



Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999

Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999

Illustratie omslag:

Vincent van Gogh (1853 - 1890) Knotwilgen met ondergaande zon

Collectie Kröller Müller Museum Otterlo

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

GVM/GGZ/ Den Haag, 21 december 1998

Beleidsvisie GGZ

Hierbij bied ik U aan de beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg. Deze integrale visie op de GGZ heb ik de Kamer bij diverse gelegenheden toegezegd, waaronder de bespreking met de vaste commissie voor de volksgezondheid van de beleidsbrief GGZ van 24 juni 1997 (TK 1996-1997, 25 424, nr.1). Gezien de nauwe samenhang tussen de GGZ, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang, komen ook de twee laatstgenoemde beleidsterreinen in deze visie aan de orde. Behalve op de bovengenoemde beleidsbrief GGZ, sluit deze visie aan op de beleidsbrief over de openbare geestelijke gezondheidszorg (TK 1996-1997, 25 424, nr.2), de integrale nota Maatschappelijke Opvang (1997-1998, 25 682, nr. 1) en mijn brief van 19 juni 1998 over het ontwikkelingsplan verslavingszorg.

In de beleidsvisie schets ik op hoofdlijnen en gericht op de langere termijn, een samenhangend pakket van maatregelen dat erop gericht is de doeltreffendheid en doelmatigheid van de GGZ-sector te vergroten. Deze slag naar meer doelmatigheid en doeltreffendheid is nodig wil de GGZ-sector adequaat kunnen inspelen op de uitdagingen waarvoor hij de komende jaren wordt geplaagd. De uitdaging die daarbij het meest in het oog springt is het opvangen van de veranderende en toenemende vraag naar GGZ-hulp.

Deze toenemende en veranderende hulpvraag in de GGZ heeft bij ongewijzigd beleid gevolgen die voor individu en samenleving ongewenst zijn. De voorbodes daarvan worden in toenemende mate zichtbaar en trekken ook in de publiciteit steeds meer de aandacht. Ik noem in dit verband de wachtlijsten in de ambulante GGZ, de wachttijden voor klinische opnamen in bijvoorbeeld de kinder- en jeugdpsychiatrie, de signalen over zorgverschraling in de intramurale GGZ, de knelpunten in de crisisopvang, de signalen over de beperkte bijdrage die de GGZ kan leveren aan overlastbestrijding en de voorkoming van verloedering en verkommering en de individuele en maatschappelijke problematiek rond de psychische arbeidsongeschiktheid.

De veranderende en toenemende zorgvraag kan niet door de GGZ-sector worden opgevangen door uitsluitend "meer van hetzelfde" te bieden. Behalve dat de voor de GGZ beschikbare groei ruimte daar niet in voorziet, is zulks vanuit een oogpunt van een doelmatige besteding van collectieve gelden ook niet verkieslijk. Ook een beperking van het domein van de GGZ tot de zogenoemde "harde psychiatrie" acht ik geen wenselijke benadering. Waar psychische problemen of psychiatrische stoornissen voor een individu leiden tot ernstig psychisch lijden en tot ernstige beperkingen in diens maatschappelijke leven, is er een taak voor de collectief gefinancierde GGZ. Ik verwijs in dit verband ook naar hetgeen ik daarover opmerk in eerdergenoemde GGZ-beleidsbrief en naar de bespreking met de vaste commissie voor de volksgezondheid over deze brief.

Wat nodig is, naast een beheerste volumegroei, is een aanpassing op onderdelen van de inhoud, organisatie en sturing van het GGZ-zorgaanbod opdat de voor de sector beschikbare middelen doelmatig en doeltreffend kunnen worden ingezet. Wat ook nodig is, is dat de GGZ zich meer naar buiten toe opstelt en actief samenwerking zoekt met andere zorgsectoren, organisaties van maatschappelijke dienstverlening en lokale overheden. Door de veranderende zorgvraag kan de GGZ het steeds minder alleen af en dat moet ook haar ambitie niet zijn. Door de extramuralisering van de GGZ raakt deze sector in toenemende mate verbonden met en aangewezen op andere maatschappelijke actoren op terreinen als wonen, arbeid, educatie, resocialisatie, openbare orde, sociale activering en dagstructurering. Samenwerking met andere sectoren is nodig, wil de GGZ op adequate wijze antwoord kunnen geven op de zorgvragen van de

cliënt. Andersom kan de GGZ een bijdrage leveren aan de oplossing van problemen in andere maatschappelijke sectoren. Er is sprake van een wederzijdse afhankelijkheid én complementariteit. De GGZ als sector vormt niet alleen onderdeel van de gezondheidszorg en heeft daarmee niet alleen zijn snijvlakken met ondermeer de somatische gezondheidszorg. De sector is evenzeer onderdeel van en partner binnen een veel bredere maatschappelijke keten van zorg en opvang, waardoor snijvlakken bestaan met de hierboven genoemde actoren. De vormgeving van die keten en het garanderen van samenhang en volledigheid vindt vooral plaats op het regionaal en gemeentelijk niveau. Integraliteit en specificiteit zijn daarbij de kernwoorden. Op deze wijze kan ook deze sector bijdragen aan een leefbare samenleving. In de komende Welzijnsnota wordt nader ingegaan op de relatie tussen zorg en welzijn. Hier ligt ook een belangrijk aanknopingspunt met het doorstartconvenant Grote Stedenbeleid en het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl met de gemeenten. Voorts zal er in het vroege voorjaar 1999 een overleg zijn tussen de betrokken bewindspersonen (OCenW, Sozawe, Justitie en VWS) en de G-4 en de G-21 over wensen m.b.t. de sociale infrastructuur, waarbij thema's uit deze beleidsvisie aan de orde zullen komen.

Uit het pakket maatregelen dat ik in de beleidsvisie voorstel, noem ik hier de vijf belangrijkste. Zij vormen in belangrijke mate een uitwerking van de thema's die ik in de GGZ-beleidsbrief van 24 juni 1997 en in de OGGZ-brief van dezelfde datum aan de orde stelde.

1 Het versterken van de eerstelijns voor de opvang van GGZ-problematiek, opdat het merendeel van de hulpvragen beantwoord kan worden met kortdurende mono-disciplinaire behandelingen. In dat verband wordt bezien of de gezondheidszorgpsycholoog onder de collectieve ziektekostenverzekering zou moeten worden gebracht. Daartoe zullen enkele experimenten plaatsvinden.

2 De beëindiging van de RIAGG'en en psychiatrische ziekenhuizen als aparte voorzieningen en de vorming van regionale GGZ-instellingen. Daarvan kunnen ook de instellingen voor beschermd wonen deel uit te gaan maken, op voorwaarde dat de functie beschermd wonen onverlet blijft en niet "verpsychiatriseert". Deze regionale GGZ-instellingen zijn uitsluitend toegankelijk via de huisarts en na een objectieve indicatiestelling. Voor de jeugd loopt de toegang via de Bureau's Jeugdzorg. De vorming van dergelijke omvangrijke regionale GGZ-instellingen vereist

overigens wel “flankerend beleid” in de zin dat zowel de financiers als de cliënten over voldoende mogelijkheden dienen te beschikken om de instellingen op hun functioneren te beoordelen (transparantie), alsmede het beleid van deze instellingen te beïnvloeden (countervailing power). Dat vereist een adequaat schaalniveau.

3 De herziening van de beroepenstructuur van de GGZ. Deze herziening is nodig om de beroepenstructuur te laten aansluiten op de veranderingen in de inrichting van het GGZ-aanbod en om een doelmatiger inzet van GGZ-hulpverleners te bereiken. Deze herziening heeft met name gevolgen voor de wettelijke positie (Wet BIG) van het beroep van psychotherapeut.

4 De algehele modernisering van het sturingsinstrumentarium, waaronder het invoeren van een integrale GGZ-verstrekking in de AWBZ en in verband daarmee de herziening van de eigen bijdrage regeling en het invoeren van een nieuwe integrale planningsnorm voor zowel de intra- als de extramurale zorg. Deze verandering vormt onderdeel van de algehele modernisering van de AWBZ, zoals in het Regeerakkoord vermeld; voor de algehele modernisering van de AWBZ is inmiddels een projectorganisatie in het leven geroepen. De gespecialiseerde GGZ wordt in dat verband benaderd als één samenhangend stelsel van care en cure, waarop de sturing en financiering aansluit. De gespecialiseerde GGZ blijft derhalve in zijn geheel AWBZ-gefinancierd.

5 Ontwikkeling van een actief GGZ-preventie- en geestelijk volksgezondheidsbeleid, dat zich gaat richten op de raakvlakken tussen de GGZ-sector en andere zorgsectoren, organisaties van maatschappelijke dienstverlening en lokale overheden en op een nadere analyse van de factoren die geestelijke ontsporingen veroorzaken en van de mogelijkheden om die te voorkomen.

Bij de vormgeving van de beleidsvisie GGZ is gebruik gemaakt van de inzichten die zijn aangereikt in een drietal dit jaar uitgebrachte adviezen:

- het advies “De GGZ in de 21ste eeuw” dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in januari 1998 uitbracht;
- het advies van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten van juni 1998 en
- het advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen van 16 november 1998 over de modernisering van de planningsnormen in de GGZ.

De beleidsvisie GGZ vormt tevens het kabinetsstandpunt op deze drie

adviezen. Zij geeft ook uitwerking aan de “conclusies van overleg met de GGZ-sector” die ik de Kamer op 13 november toestuurde. Wat betreft het genoemde advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen merk ik op dat ik eerst definitief zal besluiten over de hoogte van de GGZ-planningsnormen en de onderverdeling daarbinnen, na afronding van het onderzoek naar de wijze waarop de extramurale zorg ondergebracht kan worden in één integrale GGZ-norm. Alsdan is ook het materiaal voorhanden op basis waarvan in den lande de regiovisies kunnen worden opgesteld.

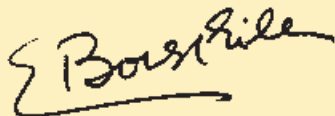
De beleidsvisie voldoet voorts aan een aantal toezeggingen die ik de Kamer bij diverse gelegenheden heb gedaan, te weten:

- rapportage over de structurele aanpak van de wachtlijsten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (brief VWS 97-1196);
- standpunt over het domein van de GGZ en over de vraag of er een zekere sturing m.b.t. de verdeling van de gelden kan plaatsvinden (TK 25 424, nr.3 en TK 25 424, nr.5);
- informatie over borderline-patiënten (klinische psychotherapie) en beantwoording van alle resterende vragen over de GGZ in bredere zin, gesteld tijdens het algemeen overleg van 19 februari 1998 (TK 25 424, nr. 4);
- Beleidsnotitie over de kinder en jeugdpsychiatrie in het kader van Regie in de jeugdzorg (TK 24 400-XVI-72 en brief VWS 96-1361)

De beleidvisie sluit aan bij ontwikkelingen in de sector zelf. Zij geeft in hoofdlijnen een visie op de toekomst van de sector en op de gewenste beleidsontwikkelingen. Daarbij gaat het vooral om de richting en om de kwalitatieve ontwikkelingen. Slechts waar nodig, is een meer gedetailleerde uitwerking van het beleid gegeven. Op die manier is er ruimte voor het (GGZ-)veld om vanuit de verantwoordelijkheid van het “maatschappelijk ondernemerschap” - zoveel mogelijk bottom-up - aan die visie nadere invulling en uitvoering te geven. Ik wil de sector die ruimte ook nadrukkelijk geven. De modernisering van het sturingsinstrumentarium, als onderdeel van de algehele modernisering van de AWBZ, sluit daarbij aan. Actieve (bij)sturing is slechts dan aan de orde als blijkt dat (onderdelen van) de sector of instellingen onvoldoende vorm kunnen of willen geven aan het “maatschappelijk ondernemerschap” en daardoor bij de gewenste ontwikkelingen achterblijven.

Ik wijs er tenslotte op dat de beleidsvisie een meerjarentraject aangeeft. De realisering van de vele voornemens kent vaak een looptijd tot het jaar 2002; voor een aantal voornemens loopt de realiseringstermijn ook nadien nog door. Ook de middelen die hiervoor beschikbaar zijn gesteld, zijn verspreid over deze periode. De Beleidsvisie biedt een kwalitatieve richting. De meerjarentrajecten geven de koers aan waarbinnen cliënten, veld, overheid en zorgkantoren zich bewegen om de breed gedragen veranderingen te bewerkstelligen. De conclusies van overleg met de sector GGZ vormen hiervoor een belangrijk uitgangspunt. De komende jaren zullen hieruit verschillende concrete langetermijn afspraken voortvloeien die van invloed zullen zijn op de structuur en organisatie van de zorg. Voor sommige trajecten in de beleidsvisie betekent dit dat de komende jaren een start wordt gemaakt met het maken van afspraken, die op langere termijn bij verdere uitwerking ook in extra financiering voorzien. Uiteraard zal de financiële verplichting van de afspraken beperkt moeten blijven tot het niveau van de beschikbare middelen in 2002. Lang niet alle afspraken vereisen overigens een financiële vertaling op de korte termijn, ook samenwerkingsafspraken, nadere regionale afstemming en andere meer kwalitatieve instrumenten rond specifieke thema's vormen hiervan een onderdeel.

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Borst Eilers'. The signature is written in a cursive, flowing style with a long horizontal stroke at the bottom.

dr. E. Borst Eilers



Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999

Inhoudsopgave

0	Inleiding	12
1	Algemene beschouwing	14
2	Ontwikkeling van de zorgvraag	24
3	Organisatie van het zorgproces	27
4	Kinder- en jeugdpsychiatrie	35
5	Ouderenpsychiatrie	38
6	Verslavingszorg	40
7	Forensische psychiatrie	43
8	Beroepenstructuur in de GGZ	46
9	Sturing in de GGZ	50
10	Kwaliteit en doelmatigheid	57
11	Psychische arbeidsongeschiktheid en wachtlijsten	60
12	Geestelijk volksgezondheidsbeleid en Preventie	64
13	Positie van patiënten/cliënten	67
14	Informatievoorziening	72
15	Kennisontwikkeling en kennisoverdracht	75
	Bijlage	
	Inzet middelen Regeerakkoord	81

0 Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg gaat jaarlijks f 5 miljard om, waarvan f 3,5 miljard voor intramurale zorg en f 1,5 miljard voor semi- en extramurale zorg. Jaarlijks wordt ongeveer 5% van de Nederlanders door de GGZ behandeld, begeleid of verzorgd. In de GGZ werken 45.000 fte beroepsbeoefenaren. Daarvan werkt een beperkt aantal zelfstandig. Het merendeel werkt in algemene of categorale psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen, RIAGG'en of in samenwerkingsverbanden van deze instellingen.

De GGZ staat de komende jaren voor een aantal belangrijke uitdagingen. Deze beleidsvisie geeft aan op welke wijze daarop beleidsmatig wordt ingespeeld. Gekozen is voor een schets op hoofdlijnen van beleid, sterk gericht op de lange termijn. Daarbij is vooral de richting en de koers aangegeven, alleen waar nodig is een meer gedetailleerde uitwerking gegeven. Zo is niet alles "dichtgetimmerd" en blijft er ruimte voor de betrokken maatschappelijke actoren om vanuit de hen toebedeelde verantwoordelijkheden invulling te geven aan dit beleid. Het gaat daarbij om "maatschappelijk ondernemerschap" van het veld. Daarnaast blijft zo de mogelijkheid om -waar nodig- snel en adequaat te kunnen bijsturen en in te spelen op nieuwe ontwikkelingen.

Deze beleidsvisie behelst tevens het kabinetsstandpunt op drie adviezen:

- het advies "De GGZ in de 21^{ste} eeuw" dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg begin 1998 uitbracht;
- het advies van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten van mei 1998 en
- het advies van het College voor ziekenhuisvoorzieningen over de modernisering van de planningsnormen van november 1998.

Voorts is gebruik gemaakt van de inzichten zoals aangereikt in de rapportage van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, "De staat van de gezondheidszorg" van 1997 en de Volksgezondheid toekomstverkenningen 1997, "De som der delen" van het RIVM.

De beleidsvisie is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 bevat een algemene beschouwing die nodig is voor een goed begrip van de beleidsvisie. Dit

hoofdstuk besluit met een samenvatting van het voorgenomen beleid. Dit wordt in de volgende hoofdstukken nader uitgewerkt. Hoofdstuk 2 schetst de veranderingen in de zorgvraag. Hoofdstuk 3 beschrijft de voorgenomen herstructurering van het zorgproces, waarna de hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 ingaan op een aantal specifieke zorgcircuits: de kinder- en jeugdpsychiatrie, de ouderenpsychiatrie, de verslavingszorg en de forensische psychiatrie. Hoofdstuk 8 gaat in op de voorgenomen veranderingen in de GGZ-beroepenstructuur. De sturing van de GGZ staat centraal in hoofdstuk 9 en de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ in hoofdstuk 10. Hoofdstuk 11 beschrijft het beleid omtrent de psychische arbeidsongeschiktheid en wachtlijsten. De preventie in de GGZ, de positie van de patiënt en het informatiebeleid komen achtereenvolgens aan de orde in de hoofdstukken 12, 13 en 14. Hoofdstuk 15 tenslotte, gaat in op onderzoek en overdracht van verworven kennis in de GGZ. De verslavingszorg komt niet in elk van de hoofdstukken 8 tot en met 15 expliciet terug. Wanneer het onderwerp wel de verslavingszorg betreft is of een verwijzing naar hoofdstuk 6 opgenomen of bevat het betreffende hoofdstuk een passage over de verslavingszorg. Als bijlage is toegevoegd een financieel overzicht van de beleidsvoornemens.

1 Algemene beschouwing

De vraag naar GGZ-hulpverlening verandert, zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin. Om aan die veranderende vraag tegemoet te komen moet de GGZ-sector een aantal belangrijke slagen maken.

De drie uitdagingen voor de 21^{ste} eeuw: meer, anders en nadrukkelijker

De GGZ staat aan het begin van de 21^{ste} eeuw voor drie belangrijke uitdagingen. In de eerste plaats wijzen de resultaten van recent grootschalig epidemiologisch onderzoek, alsmede de cijfers over de ontwikkeling van het zorggebruik, in de richting van een sterk toenemende vraag naar met name ambulante GGZ-hulp. De GGZ dient daarop adequaat in te spelen. Daarnaast dient een nadere analyse plaats te vinden van deze groeiende vraag. In de tweede plaats verandert de aard van de zorgvraag: veel mensen met chronische psychiatrische problematiek willen in staat worden gesteld onderdeel van de samenleving te blijven uitmaken. Voor de GGZ betekent dat het verder omvormen van intramurale zorg tot extramurale zorg, zonder dat dit leidt tot verschraling van het bestaan van psychiatrische patiënten of tot onevenredige hoge belasting voor gezinnen, buurten, politie of justitie. Een derde uitdaging voor de GGZ is bij een aantal maatschappelijke problemen veel nadrukkelijker in beeld te komen. Ik noem als voorbeelden de psychische arbeidsongeschiktheid (onder meer door stress op de werkplek), de problematiek rond de zogenoemde verkommerden en verloederden, de psychische problematiek in gevangenissen, maar ook de werk- en milieudruk, mishandeling, eenzaamheid en slechte woon- en leefomstandigheden.

- *De GGZ-sector als ideaaltype*

Wil de GGZ deze uitdagingen adequaat kunnen oppakken, dan is het nodig dat de GGZ zich ontwikkelt tot een daadkrachtige, doeltreffende, doelmatige en open zorgsector. Er is op dat gebied al het nodige gerealiseerd, maar er moet nog veel meer gebeuren. Een GGZ-sector die zich dusdanig laat kwalificeren, ziet er als volgt uit.

- Het hulpaanbod is vraaggericht, d.w.z.: is afgestemd op de zorgbehoefte van de individuele cliënt en zijn specifieke maatschappelijke of culturele kenmerken, komt tot stand in samenspraak met de cliënt, is goed toegankelijk, is zowel gebaseerd op de medisch-psychiatrische diagnose als op de functiebeperkingen van de cliënt, en bestaat behalve uit medisch-psychiatrische behandeling ook uit sociaal-maatschappelijke hulp.

- Het hulpaanbod is doelmatig georganiseerd volgens een eenduidig profiel van “licht en algemeen naar zwaar en gespecialiseerd”. Dit is overeenkomstig de structuur in de somatische gezondheidszorg.
 - Stoornissen die kortdurend en generalistisch kunnen worden behandeld, worden verholpen in de lokaal georganiseerde eerstelijns-GGZ door de huisarts, de eerstelijnspsycholoog en de maatschappelijk werker. Daar levert men ook een bijdrage aan de preventie.
 - Stoornissen die de mogelijkheden van de eerste lijn te boven gaan, worden verwezen naar de regionaal georganiseerde gespecialiseerde GGZ. Deze bestaat uit regionale GGZ-instellingen, waarin zijn opgegaan de algemene psychiatrische ziekenhuizen en de RIAGG'en. Ook de instellingen voor beschermd wonen kunnen in deze regionale GGZ-instellingen opgaan, mits de eigenheid van het beschermd wonen daarmee niet in de knel komt. De regionale GGZ-instellingen vormen in samenwerking met de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen regionale GGZ-centra, welke bij voorkeur zijn gelokaliseerd in of nabij het algemene ziekenhuis. De vrijgevestigde beroepsbeoefenaren complementeren het gespecialiseerde GGZ-aanbod. Dit regionale gespecialiseerde GGZ-aanbod biedt een compleet arsenaal aan functies (preventie, diagnostiek, crisishulpverlening, ambulante en klinische kortdurende behandeling, resocialisatie en bescherming) en voert een adequaat wachtlijstbeleid. De regionale GGZ is uitsluitend toegankelijk via de huisarts en een geprotocolleerde indicatiestellingprocedure.¹
 - Supergespecialiseerde hulp tenslotte wordt op bovenregionaal/landelijk niveau geboden in de academische ziekenhuizen en in een aantal aangewezen (categorale) GGZ-instellingen.
- Er is een logisch opgebouwde beroepenstructuur, waarin elke beroepsgroep een voor de cliënt duidelijk en herkenbaar profiel heeft. De deskundigheidsgebieden van de onderscheiden GGZ-disciplines zijn goed op elkaar afgestemd en van elkaar afgebakend.
- De GGZ-hulpverleners werken met in protocollen vastgelegde methodes die wetenschappelijk zijn gevalideerd en gebaseerd zijn op de ervaringen van cliënten. Er is een duidelijke structuur voor prioritering en afstemming van wetenschappelijk onderzoek en de verspreiding van wetenschappelijke kennis.
- De GGZ-aanbieders zijn transparant in de organisatie van de zorgverlening,

¹ Over verwijzing door de arbo-arts is nog een discussie gaande. Zie ook paragraaf 3.2

zodat financiers en cliënten in staat zijn zich een oordeel te vormen over de doelmatigheid en kwaliteit van het zorgaanbod (benchmarking). Deze partijen hebben voldoende instrumenten om op grond van dat oordeel het beleid van de GGZ-aanbieders te beïnvloeden (countervailing power).

- De GGZ-aanbieders werken nauw samen met andere zorg- en maatschappelijke sectoren en met gemeentelijke voorzieningen om een samenhangend en integraal aanbod voor cliënten te garanderen, om overlap en lacunes in de zorg- en dienstverlening te minimaliseren, om het ziekteverzuim om psychische redenen terug te dringen en om te voorkomen dat een toenemend aantal mensen afhankelijk wordt van professionele hulp. De GGZ vormt daarmee onderdeel van en is partner binnen een brede maatschappelijke keten voor zorg en opvang op plaatselijk en regionaal niveau en draagt daar actief aan bij.

- *Domein en missie van de GGZ*

Voorts is het van belang dat er helderheid bestaat over het domein en het doel van de GGZ. Daarover is in de afgelopen periode discussie ontstaan. Met name speelt de vraag of de zogenoemde levensproblematiek tot het domein van de GGZ behoort. In eerdere documenten heb ik mij daarover al uitgesproken.² Ik volsta daarom hier met een korte samenvatting.

Uitgangspunt is dat problemen als gevolg van relatieverbreking, werkdruk, ontslag of verlies van dierbaren ("de levensproblemen") bij het menselijk bestaan behoren en in beginsel op eigen kracht en met hulp van familie of vrienden, kunnen worden opgelost. Veel burgers zijn daartoe zeer wel in staat of vinden een adequate manier om met het probleem om te gaan. Bij anderen echter leiden de levensproblemen tot ernstige psychische problematiek of psychiatrische stoornissen. Dat hangt samen met de biologische, psychologische en sociale draagkracht van het individu. Ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen veroorzaken persoonlijk lijden en beperkingen in het maatschappelijk functioneren.³ Daar ligt voor mij de grens van het domein. Niet het soort of de aard van de problematiek is onderscheidend, maar de vraag of deze leidt tot ernstig lijden en ernstige

² Zie mijn brief "Geestelijke gezondheidszorg" van 24 juni 1997 (TK, 1996-1997, 25 424, nr. 1), alsmede mijn brief van 20 april 1998 over het RVZ-advies "GGZ in de 21e eeuw". (TK, 1997-1998, 25 424, nr. 5).

³ Ik refereer hierbij ook aan de toelichtende beschouwing bij DSM IV.

beperkingen in het maatschappelijk functioneren. In het individuele geval is het aan de professional om in overleg met de cliënt en op basis van de stand van de wetenschap te beoordelen of GGZ-hulp noodzakelijk is. Teneinde dat proces te objectiveren en een gepast gebruik van GGZ-hulp te garanderen, zijn indicatiestelling, protocollering en een versterking van de poortwachterspositie van de huisarts noodzakelijke voorwaarden. Het is de missie van de GGZ om psychische problemen en psychiatrische stoornissen te voorkomen en te behandelen. De GGZ richt zich daarbij op herstel en – waar dat niet of nog niet mogelijk is – op het draaglijk maken van de gevolgen van de stoornissen. De GGZ is daarmee onderdeel van de gezondheidszorg en draagt zowel elementen van genezen, verzorgen, ondersteunen en begeleiden in zich. De GGZ kan die missie in mijn visie echter niet alleen uitvoeren. Als gevolg van extramuralisering en veranderende wensen van patiënten raken de GGZ-sector, de andere zorgsectoren, maatschappelijke organisaties en gemeenten op het terrein van wonen, arbeid, educatie en participatie steeds meer met elkaar verbonden en op elkaar aangewezen. De GGZ kan en moet niet een integraal aanbod op alle levensterreinen (willen) leveren. Ook de patiënt is burger en heeft als zodanig recht op de algemeen toegankelijke voorzieningen. Mijn uitgangspunt voor de komende jaren is normalisatie: algemeen waar mogelijk, categoriaal waar noodzakelijk. Dat betekent een verandering in de positie van alle betrokkenen, waarbij ook de grenzen van het huidige GGZ-aanbod ter discussie komen te staan.

De GGZ vormt daarmee niet alléén onderdeel van de gezondheidszorg (en heeft dus niet alleen belangrijke snijvlakken met de ondermeer de somatische gezondheidszorg). De sector vormt evenzeer onderdeel van en is partner binnen een veel breder maatschappelijke keten van opvang en zorg op plaatselijk en regionaal niveau.

Hier liggen ook belangrijke relaties met het Grote steden beleid.

- *GGZ de maat genomen: op weg, maar nog niet bij het doel*

De GGZ heeft zich in de afgelopen 15 jaar ontwikkeld van een traditionele, sterk intramuraal georiënteerde en naar binnen gekeerde zorgsector, tot een sector die zorgvernieuwing en het ondersteunen van mensen in hun eigen leefomgeving hoog in het vaandel heeft staan en zich in toenemende mate oriënteert op de omgeving. Daarbij zijn regionaal belangrijke vernieuwingen en innovaties tot stand gebracht in de vorm van nieuwe en op maat gesneden zorgproducten als case-management, psychiatrische thuiszorg, ambu-

lante woonbegeleiding en dagstructurering. Via regionale samenwerkingsverbanden (vaak in de vorm van fusies) en via regionale GGZ-centra (vroeger MFE) wordt continuïteit van zorg gegarandeerd en worden de noodzakelijke relaties opgebouwd met andere sectoren en overheden. Organisaties van beroepsbeoefenaren weten zich in toenemende mate verantwoordelijk voor het ontwikkelen van aandoeningsgerichte zorgprogramma's, de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid en voor "evidence based medicine" en stellen daartoe richtlijnen en standaarden op. Deze ontwikkeling heeft mede plaatsgevonden onder invloed van een consistent over de jaren heen gevoerd overheidsbeleid, zoals verwoord in diverse overheidsnota's over de GGZ.⁴ De nadruk heeft daarbij met name gelegen op de extramuralisering van de zorg voor de langdurig zorgafhankelijken: de care-functie van de GGZ.

Hoewel de verworvenheden op dit punt, zeker bij de "voorlopers" in de zogenoemde zorgvernieuwingsregio's, dus onmiskenbaar zijn, is het zeker niet zo dat de GGZ daarmee "bijna af is". Want wanneer we de GGZ aan de hand van de eerder in dit hoofdstuk gegeven ideaaltyping de maat nemen, dan is de conclusie dat veel veranderingen en vernieuwingen nog in de kinderschoenen staan en te langzaam gaan: de sector moet nog een behoorlijke slag maken. De betekenis van de GGZ voor individu en samenleving komt nog onvoldoende over het voetlicht. Het zorgaanbod is nog te weinig afgestemd op de hulpvraag en zorgbehoefte van de cliënt waardoor bijvoorbeeld cliënten met meervoudige problematiek en allochtone cliënten niet altijd die zorg krijgen die zij nodig hebben. Ook groeit de druk van het bedrijfsleven op de zorg, voor het leveren van snelle adequate hulp.⁵ De zorgaanbieders zijn onvoldoende transparant wat betreft hun prestaties en zij worden onvoldoende beloond voor c.q. afgerekend op de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg. Beroepsbeoefenaren in de GGZ hebben elkaar sterk overlappende deskundigheidsgebieden en niet duidelijk is welk type beroepsbeoefenaar welke type behandelingen dient te geven; dit leidt tot een ondoelmatige inzet van beroepskrachten in de GGZ. Het zorgaanbod is onvoldoende geprofileerd langs de lijn van algemene kortdurende eerste-

4 Nieuwe Nota GGZ (1984), Nota "Onder Anderen" (1993), beleidsbrief "geestelijke gezondheidszorg" (1997)

5 SER-advies Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg (1998).

lijnszorg op lokaal niveau via gespecialiseerde GGZ op regionaal niveau tot hooggespecialiseerde GGZ op landelijk niveau. Ook de toegang tot het zorgaanbod is onvoldoende gestructureerd, zodat het te vaak een kwestie van toeval is bij welke voorziening en hulpverlener een cliënt met zijn klacht terecht komt en op welke wijze hij hoe lang wordt behandeld. Dit laatste komt mede doordat nog onvoldoende wordt gewerkt met op basis van gevalideerde wetenschappelijke inzichten opgestelde richtlijnen. Er zijn nog teveel aanbieders en regio's die achterblijven in de vernieuwing. Tenslotte wordt nog lang niet in alle regio's voldoende samengewerkt tussen de verschillende GGZ-aanbieders onderling en tussen GGZ-aanbieders en andere zorgsectoren, maatschappelijke voorzieningen en gemeenten en ontbreekt het aan samenhang en integraliteit van het brede aanbod van zorg en opvang op plaatselijk en regionaal niveau.

- *Versterking van de geestelijke volksgezondheid*

De vraag naar hulp bij psychische stoornissen groeit nog steeds. Daarnaast blijft volgens onderzoek veel psychische problematiek onbehandeld. Vroeger beschikbare hulpbronnen en maatschappelijke steunsystemen zoals familieverbanden, kerk en buurt zijn steeds minder beschikbaar. Ook voor 'gewoon' menselijk lijden kan men soms weinig anders dan terugvallen op professionele hulp. De neiging bestaat om daar alleen op te reageren met meer van hetzelfde: meer hulpverlening, meer menskracht, meer beleid. Van evenveel belang is het echter te proberen het ontstaan van hulpvraag te voorkomen, anders blijft het 'dweilen met de kraan open'. Als uiteindelijk een hulpvraag wordt gesteld, dan is vaak al veel leed ontstaan, zowel bij de persoon zelf, als bij anderen. Dat leed is vaak onherstelbaar en de gevolgen kunnen groot zijn: denk aan geestelijke of lichamelijke mishandeling, kindermishandeling en zinloos geweld, soms zelfs leidend tot de dood van het slachtoffer. Er is een breed gevoel dat er in onze samenleving, naast een groeiend onbehagen en onvrede, ook sprake is van een toename van uitingen van geestelijke ontsporing, niet alleen bij jongeren maar ook bij volwassenen. Dat vraagt om een brede analyse van de oorzaken, alsmede van de mogelijkheden om daar wat aan te doen. Het gaat om een complex vraagstuk met veel aspecten. Van een eenduidige oorzaak is waarschijnlijk geen sprake, en van een eenduidige oplossing al evenmin. Volgens sommigen ligt de oplossing in het expliciteren van de waarden en normen in onze gesecculariseerde samenleving en in het actief ontwikkelen van manieren om die waarden en normen te blijven overdragen. Dat zou dan gepaard moeten gaan met een

actieve ondersteuning van diegenen die zulks hard nodig hebben. Ondersteuning bij het zichzelf handhaven, bij het verwerken van diverse levensproblemen en bij het opvoeden van kinderen.⁶

Deze problematiek acht ik van zodanig belang dat het mijn voornemen is om een commissie in te stellen die de opdracht krijgt om dergelijke thema's van geestelijke volksgezondheid nader te analyseren en zo mogelijk met voorstellen te komen over de wijze waarop overheid en samenleving de situatie in de geestelijke volksgezondheid kunnen verbeteren.

- *Thema's van beleid*

Mede op grond van bovenstaande analyse, staan de komende jaren in het GGZ-beleid de volgende thema's centraal. Voor een belangrijk deel sluiten deze thema's aan op het al door overheid en sector gezamenlijk ingezette en gedragen beleid van extramuralisering en vernieuwing; zij trekken deze beleidslijnen consistent door onder aanpassing van tempo en intensiteit. Voor een gedeelte zijn de thema's en de beleidslijnen nieuw en geven zij de richting en de koers aan van de gewenste veranderingen voor de langere termijn. De thema's zijn:

- versterking van de invloed van de patiëntenorganisaties op de inrichting van het zorgaanbod;
- versterken van de lokale eerstelijns-GGZ (huisarts, eerstelijnspsycholoog en het algemeen maatschappelijk werk), opdat in die lijn het merendeel van de sociaal-psychische problematiek via kortdurende geprotocolleerde behandelingen kan worden opgevangen;
- strakke structurering en bewaking van de toegang tot de regionale gespecialiseerde GGZ (huisarts als poortwachter, objectieve en integrale indicatiestelling);
- vergroten van de doelmatigheid van de organisatie van de gespecialiseerde GGZ, waaronder het omvormen van algemene psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG'en tot regionale GGZ-instellingen en de vorming van regionale GGZ-centra samen met de PAAZ en de instellingen voor beschermd wonen.
- terugdringen van de wachttijden in de gespecialiseerde GGZ via onder meer volumemaatregelen, samenwerkingseisen, doelmatigheidsverbetering en invoering van uniforme registratie;

⁶ Deze visie wordt onder meer vertolkt door Prof.dr. A. van Dantzig.

- voortzetting verantwoorde omvorming van intramurale zorg in extramurale zorgvormen;
- van de circuitvorming in de kinder- en jeugdpsychiatrie, ouderenpsychiatrie, de forensische psychiatrie en de verslavingszorg;
- ontwikkeling van een structuur voor topzorg (aanwijzen en faciliteren van gespecialiseerde GGZ-centra);
- versterken van de samenwerking tussen de GGZ en lokale overheden en afbakenen van de verantwoordelijkheden van deze twee partijen, alsmede:
- versterken van de samenwerking tussen de GGZ, andere zorgsectoren en maatschappelijke organisaties op het gebied van wonen, arbeid, educatie, participatie en veiligheid, gericht op een breed samenhangend aanbod van zorg en opvang op gemeentelijk en regionaal niveau.
- ontwikkelen van een logische en herkenbare GGZ-beroepenstructuur;
- stimulering ontwikkeling en toepassing van "evidence based" behandelprotocollen;
- bevorderen van de transparantie van de zorgaanbieders door ontwikkeling en invoering van een systeem van spiegelinformatie en brancherapportages;
- versterken van de rol van de zorgkantoren, zodat deze over voldoende countervailing power beschikken om de GGZ-instellingen af te rekenen op de geleverde prestaties;
- intensiveren van beleid gericht op kwaliteit, informatievoorziening en kennisoverdracht;
- versterking van facetbeleid met als doel het bevorderen van een goede geestelijke volksgezondheid ("public mental health" en "mental health promotion").
- versterking van de rol van preventie in de GGZ via oormerking van een deel van het instellingsbudget voor preventiewerkzaamheden;
- terugdringen van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid om psychische redenen, met inschakeling van alle verantwoordelijke partijen;
- versterking van de rol van het Trimbosinstituut als kenniscentrum.

- *De GGZ in het verzekeringsstelsel.*

Om de uitdagingen waar de GGZ voor staat op een adequate wijze tegemoet te kunnen treden is een helder financierings- en sturingssysteem nodig. Het ideaaltype zoals geschetst van de GGZ is gebaseerd op een versterking van de eerste lijn met de huisarts als poortwachter naar de tweede lijn. De gespecialiseerde GGZ wordt benaderd als één samenhangend geheel van cure en care. De financiering en sturing dient hierop aan te sluiten. De

gespecialiseerde GGZ blijft derhalve in zijn geheel AWBZ-gefinancierd.⁷ Wel is het noodzakelijk dat de AWBZ gemoderniseerd wordt om een vraaggericht en doelmatig aanbod te kunnen garanderen. Ik wijs daarbij op de in het Regeerakkoord vermelde modernisering van de AWBZ. De GGZ kan in dat verband de rol vervullen van voortrekker en voorbeeld.

De huisarts wordt gefinancierd op basis van de ZFW. Wil de huisarts zijn poortwachtersrol kunnen vervullen dan dient de eerstelijns te worden versterkt. De eerstelijnspsycholoog vervult, naast het AMW, hierbij een belangrijke rol. Financiering van de eerstelijnspsycholoog op basis van de ZFW en de particuliere ziektekostenverzekering ligt voor de hand. Hiermee wordt een duidelijk financieringskader voor de eerstelijns GGZ geschapen. Op het grensvlak van GGZ en maatschappij vervullen gemeentelijk gefinancierde instellingen zoals onder meer het AMW, de ambulante verslavingszorg en de maatschappelijke opvang een belangrijke rol. De verantwoordelijkheden op het grensvlak van GGZ en gemeente zullen moeten worden verhelderd, zodat de cliënt zoveel mogelijk als burger benaderd wordt en de algemene voorzieningen ook voor mensen met psychische problematiek toegankelijk worden. Anders dan de RVZ adviseert kies ik voor een echelonnering tussen eerstelijns- en gespecialiseerde GGZ met de daarbij behorende compartimentering van het verzekeringsstelsel.

- *De sturing in de GGZ*

Bij de sturing van de GGZ vervullen zowel de centrale overheid als de provinciale overheden en de uitvoerende partijen een rol. Op hoofdlijnen ziet het sturingsinstrumentarium voor de gespecialiseerde GGZ er als volgt uit. Dit instrumentarium, waarvoor ook wordt verwezen naar hoofdstuk 9, is overigens eveneens van toepassing op de overige AWBZ-zorgsectoren. In het kader van het traject van algehele modernisering van de AWBZ, zoals in het Regeerakkoord vermeld, wordt hieraan nadere invulling gegeven.

- De beschikbaarheid en inrichting van het zorgaanbod wordt gereguleerd door een samenspel van centrale en regionale instrumenten. De toegestane regionale capaciteit van de gespecialiseerde GGZ wordt door de centrale overheid geregeld via de (gemoderniseerde) WZV in combinatie met het nieuwe toelatingsbeleid ex AWBZ. In dat verband is het voornemen om voor de circuits volwassenen/ouderen, jeugd en verslaafden, integrale capa-

⁷ De financiering van de jeugd-GGZ vormt op dit moment onderwerp van studie in het kader van Regie in de jeugdzorg.

- capaciteitsnormen te gaan hanteren, waarbij wordt aangegeven welk percentage van deze normen in ieder geval voor klinische plaatsen en welk percentage in ieder geval voor extra- en transmurale zorg beschikbaar dient te zijn. Hoe binnen de door de centrale overheid gestelde capaciteitsvoorwaarden de zorg daadwerkelijk in de regio⁸ wordt vormgegeven, leggen de zorgaanbieders, de cliënten, de zorgverzekeraars, gemeenten en provinciale overheden gezamenlijk neer in een regiovisie. Hierin dienen gemeenten en provinciale overheden ook aan te geven wat hun bijdrage is aan de totale GGZ-keten. Een deel van de zorg (met name in de eerstelijns en in de aanpalende gebieden) wordt immers door hen geleverd. De provinciale besturen nemen het initiatief voor het totstandkomen van deze consensusdocumenten, die overigens geen (publiekrechtelijke) rechtsgevolgen hebben. Deze regiovisies vormen vervolgens een kader voor de zorgkantoren bij het maken van de productieafspraken met de zorgaanbieders. De zorgkantoren, als uitvoerders van de AWBZ, hebben in dat kader een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van het door hen gecontracteerde zorgaanbod. De cliënten spreken mee over de inrichting van het zorgaanbod via hun inbreng in de regiovisie, hun betrokkenheid bij het beleid van de zorgkantoren en via de wettelijk geregelde medezeggenschapscommissies bij de zorgaanbieders. De capaciteit en financiering in de eerstelijns krijgt vorm conform de aanpak van het tweede compartiment.
- De kwaliteit van de zorgverlening wordt gereguleerd door een aantal wetten. In de eerste plaats zijn dat de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG. Deze wetten regelen niet in detail wat verantwoorde kwaliteit precies behelst, maar leggen wat dat betreft een belangrijke verantwoordelijkheid bij het veld. De Inspectie houdt het toezicht op de naleving van deze wetten. Ook de cliënt zelf kan de zorgaanbieder aanspreken en wel op grond van de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (met als centrale norm het "goed hulpverlenerschap"), en het in de Wet BIG geregelde publiekrechtelijke tuchtrecht. Veelal kiest de cliënt evenwel de weg van het wettelijk geregeld klachtrecht. Tenslotte kan ook het zorgkantoor de zorgaanbieder aanspreken op de kwaliteit van de geleverde zorg.
 - De toegankelijkheid van de zorgverlening wordt geregeld door de zorgafspraken ex AWBZ. Zoals opgemerkt blijft de GGZ in zijn geheel AWBZ-gefinancierd. In het kader van de algehele modernisering van de AWBZ zullen

⁸ Over het meest aangewezen niveau voor de regio (WZV-regio, zorgkantoorregio of werkgebied GGZ-instellingen) zullen wij met betrokken partijen nader overleggen.

- de voorzieningsgebonden aanspraken worden vervangen door een integrale aanspraak op GGZ-hulp. De toegankelijkheid van de huisarts is geregeld in de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Over de eerstelijnspsycholoog wordt nog nagedacht. Op dit moment heeft overigens 70% van de ziektekostenverzekeraars in het aanvullende pakket al de mogelijkheid deze hulp te vergoeden. AMW, ambulante verslavingszorg en maatschappelijke opvang is een verantwoordelijkheid van gemeenten.
- De beheersing en doelmatige besteding van de voor de GGZ beschikbare middelen wordt tenslotte gereguleerd via de budgetmaximering, de kostenconforme tarieven ex WTG en door de verantwoordingssystematiek van de aanbieders naar het zorgkantoor.

2 De ontwikkeling van de zorgvraag

De vraag naar GGZ-hulp verandert. Er is sprake van een snel toenemende vraag naar ambulante GGZ-hulp. Ook is sprake van een toenemende complexiteit van de zorgvraag, mede doordat cliënten zo lang mogelijk extramuraal geholpen willen worden. Daarnaast vraagt de arbeidsrelevante psychische problematiek de komende jaren om een krachtige inzet van de GGZ.

2.1 Omvang van de psychische problematiek

De prevalentie van psychische problematiek onder de Nederlandse bevolking is aanzienlijk. Jaarlijks heeft bijna één op de vier volwassenen te kampen met één of meer psychische stoornissen; ruim 40% krijgt daarmee eens of vaker gedurende het leven te maken. Op zich is deze frequentie lager dan die van somatische aandoeningen, maar een belangrijk verschil is dat psychische stoornissen vaak een chronisch karakter hebben. De meest voorkomende problemen zijn depressie, alcoholverslaving en angststoornissen.⁹ Onderzoek suggereert dat de omvang van psychische problematiek onder kinderen en jeugdigen en onder ouderen in dezelfde orde van grootte ligt.¹⁰

⁹ Deze gegevens zijn gebaseerd op de 'Netherlands mental health and incidence study' (Nemesis). Het gaat hierbij om volgens DSM IV geclassificeerde problematiek. De psycho-sociale problemen zijn in de getallen *niet* opgenomen.

¹⁰ Zie o.a. Systema en Koopmans, Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Een verkenning van omvang, gevolgen en kosten. SDU-uitgevers, Den Haag 1998.

Psychische problematiek heeft vaak ingrijpende en langdurige gevolgen voor de kwaliteit van het leven van de persoon zelf en zijn naaste omgeving; deze zijn vergelijkbaar met ernstige (chronische) somatische ziekten.¹¹ Ook de maatschappelijke gevolgen en kosten van psychische ziekten zijn fors: meer dan 300.000 mensen krijgen vanwege psychische problematiek een WAO-uitkering.

2.2 Het zorggebruik bij psychische problematiek

Het hulpzoekgedrag van mensen met psychische en/of verslavingsproblemen is terughoudend: minder dan één derde van de volwassenen met dergelijke problematiek zoekt enigerlei vorm van professionele hulp. Het merendeel van deze hulpvragen wordt nu al opgevangen in de eerstelijns, uiteindelijk komt één op de vijf personen met klachten bij de gespecialiseerde GGZ of verslavingszorg terecht.¹²

Tweederde van de psychische problemen blijft derhalve onbehandeld. Een groot aantal personen weet het probleem zelf of met informele hulp op te lossen of leefbaar te houden. Het aantal mensen dat wel behoefte heeft aan enigerlei vorm van hulp, maar zich niet tot de hulpverlening wendt, kan worden geschat op 400.000 jaarlijks (prevalentie).

Ondanks het terughoudende hulpzoekgedrag is de zorgconsumptie in de gespecialiseerde GGZ de afgelopen jaren sterk toegenomen; in de ambulante zorg bedroeg deze toename gemiddeld zo'n 3% per jaar. Betere herkenning door de huisarts en doorbreking van het maatschappelijk taboe om hulp te vragen, hebben daaraan bijgedragen. Op basis van deze trend moet ook in de komende jaren rekening worden gehouden met een stijgende vraag naar ambulante GGZ. Een belangrijke groep hulpvragers betreft mensen die om psychische redenen niet meer kunnen functioneren op het werk.

11 Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997. De som der delen.

12 In absolute getallen: zo'n 750.000 Nederlanders is jaarlijks in zorg bij de gespecialiseerde GGZ, waarvan zo'n 350.000 nieuw zijn ingeschreven. Vergelijk: ten Have, M. en R. Bijl: Veranderingen in GGZ-bereik. De patiënten/cliëntenpopulaties in de periode 1986-1996. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1998 (55)3: 227-239.

2.3 Veranderingen in de zwaarte van de hulpvraag

De GGZ-consumptie verandert niet alleen in kwantitatieve zin, maar ook in kwalitatieve zin. GGZ-instellingen nemen minder gemakkelijk op, bekorten de opnameduur en vervangen klinische behandeling en verblijf waar mogelijk door extramurale vormen van zorg en opvang¹³. Als gevolg van deze ontwikkelingen neemt de zorgzwaarte van opgenomen cliënten toe, hetgeen onder andere blijkt uit een toename van het aantal gedwongen opnamen. De toenemende behoefte aan intensieve zorg geldt niet alleen voor de APZ-populatie, maar ook voor cliënten in andere voorzieningen en zorgcircuits. De verslavingszorg wordt geconfronteerd met een toenemend aantal polydruggebruikers en met toenemende somatische en psychiatrische comorbiditeit onder ouder en zorgbehoeftiger wordende verslaafden. Ook de ernst van de psychische problematiek onder gedetineerden en TBS-gestelden neemt toe. Tenslotte constateert men ook in de maatschappelijke opvang een groeiend aantal cliënten met (zware) psychiatrische problematiek.

Door bovenstaande ontwikkelingen ontstaat een spanning tussen vraag en beschikbare hulpverleningscapaciteit. Deze spanning uit zich in wachtlijsten, het sterk toenemen van commerciële dienstverlening en signalen over zorgverschraling in de chronische psychiatrie. Wachtlijsten doen zich met name voor in de ambulante zorg, in het bijzonder in de ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie, de poliklinische verslavingszorg en de volwassenenafdelingen van RIAGG'en^{14 15}.

2.4 Een antwoord op de groeiende vraag: de GGZ-beleids-thema's

De toenemende zorgvraag en de toenemende complexiteit van de zorgvraag vragen om een krachtig GGZ-beleid. De hoofdthema's van dit beleid heb ik in het voorgaande hoofdstuk kort aangeduid. In de navolgende hoofdstuk-

¹³ Volgens het COTG werd in 1998 gemiddeld zo'n 9% van het intramurale APZ-budget besteed aan vernieuwende zorgvormen als psychiatrische thuiszorg, opname vervangende deeltijdbehandeling, case-management e.d. In capaciteitstermen gaat het om zo'n 2.000 plaats-equivalenten. Op deze plaatsen worden in het algemeen meer cliënten behandeld en begeleid. Verdere tellingen zullen moeten uitwijzen om hoeveel cliënten het precies gaat.

ken worden zij verder uitgewerkt. In kernwoorden gaat het om het versterken van de eerstelijns, structureren van de toegang tot de gespecialiseerde GGZ, rationalisering van de organisatie van de GGZ, herziening van de beroepenstructuur, extramuralisering en samenwerking met de lokale overheden, versterken van de rol van cliënten, transparantie en countervailing power en preventie en geestelijk volksgezondheidsbeleid.

3 Organisatie van het zorgproces

Het zorgproces in de GGZ is onvoldoende helder georganiseerd. Om mensen met psychische problemen snel een passend zorgaanbod te kunnen bieden, is een aantal verbeteringen noodzakelijk. Belangrijk zijn een versterking van de eerstelijns en van de rol van de huisarts, een strak gestructureerde toegang tot de gespecialiseerde GGZ, een transparante en doelmatige organisatie van het zorgaanbod en verbetering van de samenwerking tussen de gespecialiseerde GGZ en gemeenten.

3.1 Het toekomstige zorgproces

De organisatie van het zorgproces vormt een belangrijk onderdeel van het advies van de RVZ over de GGZ in de 21^{ste} eeuw. In mijn brief van 20 april 1998 (TK, 1997-1998, 25424, nr. 5) heb ik reeds op hoofdlijnen mijn standpunt op dit advies weergegeven. Onderstaande schets van het toekomstige zorgproces en de speerpunten van beleid vullen dit standpunt verder in; zij geven daaraan koers en richting, voor de langere termijn.

Doelstelling van de reorganisatie van het zorgproces is dat mensen met psychische problemen snel een passend zorgaanbod krijgen. Dit zorgaanbod is afgestemd op de behoefte van de individuele cliënt en is georganiseerd vol-

14 Bron: Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten (commissie Brouwer), 1998.

15 Behalve de ambulante zorg heeft ook de intra- en semimurale sector op specifieke onderdelen te kampen met wachtlijsten. De IGZ maakt melding van knelpunten in de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, de forensische psychiatrie en op het grensvlak van GGZ en verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, jeugdzorg en/of justitiële zorg. Daarnaast is er sprake van capaciteitsproblematiek bij RIBW-en en begeleid zelfstandig wonen. Ten slotte zijn er in enkele regio's problemen bij het realiseren van acute plaatsingen wegens RM, IBS of art. 37-1 Sr.

gens een gelaagd en voor de cliënt herkenbaar profiel van 'licht en algemeen naar zwaar en gespecialiseerd'. Resocialisatie en reïntegratie zijn standaard onderdeel van behandeling en zorg.

- Cliënten met problemen die kortdurend en generalistisch kunnen worden behandeld, worden opgevangen in de lokaal georganiseerde eerstelijns-GGZ door de huisarts, de eerstelijnspsycholoog en/of de maatschappelijk werker.
- Cliënten met problemen die niet kunnen worden verholpen in de eerstelijns, worden via de huisarts en een geprotocolleerde indicatiestellingsprocedure verwezen naar de regionaal georganiseerde gespecialiseerde GGZ. Voor monodisciplinaire behandeling kan men terecht bij vrijgevestigd psychiaters en psychotherapeuten c.q. gespecialiseerde GZ-psychologen¹⁶; voor multidisciplinaire behandeling bij regionale GGZ-centra.
- Supergespecialiseerde hulp wordt op bovenregionaal/landelijk niveau geboden in de academische ziekenhuizen en in een aantal aangewezen GGZ-instellingen.
- De zorg voor chronisch-psychiatrische patiënten is gericht op maatschappelijke integratie en wordt zo veel als mogelijk ambulante aangeboden door regionale ggz-centra. Daar waar ambulante zorg niet toereikend is, wordt bescherming geboden variërend in intensiteit: van beschermende woonvorm tot intramuraal verblijf met intensieve zorg.
- Ook Arbo-diensten en de daar werkzame bedrijfsarts en arbeids- en organisatiekundige hebben een taak bij de preventie, signalering, opvang, begeleiding en (re)integratie.

Tenslotte is er een groep mensen die wel hulp nodig heeft, maar daar zelf niet om vraagt of buiten de GGZ geholpen wil worden. Voor deze mensen vervullen met name de gemeentelijke voorzieningen een belangrijke functie. De gemeente heeft de regie over de OGGZ-taak: het vroegtijdig signaleren van en interveniëren bij crisissituaties (bemoeizorg). De uitvoering daarvan ligt voor een belangrijk deel in handen van de GGD, de gespecialiseerde GGZ en het AMW. Voor onderdak, begeleiding en verzorging kan een beroep worden gedaan op voorzieningen voor maatschappelijke opvang (zoals sociale pensions) en op schilvoorzieningen.

¹⁶ Zie voor de aanduiding van deze beroepsgroep het hoofdstuk over de beroepenstructuur in de GGZ (H8).

3.2 Speerpunten in beleid

Een heldere en doelmatige structuur van het zorgaanbod volgens bovenstaande uitgangspunten, wil ik als volgt bereiken.

- *Versterking van de eerstelijns en de rol van de huisarts*

In de toekomst zal de eerstelijns het merendeel van de hulpvragen opvangen.¹⁷ Kerndisciplines in de eerstelijns zijn de huisarts (in de toekomst bijgestaan door een praktijkverpleegkundige), het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en de eerstelijnspsycholoog (ELP). Mensen kunnen rechtstreeks hulp zoeken bij het AMW of bij de huisarts. De huisarts onderzoekt samen met de cliënt wat er aan de hand is en aan welke hulp behoefte is. Hij is in staat tot integrale diagnostiek van somatische en psychische problematiek. Vervolgens behandelt hij zelf, of verwijst mensen door naar het AMW of naar de ELP. Het AMW biedt gesprekshulp, al dan niet aangevuld met praktische hulpverlening. De ELP-functie omvat diagnostiek en kortdurende gesprekshulp met een beperkt maximum aantal zittingen en is toegankelijk op verwijzing van de huisarts. Indien de huisarts meer gespecialiseerde zorg nodig acht, verwijst hij de cliënt naar de gespecialiseerde GGZ. Het AMW en de ELP verwijzen in principe niet rechtstreeks naar de gespecialiseerde GGZ; deze verwijzing geschiedt via de huisarts. Wel kan men regionaal afspraken maken over op welke wijze dit geschiedt, zodanig dat de cliënt niet extra belast wordt met bureaucratische procedures. Voorts kan de huisarts de gespecialiseerde GGZ consulteren op het gebied van diagnostiek, medicatie, hulpverlening en verwijzing. Voor langerdurende, laagdrempelige hulpverlening kan de cliënt via de huisarts een beroep doen op psychiatrische thuiszorg. Wanneer er sprake is van verslavingsproblematiek kunnen huisarts, AMW en ELP verwijzen naar de ambulante verslavingszorg. In overleg met de betrokken partijen wil ik de eerstelijns kwalitatief en kwantitatief versterken door middel van:

- bevorderen van de samenwerking tussen huisarts, AMW en ELP;
- verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en gespecialiseerde GGZ;

¹⁷ Uit onderzoek van het Trimbos-instituut en het NIVEL blijkt dat de opvang van de groeiende hulpvraag bij psychosociale problematiek en psychiatrische stoornissen grotendeels voor rekening van de ELP en de gespecialiseerde GGZ komt en het AMW daaraan geen bijdrage levert. Voor een evenwichtige ontwikkeling van de eerste- en tweedelijns is deze bijdrage echter essentieel.

- vergroten van de kennis van de huisarts door het faciliteren van bijscholing vanuit de gespecialiseerde GGZ;
- het stimuleren en faciliteren van de consultatiefunctie door de gespecialiseerde GGZ;
- het opstarten van een regionaal transmuraal farmaceutisch overleg tussen huisartsen, psychiaters en (ziekenhuis)apothekers, om de behandeling met psychofarmaca te verbeteren;
- in overleg met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aandringen op versterken van het AMW. Zo is in het doorstartconvenant Grote Stedenbeleid vastgelegd dat gemeenten en VWS zich gezamenlijk zullen inspannen voor de versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. VWS zal de consultatiefunctie vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de eerste lijn faciliteren. Gemeenten zullen zorgdragen voor het versterken van het AMW, waar met name de hulpvragen van de meest kwetsbare groepen in de samenleving terecht komen.

Bezien wordt of de ELP-functie in het ziekenfonds ondergebracht zou moeten worden. In dit verband overweeg ik in een aantal regio's terzake experimenten op te zetten, opdat uiteindelijke besluitvorming op grond van voldoende gegevens en inzichten, bijvoorbeeld over het maximaal aantal zittingen, kan geschieden.

- *Verbetering toegang tot gespecialiseerde GGZ*

Om mensen met (ernstige) psychische problemen snel op de juiste plaats de juiste behandeling te kunnen bieden, zal de toegang tot de gespecialiseerde GGZ geschieden op verwijzing van de huisarts waarna zorg op maat wordt geïndiceerd via een geïntegreerde, objectieve en onafhankelijke indicatiestellingsprocedure, waarbij zowel doelmatigheid als cliëntvriendelijkheid voldoende gegarandeerd zijn, conform het departementale indicatiestellingstraject voor de AWBZ-sectoren dat in 1996 van start is gegaan. Het Trimbos-instituut ontwikkelt ter operationalisering hiervan het zogenoemde voordeurprotocol, in samenwerking met met de huisartsen, het AMW, de ELP en de beroepsgroepen werkzaam in de gespecialiseerde GGZ. De diverse specifieke deskundigheidsgebieden worden via dit protocol nader afgebakend.

Ik zal er voor zorgdragen dat:

- toegang tot de gespecialiseerde GGZ in de toekomst alleen nog maar mogelijk is via verwijzing door de huisarts en medisch specialist. In het kabinetsstandpunt op het SER-advies "Sociale zekerheid en gezondheidszorg" zal ik ingaan op de discussie aangaande het eventueel rechtstreeks verwijzen van

- arbo-artsen naar de specialistische zorg. De toegang tot de jeugd-GGZ geschiedt via de Bureaus Toegang tot de Jeugdzorg (zie hoofdstuk 4).
- in overleg met het IOG de beoogde objectieve onafhankelijke indicatiestelling nader wordt ingevuld, waarbij aandacht wordt besteed aan het onderscheid tussen care en cure in de GGZ. Curatieve zorg dient, net als in de somatische gezondheidszorg, snel en zonder bureaucratie geleverd te kunnen worden. De Modelprocedure indicatiestelling, zoals ontwikkeld door het IOG biedt hiervoor een goede basis. Aansluitend bij de Modelprocedure heeft de gespecialiseerde GGZ in diverse regio's voordeurteams gevormd die in nauwe samenwerking met de huisarts zorgdragen voor een snelle start van de hulpverlening.

- *Transparante organisatie van de gespecialiseerde GGZ*

De gespecialiseerde GGZ is regionaal georganiseerd en omvat een samenhangend aanbod van GGZ-functies voor de volgende circuits: kind- en jeugdigen, volwassenen en ouderen, verslaafden en justitiëlen. Dit zorgaanbod bestaat uit de volgende functies: crisisinterventie en OGGZ, advisering en consultatie, onderzoek, diagnostiek, ambulante en deeltijdbehandeling, klinische behandeling en verpleging, psychiatrische thuiszorg, resocialisatie, bescherming en preventie. Tot de aanbieders van gespecialiseerde GGZ behoren de zelfstandig gevestigd psychiaters en psychotherapeuten, de psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, de RIAGG'en, APZ'en en de RIBW'en.

Ik zal de transparantie van de GGZ als volgt bevorderen:

- de vorming van regionale GGZ-organisaties die hun zorg organiseren in meerdere regionale GGZ-centra. Het APZ en de RIAGG gaan op in regionale GGZ-organisaties. Inmiddels is de helft van het aantal APZ'en en RIAGG'en reeds zover. Deze ontwikkeling zet zich gestaag door: in een aantal andere regio's is men in een meer of minder ver stadium van voorbereiding. Ik zal over drie jaar bezien in hoeverre er nog stappen gezet moeten worden om dit proces af te ronden, mede in relatie tot de aanpassing van het sturingsinstrumentarium. Ook de RIBW kan hierin opgaan zodat een integrale regionale organisatie voor GGZ ontstaat. Dit is de door mij gewenste beleidsrichting. Ik kies er echter vooralsnog voor dit proces bottum-up te laten verlopen. Een belangrijke voorwaarde voor goede integratie is dat de functie van de RIBW (beschermd wonen, begeleiding in plaats van behandeling) herkenbaar wordt aangeboden en niet verpsychiatriseert. De garantie dat aan deze voorwaarde wordt voldaan is nog niet overal in den lande aanwezig. De regionale GGZ-organisaties vormen tesamen met de PAAZ'en -voor

zover deze aanwezig zijn in de regio- meerdere regionale GGZ-centra. Deze over de regio gespreide centra bieden behandeling gericht op herstel, danwel zorg voor chronische cliënten die niet zijn aangewezen op langdurige opname. De GGZ-centra kunnen de zorg voor beide doelgroepen ook geïntegreerd aanbieden. De GGZ-centra zijn gesitueerd op het terrein van het algemeen ziekenhuis. Om inhoudelijke en doelmatigheidsredenen is het uitgangspunt daarbij dat het algemene ziekenhuis optreedt als 'bouwheer'. Deze centra bieden de mogelijkheid tot integrale somatische en psychiatrische diagnostiek en behandeling en vormen daarmee een essentiële schakel tussen de algemene en de geestelijke gezondheidszorg. De GGZ-centra gericht op herstel geven samen met de consultatieve psychiatrische functie van de algemene ziekenhuizen de ziekenhuispsychiatrie vorm. De RIBW participeert in het regionale GGZ-centrum voor cliënten met chronische psychiatrische problematiek. Samenvattend is er dus sprake van regionale GGZ-organisaties die het gehele scala aan APZ- en RIAGG-functies bieden. Een deel van deze functies wordt gebundeld in meerdere regionale GGZ-centra. De centra waarin de "herstelfunctie" wordt vormgegeven en waar de PAAZ in participeert, zijn gelokaliseerd bij het algemeen ziekenhuis. De andere functies zijn gespreid over de regio.

- verdere flexibilisering van de AWBZ via de invoering van een integrale GGZ-aanspraak;
- het afstemmen van het hulpaanbod van de gespecialiseerde GGZ op dat van aanpalende zorgsectoren (algemene gezondheidszorg, jeugd, ouderen, gehandicapten, maatschappelijke opvang) zodat overlap vermeden en lacunes voorkomen worden;
- het bevorderen van de samenwerking tussen de regionale GGZ-organisatie en de zelfstandig gevestigd psychiaters en psychotherapeuten c.q. gespecialiseerde GZ-psychologen in de regio;
- het stimuleren en faciliteren van zorgprogramma's en protocollen.

- *Duidelijker profiel van de hooggespecialiseerde GGZ*

Voor een aantal cliënten bieden de regionale GGZ-centra onvoldoende uitkomst en is een zeer specialistische behandeling geïndiceerd. Om deze zorg doelmatig te organiseren zal ik, in overleg met de verschillende partijen, de volgende stappen nemen:

- de indicatiestelling voor de hooggespecialiseerde GGZ wordt op regionaal niveau gesitueerd;
- in overleg met landelijke partijen worden de zorgfuncties vastgesteld die

bovenregionaal dan wel landelijk aangeboden moeten worden, alsmede de daarvoor benodigde capaciteiten. In dat kader wordt ook de positie van de instellingen op basis van levensbeschouwing, alsmede organisaties voor klinische psychotherapie en hun specifieke functie voor de behandeling van borderline-patiënten bepaald. Voor de verdeling van de capaciteiten voor de bovenregionale functies over de GGZ-instellingen zullen de regiovisies het uitgangspunt vormen;

- aanwijzing van een aantal instellingen als kenniscentrum. De oprichting van kenniscentra komt nader aan de orde in hoofdstuk 15.

- *Resocialisatie en reïntegratie als onderdeel van het integrale zorgaanbod*
Resocialisatie dient standaard onderdeel te zijn van de behandeling.

Kernbegrippen bij de maatschappelijke reïntegratie zijn arbeidsrehabilitatie en opleiding, wonen, woonbegeleiding, dagbesteding, schuldsanering, hulp bij het opbouwen van een sociaal netwerk, trajectbegeleiding, etc. In samenspraak met gemeenten wordt bekeken hoe deze maatschappelijke reïntegratie van cliënten kan worden gegarandeerd. Cliënten en ex-clieënten kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren in de vorm van consumer-run activiteiten op het gebied van dagbesteding, maatschappelijke steunsystemen, arbeid en dergelijke.

- *Behoud van de asielfunctie*

De asielfunctie kent twee aspecten. Enerzijds is deze functie bedoeld om kwetsbare personen te beschermen die zich niet in de maatschappij staande kunnen houden en (dreigen te) verkommeren en verloederen. Anderzijds dient deze functie om de maatschappij te beschermen tegen gevaarlijk en agressief gedrag als gevolg van de psychische aandoening of de verslaving. Die bescherming kan tijdelijk, intermitterend, dan wel langdurend of blijvend zijn. In het regionale zorgaanbod van de gespecialiseerde GGZ moet aan deze beide aspecten van de asielfunctie vorm en inhoud gegeven worden. Dat betekent de aanwezigheid van voldoende behandel- en begeleidingscapaciteit, zowel open als gesloten en zowel ambulante, intra- als semimuraal. Via het opnemen van minimumnormen voor klinische plaatsen en een minimumnorm voor extra- en transmurale zorg in de richtlijnen WZV wordt de aanwezigheid van voldoende capaciteit voor de asielfunctie gegarandeerd.

- *Versterken van de bemoeizorg (OGGZ)*

Voor mensen die wel hulp nodig hebben maar daar niet om vragen, is bemoeizorg nodig om te voorkomen dat ze verkommeren en verloederen. Het gaat hierbij om de publieke taken van de GGZ: de OGGZ. Om de OGGZ-taak adequaat te kunnen uitvoeren is een goede samenwerking tussen GGZ, GGD'en, politie, justitie, verslavingszorg, maatschappelijke opvang, welzijnsvoorzieningen en woningbouwverenigingen van groot belang. Gelet op haar publieke verantwoordelijkheden heeft de gemeente hier een duidelijke taak, zowel op het terrein van overlastbestrijding als preventie.

Om eenheid en kwaliteit te garanderen zal de rijksoverheid een convenant afsluiten met gemeenten, ziektekostenverzekeraars en koepels, waarin wordt aangegeven welke elementen minimaal onderdeel moeten uitmaken van lokale convenanten tussen gemeente(n) en OGGZ-partijen. Een basispakket aan beschikbare functies en taken zoals in mijn brief over de OGGZ van 24 juni 1997 (TK, 1996-1997, 25 424, nr. 2) omschreven, maakt daarvan deel uit. Op dit moment wordt in mijn opdracht onderzoek verricht naar de factoren die er de oorzaak van zijn dat mensen dak- en thuisloos worden en verkommeren en verloederen. Dit onderzoek, dat voortvloeit uit het kabinetsstandpunt op de evaluatie van de Bopz, zal mogelijk handvatten bieden voor een gericht preventie- en interventiebeleid.

- *Versterken van de samenwerking met de maatschappelijke opvang*

(Ex-)psychiatrische patiënten en verslaafden die niet (langer) binnen de reguliere zorg geholpen kunnen of willen worden, kunnen een beroep doen op een breed scala aan maatschappelijke opvangvoorzieningen: sociale pensions, voorzieningen voor begeleid wonen, crisisopvangcentra, gespecialiseerde vrouwenopvang, dienstencentra, ongebonden schilvoorzieningen, etc. Voor deze voorzieningen ontvangen de centrumgemeenten een specifieke uitkering van het rijk. Deze gemeenten wordt gevraagd een regionaal beleidsplan op te stellen waarin wordt aangegeven hoe men samen met andere actoren komt tot een samenhangend steunaanbod van preventie, bed, bad, brood en herstel voor de kwetsbare groep in de regio die opvang nodig heeft. Ik stimuleer deze plannen door middel van een project en een aandachtsfunctionaris bij de VNG. Dit sluit aan bij hetgeen in het doorstartconvenant Grote Stedenbeleid tussen het rijk en de gemeenten wordt afgesproken over de sluitende aanpak voor de meest kwetsbare groepen. Het gaat hierbij vooral om preventie, het realiseren van voldoende opvang (een veilige leefomgeving) en het bieden van perspectief voor dak- en thuislozen en verslaafden. Hierbij zijn onder meer goede afspraken met woningbouw-

corporaties van belang over de bijdrage die zij kunnen leveren aan integratie en participatie van de genoemde personen.

De maatschappelijke opvangvoorzieningen werken nauw samen met de gespecialiseerde GGZ. Deze samenwerking wordt op landelijk niveau gestimuleerd door de Taskforce MO-GGZ, waarin de Federatie Opvang, VNG, ZFR, ZN en GGZ-Nederland participeren.

4 Kinder- en jeugdpsychiatrie

Om kinderen en jeugdigen een passend zorgaanbod te kunnen bieden, is een aantal, vooral kwalitatieve, aanpassingen noodzakelijk. Belangrijk is de aandacht voor vroegtijdige herkenning en signalering door consultatiebureau en onderwijs en de afstemming tussen deze partijen en de reguliere kinder- en jeugdzorg. Voor de continuïteit van begeleiding en zorg is voor de cliënt en de ouders verder van belang dat verbetering en versterking plaatsvindt van de samenwerking tussen en de afstemming met de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, een transparantere organisatie van het circuit kinder- en jeugdpsychiatrie met meer aandacht voor met name de transmurale zorg, het wegwerken van de wachtlijsten in de extra- en intramurale zorg en het wegwerken van het tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters.

4.1 Inleiding

Kinderen worden in hun eerste levensjaren door professionals vooral gezien op de consultatiebureaus en op peuterspeelzalen en scholen. Bij psychische problemen is vroegtijdige signalering en adequate doorverwijzing van invloed op het beloop van de problematiek, ook op risico's van psychische klachten op latere leeftijd. Meer afstemming en samenwerking tussen deze hulpverlenende- en onderwijsinstanties, de eerstelijns en de gespecialiseerde GGZ is noodzakelijk. Zo ontstaat er een netwerk van hulp en begeleiding rondom kinderen en jeugdigen op alle plaatsen waar kinderen regelmatig worden gezien. Als kinderen lijden aan psychische stoornissen wordt de zorg vooral verleend door zelfstandige centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie, kinder- en jeugdafdelingen van APZ'en en de jeugdafdelingen van de RIAGG'en. Deze instellingen werken in toenemende mate samen op regionaal niveau. Daarnaast is er, mede als gevolg van "Regie in de Jeugdzorg" (regeringsstandpunt 1994) vanuit deze verbanden een toenemende samenwerking met de aanpalende sectoren jeugdhulpverlening en jeugdbescher-

ming. Zo verloopt vanaf begin 1998 de toegang tot de gehele jeugdzorg, en dus ook tot de jeugd-GGZ, via speciaal daartoe ingestelde Bureaus Toegang tot de Jeugdzorg. Een protocol is overeengekomen m.b.t. situaties waarin een rechtstreekse verwijzing van een arts naar een voorziening voor kinder- en jeugdpsychiatrie aan de orde is of kan zijn.

In voorbereiding is een nieuwe wet op de Jeugdzorg met een eenduidige aansturing en financiering. Zoals aangegeven in het regeerakkoord wordt alle met het proces Regie in de Jeugdzorg geboekte vooruitgang in die wetgeving verankerd. Nadere verkenning van mogelijke varianten en discussie over de reikwijdte van deze wet vindt op dit moment plaats. De keuzen die hierbij worden gemaakt zullen het kader vormen voor de bestuurlijke vormgeving van het hieronder uiteengezette beleid.

4.2 Knelpunten

Ook voor de komende jaren blijft de samenhang tussen en afstemming met de sectoren jeugdhulpverlening en jeugdbescherming een belangrijk aandachtspunt, temeer omdat de jeugdzorg in het algemeen en de jeugd-GGZ in het bijzonder voor een aantal nieuwe opgaven staat. Evenals in de volwassenenzorg houden deze onder meer verband met de groeiende hulpvraag, de verzwaring van de problematiek en met de discrepanties tussen vraag en aanbod die daardoor ontstaan. Kort weergegeven uitendeze 'aansluitingsproblemen' zich in de vorm van wachtlijsten voor klinische en poliklinische behandelingen, een gebrekkige doorstroming vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrische centra naar passende vervolgvoorzieningen, problemen in het zorgaanbod voor moeilijke doelgroepen zoals ernstig gedragsgestoorde kinderen en allochtone jeugdigen, onvoldoende differentiatie in en vernieuwing van het zorgaanbod, een structureel tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters en onvoldoende GGZ-kennis bij hulpverleners in de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.

4.3 Speerpunten in de kinder- en jeugdpsychiatrie

- Om de zorg voor jeugdigen met psychische problemen te verbeteren, dient er op regionaal niveau een herkenbaar en zelfstandig georganiseerd kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit te worden gevormd;
- De te realiseren regionale GGZ organisaties voor kinder- en jeugdpsychiatrie bedienen een gebied van dusdanige omvang dat er een samenhangend zor-

gaanbod ontstaat waarin deskundigheid gewaarborgd is en basis- en hoofd-functies gegarandeerd beschikbaar zijn. Het gaat hierbij om de functies die thans worden aangeboden door de zelfstandige kinder- en jeugd centra, de kinder- en jeugdafdelingen van APZ'en en de jeugdafdeling van de RIAGG'en. Deze functies worden zoveel mogelijk multidisciplinair aangeboden.

- Deze organisaties dienen een sterke samenwerking aan te gaan met andere voorzieningen op het terrein van de jeugdzorg, alsmede met relevante andere sectoren, zoals de kindergeneeskunde, het speciaal onderwijs, de zorg voor adolescenten, de zorg voor verstandelijk gehandicapten, verslavingszorg en justitie. In samenwerking met deze sectoren dient een passend aanbod te worden gerealiseerd voor de 'moeilijkste' doelgroepen, waaronder ook de allochtone jeugdigen. Het verbeteren van de zorg aan kinderen en jeugdigen met meervoudige problematiek krijgt de komende jaren hoge prioriteit.
- Binnen een kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit, zoals hierboven beschreven, kan de differentiatie in met name de ambulante en transmurale zorg beter gestalte krijgen. Daarbij denk ik aan het opzetten van een logeerfunctie om ouders tijdelijk te ontlasten en aan de versterking van psychiatrisch intensieve thuiszorg. Stimulering van nieuwe zorgvormen kan door middel van de regeling "zorg op maat" die ook van toepassing is op de jeugd-GGZ. Daarnaast dient aandacht te worden besteed aan de woonfunctie voor kinderen en jeugdigen met ernstige psychische problematiek. Hiertoe zal ik een tweetal experimenten starten.
- De wachtlijsten in de intramurale en ambulante zorg worden bestreden via uitbreiding van de capaciteit met 196 bedden (welke ten dele worden aangewend voor kinderen/jeugdigen met een Bopz-titel) en 58 deeltijdplaatsen. Daarnaast wordt de komende jaren een deel van de wachtlijstmiddelen aangewend voor de ambulante jeugd-GGZ.
- Het tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters is reeds onderwerp van gesprek met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Om het tekort terug te dringen is onder meer een vergroting van de instroomcapaciteit afgesproken. Daarnaast wordt getracht om via de lokale initiatieven een evenwichtiger spreiding van (kinder- en jeugd) psychiaters over de diverse regio's en sectoren te realiseren.

Ik zal bij de verdere uitwerking van deze speerpunten het Landelijk Beraad voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de andere partijen in de jeugdzorg en de verschillende koepelorganisaties nadrukkelijk betrekken.

5 Ouderenpsychiatrie

Om ouderen met een psychische stoornis een passend zorgaanbod te bieden, is een aantal, vooral kwalitatieve, aanpassingen noodzakelijk. Belangrijk zijn de verbetering en versterking van de samenwerking en afstemming met aanpalende sectoren en een heldere organisatie van het circuit ouderen met meer aandacht voor de extra- en transmurale zorg. Deze beleidsmaatregelen zijn deels eerder aangekondigd in de Brief Ouderenpsychiatrie van 6 juni 1996 (TK 1995-1996, 24 333, nr. 17).

5.1 Inleiding

De zorg voor ouderen met psychische problemen wordt in toenemende mate ondergebracht in een apart (sub)circuit van de volwassenenzorg, waarin het APZ, de afdeling ouderenzorg van de RIAGG en de RIBW samenwerken. Typerend voor de doelgroep is de complexiteit c.q. meervoudigheid van de problematiek. Als gevolg van het verouderingsproces ervaart een relatief groot deel van de cliënten naast psychische problematiek tevens beperkingen in het lichamelijk en/of cognitief functioneren (dementieel syndroom). De ouderenpsychiatrie omvat in principe dezelfde functies als de volwassenpsychiatrie.

5.2 Knelpunten

- De meeste van de in hoofdstuk 3 beschreven knelpunten in de organisatie van het zorgaanbod gelden tevens voor de ouderenpsychiatrie. Daarnaast kan een aantal meer specifieke knelpunten worden geconstateerd, zoals:
- het cliëntenbestand in de intramurale GGZ bestaat voor een aanzienlijk deel uit mensen die reeds zeer langdurig zijn opgenomen in de GGZ. De vormgeving van het hulpaanbod aan deze groep is de verantwoordelijkheid van de GGZ en dient zorgvuldig te geschieden.
 - samenwerking tussen de GGZ enerzijds en de huisarts, het algemeen ziekenhuis en de ouderenzorg anderzijds, behoeft verbetering. Dit mede gezien het feit dat binnen instellingen voor ouderenzorg geen specifieke GGZ-kennis aanwezig is;
 - het aantal ouderen in de bevolking¹⁸ en als gevolg daarvan, het aantal (hoog) bejaarden dat in de nabije toekomst een beroep zal doen op de (gespecialiseerde) GGZ, neemt snel toe.

5.3 Speerpunten

- Ook ouderen moeten zolang als mogelijk in een normale woonomgeving (thuissituatie, serviceflat) kunnen blijven. Een helder georganiseerd zorgproces zoals beschreven in hoofdstuk 3 biedt hiervoor de nodige handvatten.
- Om aan de specifieke zorgbehoeften van ouderen te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat de zorg in een apart circuit wordt ondergebracht. Dit circuit, dat op regionaal niveau is georganiseerd, biedt een samenhangend zorgaanbod waarin deskundigheid gewaarborgd is en functies gegarandeerd beschikbaar zijn. Het regionale GGZ-aanbod voor ouderen is afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënt en is gericht op een brede doelgroep, variërend van cliënten die op oudere leeftijd voor het eerst een beroep doen op de GGZ tot cliënten met chronische of intermitterende psychische problematiek;
- Het regionale zorgaanbod voor ouderen wordt aangeboden door regionale psychiatrische centra (voor ouderenpsychiatrie), waarin de ouderenafdelingen van RIAGG en APZ opgaan. Deze eenheden werken nauw samen met de geriatische afdeling van het algemeen ziekenhuis en met de beschermende woonvormen.
- Regionaal beschikt dit circuit over voldoende ambulante, semimurale en intramurale capaciteit, waarbij rekening wordt gehouden met toekomstige demografische ontwikkelingen.
- Vanuit dit circuit wordt nauw samengewerkt met andere zorgsectoren en hulpverleners, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, huisartsen en geriatische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Deze samenwerking manifesteert zich onder meer op het gebied van regionale indicatiestelling en wederzijdse consultatie en outreaching GGZ aan ouderen in het verzorgings- of verpleeghuis. Verdere uitwerking en concretisering vindt plaats met de relevante veldpartijen.

18 Het aantal 65-plussers zal tussen 1998 en 2020 met 1.6 miljoen toenemen.

6 Verslavingszorg

Om de verslavingszorg beter af te stemmen op de behoeften van cliënten en transparanter te maken, werkt de sector op basis van het ontwikkelingsplan "Resultaten scoren" aan de verhoging van de kwaliteit, aan de versterking van innovatie van zorg en preventie en aan de ontwikkeling van een sociaal verslavingsbeleid. Daarnaast lopen er experimenten op het terrein van de drugshulpverlening en heb ik de Raad voor de financiële verhoudingen, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling om advies gevraagd over een aantal bestuurlijke aspecten.

6.1 Inleiding

De zorg voor verslaafden wordt verleend door zelfstandige klinieken voor verslavingszorg, APZ-afdelingen voor verslavingszorg en consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's). In toenemende mate werken deze instellingen op regionaal niveau samen. In een groot aantal regio's heeft dit inmiddels geleid tot fusies. Deze regionale organisaties werken samen met laagdrempelige gemeentelijke opvangvoorzieningen voor verslaafden en met diverse andere actoren zoals GG&GD'en.

De doelstelling van de verslavingszorg is tweeledig: abstinentie en schadebeperking. De interventies zijn, afhankelijk van de motivatie van de hulpvrager, zowel persoons- als gedragsgericht. De toegang geschiedt op eigen initiatief, op aandrang van de omgeving, op verwijzing van algemene voorzieningen (zoals de huisarts, het AMW, de bedrijfsarts, onderwijs of jongerenwerk) of via politie en justitie.

6.2 Knelpunten

De knelpunten in de verslavingszorg liggen zowel op bestuurlijk terrein als op dat van de kwaliteit van de zorgverlening. Deze knelpunten uiten zich als volgt.

- Het huidige zorgaanbod is onvoldoende afgestemd op de vraag. De zorg is bijvoorbeeld onvoldoende toegankelijk voor allochtone verslaafden en vrouwelijke verslaafden. Ook krijgen drugverslaafden relatief meer aandacht dan alcoholverslaafden.
- De effectiviteit van het huidige zorgaanbod is onvoldoende aangetoond. De verslavingszorg mist adequate ondersteuning vanuit de wetenschap en de

- methodiekontwikkeling is nog onvoldoende gevorderd. Weinig instellingen beschikken over een goed werkend kwaliteitssysteem waardoor er nauwelijks harde gegevens bestaan over de effectiviteit van behandeling.
- De toegang tot de gespecialiseerde verslavingszorg is onvoldoende transparant; de protocollering is nog onvoldoende ontwikkeld.
 - De sector ervaart de plannings- en financieringscondities waarmee de verslavingszorg te maken heeft als niet bevorderlijk voor de samenhang en coördinatie.
 - Er is geen adequaat hulpaanbod voor verslaafden met psychische stoornissen. De samenwerking en afstemming tussen verslavingszorg en gespecialiseerde GGZ laat te wensen over. Met name voor jeugdigen met verslavingsproblematiek is het aanbod onvoldoende.
 - De verslavingszorg heeft te kampen met wachtlijstproblematiek.
 - Algemene voorzieningen zijn onvoldoende in staat om verslavingsproblematiek in een vroeg stadium te herkennen. Zo herkennen huisartsen slechts 1 op de 7 gevallen van problematisch alcoholgebruik.
 - De samenwerking van het gevangeniswezen en de verslavingszorg is nog onvoldoende, waardoor verslaafde gedetineerden niet altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben.

6.3 Speerpunten

In mijn brief over het ontwikkelingsplan 'Resultaten scoren' heb ik ingestemd met de keuze van de sector om de speerpunten in het beleid te richten op kwaliteit en innovatie van zorg en preventie en het ontwikkelen van een sociaal verslavingsbeleid. Daarnaast is het nodig flankerend beleid te ontwikkelen op de terreinen van monitoring, wetenschappelijk onderzoek, uitbouw van opleidingsmogelijkheden, verbetering van de infrastructuur en communicatie.

Ik overleg thans met GGZ-Nederland en een aantal andere betrokken organisaties over het sluiten van een overeenkomst die tot doel heeft dit plan in onderlinge samenwerking tot uitvoering te brengen. Daarbij zal onder andere gewerkt worden met een aantal expertisecentra die zich zullen richten op kennisontwikkeling en -transfer op het terrein van de behandeling van verslavingsproblematiek, de sociale verslavingszorg en de preventie. Bestaande activiteiten, zoals het Landelijk Steunpunt Preventie zullen aan dit plan aangepast worden. Ook zal het Trimbos-instituut een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het plan. De problematiek van de toegang tot de gespecialiseerde

liseerde verslavingszorg en de protocollering zal worden meegenomen in het ontwikkelingsplan. Bij de operationalisering van 'Resultaten scoren' krijgt de verbetering van de zorg aan alcoholverslaafden nadrukkelijk aandacht. Ik verwijs wat dit betreft ook naar de notitie van het Trimbosinstituut 'Alcohol in de samenleving', die ik met de brief over 'Resultaten scoren' aan de Kamer aangeboden heb.

Specifiek ter verbetering van het inzicht in de effectiviteit van het zorgaanbod lopen de volgende projecten:

- *experiment heroïneverstrekking op medische indicatie*

Uit de evaluatie van de pilot-projecten in Amsterdam en Rotterdam is gebleken dat er geen onoplosbare ongewenste neveneffecten zijn. Het Kabinet heeft voorgesteld dit experiment uit te breiden tot 750 deelnemers.

- *afkicken onder narcose*

In 1998 start een grootschalige wetenschappelijke (multicenter)studie, waarin de effectiviteit en de toepassingsmogelijkheden worden onderzocht van de methode detoxicatie onder narcose (inclusief de vervolgbehandeling van 1 jaar met naltrexon). Bij de implementatie van de uitkomsten van dit onderzoek zal niet voorbijgegaan worden aan alternatieve mogelijkheden, die in andere landen toegepast worden.

- *verhoogde doses methadon*

In 1997 heb ik een experiment gestart dat tot doel heeft na te gaan in welke mate de verstrekking van hoge doses methadon bijdraagt aan de vermindering van door drugverslaafden veroorzaakte overlast. Dit experiment is nog niet afgerond.

Ik zal de totstandkoming van verslavingszorgafdelingen voor verslaafden met psychische stoornissen faciliteren, onder voorwaarde van nauwe samenwerking tussen het verslavingszorgcircuit en de gespecialiseerde GGZ. Voor de oprichting van een aantal van deze afdelingen heb ik recentelijk capaciteitsuitbreiding toegestaan, met in totaal 42 bedden. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de problematiek van de allochtonen.

Over het verbeteren van bestuurlijke aspecten van de verslavingszorg, o.a. met betrekking tot de financiering en planning, heb ik advies gevraagd aan

de Raad voor de financiële verhoudingen, de RVZ en de RMO.

Inzake de wachtlijstproblematiek voor verslaafden verwijs ik naar hoofdstuk 11.

Bij de maatregelen ter versterking van de eerstelijns en de positie van de huisarts hoort ook het vergroten van de deskundigheid in het herkennen van de verslavingsproblematiek.

7 Forensische psychiatrie

Om forensisch psychiatrische patiënten een passend zorgaanbod te kunnen bieden, is een aantal verbeteringen noodzakelijk. Belangrijk zijn de verdere ontwikkeling en versterking van de samenwerking met en afstemming tussen de justitiële en GGZ-voorzieningen door middel van het stimuleren van circuitvorming, het stimuleren van de resocialisatiefunctie bij GGZ-instellingen voor (ex) forensisch psychiatrische patiënten, ontwikkelen c.q. verder uitbouwen van een hulpaanbod voor gedetineerden met (ernstige) psychische problematiek, bevorderen van de doorstroom vanuit de Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK), Forensische Verslavingskliniek (FVK) en de Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA) naar de reguliere GGZ en het ontwikkelen c.q. verder uitbouwen van het forensisch-psychiatrisch hulpaanbod voor jeugdigen.

7.1 Inleiding

De zorg voor personen die lijden aan een psychische stoornis én een strafrechtelijk feit hebben begaan, bevindt zich op het grensgebied van justitie en GGZ. Dit beleidsterrein omvat een breed scala aan justitiële en GGZ-voorzieningen die in toenemende mate toenadering tot elkaar zoeken. Dit resulteert in het ontstaan van forensisch psychiatrische circuits. VWS en Justitie trekken op dit beleidsterrein gezamenlijk op. Het ministerie van Justitie is verantwoordelijk voor de aansturing van het gevangeniswezen en de TBS-klinieken. Het gevangeniswezen inclusief de daar geboden medische zorg wordt geheel door het ministerie van Justitie gefinancierd. De TBS-klinieken worden voor 20% door het ministerie van Justitie gefinancierd. De overige 80% komt ten laste van het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten (AFBZ).

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de aansturing van de FPK's, FVK, FPA's, forensische RIBW-plaatsen, de forensische poliklinieken en deeltijdbehandelingen. De financiering van deze voorzieningen komt voor 100% ten laste van het AFBZ.

Resultaten die de afgelopen jaren zijn behaald, zijn capaciteitsuitbreiding in de TBS-sector, uitbreiding van het aantal FPK's, FPA's en forensische RIBW-plaatsen, de totstandkoming van forensisch-psychiatrische poliklinieken en afdelingen deeltijdbehandeling en protocollering van het grensverkeer tussen gevangeniswezen en de GGZ. Desondanks kunnen in de forensische psychiatrie nog veel verbeteringen worden aangebracht, waarvan de belangrijkste reeds in de kabinetsstandpunten op de rapporten "Doelmatig Behandelen" en "Forensische Zorg" zijn verwoord.

7.2 Kneelpunten

In de hiervoor genoemde nota's worden de volgende knelpunten gesignaleerd:

- Onvoldoende samenwerking tussen justitiële en GGZ-voorzieningen, waardoor patiënten niet de zorg krijgen die zij nodig hebben (onvoldoende zorg op maat).
- Onvoldoende transparantie van het behandelaanbod en onvoldoende zicht op de effectiviteit en doelmatigheid van het forensisch-psychiatrische hulpaanbod.
- Onvoldoende differentiatie in het forensisch-psychiatrisch zorgaanbod.
- Stagnatie bij de instroom in TBS-klinieken als gevolg van capaciteitstekorten en een stijgend aantal TBS-opleggingen, hetgeen zich manifesteert in een toenemend aantal personen dat als TBS-passant in een huis van bewaring verblijft;
- Een stagnerende uitstroom vanuit TBS-klinieken en penitentiaire inrichtingen naar GGZ-voorzieningen. Hierbij spelen verschillende factoren een rol, zoals een tekort aan FPA-plaatsen, de gewijzigde verblijfsfunctie van psychiatrische ziekenhuizen, een gebrek aan voldoende forensisch-psychiatrische deskundigheid en cultuurverschillen tussen GGZ- en justitiële voorzieningen. Als gevolg hiervan verblijven TBS-gestelden of gedetineerden (waaronder art. 37.1 Sr-passanten) soms onterecht, onnodig en/of onverantwoord lang in een niet-adequate setting (verkeerde bed-problematiek).

7.3 Speerpunten

Bovengenoemde knelpunten zijn aanleiding tot het volgende programma van activiteiten.

- Verdere ontwikkeling van de circuitvorming en nauwe samenwerking met justitiële voorzieningen, waarbij een gezamenlijke verantwoordelijkheid van GGZ- en justitiële instellingen voor forensisch-psychiatrische patiënten ontstaat, gericht op een volledig, gedifferentieerd en zorgvuldig afgestemd hulpaanbod. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft betrekking op het gehele zorgproces: regionale indicatiestelling, crisisinterventie, behandeling, resocialisatie en nazorg. Regio's die het op dit punt goed doen zal ik aanmerken als voorbeeldregio; zij komen ook als eerste in aanmerking voor zorgvernieuwingsexperimenten.

Het IOG is verzocht de modelprocedure indicatiestelling af te stemmen op het circuit van de forensische psychiatrie. Daarnaast zal ik de circuitvorming stimuleren via het plannings- en toelatingsinstrumentarium.

- Ontwikkelen c.q. verstevigen van de resocialisatiefunctie van GGZ-instellingen voor TBS-gestelden die zich in de eindfase van hun behandeling bevinden. Een geleidelijke overgang van TBS-kliniek of FPK naar de maatschappij verkleint de kans op recidive/terugval en draagt bij aan doelmatigheidsverbetering in de TBS-sector. Deze ontwikkeling ondersteun ik, ondermeer door het uitbreiden van de forensische capaciteit voor poliklinische hulpverlening, deeltijdbehandeling, beschermd wonen en FPA.
- Behouden van de asielfunctie voor forensisch-psychiatrische patiënten die een blijvend gevaar veroorzaken voor de omgeving (voortdurend delictgevaarlijken). Behalve GGZ-voorzieningen hebben ook justitiële voorzieningen hierin een verantwoordelijkheid.
- Ontwikkelen c.q. verder uitbouwen van een hulpaanbod voor gedetineerden met (ernstige) psychische problematiek. Dit hulpaanbod kan o.a. bestaan uit het vervullen van een consultatiefunctie voor gevangenispersoneel, het verlenen van ambulante zorg in het gevangeniswezen, crisisinterventie, kortdurende opname en resocialisatie.
- Bevorderen van de doorstroom vanuit de FPK's en FPA's naar de reguliere GGZ (regionale psychiatrische centra). Deskundigheidsbevordering en uitwisseling van personeel kan hieraan een bijdrage leveren.
- Ontwikkelen c.q. verder uitbouwen van het forensisch-psychiatrisch hulpaanbod voor jeugdigen. Afstemming met het justitiële aanbod is hierbij noodzakelijk.

- Vergroting van de transparantie in de forensische psychiatrie d.m.v. protocollering van behandeling van diverse groepen forensisch-psychiatrische patiënten (o.a. patiënten met persoonlijkheidsstoornissen).

Ik zal de bovengenoemde beleidsvoornemens in samenwerking met Justitie uitvoeren. GGZ-Nederland vraag ik te adviseren over de toekomstige behoefte aan forensisch psychiatrische capaciteit en forensisch psychiatrische deskundigheid, en over het opzetten van ambulante GGZ-hulp in penitentiaire inrichtingen.

8 De beroepenstructuur in de GGZ

Beroepsbeoefenaren in de GGZ hebben sterk overlappende deskundigheidsgebieden waardoor de taakafbakening onvoldoende helder is. De geringe transparantie leidt tot een ondoelmatige inzet van beroepskrachten. In dit hoofdstuk wordt een nieuwe beroepenstructuur geschetst die deze knelpunten wegneemt. Deze beroepenstructuur leidt tot een herordening en vereenvoudiging van het bestaande beroepenveld. Speerpunten in het beleid zijn de ontwikkeling van interdisciplinaire beroeps(domein)profielen, protocollering, deskundigheidsbevordering in de eerstelijns en een breed arbeidsmarktbeleid.

8.1 Knelpunten in de huidige beroepenstructuur

De transparantie van de huidige beroepenstructuur laat te wensen over; voor cliënten, instellingen, maar soms ook voor beroepsbeoefenaren zelf is niet duidelijk welke beroepsgroep bij welke problemen ingeschakeld moet worden, en waaruit zijn specifieke hulpaanbod bestaat. Beroepsbeoefenaren in de GGZ hebben sterk overlappende deskundigheidsgebieden en zijn daardoor deels inwisselbaar. De geringe transparantie leidt tot een ondoelmatige inzet van beroepskrachten in de GGZ. Ook het tekort aan psychiaters in instellingen – met name in sectoren als de kinder- en jeugdpsychiatrie, de ouderenzorg, de verslavingszorg, de forensische psychiatrie en de zorg voor verstandelijk gehandicapten – is deels toe te schrijven aan een onevenwichtige spreiding en een ondoelmatige inzet van formatie.¹⁹

De beroepenstructuur vraagt in de nabije toekomst ook aandacht vanwege

¹⁹ NRV, Inzet van psychiatrische deskundigheid, 1994.

de veranderingen in de structuur en het zorgproces van de GGZ, met name de versterking van de eerstelijns. Er is sprake van een wisselwerking: veranderingen in de structuur van de GGZ hebben gevolgen voor de beroepenstructuur, maar tegelijkertijd is een goede beroepenstructuur één van de voorwaarden om te komen tot een goed en doelmatig georganiseerd zorgproces. Naast een duidelijke taakafbakening tussen de verschillende beroepsgroepen dient sprake te zijn van voldoende en adequaat geschoold personeel in de diverse sectoren.

8.2 De toekomstige beroepenstructuur²⁰

Voor de toekomstige beroepenstructuur geldt hetzelfde adagium als voor het toekomstige zorgproces: lichte hulp waar mogelijk, zwaardere hulp waar nodig. Lichte hulp vereist hoofdzakelijk generalistische kennis van psychopathologie en impliceert een breed takenpakket, laagdrempeligheid en een lage intensiteit van zorg (kortdurende hulp en/of lage frequentie van contacten). Zwaardere hulp vergt meer specialistische kennis van de beroepsbeoefenaar en is gekoppeld aan een specifiek takenpakket.

De bestaande beroepenstructuur kan worden vereenvoudigd en verhelderd door de verschillende GGZ-beroepen onder te brengen in een viertal clusters. Ieder cluster bestaat uit zowel generalisten als specialisten en sluit daarmee aan bij de in de wet BIG gemaakte indeling in basisberoepen (art. 3) en specialismen (art. 14).

Figuur 8.2.1 De toekomstige beroepenstructuur

Medisch	Psychologisch
Psychiater	Specialist GZ-psycholoog/psychotherapeut
Algemeen arts in de GGZ	GZ-psycholoog
Verpleegkundig	Sociaal-agogisch
Specialist verpleegkundige in de GGZ	Specialist Agogisch begeleider
Verpleegkundige in de GGZ	Agogisch begeleider
	(MW in de GGZ, SPH in de GGZ, activiteitenbegeleider in de GGZ)

²⁰ De nieuwe beroepenstructuur is mede gebaseerd op de uitkomsten van de door G. Hutschmaekers en L. Neijmeijer in opdracht van het CONO (Cordinerend orgaan nascholing en opleiding in de GGZ) verrichte metastudie naar de beroepen in de GGZ (Trimbos-instituut, Utrecht 1998).

De voorgenomen ordening bevordert een doelmatiger taakverdeling tussen de GGZ-beroepsgroepen. In de eerste plaats wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de vier clusters van beroepsgroepen, een onderscheid dat thans niet altijd duidelijk aanwezig is (getuige de overlap tussen de werkzaamheden van B-verpleegkundige en sociaal-pedagogisch hulpverlener, maatschappelijk werker en sociaal-psychiatisch verpleegkundige, psychiater en psychotherapeut). Ten tweede maakt de nieuwe ordening een duidelijk onderscheid tussen generalisten en specialisten. Ook hiervan is in de bestaande situatie niet altijd sprake (getuige de overlap tussen verpleegkundige en SPV, tussen algemeen geneeskundige (agnio) in de GGZ en psychiater, en tussen psycholoog en psychotherapeut). Een dergelijk onderscheid is cruciaal voor de rationalisering van het zorgproces, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Het gaat daarbij kortweg om een heldere markering van de scheidslijn generalist, eerstelijns, lichte (enkelvoudige) hulpvraag, kortdurende monodisciplinaire hulp enerzijds en specialist, gespecialiseerde GGZ, complexe hulpvraag, langerdurende multidisciplinaire hulp anderzijds. In de voorgenomen beroepenstructuur vallen de werkzaamheden van de gespecialiseerde GZ-psycholoog voor een belangrijk deel samen met die van het basisberoep psychotherapeut.²¹ Deze overlap, alsmede op deelterreinen de overlap met de psychiater, vormt aanleiding om de positie van de psychotherapeut in het beroepenveld en de aanmerking van dat beroep in de Wet BIG als artikel 3-beroep opnieuw te bezien, in relatie tot beide andere beroepen. Uiteraard blijft de uitoefening van psychotherapie als behandelmethode behouden.

Verheldering van deskundigheidsgebieden en taakverdeling betekent overigens niet dat er minder waarde wordt gehecht aan een multidisciplinaire, integrale benadering van psychische problematiek. Met name bij complexe problematiek is een multidisciplinaire behandeling van groot belang. Vaak is daarbij zowel generalistische als specialistische deskundigheid gewenst. In de nieuwe beroepenstructuur vervullen specialistische beroepsbeoefenaren, naast

21 Onderzoeksresultaten laten zien dat beide beroepsgroepen in de praktijk nauwelijks van elkaar te onderscheiden zijn. Bovendien vertonen psychotherapeuten vooral kenmerken van specialistische beroepsbeoefenaren en niet van generalistische (Hutschemaekers en Neijmeijer, Beroepen in beweging: professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ, Bohn Stafleu Van Loghum, 1998).

specifieke eigen taken, een belangrijke consultatiefunctie voor generalistische beroepsbeoefenaren; goede samenwerking is derhalve van groot belang.

Naast de herziening van de beroepenstructuur is ook de zorg voor voldoende en adequaat opgeleid personeel in de diverse GGZ-sectoren relevant. De voorgestelde structuur sluit in hoofdlijnen aan op de veranderingen in de opleidingsstructuur. Het voorziene tekort aan verpleegkundigen – en in bepaalde deelsectoren aan psychiaters – vraagt om gezamenlijke inspanningen van zowel overheid, beroepsgroepen, werkgevers als opleidingsinstellingen. De toenemende druk op de eerstelijns maakt uitbreiding van de huidige formatie en heroriëntatie op de vereiste deskundigheden van hulpverleners in de eerstelijns noodzakelijk.

8.3 Speerpunten in het beleid

- Ik vraag het CONO (Coördinerend orgaan nascholing en opleiding in de GGZ) mij van advies te dienen over de invoering van de nieuwe beroepenstructuur in de GGZ. Met de beroepsgroepen zal ik bespreken op welke wijze eventuele knelpunten in de overgangsfase van de huidige naar de nieuwe structuur kunnen worden opgelost. Daarbij zal mijn aandacht in het bijzonder uitgaan naar de positionering van de psychotherapeut.
- Om de totstandkoming en herziening van nieuwe c.q. reeds bestaande beroeps(domein)profielen te stimuleren, vraag ik het CONO hierin een voortrekkersrol te vervullen, en erop toe te zien dat deze zoveel mogelijk in samenspraak met cliënten, andere beroepsgroepen en werkgevers tot stand komen.
- Met betrekking tot de (voor de gehele gezondheidszorg geldende) dreigende tekorten aan verplegend personeel heeft het kabinet inmiddels toegezegd een substantiële bijdrage te zullen leveren aan een brede aanpak van verschillende problemen. Er zijn middelen beschikbaar voor de vermindering van de werkdruk, voor de door instellingen aan te bieden initiële opleidingsfaciliteiten en voor intensivering van activiteiten voor arbeidsvoorziening. Een deel van deze middelen zal worden aangewend voor de GGZ. Daarnaast zijn maatregelen noodzakelijk om de instroom in opleidingen te vergroten; het veld draagt hiervoor primair verantwoordelijkheid. Wat betreft de verpleegkundigen zie ik een belangrijke inbreng van de beroepsgroepen, zowel bij de genoemde instroom als op het punt van aantrekkelijkheid/imago van het beroep.

- Het tekort aan psychiaters in bepaalde deelsectoren van de GGZ blijft ook in de toekomst onderwerp van gesprek met de beroepsgroep. Daarnaast kan het tekort gedeeltelijk worden ondervangen door andere beroepsgroepen in de GGZ, zoals nu al in de praktijk vaak gebeurt. Ik denk daarbij met name aan algemeen artsen, waarvan er al naar schatting 600 in de GGZ werkzaam zijn, en aan klinisch psychologen c.q. psychotherapeuten. De kwaliteit van zorg dient daarbij uiteraard gewaarborgd te zijn. Het ontwikkelen van een opleidingsaanbod en/of een supervisieconstructie gericht op algemeen artsen die werkzaam zijn in de GGZ lijkt in dit kader gewenst; ik zal hierover in gesprek gaan met de NVvP en de KNMG. De beroepsgroep heeft reeds laten weten constructief met mij verder te willen denken over deze materie.

9 Sturing in de GGZ

De gespecialiseerde GGZ wordt, net als in de gehandicaptenzorg en (deels) de sector verpleging en verzorging, gestuurd op basis van drie samenhangende wetten: de AWBZ (aanspraken/toelatingen), de WZV (planning en bouw) en de WVG (tarifiering). Deze sturing vindt plaats binnen de financiële kaders zoals die in het JOZ worden vastgelegd. De huidige wet- en regelgeving sluit niet meer aan op de ontwikkelingen in het veld. Dit werkt ondoelmatigheid in de hand en belemmert de zorgvernieuwing. Aanpassing van het sturingsinstrumentarium is nodig om een doelmatige en vraaggerichte GGZ te realiseren. Deze aanpassingen maken onderdeel uit van de in het regeerakkoord vermelde algehele modernisering van de AWBZ. Mede gezien de samenhang tussen de verschillende sturingsinstrumenten gaat het hier om een complex traject waarvan een tijdsplanning kan worden gemaakt nadat uitvoeringstechnische aspecten in kaart zijn gebracht.

9.1 Knelpunten in de huidige wet- en regelgeving

De huidige wet- en regelgeving is gebaseerd op afzonderlijke GGZ-voorzieningen (APZ, RIAGG en RIBW) en is aanbodgericht. De afzonderlijke GGZ-voorzieningen worden, conform het beleid, in steeds meer regio's vervangen door geïntegreerde GGZ-voorzieningen. Dit leidt ondermeer tot inconsistenties in de aanspraken, de COTG-beleidsregels en in de bouwmaatstaven en geeft problemen bij het voldoen aan de wettelijk vereiste verantwoording door instellingen. Ook is de regelgeving onvoldoende toegesne-

den op het realiseren van een aanbod dat is afgestemd op de behoefte van verzekerden, waarbij ook de samenhang met andere sectoren wordt gerealiseerd.

9.2 Speerpunten

Uitgangspunt voor de sturing vormt het maatschappelijk ondernemerschap van aanbieders en verzekeraars die binnen de kaders van het rijksbeleid en het provinciale/lokale beleid vormgeven aan hun maatschappelijke taak om vraaggerichte en doelmatige zorg te leveren aan verzekerden. Het sturings-systeem en de daarmee samenhangende wet- en regelgeving dient snel en adequaat te kunnen inspelen op ontwikkelingen en veranderingen in de zorg en voldoende prikkels te bevatten voor doelmatigheid. Dit geldt overigens voor alle AWBZ-sectoren. De GGZ kan in dat verband een voortrekkers- en voorbeeldfunctie vervullen. Daarvoor dienen de hiernavolgende zaken te worden gerealiseerd.

- *AWBZ: een integrale aanspraak*

De voorzieninggerichte aanspraken worden vervangen door een integrale functionele aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg die bestaat uit de onderdelen onderzoek, advisering/consultatie, voorlichting, begeleiding, behandeling, verpleging, verzorging, verblijf en preventie.

- *AWBZ: nieuw toelatingsbeleid*

De keuze voor een integrale zorgaanspraak heeft consequenties voor het toelatingsbeleid. De toelating betreft niet langer de instelling als zodanig maar onderdelen van de zorgaanspraak. Een instelling wordt derhalve toegelaten voor functies, uitgesplitst naar zorgcircuits voor jeugd, volwassenen/ouderen, verslaafden en forensische zorg. In combinatie met de WZV kan op deze wijze een goede regionale en landelijke spreiding van aanbieders van de GGZ-aanspraak, of onderdelen hiervan, worden gerealiseerd.

- *WZV: een integrale norm*

De WZV heeft betrekking op de bouw van zorgvoorzieningen en de planning ervan. De huidige planning geschiedt op basis van voorzieningen en doelgroepen. Het College voor ziekenhuisvoorzieningen heeft een uitvoeringstoets uitgebracht over de herziening van de richtlijnen ex WZV. Mede op basis hiervan zal ik daarin de volgende wijzigingen doorvoeren:

- er komt één integrale norm, uitgedrukt in GGZ-behandelplaatsen, voor de circuits volwassenen (incl. ouderen), verslavingszorg (voor zover AWBZ-gefinancierd) en kinder- en jeugdpsychiatrie, die zowel de intra-, als de semi- en extramurale (excl. de vrijgevestigden) zorg omvat;
- er wordt per circuit een minimum-percentages vastgesteld voor klinische plaatsen en een minimum-percentages voor extra- en transmurale zorg. In het kader van de WVG kan dit zonnodig nader worden uitgewerkt.

Het advies van het College voor ziekenhuisvoorzieningen bevat enkele voorstellen voor aanpassing van de hoogte van de planningsnormen. Deze hebben alleen betrekking op de intramurale, de semi-murale en een klein deel van de ambulante functies. Ik streef echter naar één integrale norm waarvan ook de gehele extramurale zorg onderdeel uit maakt. Ik zal daarom op korte termijn in overleg met het veld tot onderzoeksvoorstellen komen voor onderbrenging van de extramurale zorg in de normering. Na ontvangst van die voorstellen zal ik definitieve besluiten nemen over de hoogte van de normering en de onderverdelingen daarbinnen.

De invoering van een integrale GGZ-norm en de totstandkoming van regionale GGZ-voorzieningen impliceert dat de gehele gespecialiseerde GGZ (excl. de vrijgevestigden en de ambulante verslavingszorg) onder de reikwijdte van de (gedereguleerde) WZV wordt gebracht.

- *WVG: harmonisering beleidsregels COTG*

In de GGZ hebben aanbieders en verzekeraars in COTG-verband beleidsregels ontwikkeld op basis van bekostigingscategoriën die zijn gerelateerd aan zorgzwaarte. De harmonisering van beleidsregels tot één GGZ-systematiek is evenwel nog niet volledig voltooid. Deze beleidsregels worden thans nader uitgewerkt per circuit. Per circuit wordt onderscheid gemaakt in klinische, deeltijd en ambulante zorg. De beleidsregel zorg-op-maat zoals vanaf 1 januari 1998 is ingevoerd biedt de mogelijkheid landelijk af te spreken tenminste een bepaald percentages van het budget aan vernieuwende vormen van zorg te besteden. Ik zal bezien of het, vooruitlopend op de invoering van een integrale GGZ-aanspraak, aangewezen is om in overleg met partijen tot een bepaald percentages voor de zorg-op-maatregel te komen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorginstellingen.

- *Productie-afspraken*

Op regionaal niveau maken de zorgkantoren afspraken met toegelaten aanbieders over de omvang van de productie. De regiovisie biedt een kader voor het zorgkantoor bij het maken van productieafspraken. Voorts spelen bij het maken van de productie-afspraken gegevens over de ontwikkeling van de zorgvraag en de wachtlijsten een belangrijke rol. De onafhankelijke indicatiestelling zal informatie genereren over de ontwikkeling van de zorgvraag en de mate waarin hieraan tegemoet gekomen is. De productieafspraken vinden plaats binnen het gemaximeerde budget van de toegelaten aanbieders.

- *JOZ: kaders per circuit*

In aansluiting op hiervoor genoemde aanpassingen in de AWBZ, WZV en WTG, worden in het JOZ de huidige deelkaders per instellingscategorie vervangen door deelkaders per circuit. De volgende circuits worden onderscheiden: kinder- en jeugd, volwassenen/ouderen, verslaafden en forensische zorg.

- *Regiefunctie zorgkantoor*

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ ligt bij het zorgkantoor. De noodzaak om samenhang in het zorgaanbod te brengen, de vermaatschappelijking van de zorg, de wens om de zorg beter af te stemmen op de behoefte van verzekerden en het verbeteren van de doelmatigheid, veronderstelt een regisserende rol van de zorgkantoren. Dit geldt vanzelfsprekend niet alleen voor de GGZ, maar ook voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. De regiovisie is hierbij faciliterend. Deze is erop gericht om tot gemeenschappelijke afspraken te komen voor de optimalisering van de zorg tussen de diverse AWBZ-sectoren en de maatschappelijke dienstverlening. De totstandkoming ervan wordt gestimuleerd door de provincie. Binnen de kaders van de wet- en regelgeving zijn het zorgkantoor en de zorgaanbieders contractpartners met een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Een adequaat machtsevenwicht tussen deze partners is een voorwaarde om binnen de vastgestelde beleidsruimte te kunnen onderhandelen. Het zorgkantoor heeft tot taak afspraken te maken over de te leveren zorg en een controlerende taak. De controle heeft betrekking op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aan de verzekerde geleverde zorg, de verantwoorde uitvoering van de bepalingen in de UVO en de juistheid van de kosten naar inhoud en

hoogte. Zorgverzekeraars Nederland heeft een rapport "Zorgkantoren, Vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ" uitgebracht. Dit rapport, alsmede het Rapport van de Commissie Doelmatigheid RIAGG'en, biedt een goede basis voor de verdere bezinning op de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ. Aan de Ziekenfondsraad heb ik een uitvoeringstoets gevraagd over de uitvoeringsstructuur van de AWBZ en de inbedding van het zorgkantoor in de AWBZ.

- *De regiovisie*

De provinciale besturen vervullen een initiërende en stimulerende functie bij de totstandkoming van de regiovisie, waarbij in ieder geval de zorgaanbieders, lokale overheden, de patiëntenorganisaties, de zorgkantoren en aanpalende zorgsectoren en organisaties van maatschappelijke dienstverlening partij zijn. De regiovisies bieden bij uitstek de mogelijkheid om -binnen de kaders van de landelijke vastgestelde sectorale zorgvisies het zorgaanbod te optimaliseren. Via deze brede en integrale benadering kunnen de regiovisies een centraal instrument worden om de vermaatschappelijking van de GGZ in de regio vorm en inhoud te geven. De regiovisie is een consensusdocument van betrokken partijen en heeft als zodanig geen (publiekrechtelijke) rechtsgevolgen.

- *Afstemming verzorgingsgebieden*

Op dit moment is er voor iedere categorie van instellingen een aparte gebiedsindeling, die soms per regeling weer varieert. Deze gebieden dienen op elkaar te worden afgestemd om tot een regionaal geïntegreerd zorgaanbod te kunnen komen. In overleg met betrokken partijen, inclusief het IPO wordt onderzocht hoe het beste tot afstemming kan worden gekomen.

- *Verantwoording*

Het maatschappelijk ondernemerschap van aanbieders en verzekeraars vergt een adequate verantwoording van de geleverde prestaties. De huidige wettelijk verplichte verantwoordingssystematiek wordt parallel aan de hierboven geschetste aanpassingen in wet en regelgeving gemoderniseerd.

Daarnaast worden nieuwe instrumenten in het kader van maatschappelijk ondernemerschap ontwikkeld. Het betreft ondermeer:

- de regeling Jaarverslaglegging Zorg (jaarverslag/jaarrekening). Hiervoor is inmiddels een traject voor de gehele gezondheidszorg ingezet;
- het kwaliteitsjaarverslag zoals voorgeschreven in de Kwaliteitswet Zorginstellingen;

- de verantwoording in het kader van de Bopz;
- de verantwoordingssystematiek van de aanbieders naar het zorgkantoor. Hierover zijn inmiddels tussen partijen afspraken gemaakt in de UVO;
- de informatievoorziening i.h.k.v. de AWBZ, WTG en WZV;
- het ontwikkelen van adequate spiegelinformatie over de doelmatigheid van de bedrijfsvoering (benchmarking);
- het ontwikkelen van een brancherapport waarin verantwoording wordt afgelegd over de gemaakte afspraken en besteding van de beschikbaar gestelde middelen.

- *Versterking regionale cliëntenorganisaties*

Op regionaal niveau zijn de cliëntenorganisaties partij bij het opstellen van de regiovisie en bij de zorg-op-maatregeling via het protocol. Voorts participeert de regionale cliëntenorganisatie in de Raad van Advies van het zorgkantoor. Dit vergt een goed georganiseerde regionale cliëntenorganisatie, die op dit moment ontbreekt. ZON voert in opdracht van VWS een programma uit gericht op de totstandkoming hiervan. De regionale cliëntenorganisaties dienen te beschikken over voldoende financiering en landelijke ondersteuning. Een deel van de middelen uit het Patiëntenfonds zal hiertoe via de landelijke organisaties worden ingezet voor het regionale niveau. De relatie tussen de regionale GGZ-clieutenorganisatie en de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms moet worden verhelderd en verbeterd. Met diverse partijen wordt overleg gevoerd om, met inachtneming van ieders verantwoordelijkheid, een adequate regionale GGZ-clieutenorganisatie te realiseren en afspraken te maken over de financiering daarvan.

- *Versterking gemeentelijke zorg*

Met de ontwikkeling van meer geïntegreerde zorg en daarbij behorende netwerkontwikkeling, neemt de directe en indirecte rol van lagere overheden toe. Onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen onder andere de collectieve preventie, de coördinatie van de openbare GGZ, het algemeen maatschappelijke werk, delen van de verslavingszorg, de dak- en thuislozenzorg, de vrouwenopvang, algemene crisisopvang en de zgn. schilvoorzieningen. In het kader van de extramuralisatie van de GGZ is de afstemming en samenwerking met gemeentelijke diensten en welzijnsvoorzieningen steeds belangrijker aan het worden, onder meer vanwege de maatschappelijke steunsystemen (waaronder projecten voor dagbesteding/dagstructurering en rehabilitatieprogramma's) en de sociale werkvoorziening. Voorts speelt de

gemeente een cruciale rol bij het verkrijgen van voldoende woningen voor (ex-)psychiatrische patiënten. Vanwege een goede afstemming zullen gemeenten betrokken moeten worden bij het overleg over de uitvoering van de GGZ. Daarbij kunnen ook afspraken gemaakt worden over de inzet van gemeenten. Opnieuw verwijs ik hierbij naar het Kabinetsbeleid inzake de grote steden en met name het Doorstartconvenant Grote Stedenbeleid en het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl. Van belang is hierbij de passage dat gemeenten, provincies en rijk een goede aansluiting van AWBZ-voorzieningen op de vraag van patiënten en consumenten zullen bevorderen voor – ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid – bij te dragen aan de regionale kaderstelling. Voorts zal het lokaal en provinciaal bestuur intensief deelnemen aan de uitwerking modernisering van de AWBZ en zal in het plan van aanpak worden aangegeven welk instrumentarium ontwikkeld wordt om de relatie tussen gemeentelijk en provinciaal beleid en beleid vanuit het verzekeringsstelsel te versterken.

- *Voorwaarden voor regionalisering*

De voorgenomen regionalisering van de GGZ-zorg leidt tot schaalvergroting en grote GGZ-organisaties. Dergelijke krachtige organisaties hebben voordelen op het gebied van doelmatigheid en inhoud: continuïteit van zorg, zorgdifferentiatie, goede taakverdeling, optimale inzet van deskundigheid, transparantie, betere mogelijkheden voor het vormgeven van OGGZ en van complementaire relaties met gemeenten, arbeidsvoorzieningen, woningbouwcorporaties, eerste lijn, somatische gezondheidszorg en andere aanbieders. Aan deze beweging kleven echter ook risico's van verstarring en inertie. Deze risico's worden ingedamd via een goed georganiseerde "countervailing power" van zorgkantoor, patiëntenorganisaties en gemeenten, een helder kwaliteitsbeleid, goede klacht- en medezeggenschapsprocedures, adequate toepassing van de Kwaliteitswet, aanwezigheid van voldoende consumer-run en "schil"voorzieningen, alsmede voldoende keuzemogelijkheden voor cliënten en patiënten binnen en buiten de organisatie. Noodzakelijk daarvoor is ook een evenwichtige schaalgrootte voor de GGZ-organisatie. Al te grootschalige fusies zoals op enkele plaatsen in Nederland worden voorbereid, acht ik ongewenst, omdat daardoor de uitoefening van genoemde countervailing power bemoeilijkt wordt.

- *Lokale initiatieven vrijgevestigden*

De lokale initiatieven vrijgevestigde psychiaters worden na 1 januari 1999 voortgezet voor een periode van twee jaar (eventueel nog eens te verlengen met eenzelfde periode) onder aanpassing van een aantal voorwaarden. Deze worden in de meerjarenafspraken met de beroepsgroep geconcretiseerd. Zij hebben in elk geval betrekking op de wachtlijstregistratie, indicatie-toetsing, kwaliteitsontwikkeling, transparantie, herspreiding van capaciteit en de inpassing van de vrijgevestigden in de regionale GGZ-structuur. In overleg met de betrokken organisaties zal ik bezien of het model van de lokale initiatieven ook voor de vrijgevestigde psychotherapeuten toepasbaar is.

- *Uitvoeringstoets*

Ik zal de ZFR, het CvZ en het COTG in vervolg op de uitvoeringstoets zorgkantoor en normering GGZ om een uitvoeringstoets vragen over de consequenties voor de uitvoering van de hiervoor geschetste aanpassingen in de wet- en regelgeving.

10 Kwaliteit en doelmatigheid

Kwaliteit en doelmatigheid van zorg dragen bij aan een zo goed mogelijke inzet van de beschikbare middelen en aan beheersing van de wachtlijsten voor geestelijke gezondheidszorg. Kwaliteit en doelmatigheid vormen voorwaarden voor goede zorgverlening. De aanbevelingen van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten zijn in deze en andere paragrafen verwerkt. Het kwaliteits- en doelmatigheidsbeleid voor de verslavingszorg maakt integraal onderdeel uit van het ontwikkelingsplan 'Resultaten scoren' (zie hoofdstuk 6).

10.1 Inleiding

Kwaliteit en doelmatigheid van zorg hangen sterk met elkaar samen. Beide worden in belangrijke mate bepaald door dezelfde voorwaarden zoals een transparante toetsbare organisatie van de zorgverlening, het toepassen van doeltreffende behandelmethoden, het werken met zorgprogramma's voor helder omschreven doelgroepen of aandoeningen en een adequate financiering.

10.2 Knelpunten

- Gebrek aan kennis bij hulpverleners over de doeltreffendheid en (kosten)-effectiviteit van behandelmethoden en zorgprogramma's. Voor een deel wordt dit veroorzaakt door het ontbreken van een (landelijke) structuur voor het ontwikkelen, verspreiden en implementeren van kennis over behandelmethoden, protocollen en zorgprogramma's. Een betere afstemming tussen wetenschap en praktijk is noodzakelijk.
- Een transparante toetsbare organisatie van zorg is nog niet gerealiseerd. Een door de partijen gezamenlijk te ontwikkelen kwaliteitsbeleid is hiervoor een vereiste en zal de doelmatigheid van de zorg ten goede komen.
- Kwaliteit van zorg wordt ook bepaald door continuïteit van zorg en de mogelijkheden voor zorg op maat. Hiervoor is goede samenwerking en afstemming nodig op regionaal niveau. De Kwaliteitswet zorginstellingen is een instellingsgerichte wet; transmuraal (regionaal) kwaliteitsbeleid is nog in ontwikkeling.
- De huidige instellingsgerichte organisatie van de zorg en de wet- en regelgeving op het terrein van sturing en financiering werken op onderdelen belemmerend voor doelmatige zorgverlening. Eén en ander is in opdracht van VWS door de commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten in haar eindrapport (mei 1998) uitgewerkt.
- Rationalisering van het zorgproces, vanaf diagnosestelling tot beëindiging van de behandeling, heeft nog niet voldoende plaatsgevonden.
- Tot een kwalitatief doelmatig GGZ-beleid behoort ook een rationeel en doelmatig medicatiebeleid. Hier ontbreekt het aan voldoende inzicht in (determinanten van) de kosten en inzicht in de maatschappelijke opbrengsten van psychofarmaca. Sommige farmaca worden, met name in de huisartsenpraktijk, onnodig lang voorgeschreven, hetgeen verslaving in de hand werkt (slaapmiddelen en kalmerende middelen). Bovendien is onvoldoende kennis beschikbaar over kosteneffectiviteit van de verschillende geneesmiddelen in onderlinge verband en in vergelijking met niet-medicatieve behandelmethoden. In het voorschrijfgedrag van de hulpverleners ontbreken financiële incentives voor doelmatig medicatiebeleid. Evenals in de somatische zorg moet het gaan om het ontwikkelen van een zuinig en zinnig transmuraal voorschrijfbeleid.
- Ondanks goede aanzetten in de recente Uitkomst van Overleg (UVO) tussen zorgaanbieders en zorverzekeraars worden patiënten nog onvoldoende bij de verdere ontwikkeling van het zorgproces betrokken.

- Onvoldoende besef bij hulpverleners dat effectiviteit en kwaliteit van hun hulpverlening in belangrijke mate wordt bepaald door de bejegening en attitude van de hulpverlener.

10.3 Speerpunten

- *Rationalisering zorg*

De ontwikkeling en de toepassing van doeltreffende en kosteneffectieve behandelmethoden, protocollen en zorgprogramma's, wordt geïntensiveerd via evaluatie-onderzoek, met name gericht op effectiviteit. Samenwerking tussen beroepsgroepen uit de praktijk en wetenschappelijke instituten wordt daarbij gestimuleerd (zie hiervoor verder hoofdstuk 15 Onderzoek). Bij de verdere uitwerking worden patiënten, vanwege hun ervaringsdeskundigheid, en de zorgverzekeraars betrokken.

- *Rationeel medicatiebeleid*

Het bevorderen van een rationeel en doelmatig medicatie- en voorschrijf-beleid, zowel in de huisartspraktijk, als in de GGZ en het verbeteren van de kennis op de diverse deelterreinen via onder meer transmuraal psychofarmaca overleg en het door de beroepsgroepen doen ontwikkelen van psychofarmaca-richtlijnen. Dit kan leiden tot verder onderzoek en tot verdere voorstellen voor instrumentering. Bij de uitwerking van de "evidence based medicine" in de GGZ wordt aansluiting gezocht bij de algemene beleidsvoornemens op dit punt.

- *Versterken kwaliteitsbeleid*

De Kwaliteitswet zorginstellingen gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid van het management en de hulpverleners van instellingen voor kwaliteitsverbetering. Deze verantwoordelijkheid wordt op managementniveau goed opgepakt maar dient de komende jaren meer gericht te worden op 'keten-kwaliteit' en het meer betrekken van cliënten bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. De resultaten van het ZON-programma Kwaliteit van (GGZ-)zorg (1998-2001) vormen hierbij een belangrijke impuls.

Het kwaliteitsbeleid vanuit de verschillende beroepsorganisaties vergt een krachtige impuls, in het bijzonder op het punt van de toepassing van effectief gebleken behandelmethoden en op het punt van transparantie en verantwoording. Ik zal daartoe met de verscheidene beroepsgroepen overleg voeren.

In het jaar 2000 wordt de stand van zaken rondom het kwaliteitsbeleid zorgbreed geëvalueerd tijdens de derde Leidschendamconferentie. Voor de GGZ-sector zal ik in 1999 in overleg met het veld een voorbereidingsconferentie organiseren. Op grond van de resultaten van deze activiteiten zal ik bezien op welke onderdelen van het kwaliteitsbeleid verdere stimulering dan wel bijsturing wenselijk is.

- *Verbetering doelmatigheid*

De aanbevelingen van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten voor verbetering in transparantie van het zorgproces, regionale samenwerking, indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn in deze visie voor een belangrijk deel overgenomen en worden in overleg met betrokken actoren uitgewerkt. Dat geldt ook voor de aanbevelingen inzake regelgeving, financiering en de rol van het zorgkantoor. Deze zijn in hoofdstuk 9 al aan de orde geweest. Belangrijke voorwaarden voor doelmatigheidsverbetering zijn registratie en informatie en de ontwikkeling van benchmarkgegevens. Over deze onderwerpen zal ik zo mogelijk afspraken maken met veldpartijen.

- *Aandacht voor sekse-specifieke hulpverlening en hulpverlening aan minderheden*

Sekse-specifieke hulpverlening, waarvan Vrouwenhulpverlening (VHV) een belangrijk onderdeel uitmaakt, is een instrument om de kwaliteit van het hulpaanbod te verbeteren. Hetzelfde geldt voor de multiculturele hulpverlening en de zorg voor vluchtelingen. Partijen zullen daaraan zelf in de regio-visies vorm moeten geven. Om hen daarbij behulpzaam te zijn zal ik een handreiking laten opstellen.

11 Psychische arbeidsongeschiktheid en wachtlijsten

Gezien het maatschappelijk belang is een adequate aanpak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen noodzakelijk. Belangrijke elementen daarin zijn versterking van de eerstelijnszorg, verbetering van de samenwerking tussen Arbodienst en zorgaanbieders, deskundigheidsbevordering, aanpak van de wachtlijsten en afstemming AWBZ- en particulier gefinancierde hulp. Over deze zaken wil ik met alle betrokken partijen afspraken maken, onder meer op een landelijke conferentie in 1999.

11.1 Inleiding

Eén van de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid is psychische problematiek. Tenminste 30% van de mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, lijdt aan psychische stoornissen. Deze groep neemt nog steeds toe. De oorzaken van de psychische klachten zijn vaak een mengeling van werkomstandigheden, persoonlijkheidsstructuur en omgevingsfactoren. De maatschappelijke kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen bedragen ruim f 6 miljard per jaar. Het gaat om kosten voor het bedrijfsleven, inkomensverlies van de zieke werknemer en zorgkosten.²² Daarnaast veroorzaken dergelijke klachten veel persoonlijk leed en belasting voor de naaste omgeving.

11.2 Knelpunten in zorg en preventie bij psychische arbeidsongeschiktheid

De belangrijkste knelpunten op het terrein van preventie, zorg en begeleiding bij (dreigende) psychische arbeidsongeschiktheid zijn:

- te hoge werkdruk en problemen in werkverhoudingen, gerelateerd aan stressklachten;
 - onvoldoende tijdige signalering van en adequate begeleiding bij psychische problemen op het werk;
- onvoldoende deskundigheid bij GGZ-zorgaanbieders over de relatie tussen psychische problematiek en arbeidssituatie;
- lange wachtlijsten voor met name ambulante GGZ-hulp;
- gebrek aan samenwerking en afstemming tussen sociaal-medische begeleiding (Arbozorg), eerstelijnszorg en GGZ;
- onvoldoende deskundigheid op het terrein van psychische problematiek bij Arbodiensten, dan wel een te beperkt pakket aan Arbozorg dat wordt ingekocht door de werkgever.

11.3 Speerpunten

Op initiatief van de Tweede Kamer heeft een aantal partijen uit kringen van werkgevers, werknemers, verzekeraars en zorgaanbieders een 'Plan van

²² Systema en Koopmans, Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Een verkenning van omvang, gevolgen en kosten. SDU-uitgevers, Den Haag 1998.

Aanpak Wachtlijsten' opgesteld. De kernpunten uit dit plan komen overeen met de voornemens uit de notitie 'Wachttijden en tweedeling in de zorg' die begin 1998 aan de Kamer is toegezonden. Ik vind het belangrijk dat partijen met mij constateren dat er geen tweedeling in de zorg dient plaats te vinden. Daartoe moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Deze vormen de speerpunten van mijn beleid.

- *Actieplan aanpak uitval uit arbeid om psychische redenen*

Samen met de minister van SZW heb ik een actieplan opgesteld waarin de thema's die hierboven worden aangegeven nader worden uitgewerkt en voorstellen worden gedaan voor verdere actie. Dit actieplan wordt in 1999 in een landelijke conferentie besproken met werknemers, werkgevers, verzekeraars, zorgaanbieders en beleidmakers. Doelstelling is om te komen tot afspraken tussen alle betrokken partijen op het punt van verantwoordelijkheden, samenwerking en deskundigheidsbevordering. Specifieke aandacht daarbij verdienen de preventie en de aanpak van de wachtlijsten en arbeidsrehabilitatie van mensen met langdurige psychische problematiek.

- *Versterking van de eerstelijns*

Bij arbeidsrelevante psychische problematiek gaat het om psychische problemen veroorzaakt door werk, persoonlijkheid, privéomstandigheden of een combinatie daarvan. Deze problemen kunnen bij uitstek in de eerstelijns worden behandeld.

- *Betere samenwerking tussen Arbodienst en zorgaanbieders*

Tussen de NVAB en de LHV is reeds een convenant afgesloten om de samenwerking tussen arbo-artsen en huisartsen te verbeteren. VWS en SWZ zullen de implementatie van dit convenant stimuleren/ondersteunen. De positie van de Arbo-dienst ten opzichte van de hulpverleners in de eerstelijns en de gespecialiseerde GGZ behoeft evenwel verdere verheldering. Ik zal stimuleren dat huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen afspraken maken met Arbo-artsen over verwijzen en samenwerken opdat snel en verantwoord hulp kan worden geboden. Ook met de gespecialiseerde GGZ moeten dergelijke afspraken gemaakt worden.

- *Afstemming reguliere en particulier gefinancierde hulp*

Als reactie op de lange wachtlijsten bij de GGZ-instellingen zijn diverse particuliere zorginitiatieven ontstaan die contracten met het bedrijfsleven

afsluiten om snelle hulp te bieden. De werkgevers hebben verantwoordelijkheid voor het organiseren en financieren van zorg en begeleiding voor (psychisch) zieke werknemers. Hiervoor wordt een bepaald aanbod ingekocht van de Arbo-diensten. Deze Arbo-diensten bieden bij psychische problematiek gedeeltelijk zelf hulp en begeleiding, als onderdeel van hun dienstenpakket, of schakelen andere hulpverlening voor de werknemer/patiënt in. De door werkgevers en Arbodiensten gecontracteerde instellingen richten zich in het algemeen op enkelvoudige problematiek die een sterke relatie heeft met de werksituatie. Het aanbod is zeer gestructureerd en afgebakend, met meestal vantevoren bepaalde aantallen contacten. Nadrukkelijk wordt hierbij gesteld dat het niet gaat om substitutie van AWBZ-hulpverlening (scapaciteit) naar het derde compartiment. Het betreft andersoortige, meer enkelvoudige problematiek die op eenduidige wijze kan worden behandeld. Het reguliere GGZ-aanbod richt zich op de ernstige psychische en psychiatrische problematiek, waarbij arbeid één van de factoren kan zijn die in de hulpverlening een rol spelen. Tussen beide circuits dient een duidelijke afstemming en taakverdeling te komen, waarbij beide van elkaars specifieke kennis en deskundigheid kunnen profiteren. Zo kan het GGZ-veld leren van de strak geprotocolleerde en effectieve aanpak die door deze particuliere instellingen is ontwikkeld. Voor de particulier gefinancierde hulp is kwaliteitstoetsing van de verleende zorg en het adequaat doorverwijzen van ernstiger problematiek naar de gespecialiseerde GGZ een punt voor verdere afstemming.

- *Deskundigheidsbevordering van Arbodiensten en zorgaanbieders*

Om de kennis rond de relatie tussen specifieke aandoeningen en arbeid te versterken, o.m. bij arbodiensten en zorgverleners, zullen vier landelijke aandoeningsgerichte kenniscentra worden ontwikkeld. Een van deze centra zal zich concentreren op psychische aandoeningen. Over dit onderwerp zal ik binnenkort een brief aan de Tweede Kamer zenden. Ik ben met partijen in overleg over de vorm en inhoud van kenniscentra op het specifieke gebied van (arbeidsrelevante) psychische aandoeningen. Ik heb daarnaast verschillende onderzoeksinstellingen gevraagd om bijzondere aandacht te besteden aan arbeidsrelevante psychische problematiek. Naast kennisontwikkeling moet ook aan kennisverspreiding de nodige aandacht worden besteed.

- *Aanpak wachtlijsten*

Voor de aanpak van wachtlijsten in de ambulante GGZ is vanaf 1999 f 32,5 mln beschikbaar. Dit geld zal op regionaal niveau worden verdeeld via de

zorgkantoorregio's. Voorwaarde om voor deze gelden in aanmerking te komen is dat in de regio afspraken worden gemaakt over uniforme wachtlijstregistratie. Zorgaanbieders en zorgkantoor tezamen bepalen op welke punten en onder welke voorwaarden de gelden effectief in de regio kunnen worden ingezet. Het kan daarbij zowel gaan om inzet van gelden bij doelmatig werkende instellingen, die tijdelijk kampen met onaanvaardbare wachtlijsten, als ook om investeringen in doelmatigheidsverbetering bij ondoelmatig werkende aanbieders. Prioriteit hebben daarbij: projecten gericht op snelle, kortdurende hulpverlening bij dreigende psychische arbeidsongeschiktheid, kinder- en jeugdpsychiatrie en projecten gericht op versterking van de eerstelijns (deskundigheidsverbetering, consultatie en doorverwijzing).

- *Uniformering wachtlijstregistratie*

De wachtlijstregistratie in de ambulante GGZ is onvoldoende en niet uniform. Door uniforme wachtlijstregistratie ontstaat beter inzicht in aard en omvang van de wachtlijsten en kan het zorgaanbod doelmatiger worden ingezet. Voor de GGZ is recent onderzoek verricht naar de mogelijkheden voor en opzet van een uniforme registratie. Met betrokken koepelorganisaties en beroepsbeoefenaren wil ik afspraken maken over de invoering van een dergelijke uniforme registratie.

12 Geestelijk Volksgezondheidsbeleid en Preventie

Preventie, vroege opsporing en signalering, facetbeleid en geestelijk volksgezondheidsbeleid (incl. verslavingszorg) zijn belangrijke voorwaarden om de toenemende zorgvraag te kunnen beperken. De sector zal zich uitdrukkelijker op dit punt moeten profileren. De overheid stelt een brede commissie in om te adviseren over een actief geestelijk volksgezondheidsbeleid.

12.1 Inleiding

De voorgaande hoofdstukken beschrijven een aantal maatregelen die een antwoord geven op de groeiende zorgvraag. Met die maatregelen wil ik met de beschikbare middelen aan meer patiënten hulp verlenen. Mijn inzet is echter ook gericht op het afremmen van die groei en beperken van de "geestelijke gezondheidsschade". Daarvoor zijn preventie, vroege opsporing

en signalering, facetbeleid en geestelijke volksgezondheidsbeleid belangrijke middelen.²³ Preventie richt zich niet alleen op het voorkomen van de psychische en verslavingsproblematiek zelf, maar ook op het voorkomen van belemmeringen in het sociaal en maatschappelijk functioneren als gevolg van dergelijke problematiek. Op het terrein van verslavingszorg loopt reeds een groot aantal activiteiten, ondersteund door het LSP (zie hoofdstuk 6). Voor een goede invulling van haar missie is de GGZ mede afhankelijk van andere sectoren zoals de verslavingszorg, maatschappelijke opvang, zorg voor verstandelijk gehandicapten, jeugdzorg, justitiële zorg, maar zeker ook van instellingen als woningbouwcorporaties, sociaal-cultureel werk, onderwijs, arbeidsvoorzieningen, maatschappelijke dienstverlening en gemeenten. Goede zelfstandige huisvesting, een voldoende inkomenspositie om maatschappelijk te kunnen participeren, uitzicht op arbeid of educatie en toegankelijke algemene voorzieningen zijn van essentieel belang voor een beter functioneren van psychiatrische patiënten. Voor het GGZ-veld betekent dat – waar relevant en noodzakelijk – activering van die andere sectoren om een goed aanbod voor psychiatrische patiënten te ontwikkelen of zich daarvoor meer open te stellen.

Veel mede-veroorzakers van psychische problematiek (zoals bijvoorbeeld milieu-druk, werkstress, lawaai-overlast, onveiligheid op straat, gebrekkige woonomgeving, kindermishandeling, werkloosheid, eenzaamheid) liggen buiten het directe terrein van de geestelijke gezondheidszorg, maar de ernstige gevolgen worden wel op het terrein van de geestelijke volksgezondheid zichtbaar. GGZ-veld en beroepsorganisaties kunnen die problemen op zich niet oplossen, zij kunnen wel wijzen op de gevolgen van ontwikkelingen in de samenleving of van beleidsvoornemens. Een meer uitgesproken profileren van het veld op dit gebied is wenselijk.

Er bestaat – zoals in de algemene beschouwing aangegeven – behoefte aan een actieve benadering van de geestelijke volksgezondheid, van zowel overheid, als maatschappelijke organisaties. Een dergelijke benadering staat bekend als “public mental health promotion”.

23 Voor preventie en verslavingen verwijst ik naar hoofdstuk 6.

12.2 Knelpunten

De voornaamste knelpunten zijn:

- onvoldoende kennis en kennisoverdracht betreffende vroege opsporing en signalering en effectieve ziektegebonden preventie-methoden, hoewel op dit terrein belangrijke voortgang is geboekt;
- onvoldoende aandacht voor preventie door de GGZ-zorgaanbieders;
- ontbreken van financiële prikkels voor instellingen om te investeren in preventie;
- onvoldoende ontwikkeling van facetbeleid en van geestelijk volksgezondheidsbeleid;
- de cliënt in de GGZ profiteert onvoldoende van de mogelijkheden en voorzieningen zoals die op gebied van wetgeving en maatregelen aan anderen (chronisch zieken, gehandicapten) wel worden geboden.

12.3 Speerpunten van beleid

- *Verbetering geestelijke volksgezondheid*

Ik zal een brede maatschappelijke commissie instellen die tot taak heeft om te trachten, tot een analyse te komen van de oorzaken van de groeiende hulpvraag en om te adviseren over de wijze waarop zowel door overheid, als door maatschappelijke organisaties kan worden bijgedragen aan een verbetering van de geestelijke volksgezondheid.

- *Versterking regiefunctie*

Ik zal in overleg met het veld de mogelijkheid verkennen tot het instellen van een Coördinatieplatform GGZ-Preventie, waarin onderzoeksinstituten, veldpartijen (waaronder bestaande preventie-organisaties) en de overheid participeren, ter versterking van de onderlinge afstemming en prioritering rondom preventie. Vanuit dat Platform zou ook de samenhang met de lokale OGGZ-platforms en de gemeentelijke collectieve preventie vorm gegeven moeten worden.

- *Versterking facetbeleid*

Een belangrijke voorwaarde voor het zinvol inzetten van preventie is draagvlak en integrale aandacht. In dat verband is de ontwikkeling van een facetbeleid belangrijk. Het facetbeleid dient versterkt te worden. Ik denk daarbij aan de inzet van (geestelijke) gezondheidseffectrapportages (GES), mede in

overleg met de NSPH, die een ondersteuningsfunctie heeft in het facetbeleid en op mijn verzoek de GES-en uitvoert. Met de veldpartijen (waaronder VNG), de onderzoeksinstituten en de relevante departementen wordt overleg gevoerd over de nadere uitwerking.

- *Oormerking preventie in de budgetten*

Met veldpartijen wordt overlegd hoe de preventie organisatorisch en financieel beter kan worden verankerd. Ik verken hiertoe de mogelijkheid van oormerking van middelen in de budgetten van de instellingen.

- *Kennisontwikkeling*

Kennisontwikkeling via het GGZ-ontwikkelingsprogramma als onderdeel van het algemene Programma Preventie bij ZON.

Voor de komende jaren geef ik, in samenwerking met het veld, prioriteit aan de volgende onderwerpen: depressie, angststoornissen, alcoholafhankelijkheid, problemen in verband met sociale uitsluiting, isolatie en eenzaamheid, alsmede problemen in verband met geweld (incl. seksueel geweld), onveiligheid, kindermishandeling, pesten en straatgeweld.

- *Implementatie kennis*

Opzetten van een implementatie- en evaluatietraject voor inmiddels ontwikkelde en effectief (b)lijkende programma's. Daarbij wordt aangesloten bij de modelprojecten zoals die in de afgelopen jaren door het Trimbosinstituut zijn ontwikkeld en uitgevoerd, alsmede bij de uitkomsten van het ZON-Preventie Programma.

- *Versterken kinder- en jeugdpsychiatrie*

Omdat goede onderkenning en tijdige behandeling van problemen op jeugdige leeftijd het beroep op de GGZ op latere leeftijd kan verminderen, wordt ingezet op versterking van de kinder- en jeugdGGZ. (zie hoofdstuk 4).

13 Positie van patiënten/cliënten

Een centrale doelstelling van beleid is het streven naar meer vraaggerichte zorg, hulp die is afgestemd op de zorgbehoefte van de individuele cliënt. In de vorige hoofdstukken is de rol die overheid, zorgaanbieders en zorgkantoor hierbij hebben aan de orde gesteld. De cliënt is een belangrijke partner en zal

in samenspraak met deze partijen een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van deze vraaggerichte zorg. Hiertoe moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan die de positie van patiënten/cliënten versterken.

13.1 Inleiding

Er staat veel te gebeuren in de GGZ, zoals eerder in deze beleidsvisie is aangegeven. De patiënt dient daarbij een inbreng te hebben. Op verschillende niveaus in (de organisatie en financiering van) de zorg is de ervaringsdeskundigheid van de patiënt onmisbaar om de gewenste veranderingen te realiseren. De positie van patiënten moet worden versterkt, zodat zij een gelijkwaardige gesprekspartner kunnen zijn. Op verschillende niveaus is versterking nodig van de invloed van de cliënt/patiënt. Het Landelijk Forum Geestelijke Gezondheidszorg heeft mij in 1998 de 'Notitie verantwoorde GGZ-cliëntenparticipatie in de regio' doen toekomen. Deze notitie biedt goede aanknopingspunten voor de vormgeving van de cliëntenparticipatie in de regio.

13.2 Kneelpunten

- *Individuele relatie tussen cliënt en hulpverlening*
- De bejegening van cliënten is een structureel aandachtspunt. Professionele hulpverleners bepalen hun houding ten opzichte van de patiënt nog te vaak op basis van hun beroepsvisie alleen en luisteren nog te weinig naar de inbreng van de cliënt. Hulpverlening gericht op de stoornis alleen en niet ook op de beperkingen die de patiënt als gevolg van die stoornis ervaart, heeft tot resultaat dat er te weinig aandacht is voor de gevolgen voor de familie, het werk, de woonomgeving en dergelijke.
- Lotgenotencontact of zelfhulp heeft voor veel cliënten een positieve invloed op herstel of het leren omgaan met beperkingen die met de stoornis samenhangen. Voor de naaste verwanten zijn verder familie-organisaties van grote waarde. Deze vorm van hulp wordt onvoldoende gefaciliteerd.
- De regionalisering van de GGZ-zorg betekent het ontstaan van grote GGZ-instellingen. De keuzevrijheid van de cliënt inzake zorgaanbieder en zorgaanbod vermindert daardoor.

- *Regionaal niveau*
- Rationalisering van het zorgproces is uitgangspunt voor de toekomst. Bij het

ontwikkelen van protocollen, zorgprogramma's en richtlijnen wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van cliënten ten aanzien van de gewenste en ongewenste effecten, de aanvaardbaarheid en voorkeuren.

- Registratie en informatie zijn belangrijke punten in de relatie tussen overheid, zorgaanbieders en zorgkantoor maar zeker ook voor cliënten. Het ontwikkelen van spiegelinformatie vindt te weinig plaats. De informatievoorziening aan cliënten over bijvoorbeeld wachtlijsten, (vergelijking van de diverse) behandelmogelijkheden en (specifieke deskundigheden van) behandelars is onvoldoende.
- De positie van cliënten als gesprekspartner in de regio kan alleen worden gerealiseerd als er sprake is van goed georganiseerde regionale cliëntenorganisaties, met relaties op landelijk niveau. Hiervan is nog onvoldoende sprake.
- Er zijn nog te weinig door cliënten zelf georganiseerde alternatieve hulpmogelijkheden (consumer-run projecten).

- *Financiële positie van de patiënt/cliënt*

- Behandeling en begeleiding van de cliënt dienen zoveel mogelijk plaats te vinden in de eigen omgeving en met behoud van zoveel mogelijk zelfstandigheid. Ook wanneer mensen worden opgenomen is een zo zelfstandig mogelijke positie, met sociale contacten buiten de instelling, van belang. Een voorwaarde hiervoor is het beschikken over financiële middelen, veelal in de vorm van zak- en kleedgeld. Dit zak- en kleedgeld is met name bedoeld voor de kosten van het (blijven) deelnemen aan het maatschappelijk leven (contributies, abonnementen, reiskosten etc.). Cliëntenorganisaties geven aan dat het zak- en kleedgeld te laag is om het beoogde doel te realiseren.
- In het kader van keuzevrijheid en zelfstandigheid is het persoonsgebonden budget (PGB) een belangrijk instrument. Experimenten hiermee tonen aan dat cliënten zelf zeer tevreden zijn met het PGB. Een goede begeleiding door steunfunctionarissen of zorgconsulenten is daarvoor vaak voorwaarde. Een structurele aanpak/financiering is echter niet ontwikkeld.

- *Wet- en regelgeving, de Wet Bopz*

- Veel wet- en regelgeving is de laatste jaren ontwikkeld met het doel de positie van de patiënt te versterken. Belangrijkste wetten zijn de Wet op het Mentorschap, de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Onderlinge afstemming tussen de verschillende wet- en regelgeving levert voor patiënten vaak onduidelijkheid op.

- De Wet Bopz, die de rechten van patiënten beschermt bij onvrijwillige opname en onvrijwillige behandeling, is geëvalueerd. Ook heeft het kabinet inmiddels haar standpunt uitgebracht naar aanleiding van deze eerste evaluatie. Mede door de inbreng van patinten- en familie-organisaties is een aantal knelpunten gesignaleerd met betrekking tot de beperkte mogelijkheden voor dwangbehandeling voor patiënten zonder ziekte-inzicht en de behoefte van patiënten aan meer mogelijkheden voor autonomie door middel van zelfbindingsverklaringen. Ook is gebleken dat behoefte bestaat aan ambulante dwangbehandeling.

- *Ontwikkeling aantal inbewaringstellingen op grond van de Wet Bopz*

Naar aanleiding van signalen uit het veld en uit de media dat het aantal spoedeisende gedwongen opnames in snel tempo zou stijgen, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek ingesteld naar de ontwikkeling van het aantal inbewaringstellingen (ibs'en) tijdens de afgelopen 5 jaar. Het betreft hier uitsluitend een kwantitatief onderzoek.

Uit dit onderzoek bleek weliswaar dat het aantal ibs'en in de psychiatrie, verstandelijk gehandicapten sector en psychogeriatrische sector in die periode (van 1993 tot 1997) is gestegen met 32,5 procent, maar dat het afgelopen jaar slechts sprake was van een zeer kleine stijging van 0,9 procent. Van belang is dat in dit onderzoek ook aandacht is besteed naar de ibs-ontwikkeling in de vier grote steden. Gebleken is dat het aantal personen dat in die steden met een ibs is opgenomen ver boven het landelijk gemiddelde ligt. In Utrecht is overigens sprake van een daling.

Reeds bekend was dat ibs'en zich voornamelijk beperken tot de psychiatrie, hetgeen ook in het onderzoek werd bevestigd. Op basis van de onderzoeksgegevens kan geconcludeerd worden dat er mogelijk, na een sterke trendmatige stijging van het aantal ibs'en, sprake is van stabilisering van het aantal spoedopnemingen in de psychiatrie. Dit zal in de komende jaren moeten blijken.

13.3 Speerpunten

- *Vraaggestuurde zorg*

Om tot vraaggestuurde zorg te komen is inzicht in de behoeften van cliënten vereist. Instrumenten die hierbij van belang zijn:

- de organisatie van objectieve, geïntegreerde indicatiestelling op regionaal niveau, waarbij cliëntenorganisaties worden betrokken;

- inspraak van regionale GGZ-cliënten- en familie-organisaties bij het ontwikkelen van zorg-op-maat en in bredere zin bij het maken van de beleidsafspraken tussen aanbieders en zorgkantoor.
- de regiovisie, die wordt opgesteld op het niveau van de provinciale overheid in samenspraak met zorgkantoor, gemeenten, aanbieders en cliëntenorganisaties. Om de zorg af te stemmen op de vraag is verbetering van de informatievoorziening aan cliënten noodzakelijk. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van informatiebureaus in elke regio, voor cliënten, familie en verwijzers. Deze worden gerealiseerd door cliënten zelf (consumer-run), of cliënten vervullen daarin een belangrijke rol. Deze bureaus bieden door een dergelijke opzet tevens mogelijkheden voor arbeidsrehabilitatie. Op individueel niveau bieden (samen met cliëntenorganisaties opgestelde) indicatie- en behandelrichtlijnen inzicht in de diverse behandel mogelijkheden en steun bij het maken van de keuzes in de behandelrelatie.

- *Versterking regionale organisatie*

De inspraak van patiënten/cliënten vindt voor een belangrijk deel op regionaal niveau plaats door middel van goed georganiseerde cliëntenorganisaties, die een centraal aanspreekpunt vormen in de regio. Dit aanspreekpunt is onderdeel van het regionale patiënten/consumenten platform (RP/CP). Het RP/CP dient dan wel te voldoen aan een aantal voorwaarden die de inbreng van de GGZ-cliëntenorganisaties garanderen. Het RP/CP is daarmee aanspreekpunt voor de zorgkantoren bij de uitvoering van de AWBZ, voor de provincie bij de regiovisie, voor de vormgeving van de regionale indicatiestelling en voor de regionale inspectie gezondheidszorg met betrekking tot de Kwaliteitswet zorginstellingen en patiëntenrechten. Dit regionale aanspreekpunt kan ook taken vervullen op gebieden als informatievoorziening aan cliënten, de opzet van eigen diensten zoals de consumer-runprojecten, bij- en nascholing van cliënten en hulpverleners, en richtlijnvorming. Met het IPO zal overleg worden gevoerd over de relatie tussen de RP/CP's en de regionale GGZ-cliëntenorganisaties.

Het ZON-programma betrokkenheid cliënten bij kwaliteitsverbetering GGZ vormt de eerste fase in de versterking van de regionale organisaties. Per regio is hiervoor eenmalig f 40.000,- beschikbaar. Daarnaast zal een deel van de middelen uit het Patiëntenfonds via de landelijke organisaties worden ingezet voor het regionale niveau.

- *Patiëntgebonden Budget in 2000.*

De resultaten van het experiment met het PGB in de GGZ komen eind van dit jaar beschikbaar. Daarna zal worden bepaald of, en zo ja, voor wie het PGB in de GGZ wordt ingevoerd.

- *Eigen bijdrage AWBZ*

Ik heb afgezien van de voorgenomen verkorting van de bijdrage-vrije opnameperiode: deze blijft één jaar bij opname in een intramurale GGZ-instelling. De Ziekenfondsraad voert onderzoek uit naar de problematiek van het uithollen van het vrij besteedbaar inkomen van verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven. Doel daarvan is te voorkomen dat zaken die onder de verstrekking vallen, ten onrechte bij bewoners zelf in rekening worden gebracht. In overleg met cliëntenorganisaties en andere betrokken partijen wordt bekeken welke knelpunten zich voordoen.

- *Aanpassing wet- en regelgeving*

Er wordt onderzoek verricht naar voorwaarden waaronder verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling voor mensen zonder ziekteinzicht. Ook de juridische mogelijkheden voor en ethische aspecten van zelfbindingsverklaringen en ambulante dwangbehandeling zullen door onderzoek verhelderd worden. Een en ander vormt de basis voor de op deze punten voorgenomen aanpassingen van de Wet Bopz. Verder vindt onderzoek plaats naar de onderlinge afstemming van WGBO en wet Bopz.

14 Informatievoorziening

Zorginhoudelijke ontwikkelingen in het veld, aanpassingen in wet- en regelgeving zijn verantwoordelijk voor het ontstaan van knelpunten in de informatievoorziening. Er is behoefte aan eenheid van taal, modernisering van de gegevensverzameling en harmonisatie van de bestaande informatiesystemen. Belangrijke speerpunten zijn de ontwikkeling van spiegelinformatie, het beschikbaar komen van informatie over patinten, hun hulpvragen, het zorgaanbod en de produktie. De belangrijkste taak van de overheid daarbij is het stellen dan wel scheppen van voorwaarden, stimulering, sturing en afstemming.

14.1 Inleiding

In de GGZ wordt door aanbieders, verzekeraars, uitvoeringsorganen, inspectie, overheid, informatie verzameld en opgeslagen met als doel:

- ondersteuning van het proces van individuele hulpverlening en de financiering daarvan.
- ondersteuning van individuele en collectieve preventie. Hierbij gaat het verzamelen van informatie over risicogroepen, determinanten en over de effectiviteit van interventieprogramma's.
- ondersteuning van beleidsontwikkeling, toezicht en verantwoording op instellings-, regionaal en landelijk niveau;
- beleidsinformatie ten behoeve van onder meer facetbeleid.
- wetenschappelijk onderzoek.

Wat betreft de verslavingsproblematiek zijn eveneens vele activiteiten gaande die voor een deel analoog zijn aan de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. Zoals ik op 9 september 1998 in een beleidsstandpunt heb laten weten worden gegevens over diverse facetten van de drugsverslaving, en waar mogelijk ook over verslaving aan andere middelen, in de Nationale Drug Monitor (NDM) op systematische wijze samengebracht. Ik verwijs naar dit standpunt.

14.2 Knelpunten

- Uit recent onderzoek (Wet- en regelgeving. Knelpunten bij samenwerking in de GGZ, juli 1998) blijkt dat de wet- en regelgeving niet langer aansluit bij de ontwikkelingen in het veld. De registratie en verantwoordingsverplichtingen die uitgaan van voorzieningen sluiten niet meer aan bij een circuitgerichte benadering. Landelijke gegevens zijn daardoor onvoldoende betrouwbaar, vernieuwingen in de zorg worden niet goed zichtbaar, binnen de instellingen gaat dit ten koste van een goede zorg en een doelmatige bedrijfsvoering.
- Organisatorisch zijn veel instanties betrokken bij de uitvoering en financiering van de zorg en preventie. Ieder met een eigen informatiebehoefte en met eigen informatiesystemen. Nieuwe vragen op het terrein van de zorg leiden ertoe dat de huidige beschikbare informatie voor andere doelen wordt gebruikt dan oorspronkelijk het plan was. Eenheid van taal is nog onvoldoende bereikt. Interpretatieverschillen zijn het gevolg, evenals belemmeringen in onderlinge vergelijkingen en in het bereiken van een goed landelijk overzicht.

- In het kader van bevolkingsonderzoek is het, mede gezien de aard van de problematiek (psychische- en verslavingsproblemen), niet eenvoudig mensen te bereiken en langdurig te volgen.

14.3 Speerpunten

- *Ontwikkeling landelijk GGZ-registratiesysteem*

De sterke ontwikkeling van het integratieproces (regionale GGZ-organisaties) en de voorgenomen aanpassing van de wet- en regelgeving bieden de mogelijkheid om te komen tot eenheid van taal, modernisering van de gegevensverzameling en harmonisatie van de bestaande informatiesystemen. GGZN werkt aan het ontwikkelen van één gezamenlijk landelijk GGZ-registratiesysteem vanuit de bestaande landelijke registraties van ambulante en intramurale GGZ. Momenteel wordt de mogelijkheid onderzocht van aansluiting daarbij van de verslavingszorginstellingen. Ook werkt GGZN, met mijn financiële steun, aan de ontwikkeling van een landelijk sluitend netwerk van Regionale Informatiesystemen Patiëntegegevens GGZ (RIPAG's). Naast de bestaande psychiatrische casusregisters in Drenthe, Rotterdam en Maastricht, zullen RIPAG's toetreden tot het netwerk dat de provincie Gronigen beslaat en de regio's Noord-OostBrabant en Zuid-OostBrabant, Westelijk en Midden Utrecht en Noord-Holland Noord. Hiermee komt op regionaal en landelijk niveau informatie beschikbaar over patinten, hun hulpvragen en het zorgaanbod, die bruikbaar is voor zorgaanbieders, verzekeraars, wetenschappelijke instituten en overheden. Zowel de afstemming tussen deze twee ontwikkelingen als met het Intersectorale Informatiesysteem Jeugdzorg (ISIS) en de informatievoorziening van de verslavingszorg moet in het teken staan van vergroting van de doeltreffendheid en de doelmatigheid. Bij deze en de hierna beschreven speerpunten moet voortdurend aandacht zijn voor het aspect van privacy.

- *Ontwikkeling spiegelinformatie*

Om de doelmatigheid van de zorg te kunnen beoordelen is een vergelijking tussen instellingen noodzakelijk. Daartoe moeten de bestaande systemen worden aangepast, om ondermeer "intelligente" kengetallen in te bouwen. Deze spiegelinformatie is van belang voor het management van de instelling. Daarnaast is deze informatie ook relevant voor het zorgkantoor en de overheid. Voorwaarden zijn de hierboven genoemde eenheid van taal, modernisering van de gegevensverzameling en harmonisatie van de

bestaande informatiesystemen. Met GGZ-Nederland wil ik afspraken maken over het invoeringstraject.

- *Informatie zorgkantoren*

In het kader van de AWBZ legt het zorgkantoor aan de Ziekenfondsraad verantwoording af over aard, omvang en kosten van de zorg. Om hieraan te kunnen voldoen is in de recent afgesloten UVO tussen aanbieders en zorgkantoor afgesproken dat de instelling maandelijks een productieoverzicht levert. Via deze overzichten krijgt het zorgkantoor tevens informatie over de regionale GGZ-zorgconsumptie op patiëntniveau.

- *Epidemiologisch onderzoek.*

In het kader van NemeSis worden alleen epidemiologische gegevens over de geestelijke volksgezondheid (inclusief verslavingsproblematiek) van de volwassen bevolking verzameld. Met veld en wetenschap wordt bezien op welke wijze meer systematisch epidemiologische gegevens over de kinderen/jeugdigen en ouderen kunnen worden verzameld. De Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartsenpraktijk van het NIVEL, welke in een ver gevorderd stadium van voorbereiding is, is in dit opzicht een belangrijk initiatief.

- *Sturing en afstemming*

Ik heb een Raad van Toezicht Monitoring Geestelijke Volksgezondheid ingesteld met als doel de monitoringsinstrumenten (registraties, epidemiologisch onderzoek) op het terrein van geestelijke volksgezondheid en verslavingszorg die van landelijke betekenis zijn in onderlinge samenhang te beschouwen. Deze Raad adviseert mij over de gewenste ontwikkelingen op dit terrein.

15 Kennisontwikkeling en kennisoverdracht

Wetenschappelijk onderzoek heeft verschillende functies voor de beleidsontwikkeling en voor de vormgeving van de zorgverlening. Aan de RGO is advies gevraagd hoe het onderzoek op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en volksgezondheid verder ontwikkeld kan worden. De diversiteit in beroepsgroepen in de GGZ en de verslavingszorg heeft tot gevolg dat vanuit de praktijk de rationalisering van het zorgproces door

zorgprogramma's, protocollen en richtlijnen te langzaam van de grond komt. Ook is de relatie tussen wetenschap en praktijk niet voldoende ontwikkeld om wetenschappelijke kennis te vertalen in de hulpverlening binnen instellingen. In dit hoofdstuk wordt aangegeven welke voorwaarden in structuur en organisatie van onderzoek nodig zijn om een goede samenwerking tussen onderzoek, beleid en praktijk te realiseren. Voor de in het kader van het ontwikkelingsplan 'Resultaten scoren' geïnitieerde activiteiten voor kennisontwikkeling en -overdracht op het terrein van verslavingszorg zij verwezen naar hoofdstuk 6.

15.1 Inleiding

Genetica, neurologie, psychologie, biologie en farmacologie en uiteraard de sociale wetenschappen en de psychiatrie dragen bij aan kennis op het terrein van psychische en psychiatrische aandoeningen en de behandeling ervan. Begin 1999 wordt van de Raad voor Gezondheidsonderzoek een uitvoerig advies op dit onderwerp verwacht. De RGO voert een inventarisatie uit van de huidige onderzoeksactiviteiten, zowel inhoudelijk, organisatorisch als wat betreft de voor onderzoek beschikbare capaciteit. Op basis van de inventarisatie worden vervolgens lacunes en prioriteiten op hoofdlijnen geformuleerd. Ook zal de RGO aanbevelingen doen voor verbetering van de onderzoekinfrastructuur. Uit de voorgaande hoofdstukken wordt echter al een aantal aanknopingspunten zichtbaar voor de verdere (beleids)ontwikkeling rond onderzoek, die kunnen worden uitgewerkt indien het RGO-advies daartoe aanleiding geeft.

15.2 Kneelpunten

- Er is onvoldoende samenhang en afstemming tussen onderzoek, beleid en praktijk op GGZ-terrein. Daarvoor ontbreekt een landelijke structuur. Ten opzichte van andere sectoren is sprake van een noodzakelijke inhaalslag.
- Naar verhouding vindt, gezien de ernst en omvang van psychische problematiek nog relatief weinig onderzoek plaats; zeker op het terrein van de chroniciteit.
- Er zijn te weinig (niet-academische) centra waar onderzoek en praktijk worden gecombineerd ("werkplaatsfunctie").
- Gebrek aan gevalideerde kennis is op meerdere terreinen een grote belemmerende factor bij het verder ontwikkelen en verbeteren van de (effectiviteit

en kwaliteit) van zorg en preventie. Voorbeelden daarvan zijn in hoofdstuk 10 aan de orde geweest.

- Er is geen goede structuur voor evaluatie en systematische overdracht van getoetste kennis.
- Onvoldoende gebruik van moderne communicatietechnologie.

15.3 Speerpunten

Via de volgende speerpunten wordt aan deze knelpunten tegemoet gekomen:

- *Intensivering van toegepast en wetenschappelijk onderzoek*

Invulling van omvang en prioriteiten vindt plaats op basis van het komende RGO-advies binnen het daarover vast te stellen kabinetsstandpunt. Over de verdere uitvoering wordt overlegd met ZON, Trimbos-instituut, NWO, universitaire en buiten-universitaire centra.

- *Aanwijzing van kenniscentra en kennisnetwerken*

Deze centra geven vorm aan de coördinatie van onderzoek, aan kennisontwikkeling en kennisoverdracht, aan de werkplaatsfunctie, specifieke en/of topreferente behandeling voor gekende ziektebeelden of diagnose-categorieën en aan netwerkontwikkeling. Ik denk daarbij onder meer aan eetstoornissen, traumaverwerking, borderline-problematiek, maar ook aan depressie en schizofrenie. Het kan zowel gaan om academische als niet-academische GGZ-instellingen. De capaciteit van deze instellingen komt niet ten laste van de regionale planningsnorm. Verdere uitwerking vindt waar nodig plaats in het kader van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen en na overleg met GGZ Nederland en de VAZ. De functies van het Trimbosinstituut, als centraal landelijk kenniscentrum op het terrein van kennisontwikkeling en -overdracht, worden verder uitgebouwd.

- *Stimuleringsprogramma richtlijnen en zorgprogramma's*

Dit programma moet leiden tot de verdere ontwikkeling en implementatie van transmurale, interdisciplinaire richtlijnen en zorgprogramma's. Ook de ontwikkeling van medicatie-formularia vormt onderdeel van dit programma. Door de beroepsverenigingen van psychiaters, psychotherapeuten, verpleegkundigen en huisartsen is recent een Stuurgroep opgericht die, in overleg met CBO en Trimbosinstituut begin 1999 voorstellen zal doen voor een dergelijk samenhangend meerjarig programma. Er zijn afspraken

gemaakt over de betrokkenheid van patiëntenverenigingen, GGZN, verzekeraars en overheid bij dat proces. Het gaat hier om een langjarig traject waarvan de effecten pas op termijn zichtbaar zullen worden. Uitvoering vergt een nauwe verbinding tussen onderzoek en praktijk, met de opleiding en met de wijze waarop onderzoek beoordeeld wordt.

- *Kennisplatform GGZ*

Instelling van een Kennisplatform GGZ teneinde de samenwerking tussen praktijk en onderzoeksveld op het punt van kennisontwikkeling, -evaluatie en -overdracht te ondersteunen. Aanhaken bij het Forum en het Trimbos-instituut ligt hierbij voor de hand. Via dit platform wordt ook de inbreng vanuit de GGZ in algemene beleidsstructuren voor kennisontwikkeling en kennisoverdracht via jaarlijkse beleidsplannen afgestemd. GGZ-onderzoek zal binnen de algemene onderzoekskaders, die met name medisch-somatisch geïntereerd zijn, een belangrijker plaats moeten gaan innemen.

Bijlage

Bijlage: Inzet middelen Regeerakkoord

In de sector geestelijke gezondheidszorg is het niet mogelijk gebleken om tot meerjarenafspraken te komen. Wel zijn er "Conclusies van overleg". Dit betekent dat er op dit moment geen concrete afspraken zijn over de inzet van de meerjarig beschikbare financiële middelen.

Er zal een aanvang worden gemaakt met de implementatie van de beleidsvoornemens en speerpunten uit de "Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg". De beschikbare financiële middelen uit het Regeerakkoord vormen hierbij de voorwaarde. De geplande inzet van de op dit moment nog vrij besteedbare middelen uit het Regeerakkoord is dan ook volledig afgestemd op realisering van de beleidsvisie. Hiernaast worden (vrijvallende) middelen op de begroting aangewend voor uitvoering van de beleidsvisie.

In tabel 1 staat de globale verwachte verdeling van de middelen voor volumegroei voor de geestelijke gezondheidszorg in 2002.

Voor nieuw beleid en experimenten is 32,5 miljoen gereserveerd. Het betreft hier veelal zaken die de aandacht trekken in de beleidsvisie, zoals het stimuleren en faciliteren van de consultatiefunctie door de gespecialiseerde GGZ, experiment(en) met het onderbrengen van de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket, experiment(en) met de woonfunctie voor kinderen- en jeugdigen met ernstige psychiatrische problematiek en het aanwijzen en faciliteren van topreferente GGZ-instellingen. De benodigde middelen hiervoor zijn in 2002 beschikbaar.

Tabel 1: Globale verdeling volumegroei budget geestelijke gezondheidszorg in 2002 conform Regeerakkoord (mln.)

Uitbreiding intramurale capaciteit	157,7
Nieuw beleid / experimenten	32,5
Werkdruk / scholing	21,6
Wachtlijstproblematiek ambulante GGZ	32,5
Niet doorgaan eigen bijdrage	20,2
Autonome groei volume	15,5
Totaal RA	280,0

De capaciteit wordt uitgebreid met 1438 plaatsen. In tabel 2 staat de onderverdeling van deze capaciteitsuitbreiding. Deze intensivering betreft beleid dat reeds eerder is ingezet. De extra intensiveringen voor werkdruk, scholing alsmede het niet laten doorgaan van de invoering van de lage inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de GGZ waren ook reeds in het JOZ aangekondigd. Voor bestrijding van wachtlijsten in de ambulante GGZ is, met ingang van 1999, 32,5 miljoen gereserveerd. De reservering voor autonome groei loopt op tot 15,5 miljoen in 2002. Om de problematiek op het terrein van werkdruk en scholing te verminderen wordt met ingang van 1999 21,6 miljoen ingezet.

Tabel 2: Verdeling uitbreiding capaciteit

	Bedden	Deeltijd- plaatsen
Kinder- en jeugdpsychiatrie	196	58
Volwassenpsychiatrie	157	76
Forensische psychiatrie	78	24
Beschermd wonen	715	
Verslaafdenzorg (met psychische problematiek)	171	8

Naast de beschikbare middelen uit het Regeerakkoord wordt uit de reguliere begroting een bedrag van 16,8 mln. vrijgemaakt voor speerpunten uit de beleidsvisie. Het betreft hier met name experimenten binnen de verslavingszorg (heroïne experiment en experiment met verhoogde doses methadon) alsmede flankerend beleid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (o.a. actieplan aanpak ziekteverzuim psychische redenen, deskundigheidsbevordering eerste lijn, onderzoek ambulante WZV normering t.b.v. integrale norm, RIPAGG's, protocollering en het project implementatie zorgvernieuwing regio's).

Er zijn met betrekking tot de inzet van middelen prioriteiten gesteld op basis van de financiële randvoorwaarden uit het Regeerakkoord. De consequentie hiervan is dat met nieuw beleid en experimenten uit de beleidsvisie, welke een beslag leggen op de beschikbare middelen uit het Regeerakkoord, niet eerder kan worden gestart dan in 2002. Dit wordt veroorzaakt doordat de reeds aangegane verplichtingen een nagenoeg volledig beslag leggen op de beschikbare ruimte. In 1999 zal uiteraard al wel gestart worden met die onderdelen van de beleidsvisie waarvoor geen additionele middelen benodigd zijn.

Uitgave

Ministerie van
Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon 070 - 340 79 11

Internetadres

www.minvws.nl

De publicatie kunt u schriftelijk of telefonisch bestellen bij:
Hageman bv
Postbus 281
2700 AG Zoetermeer
te. 079 - 36 11 188
fax 079 - 3613 927
onder vermelding van het afleveradres en
ISBN 90 5635 123 0
(prijs f 15,- per exemplaar)

december 1998

Deze beleidsvisie op de geestelijke gezondheidszorg schetst op hoofdlijnen een samenhangend pakket van maatregelen dat erop gericht is de doeltreffendheid en doelmatigheid van de geestelijke gezondheidszorg te vergroten. Deze slag naar meer doelmatigheid en doeltreffendheid is nodig wil de geestelijke gezondheidszorg adequaat kunnen inspelen op de uitdagingen waarvoor hij de komende jaren wordt geplaagd. De uitdaging die daarbij het meest in het oog springt is het opvangen van de veranderende en toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg.

Bij de vormgeving van deze beleidsvisie is gebruik gemaakt van de inzichten die zijn aangereikt in een drietal adviezen:

- het advies "De GGZ in de 21^{ste} eeuw" dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in januari 1998 uitbracht;
- het advies van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten van juni 1998 en
- het advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen van 16 november 1998 over de modernisering van de planningsnormen in de GGZ.

De beleidsvisie GGZ vormt tevens het kabinetsstandpunt op deze drie adviezen.

