

Vergaderjaar 1996–1997

25 424

Geestelijke Gezondheidszorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 24 juni 1997

Bij de behandeling van de begroting 1997 heeft de Kamer de wens uitgesproken een inhoudelijke discussie over het GGZ-beleid te willen voeren. De Kamer gaf daarbij aan met deze discussie niet te willen wachten totdat een sectorale GGZ-zorgvisie is opgesteld, zoals deze wordt voorgeschreven in de voorgenomen Wet Bouwbeheersing Zorgvoorzieningen, en die een integrale beleidsvisie op de GGZ zal bevatten. Deze brief heeft tot doel daarvoor een basis bieden. Ik beperk me daarbij tot een aantal beleidsthema's dat van centrale betekenis is voor de richting waarin de GGZ zich de komende jaren zal ontwikkelen. Onderwerpen die niet aan dit criterium voldoen, blijven buiten beschouwing. Voorts komen in deze brief slechts zijdelings aan de orde de onderwerpen waarover de Kamer reeds in ander verband wordt bericht, zoals de indicatiestelling in de GGZ, de forensische psychiatrie, de openbare geestelijke gezondheidszorg en met de Wet Bopz samenhangende vraagstukken.

De uitkomsten van het overleg met de Kamer over deze brief zullen de basis vormen voor de sectorale zorgvisie voor de GGZ.

Van centrale betekenis voor de toekomstige koers van de GGZ zijn naar mijn oordeel de volgende thema's:

- het tempo en de richting van de vernieuwing van het zorgaanbod in de GGZ;
- de wijze waarop deze vernieuwing door de overheid wordt aangestuurd;
- de indeling van de GGZ in de drie verzekeringscompartimenten;
- de toenemende vraag naar GGZ-hulpverlening;
- de taakverdeling binnen de GGZ-disciplines en tussen de GGZ en de daarmee samenhangende voorzieningen;
- de rationalisering van de GGZ-hulpverlening.

Achtereenvolgens geef ik mijn visie op deze beleidsthema's. Bij het eerste thema, de vernieuwing van de GGZ, geef ik tevens mijn standpunt

op het advies dat de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) eind 1996 heeft uitgebracht over de zorg voor chronisch psychiatrisch zieken ((Thuis in de GGZ, RVZ, november 1996).

1 De vernieuwing van de GGZ

Deze paragraaf schetst achtereenvolgens de huidige ontwikkelingen in het GGZ-aanbod, het advies van de RVZ over tempo en koers van deze ontwikkelingen en mijn standpunt op dat advies. Mijn conclusies zijn dat de vernieuwing van de GGZ goed op koers ligt en dat het beleid leidt tot tastbare resultaten. Ik heb waardering voor de inspanningen die de GGZ-instellingen op dit punt leveren: in algemene zin is er sprake van een toenemende samenhang in het zorgaanbod en van een verschuiving van een aanbodgericht naar een vraaggericht zorgaanbod. Dat neemt evenwel niet weg dat de situatie per regio nogal verschilt; in de achterblijvende regio's zal ik de samenwerking tussen de GGZ-instellingen krachtig bevorderen.

De extramuralisering van de GGZ behoeft naar mijn mening een extra stimulans. Ik zal de GGZ-instellingen dan ook nadrukkelijk aanzetten om intramurale capaciteit om te zetten in nieuwe extramurale zorgvormen. Ik heb daarbij een beheerst en gecontroleerd proces voor ogen, teneinde deze extramuralisering niet ten koste te laten gaan van de noodzakelijke behandel- en asielfunctie van de psychiatrische ziekenhuizen en de instellingen voor beschermd wonen.

1.1 Huidige ontwikkelingen in de GGZ

Sedert de Nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg van 1984 heeft het GGZ-beleid twee centrale doelstellingen: de vergroting van de samenhang van het zorgaanbod en de vermaatschappelijking van de zorg voor de langdurig zorgafhankelijken. De nota «Onder Anderen» van 1993 bevestigt deze beide doelstellingen nogmaals nadrukkelijk en acht de realisering daarvan een noodzakelijke voorwaarde om een meer vraaggericht zorgaanbod tot stand te brengen.

De vergroting van de samenhang van het zorgaanbod heeft tot doel een doelmatiger organisatie van het zorgaanbod en een betere afstemming van dat zorgaanbod op de behoeften van de hulpvrager. Belangrijke elementen in het beleid om deze samenhang te vergroten zijn de ontwikkeling van zorgcircuits, de vorming van multi-functionele eenheden (MFE's), waarin psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en RIAGG's gezamenlijk het zorgaanbod organiseren, en het tot stand brengen van een samenhangend stelsel van jeugdzorg¹.

De vermaatschappelijking van de zorg voor langdurig zorgafhankelijken heeft tot doel deze categorie van patiënten zoveel mogelijk in staat te stellen onderdeel van de samenleving te blijven uitmaken. Mensen met een psychische problematiek worden reeds door hun ziekte in hun persoonlijk en maatschappelijk functioneren sterk belemmerd en staan daardoor al vaak enigszins buiten de maatschappij. Zorg dicht bij de eigen leefomgeving is dan het minst ingrijpend en vergroot de kans op het contact houden met of reïntegratie in de maatschappij.

De vermaatschappelijking van de GGZ wordt nagestreefd door:

- deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen: kleinere instellingen midden in de samenleving in plaats van grote ziekenhuizen ergens «ver weg in de bossen»;
- extramuralisering van de zorg: het zoveel mogelijk in de thuissituatie of in beschermde woonvormen begeleiden, behandelen en verzorgen van patiënten, in plaats van in psychiatrische ziekenhuizen;
- beperking van de GGZ tot de kernfuncties: de verantwoordelijkheid

¹ Zie daarvoor het regeringsstandpunt «regie in de jeugdzorg».

voor voorzieningen die niet specifiek zijn voor GGZ-cliënten bij andere maatschappelijke sectoren onderbrengen.

Zowel de vergroting van de samenhang van het zorgaanbod als de vermaatschappelijking van de zorg voor de langdurig zorgafhankelijken, zullen de komende jaren uitgangspunten van het GGZ-beleid blijven. Het zijn belangwekkende ontwikkelingen in een zich sterk vernieuwende zorgsector die breed door het veld en de cliëntenorganisaties worden gedragen en van hen ook grote inspanningen vragen. Het zijn ook ontwikkelingen die tijd kosten en die vragen om vasthoudendheid van het veld en de overheid met betrekking tot de ingeslagen koers.

De samenhang in het zorgaanbod

De bovenbeschreven beleidsuitgangspunten hebben geleid tot aanzienlijke veranderingen in de wijze waarop de huidige voorzieningen de zorgverlening organiseren en aanbieden. In de eerste plaats wordt de hulp steeds meer aangeboden in circuits voor de verschillende categorieën van cliënten: volwassenen (kort- en langerdurende zorg), ouderen, jeugd, verslaafden, delinquenten en dak- en thuislozen. In deze circuits stemmen de verschillende GGZ-instellingen hun zorgaanbod voor deze cliëntcategorieën op elkaar af met als doel het tot stand brengen van een integraal en op de behoeften van de cliënten afgestemd zorgaanbod. Voorts wordt de hulpverlening steeds meer regionaal georganiseerd, met daarnaast een aantal bovenregionale en landelijke functies. Er kunnen ongeveer 40 gebieden worden onderscheiden; in ruim de helft daarvan zijn psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's en instellingen voor beschermd wonen ver gevorderd met de gezamenlijke organisatie van de GGZ, waarbij veelal ook wordt samengewerkt met psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Centraal in deze regionale samenwerkingsvormen staan de multifunctionele eenheden (MFE's). Deze MFE's bieden ambulante hulp en kortdurende opnames, zowel voor patiënten die een kortdurende behandeling nodig hebben, als voor patiënten die langdurig zijn aangewezen op zorg, maar in principe zelfstandig wonen. Ik acht de deelname van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen aan de MFE's van essentieel belang. Op deze wijze kan een geïntegreerd aanbod van klinische, poliklinische acute en ambulante zorg en behandeling worden gerealiseerd onder gezamenlijke regie van alle betrokken partijen. Bij deelname van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen aan een MFE is het van belang dat de liaison-psychiatrie en de zorg voor mensen met comorbiditeit voldoende tot hun recht komen. De aanbevelingen die hierover zijn gedaan in het advies Ziekenhuis-psychiatrie, «Over de grenzen heen» (1995) onderschrijf ik dan ook. Thans zijn er 28 MFE's operationeel en zijn er 27 in voorbereiding. Naast dit hulpaanbod in MFE's verzorgen de psychiatrische ziekenhuizen specifieke behandel functies en, evenzo als de instellingen voor beschermd wonen, de asielfunctie.

De vorming van een regionaal georganiseerde GGZ is vaak een ingrijpend proces. Zo dient het personeel van de onderscheiden instellingen, elk met hun eigen cultuur, leren samen te werken in gezamenlijk gehuisveste teams.

Om de samenwerking optimaal vorm te kunnen geven, besluiten steeds meer instellingen tot een fusie. De fusiepartners zijn veelal psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG's, hoewel ook steeds vaker de instellingen voor beschermd wonen in deze fusietrajecten participeren. Voor zover ik thans kan overzien, is de verwachting gewettigd dat binnen een paar jaar meer dan de helft van de psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG's gefuseerd zal

zijn tot regionale GGZ-instellingen, al dan niet met participatie van de regionale instellingen voor beschermd wonen.

Ik acht dit samengaan van instellingen een nastrevenswaardige ontwikkeling en ik zal deze dan ook met kracht bevorderen. De nieuw ontstane regionale GGZ-instellingen hebben optimale mogelijkheden om zorg op maat te leveren en de hun beschikbare middelen doelmatig in te zetten. Wel dienen deze regionale instellingen het totale scala van hulpverlening te blijven bieden dat op dit moment door de afzonderlijke instellingen wordt geboden en zich niet te eenzijdig gaan richten op wat wel genoemd wordt de «harde psychiatrie». Het zorgaanbod dient aan te sluiten op de gedifferentieerde hulpvraag in de regio.

Ik kies ervoor de hierboven beschreven ontwikkeling vooralsnog bottom-up te laten plaatsvinden omdat dat de beste garanties biedt voor partijen om met respect voor elkaars inbreng de GGZ regionaal te organiseren. Een samengaan van instellingen louter op grond van een voorschrift van de overheid, werkt naar mijn mening contraproductief. Dat houdt echter niet in dat instellingen zich op het punt van samenwerking, al dan niet uitmondend in een samengaan tot een regionale GGZ-instelling, vrijblijvend kunnen opstellen. Indien er aanwijzingen zijn dat het proces van toenemende samenwerking stopt, zal ik mij beraden op maatregelen om dit proces te versnellen.

Mede met het oog op de aanzienlijke veranderingen in de wijze waarop de huidige voorzieningen de zorgverlening organiseren en aanbieden, vraagt het aspect van de kwaliteit voortdurende aandacht, zowel van beroepsbeoefenaren als van het management van instellingen. Ingevolge de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de aanbieder primair verantwoordelijk voor de systematische bewaking van de kwaliteit; de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt daarop toezicht en doet daarvan op verschillende wijze verslag, onder meer in de Staat op de Gezondheidszorg.

Aan ZON is opdracht gegeven voor een driejarig stimuleringsprogramma «Kwaliteit en GGZ». Dit programma zal een verdere impuls aan de ontwikkeling van kwaliteit in de GGZ geven. Bijzondere aandacht zal daarbij in ieder geval uitgaan naar de zogenoemde ketenkwaliteit in de GGZ en naar de kwaliteitsontwikkeling bij het transmurale zorgaanbod.

De vermaatschappelijking van de zorg

De voortschrijdende samenwerking tussen GGZ-instellingen gaat gepaard met de ontwikkeling van nieuwe extramurale zorgvormen ten behoeve van de vermaatschappelijking van de zorg voor de chronisch psychiatrisch zieken. Voorbeelden daarvan zijn arbeidsrehabilitatie, case-management, psychiatrische thuiszorg, begeleid zelfstandig wonen, ambulante woonbegeleiding en dagstructurering. Mede door het ontstaan van deze nieuwe zorgvormen behoeven patiënten minder lang te worden opgenomen². Via het Zorgvernieuwingsfonds en via de mogelijkheden voor substitutie binnen bestaande budgetten, wordt de invoering van deze nieuwe hulp- en begeleidingsvormen gestimuleerd. Een andere vorm van stimulering is de aanmerking van vernieuwingsgezinde regio's als zogenoemde «zorgvernieuwingsregio's». Regio's die voldoen aan een aantal door het Landelijk Overleg Zorgvernieuwing (LOZ)³ opgestelde en door mij overgenomen criteria op het gebied van samenwerking en zorgvernieuwing en tevens een door verzekeraars en cliënten ondersteund beleidsplan hebben waaruit blijkt dat zij binnen 4 jaar een regionaal geïntegreerd aanbod realiseren, verleen ik het predikaat van zorgvernieuwingsregio. Voor de betreffende regio's zal ik bezien op welke wijze ik eventuele belemmeringen voor verdere zorgvernieuwing kan wegnemen, opdat zij een voorbeeldfunctie voor andere regio's kunnen hebben. Inmiddels heb ik 14 regio's een dergelijk predikaat toegekend.

² In 1980 verbleef 59% van de patiënten van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis daar korter dan 3 maanden. In 1994 is dat 72%. Door de verkorting van de gemiddelde verblijfsduur is wel de zorgintensiteit per bed behoorlijk toegenomen.

³ In het LOZ zijn vertegenwoordigd GGZ-aanbieders, zorgverzekeraars en cliënten. Het LOZ wordt ondersteund door het Trimbos-instituut.

Inspirerend in het kader van de vermaatschappelijking van de GGZ vind ik het ontstaan van de zogenoemde «consumer-run» projecten op het gebied van wonen, begeleiding en dagopvang. Dit zijn door (ex)patiënten zelf opgezette projecten die zij ook zelf in stand houden. Het gaat thans nog om bescheiden aantallen, mede gefaciliteerd door het Zorgvernieuwingsfonds. Ik juich deze ontwikkeling van begeleiding en opvang voor en door (ex)patiënten toe en zal deze waar mogelijk ondersteunen. Ook in de toekomst zal voor dit soort activiteiten een beroep gedaan kunnen worden op het Zorgvernieuwingsfonds. Voorts kan wellicht de introductie van een persoonsgebonden budget in de GGZ deze ontwikkeling versnellen⁴.

Terzijde merk ik in dit verband op dat ik de inbreng van de cliënten in de ontwikkeling door de zorgaanbieders van een vernieuwd GGZ-zorgaanbod, nog sterk onvoldoende acht. Deze inbreng steekt nogal pover af bij de zeer betekenisvolle versterking van de materiële en formele rechtspositie van de cliënt die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden⁵. Zo blijkt dat bij slechts 8% van de circa 640 zorgvernieuwingsprojecten waaraan algemene psychiatrische ziekenhuizen deelnemen, een cliëntenorganisatie is betrokken; dit ondanks het feit dat de Ziekenfondsraad een dergelijke betrokkenheid als voorwaarde stelt⁶. In een eerste peiling onder deskundigen over de vorderingen van de vermaatschappelijking van de GGZ, wordt de cliëntenparticipatie genoemd als het terrein waarop de minste vorderingen zijn geboekt⁷.

Een belangrijke oorzaak van deze lacune is naar mijn mening dat de GGZ een sterke en goed georganiseerde cliëntenorganisatie mist. Om die reden houd ik vast aan mijn in beleidsbrief Patiënten/consumentenbeleid (TK, 1994–1995, 22 702, nr. 11) neergelegde standpunt dat de drie bestaande organisaties (Cliëntenbond, Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de GGZ en Pandora) samengevoegd dienen te worden tot één nieuwe krachtige organisatie. Ik heb hierover regelmatig overleg gevoerd met de Stuurgroep Integratie GGZ-clieëntenorganisaties en met de betrokken organisaties. Daaruit is mij gebleken dat deze integratie voor de organisaties geen makkelijk traject is. Toch zal ik in mijn verdere gesprekken erop aan sturen dat nog dit jaar enkele beslissende stappen kunnen worden gezet.

Ondanks de in grote lijnen positieve ontwikkelingen in de vermaatschappelijking van de GGZ, ben ik van mening dat deze zich zonder extra impuls in onvoldoende mate en met onvoldoende tempo zullen doorzetten. Hoewel de situatie per regio aanmerkelijk verschilt, wordt over het algemeen nog te veel voor de oplossing van GGZ-problematiek gedacht in termen van ziekenhuisopnamen en wordt er nog te weinig geïnvesteerd in extramurale vormen van behandeling, begeleiding en verzorging. Zo zijn er regio's waarin het psychiatrisch ziekenhuis zijn volledige toegelaten capaciteit nog vrijwel uitsluitend inzet voor intra- en semimurale zorg⁸. Uit recent onderzoek blijkt ook dat chronische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen nog onvoldoende doorstromen naar beschermde woonvormen⁹. Bovendien is aan de orde de vraag of ten behoeve van een verdere vermaatschappelijking van de GGZ niet nadere voorwaarden moeten worden geschapen op het gebied van het scheiden van wonen en zorg en op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning. Over deze onderwerpen heb ik april 1996 advies gevraagd aan de RVZ die in november dat jaar adviseerde met het rapport «Thuis in de GGZ.»

1.2 Het advies van de RVZ: «Thuis in de GGZ»

De kern van het advies van de RVZ is dat de vermaatschappelijking van de zorg voor chronische patiënten moet worden versneld en geïntensiveerd. Daartoe doet de Raad kort samengevat een viertal voorstellen:

⁴ Door de Ziekenfondsraad wordt thans in drie regio's geëxperimenteerd met de toepassing van een persoonsgebonden budget in de GGZ. Na twee jaar zullen deze experimenten worden geëvalueerd. Op grond van deze evaluatie zal ik bezien of het wenselijk is een persoonsgebonden budget in de GGZ in te voeren.

⁵ De afgelopen drie jaar zijn de volgende patiëntenwetten in werking getreden: de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet mentorschap, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

⁶ Borgesius, E en Brunenberg, W., Nieuwe zorg van het psychiatrisch ziekenhuis. Een inventarisatie van zorgvernieuwingsprojecten, MGv 51 (1996), 12, 1267–1281.

⁷ Jansen, M., Panelonderzoek zorgvernieuwing bij langdurig hulpafhankelijke GGZ-clieënten; eerste resultaten, 1997.

⁸ Het Trimbos Instituut schat dat de afgelopen 15 jaren, alle psychiatrische ziekenhuizen tezamen 10 tot 13 % van hun bedden hebben omgezet in ambulante zorgvormen.

⁹ Haveman, e.a., 1995

– Versneld afbouwen van een groot aantal bedden en plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen.

Volgens de Raad verblijft er op dit moment een aantal chronische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen dat met een ambulant begeleidingsaanbod in principe zelfstandig kan wonen. Dit aantal schat de Raad op ± 8000. De Raad stelt voor om in de komende 5 tot 10 jaar 6000 bedden en plaatsen versneld af te bouwen. De daarbij vrijkomende middelen moeten worden ingezet om voor deze doelgroep de psychiatrische thuiszorg en de maatschappelijke ondersteuning op te bouwen.

– Aanpassen van de sturings- en verzekeringsregelgeving om de versnelling en intensivering van de vermaatschappelijking te faciliteren.

Zorgaanbieders moeten volgens de Raad hun zorgaanbod in modules organiseren, die flexibel gecombineerd kunnen worden. De zorgaanpakken ex AWBZ dienen daarop te worden aangepast: functiegericht in plaats van voorzieninggebonden. Er dienen regionale contactkantoren te worden opgericht die samen met cliënten, aanbieders en gemeenten regionale zorgvisies opstellen. Deze zijn gebaseerd op de landelijke sectorale zorgvisie en vormen het kader op basis waarvan de contactkantoren de zorg contracteren. In de landelijke sectorale zorgvisie dienen volgens de Raad strikte normen voor de intramurale capaciteit te worden opgenomen. De intramurale planning vindt transparant plaats: geplande bedden zijn echte bedden en geen «luchtbedden of bedden zonder pootjes¹⁰».

De Raad adviseert verder om de instellingen tot verdere extramuralisering te prikkelen door in de huidige budgetten percentages vast te leggen die, in overleg met verzekeraars en cliënten, minimaal aan zorgvernieuwing en vermaatschappelijking moeten worden besteed.

– De met de afbouw van bedden te bekostigen maatschappelijke ondersteuning, dient voorlopig AWBZ-gefinancierd te blijven. Op de langere termijn moeten deze voorzieningen volgens de Raad echter buiten het ziektekostenstelsel worden geplaatst en onderdeel worden van het integrale gemeentelijke beleid voor mensen met langdurige functiebeperkingen. De Raad voegt daar aan toe dat de aanspraken op deze voorzieningen wettelijk moeten worden omschreven en dat het dient te gaan om een voor de burger afdwingbaar recht.

– Op korte termijn dient een striktere fysieke scheiding te worden aangebracht tussen het wonen en de zorg voor chronische psychiatrisch zieken. Op de langere termijn zouden de GGZ-instellingen de exploitatie van de huisvesting van patiënten voor wie het wonen geen onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van de zorg en de behandeling, moeten afstoten naar de sector van de volkshuisvesting. Deze scheiding tussen wonen en zorg zou ook in de zorgaanpakken en de financiering moeten worden doorgevoerd, aldus de Raad.

De zorgvisie van de Raad

Bovenstaande maatregelen zouden er volgens de Raad toe leiden, dat de hulp aan chronische GGZ-patiënten er als volgt uit komt te zien.

De hulp is integraal, flexibel, individueel afgestemd en zo gewoon mogelijk. Deze hulp wordt in beginsel verleend in de sociale omgeving van de cliënt in de vorm van psychiatrische thuiszorg en woonbegeleiding. Daarbij ligt het accent vooral op het geven van praktische steun, het bieden van structuur en op het trainen van sociale vaardigheden.

De hulp wordt gegeven door ambulante teams. Opnamen zijn tijdelijke onderbrekingen van een in de regel ambulant proces. Dergelijke opnamen duren in beginsel niet langer dan 6 maanden, zo nodig gevolgd door klinische resocialisatie. Voor slechts een beperkt aantal personen is langdurige intensieve bescherming, psychiatrische verpleging en

¹⁰ Hiermee wordt bedoeld op bedden die als bed zijn gepland, maar als zodanig niet (meer) bestaan omdat zij zijn gesubstitueerd in andere zorgvormen.

24-uurstoezicht noodzakelijk. De intramurale rol van de psychiatrische ziekenhuizen is derhalve beperkt tot kortdurende klinische opnamen, klinische resocialisatie; daarnaast hebben zij een beperkte asiel functie. De huidige instellingen voor beschermd wonen zijn vooral aanbieders van ambulante woonbegeleiding, intensieve verpleging en verzorging en van resocialisatie. In die toekomstige situatie zal sprake zijn van een continuüm van woon-zorg-welzijnscombinaties en een gedifferentieerd aanbod van woonvormen, zorg en welzijnsvoorzieningen.

1.3 Standpunt op het advies van de RVZ

De raad bevestigt mijn mening dat het proces van vermaatschappelijking van de GGZ versneld en geïntensiveerd dient te worden. Het advies en de door de Raad geschetste zorgvisie sluiten derhalve aan bij mijn streven naar versterking en normalisatie van de positie van chronisch zieken. De Raad heeft de noodzakelijke voorwaarden voor een verdere vermaatschappelijking van de GGZ consequent doordacht en in die zin vormt het advies een uitdaging voor alle betrokken partijen in de GGZ: de overheid, de zorgaanbieders, de verzekeraars, de cliëntenorganisaties en de maatschappelijke organisaties op het terrein van zorg, wonen en welzijn.

De extramuralisering van het zorgaanbod

De vraag hoeveel van de huidige bedden en plaatsen in de intramurale GGZ¹¹ geëxtramuraliseerd dienen te worden en in welk tempo, moet naar mijn oordeel evenwel genuanceerd worden benaderd. De volgende overwegingen zijn in dat verband van belang:

- De extramuralisering mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van het leven. Voor een deel van de thans opgenomen langdurig zieken zal het leven zeker aan kwaliteit winnen indien zij in staat worden gesteld om zelfstandig buiten de instellingsmuren te gaan wonen. Voorwaarde daarvoor is natuurlijk wel, zoals de Raad ook opmerkt, dat de afbouw van de huidige intramurale capaciteit gepaard gaat met het gelijktijdig opbouwen van een goed en samenhangend extramuraal alternatief. Ook bij het voorhanden zijn van zo'n alternatief, zal er evenwel sprake zijn van een categorie patiënten die wellicht wel in staat zou zijn tot een min of meer zelfstandig bestaan, maar daarvoor moet «betalen» met een aanzienlijke verlaging van de levenskwaliteit. Voor deze categorie van patiënten dient de asiel functie van de psychiatrische ziekenhuizen en de instellingen voor beschermd wonen overeind te blijven. De vermaatschappelijking van de GGZ mag naar mijn mening niet leiden tot een verdere verschraling van het toch vaak al marginale bestaan van deze patiënten.
- Genoemde asiel functie is in ieder geval onmisbaar voor het zogenoemde «oud-chronisch bestand». Vele ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen hebben patiënten binnen hun muren die daar reeds sinds jaar en dag verblijven. Deze, vaak oudere patiënten, zijn in de loop der tijd zodanig gehospitaliseerd dat zij niet meer in aanmerking komen voor een extramuraal vorm van huisvesting. Wel dient vanzelfsprekend steeds voor deze categorie van bewoners te worden bezien of het psychiatrisch ziekenhuis uit oogpunt van kwaliteit van leven en doelmatigheid van zorg, de meest aangewezen instelling is, of dat dit een ander soort instelling is, bijvoorbeeld een verpleeghuis of een instelling voor beschermd wonen.
- De mate van extramuralisering in de GGZ dient afgestemd te zijn op het draagvlak van de samenleving: zowel voor het thuismilieu als voor de buurt kan de extramuralisering een belasting met zich brengen. Weliswaar blijkt uit een recente enquête dat de Nederlandse burger in grote mate bereid is om een psychiatrische patiënt als buur te accepteren¹², uit de praktijk blijkt echter dat die bereidheid afneemt wanneer die situatie zich

¹¹ De intramurale GGZ telde in 1994 27 985 erkende bedden en 5080 plaatsen beschermd wonen.

¹² PSY, Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg, nr.1, 6 maart 1997.

ook daadwerkelijk voordoet. In dat verband moet ook een goede spreiding van patiënten over wijken en buurten gegarandeerd kunnen worden. Vermaatschappelijking is immers niet uitsluitend in de GGZ aan de orde, maar ook in andere zorgsectoren, waaronder de verslavingszorg. Met het oog op overlast en negatieve reacties vanuit de woonomgeving, moet voorkomen worden dat «bijzondere» doelgroepen zich gaan concentreren in bepaalde buurten. Extramuralisering werkt averechts indien het leidt tot een aantasting van het leefklimaat in buurten.

– Op dit moment bevinden zich in de samenleving psychiatrisch zieken die weigeren hulp te accepteren en die niet bereid zijn om zich op te laten nemen. Een aantal van deze mensen die niet de noodzakelijke zorg ontvangt of wenst te ontvangen, dreigt in een steeds verder aftakelingsproces te geraken en/of veroorzaakt hun omgeving behoorlijk wat overlast. Veelal wordt deze groep aangeduid als verloederden en verkommerden. Uit het rapport van de Evaluatiecommissie Wet Bopz blijkt dat verder onderzoek naar deze problematiek gewenst is, omdat thans nog niet duidelijk is of de oorzaak uitsluitend gelegen is in de huidige wettelijke bepalingen over onvrijwillige opname, of dat andere factoren daarbij een rol spelen. In het regeringsstandpunt op de evaluatie van de wet Bopz zal uitgebreid op dit vraagstuk worden ingegaan. Daarbij worden zowel aanscherping van de opnamecriteria van de Wet Bopz als de mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling en van zogenoemde «zelfbindingscontracten» in ogenschouw genomen. Indien het overleg met de Kamer over dit standpunt ertoe zou leiden dat de criteria voor onvrijwillige opname van patiënten worden herzien, kan dat gevolgen hebben voor de intramurale capaciteit die ziekenhuizen beschikbaar dienen te houden.

– Er is sprake van knelpunten in de doorstroming van het TBS-circuit naar de reguliere GGZ. Ook bevinden zich in justitiële inrichtingen personen die in feite in de GGZ-instelling behandeld dienen te worden. Over de aanpak van deze vraagstukken, waarbij de ministeries van VWS en Justitie nauw samenwerken, is de Kamer reeds afzonderlijk bericht¹³. Hier zij volstaan met de opmerking dat voor deze aanpak voldoende intramurale GGZ-capaciteit beschikbaar moet zijn.

– Ten slotte dient bij het bepalen van het tempo van de extramuralisering van de GGZ het thans in gebouwen voor intramurale zorg geïnvesteerde kapitaal in de beschouwingen te worden betrokken.

Bovenstaande overwegingen leiden ertoe dat ik mij niet wil vastleggen op het scenario dat de Raad voorstelt, zijnde een extramuralisering van 6000 intramurale bedden en plaatsen over een periode van 5 à 10 jaar. Het door de Raad genoemde aantal, in combinatie met de aangegeven tijdsperiode, acht ik in het advies onvoldoende onderbouwd om als ijkpunt te kunnen dienen voor het beleid.

Deze kanttekening doet overigens niets af aan mijn standpunt dat de extramuralisering van de GGZ met kracht moet worden voortgezet: instellingen dienen veel meer dan thans het geval is hun intramurale zorgaanbod om te zetten in extramurale zorgvormen. Wel dient het proces beheerst te verlopen in de zin dat ik gaandeweg dat proces wil bezien tot hoever het verantwoord is de lijn van de extramuralisering door te trekken. De mate en het tempo waarin de GGZ en andere maatschappelijke voorzieningen erin slagen om synchroon aan de afbouw van bedden afdoende maatschappelijke steunfuncties te ontwikkelen, is in dit verband vanzelfsprekend een cruciale factor.

Aansturing van de extramuralisering

Ik heb met het oog op het voorgaande het voornemen het proces van de extramuralisering van de GGZ nadrukkelijker aan te sturen dan tot dusverre het geval is geweest. Niet alleen moet voorkomen worden dat

¹³ Zie daarvoor onder andere het kabinetsstandpunt op het rapport Doelmatig behandelen en de rapportage van werkgroep Forensische zorg, het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg.

regio's achterblijven en hun zorgaanbod te veel rond het bed blijven organiseren, ook moet worden voorkomen dat regio's «te ver» gaan in de zin dat zij hun aandacht en hulpaanbod te nadrukkelijk richten op de categorie van patiënten waar «nog iets mee kan buiten de muren van de instelling». Dat laatste is vooralsnog slechts een theoretisch gevaar, doch op grond van de per 1-1-1998 voorziene flexibilisering van de zorgaanspraken wordt het in principe mogelijk dat de psychiatrische ziekenhuizen en de instellingen voor beschermd wonen 100% van hun capaciteit substitueren naar extramurale zorgvormen. De mogelijkheid die de instellingen daarmee wordt geboden hun zorgaanbod te extramuraliseren, mag er niet toe leiden dat de psychiatrische ziekenhuizen onvoldoende aandacht geven aan belangrijke kernfuncties als het geven van (specialistische) behandelingen en het bieden van asiel aan mensen die zich voor bepaalde of onbepaalde tijd niet buiten een instelling staande kunnen houden. Mede in verband daarmee merk ik op dat er tegen gewaakt dient te worden dat de psychiatrische ziekenhuizen als gevolg van de extramuralisering voor zowel degenen die daar verblijven, als degenen die daar werken, onaantrekkelijke instituten worden.

Ten slotte is een nadrukkelijker sturing nodig om een meer evenwichtige spreiding van middelen over de regio's te bereiken, teneinde in alle regio's gelijke voorwaarden te scheppen voor de vermaatschappelijking van de GGZ.

Thans is de sturing en beheersing in de GGZ vooral gericht op het intramurale zorgaanbod en geschiedt deze uitsluitend met de capaciteitsmaten bed en deeltijdplaats. Aansturing van de extramuralisering van het zorgaanbod is met dit sturingsinstrumentarium niet goed mogelijk. De voorgenomen Wet Bouwbeheersing zorgsectoren (WBZ), in combinatie met de voorgenomen flexibilisering van de zorgaanspraken in de AWBZ, biedt naar mijn mening wél een afdoende instrumentarium om de GGZ op adequate wijze aan te sturen. Ik licht dat als volgt toe.

In het kader van de voorgenomen WBZ zal ik mede op basis van de door de provincies op te stellen regiovisies, een sectorale zorgvisie voor de GGZ opstellen. In deze sectorale zorgvisie zal ik een bandbreedte (minimum- en maximumnorm) aangeven voor het aantal intra- en semimurale plaatsen dat in een regio beschikbaar dient te zijn¹⁴. De rest van de regionale normcapaciteit dient dus beschikbaar te zijn voor extramurale zorg. Via een in de voorgenomen WBZ aan te brengen koppeling tussen de sectorale zorgvisie en de voorwaarden voor toelating van instellingen tot AWBZ-financiering, kunnen de ziekenhuizen en de instellingen voor beschermd wonen gehouden worden deze bandbreedte in acht te nemen.

Over de vast te stellen ondergrens van de bandbreedte, dus de intra- en semimurale GGZ-capaciteit die in de regio's minimaal aanwezig moet zijn, zal ik mij nader beraden en laten adviseren door onder andere het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Ook de ervaringen in andere landen zullen daarbij betrokken worden. Zo beschikt Zweden, berekend naar het aantal inwoners, over ongeveer 50% van de Nederlandse beddenscapaciteit; in Engeland, de VS, Australië en Italië, ligt dit percentage nog lager. Volgens gegevens van het Trimbos-instituut zou minimaal 40% van de normcapaciteit aanwezig moeten zijn in de vorm van bedden waarop 24-uurs zorg wordt gegeven. Deze cijfers liggen op dit moment evenwel te ver af van de huidige Nederlandse situatie om verantwoord als uitgangspunt voor de korte termijn te dienen. In de sectorale zorgvisie zal ik aangeven welke ondergrens voor de intra- en semimurale GGZ-capaciteit als start verantwoord is.

De bepaling van de bovengrens van de bandbreedte, dus het percentage van de regionale GGZ-capaciteit dat maximaal in de vorm van intra- en semimuraal zorgaanbod aanwezig mag zijn, dient te worden

¹⁴ Daaronder worden begrepen: bedden, plaatsen beschermd wonen en plaatsen deeltijdbehandeling.

afgestemd op het voorgenomen beleid met betrekking tot de flexibilisering van de AWBZ-aanspraken. Onderdeel van deze voornemens is immers dat GGZ-instellingen minimaal een nader vast te stellen percentage van het huidige budget inzetten voor zorgvernieuwing¹⁵. Op dit moment denk ik aan 5%, zij het dat ik voornemens ben dit percentage de komende jaren flink te laten toenemen.

Het tempo en de mate van vermaatschappelijking van de GGZ kan op bovenbeschreven wijze via de sectorale zorgvisie worden bepaald en wel door middel van het verlagen van de onder- en bovengrens van de bandbreedte voor de intra- en semimurale GGZ-capaciteit. Op deze wijze meen ik de vermaatschappelijking van de GGZ adequaat te kunnen aansturen: op hoofdlijnen en niet gedetailleerder dan strikt genomen nodig om de vermaatschappelijking van de GGZ een beheerst en controleerbaar proces te laten zijn. Deze wijze van aansturing van de vermaatschappelijking van de GGZ sluit naar mijn oordeel nauw aan bij hetgeen de Raad in zijn advies voorgesteld met betrekking tot de aanpassing van de sturings- en verzekeringsregelgeving.

Op hoofdlijnen ziet het sturingsinstrumentarium voor de GGZ er dan als volgt uit:

- de kwaliteit van de zorgverlening wordt gereguleerd door de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG;
- de toegankelijkheid van de zorgverlening wordt gewaarborgd door de zorgaanspraken ex AWBZ;
- de beschikbaarheid van het intra- en extramurale zorgaanbod wordt gereguleerd via de WBZ (regiovisie) in combinatie met de AWBZ;
- de beheersing en doelmatige besteding van de beschikbare middelen wordt ten slotte gereguleerd via de budgetmaximering en de kostenconforme tarieven ex WTG.

Maatschappelijke ondersteuning

Ik ben het met de Raad eens dat een afbouw van de intramurale GGZ-zorg alleen verantwoord is indien gelijktijdig met deze afbouw een forse investering plaatsvindt in de opbouw van maatschappelijke steunfuncties. In dit verband wil ik met name het belang onderstrepen van de steunfuncties die zich richten op de reïntegratie van betrokkenen in de samenleving, zoals de arbeidsrehabilitatie. Ervaringen uit het buitenland laten zien dat anders de vermaatschappelijking van de GGZ leidt tot uitsluiting, verkommering en vereenzaming. Om die gelijktijdigheid, als ook de samenhang tussen de ambulante zorgverlening en maatschappelijke ondersteuning, te garanderen, is het inderdaad naar mijn mening een goede zaak indien die opbouw mede plaatsvindt met AWBZ-gelden die bij het omzetten van intramurale zorgvormen beschikbaar komen. Voor de regie van die opbouw dienen de GGZ-instellingen afspraken te maken met de lokale overheden. Deze overheden hebben immers ook duidelijke verantwoordelijkheden voor de ontwikkeling van maatschappelijke steunfuncties. Daarnaast hebben vanzelfsprekend ook andere maatschappelijke sectoren als onderwijs, werkgelegenheid en huisvesting een verantwoordelijkheid als het gaat om reïntegratie van chronisch psychiatrisch zieken in de maatschappij: de vermaatschappelijking van de GGZ vraagt derhalve om een intersectorale benadering. Deze intersectorale benadering van de vermaatschappelijking, die overigens niet alleen van belang is voor de GGZ, maar evenzeer voor de zorg voor somatisch chronisch zieken, de verslaafdenzorg, de ouderenzorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten, dient naar mijn mening een centrale plaats te krijgen in de regiovisies die ingevolge de voorgenomen WBZ worden opgesteld. Deze regiovisies, ten aanzien waarvan de provincies en de zeven grote steden een stimulerende en coördinerende rol vervullen, zijn

¹⁵ Onder zorgvernieuwing wordt in dit verband verstaan zorgvormen die gericht zijn op de vermaatschappelijking van de GGZ.

immers bij uitstek gericht op het aanbrengen van samenhang in de gewenste ontwikkelingen op de verschillende terreinen van zorg. Hierdoor ontstaat een voor de regio afgestemd totaalbeeld van gewenste ontwikkelingen in de zorg, waarvan de vermaatschappelijking van de zorg voor chronisch zieken een belangrijk element vormt.

Of het wenselijk is het deel van de maatschappelijke steunfuncties dat door de GGZ-sector wordt opgebouwd, op de langere termijn geheel of gedeeltelijk uit deze sector weg te halen en tot de verantwoordelijkheid van de lokale overheden te maken, zoals de Raad adviseert, dient naar mijn oordeel te zijner tijd mede aan de hand van praktijkervaringen te worden gezien. Op dit moment kan daarover worden gezegd dat voor een dergelijke overheveling pleit dat lokale overheden ook nu reeds een min of meer integrale verantwoordelijkheid hebben voor de maatschappelijke ondersteuning van hun kwetsbare burgers en dat de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van chronisch psychiatrisch zieken daar in principe goed in past. Voorts zou een dergelijke overheveling onmiskenbaar bijdragen aan de normalisatie van het leven van betrokkenen. Een tegenargument voor overheveling is dat de zorg voor en de begeleiding en maatschappelijke ondersteuning van de doelgroep, gezien de psychische en cognitieve problematiek, vrijwel onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

Een en ander laat overigens onverlet dat nu reeds aanbieders, lokale overheden en algemene welzijnsvoorzieningen kunnen gezien op welke wijze de algemene welzijnsvoorzieningen meer toegankelijk kunnen worden gemaakt voor chronisch psychiatrisch zieken. Deze toegankelijkheid is thans beperkt, mede door het soms afwijkende en oninvoelbare gedrag van sommige patiënten. De GGZ kan bijdragen aan het vergroten van deze toegankelijkheid door het beschikbaar stellen van deskundigheid en mogelijkheden voor consultatie.

De bevordering van de samenhang tussen de GGZ en de maatschappelijke ondersteuning van chronisch psychiatrisch zieken en de eventuele overheveling van maatschappelijke steunfuncties van de GGZ naar de lokale overheden, zal geschieden in overleg met de VNG, de koepel van GGZ-instellingen en de betrokken andere departementen, waaronder SoZaWe, VROM en OCenW.

Scheiden van wonen en zorg

Het thema scheiden van wonen en zorg speelt in de gehele AWBZ-gefinancierde zorg. Over het plan van aanpak is u in de brief van 20 december 1996 over dit onderwerp bericht. De idee vind ik nastrevenswaardig; zij sluit ook aan op de huidige ontwikkelingen in het veld, waar steeds meer een fysieke scheiding tussen wonen en zorg wordt doorgevoerd en waar steeds meer gebruik wordt gemaakt van genormaliseerde woonvormen. Ook in de ouderenzorg en in de zorg voor (verstandelijk) gehandicapten zijn deze ontwikkelingen aan de orde. Kortheidshalve verwijs ik daarvoor naar bovengenoemde brief. In lijn met het in die brief geschetste besluitvormingstraject, zal ik ook mijn standpunt bepalen over de mogelijkheden van scheiding van wonen en zorg in de GGZ, zowel in bestuurlijke als in financiële zin. Voorts is het zo dat de RVZ medio dit jaar een nader advies zal uitbrengen over dit onderwerp.

Een en ander laat overigens onverlet dat binnen de GGZ-sector verdere voortgang gemaakt kan worden met het doorvoeren van een fysieke scheiding van wonen en zorg en het gebruik maken van meer genormaliseerde vormen van wonen. De huisvestingsplannen van instellingen zal ik kritisch op dit punt bezien. Voorts zal ik een aantal projecten ondersteunen waarin een vergaande scheiding van wonen en zorg wordt doorgevoerd. Deze projecten dienen om informatie te genereren over de vraag welke

inhoudelijke, financiële en bestuurlijke problemen zich bij zo'n scheiding voordoen en hoe deze opgelost kunnen worden. Door de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) kunnen deze projecten begeleid worden en kan de uitwisseling van ervaringen worden ondersteund.

2 Indeling van de GGZ in de verzekeringscompartimenten

Op dit moment zijn alle onderdelen van de GGZ verzekerd in het eerste compartiment (AWBZ). In deze paragraaf komt de vraag aan de orde of het aangewezen is onderdelen van de GGZ over te hevelen naar het tweede, dan wel het derde compartiment. Mijn standpunt over overheveling naar het tweede compartiment is dat het thans niet verantwoord is om een dergelijke beslissing te nemen; eerst dienen de mogelijke nadelige effecten in kaart te worden gebracht. Overheveling van delen van de AWBZ-gefinancierde GGZ naar het derde compartiment, acht ik niet gewenst. Indien volgens het professionele oordeel van huisarts en GGZ-hulpverlener iemand het zonder GGZ-hulp niet redt, dient deze hulp onderdeel te zijn van het collectief gefinancierde zorgaanbod.

2.1 Overheveling naar het tweede compartiment

Tot 1 januari 1989 werd slechts een deel van de geestelijke gezondheidszorg uit de AWBZ gefinancierd. Dat betrof de hulpverlening door de RIAGG en de RIBW, alsmede de opname en de behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis na het eerste jaar. Het andere deel, de psychiatrische polikliniek, de psychiatrische deeltijdbehandeling, de hulp door de vrijgevestigd psychiater en de opname in het psychiatrisch ziekenhuis gedurende het eerste jaar, werd gefinancierd op basis van de Ziekenfondswet en particuliere ziektekostenverzekeraars. Met ingang van 1 januari 1989 werden laatstgenoemde voorzieningen ook onder de AWBZ gebracht. Met die beslissing werd ondermeer een verbetering van de inhoudelijke en bestuurlijke samenhang en van de substitutiemogelijkheden in de GGZ beoogd. Daarnaast vormde deze overheveling één van de eerste stappen in het kader van de modernisering van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Volgens de systematiek van de verzekeringscompartimenten is er strikt genomen reden om delen van de GGZ weer terug te brengen van het eerste naar het tweede compartiment. Het eerste compartiment is er immers voor de langdurende en onverzekerbare zorg en daarvan is binnen de GGZ lang niet altijd sprake: kenmerk van de GGZ is dat het zorgaanbod zowel «care» als «cure» omvat. Een belangrijk deel van het hulpaanbod binnen de GGZ is erop gericht om patiënten na een kortdurende interventie weer zelfstandig te laten functioneren; zo mogelijk voor langere duur en zo mogelijk klachtenvrij. Dit hulpaanbod komt derhalve in ieder geval volgens de indelingscriteria in aanmerking om overgeheveld te worden naar het tweede compartiment.

De vraag of het uit oogpunt van doelmatigheid ook wenselijk is die overheveling daadwerkelijk door te voeren, is evenwel complex. De doelmatigheidsimpuls die uitgaat van het verantwoordelijk maken van gebudgetteerde en dus risicodragende verzekeraars voor delen van de GGZ, moet worden afgewogen tegen de huidige en in ontwikkeling zijnde mogelijkheden in de AWBZ om de doelmatigheid van de zorg te verhogen¹⁶. Voorts dient, alvorens de wenselijkheid van een knip in de GGZ kan worden beoordeeld, het antwoord beschikbaar te zijn op een aantal belangrijke vragen omtrent de uitvoerbaarheid en gevolgen van zo'n knip. Het zijn vragen die voor een belangrijk deel verband houden met het specifieke karakter van de GGZ-hulpverlening en met het feit dat in de GGZ de kortdurende en de langdurende zorg door dezelfde instellingen wordt verleend. Het specifieke karakter van de GGZ brengt met zich mee

¹⁶ Te noemen in dit verband zijn de voorstellen voor objectieve indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg, de ontwikkeling van de poortwachtersfunctie, de protocollering, de budgetmaximering en de ontwikkeling in de GGZ van zogenoemde «kengetallen» op grond waarvan de productiviteit en doelmatigheid van de GGZ-instellingen zichtbaar kan worden gemaakt.

dat een kortdurende hulpverlening lang niet altijd éénmalig is: de GGZ kent vele «chronische» cliënten die meermalen in hun leven kortdurende ambulante hulp nodig hebben, soms ook een kortdurende opname. Het feit dat kortdurende en langerdurende zorg door dezelfde instellingen wordt verleend, betekent dat zich afwentelingsproblemen kunnen voordoen, analoog aan die bij de thuiszorg.

De belangrijkste vragen zijn:

- welke effecten heeft het brengen van GGZ-instellingen onder twee verschillende financierings- en sturingssystemen op de organisatie en de samenhang van de zorgverlening;
- kunnen afdoende maatregelen worden getroffen om eventuele nadelige effecten op te heffen;
- als een knip mogelijk blijkt, op welke wijze dient deze dan te worden aangebracht (diagnose, soort behandeling, tijdsduur van behandeling, zorgcircuit) opdat de knip praktisch uitvoerbaar is en het na te streven doel ook inderdaad wordt bereikt;
- op welke wijze kunnen afwentelingsmechanismen van het tweede op het eerste compartiment en vice versa worden voorkomen.

Omdat het hier gaat om fundamentele vragen, acht ik het thans niet verantwoord een beslissing te nemen over het al dan niet knippen in de GGZ. We kunnen nu immers niet overzien of de problemen die een knip met zich kan brengen, opwegen tegen eventuele voordelen. Met name til ik zwaar aan het risico van verstoring van de organisatie en de samenhang van de zorg doordat instellingen te maken krijgen met twee regimes van financiering en aansturing.

Gezien de mogelijke risico's van een knip in de GGZ, heb ik de RVZ gevraagd mij omtrent de knip in de GGZ van advies te dienen. Op grond van dat advies, dat ik dit najaar verwacht, zal ik mij opnieuw beraden over dit vraagstuk. Eén en ander zal ook in samenhang met de discussie terzake in de thuiszorg en andere terreinen worden gezien.

Tot slot merk ik op dat een noodzakelijke voorwaarde voor de invoering van een knip is, dat via een objectief en onafhankelijk indicatiesysteem, helder en eenduidig kan worden bepaald of een patiënt in aanmerking komt voor GGZ-hulp uit het eerste-, dan wel voor hulp uit het tweede compartiment. Wordt niet aan deze voorwaarde voldaan, dan ontstaat er een overlap en een open verbinding tussen beide compartimenten, met alle mogelijkheden voor afwenteling. Zoals de Kamer reeds in het kader van de indicatiestelling in de AWBZ is medegedeeld, wordt op dit moment binnen de GGZ een model van meer objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling ontwikkeld en geïnstrumenteerd. In 1998 zal hiermee worden geëxperimenteerd. Het voornemen is om op basis van deze experimenten en de ervaringen ter zake opgedaan in de thuiszorg, de objectieve, onafhankelijke indicatiestelling in de GGZ per 1-1-99 in te voeren.

2.2 Overheveling naar het derde compartiment

De GGZ en met name de ambulante GGZ, wordt reeds gedurende een aantal jaren geconfronteerd met een snel stijgende zorgvraag (zie daarvoor paragraaf 3 van deze brief). De daardoor groeiende spanningsrelatie tussen zorgvraag en beschikbare behandelcapaciteit heeft recentelijk geleid tot een opleving van de discussie over de vraag of mensen met levensproblemen toegang moeten hebben tot de collectief gefinancierde GGZ¹⁷. Deze discussie is binnen de GGZ breeduit gevoerd en gaat in termen van het advies «Keuzen in de Zorg» van de Commissie Dunning over de vragen of hulp bij levensproblemen als noodzakelijke zorg moet worden bestempeld en of deze hulp voor eigen rekening kan komen.

¹⁷ Aanzet tot deze discussie gaf A.P.M. Höppener met de stelling dat zaken als verdriet, leed en bij het leven horende spanning niet thuis horen in de collectief gefinancierde GGZ. Een stelling overigens die door velen binnen de GGZ wordt betwist. Van die velen is prof. dr. A. van Dantzig de actieve woordvoerder.

Mijn standpunt hierover is dat de vraag of er bij een beroep op GGZ-hulp al dan niet sprake is van een levensproblematiek, niet van wezenlijk belang is; waar het om gaat is of er sprake is van een psychische of psychiatrische stoornis. Levensproblemen als echtscheiding, ontslag, problemen op het werk of het verlies van dierbaren, behoren dan ook als zodanig niet tot het domein van de collectief gefinancierde GGZ. Het uitgangspunt is dat mensen deze problemen, die vaak inherent zijn aan het menselijke bestaan, in principe op eigen kracht dienen op te lossen. Voorkomen moet worden dat levensproblemen onnodig worden verpsychologiseerd en dat de idee ontstaat dat mensen deze problemen zonder GGZ-hulp niet de baas kunnen. In de praktijk blijken verreweg de meeste mensen ook zeer wel in staat om zonder professionele GGZ-hulp hun problemen te overwinnen. De één dankzij hulp in de privésfeer, al dan niet ondersteund met eerstelijns-hulpverlening (de huisarts, de eerstelijnspsycholoog, het maatschappelijk werk), anderen door een modus te vinden om met hun problemen te leven.

Eén en ander neemt echter niet weg dat levensproblemen in uitzonderlijke gevallen kunnen leiden tot ernstige psychische problemen of zelfs tot psychiatrische stoornissen. Of dat het geval is, hangt mede samen met de biologische, psychologische en maatschappelijke weerbaarheid van het individu. Deze psychische problemen of stoornissen kunnen het persoonlijke en maatschappelijk functioneren van betrokkenen ernstig bemoeilijken, met als mogelijke gevolgen verlies van werk, verlies van sociale relaties, uiteenvallen van het gezin, eenzaamheid e.d. Met nog extremere gevolgen dan hier genoemd, werden wij in Nederland onlangs meermalen op gruwelijke wijze geconfronteerd.

Waar levensproblemen ontaarden in psychische of psychiatrische problematiek, is er naar mijn mening onmiskenbaar wèl een verantwoordelijkheid van de collectief gefinancierde GGZ. Ik acht het ook van belang dat betrokkenen niet ontmoedigd worden om hulp te zoeken: tijdige behandeling in de GGZ kan het herstel bevorderen of verergering van de klachten voorkomen.

De toegang tot de collectief gefinancierde GGZ dient dus naar mijn mening niet beperkt te worden aan de hand van een onderscheid in soorten van problematiek. Een dergelijk onderscheid doet afbreuk aan de ernst en complexiteit van de situatie waarin veel hulpvragers verkeren en het veronachtzaamt de onlosmakelijke verbondenheid van sociale omstandigheden en psychische en psychiatrische symptomen. Beslissend is of iemand het al dan niet op eigen kracht redt. Dat betekent dat het professionele oordeel van de betrokken beroepsbeoefenaren bepalend is voor de vraag of er al dan niet sprake is van een noodzaak voor GGZ-hulp. Zij hebben de verantwoordelijkheid dat er een gepast gebruik van de GGZ wordt gemaakt en dat onnodige medicalisering en psychologisering wordt voorkomen. Hun oordeel dient toetsbaar te zijn en dient derhalve zo veel mogelijk plaats te vinden op basis van protocollen. Bij het beantwoorden van de vraag of GGZ-hulp is aangewezen, zal de mogelijkheid van een adequate hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog betrokkenen dienen te worden.

Voorwaarden voor een gepast gebruik van de GGZ zijn naar mijn oordeel een adequate poortwachterfunctie en een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. Wat betreft de poortwachtersfunctie kan worden opgemerkt dat daarin de huisarts, waar nodig in overleg met het maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog, een centrale rol dient te vervullen. Daarbij merk ik op dat de huisarts niet altijd voldoende kennis en vaardigheden heeft wat betreft psychische problemen om deze poortwachtersrol adequaat te vervullen. Van belang is dan ook dat de huisarts in die rol wordt ondersteund door de GGZ, bijvoorbeeld in de

vorm van consultaties. Dat een dergelijk samenwerking tussen huisarts en GGZ goede resultaten geeft, tonen bijvoorbeeld de ervaringen in Zeeland. Ik ben voornemens onderzoek te starten om de voorwaarden voor een adequate poortwachtersfunctie in de GGZ in kaart te brengen.

Behalve een adequate poortwachtersfunctie is het noodzakelijk dat die indicatiestelling in de GGZ objectief en onafhankelijk plaatsvindt. Het professionele oordeel moet zo mogelijk tot stand komen op grond van protocollen en dient inzichtelijk en toetsbaar te zijn. Op grond van protocollering wordt ook helder welke disciplines (psychiater, psychotherapeut, SPV-er, de eerstelijnspsycholoog, het algemeen maatschappelijk werk) aangewezen zijn om in een bepaald geval de hulp te bieden. Ik verwijs hiervoor naar de brieven aan de Kamer inzake de indicatiestelling in de AWBZ.

3 De toename van de zorgvraag in de GGZ

Er is sprake van een snel stijgende vraag naar GGZ-hulp en voorzien wordt dat deze tendens zich de komende jaren doorzet. Het gaat daarbij met name om een toenemende vraag naar ambulante GGZ-hulp. Deze paragraaf geeft een schets van deze ontwikkeling en van de maatregelen die nodig zijn om de ambulante GGZ in staat te stellen de toenemende hulpvraag op te vangen. Deze betreffen de vergroting van de doelmatigheid van de organisatie van de zorgverlening en een groei van de voor de ambulante GGZ beschikbare middelen.

De problematiek van de GGZ

Jaarlijks komt ongeveer 0.5 mln. Nederlanders met de gespecialiseerde GGZ in aanraking. Voor het merendeel gebeurt dat op eigen initiatief, al dan niet via een verwijzing van de huisarts. Een klein gedeelte vormt een gevaar voor zichzelf of voor anderen en wordt via een Bopz-procedure onvrijwillig opgenomen. Tenslotte zijn er mensen die zelf niet om hulp vragen maar deze wel hard nodig hebben. De hulpverlening aan deze mensen komt pas de laatste jaren goed tot ontwikkeling. Zij worden opgezocht: thuis, in sociale pensions of op straat.

De problematiek van mensen die bij de GGZ terechtkomen, is zeer gevarieerd; over het algemeen gaat het echter om mensen die door hun ziekte belemmerd worden in hun maatschappelijk functioneren. De belangrijkste ziektebeelden die de GGZ onderscheidt zijn de stemmingsstoornissen (depressies), de angsten paniekstoornissen, de persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en de psychosen. Deze kunnen gecombineerd voorkomen met een verstandelijke handicap, organische psychosyndromen of met verslavingsproblemen.

De patiënten die een beroep doen op de GGZ zijn grofweg in te delen in een drietal categorieën:

- patiënten die na een ambulante en/of klinische behandeling herstellen of stabiliseren op een redelijk niveau;
- patiënten die na behandeling weer een tijdje voort kunnen, al dan niet met begeleiding, doch regelmatig «terugvallen» zodat opnieuw moet worden behandeld;
- patiënten die voortdurend op zorg blijven aangewezen.

De ontwikkeling van de zorgvraag¹⁸

Vooral in de semimurale en de extramurale sector is er sprake van een sterk toegenomen vraag. Het cliëntenbestand in de semimurale sector (beschermde woonvormen en psychiatrische deeltijdbehandeling) nam tussen 1990 en 1995 toe met 49% (van 8490 naar 12 640 hulpvragers). In de extramurale sector (RIAGG's, CAD's, poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters/psychotherapeuten) nam het cliëntenbestand toe met bijna

¹⁸ De in deze paragraaf genoemde cijfers over de GGZ-vraagontwikkeling zijn ontleend aan: Bijl, R., Ten Have, M., De geestelijke gezondheidszorg in getallen, MGv 2-97. Deze cijfers zijn niet gecorrigeerd op dubbelstellingen. De cijfers wijzen dan ook mogelijk niet alleen op een toegenomen hulpvraag, maar eveneens op het feit dat patiënten zich in toenemende mate bij meerdere instellingen inschrijven. Redenen voor dat laatste kunnen zijn de lange wachttijden bij met name de RIAGG's en de extramuralisering van de zorg, waardoor patiënten korter worden opgenomen in een ziekenhuis, maar na ontslag nog wel zorg nodig hebben van bijvoorbeeld een RIAGG.

20% (van 303 380 naar 362 310 hulpvragers). Gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei zijn deze percentages respectievelijk 43% en 16%. Het aantal cliënten van het algemeen maatschappelijk werk met psychosociale problemen nam daarentegen in deze periode niet toe en blijft stabiel op zo'n 130 000 (zie daarvoor paragraaf 4).

Het aantal patiënten op 100 000 inwoners dat op enig moment in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, is de afgelopen jaren nauwelijks veranderd. Wel is het aantal patiënten dat jaarlijks in een psychiatrisch ziekenhuis wordt ingeschreven in deze periode sterk gestegen (van 32 350 tot 38 560 inschrijvingen, een toename van 19%). Dit verschil tussen de toename van het aantal inschrijvingen en het gelijkblijven van het patiëntenbestand op enig moment, wordt verklaard doordat de psychiatrische ziekenhuizen in toenemende mate hun patiënten voor een kortere duur (her)opnemen. Onderstaande tabel geeft de ontwikkeling van de zorgvraag over de periode 1990–1995, uitgesplitst naar zorgvorm.

Intramuraal	inschrijvingen	1990 bestand op 31/12	bestand per 100 000 inwoners	inschrijvingen	1995 bestand op 31/12	bestand per 100 000 inwoners
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen ¹	32 350	22 040	147	38 560	22 380	145
Kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken	410	550	14 ²	950	720	19 ²
Verslavingsklinieken	6 100	650	4	7 660	870	6
Justitiële TBS-klinieken	200	370	3	230	500	3
Psychiatrische afd. algemeen ziekenhuis	16 050	1 720	12	17 010	2 000	13
<i>Totaal intramuraal</i>	<i>55 110</i>	<i>25 330</i>	<i>169</i>	<i>64 410</i>	<i>26 470</i>	<i>172</i>
Semimuraal						
Beschermende woonvormen	800	3 610	24	1 320	5 110	33
Psychiatrische deeltijdbehandeling	8 130	4 880	33	12 530	7 530	49
<i>Totaal semimuraal</i>	<i>8 930</i>	<i>8 490</i>	<i>57</i>	<i>13 850</i>	<i>12 640</i>	<i>82</i>
Extramuraal						
Riagg	233 900	228 900	1 532	244 470	277 370	1 798
CAD	19 700	30 700	205	25 830	30 960	201
Polikliniek psychiatrische en algemene ziekenhuizen	86 000	niet bekend	niet bekend	97 300 ³	niet bekend	niet bekend
Zelfstandig gevestigde psychiaters	23 800 ⁴	25 780 ⁴	172	29 100	31 600	205
Zelfstandig gevestigde psychotherapeuten	10 000 ⁵	18 000 ⁵	120	12 610	22 380	145
<i>Totaal extramuraal</i>	<i>373 400</i>	<i>303 380</i>	<i>2 030</i>	<i>409 010</i>	<i>362 310</i>	<i>2 349</i>
Totaal	437 440	337 200	2 255	487 270	401 420	2 601

¹ incl. Herstellingsoorden

² per 100 000 inwoners jonger dan 20 jaar

³ betreft het jaar 1994

⁴ betreft het jaar 1991

⁵ schatting

Bron: MGv, 2–97.

Voor zover de beschikbare gegevens daarover een oordeel mogelijk maken, wordt de toenemende vraag naar GGZ-hulp niet zozeer veroorzaakt door een absolute toename van psychiatrische en psychische problematiek in de samenleving, maar veel meer door de omstandigheid

dat mensen met psychische klachten steeds vaker een beroep doen op de GGZ. De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) merkt in zijn signaleringsrapport 1993 op dat Nederland niet psychisch zieker wordt, maar dat er steeds minder sprake is van verborgen psychisch lijden.

Als verklaring voor de toenemende hulpvraag wijst de STG onder meer op:

- de structurele veranderingen in de samenleving (kleinere gezinnen, meer alleenstaanden, grotere spreiding van familieleden over het land) die het moeilijker maken problemen in eigen kring op te vangen;
- het feit dat psychische problemen steeds meer als behandelbare problemen worden beschouwd;
- het uit de taboesfeer geraken van psychische problemen en daarmee samenhangend het feit dat psychische problemen steeds minder geaccepteerd worden als «nu eenmaal bij het leven horend». Dit geldt niet alleen voor zaken als overmatige werkstress, en depressieve klachten, maar ook voor psychische problemen als gevolg van bijvoorbeeld kindermishandeling, seksueel misbruik of het hebben van een levensbedreigende ziekte.

De STG signaleerde in 1990 dat van de mensen met psychische problemen, er één op de zes een beroep doet op de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg¹⁹. De stuurgroep voorspelde dat dat cijfer in 2000 zou zijn opgelopen tot een op vier²⁰. Dit betekent een toename van ruim 40% in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg.

Mede in het licht van deze voorspelling stelde de nota «Onder Anderen» dat het een van de grootste uitdagingen van de GGZ is om deze toenemende zorgvraag op te vangen. De cijfers over de ontwikkeling van de zorgvraag laten zien dat deze uitdaging onverminderd actueel is: momenteel doet reeds een op de vijf mensen met psychische problemen een beroep op de gespecialiseerde GGZ²¹. De zorgvraag ontwikkelt zich dus overeenkomstig de voorspellingen van de STG en het ligt derhalve in de lijn der verwachting dat in de naaste toekomst de zorgvraag nog aanzienlijk zal toenemen.

Wachttijden in de ambulante GGZ

Het toenemende beroep dat op de GGZ wordt gedaan, is met name voelbaar in de ambulante GGZ. De ambulante GGZ wordt niet alleen geconfronteerd met een toenemend aantal nieuwe GGZ-cliënten, maar ook met de gevolgen van de extramuralisering van de GGZ. Juist in de ambulante GGZ is er dan ook sprake van stijgende wachttijden. De cijfers over de wachtlijsten bij de RIAGG's wijzen op een toename van de wachtlijsten sinds de laatste meting in 1990 van gemiddeld 30%. Was de gemiddelde wachttijd voor aanvang van de behandeling in 1989 63 dagen, thans is deze 87 dagen. De sterkste toename van het gemiddelde aantal wachtdagen doet zich voor bij de volwassenenzorg (+49%) en de ouderenzorg (+42%)²². Ook bij kinder- en jeugdzorg is er sprake van lange wachttijden.

Over wachtlijsten bij de poli's, de vrijgevestigde psychiaters en de psychotherapeuten zijn weinig betrouwbare cijfers bekend. Nu ook de groei voor deze zorgaanbieders is begrensd, zal ook voor hen naar verwachting in toenemende mate sprake zijn van langere wachttijden.

Voor de aanpak van de wachttijden in de ambulante GGZ stel ik de volgende incidentele en structurele maatregelen voor:

- Ik zal in overleg met de RIAGG's extern onderzoek laten verrichten naar de doelmatigheid van de organisatie van de zorgverlening bij de RIAGG's en naar de mogelijkheden om deze doelmatigheid verder te verhogen. Daarbij zal met name aandacht worden gegeven aan de

¹⁹ Onder de gespecialiseerde GGZ wordt hier verstaan de AWBZ-gefinancierde instellingen en beroepsbeoefenaren. Daaronder zijn derhalve niet begrepen de huisarts, het AMW en de eerstelijnspsycholoog.

²⁰ Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst: Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990–2010, STG, Utrecht, 1990.

²¹ Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1996/97, NcGv/NZI, Utrecht 1996.

²² Onderzoek inzake wachttijden RIAGG's 1997, Inter/view International, 1997. Er zij overigens op gewezen dat deze wachtlijstgegevens geen inzicht geven in de ernst van de problemen van de wachtenden en in de sociale en gezondheidsschade die door hun wachten wordt veroorzaakt.

RIAGG's die niet in ruime mate voldoen aan hun productie-afspraken. Ook zal bezien worden of er aantoonbare doelmatigheidsverschillen bestaan tussen de «zelfstandige» RIAGG's en de RIAGG's die onderdeel uitmaken van een regionaal samenwerkingsverband. Voor de begeleiding van dit onderzoek zal ik een breed samengestelde commissie in het leven roepen, waarin naast GGZ-deskundigheid ook deskundigheid op het gebied van de organisatiekunde zal zijn vertegenwoordigd. Indien het onderzoek daartoe aanleiding geeft, zal ik de commissie verzoeken aanbevelingen te doen om de doelmatigheid van de RIAGG-hulpverlening te vergroten.

- Voorts zal ik de RIAGG's aanzetten tot het ontwikkelen van een eenduidig wachtlijstenbeleid. Onderdelen van zo'n beleid zijn de ontwikkeling van een prioriteringssysteem op basis van zwaarte van de aangemelde problematiek en het invoeren van een uniform registratiesysteem zodat betrouwbare conclusies worden getrokken over de omvang van de problematiek.

- De acute knelpunten bij de RIAGG's wil ik duidelijker in kaart brengen. Het gaat daarbij om de volgende vragen:

- * welke RIAGG's hebben wachtlijsten en wat is de relatie tussen de omvang van deze wachtlijsten en de organisatie van de zorgverlening in betrokken RIAGG's en de door hen gemaakte productie-afspraken;

- * hoeveel mensen staan hoelang op een wachtlijst, wat is de ernst van hun problematiek en welke sociale en gezondheidsschade wordt door hun wachten veroorzaakt.

- Daarnaast zal ik onderzoek laten uitvoeren naar de omvang van wachtlijsten bij de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen, de eerstelijnspsychologen, de vrijgevestigde psychiaters en de psychotherapeuten.

- Met het veld en het Staatsstoezicht zal ik overleg voeren over aanvaardbare wachttijden. De huidige normen zijn opgesteld door het Staatsstoezicht en dateren van het begin van de RIAGG-ontwikkeling. Zij zijn ruim gesteld: kinderen en jeugd 4 maanden, volwassenen en ouderenzorg eveneens 4 maanden en psychotherapie 10 maanden. Met de toenemende vraag naar RIAGG-hulp is de intakeprocedure echter in de loop der jaren verscherpt: steeds meer wordt RIAGG-hulp voorbehouden aan mensen met zware problematiek. Dit noopt tot een herziening van de aanvaardbare wachttijden.

- RIAGG's die kunnen aantonen doelmatig te functioneren en desalniettemin kampen met lange wachtlijsten, wijs ik dit jaar extra middelen toe. Voorwaarde is dat zij een plan op te stellen over hoe zij met deze middelen hun wachtlijsten zullen terugbrengen. Ik heb daarvoor 5 mln. beschikbaar gesteld.

- Reeds genoemd in deze brief heb ik de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts: voor toegang tot de GGZ zal ik een verwijzing door een huisarts verplicht stellen.

- Ik heb het voornemen om met ingang van 1998 structurele volumemiddelen beschikbaar te stellen voor de ambulante GGZ.

4 Taakverdeling en raakvlakken met andere sectoren

De GGZ is geen eiland: er zijn vele raakvlakken met andere zorgsectoren, maatschappelijke voorzieningen en gemeentelijke en provinciale overheden. Onvoldoende afstemming leidt tot overlap of lacunes in de zorg- en dienstverlening en daarmee tot kwalitatief onvoldoende zorg en een ondoelmatige inzet van middelen en mensen. Met het oog op dat laatste is ook een goede taakverdeling tussen de onderscheiden GGZ-disciplines onontbeerlijk. Achtereenvolgens gaat deze paragraaf in op de taakverdeling binnen de GGZ en de relatie tussen de GGZ en de lokale en provinciale overheden, het maatschappelijk werk, de maatschappelijke opvang, de bedrijfsgezondheidszorg, de versla-

vingszorg, de ouderenzorg, de jeugdzorg, de gehandicaptenzorg en de vrouwenhulpverlening.

Taakverdeling tussen de GGZ-disciplines

In de GGZ zijn vele verschillende beroepsgroepen werkzaam, waaronder als belangrijke categorieën de psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, pedagogen, (sociaal-) psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en vaktherapeuten. Ook voor de huisarts vormt de behandeling en begeleiding van mensen met een psychische problematiek een substantieel onderdeel van zijn werk²³. Het Trimbos-instituut verricht in opdracht van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO) studies naar de inhoud van de beroepsuitoefening van deze disciplines. Op dit moment is een totaal-overzicht van de beroepsuitoefening in de GGZ in voorbereiding.

Mede uit deze studies blijkt het belang van een goede en duidelijke taakverdeling tussen de diverse GGZ-disciplines. Ook blijkt dat van een dergelijke taakverdeling vooralsnog geen sprake is: er is geen eenduidig en door het veld gedragen beeld over welke beroepsbeoefenaren het beste welke typen behandeling bij welke categorieën van problemen kunnen geven. Dat leidt ertoe dat er onvoldoende garanties zijn dat de in de GGZ beschikbare deskundigheid optimaal wordt ingezet.

Het gaat hier om een vraagstuk dat een genuanceerde aanpak behoeft, mede omdat de in de loop van vele jaren ontwikkelde identiteit van beroepen en competenties van beroepsbeoefenaren in het geding zijn. Mijn inzet is de volgende:

- ik zal stimuleren alle betrokken beroepsgroepen een beroepsprofiel ontwikkelen en dat op elkaar afstemmen. Wat dat laatste betreft zal ik het CONO vragen om in dezen een coördinerende rol te vervullen;
- bij de ontwikkeling van het systeem van indicatiestelling en zorgtoewijzing in de GGZ en de daarbij toe te passen protocollen, dient aandacht geven te worden aan de uiteenlopende competenties/verantwoordelijkheden van de verschillende GGZ-beroepsbeoefenaren. Ik zal het Indicatie Overleg GGZ vragen hier aandacht aan te geven;
- van belang is hier ook de eerder in deze brief reeds genoemde versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts, te zamen met scholing van deze beroepsbeoefenaren over waarheen zij patiënten met een bepaalde problematiek het beste kunnen verwijzen.

De lokale en provinciale overheden

De verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid voor de GGZ laat zich op hoofdlijnen samenvatten als een verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van het GGZ-zorgaanbod. Daaraan wordt op verschillende manieren vormgegeven. De Rijksoverheid is evenwel niet de enige overheid die betrokken is bij de GGZ: er is ook een belangrijke betrokkenheid van gemeentelijke en provinciale overheden. Deze betrokkenheid vloeit voort uit onder andere:

- de algemene verantwoordelijkheid die deze overheden hebben voor de ondersteuning van hun kwetsbare burgers;
- de verantwoordelijkheden van deze overheden op beleidsterreinen die in belangrijke mate medebepalend zijn voor de (geestelijke) gezondheidstoestand van de bevolking en voor het zelfstandig in de samenleving kunnen functioneren van chronisch (psychiatrisch) zieken, zoals volkshuisvesting, vervoer, welzijn, vrijwilligerswerk, ondersteuning van achterstandsgroepen e.d.;
- de verantwoordelijkheden die met name de gemeentelijke overheden hebben voor de openbare (geestelijke) gezondheidszorg²⁴, het algemeen

²³ Meer dan de helft van de mensen die zich met een psychische problematiek tot de huisarts wenden, wordt door deze beroepsbeoefenaar zelf behandeld met medicatie en/of gesprekken.

²⁴ Over de openbare geestelijke gezondheidszorg zal de Kamer zeer binnenkort afzonderlijk worden bericht.

maatschappelijk werk en de uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten;

– de uit de voorgenomen WBZ voortvloeiende verantwoordelijkheid van de provincies en de zeven grote steden voor de coördinatie van regiovisies.

Een actieve betrokkenheid van de gemeentelijke en provinciale overheden bij de GGZ is naar mijn mening met name onmisbaar als het gaat om de vernieuwing c.q. vermaatschappelijking van de GGZ. Voor deze vermaatschappelijking is immers een bredere infrastructuur nodig dan die waarvoor de huidige GGZ-zorgaanbieders zelf kunnen zorgdragen. Voor het welslagen van de vermaatschappelijking van de GGZ moet ook in onderlinge samenhang voldoende aandacht worden gegeven aan onderwerpen als speciale huisvestingsarrangementen, een aangepaste inrichting van de woonomgeving, speciale vervoersmogelijkheden, een aanvullend sociaal beleid, het bestrijden van eventuele overlast e.d., onderwerpen die (mede) behoren tot de beleidsverantwoordelijkheid van genoemde overheden.

Zoals reeds gesteld in paragraaf 1.3 van deze brief, bieden de onder de coördinatie van de provincies en de zeven grote steden tot stand te brengen regiovisies bij uitstek de mogelijkheid om het zorgaanbod van de GGZ-zorgaanbieders en de inbreng van de gemeentelijke en provinciale overheden op elkaar af te stemmen. In die optiek kunnen de regiovisies dan ook een centraal instrument in het GGZ-beleid worden om de vermaatschappelijking van de GGZ in een regio vorm en inhoud te geven.

De regiovisies zullen vervolgens hun weerklank vinden in het landelijke GGZ-beleid. De voorgenomen WBZ stelt op dat punt een cyclisch proces voor: aan het landelijke beleid (neer te leggen in de zogenoemde sectorale zorgvisie) wordt op regionaal niveau uitwerking gegeven via de regiovisies, die op hun beurt weer de input vormen voor de actualisatie van de sectorale zorgvisie. Op deze wijze wordt een nauwe afstemming bereikt tussen landelijk beleid en regionale ontwikkelingen.

Het maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk staat van oudsher voor een laagdrempelig en integraal eerstelijns-hulpaanbod bij materiële en immateriële problematiek. In 1995 hebben bijna 0.5 mln. mensen zich met één of meerdere hulpvragen tot het AMW gewend, zijnde 3.2% van de Nederlandse bevolking. Naast 184 000 korte (eenmalige) contacten, werd aan ruim 300 000 mensen hulp verleend.

In de praktijk blijkt er sprake te zijn van een grote overlap met de door RIAGG en AMW behandelde problematiek. Van de in 1995 door het AMW behandelde problematiek bestond 43.3% uit psychosociale problemen en 26.3% uit relationale problemen²⁵. Al in 1991 concludeerde het NIVEL op basis van onderzoek, dat het onderscheid tussen de cliënten van beide disciplines niet zozeer tot uitdrukking kwam in de zwaarte van de problematiek. Van belang voor dit onderscheid bleek de door de cliënt zelf geformuleerde hulpvraag, die weer een samenhang bleek te hebben met sociaal-demografische kenmerken als opleiding en het wel of niet hebben van een betaalde baan. Cliënten van het AMW zijn in het algemeen lager opgeleid en hebben minder vaak een betaalde baan dan cliënten van de Riagg's.

Met de volledige decentralisatie van de middelen voor het AMW in 1989 is de inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid voor deze werksoort bij de gemeenten neergelegd.

Recent onderzoek naar de veranderende plaats en functie van het AMW door het NIVEL biedt een helder inzicht in het hulpaanbod en de verwijzingsrelaties van het AMW²⁶. In haar brief van 15 april jl., kenmerk VWS/97/

²⁵ Het algemeen maatschappelijk werk in beeld, 1995, VOG-sectie AMW, 1997.

²⁶ Het algemeen maatschappelijk werk in de 1e-lijns GGZ, NIVEL, februari 1997.

32/LW, vroeg de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar mijn standpunt op dit onderzoek.

In dit onderzoek is allereerst nagegaan of de ontwikkeling van hulpvraag en hulpaanbod bij het AMW zijn beïnvloed door gemeentelijk beleid. Hierbij is onder meer bezien of vanwege gemeentelijk beleid een afname van de psychosociale hulpverlening ten gunste van materiële hulp- en dienstverlening is opgetreden. De onderzoekers trekken als belangrijkste conclusie dat in de afgelopen jaren vooral sprake is geweest van kwantitatieve veranderingen. Er is een continue toename van het aantal hulpvragen, waar slechts een lichte stijging van het aantal formatieplaatsen voor uitvoerenden van het AMW tegenover staat. Consequentie hiervan is een toegenomen werkbelasting. Door de VOG wordt gesignaleerd dat onder invloed van gemeentelijke beleidswijzigingen op dit moment een tendens waarneembaar is van een afname van de psychosociale hulpverlening ten gunste van de materiële hulp- en dienstverlening. In het NIVEL-onderzoek wordt deze tendens echter niet bevestigd.

Huisartsen zijn de belangrijkste verwijzers voor het AMW: een kwart van de contacten komt op hun verwijzing tot stand. Individuele huisartsen vertonen nogal wat verschillen in verwijzgedrag. Onbekend blijkt nog immer onbemind. De mate van consultatie, overleg en bekendheid met het AMW gaat veelal gepaard met meer verwijzingen naar het AMW en minder verwijzingen naar de RIAGG. Dit is vooral zichtbaar bij huisartsen uit gezondheidscentra die in vergelijking tot andere huisartsen vaker overleg voeren met maatschappelijk werkers en ook meer cliënten naar het AMW doorverwijzen. Een ander verwijzingscriterium betreft de wachttijden. Bij het AMW is de gemiddelde wachttijd ca. 14 dagen; bij de RIAGG's is de wachttijd vaak aanzienlijk langer.

Voorts is in het onderzoek gekeken naar de mogelijkheden die het AMW te bieden heeft bij de ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie. Eerder in deze brief heb ik al gewezen op het belang van deze functie. Mogelijkheden worden gezien ten behoeve van vijf categorieën cliënten: cliënten met werkproblemen, relatieproblemen, opvoedingsmoeilijkheden, spanningsklachten en hyperventilatie. Het AMW beschikt over expertise in de behandeling van deze problematieken.

Een goede samenwerking, afstemming en verwijzing tussen de huisarts, het AMW en de RIAGG's is voor een juiste invulling van de poortwachtersfunctie noodzakelijk. Om die reden zal het AMW nauw worden betrokken bij het in paragraaf 2.2 genoemde onderzoek naar de voorwaarden voor een adequate poortwachtersfunctie in de GGZ.

Zoals uit het bovenstaande blijkt, vervult het AMW een belangrijke rol in het totale hulpaanbod bij psychische en levensproblematiek. Naar mijn mening kan het AMW een belangrijk aandeel hebben in de behandeling van de door huisartsen in het kader van de poortwachtersfunctie te verwijzen psychosociale GGZ-problematiek. Het mag dan ook niet zo zijn dat gemeenten deze problematiek onttrekken aan het AMW met als argument dat het hier uitsluitend gaat om GGZ-taken.

Ik streef ernaar om over de plaats en functie van het AMW in de behandeling van GGZ-problematiek duidelijke afspraken te maken met alle betrokken partijen, waaronder de VNG, de koepels van instellingen voor maatschappelijk werk en de ambulante GGZ. Die duidelijkheid is nodig om te komen tot een doelmatig en transparant GGZ-hulpaanbod in de eerste lijn. De in het NIVEL-onderzoek beschreven ontwikkelingen c.q. knelpunten, alsmede de resultaten van het genoemde onderzoek naar de poortwachtersfunctie in de GGZ, kunnen als uitgangspunt dienen voor deze afspraken. Ik zal de Kamer informeren over de voortgang op dit dossier.

De maatschappelijke opvang

Een belangrijk deel van de mensen die verblijven in de maatschappelijke opvang hebben psychiatrische stoornissen en/of zijn verslaafd. Zo schat de Gezondheidsraad dat van de ongeveer 20 000 dak- en thuislozen een kwart tot de helft (ernstige) psychiatrische stoornissen heeft²⁷.

Het versterken van de samenwerking tussen de maatschappelijke opvang en de GGZ is dan ook al geruime tijd een aandachtspunt. Dit heeft onder meer geleid tot een flink aantal plaatsen in sociale pensions en de subsidieregeling voor de maatschappelijke opvang in het kader van het Zorgvernieuwingsfonds.

Ook de komende tijd zal de samenwerking tussen de maatschappelijke opvang en de GGZ-instellingen verder gestimuleerd worden. De middelen in de opvang zijn beperkt en zullen met name ingezet moeten worden voor de ondersteuning van de cliënten en de coördinatie van opvang en zorg. De sociaal-psychiatrische en psychosociale begeleiding zal bij voorkeur geleverd moeten worden vanuit AWBZ-gefinancierde instellingen. Daarnaast vraagt de verdere vermaatschappelijking van de GGZ een adequaat vangnet, waarbij de maatschappelijke opvang een belangrijke rol speelt. Ook zal bij het versterken van de maatschappelijke steunfuncties (zie par. 1.3) de positie en de mogelijkheden van de maatschappelijke opvang hierbij nader worden bezien.

Deze zomer zal Staatssecretaris Terpstra een aparte nota over de maatschappelijke opvang aan de Tweede Kamer aanbieden.

De bedrijfsgezondheidszorg

Tenminste een derde van alle arbeidsongeschikten betreft mensen met een psychische problematiek. De veranderde wet- en regelgeving legt steeds meer verantwoordelijkheid bij de werknemer en werkgever zelf als het gaat om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Werkgevers hebben er belang bij mensen zo min mogelijk te laten verzuimen en uitval tot een minimum te beperken. De rol van de bedrijfsgezondheidszorg is hierdoor belangrijker geworden. Daarmee is tevens de noodzaak van afstemming met en samenwerking tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de (ambulante-)GGZ gegroeid.

Een relatief kleine groep van degenen die om psychische redenen van hun arbeid verzuimen, hebben ernstige psychiatrische klachten; een grote groep heeft echter wel begeleiding en behandeling nodig. Veel van hen komen wel bij de huisarts terecht, maar doorverwijzen blijkt een probleem. Voor zover kan worden overzien, heeft dit te maken met de wachttijden in de ambulante-GGZ, met het feit dat niet alle psychische klachten waarvoor wordt verzuimd, leiden tot een RIAGG-indicatie en met het onvoldoende beschikbaar zijn van een specifiek hulpaanbod voor psychische problematiek die veroorzaakt wordt door problemen in de werksfeer, zoals hoge werkdruk, stress, (dreiging van) ontslag e.d. Verder is er onvoldoende samenwerking en afstemming tussen de betrokken hulpverleners onderling en met de bedrijfsgezondheidszorg²⁸.

In 1993 heeft mijn departement de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg verzocht om een meerjarig traject «GGZ en Arbeid» te ontwikkelen, gericht op verbetering van de samenwerking tussen de RIAGG's en de arbodiensten. Het slotdocument van dit traject dat eind vorig jaar is uitgebracht, beveelt aan om het in gang gezette traject van afstemming en samenwerking te verbreden van RIAGG's en arbodiensten naar eerstelijnspsychologen, het algemeen- en bedrijfsmaatschappelijk werk, de sociaal psychiatrische verpleegkundigen, de huisartsen en het commerciële circuit. In lijn met de aanbevelingen van «GGZ en Arbeid» zal ik een landelijk debat initiëren over preventie van en hulpverlening bij verzuim om psychische redenen. Daarin zal centraal

²⁷ Advies daklozen en thuislozen, Gezondheidsraad, 1995.

²⁸ Zorg bij ziekteverzuim om psychische redenen, NcGv, 1996.

staan de rolverdeling en samenwerking tussen alle bij de begeleiding van verzuim om psychische redenen betrokken instanties en de bevordering van de deskundigheid van deze instanties. Op basis van de uitkomsten van dit debat zal ik bezien op welke wijze de hulp bij verzuim om psychische redenen doelmatiger en doeltreffender kan worden verleend.

De onvoldoende hulpverlening bij verzuim om psychische redenen heeft een nieuwe ontwikkeling in de hand gewerkt: die van het commerciële circuit. Het uitgangspunt is werkhervatting. Er zijn geen wachtlijsten en er wordt korte, snelle hulp geboden. Daarnaast worden ondersteunende activiteiten geboden als cursussen voor management en werkers en trainingen. Degenen die alsnog langduriger hulp nodig hebben worden naar de gespecialiseerde GGZ doorverwezen.

Door de ontwikkeling van een commercieel circuit bestaat het gevaar van een ongelijke toegang tot de zorg: de ene werknemer komt op de wachtlijst van een reguliere zorginstelling, de andere krijgt snelle zorg vanuit een commerciële organisatie die wordt betaald door de werkgever. Een dergelijke ongelijke toegang vind ik ongewenst. Mijn streven is er dan ook op gericht om door middel van het zoveel als mogelijk terugdringen van de wachttijden in de reguliere ambulante GGZ, de toegang tot de zorg voor iedereen gelijk te houden. Ik verwijs daarvoor naar de in de vorige paragraaf genoemde maatregelen.

De verslavingszorg

Een aanzienlijk deel van de mensen die verslaafd zijn, heeft tevens te kampen met psychiatrische stoornissen. De hulpverlening geschiedt zowel door de GGZ als door de verslavingszorg. De GGZ en de verslavingszorg opereren tot nu toe te veel als gescheiden circuits als het gaat om hulpverlening aan mensen met comorbiditeit. Hierdoor vallen deze cliënten soms tussen wal en schip: de verslavingszorg weet zich vaak geen raad met ernstige psychiatrische problematiek en de GGZ weet onvoldoende hoe zij een cliënt moeten behandelen als er een verslaving in het spel is. Ik ben van oordeel dat het gebruik van drugs door psychiatrische patiënten door hulpverleners in de GGZ niet bij voorbaat als een onoverkomelijk obstakel moet worden beschouwd om hulp te verlenen. Dat neemt niet weg dat de problemen die daarbij (kunnen) optreden onder ogen moeten worden gezien en opgelost dienen te worden. Ook daarom zal in het kader van de zorgvernieuwing GGZ en verslavingszorg de samenwerking tussen beide sectoren worden gestimuleerd. De hulpverlening kan alleen verbeteren als instellingen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor deze hulp. In dat verband is het ook goed te kunnen constateren dat inmiddels het overgrote deel van de consultatiebureaus voor alcohol en drugs is gefuseerd met intramurale instellingen voor verslavingszorg. Deze zomer zal worden vastgesteld of een deel van de ambulante verslavingszorg onder de AWBZ gebracht zal worden. Het betreft dan de individuele medische zorg die verslaafden ontvangen. Daarnaast is ook de samenwerking met de gemeenten van belang bij de hulpverlening aan mensen met een dubbele problematiek omdat een deel van deze groep regelmatig gaat zwerven.

Gelet op de noodzaak van samenwerking en om redenen van doelmatigheid en kwaliteit van zorg, is mijn beleid gericht op het tot stand brengen van regionale circuits voor de verslavingszorg. De regio waarbinnen zo'n circuit functioneert, dient een zodanige schaalgrootte te hebben dat er draagvlak is voor een gedifferentieerd aanbod van zorg. De thans in sommige regio's nog – vaak geïsoleerd – functionerende verslavingsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen zullen derhalve dienen te verzelfstandigen c.q. fuseren tot regionaal werkende verslavingsklinieken. Vanuit deze verslavingsklinieken kunnen dan samenwerkingsverbanden worden aangegaan met de ambulante

verslavingszorg, de GGZ en de gemeenten. Dit kan leiden tot regionale verslavingsinstellingen. Daar waar ook de GGZ regionaal is georganiseerd, is een onderling afgestemde indicatiestelling, alsmede een adequaat samenwerkingsverband in de vorm van werkafspraken, dan ook uitermate wenselijk.

De ouderenzorg

Voor de zorg aan ouderen met psychische problemen, psychiatrische stoornissen of met een dementieel syndroom, zijn de GGZ en de ouderenzorg gezamenlijk verantwoordelijk. Daarbinnen is de ouderenzorg verantwoordelijk voor de verpleging en verzorging van ouderen, inclusief ouderen met een dementieel syndroom. De GGZ is verantwoordelijk voor de hulpverlening aan ouderen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen. Het is van belang om het aanbod van de beide sectoren goed op elkaar af te stemmen zodat aan de cliënt zorg op maat kan worden geboden. In mijn Beleidsbrief Ouderenpsychiatrie van 6 juni 1996 heb ik u reeds geïnformeerd over hoe dit geschiedt. Centraal staat het programmatische aanbod van GGZ-aanbieders en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Van belang is dat het indicatietraject voor ouderenzorg en GGZ ook op elkaar wordt afgestemd²⁹. Het Trimbos-instituut doet thans onderzoek ten behoeve van de ontwikkeling van indicatiecriteria voor (gecombineerde) ouderenzorg en GGZ. Verder is het beleid erop gericht dat ouderen met psychische problemen of stoornissen die in het verzorgingshuis verblijven daar met hulp vanuit de GGZ kunnen blijven wonen. Het Trimbos-instituut doet onderzoek naar de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de kwaliteit van de zorg te garanderen. In dit verband is de voorgenomen flexibilisering van de AWBZ van belang om zorg op maat te kunnen leveren.

De jeugdzorg

Met het regeringsstandpunt «Regie in de Jeugdzorg» is een ontwikkeling in gang gezet om afstemming en samenhang tot stand te brengen tussen de voorzieningen voor jeugdbescherming, jeugdhulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. De doelstelling van deze ontwikkeling is een samenhangend stelsel van jeugdzorg tot stand te brengen en daarmee een doelmatiger en doeltreffender hulpverlening aan jeugdigen. De belangrijkste middelen waarmee dit doel wordt nagestreefd zijn het totstandbrengen van een eenduidige toegang tot de jeugdzorg, een functionele herordening van het zorgaanbod en het totstandbrengen van specifiek op de jeugdzorg gerichte regiovisies.

De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen vormt het scharnierpunt tussen de GGZ-sector en de jeugdzorg: als onderdeel van de GGZ-sector maakt zij deel uit van het met het regeringsstandpunt «Regie in de Jeugdzorg» ingezette ontwikkelingstraject naar een samenhangend stelsel van jeugdzorg. De onder de regie van de provincies en de grote steden tot stand te brengen regiovisies – zowel de GGZ-regiovisies als de jeugdzorg-regiovisies – vormen daarbij bij uitstek het instrument om die scharnierfunctie vorm en inhoud te geven.

Wat betreft de toegang tot de zorg kan in dit verband nog het volgende worden opgemerkt. Zowel in GGZ-kader als in jeugdzorg-kader wordt thans gewerkt aan de invoering van een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling. Voor de jeugd-GGZ, die deel uitmaakt van beide kaders, leidt dit tot de volgende situatie. De toegang tot de GGZ-zorg voor jeugdigen verloopt via de in het kader van de Regie in de jeugdzorg ontwikkelde systeemeisen (procedures en protocollen), behoudens in de gevallen dat er sprake is van een problematiek die door de verwijzer eenduidig is te duiden als zijnde van ernstige psychiatrische aard. In

²⁹ Hierover wordt de Kamer bericht in het kader van de ontwikkeling van de indicatiestelling in de AWBZ.

laatstgenoemde gevallen verloopt de toegang tot de (GGZ)zorg rechtstreeks via de voor die sector vast te stellen procedures. Ik verwijs daarvoor naar de brief van 12 mei jl. over de voortgang van de indicatiestelling in de AWBZ.

In paragraaf 3 is reeds opgemerkt dat ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie sprake is van lange wachttijden en van overschrijding van de huidige, tamelijk ruim gestelde normen voor aanvaardbare wachttijden (4 maanden). Voor deze kwetsbare groep acht ik het (te lang) moeten wachten op een behandeling zeer ongewenst. In het in genoemde paragraaf geschetste wachttijdenbeleid, zal ik dan ook hoge prioriteit geven aan het terugdringen van de wachttijden voor kinderen en jongeren.

De gehandicaptenzorg

Een speciale categorie van patiënten zijn degenen die zowel een psychiatrische stoornis hebben als een verstandelijke handicap. Met name voor kinderen met deze dubbele problematiek is het nogal eens een probleem om een instelling te vinden die hen wil en kan behandelen. Voor instellingen voor verstandelijk-gehandicaptenzorg vormen deze kinderen vaak een groot probleem wegens hun psychiatrische stoornis en voor instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie zijn deze kinderen moeilijk of niet behandelbaar wegens hun verstandelijke handicap. Gevolg hiervan is dat het nogal eens voorkomt dat er met deze kinderen «geleurd» moet worden voor een plaatsje in een instelling, met alle zorgen en spanningen voor betrokken ouders van dien. Mede oorzaak van dit «zorggat» is het feit dat er tot dusver geen duidelijke afspraken zijn gemaakt tussen betrokken sectoren over wie primair verantwoordelijk is voor deze groep patiënten. Om die reden organiseer ik deze zomer een conferentie over dit onderwerp, waaraan beide sectoren zullen deelnemen. De doelstelling van deze conferentie is een adequate verantwoordelijkheidsverdeling, op basis waarvan ook de planning en de financiering van de zorg voor deze groep patiënten kan plaatsvinden.

Vrouwenhulpverlening

Vrouwenhulpverlening (VHV) is een belangrijk instrument om de kwaliteit van hulpverlening te verbeteren. Uitgangspunt is dat in de behandeling rekening wordt gehouden met sekse-specifieke factoren. Mijn beleid is dan ook vooral gericht op de integratie van VHV in de reguliere zorg. Via projecten en een ondersteuningsaanbod (werkontwikkeling, scholing) is het proces van integratie in een aantal sectoren van de GGZ in gang gezet. Op dit moment vindt een evaluatie plaats van het VWS-Werkprogramma VHV. Voor het zomerreces zal ik de Tweede Kamer informeren over de uitkomsten van deze evaluatie en mijn standpunt terzake.

5 De rationalisering van de hulpverlening

In de GGZ en meer specifiek in de psychiatrie, constateer ik een toenemende aandacht voor een rationalisering van de hulpverleningspraktijk. Steeds meer en steeds nadrukkelijker komt binnen de GGZ de vraag aan de orde welke behandelmethoden bij welke ziektebeelden het meest doeltreffend en doelmatig zijn. Die toenemende aandacht, die met name zichtbaar wordt in de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen, vloeit mede voort uit het algemene beleid in de zorgsector rondom de kwaliteit van zorg, de doelmatigheid van de hulpverlening en de kosten-effectiviteit van het handelen. Daarnaast wordt deze aandacht gevoed door de internationale discussie over de verwetenschappelijking van de

hulpverlening en het gebruik van onderzoeksresultaten daarbij, de zogenoemde «evidence based medicine».

Deze paragraaf beschrijft de stand van zaken met betrekking tot de rationalisering van de hulpverlening in de GGZ. Mijn conclusie is dat er de komende jaren door het veld en de overheid een gerichte inspanning moet worden geleverd om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de behandeling van GGZ-problematiek te vergroten.

Het onderscheid tussen de GGZ en de somatische gezondheidszorg

In de GGZ lopen bovengenoemde ontwikkelingen parallel aan die in de somatische gezondheidszorg, zij het dat er sprake is van verschillen ten aanzien van de inhoud en ten aanzien van de ontwikkelingsfase. Voor die verschillen zijn diverse oorzaken te noemen:

- In de GGZ is er verhoudingsgewijs nog weinig onderzoek verricht. De moderne psychiatrie is een relatief jonge wetenschap en het onderzoek is pas laat op gang gekomen. Op deelterreinen, met name op dat van de biologische psychiatrie en de farmaco-therapie is er overigens thans sprake van een intensivering van het onderzoek.

- Pas laat is in de GGZ internationaal overeenstemming bereikt over eenheid van taal in de vorm van gemeenschappelijke classificatiesystemen. De huidige systemen zijn nog tamelijk grofmazig en worden nog geregeld bijgesteld.

- De hulpvraag in de GGZ is vaak complexer dan die in de somatische gezondheidszorg. In de GGZ spelen naast biologische, ook psychologische en omgevingsfactoren een rol. Alle drie deze factoren dienen dan ook bij het onderzoek, de diagnostiek en de behandeling te worden betrokken. Over de onderlinge verhouding tussen deze drie factoren is nog relatief weinig bekend; in ieder geval is zij complex, verschilt zij per individu en per individu nog eens gedurende het leven. De GGZ leent zich dan ook tot op zekere hoogte minder goed voor «meten» en «tellen» en voor de toepassing van onderzoeksmethodieken zoals de «randomized clinical trials» die in de somatische zorg standaard zijn. De GGZ profiteert hierdoor ook minder van de fondsen voor bijvoorbeeld de ontwikkelingsgeneeskunde, omdat in het algemeen slechts op deelgebieden – met name op onderdelen van de biologische psychiatrie en de farmaco-therapie – voldaan kan worden aan de methodologische eisen voor dit soort onderzoek.

- De vertaling van onderzoeksresultaten naar de hulpverlening is in de GGZ in de regel lastiger dan in de somatische gezondheidszorg. De onderzoeken betreffen vaak ofwel slechts één van de drie genoemde factoren ofwel onderzoekspopulaties die zijn geselecteerd op een enkelvoudige problematiek. In de praktijk heeft de hulpverlener echter te maken met een specifieke patiënt met een specifieke – soms meervoudige – problematiek waarbij alle factoren in hun unieke onderlinge verband gezien moeten worden.

De ontwikkelingen binnen de GGZ

In de wetenschappelijke literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen «experience/consensus based medicine» en «evidence based medicine». In het eerste geval wordt voor de onderbouwing van het handelen en de bepaling van de «the state of the art» uitgegaan van de klinische ervaringen van hulpverleners en van de consensus binnen de beroepsgroep over goed medisch handelen. In het tweede geval ligt het accent meer op de toepassing van resultaten van onderzoek, dat aan strikte voorwaarden heeft voldaan. Bedoeld onderscheid behelst overigens geen tegenstelling maar veeleer een verdeling op een continuüm: beide benaderingen vullen elkaar aan.

In het algemeen is er in de zorgsector sprake van een verschuiving op

dit continuüm in de richting van meer «evidence based medicine». In de GGZ evenwel ligt op dit moment, in vergelijking met de somatische geneeskunde, het accent nog vooral op «experience» en «consensus». Naarmate meer resultaten van onderzoek beschikbaar komen, zal het «evidence based»-karakter verder toenemen.

De ontwikkeling naar meer evidence based medicine in de GGZ wordt zichtbaar in protocollen en richtlijnen ten behoeve van de diagnostiek, de behandeling en de toetsing van de kwaliteit en doelmatigheid. Anders dan in de somatische zorg voorzie ik daarbij een ontwikkeling van mono-disciplinaire protocollen en richtlijnen – bijvoorbeeld alleen voor psychiaters of voor psychotherapeuten – naar multi-disciplinaire protocollen en richtlijnen.

In de voortgangsbrief over de medical technology assessment van dit voorjaar, heb ik de huidige stand van zaken op het terrein van protocol-lering en doelmatigheid beschreven. De beroepsgroepen in de GGZ zijn op dit terrein zeer actief. De nadruk ligt daarbij nog sterk op de ontwikkeling en eerste toetsing van die protocollen. Onderzoek naar de invoering, het gebruik en de effectiviteit van protocollen is in de GGZ minder ver ontwikkeld. Aan ZON heb ik begin 1997 opdracht gegeven voor een programma doelmatigheidsonderzoek ambulante GGZ/psychotherapie, waarvan de ontwikkeling, toetsing, invoering en evaluatie van protocollen nadrukkelijk een onderdeel vormt, alsmede de kosteneffectiviteitsanalyse. Voor dit programma, dat een looptijd heeft van vier jaar, heb ik in totaal 3.2 mln. beschikbaar gesteld.

Ook het Trimbosinstituut is actief op dit gebied. De KNMG geeft inmiddels uitvoering aan het project «Gepaste Zorg», gericht op depressie. In de lokale initiatieven psychiaters ten slotte wordt nadrukkelijk aandacht gegeven aan protocollair werken, intercollegiale toetsing en rationalisering van de indicatiestelling.

Intensivering van het beleid

In aanvulling op de in genoemde voortgangsbrief over de medical technology assessment neergelegde beleidsvoornemens, zet ik de komende periode specifiek voor de voor de GGZ in op:

- stimulering van het wetenschappelijk onderzoek. Dit voorjaar heb ik de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) verzocht mij te adviseren over de stand van zaken met betrekking tot het onderzoek inzake de geestelijke gezondheidszorg en de geestelijke volksgezondheid en over de leemten en achterstandssituaties daarin. Na ontvangst van dat advies zal ik bezien op welke wijze dit onderzoek kan worden gestimuleerd, teneinde de achterstandspositie die de GGZ op dit terrein heeft in vergelijking tot de somatische sector, te verkleinen. Ik zal de Kamer informeren over mijn standpunt op het RGO-advies;
- stimulering van de ontwikkeling, invoering, evaluatie en bijstelling van protocollen. Ik zal daarover met de betrokken beroepsgroepen afspraken maken. Voorlopig ga ik uit van de ontwikkeling van twee protocollen per jaar;
- bevorderen van het invoeren en het gebruik van protocollen. Instrumenten daarvoor zijn de inpassing van de protocollen in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen (onderdeel intercollegiale toetsing en indicatietoetsing) en inpassing in de onafhankelijke indicatiestelling zoals die thans voor de GGZ wordt ontwikkeld;
- bevorderen van de ontwikkeling van multi-disciplinaire protocollen.

Dit najaar beleg ik een invitationale conference waarin deze beleidsvoornemens verder worden uitgewerkt met vertegenwoordigers van beroepsgroepen, koepels van aanbieders, verzekeraars en consumenten/patiëntenorganisaties en de betrokken onderzoeksinstellingen.

6 Financiële paragraaf

Zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven, is het opvangen van de toenemende zorgvraag een grote uitdaging voor de GGZ. Het vereist ook een samenhangend en evenwichtig financieel beleid. In deze paragraaf schets ik op hoofdlijnen mijn voornemens over de inzet van de voor de GGZ beschikbare middelen.

Kerngegevens

De onderstaande tabellen geven een overzicht van de ontwikkelingen in de GGZ over periode 1990–1995 wat betreft de uitgaven en over de periode 1990–1997 voor wat betreft de beschikbaar gestelde volumemiddelen.

Deze uitgaven worden voor 92% gedekt uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voor 3,5% door subsidies van de overheid en voor 4,5% via particulier ziektekostenverzekeringen en overige betalingen. De overige betalingen betreffen voor het merendeel de eigen betalingen.

Uitgaven Geestelijke Gezondheidszorg 1990–1995

Uitgaven in milj. gulden

	1990	1995
Intramuraal		
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen ¹	1 999	2 335
Zelfstandige kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken	85	150
Zelfstandige verslavingskliniek	75	117
Justitiële TBS-kliniek	108	145
Psychiatrische afd. algemeen ziekenhuis	220 ³	285
<i>Totaal intramuraal</i>	<i>2 643</i>	<i>3 032</i>
Semimuraal		
Beschermende woonvormen ²	143	246
Psychiatrische deeltijdbehandeling	90 ³	190 ³
<i>Totaal semimuraal</i>	<i>233</i>	<i>436</i>
Extramuraal		
Riagg	517	648
CAD	90	115
Polikliniek psychiatrische en algemene ziekenhuizen	853 ³	1 303 ³
Zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten	135 ³	153 ³
Overige ambulante geestelijke gezondheidszorg	32	24
Overige verslavingszorg	66	33
<i>Totaal extramuraal</i>	<i>925</i>	<i>1 103</i>
Zorgvernieuwingsfonds	–	51
Totaal	3 801	4 622

¹ inclusief de herstellingsoorden

² inclusief de psychiatrische woonvoorzieningen

³ schatting

De totale uitgaven zijn over de periode 1990 tot en met 1995 toegenomen met 21,6%, een gemiddelde jaarlijks toename met 3,6%. Deze toename bestaat uit de optelsom van nominale bijstellingen, loon- en prijsstijgingen en volumegroei. Onderstaande tabel maakt zichtbaar welke volumemiddelen de afgelopen jaren beschikbaar zijn gesteld.

Toegestane volumegroei GGZ 1990–1997

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Toegestane volumegroei	–	–	–	–	–	20	10	10
Specifiek volume	41	11	11	–	10	4	53	10
Capaciteitsuitbreiding WZV	20	50	37	43	58	71	22	30
Totaal	61	61	48	43	68	95	85	50
Percentage	2%	1,9%	1,4%	1,2%	1,7%	2,3%	1,7%	1,1%

De gemiddelde toegestane volumegroei over de periode 1990–1995 bedraagt 1,8%. Over de periode 1990–1997 komt deze iets lager uit, namelijk op 1,7%.

Financieel beleid

Het antwoord op de toenemende vraag in de GGZ zal ook in de komende jaren gevonden moeten worden in de combinatie van kostenbeheersing, doelmatigheid, aanbodsbeheersing, vraagbeheersing en volumeontwikkeling. Onderstaand ga ik nader op deze aspecten in, waarbij ik met name zal aangeven wat de afgelopen jaren is gerealiseerd en welke aanpassingen in het beleid noodzakelijk zijn.

** Kostenbeheersing*

Op het punt van kostenbeheersing is in de GGZ de afgelopen jaren veel bereikt, mede dankzij de medewerking van aanbieders en verzekeraars. Zo is er in 1996 via wijziging van COTG-richtlijnen een budgetmaximering ingevoerd voor de APZ'en, de KJP-klinieken en de verslavingsklinieken. Voor de RIAGG's is al langer sprake van budgetmaximering via COTG-richtlijnen. Vanaf 1997 is ook voor de RIBW'en de budgetmaximering ingevoerd. Daarnaast zijn de vrijgevestigde psychotherapeuten al een aantal jaren strak gebudgetteerd in de «vanwege de RIAGG-constructie». Voor de vrijgevestigde psychiaters tenslotte geldt dat zij via de «lokale initiatieven» worden gebudgetteerd.

Ik verwacht dan ook in de komende jaren in deze sector geen noemenswaardige overschrijdingen.

** Doelmatigheid*

Verbetering van de doelmatigheid van de GGZ is al een groot aantal jaren één van de beleidsinstrumenten om de toenemende vraag op te vangen. Ik constateer dan ook dat er steeds efficiënter gebruik wordt gemaakt van de beschikbare GGZ-capaciteit. De met de doelmatigheid te behalen efficiencywinst is door mij conform het post-WAGGS model, in overleg met de werkgevers, ingezet bij het arbeidsvoorwaardenbeleid. Dit betekent dat alleen als er sprake is van een grotere efficiencywinst dan afgesproken in het arbeidsvoorwaardenoverleg, doelmatigheid een bijdrage levert aan het opvangen van de toenemende vraag.

Gelet op het steeds efficiënter gebruik van de capaciteit in de ggz zal naar mijn mening de komende jaren ten principale moeten worden gekeken naar de verhouding tussen doelmatigheid, arbeidsvoorwaardenbeleid en volume.

** Aanbodsbeheersing*

Ik heb in de brief aangegeven dat een striktere sturing van het aanbod noodzakelijk is. Hierdoor wordt het mogelijk het intra-, semi- en extra-murale aanbod beter op elkaar af te stemmen. Het is immers van belang het reeds langerlopende substitutieproces van intramuraal naar semi- en

extramuraal voort te zetten, hetgeen gelet op de toenemende vraag niet gemakkelijk is. Dit proces kan slechts zeer geleidelijk verlopen aangezien het te substitueren deel van de intramurale capaciteit veelal bezet wordt door langdurig zorgafhankelijken. Daarnaast wordt het substitutieproces op regionaal niveau vaak nog bemoeilijkt door de evenzeer noodzakelijke spreiding van capaciteit over de regio. Om het substitutieproces te versnellen, is een deel van de mij ter beschikking staande intensivering-smiddelen via het bouwkader ingezet voor de uitbreiding van semimurale capaciteit (RIBW- en deeltijdcapaciteit) en de opbouw van capaciteit in zogenaamde lege regio's. Hierdoor wordt een betere doorstroming van APZ naar RIBW c.q. deeltijdbehandeling mogelijk en ontstaat bij de APZ'en ruimte om eventuele overcapaciteit af te bouwen. In onderstaande tabel wordt, rekening houdend met de exploitatiegevolgen van het bouwprogramma 1995-1996, de voor de komende jaren beschikbare volumeruimte voor planning- en bouwbeslissingen weergegeven.

Beschikbare volumeruimte voor exploitatie van planning- en bouwbeslissingen van het bouwprogramma 1997-2000 en het bouwprogramma 1995-1996

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
67,0	67,0	73,0	49,0	62,0	48,0	49,0	49,0

Met een aantal regio's zijn meerjarige afspraken gemaakt over afbouw van hun overcapaciteit in ruil voor vervangende nieuwbouw door middel van de EVI-regeling. Concreet betekent dit dat de opbrengst van de capaciteitsafbouw voor de komende jaren vastligt en eerst op termijn (afhankelijk van de gemaakte afspraken, maar niet eerder dan na 2000) middelen beschikbaar komen die kunnen worden ingezet ten behoeve van substitutie naar regio's waar geen overcapaciteit is. Daarnaast ben ik met een aantal regio's nog in gesprek over capaciteitsafbouw.

*** Vraagbeheersing**

Voor een deel moet het antwoord op de toenemende vraag gevonden worden in de combinatie van objectieve indicatiestelling, protocollering en ontwikkeling van de poortwachtersfunctie. Met deze maatregelen, in samenhang met de in deze brief voorgestelde maatregelen over de wachttijden in de ambulante GGZ, kan de vraag voor een deel worden beheerst. Het zal naar verwachting nog wel enige jaren duren voor de betreffende maatregelen in volle omvang zijn gerealiseerd c.q. effectief zullen zijn.

*** Volumeontwikkeling**

De bovenomschreven maatregelen bieden voor een deel, zij het eerst op langere termijn, soelaas voor de toenemende vraag. Daarnaast is voor met name de ambulante GGZ een groei nodig, omdat de toenemende vraag zich vooral in deze sector manifesteert en mijn beleid gericht is op een verdergaande extramuralisering en vermaatschappelijking. Voor een goede doorstroming van intramuraal naar extramuraal dient voldoende extramurale capaciteit aanwezig te zijn. Deze volumegroei dient te worden bepaald op basis van eenduidige gegevens over de omvang van de zorgvraag die niet met een doelmatige inzet van de huidige capaciteit kan worden opgevangen.

*** Financiering aanpak wachttijden in de ambulante GGZ.**

Voor de aanpak van knelpunten bij RIAGG's met lange wachtlijsten heb voor 1997 een bedrag van f 5 mln. incidenteel beschikbaar gesteld. Ik ben voornemens ook voor 1998 hiervoor middelen beschikbaar te stellen. Voor de diverse beschreven onderzoeken heb ik in de begroting van 1997 een bedrag vrijgemaakt van f 1,2 mln. Uit deze middelen zal tevens het

onderzoek naar de versterking van de poortwachtersfunctie worden gefinancierd.

* Financiering overige onderzoeken

In deze brief kondig ik een aantal onderzoeken aan. Het gaat daarbij om:

- onderzoek/begeleiding experiment scheiden wonen/zorg
- stimulering wetenschappelijk onderzoek
- extra stimulering protocollering.

De financiering van deze onderzoeken wordt de komende jaren in de begroting meegenomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers