een mening over hadden, was de meerderheid niet positief. De cliëntenvertegenwoordigers waren, uiteraard, alle voor een onafhankelijke geïntegreerde indicatiestelling. Of deze ondergebracht zou kunnen worden bij een RIO kon een deel van hen niet beoordelen; zij hadden onvoldoende zicht op het huidige functioneren van dit orgaan. Anderen twijfelden of zagen alleen voordelen, zolang de lokale overheid met deze indicatiestelling geen bemoeienis zou hebben.

Het oordeel van de cliëntvertegenwoordigers over de (voorgenomen) verdeling taken van de huidige geestelijke gezondheidszorg over de andere actoren in het zorgcircuit, staat weergegeven in schema 8.3.

8.4 Sterkte van draagvlak en draagkracht bij de cliëntenorganisaties

In tegenstelling tot wat misschien verwacht zou worden, lijkt het draagvlak voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg bij de cliëntenorganisaties op zijn best matig te zijn. Zij kunnen wel volop instemmen met de zorgvernieuwing, die mede in het kader van deze vermaatschappelijking is ontwikkeld, maar zijn aanzienlijk terughoudender als het om andere veranderingen in het beleid gaat. Zo is men niet onverdeeld enthousiast over de fusiegolf, die de sector momenteel overspoelt, en heeft men eveneens gemengde gevoelens ten aanzien van de extramuralisering van de zorg. Voor dit laatste punt geldt dat de cliëntenvertegenwoordigers graag zouden zien dat aanvullende maatregelen werden genomen om het risico van sociaal isolement voor de (ex-)psychiatrische patiënt te verminderen. Dit isolement kan op diverse manieren worden veroorzaakt, zoals de uitsluiting van de arbeidsmarkt en, daarmee samenhangend, de financiële situatie van (ex-)cliënten van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook de afwijzing door de samenleving van mensen die afwijkend gedrag vertonen. Het extramuraliseringsbeleid zou dan ook gepaard moeten gaan aan beleid gericht op een grotere acceptatie en meer gelijkwaardige behandeling van de psychiatrische patiënt in alle geledingen van de samenleving.

Het draagvlak voor het andere aspect van de vermaatschappelijking - het overnemen van taken van de geestelijke gezondheidszorg door andere organisaties (incl. de cliëntenvertegenwoordiging) - kon nauwelijks worden vastgesteld. Een groot deel van de respondenten had daar eigenlijk niet zo goed zicht op. Aan de andere kant was men er ook niet echt op tegen, behalve waar het een grotere bemoeienis van de lokale overheid met de indicatiestelling betrof. In hoofdstuk 2 is gekozen voor de meer actieve definitie van draagvlak voor beleid, te weten "instemming met beleid". De houding van de cliëntenvertegenwoordiging lijkt echter beter gekarakteriseerd te kunnen worden als "acceptatie van". In die zin is er dan sprake van een zwak tot matig draagvlak.

Hoe groot de draagkracht van de cliëntenorganisaties voor de hun toegedachte rol

in een vermaatschappelijke geestelijke gezondheidszorg is, is eveneens moeilijk vast te stellen. Uit de gesprekken komt naar voren dat zijzelf heel graag als volwaardige partner deel willen nemen aan overleg over beleid en voorzieningenaanbod in de regio. Zij geven echter ook aan dat zij kampen met een gebrek aan continuïteit in de eigen gelederen. Dit, gevoegd bij hun ervaringen met de bejegening door de andere overlegpartners, zou de cliëntenvertegenwoordiging tot de zwakste partij in het circuit kunnen maken. Daar komt nog bij dat de cliëntenvertegenwoordiging nauwelijks bekend lijkt te zijn bij de andere partijen en ook weinig lijkt te ondernemen om daar verandering in te brengen. Het risico dat de draagkracht (momenteel) te klein is, lijkt reëel.

Iets dergelijks kan opgemerkt worden over de overname van (een deel van de) taken van de geestelijke gezondheidszorg door de cliënten en hun organisaties zelf. Op dit moment lijkt daar maar op heel bescheiden schaal sprake van te zijn en het is onduidelijk of bij de projecten die nu lopen, de benodigde continuïteit gegarandeerd zal zijn.

Noot

- ¹ In deze onderzoeksmodule zijn alleen de vertegenwoordigers van de cliënten voor deelname benaderd. Het draagvlak en de draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg bij de familieleden en andere betrokkenen wordt in een andere module binnen het gehele project onderzocht. Over deze module zal in een later stadium apart worden gepubliceerd.

9.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is per type actor nagegaan wat het draagvlak is voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Ook is, eveneens per type actor, de draagkracht voor de gevolgen van deze veranderingen vastgesteld. Uit de hoofdstukken is naar voren gekomen dat groot deel van de actoren betrokken bij het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg, het draagvlak voor de veranderingen op zijn best als matig kan worden gekwalificeerd. Verder werd geconstateerd dat de draagkracht om daadwerkelijk bij te dragen aan de voorgenomen wijzigingen in beleid en voorzieningenaanbod bij een aantal actoren vermoedelijk ook tekort zal schieten. Uit de beschrijvingen moge echter naar voren gekomen zijn dat binnen ieder type actor draagvlak en draagkracht niet altijd gelijk zijn. In de ene regio bleek bijvoorbeeld het draagvlak bij de representant van de maatschappelijke opvang behoorlijk stevig te zijn, terwijl dat in de andere regio bij de representant van deze voorziening juist vrij zwak was. Iets dergelijks geldt voor de verschillen in draagkracht in de diverse regio's. Omdat in het beleid uitgegaan wordt van regionale samenwerkings- en overlegcircuits, is de sterkte van draagvlak en draagkracht bij alle betrokken instanties in de regio samen minstens even belangrijk als die bij de typen actoren afzonderlijk. Daarom zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op het draagvlak en de draagkracht op het regionale niveau. Hiervoor wordt de belangrijkste informatie uit de voorgaande hoofdstukken nogmaals weergegeven, maar nu per regio gegroepeerd.

In de volgende paragrafen zal per regio kort worden beschreven wat het draagvlak is voor de belangrijkste veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg:

- het extramuraliseringsbeleid;
- de overdracht van taken van de geestelijke gezondheidszorg aan algemene voorzieningen;
- een regisserende dan wel sturende taak in het regionale circuit voor de financiers van de zorg en in het bijzonder voor de lokale overheden;
- het onderbrengen van de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg bij een Regionaal Indicatieorgaan.

Ook zal worden nagegaan óf, en zo ja, in hoeverre de diverse typen actoren actief deelnemen aan lokale of regionale samenwerkingscircuits. Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, wordt onderlinge samenwerking beschouwd als een mogelijkheid om de draagkracht van individuele partijen in een beleidsveld te vergroten. De mate waarin nu al samengewerkt wordt, wordt dan ook beschouwd als een indicatie voor de sterkte van de draagkracht.

Op grond van de bevindingen zal in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden nagegaan of er regionale karakteristieken zijn, die de sterke van draagvlak en draagkracht zouden kunnen verklaren.

9.2 Groningen

In hoofdstuk 4 is beschreven dat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Groningen alle zijn gefuseerd tot één Stichting GGZ-Groningen. Groningen nam ook deel aan de eerste discussieronden over vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg, die bekend staan onder de noemer Corsendonkberaad (Van Veen 1995). De geestelijke gezondheidszorg in deze regio kan daarom worden beschouwd als een van de voorlopers in het proces van verandering.

De regio omvat de gehele provincie en de gefuseerde instelling heeft dus te maken met een groot aantal partijen, die in meer of mindere mate betrokken zouden moeten zijn in het regionale zorgcircuit. De belangrijkste daarvan is, vermoedelijk, het zorgkantoor. De verandering in de uitvoering van de AWBZ, zoals beschreven in hoofdstuk 6, heeft in deze regio geen ingrijpende gevolgen gehad. De regio-indeling is dezelfde gebleven en het zorgkantoor, dat de concessie heeft gekregen, is feitelijk hetzelfde als het voormalige AWBZ-verbindingkantoor voor deze regio. Het zorgkantoor-nieuwe-stijl is dus goed bekend met de sector geestelijke gezondheidszorg en aangenomen mag worden dat de overgang naar zorgkantoor geen breuk in bestaande contacten met zich meegebracht heeft. De verhouding tussen aanbieders en financiers wordt door beide partijen als goed gekarakteriseerd. Ditzelfde geldt ook voor de contacten tussen geestelijke gezondheidszorg en de in dit onderzoek opgenomen lokale overheid, te weten de stad Groningen. Deze overheid is zelf erg actief in het stimuleren en aangaan van diverse samenwerkingsprojecten op met name de terreinen verslavingszorg, maatschappelijke opvang en OGGZ. Aan deze projecten wordt meestal ook deelgenomen door de Stichting GGZ-Groningen, die vaak medeondertekenaar is van de diverse convenants tussen de partijen. Deze convenants lijken overigens vooral van toepassing te zijn op de samenwerking en afstemming van het hulpaanbod in de stad Groningen zelf.

De plannen voor het beleid op korte en middellange termijn in de regio Groningen zijn inmiddels vastgelegd in de *Regiovisie 1999-2002*. Deze regiovisie, die eind 1998 is uitgebracht, is tot stand gekomen onder de regievoering van het Groningse provinciale bestuur. De provincie heeft, begin 1998, ook het initiatief genomen voor de ontwikkeling van de regiovisie en daartoe een stuurgroep en een werkgroep bij elkaar geroepen. In deze groepen, die beide werden voorgezeten door vertegenwoordigers van de provincie Groningen, hadden vertegenwoordigers van zowel de zorgaanbieders als de cliënten als de lokale overheden zitting. Het zorgkantoor was alleen vertegenwoordigd in de stuurgroep (Groningen 1998).

De Regiovisie is, zo blijkt uit de teksten, vooral bedoeld als een startdocument, waarin aangegeven wordt in welke richting de geestelijke gezondheidszorg zich in de komende jaren dient te ontwikkelen. De concretisering van de visie dient haar beslag te krijgen in jaarlijkse uitvoeringsprogramma's. Het uitgangspunt van de Groningse Regiovisie is de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, die hier vertaald wordt als enerzijds het centraal stellen van de zorgvrager en anderzijds het zoeken van afstemming tussen geestelijke gezondheidszorg en andere maatschappelijke sectoren zoals welzijn, huisvesting, arbeid, vervoer en onderwijs. De visie gaat verder in op de huidige vraag naar geestelijke gezond-

heidszorg in de provincie, de ontwikkelingen in het aanbod en de diverse projecten die rond mensen met psychische problematiek van de grond zijn getild. Enkele van deze projecten zijn geheel of gedeeltelijk tot stand gekomen met (financiële) steun van de provinciale overheid (Groningen 1998).

Uit de gesprekken komt naar voren dat in de regio Groningen het draagvlak voor de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg behoorlijk stevig lijkt te zijn. De meeste actoren benadrukken de positieve aspecten ervan, wat niet wegneemt dat vrijwel elke partij wel een bezwaar noemt. Dit zijn dan, niet verwonderlijk, de bezwaren waarvoor zichzelf een oplossing moeten vinden (bv. overlast of grotere druk op eigen aanbod). Een bezwaar dat door vrijwel alle partijen genoemd wordt, is het risico van sociaal isolement van de (ex-)psychiatrische patiënt, die door de samenleving niet wordt geaccepteerd. Dit is ook de reden waarom de cliëntenvertegenwoordiging, als enige, zich nauwelijks positief uitlaat over dit aspect van de vermaatschappelijking.

Het draagvlak voor de overdracht van taken van de geestelijke gezondheidszorg aan de algemene voorzieningen is aanzienlijk zwakker. Vooral de geestelijke gezondheidszorg zelf ziet daar weinig in, evenals de cliëntenvertegenwoordiging. Andere partijen zouden er wel voor zijn, maar alleen als goede onderlinge samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling gewaarborgd zijn.

De mening over de wenselijkheid om met name de lokale overheid een grotere rol in de beleidsontwikkeling te laten spelen, is verdeeld. De geestelijke gezondheidszorg is tegen; de lokale overheid zelf is voor, mits zij zou kunnen beschikken over meer middelen en bevoegdheden. De corporaties menen dat een dergelijke rol alleen goed vervuld kan worden als de interne coördinatie binnen het gemeentelijk apparaat beter is. Overigens heeft bijna de helft van de actoren in de regio hierover geen uitspraken gedaan.

Dit geldt niet voor de mogelijkheid om de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg, net als die voor de andere AWBZ-voorzieningen, onder te brengen bij het RIO. Vrijwel alle partijen laten zich daar negatief over uit.

Hiervoor is al gemeld dat er in de regio, en in het bijzonder in de stad, Groningen behoorlijk wat (structurele) samenwerkingsafspraken zijn gemaakt. Een deel van deze afspraken omvat, behalve coördinatie van de hulpverlening, activiteiten in het kader van het OGGZ-beleid. Deze activiteiten richten zich onder meer op het verminderen dan wel voorkomen van sociaal isolement, bijvoorbeeld door het geven van voorlichting over psychische stoornissen en hun gevolgen voor het dagelijks leven.

Opvallend is dat de belangenbehartigingsorganisaties niet bij deze samenwerkingsafspraken betrokken lijken te zijn. Ook het zorgkantoor en de gespecialiseerde gezinsverzorging maken geen deel uit van de diverse projectgroepen; met de laatste wordt alleen op het niveau van de casus afstemmingsoverleg gevoerd.

Schema 9.1 Opvattingen over enkele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en mate van onderlinge samenwerking in de regio Groningen, naar actor

	extramuralisering	overdracht taken	sturende rol financiers, i.c. lokale overheid	indicatiestelling bij RIO	samenwerking met actoren in zorgcircuit
geestelijke gezondheidszorg	zeer positief, draagt bij aan emancipatie cliënt, onduidelijk is of samenleving psychiatrische patient in midden accepteert	gematigd positief, het is de vraag of andere over voldoende deskundigheid beschikken	negatief, lokale overheden voorziening weinig initiatieven	zeer negatief, angst voor bureaucratie, niet flexibel genoeg	convenants met diverse partijen in stad, nauwelijks in rest regio
zorgkantoor	geen mening gegeven	geen mening	geen mening	negatief, angst voor bureaucratie	nauwelijks, alleen in kader OGGZ
lokale overheid	in principe positief, risico van overlast, sociaal isolement en te grote druk maatsch. opvang	geen mening	goed mogelijk, mits meer bevoegdheden en middelen	geen mening	ja, op terreinen van huisvesting, dubbele diagnose, criminaliteitsbestrijding
gespecialiseerde gezinszorg	positief, beduchtheid voor overbelasting gespecialiseerde gezinsverzorging	positief, gebeurt in feite al, wel grotere druk op capaciteit	geen mening	negatief, onvoldoende deskundigheid en dus overbelasting cliënt	voornamelijk op niveau casus, overbelasting deel aan overlegcircuits
corporaties	positief, niet voor iedereen haalbaar en maatschappelijke acceptatie beperkt	alleen als onderlinge samenwerking goed is, mogelijk verder worden	regierol gemeente alleen mogelijk onder lokale coördinatie beter	vooral nog niet gewenst, RIO nu al overbelast	in kader bredere samenwerkingsprojecten (o.a. OGGZ-beleid), specifieke afspraken met GGZ
GGD	positief, grenzen op werkdomein geestelijke gezondheidszorg daardoor onduidelijk	op zich positief, goede afspraken met andere gezondheidszorg	gezien verantwoordelijkheid lokale overheid logisch	niet opportuun, schaalgrootte geestelijke gezondheidszorg leent zich daar niet voor	ja, vnl. in kader projecten OGGZ-beleid

cliëntenver-tegenwoordiging	geen mening	onduidelijk of dit nauwelijks, vnl.
ieder bereid of	geen mening	oplossing zou gericht op
in staat om zich	geen mening	zijn voor betere geestelijke
in grotere stad	geen mening	vraaggerichtheid gezondheidszorg zelf
te voldoende	geen mening	zorgverlening
handhaven,	geen mening	
expertise beschikken,	geen mening	
uitwijkplaats	geen mening	
na negatief over	geen mening	
bos of duin	geen mening	
grotere rol huisarts	geen mening	
moet gehandhaafd	geen mening	
blijven, risico	geen mening	
van sociaal isolement	geen mening	

De samenwerking is dus enerzijds behoorlijk intensief, maar beperkt zich anderzijds tot slechts een deel van het zorgcircuit. Als indicatie voor de sterkte van de draagkracht van het circuit in deze regio voor de uitvoering van het vermaatschappelijkingsbeleid betekent deze uitkomst dat de draagkracht redelijk groot is. Doordat slechts een deel van het netwerk daadwerkelijk bij de samenwerking betrokken is, blijft de draagkracht kleiner dan mogelijk zou zijn.

De opvattingen en activiteiten van de onderzochte actoren in de regio Groningen zijn weergegeven in schema 9.1.

9.3 Heuvelland en Maasvallei

Deze regio vormt samen met de regio Westelijke Mijnstreek de WZV-regio Zuid-Limburg. Deze regio is indertijd uitgeroepen tot zorgvernieuwingsregio, wat er al op wijst dat hier actief werk is gemaakt van vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg. De regio was ook een van de eerste waar actie werd ondernomen om de diverse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te laten fuseren. Deze fusie is echter om verschillende redenen niet doorgegaan, zodat de ambulante, semi-murale en intramurale geestelijke gezondheidszorg nog altijd los van elkaar bestaan. Er wordt echter wel actief samengewerkt, onder meer aan een gezamenlijke toegangspoort.

De modernisering van de uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg heeft voor deze regio een wijziging van de indeling met zich meegebracht. Het zorgkantoor nieuwe-stijl, dat de concessie heeft gekregen, moet zich daarom nog oriënteren op zijn werkzaamheden ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg. Het kantoor stelt zich, zeker in de ogen van de zorgaanbieders, daarom nogal terughoudend op en heeft tot nog toe weinig gedaan om het zorgaanbod te beïnvloeden. De contacten met de in het onderzoek opgenomen lokale overheid, de gemeente Maastricht, zijn goed, maar niet erg intensief. Men ontmoet elkaar bij samenwerkingsprojecten, men overlegt over afstemming en daar blijft het bij. De gemeente is vrij actief op de terreinen verslavingszorg en maatschappelijke opvang en probeert vanuit die invalshoek bijdragen te leveren aan onder meer de overlastproblematiek. Rond dit probleem is in Maastricht een project opgezet, waaraan naast de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg, een groot aantal algemene voorzieningen deelnemen.

De beleidsvoornemens voor de korte en middellange termijn voor deze regio zijn vastgelegd in de *Regiovisie Zorg Zuid-Limburg 1999-2000*. Deze regiovisie, die in september 1998 is vastgesteld, biedt een overzicht van de beleidsintenties op de

terreinen ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. De visie is voorbereid in het Regionaal zorg overleg (RZO), waaraan de vijf regionale zorgpartijen - de zorgvragers, de zorgaanbieders, het zorgkantoor, de lokale overheden en de provinciale overheid - met behoud van eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden meedoen (Zuid-Limburg 1998).

In de Regiovisie wordt nadrukkelijk aangegeven dat opvang en behandeling door de geestelijke gezondheidszorg gericht moet zijn op de emancipatie, participatie en integratie van mensen met psychische ziekten in de samenleving. De zorg moet vanuit een functiegerichte benadering worden aangeboden, zodat onder meer bereikt kan worden dat 'verblijf' losgekoppeld kan worden van 'behandeling' en er binnen de zorg differentiatie en vernieuwing mogelijk wordt. Bij de ontwikkeling van het toekomstig geestelijke gezondheidszorg aanbod wordt gekozen voor twee speerpunten: vergroting van de samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg enerzijds en vermaatschappelijking van deze zorg anderzijds. Deze vermaatschappelijking zou tot uiting moeten komen in onder meer ambulantisering en extramuralisatie van de zorg en het verder ontwikkelen van nieuwe zorgvormen als psychiatrische thuiszorg, bemoeizorg en ambulante woonbegeleiding. Ook zouden (meer) dagactiviteitencentra opgezet en uitgebouwd moeten worden. In de Regiovisie worden vervolgens enkele knelpunten in het huidige zorgaanbod beschreven en wordt aangegeven hoe en door wie deze knelpunten zouden kunnen worden weggenomen (Zuid-Limburg 1998).

In deze regio is - zo blijkt uit de gesprekken - het draagvlak voor extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg stevig, al worden ook hier weer bezwaren genoemd. De lokale overheid wijst op de grotere kans op overlast en vrijwel alle partijen uit hun twijfels over de bereidheid van de samenleving de (ex-)psychiatrische patiënt in haar midden te accepteren. Opnieuw is het de cliëntenvertegenwoordiging die zich het minst positief over deze verandering uitlaat.

Een draagvlak voor de overdracht van taken van de geestelijke gezondheidszorg aan de algemene voorzieningen lijkt alleen bij deze voorzieningen zelf te bestaan. Zij achten een dergelijke overdracht goed mogelijk. Noch de aanbieders van de geestelijke gezondheidszorg noch de financiers noch de gebruikers hadden hier een duidelijke mening over.

De algemene voorzieningen op hun beurt hadden geen mening over een grotere rol van de lokale overheid in het regionale aanbod van zorg aan mensen met psychische problemen. De geestelijke gezondheidszorg lijkt er in principe geen bezwaar tegen te hebben, de cliëntenvertegenwoordiging ook niet, en de lokale overheid acht het goed mogelijk, mits zij meer bevoegdheden zou krijgen.

In afwijking van wat in de meeste regio's is gevonden, is men in Limburg redelijk positief over het eventueel onderbrengen van de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg bij het RIO. De enige tegenstand komt van de gespecialiseerde gezinsverzorging, de cliënten zien er wel positieve kanten aan, net zoals de geestelijke gezondheidszorg zelf en het zorgkantoor. De lokale overheid had er, net als de maatschappelijke opvang en de corporaties, geen mening over.

Ook in deze regio werden nogal wat samenwerkingsprojecten geteld; ook hier gaat het vaak om breed samengestelde projectgroepen, waaraan naast de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg een groot aantal algemene voorzieningen deelneemt. Van deelname door de cliëntenvertegenwoordiging werd echter geen melding gemaakt. Iets dergelijks geldt voor de betrokkenheid van het zorgkantoor en van de gespecialiseerde gezinsverzorging. Voor de draagkracht voor het vermaatschappelijkingsbeleid in deze regio geldt dan ook hetzelfde als voor de regio Groningen.

Schema 9.2 Opvattingen over enkele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en mate van onderlinge samenwerking in de regio Heuvelland en Maasvallei, naar actor

	extramuralisering	overdracht taken	sturende rol financiers, i.c. lokale overheid	indicatiestelling bij RIO	samenwerking met actoren in zorgcircuit
geestelijke gezondheidszorg	vanuit hulpverlening positief, aandacht nodig voor acceptatie door samenleving	geen mening gegeven	lokale overheid initieert samenwerking en afstemming, e.e.a. leidt wel tot groot aantal overlegcommissies	zou goed kunnen, expertise moet toegehuurd worden bij geestelijke gezondheidszorg zelf	deelname in bredere samenwerkingsprojecten
zorgkantoor	positief, zorgen sociale opvang	geen mening gegeven	geen mening	alleen positief indien op bestuurlijk niveau, inhoudelijke bemoeienis niet gewenst	nauwelijks, mogelijk via OGGZ-platform
lokale overheid	in principe positief, leidt tot extra overlast en druk op voorzieningen maatsch. opvang risico op sociaal isolement	geen mening	goed mogelijk, mits meer bevoegdheden	geen mening	ja, op terrein overlast bestrijding, huisvesting, reïntegratie, dubbele diagnose
maatschappelijke opvang	positief, asielzoekers nodig, begeleiding omgeving gewenst	positief, vindt in praktijk al plaats	geen mening	geen mening	in kader bredere samenwerkingsprojecten
gespecialiseerde gezinszorg	positief, beducht voor overbelasting familieleden en risico van isolement	positief, gebeurt in feite al, wel grotere druk op capaciteit	geen mening	negatief	voornamelijk op niveau casus, neemt geen deel aan overlegcircuits
corporaties	positief, alleen als blijkt dat mensen het inderdaad aankunnen; zou maatschappelijke acceptatie vergroten	goed mogelijk, samenwerking binnen netwerk sterk genoeg	geen mening	geen mening	vnl. beperkt tot projecten rond overlast-bestrijding en moeilijk plaatsbaren

cliëntenvertegenwoordiging	gemengd, voordeel niet goed zicht op hospitalisering en stigmatisering voorkomen, vermoedelijk ook goedkoper, nadeel: door deelname aan samenleving niet mogelijk, (ex-)patiënten kunnen geen werk vinden	goed, zolang bemoeienis niet is ingegeven door medisch-biologische benadering	niet goed zicht op draagt wellicht bij gericht op objectievere indicatiestelling, gezondheidzorg zelf bepaald door geldgebrek instellingen
----------------------------	---	---	--

Binnen een deel van het zorgcircuit lijkt de draagkracht, afgeleid uit de mate van onderlinge samenwerking, redelijk groot. Maar doordat slechts een deel van de actoren aan deze samenwerking deelneemt, is zij kleiner dan zij had kunnen zijn.

De opvattingen en activiteiten van de actoren in de regio Heuvelland en Maasvallei staan weergegeven in schema 9.2.

9.4 Stedendriehoek

De regio Stedendriehoek ligt aan de oostrand van de Veluwe; de drie steden waarnaar de naam van deze regio verwijst, zijn Apeldoorn, Deventer en Zutphen. De instellingen voor ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg in deze regio zijn bezig met het voorbereiden van een fusie, die rond de eeuwwisseling gerealiseerd zou moeten zijn. Op het moment van het vraaggesprek was de instelling voor semi-murale zorg niet van zins zich bij deze fusie aan te sluiten. Vooruitlopend op de fusie zijn tussen ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg diverse samenwerkingsprojecten opgezet, onder meer ten behoeve van een gezamenlijke intake en indicatiestelling. De regio Stedendriehoek is weliswaar geen formele zorgvernieuwingsregio, maar ook hier zijn in het kader van de vernieuwing diverse activiteiten in gang gezet. Voor de toekenning van deze projecten is instemming van het zorgkantoor nodig. Omdat de hoofdvestiging van dit kantoor elders, buiten de regio, gevestigd is, is er echter weinig contact tussen enerzijds de aanbieders en anderzijds de financier. Hierbij speelt vermoedelijk ook mee dat de modernisering van de AWBZ een wijziging van de regio-indeling met zich mee heeft gebracht. 'Men' kent elkaar nog niet goed en de huidige concessiehouder moet zich nog inwerken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Een en ander heeft ertoe bijgedragen dat het zorgkantoor (nog?) niet erg actief is geweest in het meedenken over het te ontwikkelen zorgaanbod in de regio. De contacten met de gemeente Apeldoorn, grootste gemeente en tevens vestigingsplaats van de meeste instellingen, zijn goed. De gemeente toont zich bereid tot samenwerking en afstemming en heeft getoond goed in staat te zijn een samenbindende rol in het lokale of zelfs regionale zorgcircuit te spelen. De gemeente zelf probeert via haar beleid op de terreinen verslavingszorg en maatschappelijke opvang een bijdrage te leveren aan onder meer overlastbestrijding.

Voor het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg in deze regio is (nog?) geen regiovisie opgesteld. Een belemmerende factor voor de meest geëigende stimulator voor het opstellen van een dergelijke visie, de provinciale overheid, is dat de grenzen van de WZV-regio Stedendriehoek niet samenvallen met die van een provincie. Omdat het grootste deel van het werkgebied in de provincie Gelderland ligt, wordt door deze provincie geprobeerd om voor de Stedendriehoek een overleg over een regiovisie van de grond te tillen. Om het ontwerp van regiovisies te faciliteren - en zo tevens enige standaardisering te bevorderen - is door de provincie een 'handreiking' uitgebracht (Gransier en Weijnenburg 1999). In de handreiking wordt ingegaan op doel en inhoud van de regiovisie en op de taken en verantwoordelijkheden van de diverse partijen binnen het zorgcircuit. Ook wordt aangegeven welke onderwerpen in een regiovisie aan bod moeten of kunnen komen en hoe deze kunnen worden uitgewerkt. Tevens wordt advies gegeven over de wijze waarop het opstellen van een regiovisie kan worden gestart en welke partij het beste welke stap kan zetten. Het stuk wordt ingeleid met een kort overzicht van maatschappelijke en economische ontwikkelingen die tezamen de context vormen, waarbinnen het toekomstig geestelijke gezondheidszorgbeleid (zowel landelijk als regionaal) gestalte moet krijgen. Deze handreiking zal in het najaar van 1999 gevolgd worden door een provinciale nota over het te voeren beleid in de geestelijke gezondheidszorg.¹

Uit de gesprekken blijkt dat het draagvlak voor het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg in de regio Stedendriehoek zwak tot matig is. De lokale overheid, de maatschappelijke opvang en de corporatie zijn uitgesproken negatief; zij wijzen op de toenemende overlast en het ontbreken van maatschappelijke acceptatie van afwijkend gedrag. Het zorgkantoor betwijfelt of extramuralisering kostenbesparend zal blijken te zijn en de gespecialiseerde gezinsverzorging alsmede de cliëntenvertegenwoordiging wijzen erop dat het huidige aanbod aan begeleiding en dagbesteding onvoldoende is om een zelfstandige leefwijze mogelijk te maken. De enige voorstander blijkt in deze regio de geestelijke gezondheidszorg zelf te zijn. De meeste actoren hebben geen mening gegeven over een mogelijke overdracht van taken door de geestelijke gezondheidszorg aan de algemene voorzieningen. Alleen deze algemene voorzieningen zelf hadden hier een opvatting over. De maatschappelijke opvang en de gespecialiseerde gezinsverzorging achten een dergelijke overdracht goed te doen, vooral omdat zij in feite al had plaatsgevonden. De corporatie was erop tegen, omdat hiervoor in de regio te weinig wordt samengewerkt.

Het uitgangspunt dat de lokale overheid een grotere rol zou moeten spelen in het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg kan bij deze beide actoren op een stevig draagvlak rekenen. De overige actoren hadden er geen mening over, met uitzondering van de cliëntenvertegenwoordiging. Deze was bang dat de lokale overheid zich alleen zou richten op bestrijding van overlast, niet op het totstandbrengen van een goed zorgaanbod.

Het onderbrengen van de indicatiestelling voor de geestelijke gezondheidszorg bij het RIO werd in de Stedendriehoek alleen gesteund door de geestelijke gezondheidszorg zelf en door de gespecialiseerde gezinsverzorging. Beide verwachten dat hierdoor de onafhankelijkheid in de zorgtoewijzing bevorderd zou kunnen worden.

De andere actoren zien echter bezwaren: bij een RIO is niet voldoende deskundigheid en de procedures zouden te ingewikkeld en bureaucratisch worden.

Zeker vergeleken met de andere regio's kent de Stedendriehoek weinig onderlinge contacten in het regionale circuit. Er lijken wel enkele samenwerkingsprojecten opgestart te zijn, maar de algemene indruk is toch dat de partijen elkaar weinig tegenkomen. De draagkracht voor de diverse aspecten van de vermaatschappelijking in deze regio lijkt, net als het draagvlak, daarom maar matig te zijn.

De opvattingen en activiteiten van de actoren in de regio Stedendriehoek zijn weergegeven in schema 9.3.

Schema 9.3 Opvattingen over enkele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en mate van onderlinge samenwerking in de regio Stedendriehoek, naar actor

	extramuralisering	overdracht taken	sturende rol financiers, i.c. lokale overheid	indicatiestelling bij RIO	samenwerking met actoren in zorgcircuit
geestelijke gezondheidszorg	zeer positief, geen aanwijzingen dat samenleving psych. patiënt afwijst	geen mening gegeven	positief, lokale overheid maakt nu duidelijk samenbindende rol te kunnen spelen	positief, zou onafhankelijkheid bevorderen	nauwelijks, enkele projecten
zorgkantoor	vanuit sociaal opzicht financieële voordelen betwijfeld	geen mening	geen mening	gemengd, angst voor bureaucratie en gebrek aan deskundigheid	voornamelijk
lokale overheid	voornamelijk negatief: grotere druk op maatsch. ontbreken dagbesteding, geestelijke gezondheidszorg staat niet echt open voor samenleving	geen mening opvang,	goed mogelijk, mits meer middelen	vnl. negatief, te ingewikkeld	ja, op terrein overlastbestrijding, preventie
maatschappelijke opvang	negatief, te grote druk op maatschappelijke opvang, sociale acceptatie gering	positief, vindt in praktijk al plaats	geen mening	negatief, angst voor toename bureaucratie	in kader bredere samenwerkings-projecten
gespecialiseerde gezinszorg	positief, aanbod dagbesteding onvoldoende, beducht voor overbelasting familieleden	positief, gebeurt in feite al, wel grotere druk op capaciteit	geen mening	positief, onafhankelijkheid groter	voornamelijk op niveau casus, neemt geen deel aan overlegcircuits
corporaties	negatief, maatschappelijke acceptatie te gering, wellicht ook oorzaak toename overlast	opzichzelf niet mogelijk, corporatie niet deskundig genoeg, geen onderlinge samenwerking betrokkenen	geen mening	geen mening	nauwelijks, alleen ad hoc contacten
cliëntenvertegenwoordiging	wegdrukt positief kan alleen worden gerealiseerd als eerst in begeleiding wordt geïnvesteerd, nadeel is afnemende tolerantie in samenleving, gebrek aan werk	geen mening	twijfelachtig, lokale overheid heeft geen belang bij goede zorg alleen bij overlastbestrijding	positief omdat het onafhankelijkheid groter maakt, maar negatief als het onder hoede lokale overheid terechtkomt	nauwelijks, vnl. gericht op geestelijke gezondheidszorg zelf

9.4 Dordrecht e.o.

Ten tijde van het vraaggesprek waren de instelling voor ambulante en voor semi-murale geestelijke gezondheidszorg al enige tijd met elkaar gefuseerd. De

RIAGG/RIBW werkte intensief samen met het regionale APZ en beide instellingen bezagen serieus de mogelijkheden tot integratie. Inmiddels is, met ingang van 1-1-1999, de fusie van alle instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de regio een feit. Deze gefuseerde instelling werkt in RIGG-verband intensief samen met de (regionale) instellingen voor verslavingszorg en met de PAAZ van het algemene ziekenhuis. Een fusie waaraan ook deze voorzieningen zouden meedoen, is wel overwogen, maar uiteindelijk niet doorgegaan omdat hierdoor net zoveel organisatorische problemen zouden ontstaan als er opgelost zouden worden. De regio Dordrecht e.o. is erkend als zorgvernieuwingsregio en was, net als de regio Groningen, betrokken bij het Corsendonkberaad. De regio is tevens aangewezen als proefregio MO-GGZ, waar met behulp van extra financiële middelen een betere afstemming tussen maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg tot stand gebracht zou moeten worden.

De geestelijke gezondheidszorg kwalificeert haar relaties met de financiers, zorgkantoor en lokale overheid, als goed tot zeer goed. De vernieuwingen in de uitvoering van de AWBZ heeft voor de uitvoeringsorganen een nieuwe regio-indeling met zich meegebracht en de (nieuwe) concessiehouder moest zich ten tijde van het onderzoek nog inwerken. De onbekendheid met het werkterrein heeft met zich meegebracht dat de ideeën voor vernieuwing in het zorgaanbod en de organisatie vooral afkomstig zijn geweest van de zorgaanbieders; de rol van het kantoor beperkte zich tot het beoordelen en vervolgens goedkeuren van de plannen. De lokale overheid wordt door de geestelijke gezondheidszorg geprezen om haar steunende maar vooral niet sturende houding. Het beleid van deze overheid laat zich kenmerken door faciliteren: het terbeschikkingstellen van geld, ambtelijke ondersteuning en desnoods vergaderruimten om samenwerkingsprojecten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid van de grond te tillen. Er zijn in Dordrecht dan ook opvallend veel samenwerkingsprojecten, waarin altijd een groot aantal plaatselijke partijen (waaronder gemeentelijke diensten) vertegenwoordigd is. De respondenten in deze regio geven, gevraagd naar een verklaring hiervoor, aan dat dit vermoedelijk met de schaalgrootte van de regio te maken heeft: groot genoeg om elkaar niet op de lip te zitten en klein genoeg om elkaar goed te kennen. Dit verklaart wellicht ook waarom de samenwerkingprojecten zich beperken tot de gemeente Dordrecht zelf. De bedrijvigheid in de andere gemeenten in de regio is aanzienlijk minder.

De plannen voor het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio zijn vastgelegd in het *Zorgplan 1998-2002*. Het plan is het resultaat van overleg tussen zorgaanbieders op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg in de regio, de zorggebruikers en het zorgkantoor. Een projectgroep waarin elk van deze partijen vertegenwoordigd was, heeft het *Zorgplan* in 1997 opgesteld en uitgewerkt. Inmiddels is op initiatief van de provincie Zuid-Holland het *Zorgberaad Zuid-Holland Zuid* belast met het schrijven van een integrale zorgvisie over alle gezondheidszorgsectoren. Het is de opzet om het gedachtegoed uit het huidige *Zorgplan* te vervlechten met dat in de (bredere) regiovisies, zonder dat daarbij echter een mogelijk specifieke invalshoek van de geestelijke gezondheidszorg verlaten wordt (*RIGG Dordrecht 1998*).

In het huidige *Zorgplan* wordt aangegeven dat in de zorgverlening het respect voor het maatschappelijk milieu van het cliënt het uitgangspunt vormt. Behoud van de zelfstandigheid van deze cliënt wordt gezien als een groot goed; klinische behandeling, verpleging of begeleiding worden pas overwogen, als het echt niet anders kan. Het pleidooi van de rijksoverheid voor meer vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg wordt door de opstellers van het zorgplan, en dan in het bijzonder de zorgaanbieders, van harte onderschreven. In het zorgplan wordt dan ook aangekondigd dat deze zorgaanbieders zullen overleggen met lokale overheden en vertegenwoordigers van andere maatschappelijke sectoren over de toekomst van de activiteiten die nu nog exclusief door de geestelijke gezondheidszorg zelf worden aangeboden. In het *Zorgplan* wordt verder aangekondigd dat de vermaatschappelijking van de zorg ook zal worden gestimuleerd door het (financieel) ondersteunen van consumer-run projecten en de verdere ontwikkeling van rehabilitatieprogramma's (RIGG Dordrecht 1998).

Uit de interviews komt naar voren dat het draagvlak voor het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg in deze regio stevig tot zeer stevig is. Men heeft vooral aandacht voor de voordelen en is ervan overtuigd dat de nadelen, zoals weerstand in de samenleving, eenvoudig weg te nemen zijn. Het enige echte bezwaar komt van de cliëntenvertegenwoordiging, die erop wijst dat de financiële situatie van de cliënten een zelfstandige leefwijze eigenlijk onmogelijk maakt. Ook het draagvlak voor de overname van taken van de geestelijke gezondheidszorg door de algemene voorzieningen is sterk, ten minste bij deze voorzieningen zelf. De geestelijke gezondheidszorg zelf noch de financiers hebben hierover een mening gegeven.

De instemming met een grotere rol van de lokale overheid is minder eenduidig. De lokale overheid is heel tevreden met hoe het nu gaat en heeft het ontbreken van bevoegdheden nooit als hinderlijk ervaren. Dit geldt ook voor de GGD. De geestelijke gezondheidszorg is, zoals gezegd, zeer tevreden met de rol die de lokale overheid nu speelt, maar heeft geen behoefte aan inhoudelijke bemoeienis. Deze mening wordt gedeeld door de corporaties; de overige actoren hebben er geen uitspraak over gedaan.

Ook het draagvlak voor een indicatiestelling onder de verantwoordelijkheid van het RIO is op zijn best matig. Geestelijke gezondheidszorg, zorgkantoor, GGD en maatschappelijke opvang zijn negatief. De gespecialiseerde gezinsverzorging en corporaties daarentegen verwachten dat zo'n constructie zal bijdragen aan meer eenheid en continuïteit in de toewijzing van hulp.

Hiervoor is melding gemaakt van het grote aantal breed samengestelde samenwerkingsprojecten die rond diverse groepen en voorzieningen zijn opgericht. De meeste actoren komen elkaar daarin regelmatig tegen.

Schema 9.4 Opvattingen over enkele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en mate van onderlinge samenwerking in de regio Dordrecht e.o., naar actor

	extramuralisering	overdracht taken	sturende rol financiers, i.c. lokale overheid	indicatiestelling bij RZA	samenwerking met actoren in zorgcircuit
geestelijke gezondheidszorg	zeer positief, ervaring dat weerstand samenleving eenvoudig weggenomen kan worden	geen mening	positief, zolang beperkt tot voorwaarden scherp beleid	negatief, angst voor bureaucratie, niet flexibel genoeg	geestelijke gezondheidszorg in veel bredere samenwerkingsprojecten vertegenwoordigd
zorgkantoor	positief, vermoedelijk goedkoper dan intramuraal	geen mening	geen mening	negatief, angst voor bureaucr. en gebrek aan deskundigheid	via OGGZ-platform
lokale overheid	geen mening	geen mening	zeer goed mogelijk, ontbreken bevoegdheden nooit probleem geweest	geen mening	ja, op terrein huisvesting, preventie, OGGZ-beleid
maatschappelijke opvang	positief	positief, vindt in praktijk al plaats	geen mening	negatief, meer-waarde boven huidige gang van zaken twijfelachtig	de kader diverse bredere samenwerkingsprojecten
gespecialiseerde gezinszorg	positief, past in uitgangspunten gezinszorg	positief, gebeurt in feite al, wel grotere druk op capaciteit	geen mening	positief, meer eenheid in indicatiestelling grotere betrokkenheid gespecialiseerde gezinszorg bij hulpverlening verwacht	voornamelijk op niveau casus, neemt geen deel aan overlegcircuits
corporaties	positief, risico op uitsluiting en isolement weg te nemen door voorlichting en begeleiding	heel goed mogelijk, samenwerking in Netwerk bewijst dat het kan	coördinerende rol lokale overheid niet nodig, zonder dat het ook goed	positief, zou continuïteit kunnen aanvorderen	corporaties vertegenwoordigd in meerdere brede samenwerkings-projecten
GGD	positief, voordelen voor psych. patiënt groter dan nadelen	geen mening	positief, goede ervaringen met lokale overheid tot toe	niet nodig, nu gaat het onder bemoeienis RZA ook goed	binnen Netwerk contacten met corporaties, geestelijke gezondheidszorg, welzijnswerk, politie, verslavingszorg
cliëntenvertegenwoordiging	voordringend, bezwaar dat (ex-) psych. patiënten weinig geld hebben en gestigmatiseerd worden	positief, m.n. op terrein van dagbesteding en arbeidsrehabilitatie en overdracht taken aan huisarts	geen mening	geen mening	er nauwelijks, vnl. gericht op geestelijke gezondheidszorg zelf

Uitzonderingen vormen ook hier de gespecialiseerde gezinsverzorging en de cliëntenvertegenwoordiging. De intensieve en brede samenwerking van een groot deel van de actoren binnen het zorgnetwerk wijst erop dat de draagkracht voor de

vermaatschappelijking in deze regio, net als het draagvlak, behoorlijk stevig is. Toch blijkt ook hier dat een deel van de actoren niet volop in het samenwerkingscircuit participeert, waardoor de kracht minder groot is dan zij had kunnen zijn.

De opvattingen en activiteiten van de actoren in de regio Dordrecht staan weergegeven in schema 9.4.

9.6 Den Haag

Ook in deze regio werden ten tijde van het interview volop gesprekken gevoerd over een fusie tussen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In dit geval was ook de verslavingszorg bij de fusiegesprekken betrokken. Inmiddels is per 1 november 1999 de fusie tussen de twee plaatselijke APZ's, de drie RIAGG's en de instellingen voor verslavingszorg een feit; de RIBW is vooralsnog zelfstandig gebleven.²

De regio Den Haag is een zorgvernieuwingsregio en in dit onderzoek de enige waar de plannen voor vernieuwingen in het zorgaanbod eerst door een commissie moeten worden beoordeeld voordat zij door het zorgkantoor ter acceptatie kunnen worden doorgestuurd. Deze commissie was een initiatief van het zorgkantoor, dat op deze manier geprobeerd heeft om de diverse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg tot meer onderlinge samenwerking en afstemming te stimuleren. Omdat de modernisering van de AWBZ voor deze regio geen nieuwe indeling betekende en omdat het huidige zorgkantoor een rechtstreekse opvolger van het AWBZ-verbindingkantoor is, kan het kantoor voortbouwen op bestaande contacten met de geestelijke gezondheidszorginstellingen. Van de kennis van het terrein en van de bestuurlijke vertegenwoordiging ervan is door het kantoor gebruik gemaakt om invloed uit te oefenen op vernieuwingen in het zorgaanbod. Daarnaast probeert het, in overleg met de lokale overheid, bij te dragen aan de ontwikkeling van een goed OGGZ-beleid in de regio.

De lokale overheid is in deze regio, zeker in vergelijking met de andere regio's in het onderzoek, nadrukkelijk aanwezig. Door haar omvang en daaraan gepaard de omvang van de budgetten kan zij meer invloed uitoefenen op het regionale beleid en voorzieningenaanbod dan elders het geval is. Van belang is natuurlijk ook dat zij de enige lokale overheid in de regio en daarmee binnen het regionale zorgcircuit is; de overige actoren hebben met maar een representant van het lokale openbare bestuur rekening te houden. De gemeente is vrij actief op het terrein van de psychische en psycho-sociale hulpverlening en heeft, naar eigen zeggen, ook tijdenlang voorzieningen gefinancierd, die eigenlijk op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zelf zouden behoren te liggen. Den Haag was een van de gemeenten die tot 1982 verantwoordelijk was voor het beleid en de financiering van de plaatselijke Sociaal-psychiatrische dienst (SPD).

Deze omstandigheden verklaren dat de contacten tussen lokale overheid, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en zorgkantoor intensiever zijn en verder teruggaan in het verleden dan in de overige regio's het geval is. Een en ander wordt nog versterkt door het gegeven dat zich in het laatste decennium vrijwel geen

personele wijzigingen in de directies van deze actoren hebben voltrokken. Men kent elkaar dus ook als persoon al lange tijd en men weet wat men aan elkaar heeft. De drie partijen (geestelijke gezondheidszorg, zorgkantoor en lokale overheid) dragen ook gezamenlijk bij aan de oprichting en ondersteuning van een gezamenlijk platform voor de belangenbehartiging.

Ten tijde van de interviews was voor deze regio nog geen beleidsvisie voor de korte en middellange termijn vastgesteld. Wel werd door de provinciale overheid geprobeerd om ook hier, zoals in de andere WZV-regio's in de provincie, de ontwikkeling van een dergelijke regiovisie te stimuleren.³

In de regio Den Haag blijkt een matig tot stevig draagvlak te bestaan voor de tendens tot extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn wat kanttekeningen; men is bang dat de maatschappij (incl. de arbeidsmarkt) de (ex-)psychiatrische patiënt niet volledig zal accepteren en men vreest ook voor een grotere vraag naar andere voorzieningen. In deze regio liet alleen de maatschappelijke opvang een negatief geluid horen. Door de extramuralisering wordt het beroep op deze voorziening groter en men vreesde vooral met de moeilijkste gevallen 'opgescheept' te worden.

Ook de overdracht van taken van geestelijke gezondheidszorg aan algemene voorzieningen kan bij de betrokken partijen op een stevig draagvlak rekenen. De algemene voorzieningen stellen wel enige voorwaarden, onder meer dat dan ook de financiële middelen worden overgedragen. De overige actoren in het circuit hebben over dit aspect van de vermaatschappelijking geen uitspraken gedaan. Het draagvlak voor een grotere rol van met name de lokale overheid is matig. De lokale overheid zelf en de maatschappelijke opvang zouden een dergelijke ontwikkeling zeker toejuichen. De overige partijen hebben zo hun voorbehoud, onder meer omdat de lokale overheid niet meebetaalt aan de geestelijke gezondheidszorg. Er wordt daarom wel een dubbele regisseursrol voorgesteld: een voor de lokale overheid ten aanzien van de 'eigen' voorzieningen en een voor de geestelijke gezondheidszorg dan wel het zorgkantoor voor het AWBZ-gefinancierde zorgaanbod. De steun voor het onderbrengen van de indicatiestelling bij het Stedelijk Indicatieorgaan is ronduit zwak. Alleen de maatschappelijke opvang is ervan overtuigd dat hierdoor kwaliteit en snelheid van de procedures zullen verbeteren. De overige partijen zien vooral de nadelen: ontoereikende deskundigheid en vergroting van de bureaucratie.

De in het onderzoek opgenomen actoren zijn veelal betrokken bij onderlinge samenwerkingsrelaties en -projecten. Een groot deel van deze projecten zijn opgezet op wijk- of buurtniveau, slechts een enkele had een stedelijke reikwijdte. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg waren het vooral de instellingen voor ambulante zorg die aan de projecten deelnamen.

Schema 9.5 Opvattingen over enkele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en mate van onderlinge samenwerking in de regio Den Haag, naar actor

	extramuralisering	overdracht taken	sturende rol financiers, i.c. lokale overheid	indicatiestelling bij RIO	samenwerking met actoren in zorgcircuit
geestelijke gezondheidszorg	in het algemeen positief, niet voor alle patiënten mogelijk, integratie in samenleving moeizaam	positief, in principe beschikken algemene voorzieningen over voldoende deskundigheid, kunnen deze ook makkelijk verwerven	positief, zolang deze zich beperkt tot regie over 'eigen' voorzieningen	gemengd, voordeel is objectiviteit, had deel zou te grote bureaucratie kunnen zijn	voornamelijk op ad hoc basis, enige bredere samenwerkingsprojecten
zorgkantoor	positief, zorgen over sociaal draagvlak	geen mening gegeven	tot op zekere hoogte positief, maar e.e. hangt af van opstelling en bereidheid tot medefinanciering	negatief, angst voor bureaucratie	nauwelijks
lokale overheid	positief, maar momenteel worden veel projecten voor opvang door gemeente gefinancierd	geen mening	zeer goed mogelijk, lokale overheid neutrale partij	vnl. negatief, gemeente mist deskundigheid	ja, op terrein preventie, signalering, huisvesting, noodopvang
maatschappelijke opvang	negatief, beroep op maatschappelijke opvang (van m.n. 'moeilijke' cliënten) daardoor toe	positief, met name indien aangestuurd door lokale overheid	meer positief	positief, zal snelheid en goede komen	ja, in zowel bredere samenwerkingsprojecten als specifiek overleg
gespecialiseerde gezinszorg	positief, belasting voor gespecialiseerde gezinszorg, risico van sociaal isolement	positief, mits gepaard aan overdracht -middelen	beter bij Zorgkantoor dan bij lokale overheid; eerste heeft bevoegdheden t.a.v. besteding AWBZ-gelden	negatief, alleen nadelen (o.a. vertraging), geen voordelen	zowel op niveau casus, als in (bredere) overleg- en samenwerkingsprojecten
cliëntenvertegenwoordiging	in principe positief, maatschappelijke acceptatie en op arbeidsmarkt blijft achter; voor deel cliënten zal asiel functie nodig blijven	is niet echt zicht op wel negatieve ervaring met inzet arbeidsbemiddeling	opwijfelachtig, aan ene kant lijkt inzet lokale overheid voor organisatie ander kant wel erg op overlastbestrijding gericht	geen mening gegeven	nauwelijks, vnl. gericht op geestelijke gezondheidszorg zelf

De intramurale voorzieningen liggen immers aan de stadsgrenzen. Of en zo ja, hoe de deelname van de geestelijke gezondheidszorg aan dergelijke samenwerkingsprojecten ten gevolge van de fusie gaat veranderen, was op het moment van onderzoek niet duidelijk. Een en ander wijst erop dat de draagkracht voor het

vermaatschappelijkingsproces momenteel niet erg groot is. Weliswaar neemt een groot deel van de actoren deel aan de diverse vormen van samenwerking en onderlinge uitwisseling, maar het geheel is versnipperd. De samenhang binnen het zorgcircuit lijkt daarom uiterst kwetsbaar, zeker nu door de fusieoperatie binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf de onderlinge verhoudingen in de regio zullen gaan veranderen.

De opvattingen en activiteiten van de actoren in de regio Den Haag staan weergegeven in schema 9.5.

9.7 Zeeland

Deze regio omvat, zoals de naam al aangeeft, de gehele provincie en daarmee een uitgebreid en relatief dunbevolkt werkgebied. De instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio zijn al in 1996 alle opgegaan in één groot Centrum voor geestelijke volksgezondheid, Emergis. De regio is daarmee een voorloper op de fusiehype die de sector inmiddels in haar greep lijkt te hebben. Ook de intramurale verslavingszorg is in dit Centrum opgenomen, alsmede enkele voorzieningen voor maatschappelijke opvang, zoals dak- en thuislozenzorg en sociale pensions. Emergis overweegt om ook de ambulante verslavingszorg onder zijn vleugels te nemen. Het Centrum heeft zijn hoofdvestiging op het terrein van het voormalig APZ, waar de klinische voorzieningen zijn ondergebracht. Daarnaast heeft het op diverse locaties in de provincie - meestal de vestigingsplaatsen van de voormalige RIAGG's - zogenoemde basisvoorzieningen. In deze basisvoorzieningen worden de ambulante en deeltijdbehandelingen geboden; tevens wordt daar de intake en indicatiestelling voor het gehele aanbod van Emergis verzorgd.

Door de grootte van het werkgebied én door de breedte van zijn aanbod heeft Emergis in principe te maken met een groot aantal verschillende partijen. De belangrijkste daarvan lijkt het zorgkantoor te zijn. Ook dit kantoor heeft, na de veranderingen in de uitvoering van de AWBZ, de zorg voor de geestelijke gezondheidszorg als nieuwe taak gekregen. Zijn rol in de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg is daardoor vooralsnog volgend geweest.

Doordat het zorgkantoor in dezelfde gemeente is gevestigd als de directieburelen van Emergis is het contact tussen financier en aanbieder vrij eenvoudig te onderhouden en vermoedelijk daardoor ook erg intensief. Gevolg daarvan is dat de partijen die elders hun kantoor hebben, enigszins buiten het overleg gehouden lijken te worden. De geografische afstand, in combinatie met het relatief grote aantal, is er dan ook vermoedelijk debet aan dat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg op overlegniveau weinig contacten lijken te onderhouden met de andere actoren in de regio. Ook deze actoren zelf lijken elkaar weinig op te zoeken. Het overleg en zeker de samenwerking lijken zich vooral af te spelen binnen de grenzen van de (voormalige) eilanden; van een regiobreed krachtenveld is in Zeeland zeker geen sprake. Misschien verklaart dit waarom Emergis van alle onderzochte instellingen het meest actief is in het zelf ontwikkelen en bieden van voorzieningen die niet tot de kern van de geestelijke gezondheidszorg worden gerekend. Het kan natuurlijk ook zijn dat de overige actoren afzien van

samenwerking en overleg omdat Emergis toch alles al zelf doet en zij min of meer van het veld geblazen worden.

Ten tijde van de interviews was er nog geen regiovisie voor het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg vastgesteld. Door de provincie Zeeland is inmiddels wel een (concept) kadernota over de te ontwikkelen regiovisies op het terrein van de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) uitgebracht (Zeeland 1997). In deze kadernota wordt uiteengezet dat ook in Zeeland de vermaatschappelijking van de zorg het centrale uitgangspunt is voor te ontwikkelen beleid op alle zorgterreinen. Deze vermaatschappelijking dient er aan bij te dragen dat de langdurig zorgbehoevende niet langer geïsoleerd wordt van de rest van de samenleving én dat instellingen buiten de zorgsector zich verantwoordelijk gaan voelen voor medeburgers die langdurig op zorgverlening zijn aangewezen. De nota gaat verder in op doel en opzet van de Regiovisie, waarin de lijnen voor het ontwikkelen beleid en de daarbij behorende verantwoordelijkheden zullen worden uitgezet. Het ligt in de bedoeling dat per sector binnen de zorg (algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg en verzorging en verpleging) een deelnota wordt ontwikkeld. Deze deelnota dient te passen binnen de opzet van de kadernota, iets wat door Provinciale Staten zal worden getoetst. In de kadernota wordt verder verwezen naar de twee jaar eerder verschenen Regioverkenning geestelijke gezondheidszorg waarin aanbod en gebruik van geestelijke gezondheidszorg voorzieningen in Zeeland in kaart worden gebracht (VMC 1995). Deze verkenning zou kunnen dienen als basis voor de verder te ontwikkelen deelnota. De provincie streeft er naar om de betrokken partijen (zorgaanbieders, zorgkantoor, zorgvragers alsmede in ieder geval de lokale overheden) tot het opstellen van een regiovisie te bewegen. Inmiddels is daartoe ook al een projectgroep ingesteld; zowel het voorzitterschap als het secretariaat van deze projectgroep zijn in handen van de provincie.⁴

Uit de interviews komt naar voren dat het draagvlak voor het extramuraliseringsbeleid in deze regio redelijk tot stevig lijkt te zijn. Het enige negatieve geluid kwam van de corporaties. Door het ontbreken van voldoende zorg buiten de muren leidt de extramuralisering in hun ogen tot een toename van de overlast in de woonomgeving.

De corporaties waren ook negatief over een mogelijke overdracht van taken vanuit de geestelijke gezondheidszorg aan de algemene voorzieningen; zij zien de zorg voor psychiatrische patiënten niet als hun taak. De geestelijke gezondheidszorg zelf is eigenlijk ook geen voorstander van overdracht; zij acht de algemene voorzieningen niet deskundig genoeg daarvoor. In plaats van taken over te dragen lijkt zij liever zelf voorzieningen over te nemen om de samenhang in de zorg te bevorderen. De financiers hadden over een overdracht geen mening, de gespecialiseerde gezinszorg was positief en de cliëntenvertegenwoordiging zag er wel mogelijkheden toe. Al met al lijkt het draagvlak voor dit aspect van de vermaatschappelijking in de regio Zeeland op zijn best matig te zijn.

Ook het draagvlak voor een grotere rol van met name de lokale overheden in het beleid voor de regionale geestelijk volksgezondheid is matig. De geestelijke

gezondheidszorg is er sterk op tegen. Door het grote aantal lokale overheden in de regio zou een te grote bemoeienis van deze actoren alleen maar tot versnippering en onduidelijkheid leiden. Ook de cliëntenvertegenwoordiging wil er niet van weten. Zij wijst als motivatie hiervoor op de negatieve ervaringen met het lokale overheidsbeleid in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten. De lokale overheid heeft alleen maar belang bij overlastbestrijding en zou daarom geen neutrale partij zijn. De neutraliteit is voor de corporaties nu juist de reden om wel voor een grotere rol van de lokale overheden te pleiten. Voorwaarde is dat er op regionaal niveau beter wordt samengewerkt. De in het onderzoek betrokken lokale overheid baseert zich juist op de positieve ervaringen met deze regionale samenwerking om zich uit te spreken vóór meer invloed van de lokale overheden. Er is nauwelijks tot geen draagvlak voor het voornemen om de indicatiestelling voor geestelijke gezondheidszorg onder te brengen bij de RIO's.⁵ De enige voorstander is de lokale overheid, de overige actoren zijn pertinent tegen of hebben er geen mening over.

Hiervoor is gemeld dat de samenwerkings- en overlegrelaties meestal beperkt blijven tot enkele instellingen en organisaties die geografisch gezien op korte afstand van elkaar liggen. De uitgebreidheid van de regio en de van oudsher bestaande eilandenstructuur verhinderen dat er een regiobreed circuit voor zorg aan mensen met psychische problemen is ontstaan. Een en ander draagt er vermoedelijk eveneens toe bij dat de geestelijke gezondheidszorginstelling zelf hoogstens op ad hoc basis aan enkele subregionale projecten deelneemt. Zij doet dit dan op uitnodiging; in de vraaggesprekken is geen melding gemaakt van initiatieven van de kant van de geestelijke gezondheidszorg. Het lijkt erop dat Emergis eerder zelf een nieuwe voorziening in het leven zal roepen dan aan andere organisatie vragen om een taak over te nemen. Een en ander wijst erop dat de draagkracht voor het vermaatschappelijkingsproces in de regio Zeeland op zijn best matig is. Voorzover er wordt samengewerkt, is het door een beperkt aantal actoren binnen het zorgcircuit; de instelling voor geestelijke gezondheidszorg zelf is bovendien regelmatig niet actief bij de samenwerkingsprojecten betrokken. De kwetsbaarheid van het regionale netwerk wordt vergroot door de relatief grote geografische afstanden en de ongelijke verhouding tussen enerzijds de instelling voor geestelijke gezondheidszorg en anderzijds de andere voorzieningen.

De opvattingen en activiteiten van de actoren in de regio Zeeland staan weergegeven in schema 9.6.

Schema 9.6 Opvattingen over enkele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en mate van onderlinge samenwerking in de regio Zeeland, naar actor

	extramuralisering	overdracht taken	sturende rol financiers, i.c. lokale overheid	indicatiestelling bij RIO	samenwerking met actoren in zorgcircuit
geestelijke gezondheidszorg	zeer positief van oogpunt nadeel is dat integratie moeizaam verloopt	negatief, deskundigheid en voorzieningen aan voldoende	negatief, te veel overheden in regio	negatief, lokale overheid mist deskundigheid, angst voor bureaucratie	alleen op ad hoc basis
zorgkantoor	positief, vermoedelijk goedkoper dan intramuraal	geen mening	geen mening	negatief, angst voor gebrek aan deskundigheid	geen
lokale overheid	positief, risico op overlast, sociaal isolement en druk op maatsch. opvang	geen mening	zeer goed mogelijk positieve ervaringen in RIGG	zeer goed mogelijk, op terrein zeer goede ervaringen met RIO	ja, op terrein overlastbestrijding, dagbesteding/arbeidsrehab
gespecialiseerde gezinszorg	positief, past bij uitgangspunt gezinszorg	positief, gebeurt feite al, wel grotere druk op capaciteit	geen mening	negatief, zou verbetering brengen t.o.v. huidige van zaken	voornamelijk op niveau casus, neemt geen deel aan overlegcircuits
corporaties	negatief, ontbreken nazorg/begeleiding van-uit geestelijke gezondheidszorg leidt tot toename overlast	negatief, hulpverlening taak corporatie	regierol lokale overheden is neutrale partij, moeten dan wel op regionaal niveau samenwerken	geen mening	corporaties nemen deel in enkele (bredere) samenwerkings-projecten
cliëntenvertegenwoordiging	neutraal, maatschappij moet maar leren psych. patiënten te accepteren	zou in principe mogelijk moeten zijn, gebeurt nog niet	negatief, ervaring met WVG-beleid positief, lokale overheden te veel gericht op overlastbestrijding	negatief, lokale overheid geen neutrale partner bij toewijzing zorg	er worden pogingen gedaan corporaties bij arbeidsvoorziening te interesseren in projecten voor psych. patiënten

9.8 Regionale invloeden op de sterkte van draagvlak en draagkracht

Uit de voorgaande beschrijvingen van de sterkte van het draagvlak en van de draagkracht voor de beleidsvoornemens voor de geestelijke gezondheidszorg in de zes onderzochte regio's is duidelijk naar voren gekomen dat deze per regio sterk verschillen. Een verklaring voor deze verschillen kan echter niet zo snel worden gevonden.

Zo blijkt in vijf van de zes regio's het draagvlak voor het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg redelijk stevig te zijn, in een enkele regio zelfs zeer stevig. De enige regio waar nogal wat bezwaren tegen deze extramuralisatie werden geuit, was geen formele zorgvernieuwingsregio. De instellingen waren daar ook (nog) niet gefuseerd. In de andere niet-zorgvernieuwingsregio echter is het draagvlak voor een beleid gericht op een zelfstandig leven van psychiatrische patiënten juist wel stevig. Dit geldt tevens voor die regio's waar een fusie tussen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ook (nog) niet tot stand gekomen was. Het draagvlak voor extramuralisatie is bovendien niet per se steviger in de regio's die al lang met vernieuwing in de zorg bezig waren, zoals Zeeland of Heuvelland en Maasvallei. Een relatie tussen de opvattingen van de actoren en de vernieuwingsdrang in de sector geestelijke gezondheidszorg is dus niet eenduidig vast te stellen.

Iets dergelijks geldt voor bijvoorbeeld de rol van het zorgkantoor. Of dit nu wel of niet sturend heeft opgetreden en of dit nu wel of niet goede contacten onderhoudt met de aanbieders van de zorg, lijkt voor de sterkte van het draagvlak niet veel uit te maken.

Ook de sterkte van het draagvlak voor de andere veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg lijkt geen verband te houden met de organisatie van deze sector in de betrokken regio. Daarnaast lijken de opvattingen over deze veranderingen niet direct samen te hangen met de mening over het extramuraliseringsbeleid. Men kan het in een regio volmondig met elkaar eens zijn dat psychiatrische patiënten zo weinig en zo kort mogelijk moeten worden opgenomen. Dat hoeft dan niet te betekenen dat alle betrokkenen even volmondig overeenstemmen in hun mening over de overdracht van taken van de geestelijke gezondheidszorg en/of een grotere rol van de lokale overheden.

De sterkte van het draagvlak voor met name de extramuralisering lijkt vooral samen te hangen met de mate waarin de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf deelnemen aan de diverse samenwerkings- en overlegcircuits. Wellicht draagt de bekendheid binnen het circuit eraan bij dat de andere actoren zich minder 'opgescheept' voelen met de verantwoordelijkheid voor de psychiatrische patiënt en kan men daarom gemakkelijker instemmen met diens verblijf buiten de inrichting. Deze uitkomst zou erop wijzen dat een opener geestelijke gezondheidszorg eraan zou kunnen bijdragen dat het draagvlak voor haar beleid steviger wordt. In dat opzicht is het overigens opvallend dat juist in die regio's waar de geestelijke gezondheidszorg het intensiefst met elkaar samenwerkt, deze sector het minst geneigd is om taken aan andere voorzieningen over te dragen. Ook hebben zij de meeste bezwaren tegen een grotere rol van de lokale overheden. Intensieve samenwerking binnen de sector mag dan tot een betere samenhang in het eigen aanbod leiden, zij lijkt niet bij te dragen aan een vermaatschappelijking van de sector zelf.

Het aantal en de breedte van de samenwerkingsrelaties lijken eveneens van invloed te zijn op de sterkte van het draagvlak. In die regio's waar een groot aantal partijen elkaar in meerdere projecten tegenkomen is de instemming met vooral het extramuraliseringsbeleid het grootst. Hetzelfde geldt ook, maar in mindere mate,

voor het draagvlak voor de overname van taken van de geestelijke gezondheidszorg. De behoefte aan een grotere sturende rol van de lokale overheid lijkt er echter eerder door af te nemen dan door te groeien.

Gezien de veelvuldig gemelde samenwerking in bijna alle regio's is het opvallend dat (ook in bijna alle regio's) slechts een deel van de betrokken actoren een uitgesproken mening had over de wenselijkheid van andere veranderingen in het beleid. Niet alleen de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg maar ook de financiers, de algemene voorzieningen en de lokale overheden leken de beleidsontwikkelingen nauwelijks in al hun consequenties te hebben doordacht.

De mate van onderlinge samenwerking tussen de diverse actoren binnen de regio's is hier opgevat als indicatie voor de regionale draagkracht voor het vermaatschappelijkingsproces. Op basis hiervan moet worden geconstateerd dat in de helft van de onderzochte regio's deze draagkracht behoorlijk groot is. De samenwerking in deze regio's is intensief en veelzijdig. Wel is zij kwetsbaar omdat slechts een deel van de actoren uit het zorgcircuit eraan deelneemt. In twee van deze regio's zijn de geestelijke gezondheidszorginstellingen wel zijn gefuseerd, in de derde niet. Deze derde heeft, net als een van de andere twee, indertijd wel het predikaat zorgvernieuwingsregio gekregen. In alle drie de regio's is het draagvlak voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg stevig als het gaat om het extramuraliseringsbeleid. Waar het de overdracht van taken van de geestelijke gezondheidszorg aan de algemene voorzieningen betreft, is, opvallend genoeg, het draagvlak zwak tot matig.

In de overige drie regio's lijkt de draagkracht een stuk achter te blijven: of er wordt vrijwel niet met elkaar samengewerkt of de samenwerking is versnipperd en beperkt tot slechts een deel van de actoren. Ook hier gaat het om twee regio's die het predikaat zorgvernieuwingsregio hebben gekregen; in deze regio's zijn de instellingen met elkaar gefuseerd of was, ten tijde van het interview, de fusie bijna gerealiseerd. In een van deze regio's bleek het draagvlak voor de vermaatschappelijking, zowel voor extramuraliseringsbeleid als voor de overdracht van taken aan de algemene voorzieningen, stevig te zijn. In de andere zorgvernieuwings- en fusieregio was het draagvlak voor beide aspecten minder sterk. In de derde van de regio's weerspiegelt de constatering over de sterkte van de draagkracht de uitkomsten over de sterkte van het draagvlak: ook die was zwak tot matig.

Al met al lijkt het dus niet eenvoudig te zijn om op basis van regionale kenmerken de sterkten van draagvlak en draagkracht voor het vermaatschappelijkingsproces te voorspellen. Ook de onderlinge relatie tussen draagvlak en draagkracht is niet altijd even eenduidig. Een stevig draagvlak leidt wel vaak, maar niet altijd tot een even stevige draagkracht en een stevige draagkracht duidt meestal wel, maar niet altijd op een stevig draagvlak.

Noten

- ¹ Telefonische mededeling van de heer H. Weijnenburg, Provincie Gelderland.
- ² Aan de Haagse algemene ziekenhuizen is geen PAAZ is verbonden. Het aanbod aan intramurale opvang in deze regio is dus al voor langere tijd beperkt tot dat van de twee psychiatrische ziekenhuizen. Dit heeft er al in een vrij vroeg stadium toe geleid dat deze instellingen nauw gingen samenwerken en al voordat de fusie met de ambulante geestelijke gezondheidszorg gerealiseerd werd, in één organisatie waren opgegaan.
- ³ Telefonische mededeling van mevrouw N. Vos, Provincie Zuid-Holland.
- ⁴ Telefonische mededeling van de heer J. Hooijer, Provincie Zeeland.
- ⁵ In de regio Zeeland zijn meerdere RIO's ingesteld; hun werkterrein omvat meestal de (voormalige) eilanden.

10 SLOTBESCHOUWING

10.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is, per type actor en per regio, beschreven wat de sterkte van het draagvlak en de draagkracht zijn voor de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. De essentie van deze veranderingen is het streven naar meer ambulante opvang en begeleiding van psychiatrische patiënten, zodat deze minder en korter hoeven te worden opgenomen en beter deel kunnen (blijven) nemen aan de samenleving. Om dit te kunnen realiseren is het noodzakelijk dat ook buiten de intramurale voorzieningen een integraal aanbod aan voorzieningen voor mensen met (langdurige) psychische problemen tot stand komt. Omdat de behoeften aan zorg voor een deel lokaal of regionaal bepaald zullen zijn, wordt er de voorkeur aan gegeven dat de ontwikkeling van het voorzieningenaanbod op decentraal niveau gestalte krijgt. Op deze wijze zou ook de betrokkenheid en de invloed van de cliënten zelf groter kunnen worden. Een deel van het aanbod aan zorg en dienstverlening zal in handen blijven van de instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Een ander deel zou idealiter verzorgd moeten worden door andere, meer algemene voorzieningen. Een aantal van deze algemene voorzieningen worden, veelal op basis van de Welzijnswet, gefinancierd door de lokale overheden. Om samenhang en afstemming in het voorzieningenaanbod te bewerkstelligen zullen de regionale aanbieders ervan, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en algemene voorzieningen, zo veel mogelijk met elkaar moeten samenwerken. De financiers van het zorgaanbod, zorgverzekeraars en in het bijzonder de lokale overheden, krijgen de taak er zorg voor te dragen dat de gewenste samenhang en afstemming op regionaal niveau inderdaad worden bereikt. Het is verder nadrukkelijk de bedoeling dat de vertegenwoordigers van de gebruikers van de zorg bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod worden betrokken.

In hoofdstuk 4 is beschreven dat deze ontwikkelingen in het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg dezelfde zijn als die in het beleid voor andere groepen langdurig zorgbehoevenden, te weten ouderen en gehandicapten. Ook voor deze groepen wordt gestreefd naar een integraal aanbod aan zorg en dienstverlening dat behoud van een zelfstandige leefsituatie mogelijk maakt. En net als in de geestelijke gezondheidszorg zouden in de ouderen- en gehandicaptenzorg de sectorale en algemene voorzieningen op lokaal of regionaal niveau met elkaar moeten samenwerken. Ook hier wordt van met name de lokale overheden verwacht dat zij de samenhang en afstemming van aanbod en beleid bewaken dan wel bevorderen. Op grond van onderzoek naar de uitvoering van het decentrale ouderen- en gehandicaptenbeleid zijn in de laatste paragraaf van hoofdstuk 4 enige verwachtingen geformuleerd ten aanzien van de uitvoering van het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg. In dit hoofdstuk zal op basis van de uitkomsten in de

hoofdstukken 5-9 worden nagegaan in hoeverre terecht zijn gebleken. Daartoe zal in de volgende paragraaf opnieuw kort op de oorspronkelijke verwachtingen worden ingegaan. Vervolgens zullen de bevindingen over de sterkten van draagvlak en draagkracht bij de diverse actoren aan deze verwachtingen worden getoetst. Deze toetsing leidt in de slotparagraaf van dit hoofdstuk tot het formuleren van enkele conclusies en daarop gebaseerde aanbevelingen voor het, onder meer door de actoren zelf, te voeren beleid.

In termen van de centrale vraagstelling uit hoofdstuk 2 betekent dit dat in paragraaf 10.2 een antwoord wordt gegeven op het eerste deel (hoe groot zijn het draagvlak en de draagkracht voor het proces van vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg?) en dat het tweede deel (hoe zouden deze, indien nodig, vergroot kunnen worden?) wordt beantwoord in paragraaf 10.3.

10.2 Verwachtingen en uitkomsten

10.2.1 Verwachtingen bij aanvang

In de slotparagraaf van hoofdstuk 4 is aangegeven dat verwacht werd dat het draagvlak voor de uitgangspunten van het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg - een groter accent op extramurale opvang en begeleiding van de psychiatrische patiënt en een betere lokale of regionale inbedding van de geestelijke gezondheidszorg - minstens matig tot stevig zou zijn.

Tevens is gesteld dat een overdracht van taken van de geestelijke gezondheidszorg aan algemene voorzieningen - te omschrijven als een ontwikkeling van categoriaal tot facet- of intersectoraal beleid - op minder steun bij de betrokkenen zou kunnen rekenen.

Een groot deel van de bij deze intersectorale geestelijke gezondheidszorg betrokken voorzieningen valt niet onder de beleidsbevoegdheid van de lokale overheden. De verwachting was dan ook dat het draagvlak voor een grotere, wellicht zelfs sturende rol van deze lokale overheden op zijn best als matig gekwalificeerd zou kunnen worden.

Van de draagkracht van de diverse actoren om de hun toebedachte rol in een veranderde geestelijke gezondheidszorg te spelen, werd verwacht dat deze niet bij alle voldoende zou zijn. De draagkracht van de sector zelf werd het grootst geacht, de (materiële) draagkracht van de algemene voorzieningen het geringst. Tegelijkertijd werd ervan uitgegaan dat de deskundigheid en bevoegdheden van zowel zorgkantoren als lokale overheden onvoldoende zouden blijken om een regisserende of sturende rol te spelen bij het tot stand (doen) komen van samenhang in het regionale voorzieningenaanbod. Daarnaast is verondersteld dat de draagkracht van de belangenbehartigingsorganisaties (nog) niet groot genoeg is om volwaardig deel te kunnen nemen aan het regionale overlegcircuit.

10.2.2 Resultaten van het onderzoek

Sterkte van het draagvlak

De uitkomsten van de vraaggesprekken met de diverse betrokkenen in het regionale circuit van de geestelijke gezondheidszorg lijken de oorspronkelijke verwachtingen in grote lijnen te bevestigen. Er zijn echter wat nuanceringen aan te brengen. Zo blijkt inderdaad dat het draagvlak voor het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg behoorlijk stevig is. Vrijwel alle respondenten gaven aan in te stemmen met dit streven in het beleid. Er waren ook bedenkingen. Opvallend genoeg hadden deze bedenkingen maar voor een relatief klein deel betrekking op de gevolgen van de extramuralisering voor de organisatie van de zorg voor de zelfstandig wonende psychiatrische patiënt. Een deel van de algemene voorzieningen gaf in dat verband aan dat het extramuraliseringsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg voor henzelf overbelasting met zich mee zou kunnen brengen. De meeste aandacht ging echter naar het mogelijk ontoereikende draagvlak voor deze ontwikkeling in de samenleving. Een ruime meerderheid van de respondenten wees op het risico dat de psychiatrisch patiënt niet als gelijkwaardig geaccepteerd wordt en daardoor in een sociaal isolement terecht kan komen. Voor een deel van hen was dit aanleiding om in hun beleid te proberen mogelijke weerstanden weg te nemen, een ander deel zag hier geen mogelijkheid toe of vond het niet op zijn weg liggen. De afwijzing door de maatschappij zou ook tot gevolg kunnen hebben dat de overlast ten gevolge van afwijkend (woon)gedrag toeneemt; in ieder geval zal er meer overlast ervaren kunnen worden. Het waren vooral de lokale overheden en, zij het in mindere mate, de corporaties die op dit mogelijke gevolg van het extramuraliseringsbeleid wezen.

Ook de bevindingen over de sterkte van het draagvlak voor de 'ontcategorisering' van de geestelijke gezondheidszorg komen in grote lijnen overeen met de verwachtingen. Het draagvlak blijkt over de gehele linie matig te zijn. Hierbij moet echter worden aangetekend dat een groot deel van de respondenten zich niet over dit aspect van het vermaatschappelijkingsbeleid heeft uitgelaten. Met name de financiers, maar ook een deel van de gebruikers en van de aanbieders van de (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg leken hierover geen uitgesproken mening te hebben. De algemene voorzieningen, die geacht worden taken over te nemen, waren in meerderheid positief. Zij waren namelijk van mening dat zij nu feitelijk al taken overnemen en dat een dergelijke beleidsverandering niets nieuws onder de zon zou zijn. Bij de geestelijke gezondheidszorg zelf leek de weerstand groter; er werd duidelijk getwijfeld aan de (specifieke) deskundigheid van de algemene voorzieningen.

Het draagvlak voor een grotere rol van de financiers van de zorg en dan in het bijzonder van de lokale overheid blijkt, zoals verwacht werd, matig te zijn. Om te beginnen had ook over dit onderwerp een groot deel van de respondenten geen uitgesproken mening. De meningen die wel gegeven werden, waren verdeeld; niet alleen qua strekking maar ook binnen de diverse typen actoren. Hoe men over een

grotere rol van de overheid dacht, lijkt vooral regionaal bepaald te zijn en zal vermoedelijk samenhangen met de ervaringen die de instellingen in de betrokken regio hebben met het beleid van de lokale overheden daar.

Iets dergelijks lijkt ook te gelden voor de mening over het eventueel onderbrengen van de indicatiestelling bij de RIO's. Overigens is het draagvlak voor deze mogelijke beleidsmaatregel zeer zwak. Ook een deel van de lokale overheden, die op deze manier toch direct betrokken zouden kunnen worden bij de toewijzing van psychische zorg aan hun burgers, voelt er niets voor.

Sterkte van de draagkracht

Al met al lijkt het draagvlak voor het voorgenomen beleid voor de geestelijke gezondheidszorg niet opvallend stevig te zijn. Het uitgangspunt wordt dan wel gesteund, maar dit betekent niet dat men daarom ook instemt met de praktische uitwerkingen ervan. Aan de andere kant blijkt men in de praktijk vaak al wel een invulling te geven aan deze uitwerking. In elk van de onderzochte regio's zoeken de partijen naar onderlinge samenwerking. Deze is echter niet altijd structureel en de betrokkenheid van met name de geestelijke gezondheidszorginstellingen lijkt per regio sterk te verschillen. Daarbij is het opvallend dat juist in de regio's waar de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg het meest met de lokale overheden en andere voorzieningen samenwerken, de instemming met de beleidsvoornemens het geringst lijkt te zijn. Voorzover de mate van samenwerking beschouwd mag worden als indicatie voor draagkracht, zou deze bevinding erop wijzen dat de draagkracht voor een vermaatschappelijkste geestelijke gezondheidszorg het grootste is in die regio's waar het draagvlak op zijn best als matig gekwalificeerd kan worden.

Per type actor komen de bevindingen over de sterkte van de draagkracht voor een deel overeen met de verwachtingen. De immateriële draagkracht van de algemene voorzieningen blijkt inderdaad sterk genoeg om een deel van de taken van de geestelijke gezondheidszorg in de zorg voor zelfstandig wonende psychiatrische patiënten over te nemen. Het knelpunt hier lijkt vooral de capaciteit van deze voorzieningen te zijn. Voorzover de corporaties niet over de deskundigheid beschikken om mensen met een soms wat afwijkende levensstijl te kunnen (blijven) huisvesten, blijken zij deze vrij gemakkelijk elders te kunnen mobiliseren. Dit laatste vermoedelijk omdat in ieder geval hun materiële draagkracht groot genoeg is en wellicht ook omdat zij er een materieel belang bij hebben.

De draagkracht van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor de aanpassing van het eigen voorzieningenaanbod aan de veranderde opvattingen over de beste zorg lijkt voldoende. De Zorgvernieuwingsregeling en haar opvolger, de regeling Zorg-op-maat, hebben zeker aan de sterkte van deze draagkracht bijgedragen. Of hetzelfde gezegd kan worden over de (immateriële) draagkracht om een deel van hun taken over te dragen aan anderen, is twijfelachtig. Enerzijds toont men wel veel bereidheid tot samenwerking, maar anderzijds lijkt die bereidheid verbonden aan de voorwaarde dat het initiatief in handen van de sector zelf blijft. Een en ander komt bijvoorbeeld tot uiting in het opschorten van medewerking aan

gezamenlijke projecten als daarbinnen een andere hulpverleningsethiek wordt gehanteerd dan in de geestelijke gezondheidszorg zelf gebruikelijk is. Ook lijkt de geestelijke gezondheidszorg geneigd liever zelf nieuwe zorgvormen te ontwikkelen dan aansluiting te zoeken op het aanbod van andere organisaties. Een opvallend voorbeeld daarvan is de psychiatrische zorg aan huis, die immers grote gelijkenis vertoont met de al geruime tijd bestaande gespecialiseerde gezinsverzorging. Het lijkt er verder op dat de voorwaarden voor samenwerking stringenter worden naarmate de samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf intensiever wordt.

De draagkracht van de lokale overheden als financier maar vooral ook als beleidsontwikkelaar op het terrein van de geestelijke volksgezondheid lijkt groter dan verwacht. De zorg voor mensen met psychische of psycho-sociale problematiek mag dan een relatief nieuwe verantwoordelijkheid zijn voor deze actor, de beleidsontwikkeling wordt voortvarend ter hand genomen. Dit geldt in het bijzonder voor het gemeentelijk beleid ten aanzien van de maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Het OGGZ-beleid van de in het onderzoek betrokken lokale overheden staat nog in de kinderschoenen, al worden er her en der al wel activiteiten op dit terrein ontplooid. In hoeverre deze voortvarendheid voldoende is om daadwerkelijk een meebeslissende of zelfs sturende rol te spelen, hangt echter af van de bereidheid van de andere actoren in het regionale circuit. Deze bereidheid lijkt het kleinst te zijn in die regio's waar de grootste actor, de geestelijke gezondheidszorg, onderling goed samenwerkt dan wel al is gefuseerd.

Afgaande op de gang van zaken in de zes onderzochte regio's lijken de zorgkantoren (nog?) niet in staat om op hun beurt ook een regisserende dan wel samenbindende rol te spelen. De meeste kantoren onderhouden buiten de relaties met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg weinig of geen contacten met de actoren in het regionale of lokale circuit. In een enkele regio zou zelfs van contacten met de geestelijke gezondheidszorg nauwelijks sprake zijn. Afgezien daarvan zijn het toch eerder de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg dan de zorgkantoren die op dit moment bepalen in welke richting het voorzieningen-aanbod zich zou moeten ontwikkelen.

Van alle actoren in de overlegcircuits lijken de cliëntenorganisaties nog altijd de zwakste te zijn. Hun mogelijkheden om een meebepalende rol te spelen bij het totstandkomen van een regionaal samenhangend zorgaanbod dat afgestemd is op de behoefte van de cliënt, blijven beperkt. Voor een deel heeft dit te maken met de organisatie van de cliëntenvertegenwoordiging zelf. Deze is nog altijd zeer verdeeld en kampt, zoals ook de belangenbehartigingsorganisaties zelf zeggen, met een gebrek aan continuïteit in het kader. Doordat de diverse cliëntenorganisaties zich vooral op de geestelijke gezondheidszorg richten, hebben zij weinig contacten met de andere actoren, waardoor zij een informatieachterstand oplopen. Deze achterstand lijkt echter vergroot te worden door de wijze waarop de belangenbehartigingsorganisaties worden bejegend. Er worden regelmatig samenwerkingsovereenkomsten afgesloten waar de cliëntenvertegenwoordiging niet bij betrokken is. Ook komt het voor dat de stukken voor vergaderingen niet of te laat worden

opgestuurd. Wil de cliëntenvertegenwoordiging volwaardig als derde partij mee kunnen doen aan overleg over het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg, dan zal er niet alleen bij de derde, maar ook bij de eerste en tweede partijen nog heel wat moeten veranderen.

10.3 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

De verkenning in zes regio's van de resultaten van het vermaatschappelijkingsbeleid-tot-nu-toe geeft aanleiding tot de eerste conclusie dat dit beleid zeker heeft bijgedragen aan een betere afstemming binnen de geestelijke gezondheidszorg. De onderlinge uitwisseling en samenwerking tussen de oorspronkelijke zuilen is er in veel gevallen groter door geworden. Dit geldt vooral voor de regio's waar de instellingen zijn gefuseerd of een fusie aan het voorbereiden zijn. De continuïteit in de zorg voor mensen die voor of na opname ambulante begeleiding vanuit de geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, lijkt hierdoor beter gewaarborgd. Tegelijkertijd echter, of misschien zelfs daardoor, is de samenwerking met actoren buiten de sector er niet beter op geworden. Het zorgaanbod is dan wellicht aan het vermaatschappelijkten, de gebruiker van de zorg daardoor ook, maar de aanbieders ervan vormen een eigen eilandje. Deze tendens lijkt zich het sterkst voor te doen in die regio's waar de instellingen zijn gefuseerd. De door dergelijke fusies ontstane conglomeraties zijn zo groot en hebben zo'n breed aanbod 'binnen de muren', dat de neiging om andere, algemene voorzieningen bij de zorg te betrekken en daarover afspraken te maken, verder vermindert.

Een tweede conclusie is dat de lokale overheid, anders dan verwacht, een vrij actieve rol speelt in het ontwikkelen van een soort 'manchet'beleid, dat een ring van voorzieningen legt rond het aanbod van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in de regio. Als 'beleidsontwikkelaar regisseur' lijkt de lokale overheid dan ook actiever dan de andere actor, die voor een dergelijke taak is aangewezen: het zorgkantoor. Zij lijkt ook ondernemender in het aangaan en onderhouden van contacten, zowel binnen als buiten de zorgsector in strikte zin. In het actuele lokale overheidsbeleid wordt weliswaar veel aandacht gegeven aan de bestrijding van mogelijke overlast, maar de onderzochte overheden zijn daarnaast actief betrokken bij het aanbod van meer (preventieve) zorg aan mensen met psychische problematiek. De mate waarin de lokale 'manchet' aansluit op het aanbod aan regionale geestelijke gezondheidszorg, lijkt enerzijds te worden bepaald door de samenhang die de sector zelf heeft weten te bereiken. Anderzijds spelen de onderlinge schaalverhoudingen een grote rol. In die regio's waar de schaalgrootte van de lokale overheid alsmede die van de algemene voorzieningen goed overeenkomt met die van de instelling(en) voor de geestelijke gezondheidszorg, is de afstemming beter dan in de regio's waar het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorg meerdere gemeenten of deelgemeenten omspant. Een derde factor die hier van belang is, is de mate van samenhang in het lokale overheidsbeleid zelf. Samenwerkingsprojecten waarbij de ene gemeentelijke dienst wel en de andere niet

betrokken is, lijken de bereidheid tot afstemming bij de andere partijen niet te bevorderen.

Hierbij moet echter worden aangetekend dat ook in die regio's, waar - mede onder invloed van het lokale overheidsbeleid - een levendige samenwerkingscultuur bestaat, er twee partijen zijn die vrijwel nooit deelnemen.¹ De eerste is de gespecialiseerde gezinsverzorging. Deze wordt wel regelmatig ingeschakeld voor de begeleiding van zelfstandig wonende psychiatrische patiënten, maar wordt nauwelijks betrokken in overleg over het regionale voorzieningenbeleid.

De andere partij die vrijwel nooit deel uit lijkt te maken van het regionale samenwerkings- en overlegcircuit, is de cliëntenvertegenwoordiging. Een derde conclusie is dan ook dat vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg voor de cliënten voorlopig alleen inhoudt dat het voorzieningenaanbod verandert. De zorg- en dienstverlening wordt immers in toenemende mate ambulante en aan huis aangeboden. Het is echter nog altijd de geestelijke gezondheidszorg zelf die dit aanbod verzorgt en domineert. De cliëntenorganisaties richten zich bij hun pogingen om het aanbod te beïnvloeden dan ook alleen op deze sector. Met andere aanbieders en financiers van voorzieningen die voor de cliënten van belang kunnen zijn, worden geen contacten gezocht.

Er zijn verder nog geen tekenen waar te nemen dat door de vermaatschappelijking de invloed van de cliënten op het (regionale) beleid en voorzieningenaanbod inderdaad is toegenomen. Voor een deel lijkt dit het gevolg te zijn van de manier waarop de overige actoren in het regionale zorgcircuit de cliëntenvertegenwoordigers bejegenen. De klachten over het te laat of helemaal niet betrokken worden bij overleg en onderhandeling zijn te frequent om gebagatelliseerd te kunnen worden. Voor een ander deel is de geringe invloed echter te wijten aan de versnippering binnen de cliëntenbeweging zelf. Dit geldt zowel voor de onderlinge tegenstellingen tussen de organisaties van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg als voor de tegenstellingen tussen enerzijds de belangenbehartigingsorganisaties van psychiatrische patiënten en anderzijds die van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.

Aanbevelingen

Bij deze bevindingen moet in ogenschouw worden genomen dat zij voortkomen uit een verkennend onderzoek in slechts een klein deel van de regio's in Nederland. De uitkomsten zijn daarom niet zonder meer generaliseerbaar. Zoals echter in hoofdstuk 2 is uitgelegd, mag op grond van de variatie in de onderzochte regio's worden aangenomen dat een beschrijving van de stand van zaken hier een vrij betrouwbare schets geeft van de status quo in het gehele land. De aanbevelingen die voortkomen uit de conclusies van dit onderzoek, overstijgen daarom de regio en hebben betrekking op te voeren beleid op landelijk niveau.

Een eerste aanbeveling betreft de versterking van het draagvlak en de draagkracht bij de sector van de geestelijke gezondheidszorg zelf voor de overdracht van (een deel van) haar taken aan de algemene voorzieningen. Het eerste aspect van de beoogde vermaatschappelijking, de extramuralisering van de geestelijke

gezondheidszorg, kan bij deze actoren bogen op een sterk draagvlak en ook hun draagkracht voor deze ontwikkeling lijkt sterk genoeg. De vermaatschappelijking van de sector zelf blijft hierbij sterk achter. Voor een volledige integratie van de psychiatrische patiënt lijkt het echter onontbeerlijk dat ook een van zijn belangrijkste zorgaanbieders midden in deze samenleving staat en zich openstelt voor samenwerking en uitwisseling met andere actoren. Deze maatschappelijke integratie van de geestelijke gezondheidszorg lijkt in het gedrang te komen van het fusiegeweld dat de sector momenteel in haar greep heeft. Het verdient aanbeveling voor de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg zelf om niet alleen aandacht te geven aan de verbetering van de samenwerking tussen de instellingen onderling, maar om vooral ook nadrukkelijk te zoeken naar samenwerkingspartners buiten de sector. De gespecialiseerde kennis daar van aspecten van het dagelijks leven (wonen, werken, winkelen) is voor een psychiatrisch patiënt immers van even grote waarde als de gespecialiseerde kennis van psychische stoornissen bij de geestelijke gezondheidszorg. De rijksoverheid zou aan een bredere oriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg kunnen bijdragen door, analoog aan de introductie van zorgvernieuwingsgeld en het predikaat zorgvernieuwingsregio, materiële beloningen voor samenwerking-buiten-de-geestelijke-gezondheidszorg-muren in het vooruitzicht te stellen. De extra financiering van samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang in enkele gebieden heeft aangetoond dat hiervan zeker een impuls voor betere afstemming uitgaat. Een dergelijke impuls zou ook op andere beleidsterreinen zijn waarde kunnen hebben. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan samenwerkingprojecten met woningcorporaties om de doorstroom van psychiatrische patiënten naar meer reguliere huisvestingvormen (met een zekere mate van begeleiding) te bevorderen. Ook de samenwerking en afstemming met de thuiszorg, in het bijzonder de gespecialiseerde gezinsverzorging, zouden wellicht door extra financiële stimulansen verbeterd kunnen worden.

De vermaatschappelijking van de zorg aan mensen met psychische problematiek kan tevens versterkt worden door een duidelijkere afbakening van de rol van de lokale overheden hierin.² Hiervoor is aangegeven dat het draagvlak en de immateriële draagkracht van de algemene voorzieningen - waarvan een deel onder de bevoegdheid van de lokale overheden valt - voor de overname van taken van de geestelijke gezondheidszorg, sterk genoeg lijken. Hun materiële draagkracht, in de zin van capaciteit en personeel, lijkt daarentegen tekort te schieten. Iets dergelijks geldt voor de sturende, eventueel regisserende rol van de lokale overheden in het regionale circuit rond de zorg voor mensen met psychische problemen. Het draagvlak voor deze rol blijkt bij een deel van de actoren matig tot stevig en afgaand op de voortvarendheid waarmee de in het onderzoek betrokken lokale overheden de ontwikkeling van een 'manchet'beleid ter hand hebben genomen, lijkt ook hun draagkracht voor een regisserende rol groot genoeg. Deze draagkracht wordt echter niet ondersteund door onbetwistbare bevoegdheden of structurele financiering. Het verdient daarom aanbeveling om de gewenste regisserende rol van de lokale overheden in de regio's een steviger fundament te geven, zodat taken en bevoegdheden meer met elkaar in overeenstemming zijn. Daarbij dient

overigens wel aandacht gegeven te worden aan de hiervoor gemelde invloeden van de verschillen in schaalgrootte tussen bijvoorbeeld enerzijds het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorginstellingen en anderzijds die van de lokale overheden en algemene voorzieningen. Om de zorg zo veel mogelijk aan te laten sluiten op de dagelijkse leefsituatie van de gebruikers, zou voor een regisseursfunctie uitgegaan moeten worden van regio's van beperkte omvang of eventueel van subregio's. Een en ander laat natuurlijk onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de lokale overheden om te zorgen voor een betere interne samenhang van het eigen gemeentelijke beleid en voor een betere afstemming en samenwerking met andere gemeenten binnen de regio. Of ook de indicatiestelling voor geestelijke gezondheidszorg onder een gemeentelijke regie zou moeten vallen, zal gezien het geringe draagvlak, ook bij de lokale overheden zelf, nader moeten worden bezien.

De derde aanbeveling betreft de verbetering van de onderlinge afstemming en samenwerking bij die actoren die gezamenlijk de derde partij dienen te vormen: de cliëntenvertegenwoordiging. Ook hier geldt immers dat een daadwerkelijke vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en van haar gebruikers alleen gerealiseerd kan worden als de cliëntenorganisaties hun plaats in het overleg- en onderhandelingscircuit optimaal benutten. De onderlinge tegenstellingen tussen de diverse cliëntenvertegenwoordigingen én de tegenstellingen tussen enerzijds de vertegenwoordigers van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg en anderzijds die van de somatische zorg, worden door deze gebruikers vaak zelf in stand gehouden. Daardoor wordt de positie van de cliëntenvertegenwoordiging en daarmee haar invloed op het beleid in de regio onnodig verzwakt. Een en ander ondermijnt bovendien de geloofwaardigheid van het uitgangspunt dat cliënten van de geestelijke gezondheidszorg, net als ieder willekeurig ander lid van de samenleving, in principe tot autonomie in staat geacht moet worden. De positie van de psychiatrisch patiënt kan op geen betere manier versterkt worden dan door een eendrachtige samenwerking tussen diverse vertegenwoordigers. Deze vertegenwoordigers dienen zich verder, net als de sector van de geestelijke gezondheidszorg zelf, meer te oriënteren op andere actoren in het regionale circuit. Zij hebben immers vaak de grootste deskundigheid op de juist door de (ex-)psychiatrische patiënt zo belangrijk gevonden terreinen van het dagelijks leven als wonen en werken.

Noten

- ¹ In wezen gaat het om drie partijen. In hoofdstuk 4 was immers al geconstateerd dat er door de geestelijke gezondheidszorginstellingen nauwelijks tot geen contacten worden onderhouden met organisaties op het terrein van de arbeidsvoorzieningen. Deze organisaties zijn daardoor verder niet meer in het onderzoek opgenomen. Over hun eventuele betrokkenheid bij de arbeidsrehabilitatie van (ex-)psychiatrische patiënten is daarom vrij weinig bekend. Gezien deze onbekendheid wordt ervan afgezien om in deze rapportage (concluderende) uitspraken te doen over de inzet van de arbeidsvoorzieningen en worden ook geen aanbevelingen hierover gedaan. Het ontbreken van de organisaties in de regionale overleg- en onderhandelingscircuits lijkt echter wel een punt voor aandacht bij de verdere beleidsontwikkelingen.
- ² Voor de volledigheid zij hier onderstreept dat deze aanbeveling alleen betrekking heeft op die lokale overheden die zijn aangewezen als centrumgemeente voor het beleid ten aanzien van de verslavingszorg en/of de maatschappelijke opvang. Afgezien van het feit dat alleen deze gemeenten bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben op deze terreinen, zijn zij vaak ook als enige in de regio groot genoeg om met enig gewicht in het overleg met de overige actoren te kunnen participeren.

SUMMARY

An increasing degree of emphasis is being placed on ambulatory care and counselling within mental health care policy in the Netherlands. Admittance to, for example, psychiatric hospitals or psychiatric branches of general hospitals is avoided as much as possible. If admittance is really necessary then its duration should be kept as short as possible. Another objective is to include non-mental health care institutions in the care of people with psychiatric problems. Such general institutions should, in principle, be freely accessible to these people. An eventual adaptation of this more general provision of services to the specific needs of psychiatric patients is, for that matter, not out of the question. The provision of the diverse (general and sector) services should, of course, be attuned to and interconnected with one another. Moreover, the supply of services should correspond to the user's demands. This matter is determined not only by the sort and severity of the disorder, but also by local or regional circumstances. The (primary) health care providers should therefore, preferably at the regional level, work together in so-called 'care circles' or 'networks of interdisciplinary care services'. These networks should also include the participation of the financing agencies: health insurance companies and local authorities. These would have the responsibility within the networks to encourage mutual co-operation, and thereby promote the appropriateness and effectiveness of care and services. The health insurance companies are also responsible for the interconnectedness with other care financed in the framework of the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ). The coherence and harmony between this care, on the one hand, and the aid and services of the general care providers, on the other hand, is the responsibility of the local authorities.

The entire range of services should also correspond to the wishes of the care users. A place is also therefore made intentionally within the care circles for a 'third party', representatives of mental health care clients, otherwise known as client representatives or patients' associations.

The intention of this policy is to make psychiatric patients (more) able, despite their limitations, to lead as normal a life as possible, and to continue to participate optimally in society. In addition, these developments should lead to mental health care becoming a part of society, rather than withdrawing itself into its buildings in the woods and dunes.

The policy plans described above, which are generally indicated by the term 'social integration of mental health care', imply important changes for all those involved. The mental health care sector itself is expected to offer its users another sort of care: one more oriented towards self-sufficiency and (re)integration. To offer such care there will also be a need to find other locations, more in the everyday world or sometimes even at the patient's house. General care providers will, more than till

now, need to deal with clients who, as a result of their psychiatric problems, are vulnerable in dealing with others and within society, and thereby may need more individualised attention. The care financing agencies will have to deal with a new governing function. Furthermore, local authorities will also have to involve themselves with a policy area for which they have thus far accumulated only a little experience. And the patients' associations now are requested to be fully involved in a consultation and negotiation network. Within this network they will not only have to deal with representatives from the already familiar mental health care sector, but also from local authorities and general care providers. Up until now they have, as a rule, had little to do with these agencies.

A policy process that engenders so many changes only has a chance of succeeding if all those involved approve of the objectives and basic principles to a sufficient extent. Besides that they would have to have sufficient means at their disposal to meet the changed demands. In other words: integration of the mental health care sector into society can only be realised if the support and capability of the parties involved is great enough. In case the support or the capability or neither is sufficient then this should be taken into account in the policy. This could be done, for example, by adopting measures that increase the support of those involved. Such measures might include providing information about the policy's positive consequences, or offering compensation for its negative consequences. The capability can also be increased by expanding the parties' budget and staff or by giving them more.

The degree of support and capability of the previously mentioned actors and the changes in mental health care policy are the subject of the SCP study of 'social integration of the mental health care sector'.¹ In this report an account is given of an investigation of the degree of support and capability by the actors in the care circle of six regions. For this investigation, open interviews were held with representatives from the mental health care sector, the financing agencies (health insurance companies and local authorities separately), several general care providers and patients' associations. The choice of regions was based on the greatest possible variety in mental health care organisational structures, size and degree of urbanisation. The analysis of the interviews was facilitated with the use of Kwalitan, an analysis program for qualitative data. This program uses a system of key words that makes it possible to analyse the data according to the sort of actor, as well as to region.

From the outset of the study a number of expectations were formulated according to the extent of the support and capability of each of the various actors. These expectations were based on experiences with the degree of mutual co-operation and alignment between the diverse actors involved in policy on the elderly and the disabled. The previously described developments within mental health care are namely not unique; they run parallel to those in other care sectors, such as for people in need of long term care, e.g. the elderly and the disabled. The development in these sectors have even been partly initiated before those in mental health care.

This is particularly true in the shifting of policy development towards a more decentralised level, and the directing role of the local authorities within the local or regional networks. These developments first appeared in policy on the elderly, which, as part of the general welfare policy, was included in the Specific Welfare Framework Act (KSW), a decentralization law from 1972. After the repeal of the KSW, parts of the policy on the elderly, the community care policy and the co-ordination of care services once again came under the jurisdiction of the local authorities within the framework of the Welfare Act of 1987. This decentralisation, among other things, led to constant mentioning (in documents about interdepartmental policy on the elderly) about the role of the local government to take responsibility for harmony and cohesion in (local) policy on the elderly. The necessity for that has grown, because policy for the elderly has also meanwhile characterised itself by an increasingly greater emphasis on maintaining the greatest degree of autonomy as possible for the care user. This has meant that general care providers received an increasingly larger share of the total supply of health care and services offered. In addition, increasingly greater importance is being given to the influence of the elderly themselves on this provision of services. This influence is considered to have most impact on local or regional level.

The policy on the disabled was only incorporated into welfare policy in 1982, after the fusion of the Directorate General of Public Health with the Ministry of Culture, Recreation and Social Work, to become the Ministry of Welfare, Health and Culture. Still, it took until the early 1990s, in the framework of the Services for the Disabled Act (WVG) and the revised Welfare Act, for some parts of the policy on the disabled to be decentralised, and thereby come under the jurisdiction of local authorities. An impulse was thereby also given towards an integration of the policies on the elderly and the disabled, particularly at the local level.

Interdepartmental documents about the policy on the disabled since that time have also indicated the co-ordinating and directing role of local authorities. And just as in the policy on the elderly, the policy on the disabled also sought to maintain: autonomy, the availability of services that were not categorised in this report, and a greater influence of care users on (local) policy.

Investigation of local policy on the elderly and the disabled has shown that nearly all parties involved with this policy agree that it is desirable for the elderly and the disabled to be enabled to live independently for as long as possible. The parties also support the basic principle that to achieve this, more coherence and harmony is desired in the provision of services. In practice, however, it appears that not much has come of this. Organisations work little or not at all together, and are only rarely kept informed of each other's range of services. The local authority's role as director has also not yet lived up to its promise. This can partly be explained by a lack of internal co-ordination within the municipal system. Another explanation is the lack of competencies of the local authorities to direct independent organisations. These organisations are also not very inclined to let themselves be directed, in terms of their policy and provision of services, by an actor who has no formal authority over them. And although the elderly have more influence on local

policy than do the disabled, the involvement of both almost never has a formal basis.

Based on these findings it is assumed that the basic principle for psychiatric patients, that they should also (continue to) live on their own for as long as possible, can also count on solid support from all those involved. Additionally, it is expected that there will be less support for having mental health care tasks assumed by general care providers. The fact that the mental health care sector must divest itself of (some of) its duties may indeed not be so easy. On the other hand, having to offer care to a new clientele may lead to resistance from general care providers. It is also expected that support for the local authorities having a directing role will not be very substantial. The qualifications of these authorities with respect to the actors in the mental health care network are, after all, no more substantial than those in the policy on the elderly and the disabled network.

According to the capability of the diverse actors to be able to actually fulfil the tasks imposed upon them, it is expected that the capability of the mental health care sector will be reasonably great. In material terms, at least, it is sufficiently equipped to make the 'extramuralisation' of care (offering mental health care outside of hospitals) possible. No material limitations are expected for the transfer of duties; an eventual insufficiency will at worst occur for the non-material capability (in this case: the ability to relinquish one's own responsibilities).

It is expected that the capability of general care providers to take over duties in non-material terms will be great enough. This does not hold true for their material capability to be able to manage the increase of duties and the change of clientele; the capacity of these service providers may well be insufficient for this purpose. The extent of the capability of the financing agencies to fulfil a directing role within the regional network is called into question. They lack both sufficient authority (also in the financial aspect) and sufficient expertise. The same doubt holds for the capability of the client representatives. Experiences with the influence of the associations for the elderly and the disabled on policy and the provision of services give no reason to expect that the influence of mental health care users will really be very great.

The results of the study are generally consistent with the original expectations. Nearly all of the parties support the basic assumptions that psychiatric patients should be able to live independently, and that eventual care and support should, as much as possible, be ambulatory. There is therefore substantial institutional support for 'extramuralisation'. This is not the case for the similarly proposed 'deategorisation' or 'social integration of mental health care'. The (present) institutions for specialised mental health care are very wary of transferring duties to more general care providers. These general care providers, on the other hand, see no objection whatsoever to assuming the duties of the mental health care sector. Support for this aspect of the policy on mental health care can therefore be qualified as moderate at best. The same holds true for approval of the plan to give the health care financing agencies, and the local authorities in particular, a

directing role in engendering coherence in the provision of health care. In this case as well, the mental health care institutions in particular, but also the care users and the health insurance companies, saw little benefit in having the municipal government with the directing role. Conversely, the local authorities and the majority of general care providers could agree with having the local authorities taking such a role.

Contrary to expectations, it appears that the capability of these local authorities to indeed fulfil a possible director's function is considerably great. The authorities involved in this study appear to be enthusiastic about developing a supplementary 'manchet' (sealing ring) policy for the care of people with psychiatric and psychosocial problems. This policy was developed mostly within the framework of the municipal policy on the care of the home-less and drug addicts. The Public Mental Health Care policy (OGGZ), which is itself in the process of development, seems to be more and more a part of the 'manchet' laid around the specialised mental health care services on the local and regional level. The extent to which the 'manchet' fits this mental health care seems to be determined in part by the interdependence within this sector itself. A role is also played by the similarity in scale of the field of mental health care to that of the co-ordinating authority and the general care providers. Besides that, the degree of internal consistency in the policy of the local authority is also important.

The non-material capability of the general care providers to assume the duties of the mental health care sector, within the regional and local care network, appear great. Most providers have even already assumed these duties for a considerable time. It was the material capability that seemed to form the bottleneck; the care providers complained about a lack of capacity and financial means.

The capability of mental health care institutions, on the other hand, to transfer duties, especially those of a non-material nature, proved to be inadequate. It appears difficult for these institutions to entrust 'their' clients to the care of others; the uncertainty of the others' expertise is too great for this. Such scepticism manifests itself, among other ways, in calling for a new form of care, such as psychiatric home care instead of seeking greater co-operation and harmony with an already longer-existing provision of specialised home help services. The tendency within the mental health care sector to develop new forms of care, instead of starting to work together with other institutions, seems to be greater for mental health care institutions, which by way of mergers have been absorbed by large conglomerates.

The expectation that patients' associations are not (yet) ready to optimally fulfil their given role as the 'third party' in the consultation and negotiation network was also confirmed in the study. These client representatives are strongly divided among themselves and have (therefore?) not sought any co-operation with, for example, organisations that represent the interests of the chronically ill, the disabled and the elderly. As a result, their negotiating position is weak. The situation is further aggravated by the impolite treatment of the other negotiating partners, who were either too late or failed to involve the patients' associations in

the decision-making process. In addition, mental health care clients' associations always seem to address themselves exclusively to the mental health care sector as their care providers. They hardly or never seek contact with general care providers or local authorities. Furthermore, they themselves only contribute to a small extent in broadening the selection of care and services to their own supporters.

The results of the investigation lead, among other things, to the recommendation that more attention should be paid in the mental health care sector to the 'social integration' of the mental health care institutions themselves. Just as the intramural, ambulatory and semi-mural mental health care have been financially encouraged to work more together, a similar stimulus should be called upon to promote co-operation and interchange with the general care providers. This may contribute to a greater material, as well as non-material capability in the transfer of duties.

It is also recommended that a more solid foundation be given to the director's role assigned to the local authorities. Now that local authorities have shown, based on research, that they are indeed capable of giving substance to this function, it seems advisable to provide them with more authority for a directing role. Local authorities, however, will not be released from their the responsibility for a (better) internal co-ordination of their own policy measures.

A third recommendation has to do with increasing interdependence within the consumer movement. By seeking more co-operation and harmony with each other and with patients' associations in the other care sectors, the influence of the client on the development of regional policy and the spectrum of services provided could be increased. Furthermore, the clients' associations should relinquish their exclusive orientation towards mental health care institutions as care providers. It is obvious that they should orient themselves towards general care providers and local authorities, since these parties are also involved in the provision of services for people with psychiatric and psychosocial problems.

Note

¹ The study of the support and capability for these institutional and organisational changes forms one of the modules of a larger project. The other modules investigate the degree of the support and capability of family members and others (the society in a broad sense) involved.

BIJLAGE A

A1 Overzicht van de in het onderzoek betrokken instellingen en organisaties

Groningen	Stichting GGZ Groningen (2x) Zorgkantoor Groningen Gemeente Groningen, dienst OSW GGD Groningen Stichting Thuiszorg (GGV) Woonservice Centrum Cliëntenbond
Heuvelland en Maasvallei	PMS Vijverdal RIAGG Maastricht RIBW Heuvelland en Maasvallei Zorgkantoor Zuid-Limburg Gemeente Maastricht, Sociale Zaken en Welzijn Leger des Heils, Maastricht Thuiszorg Domicura WBV Beter Wonen Cliëntenbelangenbehartiging
Stedendriehoek	RIAGG Oost-Veluwe RIBW Oost-Veluwe Zorgkantoor Stedendriehoek Gemeente Apeldoorn afd. Onderwijs, Cultuur en Samenleving St. voor Maatschappelijke opvang Het Hoogeland Stichting Thuiszorg Woonstichting 'Ons Huis' Cliëntenbond afd. Stedendriehoek
Dordrecht e.o.	RIAGG/RIBW Dordrecht e.o. Zorgverzekeraar Trias Gemeente Dordrecht/dienst Welzijn Centrum voor maatschappelijke opvang/Leger des Heils Stichting Opmaat GGD Zuid-Holland Zuid/Netwerk H&H Stichting Woondrecht RIAGG-Cliëntenraad Dordrecht e.o.

Den Haag	RIBW Den Haag RIAGG Zuidhage Zorgkantoor Haaglanden Gemeente Den Haag/ dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Kesslerstichting Centrum voor Thuiszorg Laak Haags Cliëntenplatform i.o.
Zeeland	Emergis, Centrum voor geestelijke volksgezondheid CZ Groep Zorgverzekering Gemeente Vlissingen/Sector Maatschappelijke zaken/WVC Thuiszorg Walcheren BASCO, Vlissingen/Woongood Middelburg Cliëntenbond, afd. Zeeland

BIJLAGE B

B1 Samenstelling klankbordgroep Vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg

dhr. H. Baaijens (Gemeente Leiden)

mw. A. Besamusca - Ekelschot (Raad van Bestuur De Meren, Amsterdam)
(tot 1 april 1999)

dhr. C. van Dongen (Haag Wonen, Den Haag)
(vanaf 1 mei 1999)

dhr. E. Gerdes (LPR, Den Haag)

dhr. W. van Hezewijk (Raad van Bestuur St. GGZ-Midden Brabant, Tilburg)
(vanaf 1 mei 1999)

dhr. E. Huberts (Federatie opvang, Utrecht)

dhr. F. Köster (VZOS, Den Haag)
(tot 1 april 1999)

dhr. J. Penninga (Min. van VWS/dir. GVM, Den Haag)

AFKORTINGENLIJST

AMW	Algemeen maatschappelijk werk
AAW	Algemene arbeidsongeschiktheidswet
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
AZC	Asielzoekerscentrum
BBSH	Besluit beheer sociale huurwoningen
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CRM	Ministerie voor cultuur, recreatie en maatschappelijk werk
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CMHC	Community Mental Health Center
DAC	Dagactiviteitencentrum
GGD	Gemeenschappelijke (of Gemeentelijke) geneeskundige dienst
ISG	Interdepartementale stuurgroep gehandicaptenbeleid
IMP	Instituut voor multidisciplinaire psychotherapie
JWG	Jeugdwerkgelegenheidsplan
jhl	jeugdhulpverlening
KOPP	Kinderen van ouders met psychische problemen
KSW	Kaderwet specifiek welzijn
LCCI	Landelijk coördinatiepunt cliëntenbeheer en innovatie
LGV	Bureau voor levens- en gezinsvragen
LPR	Stichting landelijke patiënten- en bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg
LVT	Landelijke vereniging voor thuiszorg
MFE	Multifunctionele Eenheid
MKD	Medisch kleuterdagverblijf
MOB	Medisch opvoedkundig bureau
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
PAAC	Psychiatrische afdeling academisch centrum
PAAZ	psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis
REA	Wet op de reïntegratie van arbeidsgehandicapten
RGSHG	Regeling geldelijke steun huisvesting gehandicapten
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermd wonen
RIGG	Regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg
RIO	Regionaal indicatieorgaan
RPCP	Regionaal patiënten- en consumentenplatform
RvK	Raad voor de kindbescherming
RVZ	Raad voor de volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SPD	sociaal-psychiatrische dienst
TSRIGG	Tijdelijke stimuleringsregeling regionale instellingen geestelijke gezondheidszorg

TWSSV	Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing
WBO	Wet op de bejaardenoorden
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WGBO	Wet geneeskundige behandelovereenkomst
WGR	Wet gemeenschappelijke regelingen
WIW	Wet integratie werkzoekenden
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WSW	Wet op de sociale werkvoorziening
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen

LITERATUUR

- Algra (1999)
W. Algra. Lange zoektocht naar geschikte begeleiders. Persoonsgebonden budget. In: Trouw 12 maart 1999 (p. 2).
- Becker et al. (1996)
J.W. Becker, A. van den Broek, P. Dekker en M. Nas. Publieke opinie en milieu. Een verkenning van het sociale draagvlak van het milieubeleid op grond van survey-gegevens. Rijswijk/Den Haag: SCP/VUGA, 1996.
- Beraadsgroep (1974)
Beraadsgroep Knelpunten. Knelpuntennota. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1974.
- Besseling en Smaal (1997)
J.J.M. Besseling en M. Smaal. Reïntegratiepraktijk arbeidsgehandicapten. Onderzoek naar de bemiddeling van gedeeltelijk arbeidsgeschikte herbeoordeelde en toetredingsgekeurde. Amsterdam: Lisv, 1997.
- Bijl et al. (1997a).
R.V. Bijl, 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 141 (1997) 50 (2448-2452).
- Bijl et al. (1997b)
R.V. Bijl, 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 141 (1997) 50 (2453-2460).
- Bijl en Ravelli (1998)
R.V. Bijl en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG) 76 (1998) 8 (446-457).
- BiZa (1980)
Decentralisatienota. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken, 1980.
- BiZa (1998)
Doorstartconvenant Grote Stedenbeleid Rijk-G4. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken, 1998.
- Van den Boogaard en De Kuyper (1995)
D. van den Boogaard en H. de Kuyper. Over grenzen, woningcorporaties en dak- en thuislozen: preventie en opvang. De Bilt: NCIV, 1995.
- Borgesius en Brunenberg (1996)
E. Borgesius en W. Brunenberg. Nieuwe zorg van het psychiatrisch ziekenhuis. Een inventarisatie van zorgvernieuwingsprojecten. In: Maandblad voor geestelijke volksgezondheid (1996) 51 (1267-1281).
- Borgesius en Brunenberg (1999)
E. Borgesius en W. Brunenberg. Behoeft aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Broekman (1978)
H. Broekman. Zijn de Community Mental Health Centers nu echt mislukt? In: Maandblad voor geestelijke volksgezondheid 33 (1978) 2 (98-105)
- Brunenberg et al. (1998)
W. Brunenberg, M. Rondez en G. Hutschemakers. De psychiater gevolgd. Een verkennend onderzoek naar psychiaters in de GGZ en de eigen praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
- Bruntink (1997)
R. Bruntink. Van eetclub tot woonclub. In: Psy (1997) 13 (24-25).
- CVPV (1996)
Gemeentelijk gezondheidsbeleid - beter op zijn plaats. Advies van de commissie Versterking collectieve preventie. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.
- Van Dam et al. (1996)
M.J.E.M. van Dam, J. Berverling, G.H.J.M. Neelen en A.C. Wille. Draagvlak gezocht. Beslissen over veranderingen in het binnenlands bestuur. In: Bestuurskunde 5 (1996) 7 (317-329).
- Dekker et al. (1998)
J. Dekker (red.). Mijn huis is nu mijn kliniek ..., een onderzoek naar de effecten van intensieve thuiszorg aan chronisch psychiatrische patiënten. In: Passage 7 (1998) 4 (219-227).

- Dercksen en Van 't Hof (1996)
A. Dercksen en S. van 't Hof. Erkenning gevraagd. Organisaties van patiënten, cliënten en hun familie in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NFGV, 1996.
- Donker et al. (1996)
K.J. Donker (red.). Toepassing van reïntegratie-instrumenten voor gedeeltelijk arbeidson-geschikten. Zoetermeer: College van toezicht sociale verzekeringen (Ctsv), 1996.
- Driest en Weekers (1998)
P. Driest en S. Weekers. Het persoonsgebonden budget, breekijzer of tijdelijke regeling? Utrecht: NIZW, 1998.
- Federatie (1996)
Opgevangen, de maatschappelijke opvang 1994-1995. Utrecht: Federatie opvang, 1996.
- Foets en Sixma (1991)
M. Foets en H. Sixma. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartstenpraktijk. Basisrapport: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- Van Gelder en Gorter (1997)
K. van Gelder en Kl. Gorter. Voorzieningen ter bevordering van de arbeidsdeelname van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1997.
- Gersons (1977)
B.P.R. Gersons. Het RIAGG-model en de ervaringen met het Community Mental Health Center. In: Maandblad voor geestelijke volksgezondheid 32 (1977) 6 (355-363).
- Gersons (1986)
B.P.R. Gersons. Acute psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986.
- GGV (1997)
Gespecialiseerde gezinsverzorging in beweging (congresbrochure), 1997.
- Gibbels (1999)
M. Gibbels. Fuseren is niet zaligmakend. Fuseren in de ggz. In: Zorgvisie 3 (1999) (10-12).
- Gransier en Weijenburg (1999)
A.M.J.M. Gransier en H.M. Weijenburg. Zicht op visie. Een handreiking voor het ontwerpen van regiovisies geestelijke gezondheidszorg in de provincie Gelderland. Provincie Gelderland, 1999 (Psyge-reeks nr. 1).
- Van der Grinten (1982)
T.E.D. van der Grinten. Organisatie, beleid en financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In: Tijdschrift voor sociale geneeskunde 20 (1982) (418-424).
- Van der Grinten (1986)
T.E.D. van der Grinten. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek. Baarn: Ambo, 1986 (dissertatie).
- Groningen (1998)
Regiovisie Geestelijke GezondheidsZorg, 1999-2002. Groningen: Provincie Groningen, 1998.
- Ten Have et al. (1998)
M. ten Have, 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)
A.J. Heerma van Voss. De geschiedenis van de gekkenbeweging. In: Voor gek gehouden, geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Nederland (catalogus bij gelijknamige tentoonstelling). Haarlem/Gouda, 1983.
- Hodiamont (1986)
P.P.G. Hodiamont. 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)
G. Hoekstra. 'Onmaatschappelijken' in Nieuw-West. In: Ons Amsterdam 4 (1999) (140-144).
- Van 't Hof en Dercksen (1997)
S. van 't Hof en A. Dercksen. De gevestigde marge - de patiënten- en cliëntenbeweging in de Nederlandse GGZ. In: P&M 80 (1997) (197-208).
- Van Hoof et al. (1998)
F. van Hoof, J. van Weeghel, O.H. Brook en P. Gassman. Psychiatrische thuiszorg II. Een verkennend onderzoek naar cliëntkenmerken en zorgdoelstellingen. In: Tijdschrift voor psychiatrie 40 (1998) 11 (685-695).
- Van Hoof et al. (1999)
F. van Hoof, D. Ketelaars en J. van Weeghel. Bezoekers gezocht - achtergronden en dagbesteding van de bezoekers van dagactiviteitencentra. In: Maandblad geestelijke volksgezondheid 54 (1999) 2 (136-149).

- Ipso Facto/SGBO (1995)
Ipso Facto en SGBO. Een verstrekkende wet - evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten. Den Haag: Vuga, 1995.
- Jansen en Lammers (1999)
L. Jansen en B. Lammers. Gekte in de stad, de stad een gekkenhuis? Op weg naar een nieuwe praktijk. Amsterdam: De Balie, 1999.
- Kerseboom en Geelen (1999)
J. Kerseboom en K. Geelen. Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg. Evaluatie vanuit cliëntenperspectief. Utrecht: Trimbos-Instituut, 1999.
- Van Kesteren et al. (1985)
J.H.M. van Kesteren, Th.H. Roes en V. Veldheer. Experimentele welzijnsplanning, samenvattend eindrapport 1979-1983. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1985.
- De Klerk en Timmermans (1997)
M.M.Y. de Klerk en J. M. Timmermans (red.). Rapportage gehandicapten 1997. Leefomstandigheden van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Rijswijk/Den Haag: SCP/VUGA, 1997.
- Kraal (1997)
E. Kraal. Wonen onder begeleiding. Utrecht: Federatie opvang, 1997.
- Kraal (1998)
E. Kraal. Decentralisatie maatschappelijke opvang. Monitor 1997. Utrecht: Federatie opvang, 1998.
- Kronjee en Spiering-Wolter (1993)
G.J. Kronjee 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)
H. Kroon, 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 40 (1998) 4 (199-211).
- Kullberg en Kessels (1998)
J. Kullberg en I. Kessels. Huisvesting van veroorzakers van extreme overlast: Delft: OTB/Delft University Press, 1998.
- Kwekkeboom (1994)
M.H. Kwekkeboom. De rol van de gemeente in het ouderenbeleid. Rapportage welzijnswerk, deel 4. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 107).
- Kwekkeboom (1997)
M.H. Kwekkeboom. De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten. Welzijnsbeleid in de lokale samenleving 6. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1997 (Cahier 138).
- Lako en Smelik (1997)
C.J. Lako en J. Smelik. Maatschappelijk draagvlak voor beleid. In: Openbaar bestuur 9 (1997) (27-35).
- Van Limbeek et al. (1994)
J. van Limbeek, C.E.A. van den Berg, J.A. Sergeant, P.J. Geerlings, J.M.L. Fransman (red.). Patiënt, stoornis 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 Londen (z.j.)
J. van Londen. Thuiszorg voor iedereen. In: Crebolder et al. (red.). Handboek Thuiszorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom (losbladige uitgave z.j.).
- LPR (1997a)
Consumer-run projecten: een zaak van cliënten - cliëntenbeheer en rehabilitatie vanuit cliëntenperspectief in theorie en praktijk. Utrecht: St. Landelijke patiënten- en bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg, 1997.
- LPR (1997b)
Armoede in de GGZ, rapportage van het Meldpunt 'Armoede in de GGZ' 16-9-1997 t/m 26-9-1997: Utrecht: St. Landelijke patiënten- en bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg, 1997.
- NCCZ (1996)
Advies Persoonsgebonden budget in de GGZ. Zoetermeer: Nationale commissie chronisch zieken, 1996.
- NRV (1987)
Advies Dagbesteding en dagopvang in de geestelijke gezondheidszorg. Zoetermeer: Nationale raad voor de volksgezondheid, 1987.
- NRV (1989)
Discussienota Thuiszorg. Zoetermeer: Nationale raad voor de volksgezondheid, 1989.

- Van der Pennen et al. (1995)
A.W. van der Pennen et al. Welzijnsbeleid in de lokale samenleving. Een verkennende studie in drie gemeenten. Rapportage Welzijnswet 5. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1995.
- Penninga (1996)
J. Penninga. Zorgvernieuwingsfondsen oftewel de financiering van zorgvernieuwing. In: VAGZ Magazine (1996) 1 (20-26).
- Van der Poel et al. (1985)
E. van der Poel, 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.
- Ramakers en Van de Wijngaart (1998)
C. Ramakers en M. van de Wijngaart (red.). Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg. Uitvoerders en zorgaanbieders in beeld. Nijmegen: ITS, 1998.
- Ravelli en Schrijvers (1999)
D.P. Ravelli 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 54 (1999) 5 (490-504).
- RIGG Dordrecht (1998)
RIGG Dordrecht (i.s.m. OCD en TRIAS). Zorgplan 1998-2000 voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio Zuid-Holland Zuidoost. Dordrecht: RIGG Gezondheidsregio Dordrecht, 1998.
- RMB (1995)
Advies Draagvlak voor het milieubeleid. Den Haag: Raad voor het milieubeleid, 1995 (RMB 95-05).
- RVZ (1996)
Thuis in de GGZ, advies - zorg, wonen en welzijn voor psychiatrische patiënten die langdurig zorgafhankelijk zijn. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gerelateerde dienstverlening, 1996.
- RVZ (1997a)
De toekomst van de AWBZ. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gerelateerde dienstverlening, 1997.
- RVZ (1997b)
Met zorg wonen - de relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gerelateerde dienstverlening, 1997.
- Rijnveld en Koppenjan (1997)
M. Rijnveld en J.F.M. Koppenjan. Draagvlakvorming bij grote projecten - de Hogesnelheidslijn - zuid. In: Bestuurskunde 6 (1997) 3 (94-107).
- Schnabel (1985)
P. Schnabel. De zin van de zorg voor ziel en zaligheid. De geestelijke gezondheidszorg in verandering. In: Gezondheid en samenleving 6 (1985) 3 (152-160).
- Schnabel (1992a)
P. Schnabel. Het recht om niet gestoord te worden. Naar een nieuwe sociologie van de psychiatrie. Trimboslezing 1992. Utrecht: Nederlands centrum voor geestelijke volksgezondheid, 1992.
- Schnabel et al (1992b)
P. Schnabel, R. Bijl en G. Hutschemakers. Geestelijke volksgezondheid in de jaren '90. Van ideaal tot concrete opgave. Utrecht: Nederlands centrum voor geestelijke volksgezondheid, 1992.
- Schnabel (1995)
P. Schnabel. De weerbarstigste geestesziekte, naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: SUN, 1995.
- Schnabel (1998)
P. Schnabel. De geestelijke gezondheidszorg: goed voor verbetering - voortgaan met vernieuwingsbeleid. Utrecht: Nationaal fonds geestelijke volksgezondheid, 1998.
- Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner (1987)
I. Schoemakers-Salkinoja en J. Hessing-Wagner. Samenhang in de zorg voor lichamelijk gehandicapten. Rijswijk/Alphen aan den Rijn: SCP/Samsom, 1987 (Stukwerk 42).
- SGBO (1996)
Opvang onderzocht - onderzoek naar de decentralisatie van en de capaciteitsproblematiek in de maatschappelijke opvang. Den Haag: SGBO, 1996.
- SER (1997)
Advies (Re)integratiebeleid arbeidsgehandicapten. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, 1997 (nr. 07).

- Stb (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). Staatsblad (1987) (73).
- Stb (1994)
Wet van 2 juni 1994, houdende regels met betrekking tot aspecten van het welzijnsbeleid (Welzijnswet 1994). Staatsblad (1994) (447).
- Stb (1998)
Besluit van 3 dec. 1998 tot (...) het afschaffen (...) van de toegangsbijdrage voor thuiszorg (...). Staatsblad (1998) (672).
- Stüssgen (1997)
R.A.J. Stüssgen. De nieuwe patiënt op weg naar autonomie. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997 (dissertatie).
- Van Tienen (1970)
A.J.M. van Tienen (red.). Anatomie van het welzijn. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- Van Thiel (1999)
E. van Thiel. Methodisch vakjargon voor een unieke werksort, profilering GGV. In: Tijdschrift voor verzorgenden 1 (1999) (22-24).
- Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1995)
J.M. Timmermans en I. Schoemakers-Salkinoja. Rapportage gehandicapten 1995. Rijswijk/Den Haag: SCP/VUGA, 1995.
- Trimbos (1978)
K. Trimbos. Anti-psiatrie, een overzicht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.
- TK (1983/1984a)
Nota Geestelijke volksgezondheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18 463, nrs 1-2.
- TK (1983/1984b)
Nota Eerstelijnszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18 180, nrs 1-2.
- TK (1984/1985)
Gehandicaptenbeleid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1984/1985, 14 406, nr 99.
- TK (1989/1990a)
Werken aan zorgvernieuwing. Actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989/1990, 21 545, nrs 1-2.
- TK (1997/1998)
Op-maat tot samenspel. Integrale nota Maatschappelijke opvang. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997/1998, 25 682, nr 1.
- 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, 23 067, 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 (1995/1996)
Modernisering ouderenzorg, brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24 333, nr. 5.
- 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, nr 25 424, nr. 1.
- TK (1996/1997d)
Geestelijke gezondheidszorg, brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, nr 25 424, nr. 2.
- TK (1996/1997e)
Lokaal sociaal beleid, brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25 164, nr. 5.
- TK (1996/1997f)
Decentralisatieproces maatschappelijke opvang, brief van de Algemene Rekenkamer. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, nr 25 315, 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, nr 25 478, nr 3.
- TK (1998/1999a)
Geestelijke gezondheidszorg, brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, nr 25 424, nr 6.
- TK (1998/1999b)
Welzijnsnota 1999-2001, brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, nr 26 477, nr 1.
- Van Veen (1995)
P. van Veen. Zorgvernieuwing in zes regio's, een eerste analyse. In: Tijdschrift voor geestelijke volksgezondheid 7/8 (1995) (734-752).
- Verhaak et al. (1993)
P. Verhaak, R.V. Bijl, A. van den Berg Jeths en P.P.M. Harteloh. Psychische problematiek. In: D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning - de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950 - 2010. Den Haag: RIVM/SDU, 1993.
- Verkaar (1991)
E.A.M.J. Verkaar. Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties. Utrecht: NIZW/Haeghepoorte, 1991.
- Vermade en Bijl (1997)
M. Vermade en R. Bijl. Epidemiologisch onderzoek naar de problematiek in Nederland. Onderbelichte aspecten en vergelijkbaarheid. In: Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 75 (1997) 5 (218-226).
- Van Weersch (1997a)
M. van Weersch. Een vreemde eend in een *booming market*. Concurrentie dwingt gespecialiseerde gezinsverzorging tot herprofilering. In: Zorg en welzijn (1997) (22-23).
- Van Weersch (1997b)
M. van Weersch. Weggeloopt achter de ramen van de eigen woning - met de 'vermaatschappelijking' is de armoede in de psychiatrie geïntroduceerd. In: Zorg en welzijn (1997) (20-21).
- VMC (1995)
Regioverkenning Geestelijke gezondheidszorg Zeeland. Middelburg: Zeeuwse raad voor Volksgezondheid, Maatschappelijke ontwikkeling en Cultuur, 1995.
- VROM (1997)
Besluit beheer sociale huurwoningen, bijgestelde versie 1997. Den Haag: ministerie voor Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, 1997.
- VWS (1994)
Naar eigen vermogen. Welzijnsnota 1995-1998. Rijswijk: ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1994.
- Wennink (1998)
H.J. Wennink. De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg. Een bezinning op 25 jaar rumoer in de (sociale) psychiatrie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- De Wit (1997)
R. de Wit. De waarde van het predikaat. In: Psy 6 (1997) (8-11).
- Wiersma en De Jong (1999)
D. Wiersma en A. de Jong. Schizofrenie en aanverwante stoornissen. In: A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma. Handboek psychiatrische epidemiologie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom 1999.
- Wonen (1997)
Wonen zonder meetlat. Delft/Den Haag: Onze woning/VZOS, 1997 (symposiumverslag).

- WVC (1983)
Flankerend bejaardenbeleid. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.
- WVC (1991)
Samen werken langs nieuwe wegen, welzijnsbeleid in de jaren negentig. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.
- Zeeland (1997)
Zeeuwse zorg, onze zorg - conceptnota Zeeuws Zorgbeleid. Middelburg: Provincie Zeeland, 1997.
- Zfr (1988)
Tweede advies inzake dagbesteding in het kader van de Geestelijke gezondheidszorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1988 (nr. 417).
- Zfr (1997)
Regionale ordening van de GGZ. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997 (nr. 772).
- Zfr (1998)
Eerste rapport Zorgkantoren. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998 (nr. 807).
- Zfr (1999)
Onderzoek experiment persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999 (nr. 813).
- ZN (1997)
Zorgkantoren. Vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ. Zoetermeer: Zorgverzekeraars Nederland, 1997.
- Zuid-Limburg (1998)
Zuid-Limburg (WZV-regio 27). Regiovisie Zorg 1999-2000. Interne publicatie, 1998.

PUBLICATIES VAN HET SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU

Werkbericht

Het Werkbericht geeft een kort overzicht van de werkzaamheden en de recente publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het verschijnt enkele malen per jaar en is gratis verkrijgbaar. Abonnementen op het Werkbericht kunnen schriftelijk worden aangevraagd.

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (1998-1999) is gratis verkrijgbaar en kan schriftelijk worden aangevraagd.

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 gratis verkrijgbaar en kan schriftelijk worden aangevraagd bij het SCP, Postbus 16164, 2500 BD Den Haag. Zie ook:
<http://www.scp.nl>

Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1994. ISBN 90-5250-617-5 (f 30,00)
Sociaal en Cultureel Rapport 1996. ISBN 90-5250-920-4 (f 30,00)
Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1 (f 90,50)

Sociale en Culturele Studies

- 23 Leesgewoonten. (1996) ISBN 90-5250-915-8 (f 60,00)
- 24 Secularisatie en alternatieve zingeving in Nederland. (1997)
ISBN 90-5250-930-1 (f 51,00)
- 25 Trends in onderwijsdeelname. (1998) ISBN 90-5749-110-9 (f 51,00)
- 26 Tussen bed en budget. (1998) ISBN 90-5749-119-2 (f 62,00)
- 27 De stad op straat. (1999) ISBN 90-5749-120-6 (f 51,00)

Cahiers

- 134 Het ziekenfonds, waar ligt de grens? (1997) ISBN 90-5250-924-7 (f 36,00)
- 135 Rapportage ouderen 1996. (1997) ISBN 90-5250-925-5 (f 41,50)
- 136 Het gedeelde erfgoed. Het culturele draagvlak deel 3. (1997)
ISBN 90-5250-926-3 (f 36,00)
- 137 Maatschappelijke organisaties, publieke opinie en milieu (1997)
ISBN 90-5250-927-1 (f 36,00)
- 138 De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten (1997)
(voorheen Rapportage welzijnswerk: dl. 6) ISBN 90-5250-928-X (f 36,00)
- 139 Sociale en Culturele Verkenningen 1997. ISBN-90-5749-103-6 (f 36,00)
- 140 Armoedemonitor 1997. ISBN 90-5749-104-4 (f 36,00)
- 141 Sociale atlas van de vrouw, deel 4 Veranderingen in de primaire leef sfeer
(1997) ISBN 90-5749-105-2 (f 52,00)
- 142 Rapportage minderheden 1997. ISBN 90-5749-102-8 (f 41,50)
- 143 Het gezinsrapport. Een verkennende studie naar het gezin in een veran-
derende samenleving. (1997) ISBN 90-5749-106-0 (f 41,50)
- 144 Maatschappelijke en individuele determinanten van autogebruik: toepassing
van het model 'Determinanten van milieurelevant consumentengedrag'.
(1997) ISBN 90-5749-107-9 (f 36,00)
- 145 Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen. (1997)
ISBN 90-5749-108-7 (f 36,00)
- 146 Sociale vernieuwing: van plan naar praktijk. (1998)
ISBN 90-5749-109-5 (f 36,00)
- 147 Rapportage gehandicapten 1997 (1998) ISBN 90-5749-111-7 (f 47,00)
- 148 Rapportage jeugd 1997 (1998) ISBN 90-5749-112-5 (f 36,00)
- 149 Sociale en Culturele Verkenningen 1998. ISBN 90-5749-113-3 (f 36,00)
- 150 Een bestaan zonder baan. ISBN 90-5749-115-X (f 36,00)
- 151 Armoedemonitor 1998. ISBN 90-5749-116-8 (f 41,50)
- 152 Van hoog naar laag; van laag naar hoog (1998). ISBN 90-5749-117-6
(f 36,00)
- 153 Rapportage minderheden 1998 (1998). ISBN 90-5749-118-4 (f 52,00)
- 154 Vrijwilligerswerk vergeleken: Nederland in internationaal en historisch
perspectief. Civil society en vrijwilligerswerk 3 (1999).
ISBN 90-5749-121-4 (f 47,00)
- 155 Rapportage ouderen 1998 (1999) ISBN 90-5749-122-2 (f 47,00)
- 156 Verspilde energie? Wat doen en laten Nederlanders voor het milieu (1999)
ISBN 90-5749-123-0 (f 31,00)
- 157 Sociale en Culturele Verkenningen 1999 (1999) ISBN 90-5749-130-3
(f 41,50)
- 158 Naar draagkracht (1999) Een verkennend onderzoek naar draagvlak en
draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheids-
zorg. ISBN 90-5749-131-1 (f 36,00)

Naar draagkracht

'Vermaatschappelijking' vormt al enige tijd een centraal thema in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Bij de veranderingen, die zich onder deze noemer voordoen, zijn behalve de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zelf, bijvoorbeeld ook de zorgkantoren, de lokale overheden, de algemene instellingen voor zorg- en dienstverlening en de organisaties van de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg betrokken. Alle partijen worden samen verantwoordelijk voor de totstandkoming van een regionaal voorzieningenaanbod, dat psychiatrische patiënten in staat moet stellen een zelfstandig leven te leiden. Voor de geestelijke gezondheidszorg hebben de veranderingen onder andere tot gevolg dat zij een deel van haar activiteiten overdraagt aan andere instellingen. Zorgkantoren en lokale overheden krijgen er, evenals de meeste algemene voorzieningen, nieuwe taken voor een nieuwe doelgroep bij.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een verkennend onderzoek naar het draagvlak en de draagkracht voor deze veranderingen bij de partijen die bij de 'vermaatschappelijking' betrokken zijn. Voor deze verkenning zijn in zes geestelijke gezondheidszorgregio's in Nederland vraaggesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van een achttal instanties, te weten:

- geestelijke gezondheidszorg (RIAGG, RIBW, APZ of gefuseerde instellingen);
- zorgkantoren;
- lokale overheden (centrumgemeenten voor het beleid voor maatschappelijke opvang);
- instellingen voor maatschappelijke opvang;
- instellingen voor thuiszorg, in het bijzonder de gespecialiseerde gezinsverzorging;
- woningcorporaties;
- GGD's;
- cliëntenorganisaties.

Dit verkennende onderzoek maakt onderdeel uit van een breder SCP-onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.