

chiatrisch ziekenhuis of beschermende woonvorm), maar verreweg de meesten wonen zelfstandig. Andere bronnen laten zien dat slechts een zeer klein deel van deze doelgroep betaald werk heeft, al hebben velen wel ooit betaald werk verricht en zou een groot deel dat, onder voorwaarden, ook weer willen doen. Ondersteuningbehoefte liggen vrijwel altijd op meer terreinen en in het bijzonder op het gebied van psychisch welbevinden, sociale relaties, zingeving en activiteiten overdag (Smits e.a., 2009; Van Hoof e.a. 2009b).

Naast deze kerngroep is er een grotere groep te onderscheiden, waarbij de psychische problematiek minder op de voorgrond staat, maar waarbij niettemin ook sprake is van een combinatie van psychische en sociale problemen. Schattingen van de omvang van deze bredere groep komen uit op circa 500.000 personen (Heineke e.a., 2005). Een andere indicatie voor de omvang van deze groep is het gegeven dat tenminste 450.000 mensen enigerlei uitkering op grond van psychische problemen ontvangen (Van Hoof e.a., 2010).

In het vervolg van dit rapport concentreren we ons op de ondersteuning van de eerstgenoemde kerngroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen en actuele, over het algemeen meervoudige zorgbehoefte. We duiden deze groep in het vervolg kortweg aan met 'mensen met ernstige psychische aandoeningen'. Ontwikkelingen, knelpunten en oplossingen in de ondersteuning voor deze doelgroep zullen echter ten dele ook van toepassing zijn op de brede groep van 'mensen met psychosociale problemen'. Waar relevant zullen we dat expliciet benoemen.

Opbouw van het rapport

In dit rapport wordt achtereenvolgens verslag gedaan van de onderzoeksbevindingen met betrekking tot de individuele zorgtrajecten (hoofdstuk 2), de lokale en regionale samenwerking en regie (hoofdstuk 3) en de landelijke aansturing en regelgeving (hoofdstuk 4). Op basis van de literatuur, de interviews, respectievelijk de focusgroep bijeenkomsten wordt per hoofdstuk een overzicht gegeven van de ontwikkelingen in de afgelopen periode, de actuele stand van zaken - inclusief good practices - actuele aandachtspunten en knelpunten en suggesties voor aanvullende maatregelen. In hoofdstuk 5 komen de resultaten aan bod van de aanvullende beleidsverkenning naar de mogelijke actuele aangrijpingspunten voor beleid op korte termijn en naar de haalbaarheid van de verschillende gesuggereerde maatregelen binnen het vigerende stelsel. In hoofdstuk 6 worden de belangrijkste bevindingen en conclusies op een rij gezet.

2 **Samenhang en coördinatie in individuele ondersteuningstrajecten**

2.1 Ontwikkeling en stand van zaken

Het nieuwe financieringskader voor de GGZ heeft de vraagstukken van samenhang en coördinatie actueel gemaakt, maar de aandacht voor die vraagstukken is niet nieuw, zo signaleerden we in de inleiding. Al in de jaren '80 en '90 werd, tegen de achtergrond van het streven naar extramuralisering en vermaatschappelijking, de vraag gesteld wat nodig is om de samenhang in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen te behouden en te bevorderen (zie onder andere Dill en Rochefort, 1989; Anthony, 1993; Steenbergen, 1994; Wolf, 1994; Johnson e.a., 1997).

Zorgcoördinatie werd in die eerste periode al beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor samenhang in de zorg. Concreet ontstond steeds meer belangstelling voor het casemanagement concept, waarbij een daartoe aangewezen hulpverlener de coördinatie van de zorg voor een cliënt op zich neemt. Verschillende casemanagement modellen raakten in omloop, waaronder het makelaarsmodel, waarbij de casemanager coördineert maar zelf geen uitvoerende zorgtaak vervult, en het zogeheten clinical casemanagement, waarbij de casemanager tevens zorgverlener is. Zowel in Nederland als internationaal werd het nodige onderzoek gedaan naar de verschillende zorgcoördinatie- en casemanagement-modellen. Voor mensen met ernstige psychische problemen kwamen de varianten waarbij coördinatie en zorg bij één hulpverlener c.q. binnen één team worden geïntegreerd, als het meest effectief uit de bus (Kroon, 1996; Marshall & Gray, 1998; Kroon & Henselmans, 2000). Ook bleek uit onderzoek dat Integrale ondersteuning vanuit één (multidisciplinair) team veelal effectiever is dan gecoördineerde ondersteuning vanuit verschillende organisatorische verbanden (Provan, 1997; Morrissey, 1999; Van Weeghel e.a., 2002). Ondertussen ontwikkelden zich in de praktijk verschillende varianten van intensieve ambulante hulp en zorg-aan-huis (naast het casemanagement onder andere psychiatrische thuiszorg en begeleid wonen). Meer of minder expliciet werd ook vanuit deze voorzieningen een coördinatierol vervuld in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen cliënten (Van Weeghel en Van Hoof, 2001).

Integrale teams

Voortbouwend op de ervaringen in de jaren '90, ontstonden in het eerste decennium van deze eeuw in Nederland hulpverleningsvormen waarbij a. verschillende functies en ondersteuningsvormen binnen één team worden geïntegreerd en b. deze teams de eindverantwoordelijkheid nemen voor het volledige spectrum van de zorg en ondersteuning die de cliënt nodige heeft en voor de continuïteit in die ondersteuning (zo nodig in intensieve samenwerking met andere hulp- en dienstverleners). In het bijzonder de zogeheten ACT-teams (Assertive Community Treatment) en de FACT-teams (Functie ACT) kwamen tot ontwikkeling. Bij deze hulpvormen is zorgcoördinatie geen aparte functie, maar integraal onderdeel van de taken van een team dat op een breed front zelf hulp biedt en daarnaast waar nodig aanvullende hulp en ondersteuning door anderen organiseert. Kenmerkend voor de ACT- en FACT-teams is verder de zonodig (zeer) intensieve begeleiding, de continuïteit van die begeleiding (zonodig permanente zorg), de teamverantwoordelijk, een transmurale werkwijze (bij opnamen blijft de behandelverantwoordelijkheid bij het ACT-

of FACT-team liggen) en zorg in de wijk en bij de cliënt thuis. Daarbij is ACT vooral bestemd voor cliënten die om een permanent hoge zorgintensiteit vragen, terwijl FACT meer gericht is op cliënten die periodiek intensieve zorg nodig hebben, maar in stabiele perioden ook met minder intensieve zorg toekunnen. (Zie o.a. Van Veldhuizen, 2007a, 2007b; Van Veldhuizen e.a., 2008; Kroon en Mulder, 2009).

De afgelopen decennia is veel onderzoek gedaan naar deze integrale teams, met positieve uitkomsten. De (F)ACT-team dragen bij aan een afname van opnamedagen, een lagere uitval uit de zorg, een beter sociaal functioneren, een hogere arbeidsparticipatie en een grotere satisfactie onder cliënten (Bond e.a., 2001; Essock e.a., 2006; Burns e.a., 2007; Sytema e.a., 2007; Van Vugt en Kroon, 2008; Kroon en Mulder, 2009; Van Veldhuizen en Bähler, 2009; Dieterich e.a., 2010).

Een specifieke interventie die voor een deel is gebaseerd op vergelijkbare principes als de ACT- en FACT-teams is Individual Placement and Support (IPS). IPS is een methodiek voor arbeidsintegratie, specifiek ontwikkeld voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen (maar mogelijk ook effectief voor andere doelgroepen). De methodiek wordt onder andere gekenmerkt door een snelle plaatsing in een betaalde baan, ondersteuning in het werk zelf en begeleiding zo lang als nodig is. Specifiek is verder met name de integratie van werkbegeleiding met ondersteuning op andere terreinen. In de praktijk worden IPS-medewerkers vaak toegevoegd aan multidisciplinaire GGZ-teams c.q. de ACT of FACT-teams. Ook naar IPS is inmiddels het nodige onderzoek gedaan, eveneens met positieve resultaten (Crowther e.a., 2001; Lehman e.a., 2002; Michon en Van Weeghel, 1999; 2008).

Met name het aantal ACT- en FACT-teams is in Nederland in de afgelopen jaren gestaag gegroeid tot circa 100 teams anno 2010. Inmiddels bedienen deze 100 teams naar schatting 17.000 cliënten. De omvang en capaciteit van IPS is niet exact bekend, maar lijkt voornamelijk achter te blijven bij de implementatie van ACT en FACT. Daar zijn verschillende redenen voor aan te wijzen (zie ook Giesen e.a., 2007; GGZ Nederland 2010). In hoofdstuk 4 komen deze aan bod. Voor dit moment stellen we vast dat een groeiend aantal mensen 'geïntegreerde' ambulante zorg ontvangt, met een expliciete coördinatiefunctie vanuit de betreffende integrale teams.

Rehabilitatie en herstel

Relevant voor de samenhang in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn niet alleen recente ontwikkelingen in de *organisatie* van die individuele trajecten, maar ook bredere zorginhoudelijke ontwikkelingen in de GGZ. Het afgelopen decennium is met name de overtuiging gegroeid dat samenhangende zorg niet alleen vraagt om coördinatie, maar ook om een brede, 'integrale' blik van hulpverleners op de problemen, behoeften en sociale omstandigheden van de cliënt, gekoppeld aan het centraal stellen van diens ervaringen, wensen en voorkeuren. Een en ander komt met name tot uiting in de opkomst van de rehabilitatiebenadering in de GGZ. Kenmerkend voor deze benadering en bijbehorende methodieken is dat ervaringen, initiatieven en wensen van cliënten zelf expliciet het vertrekpunt vormen van het ondersteuningstraject. De nadruk ligt op ontwikkelmogelijkheden. Zoveel mogelijk wordt gebruik gemaakt van bestaande (sociale) hulpbronnen in de omgeving en zoveel wordt geprobeerd de individuele sociale steunsystemen van cliënten te ondersteunen, te versterken en uit te bouwen. (Van Weeghel en Dröes, 1999; Droes, 2005, Michon en Van Weeghel, 2008). Recent is,

in het verlengde van de rehabilitatiebenadering, de zogeheten herstelbenadering steeds meer in de belangstelling komen te staan. Het eigen perspectief van cliënten staat daarin nog nadrukkelijker centraal: cliënten wisselen individuele ervaringen uit, ontwikkelen op basis daarvan gedeelde ervaringskennis en dragen deze over aan andere cliënten en aan hulp- en dienstverleners (Boevink, 2009; zie ook Shepherd, e.a., 2008, 2009).

Het gedachtegoed van de rehabilitatie- en de herstelbenadering heeft zich inmiddels breed verspreid in de Nederlandse GGZ, onder andere in lokale voorzieningen, specifieke rehabilitatie-opleidingen en -projecten en bijvoorbeeld ook in het landelijke samenwerkingsproject *Herstel en Burgerschap*, onder coördinatie van GGZ Nederland. Een overkoepelend beeld van de mate waarin bijbehorende principes en werkwijzen ook daadwerkelijk geïmplementeerd zijn in de dagelijkse praktijk van de GGZ en de dagelijkse ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, ontbreekt vooralsnog.

2.2 Actuele aandachtspunten

De ontwikkeling van integrale teams en de implementatie van de rehabilitatie- en herstelbenadering zijn ook in de ogen van het onderzoekspanel belangrijke bijdragen aan het realiseren van samenhangende individuele zorgtrajecten voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Panelleden signaleren echter ook dat brede invoering van de rehabilitatie- en herstelbenaderingen in de praktijk van de GGZ nog op een aantal barrières stuit. Ook wordt gesignaleerd dat lang niet iedereen zorg van integrale teams ontvangt.

In de dagelijkse praktijk van de GGZ beperkt het perspectief van hulpverleners zich volgens veel panelleden soms nog teveel tot alleen de psychische aandoening van de cliënten en is er nog te weinig oog voor (de relatie met) de sociale en maatschappelijke omstandigheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt. Daar worden verschillende oorzaken voor aangewezen, waaronder de centrale plaats in de GGZ van het medisch-psychiatrisch gedachtegoed. Ook zou in de opleidingen nog teveel de nadruk liggen op het onderscheiden van de diverse psychische stoornissen en te weinig aandacht bestaan voor de meer integrale rehabilitatie- en herstelbenaderingen. Verder wordt opgemerkt dat sommige GGZ-instellingen zich, ten dele om strategische redenen en ten dele aangespoord vanuit de regelgeving (zie de hoofdstukken 3 en 4), terugtrekken op uitsluitend 'psychische georiënteerde hulpverlening' en hun hulpverleners weinig ruimte bieden voor een bredere en meer flexibele taakinvulling. Sectorbrede implementatie van de rehabilitatiebenadering is, kort gezegd, geen vanzelfsprekendheid in de GGZ.

Ten dele geldt hetzelfde voor de ontwikkeling van de integrale zorgteams. Het aantal ACT- en FACT-teams groeit, maar volgens een aantal panelleden kiezen sommige instellingen voor minder intensieve, mogelijk goedkopere en in ieder geval minder 'modelgetrouwe' varianten. Opgemerkt wordt ook dat niet alleen de invoering van IPS, maar ook die van ACT en FACT de afgelopen periode stuitten op knelpunten in de financiering. In hoofdstuk 4 komen deze knelpunten uitgebreid aan bod.

In het algemeen wordt met betrekking tot ACT en FACT gesignaleerd dat weliswaar een groeiend aantal mensen de intensieve ondersteuning van deze integrale teams ontvangt, maar dat feitelijk een zeer ruime meerderheid van de doelgroep het vooralsnog met min-

der intensieve en minder 'integrale' vormen van ondersteuning stelt, al dan niet vanuit de gespecialiseerde GGZ. ACT- of FACT-zorg is wellicht ook niet voor iedereen mogelijk of nodig, zo luidt het. Vraagstukken van samenhang en coördinatie spelen niettemin ook (en in sommige gevallen wellicht nog meer) voor diegenen die zijn aangewezen op andere vormen van ondersteuning, veelal van verschillende hulpverleners. Terwijl de regierol voor cliënten van de ACT- en FACT-teams expliciet bij deze teams is belegd - en een belangrijk deel van de benodigde ondersteuning vanuit deze teams zelf of vanuit het directe netwerk van de teams geboden kan worden - is het voor andere cliënten niet altijd vanzelfsprekend wie de regie op zich neemt of dient te nemen. Of de zorg voldoende is en voldoende samenhangend is, hangt dan af van enerzijds de vaardigheden van de cliënt of het cliëntstelsel zelf en anderzijds de initiatieven, taakopvattingen en samenwerkingsbereidheid van de professionele hulpverleners die bij de cliënten betrokken zijn.

Volgens panelleden verloopt die informele afstemming tussen bijvoorbeeld huisarts, GGZ-behandelaar, maatschappelijk werker en/of trajectbegeleider in de praktijk vaak goed en is de samenwerkingsbereidheid en het verantwoordelijkheidsgevoel bij de uitvoerende medewerkers in de zorg in het algemeen groot. Een belangrijk deel van de cliënten is ook goed in staat om zelf aan te geven op welk vlak zij ondersteuning behoeven. Lastiger is het de benodigde ondersteuning ook daadwerkelijk te organiseren, in samenhangend verband te brengen en af te stemmen op de veelal langdurige maar doorgaans ook fluctuerende ondersteuningsbehoeften. Daarbij speelt een rol dat een deel van de cliënten over een relatief beperkt sociaal netwerk en soms ook beperkte sociale vaardigheden beschikt. Deuren staan ook niet overal open voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, zo luidt het (zie ook hoofdstuk 3). Daarnaast maken procedures en regelgeving het niet alleen voor cliënten zelf, maar ook voor naasten en professionele hulpverleners soms lastig de weg te vinden en de benodigde hulp te organiseren en op elkaar af te stemmen (zie ook hoofdstuk 4). Om die redenen is ook voor deze groep cliënten een meer of minder intensieve vorm van coördinatie en regie nodig, zo meent het onderzoekspanel. Die coördinatie is echter niet altijd voorhanden. Drie factoren spelen daarbij een rol.

Vrijblijvendheid van de regierol

Soms neemt één van de betrokken hulpverlener meer of minder expliciet de regierol op zich in de ondersteuning van de cliënt. Vaak ook niet, bijvoorbeeld omdat tijd en middelen ontbreken, omdat er zich geen acute noodsituaties voordoen, of omdat eigen taakopvattingen, werkwijzen van de instelling of regelgeving en financieringskaders die ruimte niet bieden (zie ook hoofdstuk 4). Betrokken hulpverleners concentreren zich dan vooral op dat deel van de problematiek of de ondersteuningsbehoeften, dat tot het eigen domein of dat van de instelling gerekend wordt. In dit opzicht is sprake van een grote vrijblijvendheid met betrekking tot de bijdragen van hulpverleners en instanties aan de totstandkoming van goed gecoördineerde en samenhangende ondersteuning.

Versnipperde zeggenschap en het ontbreken van mandaat

Wanneer er wel sprake is van hulpverleners of instanties die nadrukkelijker een (meer of minder formele) regierol naar zicht toe trekken, blijft die rol veelal geconcentreerd op een beperkt terrein, c.q. het terrein van de eigen deelsector. Wellicht niet per se qua blikveld, maar wel qua zeggenschap.

Cliënten kunnen dan ook te maken krijgen met meer coördinatoren, die ieder actief zijn op een eigen werkterrein en die ieder opereren vanuit eigen visies en organisatorische of financiële kaders. Daarbij kunnen coördinerende activiteiten elkaar raken of overlappen

en kan 'coördinatie van de coördinatie' nodig zijn. Betrokken hulpverleners en instanties zijn daarbij, op grond van de eigen visie en soms ook de eigen belangen, niet altijd geneegen aan zeggenschap in te leveren. In het panel wordt het voorbeeld wordt genoemd van de coördinatie en regievoering in de ambulante ondersteuning van ex-gedetineerden met psychische aandoeningen, waarbij zowel de GGZ als de reclassering een (coördinerende) rol spelen, maar de taakafbakening niet altijd scherp is en visies op wat nodig is soms uiteen lopen. In zijn algemeenheid wordt het realiseren van samenhangende ondersteuning volgens de panelleden met name complexer naarmate het zicht op de situatie van de cliënt en de zeggenschap over de ondersteuning die deze ontvangt, meer versnipperd raakt.

Transities en discontinuïteit

Ernstige psychische aandoeningen zijn veelal langdurige aandoeningen. Vooral bij langdurige zorgafhankelijkheid vraagt samenhangende zorg ook om continuïteit. Recent onderzoek laat zien dat vooral discontinuïteit van zorg door mensen met ernstige psychische aandoeningen als zeer belastend wordt ervaren (Jones e.a., 2009). In het bijzonder relationele discontinuïteit (het opeenvolgend met steeds weer nieuw hulpverleners te maken krijgen). Die discontinuïteit doet zich vaak voor binnen lopende ondersteuningstrajecten, maar ook bij overgangen van het ene traject of van de ene instelling of sector naar de andere. Extra belastend is volgens Jones e.a. dat die transities vaak op onpersoonlijke wijze plaats vinden. Panelleden voegen daaraan toe dat ook in termen van informatieoverdracht en overdracht van een eventuele regierol, de overgang naar een ander traject of een andere (deel)sector, doorgaans een zeer kwetsbaar moment is in de individuele ondersteuningstrajecten.

Panelleden wijzen erop dat de genoemde aandachtspunten relevant zijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar wellicht ook voor mensen die met lichtere psychische problemen te kampen hebben en die ook op meer fronten hulp behoeven. Het meest kwetsbaar voor de gesignaleerde knelpunten zijn in de ogen van de panelleden echter met name personen met 'meervoudige' handicaps: mensen met een psychische en een (licht) verstandelijke handicap, mensen met een dubbele diagnose (psychische aandoeningen en verslaving) en de zogeheten 'triple cripel': mensen met een psychische aandoening, een verstandelijke beperking en verslavingsproblemen.

2.3 Suggesties voor aanvullende maatregelen

Panelleden doen naar aanleiding van de in de vorige paragraaf genoemde aandachtspunten en knelpunten een aantal suggesties voor het bevorderen van de samenhang en de coördinatie in individuele ondersteuningstrajecten van mensen met ernstige psychische problemen. Die suggesties zijn te verdelen in twee categorieën: voorstellen voor tijdelijke stimuleringsmaatregelen en voorstellen voor meer permanente, structurele maatregelen.

Stimuleringsmaatregelen

** Stimuleren van rehabilitatie en herstel*

De rehabilitatie- en herstelbenaderingen leggen een zorginhoudelijk basis onder de doelstelling van samenhangende zorg voor mensen met psychische problemen. Ze dragen bij aan een gedeeld perspectief, vocabulaire en instrumentarium om op uitvoerend te werken aan samenhangende zorg, gericht op sociale inclusie. Brede implementatie zou vol-

gens veel panelleden versneld kunnen worden door maatregelen binnen de instellingen zelf. Gedacht wordt aan opleiding en bijscholing, het ondersteunen van de ontwikkeling en het gebruik van ervaringskennis, investeringen in samenwerking met maatschappelijke voorzieningen op het gebied van wonen, werk en onderwijs en operationalisering van een zorginhoudelijk beleid gericht op emancipatie en psychisch en maatschappelijk herstel. Daarnaast zouden zorginhoudelijke stimuleringsmaatregelen vanuit de overheid volgens panelleden een rol kunnen spelen (zie ook hoofdstuk 4).

* *Brede invoering van integrale teams*

Wellicht niet voor alle, maar voor een grote groep cliënten met ernstige psychische aandoeningen zou een in organisatorische zin zo geïntegreerd mogelijk zorgaanbod het meest aangewezen zijn. Daarmee wordt bedoeld dat de ondersteuning op verschillende levensterreinen zo veel mogelijk vanuit één hulpverleningsteam wordt geboden dan wel wordt georganiseerd. Concreet wordt bepleit de implementatie van ACT- en FACT-teams actief te bevorderen. Wederom spelen GGZ-instellingen hierin een rol, maar zouden volgens panelleden ook landelijke stimuleringsmaatregelen een bijdrage kunnen leveren (zie hoofdstuk 4).

* *Bevorderen van relationele continuïteit en persoonlijke overdrachten*

Mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen krijgen gedurende hun cliëntencarrière te maken met vele transities van hulpverleners en hulpverleningsinstellingen. Bepleit wordt waar mogelijk de relationele continuïteit zo goed mogelijk te waarborgen en daar waar transities plaatsvinden, deze te 'personaliseren', bijvoorbeeld door overdrachtmomenten in de eigen omgeving van de cliënt, in aanwezigheid van de betrokken hulpverleners. GGZ-instellingen en hulpverleners kunnen hier zelf beleid op maken. Maar ook op dit vlak zouden volgens panelleden (financiële) stimuleringsmaatregelen van overheidswege behulpzaam kunnen zijn.

Structurele maatregelen

* *Eén coördinator c.q. eindverantwoordelijke per cliënt(systeem)*

Verdergaande suggesties betreffen het verkennen van de mogelijkheid tot het formaliseren van de coördinerende functies door verschillende personen voor verschillende deelsectoren en levensgebieden van de cliënt worden verricht, zouden niet die deelsectoren maar zou het cliëntensysteem het vertrekpunt voor de zorgcoördinatie moeten zijn, zo luidt de gedachte. Per cliëntensysteem zou één eindverantwoordelijke voor de samenhang van de ondersteuning aan de cliënt kunnen worden aangewezen. Dat kan - voor een deel van de doelgroep - een ACT of FACT-team zijn. Voor cliënten die geen ACT- of FACT-zorg ontvangen, zou deze rol vervuld kunnen worden door een andere hulpverlener of instelling die nauw bij de cliënt betrokken is, bijvoorbeeld een tweedelijns GGZ-hulpverlener, een eerstelijns hulpverlener of een wellicht een welzijnsorganisatie of een samenwerkingsverband in de wijk. Belangrijke voorwaarde zou wat betreft de panelleden zijn dat de geformaliseerde coördinerende rol wordt vervuld door een hulpverlener die of een team dat zelf al een belangrijke rol speelt in de dagelijkse ondersteuning van de cliënt (dus expliciet *niet* door een 'zorgmakelaar' op afstand). Van belang zou verder zijn dat taken en verantwoordelijkheden helder worden omschreven, dat kwaliteitseisen worden gesteld aan de coördinerende hulpverlener of instantie en dat deze geformaliseerde coördinatorrol, eenmaal bij een hulpverlener of instantie belegd, niet beëindigd kan wor-

den zonder zorgvuldige overdracht van die functie en de bijbehorende taken en bevoegdheden aan een andere gekwalificeerde instantie.

* *Coördinatie met mandaat*

Het vervullen van een – formele danwel informele – coördinatorrol is alleen aantrekkelijk en maakt alleen kans van slagen als aan die functie een zeker doorzettingsmacht is verbonden en als de coördinator, met instemming van de cliënt, enige zeggenschap heeft over de mate waarin en de wijze waarop andere hulpverleners of instanties zich voor de cliënt inzetten. In het panel worden pleidooien gehouden voor het verkennen van de mogelijkheden om niet alleen de rol van coördinator te formaliseren, maar ook te bezien hoe die coördinator een breed mandaat kan worden verleend voor het tot stand brengen van de benodigde ondersteuning. Dat kan bijvoorbeeld door middel van dwingende samenwerkingsafspraken tussen instanties of door het instellen van een instantie met aanwijzingsbevoegdheid¹. Binnen het panel wordt geopteerd voor het verkennen van en zo mogelijk experimenteren met een andere variant, namelijk het koppelen van de formele coördinatorrol aan van een vanuit verschillende financieringskaders gevuld individueel budget. Daarmee zou de coördinator, met en namens de cliënt, de benodigde zorg bij andere kunnen inkopen. In hoofdstuk 4 komt we op dit voostel terug.

¹ Voor deze optie van dwingende afspraken is bijvoorbeeld gekozen in het Wetsvoorstel *Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeenten in de jeugdketen*. In het wetsvoorstel wordt ingezet op het principe *Eén gezin; één plan*. Coördinatie van de ondersteuning aan het gezin wordt belegd bij één coördinator. De gemeente is er verantwoordelijk voor dat helder is vastgelegd in welke gevallen welke instantie de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor de coördinatie van de zorg heeft. De doorzettingsmacht van deze coördinator moet voortvloeien uit lokale, door gemeenten te initiëren samenwerkingsafspraken, waarin de plichten van andere instanties zijn vastgelegd. In gevallen waar coördinatie of samenwerking toch niet goed tot stand komt, heeft de burgemeester een aanwijzingsbevoegdheid (*Eén gezin, één plan: coördinatie van zorg: www.samenwerkenvoordejeugd.nl*). Of deze lokale samenwerkingsafspraken, verplichtingen en bevoegdheden dwingend genoeg zijn om ook de medewerking te krijgen van instanties voor wie dat (in voorkomende gevallen) onvoldoende aantrekkelijk of lucratief is, moet nog blijken.

3 Lokale en regionale samenwerking en regie

3.1 Ontwikkeling en stand van zaken

Niet alleen over zorgcoördinatie op cliëntniveau, maar ook over samenwerking en coördinatie tussen instellingen en zo mogelijk ook financiers op lokaal en regionaal niveau, werd al in de jaren '80 en begin jaren '90 gesproken. De beleidsdoelstellingen van extramuralisering, vermaatschappelijking en het bevorderen van maatschappelijke participatie, impliceerden dat naast de GGZ ook andere instanties en sectoren een rol dienden te gaan vervullen in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat vereist afspraken tussen instellingen over het benodigde regionale ondersteuningsaanbod, wederzijdse taken en verantwoordelijkheden, de inzet van middelen, vlotte transitie en over de coördinatie van dit alles. In een serie regionale prioriteringsstudies naar de voorwaarden voor maatschappelijke ondersteuning van de doelgroep, kwam met name coördinatie op regionaal systeemniveau steevast als één van de topprioriteiten uit de bus (van Hoof e.a., 2000). Goede afstemming, coördinatie en samenwerking op geaggregeerd niveau werd als een voorwaarde beschouwd om samenhangende zorg en ondersteuning op individueel niveau te kunnen bieden.

Maatschappelijke steunsystemen

Tegen die achtergrond raakte met name het concept van 'community support systems' ofwel maatschappelijke steunsystemen in zwang (Carling, 1995, Provan, 1997; Van Weeghel e.a., 1997; Morrissey, 1999; Van Weeghel en Dröes, 1999; Van Weeghel en Kroon, 2000). Onder een maatschappelijk steunsysteem werd verstaan: een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, waarvan mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf deel uitmaken en dat hen op verschillende manieren ondersteunt om in de samenleving te participeren (Van Weeghel en Dröes, 1999). In de praktijk werden in de loop van de jaren '90 op bescheiden schaal op verschillende plaatsen in het land pogingen gestart om in samenwerking tussen verschillende partijen tot dergelijke maatschappelijke steunsystemen te komen. Dat gebeurde vaak naar aanleiding van concrete knelpunten. Veelal was bestrijding van overlastproblematiek de primaire insteek. Woningbouwverenigingen, GGD-en en sociale diensten vormden de belangrijkste samenwerkingspartners. Soms werden ook pogingen ondernomen om tot betere en structurele samenwerking te komen rond dagbesteding en maatschappelijke participatie (Van Weeghel en Van Hoof, 2001; Hoof e.a., 2004). Inventarisaties van lokale initiatieven leerden ondertussen dat samenwerking op bestuurlijk niveau (vanwege de diverse belangen) vaak moeilijker tot stand kwam dan de samenwerking tussen uitvoerende hulpverleners onderling, maar dat succesvolle bestuurlijke samenwerking en gezamenlijk lokaal beleid wel bijdroegen aan betere voorwaarden voor samenwerking op de werkvloer (Van Hoof e.a., 2004).

De totstandkoming van regionale zorgnetwerken en maatschappelijke steunsystemen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen werd in de jaren '90 ook van overheidswege gepropageerd. Vanaf 2000 droegen accentverschuivingen in de landelijke beleidscontext (stelselwijziging, invoering prestatiebekostiging, overheveling GGZ, zie hoofdstuk 4) er toe bij dat de concepten van regionale samenwerking en maatschappelijke steunsystemen enigszins op de achtergrond raakten. Dat verhinderde niet dat actieve instellingen en hulpverleners in de praktijk op veel plaatsen nieuwe initiatieven bleven

ontplooiën voor regionale samenwerking in de opvang en de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Een recente inventarisatie van Movisie en het Trimbos instituut geeft een overzicht van de op dit moment operationele, regionale maatschappelijke steunsystemen (Movisie, Trimbos-instituut, 2010). Veertig regionale samenwerkingsinitiatieven werden opgespoord. Tien daarvan voldoen volledig aan de bovenstaande definitie van een maatschappelijk steunsysteem (in termen van organisatiegraad, betrokkenheid van cliënten en oriëntatie op participatie). Doorgaans vervult een beperkt aantal partijen de rol van kartrekker, meestal een GGZ-instelling en de gemeente. De coördinatie is meestal neergelegd bij de GGZ-instelling. De overige organisaties zijn op casusniveau of middels bilateraal overleg betrokken bij het MSS-project. Mensen met ernstige psychische aandoeningen vormen de belangrijkste doelgroep van de beschreven initiatieven, maar nagenoeg alle initiatieven geven daarnaast aan open te staan voor de bredere groep van 'kwetsbare mensen' (Movisie, Trimbos-instituut, 2010).

Ook in andere recente publicaties worden voorbeelden genoemd van actuele, regionale samenwerkingsverbanden rond de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen (zie o.a. Kasteleyn e.a., 2010; Lemmens e.a., 2010). Het meest genoemd worden projecten die gecentreerd zijn rond gezamenlijke casusbesprekingen, waarbij hulp- en dienstverleners van verschillende partijen periodiek bijeen komen om aan gezamenlijk 'werktafels', 'veldtafels' of in 'ronde tafeloverleggen' de zorgvragen van specifiek cliënten te bespreken en af te stemmen wie welke rol kan en wil vervullen in de ondersteuning van die cliënten.

In het algemeen concentreren veel projecten zich op de samenwerking tussen hulp- en dienstverlenende instellingen onderling. In een aantal initiatieven en projecten speelt samenwerking rond financiering een centrale rol. Zo wordt in een aantal regio's door de ziektekostenverzekeraar, het zorgkantoor en de gemeenten onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor een inkoopcombinatie en voor het maken van afspraken over de financiering van een keten van voorzieningen en activiteiten voor de doelgroep. In enkele grote gemeenten vindt de inkoop van de zorg voor een deel van de doelgroep al gezamenlijk plaats door de gemeente en het zorgkantoor. Gewezen wordt ook op voorbeelden van verdergaande samenwerking, bijvoorbeeld in het kader van Plan van Aanpak Kwetsbare personen in de gemeente Rotterdam. In dit project wordt geëxperimenteerd met een gezamenlijke zorginkoop van gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraars voor een aantal nauw omschreven doelgroepen. De intentie is om met middelen uit de ZVW, WMO en AWBZ één budget samen te stellen voor cliënten die op meer terreinen ondersteuning nodig hebben (zie o.a. Lemmens e.a. 2010). Een ander voorbeeld is een project in de regio Noord Kennemerland, waar UWV, zorgverzekeraar, werkvoorziening en de regionale GGZ-instelling samenwerken om IPS mogelijk te maken. Elk van de partijen neemt een deel van de financiering op zich. Ook zijn afspraken gemaakt over personele inzet: IPS'ers zijn formeel in dienst bij de werkvoorziening, maar hebben hun vaste werkplek binnen een wijkteam c.q. ACT- of FACT-team (GGZ Nederland, 2010).

Bovenstaande ontwikkelingen en voorbeelden laten zien dat er veel in beweging is als het gaat om lokale samenwerking rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychi-

sche aandoeeningen². Tegelijk is het beeld enigszins caleidoscopisch. Aard, omvang en doelstelling van de samenwerkingsverbanden en betrokkenheid van de verschillende instanties daarbij, lijken per regio en per stad sterk uiteen te lopen. Het onderzoekspanel ziet daarin kansen, maar vraagt ook aandacht voor een aantal actuele en ten dele met die diversiteit samenhangende risico's.

3.2 Actuele aandachtspunten

Op veel plaatsen in het land zijn diverse samenwerkingsinitiatieven ontstaan rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij lijken de totstandkoming en de aard en doelstelling van lokale of regionale initiatieven sterk afhankelijk van lokale omstandigheden, politieke wil en de aanwezigheid, inzet en belangstelling van lokale initiatiefnemers en kartrekkers. Lokale en regionale samenwerking heeft daarmee een relatief vrijblijvend en willekeurig karakter, zo signaleren panelleden. Dat roept enerzijds vragen op over de toekomstbestendigheid van sommige van de initiatieven. Zo hebben veel van de door Movisie en het Trimbos-instituut beschreven MSS-initiatieven een projectmatig ofwel eindig karakter (Movisie, Trimbos-instituut, 2010). Anderzijds kunnen als gevolg van deze relatieve vrijblijvendheid grote regionale verschillen ontstaan in de totstandkoming, de aard en de kwaliteit van de regionale samenwerking en daarmee uiteindelijk in de kwaliteit van en de samenhang in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Kort gezegd is totstandkoming van goede, structurele en effectieve regionale samenwerking - met alle relevante partijen - mogelijk, maar niet vanzelfsprekend. Panelleden vragen daarbij speciale aandacht voor een aantal afbreukrisico's.

Probleemhouder en regie

Panelleden signaleren in de eerste plaats dat het met betrekking tot de samenwerking rond het ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische problemen vooralsnog ontbreekt aan een vanzelfsprekende initiatiefnemer, regievoerder, 'probleemeigenaar' of eindverantwoordelijke. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn weliswaar in enkele regio's en met name in de grote steden betrokken bij samenwerkingsprojecten met gemeenten en lokale instellingen. Panelleden signaleren ook dat zorgverzekeraars in de huidige constellatie meer gestimuleerd worden tot een efficiënte inkoop van afzonderlijke zorgproducten binnen het kader van de ZVW dan tot coördinatie en regie van de lokale en regionale samenwerking over de volle breedte van de ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische problemen. Concurrentieverhoudingen tussen verzekeraars onderling maken al te grote investeringen in een goede lokale zorginfrastructuur voor verzekeraars ook niet altijd aantrekkelijk.

Ook de lokale overheden zijn volgens veel panelleden vooralsnog geen vanzelfsprekende initiatiefnemer en regievoerder als het gaat om samenwerking in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Weliswaar wordt gemeenten in het kader van de WMO een rol toebedeeld als organisator van de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van met psychische problemen (een aantal gemeenten heeft deze rol de afgelopen jaren ook voortvarend trachten op te pakken, zo bleek in de vorige paragraaf). Gesignaleerd wordt ook dat de meeste gemeenten onvoldoende voor

² Inmiddels wordt 'ketenzorg' ook door sommige zorgkantoren gestimuleerd in de vorm van opslagpercentages voor instellingen die onderdeel uitmaken van een 'zorgketen' (zie o.a. CZ, 2010).

die rol geëquipeerd zijn (qua kennis en middelen), dat sommige gemeenten die rol, mede om die reden, aan zich voorbij laten gaan en dat het vigerende beleid hen er ook niet toe dwingt die rol alsnog op zich te nemen. "Mensen met langdurige psychische problemen zijn [bij gemeenten] slecht in beeld," concludeert het SCP in zijn evaluatierapport van de WMO. En: "Gemeenten doen weinig voor mensen met een beperking die moeilijk sociaal contact leggen" (De Klerk e.a., 2010). Panelleden wijzen erop dat in het bijzonder de WMO erg vrijblijvend is als het gaat om het lokale beleid voor mensen met psychische problemen. Omgekeerd wijzen vertegenwoordigers van gemeenten maar ook anderen erop dat de afgelopen jaren veel verantwoordelijkheden bij gemeenten zijn neergelegd, zonder dat daar de benodigde middelen bij worden geleverd.

Per saldo lijken het in de praktijk veelal de regionale GGZ-instellingen of individuele medewerkers van betrokken instellingen, die zich het meest geroepen voelen om het initiatief te nemen tot lokale of regionale samenwerking rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Maar ook dat is volgens panelleden geen vanzelfsprekendheid. Veel GGZ-instellingen hebben de afgelopen jaren de regionale samenwerking opgezocht, maar volgens panelleden bestaat er ook een tendens zich steeds meer te concentreren op wat als de eigen core-business wordt beschouwd: het behandelen van psychische aandoeningen. "Sommige instellingen hebben de neiging om zich alleen te richten op het medisch-psychiatrische deel." Daar komt bij dat investeringen in samenwerking met gemeenten voor GGZ-instellingen niet altijd rendabel is, ten eerste omdat gemeenten doorgaans slechts een marginale inkomstenbron voor GGZ-instellingen vormen en ten tweede omdat sommige instellingen daarbij te maken hebben veel (kleine) gemeenten (zie ook Van Hoof e.a., 2009a).

Samenwerkingsbereidheid

Naast het ontbreken van een vanzelfsprekende initiatiefnemer/probleemeigenaar, stuit regionale samenwerking volgens sommige panelleden op een over een breder front toegenomen neiging van potentiële samenwerkingspartners om zich terug te trekken op het eigen domein. Mede onder invloed van concurrentieverhoudingen, gecombineerd met strakke verantwoordingsverplichtingen (zie hoofdstuk 4) zouden sommige partijen zich steeds nadrukkelijk afvragen of bepaalde activiteiten wel tot de eigen kerntaken behoren. Andere panelleden signaleren dat "hulpverleners soms [worden] teruggeroepen en bepaalde dingen niet meer [mogen] doen vanwege de financiën." "Voorals er voor een cliënt bepaalde zorg nodig is buiten de eigen organisatie, is het moeilijk; dan geven organisaties soms gewoon niet thuis."

Sommige panelleden zijn scherp in hun oordeel over het actuele samenwerkingsklimaat: "De bereidheid van verschillende instanties om samen te werken is er niet groter op geworden, het eigen belang gaat voor." En: "Er is geen sfeer van samenwerking tussen instanties. Het is onaardig en hard, afhoudend." Afhoudend zijn instanties volgens panelleden met name als het gaat om mensen met meervoudige problemen. Rond deze groep wordt veel afwentelingsgedrag gesignaleerd. "Met name bij complexe problematiek probeert men de handen er vanaf te houden." Daarbij wordt ook gesignaleerd dat sommige GGZ-instellingen zich in toenemende mate oriënteren op hulpverlening aan 'rendabele' cliënten ofwel cliënten met minder zware, relatief eenvoudige problematiek. Ook signaleren panelleden dat afwenteling zich niet alleen voordoet tussen de uitvoerende instellingen, maar ook tussen de financiers c.q. tussen de gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars ofwel tussen WMO, AWBZ en ZVW. Ook dat treft volgens geïnterviewden vooral cliënten met meervoudige problemen.

“Op cliëntniveau lukt het nog wel om elkaar te vinden en samen te werken. Maar op hoger niveau gaat dat moeizamer,” zo concludeert één van de panelleden. Daarbij lijkt het probleem niet zozeer dat partijen het algemene belang van een goed en samenhangend ondersteuningsaanbod voor mensen met psychische problemen niet zouden onderkennen. Het probleem lijkt vooral dat dit algemene belang niet altijd samenvalt met de individuele belangen van die partijen. Samenwerken is voor betrokkenen niet altijd rendabel. En bredere maatschappelijke opbrengsten vloeien vaak niet terug naar de initiatiefnemers.

Mandaat en geografisch verzorgingsgebied

Het ontbreken van een vanzelfsprekende initiatiefnemer/probleemeigenaar en het soms suboptimale samenwerkingsklimaat, kunnen de totstandkoming van regionale samenwerking ten behoeve van mensen met ernstige psychische aandoeningen belemmeren, zo bleek hierboven. In samenhang met deze factoren, wijzen panelleden tot slot op twee andere knelpunten. De eerste is dat potentiële samenwerkingspartners in de regionale ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten. Justitie, GGZ-instellingen, arbeidsvoorzieningen, andere maatschappelijk voorzieningen, etc.) elk een eigen en ander werkgebied of verzorgingsgebied kennen, van soms heel lokaal tot soms landelijk. Die gebieden overlappen en doorkruisen elkaar. Dat betekent dat er geen eenduidige geografische indeling of regio-afbakening is, die kan dienen als geografische kader waarbinnen de samenwerkingsafspraken ten behoeve van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen gestalte moeten krijgen. Het betekent ook dat in de praktijk voor het maken van regionale afspraken soms de medewerking van meer gemeenten en verschillende zorgkantoren en eventueel ook zorgverzekeraars, etc., nodig is. Een laatste, volgens enkele panelleden cruciale factor, is dat waar een regionale GGZ-instelling of eventueel een gemeente of zorgverzekeraar wel nadrukkelijk het voortouw neemt in het organiseren van een samenhangend lokaal ondersteuningsaanbod of in het ontwikkelen van een lokaal maatschappelijk steunsysteem, deze initiatiefnemer het mandaat ontbeert om de medewerking van andere lokale of regionale instanties af te dwingen. Ook in dit opzicht is de regionale samenwerking vrijblijvend en vooral afhankelijk van de goede wil en de informele netwerken van lokale hulpverleners, beleidmakers en bestuurders.

Bovenstaande aandachtspunten en knelpunten doen niets af aan het feit dat zich veel positieve ontwikkelingen voordoen en dat op veel plaatsen goede initiatieven genomen worden. Ze impliceren volgens panelleden wel dat er op een groot aantal plekken nog veel winst te boeken is en dat aanvullende maatregelen wellicht kunnen helpen bij het op brede schaal tot stand brengen van een samenhangend, goed gecoördineerd, regionaal ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

3.3 Suggesties voor aanvullende maatregelen

De vanuit het panel naar voren gebrachte suggesties voor aanvullende maatregelen, zijn opnieuw in twee categorieën te verdelen. De eerste categorie betreft stimuleringsmaatregelen voor lokale en regionale samenwerking. De tweede categorie bevat een aantal verdergaande suggesties met betrekking tot een geformaliseerde toedeling van verantwoordelijkheden.

Stimuleringsmaatregelen

Stimuleringsmaatregelen

* *Stimuleren van 'good practices', samenwerkingsklimaat en netwerkorganisaties*

Samenwerking rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychisch aandoeningen is mogelijk en komt ook tot stand, maar is, althans op de korte termijn, voor de afzonderlijke partijen niet per se rendabel. De maatschappelijke winst van samenwerking vloeit ook niet vanzelfsprekend terug naar de initiatiefnemers. Panelleden pleiten ervoor om te bezien of en hoe samenwerking lucratiever gemaakt kan worden, bijvoorbeeld door een bonus te zetten op 'ketenzorg' c.q. ketensamenwerking en op concrete samenwerkingsprojecten en 'good practices'. Daarbij wordt gesuggereerd om niet alleen (financiële) stimulansen te creëren voor (nader te specificeren) projecten, initiatieven en afspraken op institutioneel niveau, maar ook voor de ontwikkeling van 'netwerkorganisaties', waarbinnen professionals de ruimte en de middelen krijgen om binnen bredere lokale verbanden van hulp- en dienstverleners te opereren. Daarbij zou ook vanuit de instellingen zelf en vanuit de regelgeving (zie hoofdstuk 4) bezien moeten worden of en hoe meer ruimte voor professionals gecreëerd kan worden om binnen de professionele en informele sociale steunsystemen van individuele cliënten (en binnen de grenzen van de eigen competenties), die rol op zich te nemen die de omstandigheden vragen.

* *Bevorderen van kennisuitwisseling en gezamenlijke beleidsontwikkeling*

Panelleden pleiten voor het stimuleren van kennisuitwisseling tussen en deskundigheidsbevordering bij relevante partijen op lokaal en regionaal niveau. Onder andere contacten met ervaringsdeskundigen en cliëntenorganisaties zijn daarvoor wezenlijk en structurele financiering van regionale cliëntenorganisaties is daarvoor onontbeerlijk, zo wordt geopperd (zie ook De Graaf 2010). Veel panelleden pleiten er ook voor om in het verlengde daarvan de totstandkoming te bevorderen van een gezamenlijke, door alle relevante partijen - waaronder de regionale cliëntenorganisaties - onderschreven visie op de actuele stand van zaken en gewenste situatie met betrekking tot de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio (zie ook Lemmens e.a., 2010). Gepleit wordt voor de totstandkoming van gezamenlijke, lokale of regionale beleidsplannen.

* *Bevorderen van gezamenlijke zorgtoewijzing en/of zorginkoop*

Enkele panelleden doen ook suggesties voor het stimuleren van samenwerking rond zorgtoewijzing en zorginkoop. Daarbij wordt verwezen naar enkele van de in paragraaf 3.1 genoemde voorbeeldprojecten. Ook in het rapport van Lemmens e.a. over ketenbekostiging in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen (Lemmens e.a., 2010) worden voorbeelden genoemd van centrale 'trajecttoewijzing'. "Cruciaal hierbij is wel een sterke regierol van een instantie die een onafhankelijke positie inneemt ten aanzien van de individuele aanbieders." Met betrekking tot de zorginkoop pleiten enkele panelleden ervoor dat, om te beginnen "gemeenten en zorgkantoren tot één financieringskader en één beoordelingskader komen." Verwezen wordt naar regionale plannen voor inkoopcombinaties van gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars, waarbij één partij namens alle betrokken financiers de zorg inkoop voor een gehele doelgroep. Andere voorbeelden betreffen lokale plannen waarbij betrokken partijen (gemeente, zorgkantoor, zorgverzekeraar, justitie) aan de hand van een business case vaststellen en afspreken hoeveel financiële middelen iedere budgethouder beschikbaar stelt ten behoeve van de ondersteuning aan een bepaalde doelgroep (zie ook Lemmens e.a., 2010). In het algemeen pleiten enkele panelleden ervoor de mogelijkheden te verkennen om dergelijke 'good practices' gericht te stimuleren, bijvoorbeeld in de vorm van bonusregelingen.

Structurele maatregelen

* *Formalisering van regio-indeling en regionale samenwerking*

Een relatief grote vrijblijvendheid en het sterk uiteenlopen van de werk- en verzorgingsgebieden van de relevante partijen, behoren tot de belangrijkste obstakels voor de totstandkoming van structurele en effectieve lokale en regionale samenwerking. Stimuleringsmaatregelen alleen kunnen die obstakels niet wegnemen. Enkele panelleden pleiten er daarom voor de mogelijkheden te verkennen van een geformaliseerde regio-indeling, waarbinnen welomschreven verantwoordelijkheden aan partijen worden toebedeeld met betrekking tot het organiseren van goede en samenhangende ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De verplichting tot gezamenlijke afspraken en afstemming en tot een gezamenlijke regionale beleidsvisie, kunnen onderdeel zijn van een dergelijke geformaliseerde regio-indeling en geformaliseerde regionale samenwerking. Schaalvoordelen zijn volgens panelleden vermoedelijk het grootst bij een regio-omvang tussen het gemeentelijke en het provinciale niveau. Geopteerd wordt voor een regio-indeling op het niveau van de Centrumgemeenten (zie ook Lemmens e.a., 2010).

* *Regionale regie met mandaat*

Ook binnen een mogelijke geformaliseerde regio-indeling en geformaliseerde regionale samenwerking is de aanwezigheid van een regievoerder met mandaat cruciaal, zo wordt tot slot geopperd in het panel. Dat mandaat zou bijvoorbeeld verleend kunnen worden in de vorm van een aanwijzingsbevoegdheid. Krachtiger is volgens enkele panelleden een mandaat dat gekoppeld is aan een voor deze doelgroep (c.q. een aantal te onderscheiden subgroepen) bestemd regionaal budget, samengesteld uit de verschillende, voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen relevante financieringskaders (WMO, ABWZ, ZVW en zo mogelijk ook reïntegratiegelden vanuit de WWI, de WSW en WWB). De gemandateerde regievoering zou hetzij bij één van de betrokken partijen gelegd kunnen worden, hetzij bij een kleine, onafhankelijke instantie. Panelleden doen de suggestie van een onderzoek naar de haalbaarheid en voorwaarden van een dergelijke regionale regie met mandaat. (Zie ook hoofdstuk 4.)

4 Landelijke aansturing en regelgeving

4.1 Ontwikkeling en stand van zaken

Ook van overheidswege werden al in de jaren '80 en '90 verschillende maatregelen genomen om te komen tot een samenhangende, regionale ordening van een maatschappelijk georiënteerde geestelijke gezondheidszorg. Onder andere de Riagg-vorming moest daaraan bijdragen en later de regionale bundeling van intramurale en ambulante voorzieningen. In de jaren '90 werd het zorgvernieuwingsfonds ingesteld om een omslag te bewerkstelligen van institutionele zorg naar samenhangende, breed georiënteerde ambulante ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen vanuit de GGZ. Onder andere de in hoofdstuk 2 genoemde casemanagementprojecten en de andere intensieve ambulante GGZ-voorzieningen (psychiatrische thuiszorg) konden dankzij het zorgvernieuwingsfonds ontstaan. Vermaatschappelijking, maatschappelijke steunsystemen en participatie waren in die periode kernbegrippen in het overheidsbeleid (zie onder andere Vijselaar e.a., 2008).

In het begin van het huidige decennium diende de stelselherziening in de gezondheidszorg zich aan. Bovengenoemde kernbegrippen verdwenen naar de achtergrond. Concurrentie, marktwerking en prestatiebekostiging werden de leidende beleidsconcepten bij het bevorderen van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg. Voorbereidingen werden getroffen voor de nieuwe Zorgverzekeringswet, waarin concurrerende zorgverzekeraars een belangrijke rol als zorginkopers zouden gaan vervullen en waarbij ook zorgaanbieders in een meer concurrerende positie t.o.v. elkaar zouden worden gebracht. De nieuwe zorgverzekeringswet werd in 2006 ingevoerd. Kort daarna werd de GGZ-financiering herzien. Werde de Geestelijke gezondheidszorg tot dan toe vrijwel volledig bekostigd vanuit de AWBZ, vanaf 2008 kende de GGZ tenminste vier collectief gefinancierde inkomstenbronnen: de ZVW, de AWBZ de WMO en het Ministerie van Justitie. Van deze vier zou de ZVW, met een aandeel van bijna drie kwart in de totale GGZ-uitgaven, de belangrijkste financieringsbron van de GGZ geworden.

Het GGZ-beleid en het beleid met betrekking tot de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen was daarmee in belangrijke mate onderdeel geworden van een aantal andere, bredere beleidskaders, waaronder die van de gereguleerde marktwerking van de ZVW en de 'civil society' van de WMO. Die nieuwe beleidscontext impliceerde tegelijk een verkaveling (over verschillende beleidsdirecties) en decentralisatie (naar onder andere verzekeraars en gemeenten) van de verantwoordelijkheid voor een samenhangend ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Overigens verdwenen de vraagstukken van samenhang en coördinatie daarmee niet uit het blikveld van de overheid. In de Beleidsvisie GGZ van 2006 speelde het concept van de zorgnetwerken nog een centrale rol (zij het meer als aansporing dan als ordeningsprincipe). De rijksoverheid vervulde een stimulerende rol in de grootstedelijke ketenaanpak rond dak- en thuislozen (Maas en Planije, 2010; zie ook Planije e.a., 2010). In het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg is een verplichting aan zorgaanbieders opgenomen, om samen te werken aan een samenhangend ondersteuningsaanbod. Samenhang en ketenzorg spelen verder een belangrijke rol in het door het Ministerie van VWS gepro-

pageerde model van de zorgstandaarden voor mensen met chronische aandoeningen. “Een zorgstandaard biedt de onderbouwing voor de multidisciplinaire zorg waarop de patiënt moet kunnen rekenen. Zo is de zorgstandaard de basis voor de inkoop van ketenzorg en het instrument waarmee de zorgaanbieders en zorginkopers (zorgverzekeraars) tot overeenstemming komen over de in te kopen ketenzorg (ketencontract)” (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010). Het model van de zorgstandaarden moet ‘dwars door de schotten heen’ gaan, zo luidt het (zie ook College voor Zorgverzekeringen, 2009).

Samenhang in de zorg blijft dus een belangrijk beleidsconcept. Wel lijkt in de afgelopen tien jaar het streven naar een samenhangende en uniforme regionale ordening van de GGZ en van de ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen definitief uit beeld verdwenen. Ook de concepten van extramuralisering en deinstitutionalisering zijn in de afgelopen tien jaar op de achtergrond geraakt. Een en ander heeft er mede toe kunnen leiden dat, na jaren van (lichte) daling c.q. stabilisatie, de capaciteit van de intramurale GGZ-voorzieningen in de afgelopen zeven à acht jaar weer (licht) is gegroeid (Van Hoof e.a., 2009b; Van Dijk e.a., 2010). Ondertussen werden ontwikkelingen rond rehabilitatie, ACT en FACT en regionale maatschappelijke steunsystemen hoofdzakelijk vanuit voorlopers in het veld zelf en in mindere mate vanuit de landelijke overheid gestimuleerd en gefaciliteerd.

Met name dit beleid rond institutionalisering en deinstitutionalisering lijkt op dit moment weer een nieuwe fase in te gaan. Afbouw van intramurale voorzieningen en in het verlengde daarvan, ontwikkeling van goede ambulante alternatieven en het bevorderen van sociale inclusie en maatschappelijke participatie zijn weer nadrukkelijk terug op de landelijke GGZ-beleidsagenda. Wel zijn er belangrijke verschillen met de situatie van twintig jaar geleden. Nadrukkelijker dan destijds spelen niet alleen ideologische, maar ook economische overwegingen een rol. Daarbij gaat het niet alleen de potentiële kostenbesparingen op de intramurale GGZ. Het gaat ook om de (economische) opbrengsten van herinvesteringen in goede, samenhangende, maatschappelijke georiënteerde ondersteuning - en van de daarmee beoogde zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen - op andere maatschappelijke terreinen, bijvoorbeeld op het terrein van de sociale zekerheid.

Een belangrijk verschil met 20 jaar geleden is ook dat de herwaardering van deze beleidsdoelstellingen van ambulantisering en vermaatschappelijking plaats heeft in de context van een radicaal ander stelsel. Anders dan destijds zijn met name de verkavelde financiering van de GGZ, de decentralisering van verantwoordelijkheden naar onder andere verzekeraars en gemeenten en de toegenomen ruimte voor marktwerking.

Het is vanuit deze achtergrond van een hernieuwd ambulantiseringstreven in een vernieuwd zorg- en GGZ-stelsel, dat vraagstukken van samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen zich opnieuw nadrukkelijk als beleidsvraagstukken aandienen. In de voorgaande hoofdstukken zijn de actuele ontwikkelingen, knelpunten beschreven - inclusief good practices en voorstellen voor aanvullende maatregelen - als het gaat om de regionale samenwerking en om de samenhang en coördinatie in individuele zorgtrajecten. Landelijk beleid, financieringsvraagstukken en landelijke wet- en regelgeving kwamen daarbij af en toe al aan de orde. In de volgende paragrafen staan we uitgebreider stil bij de actuele aandachtspunten met betrekking tot het landelijke beleid en de landelijke regelgeving en bij voorstellen vanuit

het onderzoekspanel voor aanvullende overheidsmaatregelen ter bevordering van de samenhang en coördinatie in ondersteuning van de doelgroep.

4.2 Actuele aandachtspunten

Spreiding van voorzieningen en van verantwoordelijkheden over verschillende financieringskaders geldt als één van belangrijkste actuele knelpunten voor het realiseren van een breed, samenhangend ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat beeld kwam al naar voren uit eerdere inventarisaties (Van Hoof e.a., 2008, 2009a) en wordt bevestigd door het onderzoekspanel. Die knelpunten hebben te maken met verschillende consequenties van een verkavelde en gespreide financiering:

- Vragen en onduidelijkheden over de exacte verantwoordelijkheidsverdeling en domeinafbakening, mede gevoed door verschillen in terminologie in de diverse financieringskaders.
- Risico's van afwenteling van verantwoordelijkheden c.q. cliënten.
- Risico's van een 'verkokerde' blik op de ondersteuningsbehoeften van cliënten.
- Ontbreken van het totaaloverzicht bij de betrokkene partijen. "Instellingen hebben te maken met instanties en partijen met slechts een deelverantwoordelijkheid en onvoldoende inzicht in de totale samenhang" (PWC, 2010).
- Ontbreken van een breed mandaat (en daarmee van een belangrijke voorwaarde voor effectieve coördinatie over de grenzen van de financieringskaders heen).
- 'Opgeknippte' financiering van meer geïntegreerde, breed georiënteerde zorgvormen, zoals ACT, FACT en IPS. Financiers voelen zich slechts verantwoordelijkheid voor een deel van het brede zorgaanbod. Managers zijn veel tijd kwijt met het organiseren van kostendekkende financiering vanuit verschillende kaders (zie o.a. De Boer e.a., 2008).

Betrokkenheid van verschillende voorzieningen, sectoren en daarmee financieringskaders maakt de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen complex. Sommige panelleden beschouwen die brede betrokkenheid van voorzieningen over de grenzen van verschillende financieringskaders heen als onvermijdelijk en inherent aan de meervoudige ondersteuningsbehoeften van de doelgroep. Ook in Europese overzichtsstudies van de beleidsontwikkelingen rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt gesignaleerd dat de processen van de-institutionalisering en vermaatschappelijking gepaard gaan met spreiding van verantwoordelijkheden (zie o.a. Knapp en McDaid, 2007; Knapp e.a., 2007, Medeiros e.a., 2008). Een verschuiving naar meer maatschappelijk georiënteerde en op participatie gerichte ondersteuning en meer aandacht voor sociale inclusie, betekent ook meer aandacht voor ondersteuning bij sociale contacten, dagbesteding, werk, onderwijs, huisvesting, enzovoorts. Het betekent ook dat de zorg en ondersteuning terecht komen in wat McDaid en Thornicroft een 'multi-services' en 'multi-budget' wereld noemen; een wereld waarin, anders dan bij institutionele zorg, verschillende partijen vanuit verschillende sectoren en met verschillende financieringskaders betrokken zijn (McDaid and Thornicroft, 2005; zie ook WHO, 2008). In deze nieuwe constellatie is het managen van de organisatorische en intersectorale 'interfaces' de belangrijkste nieuwe uitdaging geworden, aldus McDaid e.a. (2007).

Extra complicerende factor voor de Nederlandse situatie is wel dat de stelselwijziging binnen de GGZ (overgang van één naar vier financieringskaders) die verkaveling nog

eens versterkt heeft. Juist die verkaveling *binnen* de GGZ brengt volgens sommigen risico's met zich mee voor de verdere ontwikkeling van een breed, integraal en rehabilitatie- en herstelgericht ondersteuningsaanbod vanuit de GGZ zelf aan de minst zelfredzame cliënten.

In zijn algemeenheid wordt echter geconstateerd dat wellicht de belangrijkste uitdaging ligt in het waarborgen dat de diverse verantwoordelijkheden door de betrokkenen, in onderlinge afstemming en in afstemming met cliënten, worden opgepakt. Met name op dat punt zijn de voorwaarden volgens een aantal panelleden nog niet optimaal. De volgende factoren spelen daarbij een rol.

Vrijblijvendheid rond samenwerking en afstemming

In het vorige hoofdstuk werd al gesignaleerd dat op veel plaatsen in het land diverse samenwerkingverbanden bestaan rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar dat de totstandkoming (en de aard) daarvan sterk afhankelijk is van lokale initiatiefnemers en kartrekkers. Samenwerking, afstemming en coördinatie hebben een relatief vrijblijvend en willekeurig karakter. Volgens sommige panelleden is dat mede de consequentie van een beleidsproces waarbij verantwoordelijkheden zijn gedecentraliseerd, terwijl daar niet altijd expliciete verplichtingen en faciliteiten aan zijn gekoppeld. Panelleden noemen daarbij onder andere de WMO. Gemeenten hebben verantwoordelijkheden gekregen met betrekking tot de organisatie van de maatschappelijke ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar faciliteiten (kennis en middelen) zijn beperkt en de beleidsvrijheid in de wijze waarop gemeenten invulling aan deze verantwoordelijkheid mogen geven is groot. Gemeenten mogen, binnen de eigen budgetten, fors in (de organisatie van) de ondersteuning van mensen ernstige psychische aandoeningen investeren, maar kunnen er ook voor kiezen om niet meer dan het minimale te doen. Dat geldt volgens panelleden voor een belangrijk deel ook voor de inzet van en de afstemming en samenwerking tussen andere relevante partijen. Enkele panelleden signaleren dat er in het algemeen slechts een beperkte impuls van de landelijke kaders uitgaat om op lokaal niveau de krachten te bundelen voor een goed en samenhangend lokaal ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Samenwerking en concurrentie

In een recent rapport over afstemming in de zorg rond chronische aandoeningen constateert de Algemene Rekenkamer dat in het veld onduidelijkheid bestaat over de relatie tussen marktwerking en samenwerking (Algemene Rekenkamer, 2010). Die signalen komen ook vanuit het onderzoekspanel. Panelleden ervaren een zekere tegenstrijdigheid. "Aan de ene kant moeten de instellingen met elkaar samenwerken... Aan de andere kant worden de instellingen benaderd als bedrijven die ... met elkaar moeten concurreren om klanten en middelen." Volgens sommigen resulteert deze tegenstrijdigheid in 'calculerende organisaties', die enerzijds steeds drukker zijn met het rond krijgen van de financiering, maar anderzijds niet altijd meer bereid zijn 'om het met elkaar te regelen'. Een ander knelpunt is dat concurrentieverhoudingen zorgen voor een toenemende productiedruk en een toenemende druk op het aandeel indirecte cliëntgebonden tijd. Daardoor dreigen op uitvoerend niveau de voorwaardenscheppende en coördinerende activiteiten in de knel te komen, zo luidt het.

Verantwoordingsdruk

Een grote regeldruk op *uitvoerend niveau* belemmert de totstandkoming van zorgnetwerken, zo laat onderzoek zien (zie o.a. Fabricotti, 2007). Samenwerking en coördinatie vragen om enige flexibiliteit en manoeuvreerruimte. Panelleden signaleren dat met name het uitgebreide, gedetailleerde (en ten dele geïndividualiseerde) voorwaarden- en verantwoordingstelsel in en rond de zorg en de sociale zekerheid niet alleen de administratieve lastendruk verhoogt maar ook belemmerend werkt op die flexibiliteit en manoeuvreerruimte. Daarbij gaat het zowel om de voorwaarden en vereisten vooraf voor de toekenning van middelen, als de verantwoording achteraf over de besteding van die middelen. Die eisen en verantwoordingsdruk nemen toe naarmate cliënten en hun hulpverleners en hulpverleningsinstellingen met meer regelingen c.q. wettelijke kaders te maken krijgen (AWBZ, ZVW, WMO, WWB, WIA, WSW, etc.). In de ondersteuning van mensen met meervoudige ondersteuningsbehoeften knelt met name die opeenstapeling van voorwaarden en verantwoordingsverplichtingen. Daarbij wordt ook geconcludeerd dat hoe gecompliceerder en bewerklijker die randvoorwaarden, hoe groter de behoefte aan coördinatie, maar ook hoe moeizamer die coördinatie verloopt en hoe meer tijd deze kost. "Er zit iets raars aan: aan de ene kant creëer je een probleem door zaken ingewikkeld te maken. Aan de andere kant los je dat op door zorgcoördinatie," aldus één van de panelleden. Het panel waarschuwt daarnaast voor een sfeer van 'geinstitutioniseerd wantrouwen'. Ook wordt erop gewezen dat al te strakke en gedetailleerde voorwaarden en verantwoordingsverplichtingen met betrekking tot de uitvoering van de zorg, het voor instellingen en hulpverleners gemakkelijker maakt om zich achter die regels te verschuilen.

Sturing op participatie

Resumerend lijkt op landelijk niveau de belangrijkste uitdaging met betrekking de samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen te zijn gelegen in de afhankelijkheid van verschillende partijen en financieringskaders in combinatie met enerzijds een relatief grote verantwoordings- en regeldruk in de uitvoering en anderzijds een relatief grote vrijblijvendheid als het gaat om inzet, samenwerking en afstemming. Panelleden wijzen erop dat deze (en de in de vorige hoofdstukken genoemde) uitdagingen zich het nadrukkelijkst manifesteren in het domein waar juist de maatschappelijke en economische opbrengsten van goede en samenhangende ondersteuning te halen zijn: dat van de maatschappelijke participatie.

Concreet wordt erop dat gewezen dat, na overheveling van de GGZ naar de ('geneeskundige') ZVW, ondersteuning bij participatie vanuit financieel oogpunt geen vanzelfsprekende functie voor de GGZ meer is. Sinds de pakketmaatregel van 2009 is het bevorderen van maatschappelijke participatie ook geen doelstelling meer van de ABWZ. Inloopen- en dagbestedingsvoorzieningen van de GGZ zijn daarmee steeds meer aangewezen op de WMO. Complicerende factor daarbij is dat enerzijds niet alle gemeenten even belangstellig zijn in het financieren van de betreffende voorzieningen (de ongeoormerkte WMO-budgetten en het ontbeken van individuele aanspraken dwingen gemeenten daar ook niet toe). Voor zover gemeenten wel geïnteresseerd zijn krijgen veel voorzieningen te maken met een sterk versnipperde financiering vanuit soms een groot aantal afzonderlijke gemeenten (elk met eigen procedures, wensen en voorwaarden). Dat is ingewikkeld en

tijdroevend en voor aanbieders veelal niet rendabel meer. Veel dagbestedingvoorzieningen krimpen om deze redenen in³.

Ondertussen is in sommige gemeenten de beleidslijn dat mensen met ernstige psychische aandoeningen gebruik kunnen maken van algemene voorzieningen op het gebied van dagbesteding en sociale contacten (buurthuizen). Panelleden waarschuwen ervoor dat de drempel van reguliere voorzieningen voor sommige cliënten te hoog is en het aanbod niet altijd toegesneden op de behoeften van de doelgroep. Daarbij ontbreekt het nog wel eens aan de inbedding van dergelijke maatregelen in een breder lokaal beleid en bredere lokale samenwerking rond maatschappelijke participatie. Ook in de meest actieve regio's, waar concrete MSS-projecten van de grond zijn gekomen, ligt het accent blijkens de recente inventarisatie van Movisie en het Trimbos-instituut doorgaans vooral op toeleiding naar zorg en veel minder op het toegankelijk maken van reguliere voorzieningen en ondersteuning bij maatschappelijke participatie (Movisie, Trimbos instituut, 2010).

Een belangrijk knelpunt betreft met name de *individuele* ondersteuning bij maatschappelijke participatie en reïntegratie. Een eenduidige financieringsbron voor individuele, zo nodig continue en intensieve begeleiding op maat bij maatschappelijke participatie, ontbreekt. (De WMO, voor zover deze wordt ingezet, is vooral georiënteerd op collectieve voorzieningen.) Dat maakt onder andere het inzetten van een beproefde methodiek als IPS problematisch (GGZ Nederland, 2010). Zorgfinanciers beschouwen de methodiek als sociale activering of reïntegratie. Financiers van reïntegratie- of activeringstrajecten beschouwen het als zorg, vinden de intensiteit en de kosten van de begeleiding te hoog of zijn niet gewend te werken met op individuele maat gesneden ondersteuningsvormen in plaats van standaardtrajecten (zie ook De Boer e.a., 2008). Dat sommige cliënten toch IPS ontvangen is veelal te danken aan gedreven hulpverleners, die steeds opnieuw voor individuele trajecten de benodigde financiering bij elkaar trachten te regelen. Dat is echter tijdrovend en onrendabel. De totstandkoming van een steviger geborgd aanbod van individuele ondersteuning bij maatschappelijke participatie en reïntegratie hangt vooral af van de bereidheidwilligheid van lokale en regionale GGZ-instellingen, verzekeraars, UWV-en en gemeenten om zich hiervoor in zetten en daarin samen te werken. In hoofdstuk 3 zagen we dat daar in een enkele regio initiatieven toe worden genomen. Geconstateerd werd echter ook dat dit nog geen gemeengoed is.

Tenslotte spelen de voorwaarden rondom de aanspraken vanuit de verschillende wettelijke kaders soms een belemmerende rol bij de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zo wordt erop gewezen dat cliënten met een WSW-indicatie geen CIZ-indicatie meer kunnen krijgen voor dagbesteding. Dit ondanks het feit dat de wachtlijst voor de sociale werkvoorziening soms een aantal jaar bedraagt. Ook een cliënt die deels in een IPS-traject zit, komt niet meer in aanmerking voor activiteiten bij het DAC voor de andere uren (hetgeen voor sommige cliënten dan weer

³ Een vergelijkbare situatie doet zich voor rond de positie van regionale cliëntenorganisaties (RCO's). Deze RCO's doen vaak niet alleen aan regionale belangenbehartiging, maar beheren veelal ook cliëntgestuurde, laagdrempelige inloopvoorzieningen en bieden soms ook uitgebreidere ondersteuning op het gebied van participatie. Ook deze cliëntenorganisaties zijn sinds enkele jaren grotendeels aangewezen op de relatief onzekere en versnipperde financiering vanuit gemeenten. Dat zijn bovendien de financiers waarop ze geacht worden in het kader van de WMO kritisch toezicht te houden. Ook veel van deze regionale cliëntenorganisatie hebben de afgelopen jaren hun activiteiten om financiële redenen moeten inkrimpen (De Graaf, in voorbereiding).

een belemmering vormt om in een IPS-traject te stappen). In het algemeen wordt gesignaleerd dat het potentiële verlies van specifieke bijstands- en zorgrechten vaak een belemmering vormen voor het zetten van de (voor velen ingrijpende) stap van het aanvragen van werk (ook vrijwilligerswerk).

Panelleden concluderen dat er met name rond de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen nog de nodige belemmeringen zijn voor de totstandkoming van een samenhangend ondersteuningsaanbod. Vooral op dit vlak missen veel panelleden landelijke sturing.

4.3 Suggesties voor aanvullende maatregelen

In de voorgaande hoofdstukken werd al duidelijk dat er, ondanks bovenstaande knelpunten, veel positieve praktijkontwikkelingen en veelbelovende initiatieven zijn als het gaat om het bevorderen van de samenhang en de coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen (ook met betrekking tot participatie). Panelleden beschouwen het primair als een opdracht voor de veldpartijen zelf om die positieve ontwikkelingen verder vorm te geven en de uiteenlopende good practices breder te implementeren. Die mogelijkheden zijn er ook volop, zo wordt gesignaleerd.

Gesignaleerd wordt ook dat samenhang in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen een gezamenlijke uitdaging is, waarbij naast 'het veld' ook de landelijke overheid een rol speelt. Opgemerkt wordt dat de overheid al veel doet, maar dat ze die samenhang en coördinatie nadrukkelijker zou kunnen faciliteren en stimuleren door middel van een aantal aanvullende maatregelen. Daarbij wordt niet gepleit voor een omvattende stelselherziening, maar voor het verkennen van de mogelijkheden om binnen het vigerende stelsel (en daar optimaal gebruik van makend) de voorwaarden voor samenwerking en coördinatie te verbeteren en nadrukkelijker aan te sturen op een brede, landelijke ontwikkeling van een samenhangend ondersteuningsaanbod.

Voor een deel zijn de suggesties van de panelleden met betrekking tot aanvullende maatregelen rond landelijke aansturing en regelgeving in de vorige hoofdstukken al kort aan de orde geweest, voor een deel nog niet. De voorstellen zijn in drie categorieën te verdelen, kortweg aan te duiden als faciliterende maatregelen, stimuleringsmaatregelen en meer structurele maatregelen. Het panel pleit overigens niet per se voor integrale invoering van alle genoemde suggesties. De voorstellen kunnen elk op hun afzonderlijke haalbaarheid en merites worden getoetst en beoordeeld (zie ook hoofdstuk 5). Wel zouden de verschillende suggesties in hun prioritering en uitwerking aan samenhang en effectiviteit kunnen winnen wanneer ze onderdeel zouden gaan uitmaken van een breder, landelijk beleidsplan.

Faciliterende maatregelen

** Verruimen van de regelruimte*

Gepleit wordt voor het creëren van meer regelruimte en experimenteeruimte, zowel op uitvoerend niveau als in de besteding van middelen door (samenwerkende) instellingen en financiers. Analoot aan het beleid rond de maatschappelijke opvang, zou bijvoorbeeld de ruimte geboden kunnen worden om een bepaald maximumpercentage van de midde-

len tussen verschillende domeinen (bijvoorbeeld ABWZ en ZVW) over te hevelen. Ook het harmoniseren van de voorwaarden en verantwoordingsverplichtingen rond enkele van de voor de ondersteuning van de doelgroep belangrijkste wettelijke kaders, zou volgens panelleden bij kunnen dragen aan het vergroten van de manoeuvreer- en de regelruimte en aan een grotere efficiency in die ondersteuning.

Stimuleringsmaatregelen

* *Financiële prikkels*

Samenhang en coördinatie in de ondersteuning van de doelgroep zouden ook nadrukkelijker gestimuleerd kunnen worden door middel van verschillende financiële prikkels. Daarbij valt te denken aan bonusregelingen, stimuleringsfondsen (eventueel gevoed vanuit verschillende financieringskaders), of het aantrekkelijker maken van specifieke activiteiten door ze als zodanig op te nemen in het bestaande vergoedingstelsel danwel ze van gunstiger tarieven te voorzien. Een reeks van activiteiten en voorzieningen komt volgens de panelleden voor dergelijke stimuleringsmaatregelen in aanmerking:

- Implementatie van rehabilitatie- en herstelgerichte zorg in de GGZ.
- Aandacht voor rehabilitatie en herstelgerichte zorg in de opleidingen.
- Invoering van integrale zorgteams, zoals ACT en FACT; invoering van IPS.
- Nieuwe werkwijzen rond continuïteit en transitie in de zorg (persoonlijke overdrachten).
- Ketensamenwerking tussen zorgaanbieders (ontwikkeling van 'netwerkorganisaties', wijkgerichte werkwijzen).
- Ketensamenwerking tussen financiers (gezamenlijk zorginkoop).
- Lokale en regionale beleidsontwikkeling.
- Lokale en regionale regievoering.
- Landelijke samenwerking tussen vertegenwoordigers en koepels van lokale en regionale partijen (vergelijk het project *Herstel en Burgerschap*).
- Inbrengen van het cliëntenperspectief en cliëntervaringen in de vormgeving van het ondersteuningsaanbod op instellings-, regionaal en landelijk niveau.

* *Normering*

Verkend zou kunnen worden of en op welke wijze financiële prikkels voor (verbetering van de voorwaarden voor) coördinatie en samenhang in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, gekoppeld kunnen worden aan landelijke normering. Suggesties worden gedaan voor normering rond verschillende van de bovengenoemde activiteiten en voorzieningen, in het bijzonder de regionale beschikbaarheid en financiering van ACT, FACT en IPS, certificering van het betreffende aanbod, de implementatie van zorgpaden en richtlijnen, maar bijvoorbeeld ook de toerusting en financiering van regionale cliëntenorganisaties.

Structurele maatregelen

* *Sectoroverstijgende financiering van coördinatie en regie*

Naast bovengenoemde faciliterende en stimuleringsmaatregelen, geeft het panel een aantal meer structurele (en voor een deel op reeds bestaande beleidsontwikkelingen voortbouwende) oplossingen in overweging voor het coördinatievraagstuk. Met name worden enkele geopperd die expliciet gericht zijn op het waarborgen en versterken van een effectieve, sectoroverstijgende coördinatie- en regiefunctie. Centraal in deze voorstellen staan het formaliseren van de coördinatiefunctie c.q. de regiefunctie en het aan

die functies koppelen van budgetten die worden samengesteld vanuit de verschillende bij de ondersteuning van de doelgroep relevante financieringskaders. Voorstellen hebben betrekking op de regionale samenwerking en regie respectievelijk de coördinatie van individuele ondersteuningstrajecten. We lichten de beide categorieën voorstellen kort toe.

** Eén gemandateerde regionale regievoerder*

Enkele panelleden stellen voor de mogelijkheden te verkennen van een geformaliseerde regio-indeling, op het schaalniveau van de centrumgemeenten. Binnen die regio's krijgen de relevante partijen de opdracht in onderlinge samenwerking te komen tot een samenhangend ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (zie ook hoofdstuk 3). Verkend zou kunnen worden of het initiatief tot samenwerking neergelegd kan worden bij een regievoerder die tevens beheerder is van een voor deze doelgroep (c.q. een aantal te onderscheiden subgroepen) bestemd regionaal budget, samengesteld uit de verschillende, voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen relevante financieringskaders (WMO, ABWZ, ZVW, Justitie, reïntegratiegelden). De gemandateerde regievoering zou hetzij bij één van de betrokken partijen gelegd worden, hetzij bij een kleine, onafhankelijke instantie. De verdere regionale invulling en organisatie van het ondersteuningsaanbod kan vervolgens aan de regio's zelf overgelaten worden, maar zou ook gekoppeld kunnen worden aan landelijke normen met betrekking tot de minimale beschikbaarheid van een aantal essentiële, uit het sectoroverstijgende regiobudget te financieren voorzieningen (bijvoorbeeld ACT, IPS)⁴.

** Eén gemandateerde coördinator per cliënt(systeem)*

Enkele panelleden opteren nadrukkelijker voor een insteek op cliëntniveau. Voorgesteld wordt om de mogelijkheden te verkennen van een geformaliseerde coördinatorfunctie voor individuele cliënten (of cliëntsystemen) over de grenzen van de verschillende financieringskaders heen (zie ook hoofdstuk 2) en om aan die geformaliseerde coördinatorfunctie een sectoroverstijgend budget te koppelen. Met dat budget kunnen dan de eigen, maar ook de eventueel bij anderen in te kopen activiteiten bekostigd worden. Om te beginnen de integrale teams (ACT en FACT), waarbinnen zorg en coördinatie voor de meest kwetsbare cliënten op een breed terrein worden geïntegreerd, zouden langs deze weg voorzien kunnen worden van een solide financieringsgrondslag. Maar ook de coördinatie van de ondersteuning voor de grote groep cliënten die geen ACT of FACT ontvangen, zou via het model van een gemandateerde coördinator een steviger basis kunnen krijgen. Daartoe zou de vraag wie de geformaliseerde coördinatorrol vervult, primair afhankelijk gesteld kunnen worden van de omstandigheden en van de actuele hulpverleningsconstellatie rondom de cliënt, zo luidt het. Voor ACT- en FACT-clieñten zijn betreffende teams het meest aangewezen, voor andere cliënten zou dat een samenwerkingsverband van hulp- en dienstverleners in een wijkcentrum kunnen zijn, een nauw bij de cliënt betrokken professionele hulpverlener in de tweede of de eerste lijn of wellicht ook de cliënt zelf of een naaste. Voor de hoogte van het budget zou een onderscheid gemaakt kunnen worden in een aantal subgroepen.

Nadrukkelijk wijzen panelleden erop dat het model van een gemandateerde coördinator alleen kan werken als aan die geformaliseerde coördinatierol een aantal voorwaarden en

⁴ Overzichtsstudies van beleidsontwikkelingen rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische problemen in Europa, laten zien dat elders al geëxperimenteerd wordt met dergelijke "joint budgetting arrangements". Voorbeelden worden genoemd waarbij sectoroverstijgende budgetten worden samengesteld over de volle breedte van gezondheidszorg, welzijn, sociale zekerheid en arbeidsintegratie (zie o.a. Medeiros e.a., 2008).

kwaliteitseisen wordt verbonden. Voorkomen moet met name worden dat een make-laaarsmodel ontstaat, waarbij naast de reeds betrokken hulpverleners of teams een coördinator c.q. budgetbeheerder op afstand in het leven wordt geroepen (met alle risico's van extra kosten, extra afstemmingsproblemen en mogelijk misbruik van gelden van dien). Om die risico's af te wenden zouden alleen die instellingen, teams en hulpverleners voor de geformaliseerde coördinatierol in aanmerking moeten komen, die zelf een actieve en prominente rol spelen in de dagelijkse ondersteuning van de cliënt. Van belang is verder dat taken en verantwoordelijkheden helder worden omschreven. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om verantwoordelijkheden met betrekking tot het opstellen van een (integraal) ondersteuningsplan; waarborgen dat wensen en behoeften van cliënten daarin centraal staan; afstemming binnen en buiten het eigen teams c.q. de eigen instelling (met het informele sociale netwerk van de cliënt en met professionals) over de te ondernemen activiteiten en ieders rol daarin; zorgen dat zonodig ook voorzieningen op het terrein van huisvesting, onderwijs, veiligheid en werk en inkomen worden ingeschakeld; zorgen dat de uitvoering van het plan coherent en volgens afspraak verloopt; periodiek met de cliënt evalueren en bijstellen van het plan. Een voorwaarde zou ook zijn dat geformaliseerde coördinatorrol, eenmaal bij een hulpverlener of instantie belegd, niet beëindigd kan worden zonder zorgvuldige overdracht van die functie en de bijbehorende taken en bevoegdheden aan een andere gekwalificeerde en nauw bij de cliënt betrokken instantie⁵.

Pleitbezorgers van het model van de gemandateerde, sectoroverstijgende coördinator wijzen er op dat een zorgvuldige uitwerking essentieel is, maar signaleren ook op dat het model een aantal belangrijke voordelen in zich verenigt. Het waarborgt dat de coördinatorrol wordt vervuld (coördinatie en samenwerking zijn niet meer vrijblijvend). Het schept tegelijk regelruimte én helderheid over verantwoordelijkheden. Het biedt mogelijkheden voor efficiencywinst (onder andere in de verantwoordingsseisen) en het maakt heldere en transparante transities mogelijk van verantwoordelijkheden van de eerste naar de tweede lijn, maar ook andersom, van de tweede lijn terug naar de eerste lijn en uiteindelijk naar de eigen regie van de cliënt of het cliëntstelsel zelf. Het model maakt de coördinatiefunctie ook aantrekkelijk. De kwaliteit van de zorgcoördinatie zal inzet worden van concurrentie tussen aanbieders. Geopperd wordt overigens ook om de mogelijkheden te verkennen van toepassing van het model op een bredere doelgroep van mensen met meervoudige ondersteuningsbehoeften.

⁵ Bij de uitwerking van een dergelijk model kunnen ook de parallellen met vergelijkbare problemen en oplossingen in de jeugdzorg nadrukkelijker onder de loep worden genomen. In hoofdstuk 2 werd al gewezen op het Wetsvoorstel *Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeenten in de jeugdketen*, waarbij ook wordt gekozen voor één gemandateerde (eveneens nauw bij de cliënt betrokken) coördinator per cliëntstelsel. Anders dan in het hier voorgestelde model vloeit de doorzettingmacht van de jeugdzorgcoördinator niet voort uit het beheer over een geïntegreerd budget, maar uit lokale, door gemeenten te initiëren samenwerkingsafspraken en een aanwijzingsbevoegdheid van de burgemeester. Een dergelijk model ligt voor de jeugdzorg wellicht meer voor de hand dan voor mensen met psychische aandoeningen, die in eerste instantie meer zijn aangewezen op ZVV- en AWBZ-gefinancierde voorzieningen. Wel kan mogelijk geleerd worden van de in het Wetsvoorstel geformuleerde voorwaarden en kwaliteitseisen met betrekking tot de coördinatierol.

Landelijk beleidskader

Diverse suggesties voor het verbeteren van de samenhang en coördinatie van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, zijn hierboven de revue gepasseerd. Het panel opteert als gezegd niet voor integrale invoering van alle genoemde voorstellen. Wel pleit het voor het uitwerken van de meest haalbare en passende maatregelen in het kader van een breder, samenhangend en richtinggevend, landelijk beleidskader, waarbinnen de deelbelangen van de afzonderlijke partijen nadrukkelijker in overeenstemming worden gebracht met het algemene maatschappelijke en economische belang van een samenhangend ondersteuningsaanbod voor mensen met meervoudige ondersteuningsbehoeften in het algemeen en mensen met ernstige psychische aandoeningen in het bijzonder⁶.

⁶ In een recente inventarisatie van GGZ-ontwikkelingen in Europa concludeert de WHO dat het brede, maatschappelijke belang van goede ondersteuning en sociale inclusie van mensen met ernstige psychische problemen, steeds nadrukkelijker vraagt om een boven de afzonderlijke partijen en deelbelangen staande en gezaghebbende pleitbezorger en regievoerder c.q. om nationaal beleid. *"National policies are necessary to define the values, direction, responsibilities, structure, functioning, and outcomes of services."* (WHO, 2008, zie ook Knapp e.a., 2007, McDaid e.a. 2007; Mederios e.a. 2008; European Observatory on Health Systems and Policies, 2009).

5 Aangrijpingspunten voor beleid

5.1 Vervolg vragen

Conclusies uit het veldonderzoek, zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken, luiden dat kennis en middelen om te komen tot een integraal, samenhangend ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen voorhanden zijn, maar dat aanvullende maatregelen gewenst zijn om te waarborgen dat die kennis en middelen maximaal worden aangewend. Op verzoek van het Ministerie van VWS is in vervolg op het veldonderzoek een korte beleidsverkenning verricht naar mogelijke actuele aangrijpingspunten voor beleid op korte termijn en naar de haalbaarheid van de verschillende gesuggereerde maatregelen binnen het vigerende stelsel. Daartoe is een aanvullende interviewronde gehouden met een expertpanel, bestaande uit vertegenwoordigers vanuit relevante bestuursorganen (Nederlandse Zorgautoriteit - NZA, College voor Zorgverzekeringen - CVZ), het veld (aanbieders, cliënten en verzekeraars) en de wetenschap. Bijlage 3 geeft een overzicht van de geraadpleegde experts ten behoeve van de beleidsverkenning.

Vertrekpunt voor de aanvullende raadplegingsronde vormden de suggesties voor aanvullende maatregelen zoals beschreven in de slotparagraaf van het voorgaande hoofdstuk. Die maatregelen laten zich samenvatten in drie typen beleidsopties voor de rijksoverheid: het faciliteren van praktijkoplossingen, het stimuleren van good practices en de invoering van structurele bekostigingsmaatregelen. Mede in overleg met het Ministerie zijn rond deze drie beleidsopties de volgende actuele aangrijpingspunten voor beleid geïdentificeerd:

- de actuele verkenningen van de NZA naar de mogelijkheden om te komen tot een meer flexibele uitwisseling van middelen tussen AWBZ en ZVW;
- actuele voornemens van zowel veldpartijen (aanbieders en verzekeraars/zorgkantoren) als de overheid om te komen tot een reductie van bedden in de GGZ;
- actuele verkenningen in het veld van de totale kostprijs van integrale, samenhangende ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

In de aanvullende raadplegingsronde is elk van de drie beleidsopties c.q. elk van de drie genoemde aangrijpingspunten voor beleid voorgelegd aan de experts. Vragen daarbij waren in hoeverre het naar het oordeel van de betrokkenen mogelijk is om vanuit deze beleidsopties en aangrijpingspunten te komen tot concrete beleidsmaatregelen, aan welke voorwaarden daarvoor moet worden voldaan, welke eventuele knelpunten (regeltechnisch en beleidsmatig) daarbij zijn te voorzien en hoe deze kunnen worden opgelost. In de volgende paragraaf worden de bevindingen van de aanvullende raadplegingsronde besproken. In de slotparagraaf zetten we enkele algemene conclusies op een rij met betrekking tot de haalbaarheid van de diverse maatregelen en beleidsopties.

5.2 Actuele aangrijpingspunten voor beleid

Faciliterende maatregelen – voorstellen ontschotting ABWZ-ZVW

Een van de suggesties die vanuit het veldonderzoek naar voren is gekomen, is te bezien hoe de samenhang en de coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen nadrukkelijker gefaciliteerd kunnen worden door het creëren van meer regelruimte en experimenteeruimte, zowel op uitvoerend niveau als op geaggregeerd niveau, in de besteding van de middelen. Een recent voorstel van de Nederlandse Zorgautoriteit met betrekking tot de flexibilisering van de schotten tussen de AWBZ en ZVW, zou in deze een actueel aangrijpingspunt kunnen zijn.

In het advies *Knip GGZ versoepeld – overheveling ABWZ – ZVW* (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011) stelt de NZA voor om op instellingsniveau de overheveling van middelen tussen AWBZ en ZVW mogelijk te maken. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren zouden in de gelegenheid gesteld moeten worden om een gezamenlijk verzoek daartoe in te dienen bij de NZA. Daarbij is het voorstel van de NZA om de maatregel eenvoudig en 'regelarm' te houden. In het verzoek om overheveling dient een totaal bedrag genoemd te worden, inclusief een toelichting, maar hoeft geen specificatie in NZA-parameters te worden gegeven. Ook adviseert de NZA om het over te hevelen bedrag niet te maximaliseren. Op lokaal niveau moet de afweging gemaakt kunnen worden wat mogelijk is. Wel stelt de NZA als voorwaarde dat de overheveling per saldo op nul uitkomt, zodat geen middelen wegvloeien.

Uit de raadplegingronde blijkt het NZA-voorstel op veel bijval van alle betrokken partijen te kunnen rekenen. Het wordt beschouwd als een eenvoudige maar in potentie effectieve maatregel om een omslag van intramurale naar ambulante productie te faciliteren en tegelijk als een eerste stap in de vereenvoudiging van de financiering van meer integrale ambulante zorgvormen. Uit het technisch overleg dat de NZA rond de maatregel heeft georganiseerd, blijken instellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren de maatregel te steunen. Belangrijke overweging daarbij is dat de maatregel gewenste ontwikkelingen faciliteert, maar het speelveld zelf nadrukkelijk aan de aanbieders en verzekeraars laat.

Regeltechnische knelpunten of belemmeringen in termen van draagvlak worden door de geraadpleegde experts niet voorzien. Wel liggen potentiële barrières in de mogelijke consequenties van de maatregel voor de beschikbaarheid van de (ongeoordeelde) ABWZ-budgetten voor andere sectoren. Mede om reden van deze potentiële budgettaire consequenties heeft het Ministerie van VWS besloten de regeling vooralsnog uitsluitend voor 2011 toe te staan⁷. Voor 2012 en daarna wordt een voorbehoud gemaakt. De NZA is gevraagd eerst de gevolgen van de maatregel beter in beeld te brengen en oplossingen aan te dragen voor eventuele ongewenste consequenties.

In de raadplegingsronde is de vraag aan de orde gesteld in hoeverre de NZA-maatregel op termijn ook aanknopingspunten biedt voor meer inhoudelijke sturing, bijvoorbeeld door specifieke voorwaarden te verbinden aan de overheveling van de middelen en aan de besteding van die overgehevelde middelen. Geen van de geraadpleegde experts voorziet grote regeltechnische belemmeringen voor een dergelijk traject. De belangrijkste barrière zou volgens enkele geïnterviewden vooral gelegen kunnen zijn in de vraag in

⁷ Stand van zaken bij oplevering van deze rapportage.

hoeverre een dergelijke aanpak strookt met de actuele sturingsfilosofie in het algemeen (centrale rol voor de veldpartijen) en met de actuele bevoegdheden en beleidslijnen van de NZA in het bijzonder (zie ook paragraaf 5.3). Tegelijk zijn alle betrokkenen van mening dat het van belang is dat de vanuit de AWBZ overgehevelde middelen ook daadwerkelijk bijdragen aan de totstandkoming en uitbouw van een samenhangend ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (en bijvoorbeeld niet wegvloeien naar andere doelgroepen).

Stimuleringsmaatregelen – voornemens beddenafbouw en herbestemming van intramurale middelen

Een tweede mogelijk aangrijpingspunt voor beleid bestaat uit de beddenafbouw op zich c.q. de actuele voornemens daartoe in het veld en bij de overheid. In de raadplegingsronde is met name kort verkend in hoeverre de afbouw van intramurale capaciteit mogelijkheden biedt en middelen kan genereren voor stimuleringsmaatregelen met betrekking tot de totstandkoming van een samenhangend, ambulant ondersteuningsaanbod van de doelgroep.

Actuele motieven voor beddenafbouw (niet alleen vanuit het AWBZ-segment, maar ook vanuit het ZVW-segment) zijn tweërlei: verhoging van de kwaliteit van zorg en verlaging van de kosten. Bij laatstgenoemd motief wordt er veelal op gewezen dat er vooral kansen liggen voor verlaging van de totale *maatschappelijke* kosten aan de doelgroep, mits de afbouw daadwerkelijk bijdraagt aan een meer maatschappelijke georiënteerde ondersteuning, een hogere participatiegraad van betrokkenen en daarmee aan een hoger maatschappelijk en economisch rendement van de geboden ondersteuning. Dat vraagt om een herinvestering van de vrijkomende zorgmiddelen in de doelgroep. Het vraagt ook om investeringen in een intensieve, structurele en goed gecoördineerde samenwerking tussen de GGZ en verscheidene maatschappelijke voorzieningen in de regio (zie hoofdstuk 3).

Voor een groot deel, maar vermoedelijk niet voor het gehele vrijkomende intramurale budget, is herinvestering in de directe, ambulante zorg gewenst (zie verder). Een optie is om een eventueel restbudget in te zetten voor stimuleringsmaatregelen gericht op de ontwikkeling van de noodzakelijke regionale infrastructuur voor maatschappelijk participatie c.q. op de ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen die mensen met ernstige psychische aandoeningen in de gelegenheid stellen niet alleen zelfstandig te wonen maar ook sociaal en maatschappelijk te participeren. Voor wat betreft de voorwaarden voor financiering van projecten vanuit een dergelijk stimuleringsfonds valt te denken aan criteria met betrekking tot 'smart' geformuleerde doelstellingen (met name rond participatie), de betrokkenheid van relevante regionale partijen op het gebied van wonen, werk, onderwijs en welzijn, de (financiering van de) inbreng van regionale cliëntenorganisaties en een duidelijke regievoering (netwerkcoördinator) met mandaat van de deelnemende partijen.

Het algemene oordeel zoals dat uit de raadplegingsronde naar voren komt is dat het breed gedragen voornemen om te komen tot beddenafbouw, een goed aangrijpingspunt biedt voor de invoering van één of meer stimuleringsmaatregelen rond de totstandkoming van een 'includerende' regionale infrastructuur voor (maatschappelijke) ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. De indruk wordt onderschreven dat bij ambulantisering, ook als budgetten direct worden geherinvesteerd in ambulante zorg

voor de betreffende doelgroep, voldoende middelen voor een effectieve en substantiële stimuleringsmaatregel overblijven⁸. Direct betrokkenen constateren ook dat een dergelijke maatregel goed aansluit bij het recente standpunt van het College voor Zorgverzekeringen over casemanagement in de GGZ (CVZ, 2011). In het CVZ-standpunt wordt met name geconstateerd dat casemanagement vraagt om inbedding in een lokale zorginfrastructuur. Dat vraagt ook om investeringen die echter, vanwege de daarmee gemoede kosten, niet vanzelf plaats vinden, aldus het CVZ. Een stimuleringsmaatregel zou kunnen helpen die investeringen te bevorderen. Ook wordt in de raadplegingsronde geopperd om aan een eventuele stimuleringsmaatregel een monitorsysteem ('monitor ambulantisering') te koppelen, waarmee de uitvoering en effectiviteit van de maatregel in de regionale praktijk kan worden gevolgd.

Betrokkenen achten stimuleringsmaatregelen in principe ook haalbaar⁹. Kanttekening die enkelen daarbij maken is of, met het oog op actuele beleidslijnen en bevoegdheden, een NZA-beleidsregel de aangewezen weg is. Enkele geïnterviewden geven in overweging om te bezien in hoeverre een stimuleringsfonds direct vanuit de begroting van het Ministerie van VWS gevoed zou kunnen worden, bijvoorbeeld vanuit een korting op het niet-premie gefinancierde deel van de inbreng in het AWBZ-fonds. Specifieke korting op de contracteerruimte voor het intramurale deel behoort volgens betrokkenen tot de regeltechnische mogelijkheden. Een andere optie voor de financiering van een stimuleringsfonds is een heffing op intramurale overcapaciteit. Kanttekening die in de raadplegingsronde bij deze optie wordt geplaatst is dat daarvoor tevens een normering van bedden capaciteit vereist is (zie verder).

In zijn algemeenheid wordt ook vanuit de bestuursorganen gesignaleerd dat het zinvol is om met vertegenwoordigers vanuit het veld te bezien hoe de 'prikkelstructuur' zodanig aangescherpt kan worden dat lokale good practices op het gebied van regionale regie en samenwerking, navolging krijgen in de rest van het land. Geconstateerd wordt echter ook dat een eventuele stimuleringsmaatregel om een gedegen uitwerking en uitvoeringstoets vraagt, met aandacht voor de exacte (voor de GGZ als geheel budgetneutrale) financiering ervan, de criteria voor subsidieverstrekking en de borging van de met de stimuleringsmaatregel geboekte resultaten.

Structurele maatregelen - kostprijscalculaties integrale ondersteuning

Een derde aangrijppingspunt voor beleid, aansluitend bij de in het vorige hoofdstuk genoemde *structurele* maatregelen, bestaat uit de diverse verkenningen die momenteel plaatsvinden naar de mogelijkheden van een eenduidige financiering (vanuit verschillende kaders) van brede, intensieve ambulante zorgvormen op individueel niveau (in het bijzonder (F)ACT). Gemeenschappelijk aan die verkenningen is het streven om te komen tot geïntegreerde financiering door middel van een integraal bedrag per cliënt. Een dergelijke geïntegreerde financiering komt tegemoet aan de behoefte aan eenduidige financiering voor meer geïntegreerde zorgvormen. Het biedt tegelijk aanknopingspunten voor een aantal van de in het onderzoeksrapport genoemde aanvullende voorstellen om de samenhang en de coördinatie in de zorg van mensen met ernstige psychische aandoen-

⁸ Een aantal geïnterviewden pleit ervoor om niet het volledige 'restbudget' te bestemmen voor een stimuleringsmaatregel, maar een deel te reserveren voor een kwaliteitslag in de intensive care.

⁹ Enkele geïnterviewden verwijzen in dit verband naar opzet en impact van het voormalige zorgvernieuingsfonds.

ningen te bevorderen, met name op het niveau van individuele ondersteuningstrajecten. Zo zou aan een geïntegreerde financiering een aantal aanvullende eisen gesteld kunnen worden met betrekking tot, bijvoorbeeld, de rehabilitatie- en herstelgerichtheid van de te financieren zorg, de inbreng van cliënten zelf, de inbedding van de zorg in de wijk en de invulling van de zorgcoördinatie.

In de raadplegingsronde blijkt een breed draagvlak te bestaan voor een verdere verkenning van een integrale bekostiging van de ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij pleiten sommige experts ervoor om die verkenningen in eerste instantie te beperken tot de AWBZ en de ZVW. Anderen menen dat een dergelijke maatregel (op termijn) ook de ondersteuning vanuit andere financieringskaders zou moeten incorporeren (in het bijzonder vanuit de WMO). De overweging bij dat laatste standpunt is dat de WMO mogelijk een steeds belangrijker rol voor de doelgroep gaat vervullen wanneer voorzieningen vanuit de ABWZ naar het gemeentelijke domein worden overgeheveld¹⁰.

Uit de raadplegingsronde komt ook naar voren dat integrale bekostiging van integrale zorg alleen mogelijk is, als aan een aantal voorwaarden is voldaan. Tot die voorwaarden behoren (zie ook CVZ, 2011; Dekker en Ceresa, 2011):

- Explicitering van de kenmerken van de doelgroep die voor integrale bekostiging in aanmerking komt (instroomcriteria).
- Een betrouwbare inschatting van de omvang van de doelgroep.
- Explicitering van de eisen waaraan de integrale ondersteuning dient te voldoen.
- Een calculatie van de gemiddelde kosten van de integrale ondersteuning.
- Een calculatie van het aandeel van de verschillende financieringskaders in de integrale ondersteuning.

In de raadplegingsronde wordt erop gewezen dat de uitwerking van deze voorwaarden nog de nodige uitdagingen met zich mee zal brengen, maar ook dat er al diverse initiatieven bestaan om die voorwaarden te realiseren. Kostprijscalculaties van integrale ondersteuning (in het bijzonder van (F)ACT) zijn inmiddels voorhanden. Ook met betrekking tot het aandeel van de verschillende financieringskaders in de uitgaven aan integrale ondersteuning zijn gegevens beschikbaar. Voor het expliciteren van de eisen waaraan de integrale ondersteuning dient te voldoen, zijn inmiddels ook voldoende inzichten voorhanden. Punt van overweging met betrekking tot laatstgenoemde voorwaarde zal vooral zijn hoe het juiste evenwicht te vinden tussen waarborgen voor goede en samenhangende zorg enerzijds en ruimte voor flexibiliteit en bestedingsvrijheid anderzijds. Een belangrijke uitdaging zal verder vooral liggen in het expliciteren van de kenmerken en omvang van de doelgroep. Daarbij gaat het niet uitsluitend om een vraag naar harde gegevens en waarborgen, maar ook om de vraag naar de gewenste reikwijdte van een eventuele maatregel.

Wat betreft de concrete uitvoering van de maatregel wordt door sommige geïnterviewden nadrukkelijk gepleit voor een aanpak die zo min mogelijk ingrijpt in de bestaande regelgeving en procedures. Dat is volgens betrokkenen ook goed mogelijk. Gedacht wordt

¹⁰ Geïntegreerde bekostiging sluit ook voor een belangrijk deel aan bij de analyses van het CVZ in het eerder genoemde rapport over casemanagement (CVZ, 2011). Ook het CVZ signaleert dat bekostiging van casemanagement in de praktijk veelal problematisch is, omdat middelen vanwege het 'integrale' karakter van de voorziening vanuit verschillende financieringskaders bijeengebracht moeten worden (zie ook Peeters e.a., 2011).

bijvoorbeeld aan het reserveren van een gezamenlijk, integraal budget vooraf, met afrekening van de feitelijke productie binnen elk van de afzonderlijke financieringskaders achteraf. Van de zijde van de bestuursorganen wordt opgemerkt dat tevens helder dient te blijven wie verantwoordelijk is voor de kostenbeheersing.

5.3 *Haalbaarheid*

De resultaten van de aanvullende raadplegingsronde wijzen erop dat er draagvlak bestaat in het veld en bij de bestuursorganen voor een nadere verkenning van enkele aanvullende landelijke maatregelen ter bevordering van de samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Betrokkenen zien concrete aangrijpingspunten in actuele voorstellen voor het wegnemen van financiële schotten tussen de AWBZ en ZVW, in de daarmee samenhangende voornemens tot beddenafbouw en ambulantisering en in actuele pogingen om te komen tot integrale kostprijsberekeningen voor de ondersteuning aan de doelgroep.

Concreet luidt de suggestie vanuit de aanvullende raadplegingsronde om enkele werkgroepen te formeren, bestaande uit vertegenwoordigers van de relevante veldpartijen en bestuursorganen, en elk van deze werkgroepen de opdracht te geven één van de boven beschreven beleidsopties uit te werken, inclusief een uitvoeringstoets en een pilot. Een mogelijkheid is om daarbij te kiezen voor een gefaseerde aanpak, waarbij allereerst wordt ingezet op uitwerking en invoering van faciliterende maatregelen in de lijn van de recente NZA-voorstellen en waarbij, al naar gelang de impact daarvan en de vorderingen in het veld, besloten wordt om al dan niet over te gaan op meer gerichte stimuleringsmaatregelen en tot structurele, integrale bekostigingsmaatregelen. Enkele experts pleiten nadrukkelijk voor een voortvarender aanpak (een korte 'transitiefase'), bijvoorbeeld door, onder centrale regie, de verschillende maatregelen in een aantal parallelle trajecten uit te werken en te toetsen. Leidende gedachte daarbij is dat de maatregelen elkaar niet uitsluiten, maar aanvullen.

In het algemeen bestaat bij de geraadpleegde experts de indruk dat de operationalisaties van de voorgestelde faciliterende maatregelen, stimuleringsmaatregelen en eventueel ook structurele maatregelen relatief eenvoudig kunnen blijven. Voor zover kanttekeningen geplaatst worden bij de haalbaarheid van aanvullende maatregelen, hebben die niet zozeer betrekking op de technische aspecten, maar op de vraag hoe die maatregelen zich verhouden tot de vigerende sturingsfilosofie van de rijksoverheid. Zonder de zinvolheid en haalbaarheid van de maatregelen op zichzelf ter discussie te stellen, werpen enkele geïnterviewden de vraag op in hoeverre aanvullende overheidsmaatregelen passen in het beleid van zelfsturing door het veld, met de centrale regierol voor de zorgverzekeraars. Andere experts zijn hier optimistischer over. Zij wijzen erop dat de sturingsfilosofie geen doel op zich is. Maar vooral ook wordt gesignaleerd dat de kern van de maatregelen juist gelegen is in het versterken van het zelfoplossend vermogen van het veld, in het maximaal gebruik maken en het optimaliseren van de bestaande systeemprikkels en in het zetten van nieuwe stappen in de richting van het bekostigen van prestaties in plaats productie. In dit opzicht passen de maatregelen heel goed in het bestaande stelsel, zo luidt het, en dragen ze elk voor zich bij aan het realiseren van de centrale doelstellingen ervan.

6 Conclusies

Het nieuwe financieringsstelsel voor de GGZ heeft de vraagstukken van samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen actueel gemaakt. Aandacht voor knelpunten bij en mogelijke oplossingen voor het realiseren van een samenhangend ondersteuningsaanbod voor deze groep bestaat echter al langer. Die aandacht is verbonden aan een streven naar sociale inclusie en naar de daarvoor benodigde deinstitutionalisering. Dit streven impliceert dat de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen niet meer vanuit één plek, instelling of sector wordt geboden, maar dat meer partijen betrokken raken bij de ondersteuning rond wonen, dagbesteding, psychisch welzijn, sociale contacten, lichamelijke gezondheid en werk.

De actuele situatie blijkt dan ook voor een belangrijk deel het resultaat van een aantal reeds langer lopende ontwikkelingen en voortschrijdende inzichten op het niveau van respectievelijk de samenhang en coördinatie in individuele ondersteuningstrajecten, regionale samenwerking en regie en landelijk aansturing en regelgeving. Anno 2010 zijn de belangrijkste opbrengsten van die ontwikkelingen als volgt samen te vatten.

Opbrengsten met betrekking tot samenhang en coördinatie in individuele ondersteuningstrajecten:

- Een toegenomen evidentie voor de zorginhoudelijke benaderingen van rehabilitatie en herstel. Kenmerkend voor deze benaderingen is onder andere een brede, ‘integrale’ blik van hulpverleners op de problemen, behoeften en sociale omstandigheden van de cliënt, gekoppeld aan het centraal stellen van diens ervaringen, wensen en voorkeuren.
- Steeds bredere verspreiding van de principes en werkwijzen van rehabilitatie en herstel in lokale GGZ-voorzieningen en opleidingen.
- Toegenomen wetenschappelijke evidentie voor de integrale benadering van de ACT-teams (Assertive Community Treatment) en de FACT-teams (Functie ACT). Kenmerkend voor deze hulpvormen is dat zorgcoördinatie geen losstaande functie is, maar integraal onderdeel van de taken van een team dat op een breed front zelf hulp biedt en daarnaast waar nodig aanvullende hulp en ondersteuning door anderen organiseert. Kenmerkend is verder de zo nodig intensieve begeleiding, de continuïteit van die begeleiding (zo nodig permanente zorg), de teamverantwoordelijk, een transmurale werkwijze en zorg in de wijk en bij de cliënt thuis.
- Steeds bredere invoering van ACT en FACT voor de meest kwetsbare cliënten, anno 2010 resulterend in circa 100 teams die gezamenlijk circa 17.000 cliënten bedienen.
- Toegenomen evidentie voor de aan rehabilitatie en aan de principes van de integrale teams gelieerde methodiek van Individual Placement and Support (IPS), gericht op de arbeidsintegratie en –ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- Voorzichtige invoering van IPS in Nederland.

Opbrengsten met betrekking tot lokale en regionale samenwerking en regie:

- De totstandkoming van uiteenlopende, lokale en regionale samenwerkingsprojecten, waaronder:

- Regionale ‘werktafels’, ‘veldtafels’ of ‘ronde tafeloverleggen’ waarin hulpverleners van verschillende instellingen gezamenlijke casusbesprekingen voeren en cliënten naar de juiste zorg of ondersteuning toeleiden.
- Regionale maatschappelijke steunsystemen, te definiëren als ‘gecoördineerde netwerken van personen, diensten en voorzieningen, waarvan mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf deel uitmaken en die hen op verschillende manieren ondersteunen om in de samenleving te participeren’. Een recente, landelijke inventarisatie kwam tot een totaal van tien ‘volwaardige’ regionale maatschappelijke steunsystemen in Nederland.
- Enkele lokale initiatieven van financiers (gemeenten en zorgkantoren) en aanbieders om te komen tot gecoördineerde, gezamenlijke zorgtoewijzing over de grenzen van de verschillende financieringskaders heen.
- Enkele lokale initiatieven van financiers en aanbieders om te komen tot gezamenlijke, gecoördineerde zorginkoop ten behoeve van de doelgroep, over de grenzen van de verschillende financieringskaders heen.
- Een landelijk samenwerkingsproject van de koepels van regionale samenwerkingspartners en financiers onder de noemer van *Herstel en Burgerschap*.

Opbredingen met betrekking tot landelijke aansturing en regelgeving:

- Het stimuleringsprogramma voor de ontwikkeling van zorgstandaarden voor mensen met chronische aandoeningen; ter onderbouwing van multidisciplinaire zorg en inkoop van ketenzorg door middel van ketencontracten.
- Algemene beleidsvoornemens met betrekking tot zorgnetwerken dicht bij huis (in de wijken).
- Het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg, waarin de verplichting aan zorgaanbieders is opgenomen om samen te werken aan een samenhangend ondersteuningsaanbod.

Actuele aandachtspunten

Veel is inmiddels bereikt en veel is in ontwikkeling. In de nieuwe beleidscontext blijken zich echter ook een aantal actuele aandachtspunten, knelpunten en risicofactoren aan te dienen met betrekking tot de samenhang en coördinatie van mensen met ernstige psychische problemen.

Actuele aandachtspunten met betrekking tot de samenhang en coördinatie in individuele ondersteuningstrajecten:

- Het gedachtegoed van de ‘integrale’ en cliëntgerichte rehabilitatiebenadering raakt steeds breder verspreid, maar in de dagelijkse praktijk van de GGZ beperkt het perspectief van hulpverleners zich nog te vaak tot alleen de psychische aandoening van de cliënt. Instellingsbeleid en regelgeving dragen daar soms toe bij.
- Het aantal (F)ACT- teams groeit, maar de teams stuiten in de afgelopen jaren ook op financieringsproblemen. Dat geldt in nog sterkere mate voor IPS. Invoering daarvan blijft daardoor achter.
- ACT en FACT bieden een beproefd antwoord op het coördinatievraagstuk, maar een zeer ruime meerderheid van de doelgroep ontvangt andere, minder intensieve en minder ‘integrale’ vormen van ondersteuning. Ook voor deze groep is veelal een meer of minder intensieve vorm van regie en zorgcoördinatie nodig. Zo mogelijk vervult de cliënt zelf die rol. In veel gevallen is er behoefte aan een coördinerende professional of een coördinerend professioneel team.

- De samenwerkingsbereidheid tussen hulpverleners op uitvoerend niveau is doorgaans groot, maar uitvoering van de coördinatorrol is vrijblijvend en daardoor niet vanzelfsprekend. De coördinatorrol wordt niet altijd opgepakt. In andere gevallen vervullen juist meer hulpverleners een coördinatorrol, maar ieder voor een eigen deelsector c.q. een apart levensgebied van de cliënt.
- Zeggenschap en mandaat over de beschikbaarheid en de aard van de voor individuele trajecten benodigde ondersteuning, zijn versnipperd.
- Cliënten met langdurige psychische aandoeningen zien naar eigen zeggen de samenhang in de ondersteuning die zij ontvangen met name verloren gaan ten gevolge van relationele discontinuïteit. Die relationele discontinuïteit is vaak groot, vooral bij transities tussen sectoren of instellingen, maar soms ook binnen lopende trajecten.

Actuele aandachtspunten met betrekking tot regionale samenwerking en regie:

- Ook op lokaal en regionaal niveau ontbreekt het aan een vanzelfsprekende initiatiefnemer, regievoerder, 'probleemeigenaar' of eindverantwoordelijke voor een samenhangend ondersteuningsaanbod. Dat maakt de totstandkoming van regionale samenwerking vrijblijvend en niet vanzelfsprekend. Dat zorgt ook voor grote regionale verschillen, ook in de aard en doelstellingen van eventuele samenwerkingsprojecten.
- Ook het samenwerkingsklimaat is sterk afhankelijk van lokale omstandigheden (en persoonlijke netwerken). Er zijn veel goede voorbeelden van lokale samenwerking, maar in andere regio's groeit de neiging bij instellingen om zich terug te trekken op het eigen domein.
- Elk van de voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen relevante partijen kent een ander werkgebied c.q. verzorgingsgebied. Het ontbreekt aan een eenduidige regio-indeling voor het maken van samenwerkingsafspraken of gezamenlijke, regionale beleidsplannen.
- Partijen die een regionale regierol willen vervullen, ontberen mandaat.

Actuele aandachtspunten met betrekking tot de landelijke aansturing en regelgeving:

- Gespreide financiering van de GGZ en van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in bredere zin, zorgt voor spreiding van deelverantwoordelijkheden. Dat is ten dele onvermijdelijk, gegeven het streven naar brede ondersteuning ten behoeve van sociale inclusie. Belangrijk is vooral dat elk van de relevante partijen hun deelverantwoordelijkheden oppakken. De voorwaarden daarvoor zijn nog niet aanwezig:
- Verantwoordelijkheden rond (de samenhang en coördinatie van) de zorg en maatschappelijke ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn gedecentraliseerd naar gemeenten en verzekeraars. Dat is volgens sommigen niet gepaard gegaan met evenredige verplichtingen. Van de landelijke kaders gaat slechts een beperkte impuls uit om op lokaal niveau de krachten te bundelen voor een goed en samenhangend lokaal ondersteuningsaanbod.
- In het veld wordt een tegenstrijdigheid ervaren tussen de oproepen van de overheid tot samenwerking en de prikkels tot concurreren. Ook dit draagt bij aan een gevoel van vrijblijvendheid als het gaat om samenwerking en aan grote verschillen in de regionale ontwikkelingen.
- Een grote verantwoordingsdruk op uitvoerend niveau beperkt de voor samenwerking en voor samenhangende zorg benodigde manoeuvreerruimte.

Suggesties voor aanvullende maatregelen

Veel is inmiddels bereikt, maar er is ook nog veel ruimte te zijn voor verbeteringen in de samenhang en de coördinatie van de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Om te beginnen kunnen veldpartijen (aanbieders en financiers) en hun koepelorganisaties zelf nadrukkelijker de reeds bestaande, positieve praktijkontwikkelingen faciliteren en stimuleren en de reeds bestaande 'good practices' en veelbelovende initiatieven breder gaan uitzetten. De belangrijkste suggesties in de richting van de veldpartijen zijn:

- Nadrukkelijker inbrengen van het cliëntenperspectief en cliëntervaringen in de vormgeving van het ondersteuningsaanbod van de instellingen.
- Verdergaande implementatie van rehabilitatie- en herstelgerichte zorg in de GGZ-instellingen.
- Vergroten van de aandacht voor rehabilitatie en herstelgerichte zorg in de opleidingen.
- Verdergaande invoering van integrale zorgteams, zoals ACT en FACT en van interventies als IPS.
- Ontwikkeling van nieuwe werkwijzen rond continuïteit en transitie in de zorg (persoonlijke overdrachten).
- Verdere ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen, 'netwerkorganisaties' en wijkgerichte werkwijzen.
- Verdere ontwikkeling van ketensamenwerking tussen financiers (gezamenlijk zorginkoop).
- Inzetten op lokale en regionale beleidsontwikkeling en regievoering.
- Verdere ontwikkeling van de landelijke samenwerking tussen vertegenwoordigers en koepels van lokale en regionale partijen (vergelijk het project *Herstel en Burger-schap*).

Naast inspanningen vanuit het veld zelf, verdient een aantal aanvullende, landelijke maatregelen overweging. Daarbij gaat het om faciliterende maatregelen, stimuleringsmaatregelen en meer structurele bekostigingsmaatregelen.

Suggesties voor faciliterende overheidsmaatregelen.

- Vergroten van de regelruimte en experimenteeruimte, bijvoorbeeld door het
 - Mogelijk maken van overheveling van middelen tussen financieringskaders (in het Bijzonder ABWZ en ZVW).
 - Harmoniseren van de voorwaarden en verantwoordingsverplichtingen rond enkele van de voor de ondersteuning van de doelgroep belangrijkste wettelijke kaders.

Suggesties voor landelijke stimuleringsmaatregelen

- Invoering van financiële prikkels (bonusregelingen, stimuleringsfondsen of tariefverhogingen) voor gewenste praktijkontwikkelingen en voor de bredere implementatie van de eerder genoemde good practices, waaronder
 - Implementatie van rehabilitatie- en herstelgerichte zorg en van integrale zorg teams.
 - Regionale samenwerking in het kader van maatschappelijke steunsystemen, gezamenlijke zorginkoop, lokale en regionale beleidsontwikkeling en regievoering.
 - De inbreng van het cliëntenperspectief en cliëntervaringen in de vormgeving van het ondersteuningsaanbod op instellings-, regionaal en landelijk niveau.

- Stimuleren van landelijke normering rond verschillende van de bovengenoemde activiteiten en voorzieningen, in het bijzonder
 - De regionale beschikbaarheid en financiering van ACT, FACT en IPS.
 - Certificering van het betreffende aanbod.
 - De implementatie van zorgpaden en richtlijnen.
 - De toerusting en financiering van regionale cliëntenorganisaties.

Suggesties voor structurele bekostigingsmaatregelen:

- Koppeling van een gemandateerde regierol c.q. coördinatorrol aan integrale bekostiging
- Regionale variant: invoering van één gemandateerde regionale regievoerder door middel van:
 - Een geformaliseerde regio-indeling, op het schaalniveau van de centrumgemeenten.
 - Een geformaliseerde opdracht aan de relevante partijen in de regio om in onderlinge samenwerking te komen tot een samenhangend ondersteuningsaanbod aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.
 - Aanwijzing van een regievoerder die tevens beheerder is van een voor deze doelgroep (c.q. een aantal te onderscheiden subgroepen) bestemd regionaal budget, samengesteld uit de verschillende, voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen relevante financieringskaders.
- Geïndividualiseerde variant: invoering van één gemandateerde coördinator per cliënt(systeem) door middel van:
 - Een geformaliseerde coördinatorfunctie voor individuele cliënten (of cliëntsystemen) over de grenzen van de verschillende sectoren en financieringskaders heen.
 - Koppelen van de geformaliseerde coördinatorfunctie aan een sectoroverstijgend budget, waarvan de middelen afkomstig zijn uit de verschillende voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen relevante financieringskaders.
 - Toewijzing van de coördinatorrol afhankelijk stellen van de actuele situatie: a. waar mogelijk aan cliënt(systeem) zelf; b. in andere gevallen aan instantie of hulpverlener die het nauwst bij de dagelijkse ondersteuning van de cliënt betrokken is; c. aan integraal team (ACT of FACT) ingeval van indicatie voor integrale zorg.
 - Geformaliseerde coördinatorrol verbinden aan een aantal taken en kwaliteitseisen.

Voor een nadere prioritering en uitwerking van mogelijke, aanvullende overheidsmaatregelen dienen zich een aantal concrete aangrijpingspunten aan. Die aangrijpingspunten liggen met name in verkenningen van de NZA naar de mogelijkheden om te komen tot een meer flexibele uitwisseling van middelen tussen AWBZ en ZVW (aangrijpingspunt voor faciliterend beleid); actuele voornemens van zowel veldpartijen als de overheid om te komen tot een reductie van bedden in de GGZ (aangrijpingspunt voor - en middelen ten behoeve van - stimuleringsbeleid); en actuele verkenningen van de totale kostprijs van en het aandeel van de afzonderlijke financieringsbronnen in integrale, samenhangende ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (aangrijpingspunt voor structurele bekostigingsmaatregelen). Tegen deze achtergrond beschouwen experts aanvullende maatregelen binnen elk van de drie beleidsvarianten als haalbaar en congruent met de ontwikkeling van het bekostigen van productie naar het bekostigen van prestaties. Wel wordt met name voor eventuele stimuleringsmaatregelen en structu-

rele bekostingsmaatregelen een gedegen voorbereidingstraject bepleit, inclusief uitvoeringstoets en pilot. Daarbij kunnen de resultaten van deze trajecten aan samenhang en effectiviteit winnen wanneer ze, samen met reeds bestaand beleid en inzichten vanuit reeds ontwikkelde good practices, onderdeel gaan uitmaken van een breder beleidskader, waarbinnen de deelbelangen van de afzonderlijke partijen nadrukkelijker in overeenstemming worden gebracht met het algemene maatschappelijke en economische belang van een samenhangend ondersteuningsaanbod voor mensen met meervoudige ondersteuningsbehoeften in het algemeen en mensen met ernstige psychische aandoeningen in het bijzonder.

Bijlage I Literatuur

Algemene Rekenkamer (2010). *Afstemming in de zorg rond chronische aandoeningen; Terugblik 2010*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Anthony W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 11-23.

Bergen, A.-M. van, A. Poll en B. Venneman (2010). *Naar robuuste netwerken. Keten-overstijgende samenwerking OGGZ/Huiselijk geweld/Jeugd/Veiligheid*. Utrecht, Gouda: Movisie, Venneman.

Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boer, M. de, N. Adrichem, R. van Veldhuizen (2008). Financiering. In: R. v.Veldhuizen et al (red). *Handboek FACT*, 239-251. Enschedé: De Tijdstroom.

Bond, G.R., R.E. Drake, K.T. Mueser et al (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes* 9 (3),142-157.

Bransen E., L. Hulsbosch, S. Nicholas, J. Wolf (2003). *Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg. Deelstudie in het kader van de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de Staat van de Gezondheidszorg 2003. Ketenzorg voor chronisch zieke mensen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Burns, T., J. Catty J, M. Dash et al (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal* 2007; 335: 336-342.

Carling, P.J. (1995). *Return to the community: building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York/London: Guilford Press.

College voor Zorgverzekeringen (2009). *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties ZVW*. Diemen: CVZ.

College voor Zorgverzekeringen (2011). *Casemanagement*. Diemen: CVZ.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010). *Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: ZonMw.

Crowther, R., M. Marshall, G. Bond, P. Huxley (2001). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane review)*. In: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford: Update Software.

CZ (2010). *Schriftelijke marktconsultatie CZ Zorgkantoren*.

Dekker, O. en B. Ceresa (2011). *Transitie naar structurele financiering van FACT*. Lezing tijdens het congres 'Van bed naar beter in de buurt', Goirle, 2 maart 2011.

Delespaul, P.A.E.G. (2009). Planning van wijkgerichte integrale zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen op basis van (F)ACT. In: N. Mulder en H. Kroon (red.). *Assertive*

Community Treatment. Bemoedzorg voor patiënten met complexe problemen, 103-126. Amsterdam: Boom.

Dieterich M., C.B. Irving, B. Park, M. Marshall (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2.

Dijk, S. van, A. Knispel, J. Nuijen (2010). *GGZ in tabellen 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Dill, A.E.P. & D.A. Rochefort (1989). Coordination, continuity and centralized control: a policy perspective on service strategies for the chronically mentally ill. *Journal of Social Issues* 4 (3), 145-59.

Dröes, J. (2005). Rehabilitatie: het verbindend principe in het nieuwe zorgstelsel. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 60 (10), 1008-1017.

Eén gezin, één plan: coördinatie van zorg (2010). www.samenwerkenvoordejeugd.nl

Essock, S.M., K.T. Mueser, R.E. Drake et al (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services* 57,185-196.

European Observatory on Health Systems and Policies (2009). *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Fabricotti, I.N. (2007). *Zorg voor zorgketens: integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

GGZ Nederland (2010). *Werkconferentie over het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht, 23 juni 2010.

Giesen, F., N. van Erp, J. van Weeghel et al (2007). De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49 (9), 611-621.

Graaf, R. de (in voorbereiding). *Opkomen voor regionale GGz-belangen. Analyse ten behoeve van (de organisatie en financiering van) GGz-belangenbehartiging op decentraal niveau*. Utrecht: Voice / LPGGZ.

Heineke, D., R. van der Veen. N. Kornalijslijper (2005). *Handreiking ketensamenwerking in de WMO. Maatschappelijke ondersteuning in samenhang*. Utrecht/Den Haag: NIZW/SGBO.

Hoof, F. van, J. van Weeghel, H. Kroon (2000). Community care: Exploring the priorities of clients, mental health professionals and community providers. *International Journal of Social Psychiatry* 46, 208-219.

Hoof, F. van, K. Geelen, S. van Rooijen, J. van Weeghel (2004). *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Monitorrapportage vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, J. Vijselaar, L. Fotiades, J. Hasker (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel I. Organisatie, structuur en financiering. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, A. Knispel, J. Vijselaar (2009a). *Tendrapportage GGZ 2009. Nieuwe financieringskaders voor de GGZ. Themarapportage*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, A. Knispel, B. van Wijngaarden, I. Kok (2009b). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, A. Knispel, J. Vijselaar et al (2010). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel I. Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ (2010). Den Haag: Inspectie der rijksfinancien.

Janssen, R. (2010). *De zorgketen georganiseerd en gefinancierd*. Lezing op de conferentie 'Treatment of medically unexplained symptoms: integrated mental health care revisited', Tilburg, 19 november 2010.

Janssen, R. (2011). *De bekostiging van de GGZ: van 1.0 naar 4.0*. Lezing op de 'Invitational conference over DBC's', georganiseerd door het Nederlands Instituut van Psychologen, Utrecht, 28 januari 2011.

Jones, I.R., N. Ahmed, J. Catty, S. McLaren et.al. (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers. *Social Science & Medicine* 69, 632-639.

Johnson, S. & D. Prosser (1997). Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32,137-42.

Kasteleyn, W., H.-W. Klaassen, M. van Eijk (2010). Weer meedoen in Den Haag en Alkmaar. *Tijdschrift rehabilitatie* 19 (3), 52-61.

Ketensamenwerking kwetsbare personen Rotterdam. Ministerie van VWS, Ministerie van Justitie, Achmea, Zorgkantoor Rotterdam, Gemeente Rotterdam.

Klerk, M. de, R. Gilsing, J. Timmermans (red.) (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007 – 2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Knapp, M. en McDaid, D. (2007). Financing and funding mental health care services. In: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos & G. Thornicroft (ed.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, 60-99. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Knapp, M., McDaid, D., Amaddeo et al (2007). Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health* 16 (2), 167-180.

Kroon H. (1996). *Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Kroon H. & H. Henselmans (2000). Varianten van casemanagement en hun resultaten. In: Ed. G. Pieters en M. v.d. Gaag (red.) *Rehabilitatie-strategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Kroon, H. en N. Mulder (2009). *Assertive Community Treatment*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Lehman, A.F., R. Goldberg, L.B. Dixon et al (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 59, 165-172.

- Lemmens, K., L. van Hoey, M. Lenssen (2010). *Ketenbekostiging voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychisch aandoeningen. Een inventarisatie naar knelpunten en 'best practices'*. Den Haag: Plexus .
- Lindt, S.M. van der, J.S. Bokkem, S. Van Rooijen (2004). *Samenwerkingsmodel GGZ: rapportage van een studie naar OGGZ-samenwerking ten behoeve van 'zorgwekkende zorgmijders'*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Maas, M. en M. Planije (2010). *Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Rapportage 2009: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Marshall, M. & A. Gray (1998). *Case management for people with severe mental disorders*. The Cochrane Library.
- McDaid, D., G. Thornicroft (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- McDaid, D., M.D. Oliveira, K. Jurczak et al (2007). Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between the health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16 (2), 181-194.
- Medeiros, H. McDaid, D. Knapp, M. & the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.
- Michon, H., J. van Weeghel (1999). *Het werkdocument: een verkenning van arbeidsmogelijkheden van mensen met ernstige psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Michon, H., J. Van Weeghel (2008). *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 – 2007*. Utrecht, Den Haag: Trimbos-instituut, Kenniscentrum Rehabilitatie, ZonMw.
- Ministerie van VWS (2010). *Wetvoorstel Wet cliëntenrechten zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Morrissey, J.P. (1999). Integrating service delivery systems for persons with severe mental illness. In: A.V. Horwitz & T.L. Scheid (eds). *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories and systems*, 449-466, Cambridge University Press, New York.
- Movisie, Trimbos-instituut (2010). *Inventarisatie maatschappelijke steunsystemen in Nederland*. Utrecht: Movisie, Trimbos-instituut,
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Advies Knip GGZ versoepeld. Overheveling AWBZ-ZVW*. Utrecht: NZa.
- Peeters, J.M., A.L. Francke en A.M. Pot (2011). *Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in Nederland*. Utrecht: Nivel, Trimbos-instituut.
- Planije, M., M. Maas, W. Been (2010). *Monitor Stedelijk Kompas, 2009*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Provan K.G (1997). Services integration for vulnerable populations: Lessons from community mental health. *Family & Community health* 19, 19-30.
- PricewaterhouseCoopers (2010). *Brancheanalyse gezondheidszorg 2009*.

- Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* 6, 1-11.
- Shepherd, G. J. Boardman, M. Burns (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for mental health.
- Shepherd, G. J. Boardman, M. Burns (2009). *Implementing recovery. A methodology for organizational change*. London: Sainsbury Centre for mental health.
- Smits, C., H. Kroon, F. van Hoof et al. (2009). *Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors. Publicatie Monitor Langdurige Zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Steenbergen M. (1994). *Samenhang in de zorg als 'paradogma': een studie naar het vernieuwen van ouderenzorg*. Utrecht: SWP.
- Sytema, S., L. Wunderink, W. Bloemers et al (2007). Assertive Community Treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 116,105-112.
- Veldhuizen, J. R. van (2007a). FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal* 43, 4, 421-433.
- Veldhuizen, J.R. van (2007b). Bindende Zorg met de Functie ACT. In: C.J. Slooff, F. Withaar en M. van der Gaag (red). *Intensieve behandeling en begeleiding van mensen met een psychose*, p. 43-68. Den Haag: Schizofreniestichting.
- Veldhuizen, J. R. van, M. Bähler, D. Polhuis en J. van Os (red) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Veldhuizen, J. R. van, M. Bähler (2009). Het FACT model: ontwikkelingen en ervaringen. In: H. Kroon en N. Mulder (red): *Assertive Community Treatment*, p. 325 – 351. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Venneman, B. (2010). *Functiebeschrijving van de netwerkregisseur. Op weg naar een landelijke standaard*. Utrecht, Gouda: Movisie, Venneman.
- Vijsselaar, J., F. van Hoof, I. Kok (2009). Van lappendeken naar regionale integratie. Trends in organisatie en beleid in de GGZ, 1970-2000. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 64, 4, 223-238
- Vugt, M van, H. Kroon (2008). Onderzoek naar ACT en FACT. In: R. van Veldhuizen et al (red). *Handboek FACT*, 295-302. Utrecht: De Tijdstroom.
- Weeghel, J. van, F. van Hoof, H. Kroon (1997). *Thuis in de samenleving. Een verkenning van prioriteiten in het maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Weeghel, J. van, J.T.P.M. Dröes (1999). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 54 (2), 150-165
- Weeghel J. van, H. Kroon (2000). Maatschappelijke steunsystemen. In: G. Pieters en M. van der Gaag (red). *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke cliënten*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Weeghel, J. van, F. van Hoof (2001). *Zorg aan huis-projecten in de GGZ en hun externe samenwerkingsrelaties. Een onderzoek naar de afstemming en samenwerking tussen zorg aan huis-medewerkers en andere hulp- en dienstverleners*. Utrecht, Trimbos-instituut.

Wolf, J. (1994). Het leven en de leer. Over samenwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 49, 307-12.

World Health Organization (2008). *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization.

Bijlage II Panelleden veldonderzoek

Zorgaanbieders / zorgverleners

Mw. D. Kamstra, AMC, coördinator VIP ACT team voor jongeren met psychosen

Mw. D. van der Meer, UMCG, leidinggevende arbeid & dagbesteding

E. Blaauw, Verslavingszorg Noord Nederland, hoofd onderzoek en manager divisie forensische zorg

J. Zoeteman, GGD Amsterdam, psychiater bij Vangnet en Advies

J. Manders, GGZ Breburg, manager, betrokken bij DD, ACT en forensisch ACT

S. Zeegers, GGZ Oost-Brabant, stafmedewerker

Mw. M. Overdijk, Altrecht, manager Psychiatrie & Verslaving

J. W. van Zuthem, Kwintes, bestuurder

Mw. M. van Loon, SBWU, bestuurder

Mw. P. de Rijke, Forensische Psychiatrische Kliniek Assen, bestuurder

Clënten(vertegenwoordigers)

W. Brunenberg, Landelijk Platform GGZ, directeur

Mw. Y. van der Waal, Bezoekersraad Reakt, ondersteuner

Mw. P. van Buren, Zorgvragers Overleg GGZ Midden-Holland, directeur

S. Kemps, ClëntenBelang Utrecht, consulent GGZ

W. van der Linden, Ypsilon, ledenraadvertegenwoordiger; familieraad Mondriaan, voorzitter

Financiers

M. Potjens, Zorgverzekeraars Nederland, coördinator curatieve GGZ

J. van Corven, gemeente Eindhoven, beleidsontwikkelaar OGGZ

Mw. M. Vink, gemeente Utrecht, senior beleidsmedewerker maatschappelijke opvang en zorgstelsel

H. J. van der Lugt, Ministerie van Justitie, Hoofd Zorginkoop Dienst Justitiële Inrichtingen

Onafhankelijke deskundigen

Mw. A. van Bergen, Movisie, senior adviseur programma Hulpverlening en activering

Mw. E. Willemsen, Stichting Phrenos, programmacoördinator Bekostiging en Regelgeving

N. Mulder, Erasmus Medisch Centrum, hoogleraar OGGz

R. van Veldhuizen, onafhankelijk adviseur, psychiater

Bijlage III Geraadpleegde experts beleidsverkenning

H. Lieverdink, Nederlandse Zorgautoriteit, beleidsmedewerker

Mw. T. Verbeek, Nederlandse Zorgautoriteit, beleidsmedewerker

F. Hopman, College voor Zorgverzekeringen, beleidsmedewerker

Mw. H. van Diggelen, College voor Zorgverzekeringen, beleidsmedewerker

R. Janssen, Altrecht, bestuurder - Universiteit Tilburg, hoogleraar gezondheidseconomie

R. Laane, Uvit, accountmanager GGZ

W. Brunenberg, Landelijke Platform GGZ, bestuurder

N. Adrichem, GGZ Noord-Holland Noord, bestuurder

S. Zoutberg, GGZ Noord-Holland Noord, beleidsmedewerker

Mw. M. van Putten, GGZ Noord-Holland Noord, bestuurder

Bijlage IV Lijst van gebruikte afkortingen

ABWZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
ACT	Assertive Community Treatment
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DAC	Dagactiviteitencentrum
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
FACT	Function Assertive Community Treatment
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IPS	Individual Placement and Support
MHEEN	Mental Health Economics European Network
MO	Maatschappelijke Opvang
MSS	Maatschappelijk Steunstelsel
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RCO	Regionale Cliëntenorganisatie
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCZ	Wet Cliëntenrechten Zorg
WHO	World Health Organization
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
WWB	Wet Werk en Bijstand
ZVW	Zorgverzekeringswet

In het nieuwe financieringsstelsel voor de GGZ zijn mensen met psychische aandoeningen en meervoudige zorgbehoeften aangewezen op zorg vanuit verschillende financieringsbronnen. Dat roept actuele vragen op over de samenhang en de coördinatie van die ondersteuning. Eerdere ontwikkelingen in Nederland, maar ook internationaal, laten zien dat vraagstukken van coördinatie en samenhang niet nieuw zijn, maar verbonden zijn met een al langer bestaand streven naar deïstitutionalisering en naar sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

In dit rapport wordt beschreven hoe tot dusverre binnen en rond de zorg is geprobeerd om die samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen te optimaliseren. Daarbij gaat het om ontwikkelingen op het niveau van individuele ondersteuningstrajecten, lokale en regionale samenwerking en landelijke aansturing en regelgeving. Vastgesteld wordt dat al veel is gerealiseerd, maar dat er ook nog belangrijke knelpunten zijn. Ook wordt gesignaleerd dat er veel 'good practices' zijn aan te wijzen, maar dat de ontwikkeling en verspreiding daarvan gekenmerkt wordt door een grote mate van vrijblijvendheid. Op aanwijzing van een panel van vertegenwoordigers van relevante veldpartijen, worden suggesties gedaan voor de verdere verspreiding van de good practices binnen het veld zelf en voor aanvullende maatregelen vanuit de landelijke overheid.

Het rapport is opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.