

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2018

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ

2018

Utrecht, 2018

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Hans Kroon en Harry Michon

Auteurs

Hans Kroon

Harry Michon

Aafje Knispel

Lex Hulsbosch

Aniek de Lange

Jenny Boumans

Matthijs Oud

Met medewerking van

Harry van Haastrecht

Project-assistentie

Freeke Perdok

Met dank aan

De respondenten van de geënquêteerde instellingen

De leden van het panel Psychisch Gezien

De deelnemers aan de interviews

Vektis

Productie

Martin Fraterman

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel

Artikelnummer **AF1650**

© 2018, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Resultaten kernmonitor transities GGZ-voorzieningen	7
3	Resultaten peilingen panel Psychisch Gezien	13
4	De betekenis van arbeidsparticipatie volgens mensen met psychische aandoeningen	15
5	Conclusies en beschouwing	19
	Bijlagen	
	Deelonderzoek 1: Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen	23
	Deelonderzoek 2: Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik - Analyse van secundaire bronnen	57
	Deelonderzoek 3: Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg	85
	Deelonderzoek 4: Panel Psychisch Gezien – Behoefte aan betaald werk en de weg ernaartoe	119
	Deelonderzoek 5: Achterblijvende arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen - Perspectieven van panelleden en re-integratieprofessionals	141
	Samenstelling begeleidingscommissie	171
	Referenties	173
	Afkortingen	177

1 Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn in de afgelopen periode verschillende ingrijpende transities in gang gezet. Twee belangrijke daarvan zijn de ambulantisering van de GGZ en de hervorming van de langdurige GGZ (overheveling van voorheen vanuit de AWBZ gefinancierde onderdelen van de GGZ naar de Wlz en de Wmo). De transities moeten bijdragen aan betere en effectievere zorg en ondersteuning, met name van mensen met ernstige en/of langdurige psychische aandoeningen.

Ambulantisering betreft zowel een andere locus als een andere focus van de zorg. Internationale overzichtsstudies van deinstitutionalisering en ambulantisering laten een positieve balans zien van de opbrengsten voor cliënten en hun naasten, mits aan randvoorwaarden van samenhangende, voldoende intensieve ondersteuning en adequate prioritering van inzet en middelen wordt voldaan (bijv. Fioritti, 2018; Killaspy et al., 2018).

Succes op kortere termijn is veelvuldig gedemonstreerd op het niveau van concrete voorbeeldprogramma's van alternatieve huisvesting en intensieve ambulante begeleiding (bijv. Stein & Test, 1980; Leff, Trieman & Gooch, 1996). Geslaagde deinstitutionalisering *op systeemniveau* is een complexere opgave die een lange, consequent volgehouden beleidsinzet nodig heeft, gesteund door overheid, het professionele ondersteuningsnetwerk en met betrokkenheid van cliënten en hun naasten (Lamb & Bachrach, 2001; Shen, Eaton & Snowden, 2017). Er zijn internationale voorbeelden waar onvoldoende aan dergelijke randvoorwaarden werd voldaan (bijvoorbeeld recent: Freeman, 2018). Zonder adequate prioritering gingen de vrijgekomen middelen naar behandeling van mensen met relatief milde problemen in plaats van naar degenen met de grootste zorgbehoeften die niet meer of korter dan voorheen werden opgenomen (Adair et al., 2005; Davis et al., 2012).

Het in Nederland in 2012 ingezette beleid rond ambulantisering sluit aan bij de hierboven beschreven inzichten: naast deinstitutionalisering (in termen van beddenafbouw), ook verdere op- en uitbouw van ambulante zorg, met een meerjarige beleidshorizon.

Onderstaand is een niet uitputtende lijst procesindicatoren van voortschrijdende ambulantisering:

- Minder bedden
- Minder grootschaligheid (klinische zorg op een groot algemeen psychiatrisch ziekenhuis-terrein, groepswonen), meer kleinschalig (gevarieerd, op maat, individueel) wonen/verblijf in de samenleving
- Meer persoonlijke vrijheid: minder dwang- en drangtoepassing, minder gesloten bedden
- Een verschuiving van middelen van intramurale naar ambulante zorg
- Intensivering van ambulante zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning) als substitutie voor de afname van de intramurale plaatsen.
- De ambulante zorg is kwalitatief hoogwaardig en voldoet aan geldende relevante standaarden (voor zorgmodellen zoals FACT en IHT en zoals beschreven in standaarden over psychose, ernstige psychische aandoeningen en herstelondersteuning). Verantwoordelijkheden en samenwerking in de regio zijn in de praktijk zodanig georganiseerd dat iedereen toegang heeft en kan krijgen tot passende zorg en mensen niet tussen wal en schip vallen.

Het ambulantiseringsbeleid in Nederland heeft positieve ambities. De afbouw van verblijfs capaciteit is geen doel op zich, maar beoogt een verbetering voor mensen met psychische aandoeningen in termen van:

- Toegenomen kwaliteit van leven
- Herstel(-mogelijkheden)
- Mogelijkheden om een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden
- Sociale inclusie en vermindering van publiek stigma

Het ministerie van VWS hecht eraan om de transities en de resultaten daarvan goed te kunnen volgen, en heeft het Trimbos-instituut daarom gevraagd de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Eind 2015 verscheen de eerste monitorrapportage. Voorliggend rapport beschrijft de resultaten van de vierde meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA).

De LMA 2018 bestaat uit de volgende onderdelen:

- Kernmonitor transities GGZ-voorzieningen: ontwikkelingen in capaciteit, zorggebruik en GGZ-uitgaven; op basis van een herhaalde uitvraag bij GGZ-instellingen (deelonderzoek 1), en analyse van secundaire bronnen (deelonderzoek 2).
- Kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen; op basis van een herhaalde uitvraag bij het panel Psychisch Gezien (deelonderzoek 3).
- Contextmonitor: naast bovenstaande vaste onderdelen van de LMA is in deze monitorronde¹ speciale aandacht besteed aan het onderwerp participatie in werk, via een verdiepende studie onder deelnemers van het panel Psychisch Gezien, naar wensen op participatiegebied, behoefte aan ondersteuning en bevorderende en belemmerende factoren om (vrijwilligers)werk te vinden en te behouden. Dit vanuit de bevinding dat we door de jaren heen steeds een relatief lage participatie in regulier betaald werk zagen, terwijl betrekkelijk veel deelnemers vrijwilligerswerk doen (deelonderzoeken 4 en 5).

We vervolgen met de belangrijkste bevindingen van de drie onderdelen en beschouwen aan het eind, aan de hand van de eerder genoemde indicatoren en doelen, de trends en huidige stand van zaken.

¹ De precieze invulling van de contextmonitor verschilt per meetjaar. Zo is voor de LMA 2015 regionale samenwerking rond geïntegreerde zorg onderzocht en was de contextmonitor van de LMA 2016 gericht op de ontwikkelingen rondom FACT, IHT, VIP en maatschappelijke initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. In de LMA 2017 lag de focus op de ervaringen en toekomstwensen van de veldpartijen (GGZ-aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) aangaande ambulantisering en op het beschrijven en analyseren van regionale innovaties van geïntegreerde, gebiedsgerichte en maatschappelijk ingebedde zorg.

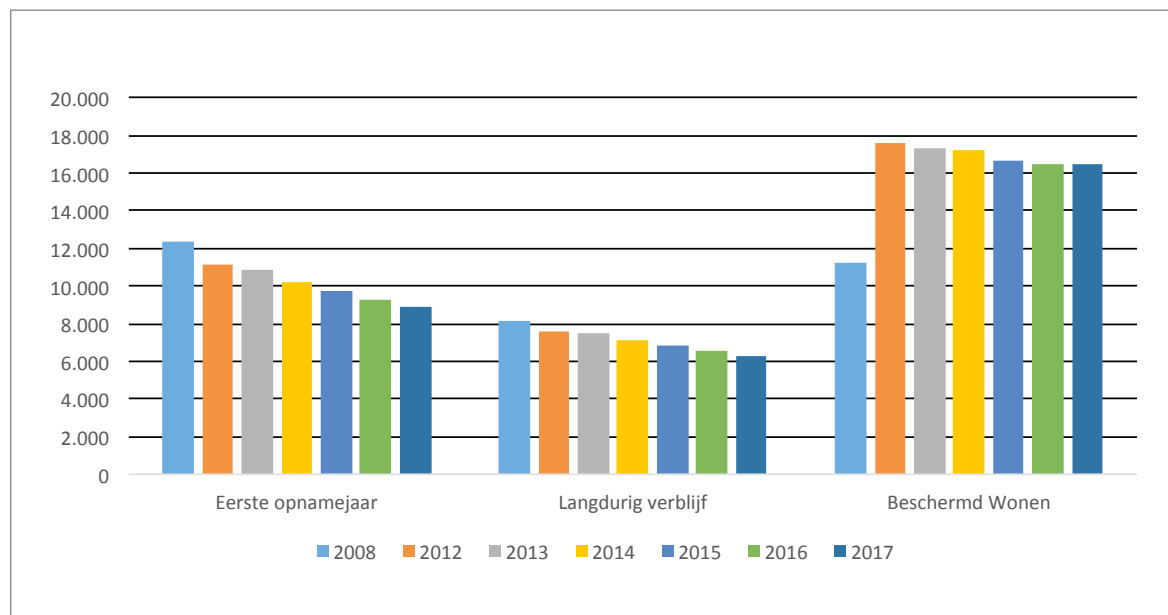
2 Resultaten kernmonitor transitie GGZ-voorzieningen

De belangrijkste bron voor de eerste deelmonitor bestaat uit een jaarlijkse uitvraag bij GGZ-instellingen over de capaciteit en het gebruik van ambulante (behandeling, begeleiding en ondersteuning) en klinische GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor beschermd wonen. In deze uitvraag participeert het grootste deel (ongeveer driekwart) van de geïntegreerde GGZ-instellingen en RIBW's in Nederland. In het kader van de vierde meting van de monitor heeft een uitvraag plaatsgevonden over 2017 en is een trendanalyse gemaakt van de resultaten van de opeenvolgende uitvragen in het kader van de LMA en de voorloper daarvan, de Monitor Intramurale GGZ, over de periode 2012-2017. Daarnaast is een uitgebreide analyse gemaakt van trendcijfers over capaciteit, gebruik en uitgaven aan de ambulante en intramurale GGZ-voorzieningen op basis van secundaire bronnen. We zetten de belangrijkste bevindingen op een rij:

Ontwikkelingen intramurale GGZ en beschermd wonen

- In de afgelopen jaren heeft een gestage afbouw plaatsgevonden van de klinische GGZ-voorzieningen. Die afbouw zet in 2017 in hetzelfde tempo (-4%) door. Over de periode 2012-2017 is in totaal ruim 20% aan klinische plaatsen afgebouwd. (Deelonderzoek 1) Het aantal klinische plaatsen daalde in die periode van 112 plaatsen naar 88 plaatsen op 100.000 inwoners. Op Europees niveau zit Nederland door deze ontwikkelingen qua klinische capaciteit niet meer bij de top-drie, maar in de hogere middenmoot.
- Het aantal plaatsen voor beschermd wonen (tot 2012 nog aanzienlijk gegroeid) is sinds 2012 ook afgenomen, zij het in veel bescheidener mate, met in totaal circa 6% tot 2017. In de afgelopen jaren werd de daling bij elke volgende meting minder groot. In 2017 was er geen verdere daling meer. (Deelonderzoek 1)
- In totaal telt Nederland in 2017 naar schatting circa 15.000 klinische plaatsen (inclusief jeugdzorg en exclusief de Dienst Justitiële Inrichtingen- gefinancierde plaatsen) en 16.500 plaatsen voor beschermd wonen. (figuur 1; Deelonderzoek 1)

Figuur 1 Capaciteitsontwikkelingen klinische GGZ en beschermd wonen 2008-2017 (aantal plaatsen)*



* Op basis van aantal verblijfdagen in kalenderjaar en omgerekend naar plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats. Gegevens over 2008 op basis van NZa cijfers, zoals gerapporteerd in de Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ (Trimbos-instituut, 2012). Cijfers langdurig verblijf 2008 inclusief AWBZ overig. (De productiecijfers langdurig verblijf van 2008 liggen beduidend lager dan de AWBZ-productiecijfers van de omliggende jaren en zijn daarmee mogelijk een onderrapportage.) Gegevens over 2012-2016 op basis van extrapolatie van de LMA-gegevens en bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMV). Gegevens over 2015-2017 inclusief Jeugdwet.

- Conform de beleidslijnen van de instellingen veranderde de verhouding tussen individueel en groepswonen. Het aandeel individueel wonen steeg tussen 2016 en 2017 naar 46% van de verblijfs capaciteit (waar het de vorige monitorperiode nog daalde). (Deelonderzoek 1)
- Het aantal Volledig Pakket Thuis plaatsen binnen het beschermd wonen nam in 2017 toe (met de kanttekening dat deze toename door een beperkt aantal aanbieders wordt veroorzaakt). (Deelonderzoek 1) Dit komt overeen met de resultaten van de voor de LMA 2017 uitgevoerde enquête onder centrumgemeenten dat er door sommige gemeenten ingezet wordt op de (door-)ontwikkeling van producten als 'beschermd wonen zonder verblijf', 'volledig pakket thuis', 'geclusterd wonen' in een eigen (huur)woning, 'gespikkeld wonen' in de directe nabijheid van de zorgvoorziening.
- Binnen de klinische gespecialiseerde GGZ bleef in voorgaande jaren (tot en met 2016) het aantal opgenomen cliënten ongeveer gelijk. Ook de gemiddelde verblijfsduur veranderde nauwelijks. Afname van klinische capaciteit werd vooral gerealiseerd door een afname van het aantal opnamen. De trendcijfers van 2017 laten qua aantallen opgenomen cliënten en verblijfsduur een wat ander beeld zien. In 2017 zien we voor het eerst een afname van het aantal opgenomen cliënten (4% minder ten opzichte van 2016), met een stijgend aandeel van de langere opnamen (>90 dagen). De trend van een dalend aantal opnamen zet ook in 2017 door. (Deelonderzoek 1)
- Het aantal aanvragen bij de rechter voor toepassing van IBS en RM stijgt tussen 2012 en 2017 met in totaal 25%. Tussen 2016 en 2017 was deze stijging 3%. De stijging is bij alle typen machtigingen, en is het grootst bij de voorwaardelijke machtiging (ambulante zorg met voorwaarden). (Deelonderzoek 2)
- Het aantal plaatsen voor intensieve klinische zorg nam in de eerste monitorjaren toe, niet alleen in relatieve zin, maar ook in absolute zin. Tussen 2016 en 2017 daalde voor het eerst het aantal intensieve plaatsen bij de deelnemende instellingen, namelijk met 4%. Omdat de daling van het aantal lichte plaatsen groter was, steeg nog wel het relatieve aandeel van de intensieve plaatsen. De in 2017 ingevoerde deelprestatie voor High Intensive Care beslaat 5% van de klinische capaciteit van de deelnemende instellingen. (Deelonderzoek 1)
- Het aantal gesloten plaatsen stijgt per saldo tussen 2012 en 2017. In de laatste twee jaren keerde deze trend en daalde het aantal gesloten plaatsen (zij het nog niet tot het niveau van 2012). (Deelonderzoek 1)
- In eerdere jaren constateerden we dat afbouw van de verblijfs capaciteit niet resulteerde in meer vrijkomend budget voor ambulante zorg. Dit hield verband met de gelijktijdige intensivering van de verblijfs capaciteit:

het waren de 'lichte' plaatsen die werden afgebouwd, niet de 'zware'. In 2017 zien we voor het eerst ook een daling van de intensievere, duurdere plaatsen. In 2017 was er daardoor een lichte afname van het verblijfsaandeel naar 55% van de totale opbrengsten (inclusief beschermd wonen). Per saldo is dit verblijfsaandeel in de totale opbrengsten hetzelfde als het in 2012 was. (Deelonderzoek 1)

Ontwikkelingen ambulante GGZ

- Op jaarbasis ontvangen in Nederland ruim 1 miljoen personen Zvw-gefinancierde ambulante zorg (inclusief POH-GGZ). (Deelonderzoek 2)
- Binnen de ambulante, Zvw-gefinancierde GGZ heeft de afgelopen jaren een beweging plaatsgevonden van 'zware echelons' naar 'lichtere echelons'; het totaal aantal GGZ-cliënten (inclusief POH-GGZ) bleef ongeveer gelijk, maar het aantal cliënten in de gespecialiseerde GGZ is fors afgenomen. In de laatste jaren zijn deze veranderingen minder groot. Tussen 2015 en 2017 steeg het aantal cliënten van de POH-GGZ jaarlijks met 10%, de basis-GGZ met ruim 5%, terwijl het aantal cliënten van de specialistische GGZ stabiliseerde. (Deelonderzoek 1 en Deelonderzoek 2)
- In de eerste monitorjaren daalde binnen de specialistische GGZ de fractie intensieve ambulante zorg (met meer dan 3000 behandelminuten per dbc). Die trend lijkt inmiddels gekeerd: er is tussen 2015 en 2017 sprake van een lichte absolute stijging van intensieve ambulante zorg, met name in de categorie 3000-6000 minuten. (Deelonderzoek 1)
- De oorspronkelijke verwachting was dat bij de afbouw van klinische plaatsen, de ambulante behandelintensiteit zou toenemen voor met name mensen met ernstige psychische problemen, zoals psychotische aandoeningen. Deze groep werd immers relatief vaak opgenomen. Het volume aan intensieve ambulante dbc's per diagnosegroep laat in dat opzicht een andere trend zien. De meeste diagnosegroepen kenden tussen 2012 en 2016 meer intensieve ambulante dbc's (> 3.000 minuten), terwijl bij de groep psychotische aandoeningen het aantal intensieve ambulante dbc's daalde, vooral in het laatste meetjaar. (Deelonderzoek 2)
- Het aantal FACT-teams is tussen 2016 en 2017 ongeveer gelijk gebleven. Instellingen hebben in hun inkoopafspraken voor 2018 over het algemeen geen substantiële plannen voor groei daarvan ingebracht. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) signaleert een (te) hoge druk op deze teams. Het aantal FACT-teams dat zich door de CCAF laat certificeren daalde het afgelopen jaar. Instellingen geven daarbij de volgende verklaringen: teams zijn te zeer in transitie, of de combinatie van ziekteverzuim, verloop en moeilijk te vervullen vacatures maakt dat een aantal teams onvoldoende op orde is. GGZ-instellingen hebben ook in het algemeen te maken met relatief hoge verloop- en verzuimcijfers, personeelstekorten en een groeiend aantal moeilijk vervulbare vacatures. (Deelonderzoek 2)
- In verschillende regio's verandert FACT van karakter: specialistische behandeling in poliklinieken wordt ondergebracht bij de FACT-teams en/of de FACT-teams gaan op kleinere schaal werken, voor een betere aansluiting met het lokale zorg- en ondersteuningsnetwerk. Deze ontwikkelingen zijn nog te pril om kwaliteit en opbrengsten te kunnen vaststellen. Van de aanbieders die aangaven Wmo-gefinancierde individuele ambulante begeleiding te bieden gaf 35% aan dit (onder andere) te doen vanuit een FACT-team. (Deelonderzoek 1)
- De deelnemers van het panel Psychisch Gezien rapporteerden de afgelopen jaren geen daling van ontvangen crisiszorg. (Deelonderzoek 3). Registraties laten sinds 2013 een lichte daling van aantallen crisis-dbc's (al dan niet met verblijf) zien. Deze trend is mede toe te schrijven aan veranderingen in registratieregels en –praktijk; het aantal aanbieders dat crisis-dbc's declareerde daalde tussen 2013 en 2016 van 61 naar 39. (Deelonderzoek 2)
- Het aantal mensen dat in 2017 bij de deelnemende aanbieders gebruik maakte van enige vorm van ambulante Wmo-gefinancierde zorg (individuele en groepsbegeleiding samen genomen) was klein in vergelijking tot het aantal cliënten in Zvw-gefinancierde ambulante zorg (namelijk 5%). Het aantal mensen met individuele ambulante begeleiding was daarbij stabiel tussen 2016 en 2017, het aantal mensen met groepsbegeleiding nam toe. De totale groep (individueel en groepsbegeleiding tezamen) bleef echter gelijk, wat er op wijst dat er in 2017 meer mensen waren die zowel individuele begeleiding als groepsbegeleiding kregen. Bij een gelijkblijvende groep cliënten, steeg het aantal fte hulpverleners voor ambulante begeleiding. Dit lijkt een aanwijzing dat de Wmo-gefinancierde begeleiding intensiever geworden is. (Deelonderzoek 1)
- Uit de enquête onder centrumgemeenten die in 2017 voor de LMA 2017 is uitgevoerd, bleek dat bij bijna de helft van de responderende centrumgemeenten de uitgaven aan individuele ambulante begeleiding

waren toegenomen ten opzichte van 2015 (moment van de eerste enquête bij gemeenten) versus een kleine tien procent die aangaf dat de uitgaven waren gedaald (bij de overige groep bleven de uitgaven stabiel). Deze stijging in uitgaven is in lijn met de stijging van het aantal fte's voor begeleiding dat door instellingen wordt gerapporteerd. (Deelonderzoek 1) Overigens is het ook voorstelbaar dat de groei aan uitgaven (tevens) plaatsvond bij andere instellingen dan de deelnemers van deelonderzoek 1. De deelnemende aanbieders zijn vooral geïntegreerde GGZ-instellingen en RIBW's. De beeldvorming is dat (ook) kleinere aanbieders en aanbieders afkomstig van andere sectoren zoals de verstandelijk gehandicapten zorg en thuiszorg, actief zijn in het begeleiden van mensen met een psychische kwetsbaarheid maar precieze cijfers ontbreken².

- Van de aanbieders die aangaven Wmo-gefinancierde individuele ambulante begeleiding te bieden, gaf bijna een kwart aan dat deze begeleiding (onder andere) onderdeel was van het aanbod van een sociaal wijkteam waarbij er tussen 2016 en 2017 sprake was van een grillige ontwikkeling (de groep aanbieders die aangaf dat de individuele begeleiding in 2017 niet langer onderdeel van een sociaal wijkteam was, was nagenoeg even groot als de groep die aangaf dat individuele begeleiding in 2017 juist onderdeel was geworden van het sociale wijkteam). Deze grilligheid kan erop wijzen dat de samenwerking met sociale wijkteams op dit punt bij een aantal GGZ-aanbieders en gemeenten nog geen vaste vorm heeft gekregen (waarbij voorzichtigheid bij deze duiding geboden is vanwege kleine aantallen). Bij ruim een derde van de aanbieders was de individuele ambulante begeleiding onder andere onderdeel van een FACT-team. De ontwikkeling vergeleken met 2016 was bij FACT minder grillig, met meer aanbieders die aangaven dat individuele begeleiding in 2017 onderdeel was geworden van een FACT-team dan aanbieders die hiermee in 2017 gestopt waren. (Deelonderzoek 1)

Ontwikkelingen in GGZ-uitgaven

- In totaal waren de uitgaven binnen het GGZ-kader (inclusief overheid gefinancierde justitiële zorg (waaronder TBS), jeugdhulp en Wmo) in 2017 op basis van gegevens van CBS 6,75 miljard euro, een fractie meer dan in 2016 (6,67 miljard). (Deelonderzoek 2)
- Exclusief uitgaven aan POH-GGZ (formeel geen onderdeel van het GGZ-kader maar van het huisartsenkader) is er (na een eerdere daling) in de periode 2015-2017 sprake van een reële stabilisatie in ambulante Zvw-uitgaven binnen het GGZ-kader. Met inbegrip van de uitgaven aan POH is er sprake van een lichte stijging aan ambulante Zvw-uitgaven. (Deelonderzoek 2)
- De uitgaven aan Zvw- en Wlz-gefinancierde klinische zorg bleef tussen 2015 en 2017 stabiel op 2 miljard euro. (Deelonderzoek 2)
- Er is een aanzienlijke regionale variatie in uitgaven aan klinische zorg. Het aandeel van de uitgaven aan klinische zorg binnen de specialistische GGZ varieert per regio van 40% tot 56%; de onderlinge regionale verschillen nemen toe. (Deelonderzoek 2)
- Precieze landelijke realisatiecijfers (voor 2017) van de uitgaven aan Wmo-gefinancierde zorg binnen het GGZ-kader zijn niet bekend. De beschikbare cijfers gaan over meer dan de GGZ en/of niet over alle gemeenten. (Deelonderzoek 2) Als richtlijn voor de uitgaven aan beschermd wonen kan het cijfer dat in de Rijksbegroting voor 2019 van het ministerie van VWS3 gepresenteerd wordt, aangehouden worden, zijnde een raming van 1,5 miljard.

Samenwerking in de regio

- Om te komen tot een sluitende zorgketen voor mensen met ernstige psychische problematiek, is regionale samenwerking tussen aanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntvertegenwoordigers op bestuurlijk en uitvoerend niveau nodig. Voor de LMA 2015 is in 2015 een kwalitatief verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de samenwerking rond zorg voor mensen met EPA in vijf verdiepingsregio's. Uit deze studie bleek dat in elk van de regio's bilaterale samenwerkingsverbanden waren maar dat er van een breed gezamenlijk regionaal overleg nog niet altijd sprake was.

2 Soms zijn er wel documenten beschikbaar over de aanbieders van begeleiding in een regio zoals van de regio Leiden (www.servicepunt71.nl) waaruit opgemaakt kan worden dat vele verschillende partijen met verschillende achtergronden actief zijn bij de begeleiding van mensen met een psychische kwetsbaarheid maar gegevens over de omvang in cliëntaantallen en uitgaven ontbreken veelal.

3 Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2019. Tweede Kamer. Vergaderjaar 2018-2019, 35000 XVI, nr. 1.

- Als belemmeringen voor samenwerking werden in deze verdiepende studie de volgende punten genoemd:
 - Er zijn veel partijen betrokken bij de zorg en ondersteuning voor mensen met EPA. Voor sommigen is deze doelgroep een belangrijke prioriteit, voor anderen één van de vele prioriteiten. Partijen opereren bovendien op verschillende schaal (landelijk, regionaal, gemeentelijk) en met uiteenlopende regio-indelingen.
 - Het is complex om in te schatten welke risico's het verder kijken dan de eigen belangen en de eigen bedrijfsvoering met zich meebrengt. Om voorbij de eigen bedrijfsvoering te kunnen handelen is er vertrouwen nodig en dit ontbreekt soms.
 - Visies en aanpak van financiers verschillen onderling en er zijn schotten tussen en ook binnen de financieringskaders die flexibele en geïntegreerde ondersteuning compliceren.
 - Er is een spanningsveld tussen de behoefte aan bewegingsruimte en flexibiliteit in het veld en de controlebehoefte en verantwoordingsvereisten van financiers.
- Uit een enquête onder gemeenten voor de LMA 2015 bleek dat nog in weinig gemeenten/ regio's een regiegroep voor beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen was ingesteld.
- Voor de LMA 2017 zijn de gemeenten opnieuw bevestigd. Inmiddels hadden bijna alle deelnemende centrumgemeenten een vaste bilaterale overlegstructuur met GGZ-aanbieders en ruim de helft ook een vaste overlegstructuur met zorgverzekeraars. Iets meer dan een derde van de deelnemende centrumgemeenten beschikte over een vaste overlegstructuur met cliëntorganisaties. Ten opzichte van 2015 was het aantal regio's met een regiegroep gestegen; dit was nog wel een minderheid: volgens 37% van de centrumgemeenten kent (in 2017) de regio een bestuurlijke regiegroep rond de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. In de meeste gevallen betrof dit de door Zilveren Kruis geïnitieerde regionale Taskforces EPA.
- Verschillende recente studies (zie Deelonderzoek 2) bevestigen het beeld dat de gezamenlijke regievoering nog in ontwikkeling is, en nog niet in alle regio's is georganiseerd; de zorg in de keten is nog niet overal goed op orde. Zo beschrijft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018; zie Deelonderzoek 2) dat de samenwerking tussen huisarts en GGZ verbetering behoeft, dat door gebrek aan sociale voorzieningen in sommige regio's de uitstroom naar GGZ in de wijk stagneert, en dat door een gebrekkige sociale structuur (zoals gebrek aan passende huisvesting en dagbesteding) er sneller sprake is van terugval. De IGZ constateert dat het handvat voor een regionale samenwerkingsagenda dat ontwikkeld is door het Trimbos-instituut is in samenwerking met een expertgroep, maar een enkele keer gebruikt is als richtinggevend document voor de regionale samenwerking. De IGJ doet de aanbeveling aan partijen om op regionaal niveau dit handvat meer te benutten. Dat er (nog steeds) meer aandacht nodig is voor regionale samenwerking blijkt ook uit recent onderzoek van de RIBW Alliantie e.a. (2018: zie Deelonderzoek 2) naar de regionale plannen van beschermd wonen en het onderzoek van het Trimbos-instituut (2018: zie Deelonderzoek 2) naar de in- en verkoop van ambulante GGZ in 2018.

3 Resultaten peilingen panel Psychisch Gezien

De belangrijkste bron voor de *kernmonitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen* is een periodieke peiling onder de leden van het panel Psychisch Gezien, waarin circa 1.700 mensen met langdurige psychische aandoeningen participeren. Wij zetten de belangrijkste bevindingen van de peiling in 2018, en de resultaten van een vergelijking met de voorgaande jaren, op een rij. Nadere informatie over de bevindingen van de twee corresponderende deelonderzoeken is opgenomen in de bijlagen 3 en 4.

Kwaliteit van leven, participatie en eenzaamheid

- De eerste monitorpeiling onder het panel, voorjaar 2015, liet zien dat de omstandigheden van de panelleden van persoon tot persoon verschilden, maar dat in doorsnee de kwaliteit van leven van betrokkenen fors achterbleef bij die van de algemene bevolking. De maatschappelijke participatiegraad was laag en de eenzaamheidsproblematiek was groot. Tegelijkertijd zouden de nodige panelleden een sociaal actiever leven willen hebben en willen meetellen in de maatschappij.
- De meest recente, vierde monitorpeiling onder de panelleden, van voorjaar 2018, laat zien dat voor velen de realiteit nog steeds achterblijft bij die wensen. Over het algemeen zijn de leefsituatie en het gemiddelde oordeel over de eigen kwaliteit van leven voor de groep als geheel ongewijzigd gebleven. Dit wil niet zeggen dat er voor individuele leden niets is veranderd in gunstige of ongunstige zin, maar per saldo is er onvoldoende vooruitgang geweest om op groepsniveau van een verbetering (noch verslechtering) te kunnen spreken.
- De participatiegraad in betaald werk ligt (nog steeds) rond de 20%, die in vrijwilligerswerk op ruim 40%. Nog steeds geeft ook ruim vier op de vijf panelleden (80%) aan in enige mate eenzaam te zijn en is ongeveer twee op de vijf (40%) erg of heel erg eenzaam. Circa 40% van de panelleden geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij.
- Overall geven panelleden de eigen kwaliteit van leven gemiddeld een rapportcijfer van 6,4 (ook dit cijfer is nagenoeg ongewijzigd gebleven ten opzichte van eerdere jaren). Ter vergelijking: het gemiddelde rapportcijfer voor de eigen kwaliteit van leven van de algemene bevolking is een 7,6. In vergelijking met andere groepen in de bevolking is met name de eenzaamheid onder de panelleden groot, bijvoorbeeld ook vergeleken met ouderen en mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen.

Voorzieningengebruik

- Ook het aandeel van de verschillende GGZ- en andere voorzieningen in de ondersteuning van de panelleden is, voor de groep als geheel, over de periode 2015-2018 in hoofdlijnen onveranderd gebleven. Het grootste deel van de panelleden is nog altijd in zorg bij de GGZ (doorgaans een instelling maar soms (ook) een vrijevestigde) en ruim een kwart (29%) van de panelleden was in het afgelopen jaar in zorg bij een ACT- of FACT-team.
- Wel is het aantal panelleden in zorg bij de GGZ in de periode 2015-2018 iets afgenomen. Het aantal panelleden dat (in de twaalf maanden voorafgaande aan de peiling) contact heeft gehad met het sociaal wijkteam was na het eerste jaar met enkele procentpunten gegroeid, en blijft verder stabiel (11% in 2017). Datzelfde geldt voor het aantal panelleden dat gebruik maakt van 'cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie'. Het aandeel van de panelleden dat in de twaalf maanden voorafgaand aan de peiling contact heeft gehad met de POH-GGZ is ten opzichte van 2016 en 2017 iets gegroeid (van circa 13% naar 17%).
- De waardering van panelleden voor de voorzieningen in het (geestelijke) gezondheidszorgdomein is in het algemeen met een ruime voldoende (rapportcijfer rond de zeven) hetzelfde gebleven. Die voor gemeentelijke (niet-GGZ) voorzieningen en voorzieningen op het gebied van werk en inkomen is net als vorige jaren aanzienlijk lager (gemiddeld een zes). De trend van een lichte positieve verandering in de waardering van de panelleden voor een aantal gemeentelijke voorzieningen (buurthuizen, 'Wmo-medewerkers', 'overige gemeentelijke diensten') lijkt door te zetten (nu rond 6,5). In 2017 waren

panelleden gemiddeld genomen positiever dan voorheen over de POH-GGZ (rapportcijfer van een zes naar een zeven) en dat is stabiel gebleven.

Onvervulde zorgbehoeften

- Panelleden geven opnieuw aan vooral behoefte te hebben aan ondersteuning bij hun psychische en lichamelijke gezondheid, bij het krijgen van de juiste hulp en bij omgaan met medicatie (meer dan 80% van de leden geeft aan behoefte te hebben aan steun op die gebieden. Daarnaast heeft steeds het merendeel van de panelleden behoefte aan ondersteuning bij met name dagelijkse bezigheden, sociale contacten, zingeving, en bij zaken rond financiën en huisvesting. Bijna de helft van de panelleden geeft aan dat aanpassingen in aard of intensiteit van de geboden professionele hulp wenselijk zouden zijn. Op veel gebieden is bij rond de 40% van de leden sprake van een zekere 'mismatch' tussen zorgbehoefte en -aanbod (ofwel men wil hulp, maar krijgt het niet; ofwel men wil hulp van een andere zorgverlener). Zo geeft ruim 40% aan bij het aangaan van sociale contacten of voor dagelijkse bezigheden geen of niet de goede professionele steun te krijgen.

Arbeidsparticipatie nader onder de loep

- In het najaar van 2018 is een aanvullende online peiling onder panelleden gehouden. Zie voor een volledig verslag van dit deelonderzoek bijlage 4. Onder andere blijkt dat de helft van de panelleden met vrijwilligerswerk het (volledig) eens is met de uitspraak 'Ik doe liever vrijwilligerswerk dan betaald werk'. Veel mensen met vrijwilligerswerk lijken dus die vorm van werken bewust te verkiezen boven betaald werk. Niettemin heeft een ander substantieel deel van degenen met vrijwilligerswerk een wens om (ooit) betaald werk te doen (geuit door ruim 40% van de betreffende leden). Van degenen die vrijwilligerswerk verrichten, zegt eveneens ongeveer 40% behoefte te hebben aan ondersteuning bij werkwensen.
- Als meest belemmerende factoren voor arbeidsparticipatie komen naar voren: 1. psychische klachten (door 85% van de leden aangekruist); 2. de vrees dat een baan te veel stress met zich mee zal brengen (68%); 3. het vermoeden er in psychisch opzicht op achteruit te zullen gaan (57%); 4. lichamelijke klachten (50%) en 5. een gebrek aan begrip voor hun psychische klachten bij werkgevers (49%). Bij de belemmeringen noemt men dus in eerste instantie binnen de persoon gelegen factoren, maar ook externe factoren.
- Betaald werkenden en leden die niet betaald werken zetten grotendeels dezelfde factoren als meest beïnvloedend bovenaan. Degenen met betaald werk noemen hier ook vaak dat zij niet weten welke baan bij hen past. Degenen die niet betaald werken, noemen ook vaak dat zij bang zijn hun recht op een uitkering te verliezen.
- Op de vraag naar ondersteunende factoren worden 'werk dicht bij huis' en 'flexibele werktijden' door de grootste groep panelleden genoemd (respectievelijk 42% en 41%).

Stigma

- Ongeveer de helft van de panelleden heeft in enige mate ervaringen met oneerlijke behandeling bij het zoeken naar werk. Hetzelfde geldt voor oneerlijke behandeling bij het behouden van werk. Zo'n 70% van de panelleden heeft ervaringen met verminderde kans op promotie als gevolg van de psychische klachten, voor drie op de tien mensen is dit zelfs vaak voorgevallen. Drie kwart van de panelleden is wel van mening dat ze in het algemeen (dus niet alleen op het werk) voldoende openhartig kunnen zijn over de psychische klachten.
- Het grootste deel van de panelleden met werk (ongeacht of dit betaald of onbetaald werk betreft) voelt zich geaccepteerd door collega's, 86% geeft aan zich in enige mate geaccepteerd te voelen, ruim een derde geeft zelfs aan dat dit in sterke mate het geval is. Toch zijn panelleden over het kunnen bespreken van de psychische klachten met directe collega's en/of de leidinggevende, gereserveerder: een derde heeft in het geheel niet het idee dat ze dit met directe collega's kunnen doen en 28% heeft ditzelfde idee bij de leidinggevende.

4 De betekenis van arbeidsparticipatie volgens mensen met psychische aandoeningen

Eén van de belangrijkste 'eindpunten' aan de horizon van de ambulantisering is de ambitie dat mensen met ernstige psychische aandoeningen een goede kwaliteit van leven ervaren, en 'erbij horen'. Bezigheden hebben, met name werk hebben, geeft het gevoel ertoe te doen en onder andere daarom blijkt uit diverse onderzoeken - ook die van het panel Psychisch Gezien - dat werk hebben samenhangt met een hogere kwaliteit van leven. Nu rapporteren de leden van genoemd panel al langere tijd een zwakke arbeidsmarktpositie. Tegelijk is het percentage mensen dat vrijwilligerswerk doet substantieel, ongeveer even hoog als in de algemene bevolking. Beschouwt men dit als toeval, plicht, zwakgebod of gewaardeerde activiteit?

In de afgelopen jaren zijn veelbelovende methodieken ontwikkeld om 'maatschappelijk herstel', waaronder (arbeids)participatie valt, te ondersteunen. Bekend voorbeeld is de *Supported Employment*-methodiek Individuele Plaatsing en Steun (IPS) die mensen met ernstige psychische aandoeningen helpt betaald werk te vinden en te behouden.

Het tijt wat betaald werk betreft zit op het hier uitgelichte niveau van werkzame interventies en op diverse andere niveaus volop mee, inclusief bijvoorbeeld het huidige gunstige economische klimaat en de gerichte (regionale) stimulering van (samenwerking in de) arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen vanuit de landelijke overheid (ministerie van SZW). Niettemin zijn er zelfs op dat levensdomein nog altijd grote obstakels te zien. Die variëren van ingewikkeldheden en tegenstrijdigheden in wet- en regelgeving, verschillen in opvattingen over goede ondersteuning binnen en buiten de GGZ, en moeizame implementatie van aanpakken. Zo is IPS nog niet op volledige schaal geïmplementeerd, ook niet bij de ambulante GGZ teams. Voor rehabilitatiemedewerkers zoals een IPS arbeidstrajectbegeleider zijn in de praktijk nog altijd relatief weinig uren beschikbaar. Kortom, er zijn kansen maar het is zeker geen uitgemaakte zaak dat de komende jaren de sociale inclusie en met name de arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep daadwerkelijk, dat wil zeggen zichtbaar in de landelijke participatiecijfers, gaat verbeteren.

Hoe komt het eigenlijk precies dat de participatiegraad zo laag is? Zien mensen met psychische aandoeningen het zelf als een probleem? Vinden zij werk belangrijk en welke betekenis ontlenen zij aan (vrijwilligers)werk? Om te helpen de uitkomsten van de monitor te duiden en te helpen inzichten te ontwikkelen die verder gaan dan de cijfers, zijn dit jaar mensen met psychische aandoeningen zelf benaderd, en enkele professionals die ondersteunen bij arbeidsvragen.

We benaderden drie groepen panelleden: mensen met een betaalde baan, mensen die vrijwilligerswerk hebben, en mensen die noch een betaalde baan, noch vrijwilligerswerk hebben. En we zochten via eigen netwerken professionals die arbeidsondersteuning bieden aan mensen uit de doelgroep. We spraken met in totaal 31 mensen, verdeeld over vijf focusgroep bijeenkomsten (vier met leden, één met professionals). Bijlage 5 bevat een uitgebreid verslag van het betreffende deelonderzoek, we vatten hier de kern samen.

De betekenis van werk

De geïnterviewde panelleden bevestigen de in de inleiding genoemde positieve 'eigenschappen' van werken. Het werk moet vooral niet wegvallen, beamen degenen die werk hebben. Ze noemen o.a. de contacten, de structuur, de gelegenheid om actief te blijven, en het gevoel van nut en betekenis voor anderen te zijn. De panelleden wijzen er in allerlei variaties op dat werk hen kan helpen hun psychische problemen (beter) de baas te blijven. Opvallend is dat dit alles voor de vrijwillig werkenden niet anders is dan voor degenen met betaald werk.

Tegelijkertijd relativeren de meeste geïnterviewden de positieve kracht van werken. Ze wijzen erop dat zij veel hebben moeten uitproberen en veel meegemaakt hebben om te komen waar zij nu zijn. En het is vaak een hele opgave om te behouden wat men heeft opgebouwd. Het is een kwestie van èn èn: enerzijds biedt werk een 'levenslijn' naar de samenleving omdat je meetelt en zelfredzaam bent, anderzijds is het een vermoeiende opgave, onder andere omdat het vraagt om aanpassing of het voldoen aan andere lastig te realiseren eisen.

Vrijwilligerswerk doen is, althans voor de betreffende geïnterviewde leden, niet zozeer een opstap naar betaald werk, als wel een alternatief daarvoor. Vrijwilligerswerk heeft een waarde op zichzelf en zij kiezen min of meer bewust voor deze vorm van arbeid omdat deze beter aansluit bij de eigen belastbaarheid en wensen dan wat betaald werk doorgaans kan bieden.

Degenen die geen werk hebben, betaald dan wel onbetaald, kijken heel anders tegen werk aan. Zij hebben het niet zozeer expliciet over de positieve betekenis van werk in het algemeen. Bij de meesten is er ook geen duidelijke wens op dit gebied. Een enkeling zou 'ooit' nog wel iets willen, maar dan moet het onder meer met de gezondheid beter gaan. Zij hebben hun eigen leven opgebouwd, met andere activiteiten. En dat houden ze maar net vol, geven ze aan.

Belemmerende factoren bij arbeidsparticipatie: psychische problemen, belastbaarheid en stigma

Aan de betrokkenen is gevraagd wat naar hun mening en ervaringen de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen belemmert. Drie hoofdthema's komen dan naar voren: 1. de psychische problemen waar men mee te kampen heeft, 2. de beperkte belastbaarheid die daaruit voortkomt en 3. het thema stigma en uitsluiting. En die drie thema's spelen een rol over de hele linie van arbeidsparticipatie, dat wil zeggen bij de transitie van geen werk of vrijwilligerswerk naar betaald werk; bij het behoud van werk, bij de overgang van geen werk naar vrijwilligerswerk en bij behoud van vrijwilligerswerk.

Wat betreft de psychische problemen, die vormen als het ware een baan op zich ("Het is heel hard werken om psychisch kwetsbaar te zijn", aldus één van de deelnemers). Onder andere het wisselende, niet altijd voorspelbare karakter van symptomen of het acuut kunnen opspelen of het bijna constant op de loer liggen van het verergeren van problemen wordt genoemd.

Mede als gevolg van de psychische problematiek zijn de geïnterviewden beperkt belastbaar, met een beperkte marge. Te weinig doen is niet goed, maar teveel doen ook niet. Maar hoeveel 'weinig' en 'veel' precies is, is per individu verschillend, en kan ook nog fluctueren door de tijd heen. Daarom blijft het uitbouwen van, en duurzaam volhouden van participatie voor panelleden altijd 'passen en meten'. Veel leden ervaren het geconfronteerd worden met dit (dynamische) gegeven als een extra belasting.

Verschillende geïnterviewden hebben ervaring met stigma en uitsluiting. Naar hun ervaring wordt hen te weinig ruimte geboden in de samenleving en op de arbeidsmarkt in het bijzonder. Bij werkgevers (toekomstige collega's, leidinggevenden) spelen onbekendheid en stereotypering. Wat vaak ontbreekt, is het maken van een serieuze inschatting van wat de betrokkene kan en niet (zo goed) kan. Geïnterviewden wijzen erop dat conclusies daarover vaak worden getrokken bijvoorbeeld door de leidinggevende, zonder dat zij daarbij betrokken zijn. Of dat nou vanwege een goed bedoelde bescherming is of een negatieve labeling: het gevolg is dat zij zich menigmaal buitengesloten hebben gevoeld.

Verschillende mensen zonder werk wijzen erop dat zij veel moeite hebben met de manier waarop anderen hun leefsituatie (lijken te) beoordelen. Zij voelen zich regelmatig neergezet als mensen die lui zijn, en ten

onrechte hun verantwoordelijkheid niet nemen. Ze stuiten regelmatig op onbegrip bij anderen voor het gegeven dat zij niet (kunnen) werken. De één lukt het beter om de bijbehorende negatieve beelden die anderen van hen hebben los te laten, dan de ander.

Iets meer in de marge worden nog andere belemmeringen genoemd. Zo komt naar voren dat velen aan zichzelf zijn gaan twifelen door de jaren heen als men werk kwijtraakte bijvoorbeeld. Dat kan resulteren in zelf-stigma en het wegvallen van geloof in eigen kunnen. Zowel panelleden als professionals wezen verder op perverse prikkels en tegenstrijdigheden in de regels en wetgeving. Zo gaan mensen er vaak niet (meteen) op vooruit als ze gaan werken (de zogenoemde *benefit trap*). Ook zijn mensen vaak de dupe van trage aanpassingen in de uitkeringssituatie waardoor een reëel risico ontstaat op het opbouwen van schulden.

Diverse leden wijzen erop dat als zij in het verleden meer en/of betere ondersteuning hadden gehad, dat zij dan meer kans hadden gemaakt op duurzame banen. Zij vonden ofwel geen hulp om werk te vinden, ofwel kregen geen ondersteuning bij het werken, zoals coaching na een periode van ziek zijn.

Ten slotte komt terug dat ook de arbeidsmarkt zelf niet bepaald ideaal 'werkt' voor diverse geïnterviewden. Zij hebben werk nodig dat aangepast kan worden door de tijd aan hun belastbaarheid, en een bepaalde basiszekerheid en veiligheid biedt. De huidige arbeidsmarkt daarentegen biedt echter steeds minder van dergelijke banen en vraagt juist zeer flexibele inzetbaarheid en extra aanpassingsvermogen (vereist voor het snel wisselen van de ene werkgever naar de andere).

Bevorderende factoren

Met de geïnterviewden is ook nagegaan welke factoren de arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen kunnen bevorderen. Panelleden en professionals noemden vergelijkbare aspecten.

Belangrijke persoonsgebonden factoren in hun ogen zijn:

- intrinsieke motivatie (een drive van binnenuit om werk te hebben);
- het verloop van de psychische klachten;
- het inzicht in de eigen problematiek (zelfinzicht) en het managen daarvan;
- assertiviteit en humor, waaronder een dosis zelfspot.

Belangrijke factoren in de sociale omgeving zijn:

- steun van anderen in het eigen netwerk;
- steun en betrokkenheid van anderen op de werkplek;
- vertrouwen van de leidinggevende;
- bereidheid bij de werkgever om aanpassingen te realiseren.

En, ten derde, als een soort 'verbindende factor' wijzen de leden op het belang van goede professionele ondersteuning. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de inzet van jobcoaches die juist helpen de persoon en de omgeving bij elkaar te brengen. Vooral helpend is begeleiding die persoonsgericht is met veel aandacht voor het persoonlijke verhaal, de specifieke krachten en mogelijkheden, maar ook de unieke belemmerende omstandigheden van de cliënt. "Het gaat om meedenken en meelopen, zonder daarin druk uit te oefenen", aldus deelnemers.

De deelnemers geven ten slotte in dit verband de volgende suggesties mee, wil het met arbeidsparticipatie beter gaan. Hun aanbevelingen hebben vooral betrekking op het optimaliseren van bestaande re-integratiebeleid en- begeleiding.

1. **Breng het kennisniveau over psychische aandoeningen omhoog.** Men benadrukt dat de taboes over psychische aandoeningen moeten worden doorbroken en er over de hele linie meer zou moeten worden uitgegaan van diversiteit.
2. **Focus niet alleen op betaald werk.** Panelleden en professionals zouden graag zien dat de huidige nadruk op reguliere, betaalde arbeid, binnen re-integratie en participatie, wordt verruimd. Niet alleen betaalde arbeid, maar ook vrijwilligerswerk en andere vormen van participatie zouden als 'succes' moeten worden gezien.

3. **Meer aandacht voor duurzaam behouden van werk.** Professionals en panelleden zouden graag zien dat er binnen de verschillende regelingen en trajecten meer aandacht komt voor duurzame inzetbaarheid in werk.
4. **Zorg voor goede samenwerking.** Professionals en panelleden pleiten voor het tegengaan van versnippering van kennis over participatie(begeleiding) en het versterken van de samenwerking tussen Wmo-professionals⁴, GGZ-professionals, en ervaringsdeskundigen om de ondersteuning bij participatie van iedere cliënt te optimaliseren. Arbeidsbegeleiders zoals IPS-werkers kunnen hierin coördineren.
5. **Biedt (toekomstige) werknemers mogelijkheden om te oefenen en zich te ontwikkelen.** Panelleden willen binnen re-integratietrajecten kunnen oefenen met specifieke vaardigheden, zoals samenwerken. Tevens wil men meer mogelijkheden krijgen om te werken aan de eigen persoonlijke ontwikkeling en het herstelproces, bijvoorbeeld binnen een herstelacademie.
6. **Onderzoek de mogelijkheden van het basisinkomen.** Panelleden geven aan dat een basisinkomen de participatiekansen van de doelgroep van mensen met psychische problemen zou vergroten.

4 Met Wmo-professional vatten we hier de brede groep van professionals samen die maatschappelijke ondersteuning bieden in het sociale domein.

5 Conclusies en beschouwing

We vatten de belangrijkste uitkomsten rond het proces van ambulantisering en hervorming van langdurige zorg en de ontwikkelingen bij de EPA groep samen in respectievelijk tabel 1a en tabel 1b. Genoemde doelstellingen zijn expliciet verwoord of in de geest van dit beleidsstreven, maar zijn over het algemeen niet met maat en getal benoemd. We geven daarom de richting van de trend aan, niet de mate van doelrealisatie.

Tabel 1a: Trends in aanbodindicatoren van ambulantisering

	Meerjarige trend	Trend laatste monitorjaar	Toelichting
Klinische capaciteit (aantal plaatsen)	daling	daling	Het aantal klinische plaatsen neemt ook in 2017 weer met circa 4% af.
Beschermd wonen (aantal plaatsen)	lichte daling	gelijk	In 2017 was er geen verdere daling van het aantal beschermd wonen plaatsen bij de deelnemende aanbieders.
Grootschaligheid van het aanbod	daling	daling	Minder grootschalige voorzieningen op APZ-terreinen, meer individueel wonen, meer VPT bij beschermd wonen
Dwangtoepassingen	stijging	stijging	Met name aanvragen voor de (ambulante) voorwaardelijke machtiging nemen toe.
Gesloten klinische plaatsen	stijging	daling	Absolute stijging tussen 2012 en 2017 van gesloten klinische capaciteit (met een daling tussen 2016 en 2017).
Verschuiving middelen van klinisch naar ambulant	onveranderd	lichte verschuiving naar ambulant	Het verblijfsaandeel in de totale opbrengsten van instellingen is in 2017 hetzelfde als in 2012, maar daalde in het laatste jaar licht naar 55% .
Intensieve ambulante zorg (capaciteit en productie)	daling	stijging/daling	Recent wel intensivering van het aantal intensieve ambulante DBC's, maar lichte daling voor diagnosegroep psychosen; geen verdere groei van de capaciteit van FACT-teams.
Ambulante begeleiding (aantal cliënten)	-*	onveranderd	Het totaal aantal mensen met ambulante begeleiding (groepsbegeleiding en/of individueel) bleef tussen 2016 en 2017 ongewijzigd bij de deelnemende aanbieders.

* Data voor een langdurige trend ontbreken vanwege wijziging van beleid en uitvraag bij de aanbieders per 2015.

Tabel 1b: Trends in uitkomstindicatoren bij het panel Psychisch Gezien

	Meerjarige trend	Trend laatste monitorjaar	Toelichting
Kwaliteit van leven	onveranderd	onveranderd	De kwaliteit van leven van de panelleden blijft gemiddeld substantieel achter bij die van de algemene bevolking.
Match zorgbehoeften en geboden zorg	onveranderd	onveranderd	Bij 40% van de panelleden is sprake van een mismatch tussen de zorgbehoefte en het aanbod.
Tevredenheid met zorg	onveranderd	onveranderd	Over de hele linie bleven de rapportcijfers stabiel. De meerderheid van GGZ-voorzieningen krijgt van panelleden steevast ongeveer een 7. Gemeentelijke voorzieningen stegen licht naar 6,5.
Eenzaamheid	onveranderd	onveranderd	Ruim 80% van de panelleden is in enige mate eenzaam en 40% is (heel) erg eenzaam.
Participatie	onveranderd	onveranderd	Rond de 20% van de panelleden heeft betaald werk; (enig) vrijwilligerswerk doet ruim 40%.

Tabel 1a vat enkele trends samen op het gebied van aanbodsindicatoren. Deze betreffen met name kwantitatieve verschuivingen in gebruik en intensiteit van klinische capaciteit en ambulante zorg. Enkele ontwikkelingen zijn in de gewenste beleidsrichting, andere tonen geen verandering of zelfs eerder een negatieve meerjarige trend. De afbouw van verblijfs capaciteit is conform het ingezette beleid, al gaat deze gepaard met meer dwangtoepassingen en een absolute toename van het aantal gesloten bedden.

De eveneens beoogde opbouw van ambulante ondersteuning laat overwegend een minder gewenst beeld zien. Uit een interviewronde voor de vorige monitorrapportage van 2017 bleek onder bestuurders van GGZ-instellingen en beleidsmedewerkers van gemeenten (en zorgverzekeraars met meer terughoudendheid) veel draagvlak voor een ontwikkeling naar scenario 2 of 3 van het 'Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ'⁵. Deze scenario's impliceren, bij min of meer gelijkblijvend totaalbudget, een her-allocatie van (Zvw-, Wlz- en Wmo-) GGZ-middelen die resulteert in een verdubbeling respectievelijk verdriedubbeling van de capaciteit voor de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (of voor mensen die het risico daarop lopen). Duidelijk moge zijn dat deze ambities nog ver van realisatie zijn.

Eerdere jaren wezen op een zekere consistentie in de resultaten van de monitor. Zo leken er geen middelen voor ambulantisering vrij te komen omdat de klinische capaciteit weliswaar daalde maar in intensiteit toenam. Enkele van deze minder gewenste trends lijken in het laatste monitorjaar omgebogen te zijn. Er was een lichte verschuiving van middelen van klinische zorg naar ambulante zorg die gepaard ging met een eveneens lichte intensivering van de ambulante zorg (die tot nu toe leek uit te blijven).

Het is op dit moment niet zeker of deze trend zal doorzetten. Dat is mede een kwestie van prioriteiten in de financiering van de zorg. Voor de nabije toekomst zijn er tussen zorgverzekeraars en aanbieders afspraken gemaakt over een toename van de klinische capaciteit met 151 beveiligde bedden; een dergelijke investering zou aan ambulante zijde – bijvoorbeeld – overeenkomen met 25 volledige, multidisciplinair samengestelde FACT-teams (ofwel bijna 10% extra capaciteit; deelonderzoek 2).

Zoals in de inleiding aangegeven: afbouw van bedden, wonen in de samenleving, en opbouw en versterking van ambulante zorgnetwerken zijn geen doel op zich, maar staan ten dienste van mensen met psychische aandoeningen: het leven leiden dat men zelf wil, persoonlijk herstel en een betere kwaliteit van leven in een inclusieve samenleving. Het panel Psychisch Gezien wijst vooralsnog op een onveranderde achterstand in kwaliteit van leven en participatie in de tijd en ten opzichte van de algemene bevolking (tabel 1b). In die

5 Trimbos-instituut, 2016.

zin hebben de (voorzichtig positief te duiden) trends in het kwantitatieve aanbod zich nog niet vertaald in gewenste uitkomsten.

Om dit resultaat beter te duiden is het belangrijk om naast kwantitatieve ontwikkelingen naar de kwaliteit van de zorg en ondersteuning te kijken. Indicatoren daarvoor zijn de mate waarin op persoonlijk en systeemniveau geïntegreerd, deskundig en gewaardeerd maatwerk wordt geboden, volgens de geldende kwaliteitsmaatstaven. Hiervoor zijn binnen de huidige monitor en deelrapporten enkele indicaties te geven. Te denken valt aan de (beperkte) match tussen behoeften en ondersteuning volgens het panel Psychisch Gezien. Audits van de CCAF van FACT-teams wijzen op een stabiel (maar niet de beoogde groei in het) kwaliteitsniveau van deze teams. Gegevens van Vektis over de verdeling van uitgaven over diagnostische groepen, waarbij de gespecialiseerde aandacht voor angststoornissen lijkt toe te nemen en die voor psychotische aandoeningen de laatste jaren afneemt, roepen vragen op of er lokaal adequaat geprioriteerd wordt (of kan worden) op de noden van de meest kwetsbare doelgroepen. Een dergelijk resultaat kan echter uiteenlopende (inhoudelijke en administratieve) verklaringen hebben. Voor een meer afgewogen en geïntegreerd oordeel op basis van dergelijke signalen over de kwaliteit van zorg en ondersteuning is nadere (regionale) verdieping en duiding nodig.

Verdieping is ook wenselijk op het bredere niveau van de kwaliteit van de zich ontwikkelende samenwerking in zorg- en ondersteuningsnetwerken, met name op het uitvoerend niveau. Er wordt gezocht naar nieuwe samenwerkingsverbanden binnen de GGZ, met ervaringsdeskundigen en in netwerken met aanpalende sociale, zorg- en veiligheidsdomeinen. Dit geeft inspiratie, maar wordt tegelijk ervaren als een complexe opgave binnen beperkte financiële ruimte.

Het bestuurlijk akkoord uit 2012 waarin afspraken over ambulantisering werden gemaakt, had een horizon tot 2020. In die zin is deze vierde monitor ambulantisering een tussenbalans, en per definitie geen eindbalans. Dit strookt met internationale ervaringen (zie inleiding): het proces van ambulantisering vergt een consistente beleidsvisie van lange adem.

Deelonderzoek 1

Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen

Aafje Knispel
Lex Hulsbosch
Hans Kroon

Inhoud

1	Inleiding	27
2	Opzet en methode	29
2.1	Doelstelling en opzet	29
2.2	Vragenlijst	29
2.3	Dataverzameling en respons	30
2.4	Beperkingen	30
3	Resultaten van de uitvraag van de vierde meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders	31
3.1	Inleiding	31
3.2	Omvang van de klinische GGZ en het beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling	31
3.3	Open en gesloten plaatsen	32
3.4	Individuele en groepswoningen	32
3.5	Zorggebruik klinische GGZ en beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling	33
3.6	Zorggebruik en omvang van de ambulante GGZ: stand van zaken en ontwikkeling	37
3.7	Opbrengsten	42
4	Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing	45
	Bijlagen	
I	Klankbordgroep data-uitvraag	47
II	Resultaten DJI-gefinancierde GGZ	49
III	Deelnemende instellingen LMA en LMIG	51
IV	Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ	55

1 Inleiding

Eén van de onderdelen van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) is de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-aanbieders over de ontwikkeling (wat betreft de omvang en het zorggebruik) van de klinische zorg en de ambulante GGZ (de ambulante GGZ vooral gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen). Ook worden de ontwikkelingen van het beschermd wonen gevolgd. In deze achtergrondstudie wordt verslag gedaan van de uitvraag over het jaar 2017.

Het doel van deze uitvraag is om met de resultaten zicht te bieden op de volgende aspecten van het ambulantiseringstraject:

- de afbouw van klinische GGZ-voorzieningen;
- de opbouw/uitbouw van de voorzieningen voor (langdurige of intensieve) ambulante behandeling en begeleiding/ondersteuning;
- de ontwikkeling van het beschermd wonen

De ontwikkeling van de omvang van de klinische zorg en het beschermd wonen werd sinds 2013 al gevolgd door middel van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). De uitvraag van de LMA onder de GGZ-aanbieders bouwt voort op de opzet, werkwijze en data van de LMIG.

2 Opzet en methode

2.1 Doelstelling en opzet

Het doel van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders is het jaarlijks genereren van gegevens over de omvang, de aard (de kenmerken) en het gebruik van de intramurale en ambulante GGZ. Per 2015 zijn de financiële kaders van de GGZ veranderd. Deze veranderingen worden hieronder op een rij gezet:

- De AWBZ bestaat niet langer. Mensen met een AWBZ-C pakket (beschermd wonen) zijn per 2015 overgegaan naar de Wmo 2015. Mensen met een AWBZ-B pakket (voortgezet verblijf met behandeling) zijn overgegaan naar de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Waar de Zvw tot en met 2014 het financieringskader was voor het eerste opnamejaar, worden per 2015 de eerste *drie* opnamejaren gefinancierd vanuit de Zvw (met in het eerste opnamejaar een Zvw-DBC als product en in het tweede en derde opnamejaar een Zvw-ZZP). Indien de opname na drie jaar voortduurt, wordt de financiering voortgezet vanuit de Wlz.
- Ambulante begeleiding en ondersteuning die voorheen gefinancierd werd vanuit de AWBZ wordt per 2015 gefinancierd vanuit de Wmo 2015.
- De jeugd-GGZ valt per 2015 onder de Jeugdwet.

Voor deelname aan de vierde meting van de LMA zijn de leden van GGZ Nederland benaderd¹, ook als zij niet deelnamen aan een vorige meting. Voor alle metingen van de LMA zijn naast de leden van GGZ Nederland, ook aanbieders van intramurale voorzieningen die geen lid zijn van GGZ Nederland, benaderd.

2.2 Vragenlijst

De dataverzameling vond plaats door middel van een vragenlijst over de intramurale GGZ- capaciteit en het intramurale zorggebruik, inclusief beschermd wonen, en over het gebruik van ambulante zorg. De vragenlijst is in samenspraak met een klankbordgroep van experts onder andere op het gebied van GGZ-administratie (zie bijlage I voor de namen van deze experts), doorontwikkeld op basis van de vragenlijst die eerder werd gebruikt voor de Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG). Voor de derde en vierde meting van de LMA is het aantal items over Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen uitgebreid.

De vragenlijst bestaat uit de volgende rubrieken:

- A. Productie en gebruik Zvw-gefinancierde zorg
- B. Productie en gebruik Jeugdwet-gefinancierde zorg
- C. Productie en gebruik Wlz-gefinancierde zorg
- D. Productie en gebruik Wmo-gefinancierde zorg
- E. Productie en gebruik DJI-gefinancierde zorg
- F. Verdeling opbrengsten
- G. Overige kenmerken intramurale zorg (overige vragen)

¹ De leden van GGZ Nederland vertegenwoordigen een zeer groot deel van de GGZ capaciteit in Nederland. GGZ organisaties die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland beschikken doorgaans over een relatief beperkt aantal plaatsen voor zover zij al over intramurale capaciteit beschikken.

2.3 Dataverzameling en respons

64 aanbieders gaven aan deel te willen nemen en hebben de vragenlijst toegestuurd gekregen. 47 aanbieders hebben daadwerkelijk data aangeleverd. De aangeleverde data van de deelnemende aanbieders zijn door de onderzoekers uitvoerig gecontroleerd. Bij opvallende trendbreuken ten opzichte van eerdere jaren volgde aanvullende verificatie bij de aanbieder.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen door de jaren heen, gerangschikt naar type instelling. Het ledenbestand van GGZ Nederland kent zes typen instellingen: geïntegreerde GGZ-instellingen, RIBW's, gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg, gespecialiseerde forensische psychiatrische centra en Riagg's/aanbieders met uitsluitend ambulante zorg. Daaraan wordt voor deze monitor de categorie 'overige aanbieders met intramurale capaciteit' toegevoegd².

Tabel 2.1 Typering deelnemende instellingen 2012 (LMIG), 2013 (LMIG), 2014 (LMA), 2015 (LMA), 2016 (LMA) en 2017 (LMA)

	Aantal 2012	Aantal 2013	Aantal 2014	Aantal 2015	Aantal 2016	Aantal 2017
Geïntegreerde GGZ-instelling	30	30	29	24	23	24
RIBW	19	16	17	13	15	14
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	9	9	6	5	4
Verslavingszorginstelling	6	5	3	1	1	1
Forensisch psychiatrisch centrum*	5	5	4	3	2	-
Aanbieders intramurale voorzieningen - overig	1	1	3	3	2	3
Riagg/ambulante zorg			4	4	1	1
Totaal	71	66	69	54	49	47

* Exclusief de FPC's die onderdeel zijn van een geïntegreerde GGZ-instelling.

Bovenstaande cijfers laten zien dat de respons op de vierde meting van de LMA ongeveer vergelijkbaar is met de derde meting (grootste verschil is dat forensisch psychiatrische centra niet deelgenomen hebben). De respons van de geïntegreerde GGZ-instellingen en de RIBW's is hoger dan die van de andere typen instellingen. Van de geïntegreerde GGZ-instellingen reageerde 77 procent op de vierde meting van de LMA en van de RIBW's 74 procent.

De voornaamste redenen waarom deelname voor een aantal aanbieders niet haalbaar was, waren gebrek aan tijd en personeel om de gegevens te verzamelen. Genoemd werd dat door alle transitie de werkdruk (nog) hoger geworden is.

2.4 Beperkingen

Bij de betekenis van de verzamelde data moeten de volgende kanttekeningen geplaatst worden:

- De verandering van de financiële kaders in 2015 maakt dat de vergelijking van de cijfers van 2015, 2016 en 2017 met die van eerdere jaargangen niet altijd eenvoudig is. Waar mogelijk wordt deze vergelijking wel gemaakt, met de kanttekening dat enige voorzichtigheid geboden is bij het duiden van de trendcijfers.
- De respons op de laatste metingen was lager dan op eerdere metingen. Hoewel daar geen concrete aanwijzingen voor zijn, kan niet volledig uitgesloten worden dat bij de aanbieders die niet deelnamen, de ontwikkeling van de capaciteit en het gebruik van de GGZ anders verliep dan bij de deelnemende instellingen.

² Tot deze laatste categorie behoren onder andere de organisaties die volgens hun DigiMV-gegevens intramurale GGZ bieden maar niet onder de andere categorieën gerangschikt kunnen worden. Zoals instellingen voor maatschappelijke opvang en aanbieders die met name in een andere sector actief zijn maar ook GGZ-zorg bieden.

3 Resultaten van de uitvraag van de vierde meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders

3.1 Inleiding

De dataverzameling van de uitvraag bij de GGZ-aanbieders heeft geresulteerd in een omvangrijk databestand over de omvang en het gebruik van de klinische en ambulante GGZ voorzieningen, het beschermd wonen en de begeleiding en ondersteuning in het sociale domein van de deelnemende aanbieders in 2017. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze uitvraag en de vergelijking met de uitvragen van vijf voorgaande jaren gepresenteerd (de twee metingen van de LMIG en de eerste drie metingen van de LMA). De ontwikkelingen tussen 2012 en 2017 zijn geanalyseerd op basis van data van organisaties die zowel aan de vier metingen van de LMA als aan beide LMIG-metingen deelnamen (n=30³).

Zoals genoemd is er per 2015 het nodige veranderd in de GGZ, ook wat betreft de financieringskaders. Dit maakt dat, om de cijfers van 2015, 2016 en 2017 toch te kunnen vergelijken met die van voorgaande jaren, het nodig is om voor 2015, 2016 en 2017 bepaalde financieringskaders samen te nemen. Vermeld wordt wat zo nodig is samengenomen.

3.2 Omvang van de klinische GGZ en het beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling

Eén van de belangrijkste meeteenheden voor de omvang van de klinische en beschermd wonen voorzieningen is de 'gerealiseerde productie' (uitgedrukt in verblijfsdagen). Voor de leesbaarheid van het rapport worden de productiedagen omgerekend tot plaatsen⁴ volgens de formule dat in 2017 365 verblijfsdagen gelijk stonden aan één plaats.

Gespecificeerd naar type instelling en financieringskader⁵ zien de capaciteitscijfers van de instellingen die deelnamen aan de uitvraag er als volgt uit (zie Tabel 3.1):

Tabel 3.1 Capaciteit klinische GGZ en beschermd wonen gespecificeerd naar type instelling en financieringskader, deelnemers 2017

	Zvw			Jeugdwet	Wlz	Wmo 2015 beschermd wonen	Totaal
	Zvw-DBC	Zvw-ZZP	Zvw totaal				
Geïntegreerde GGZ-instelling	4.713	1.280	5.994	300	4.304	3.327	13.925
RIBW	-	-	-	143	161	6.731	7.035
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	11	-	11	208	-	62	281
Aanbieders intramurale voorzieningen – overig	70	12	82	-	2	151	235
Totaal (% van het totaal aantal plaatsen)	4.794 (22,3%)	1.292 (6,0%)	6.086 (28,3%)	651 (3,0%)	4.467* (20,8%)	10.272** (47,8%)	21.475

* Exclusief 179 sectorvreemde Wlz plaatsen

** Exclusief 790 VPT-plaatsen en 681 maatschappelijke opvang plaatsen

3 30 instellingen hebben zowel aan de twee metingen van de LMIG deelgenomen als aan de vier metingen van de LMA. Per analyse kan de n echter verschillen. Bijvoorbeeld, bij analyses van de data van de RIBW's is de n vanzelfsprekend lager dan 30.

4 In de klinische GGZ wordt soms de term 'plaatsen' en soms de term 'bedden' gebruikt. In het beschermd wonen wordt doorgaans de term 'plaatsen' gebruikt. In dit rapport wordt de term 'plaatsen' gebruikt. Als het gaat over klinische capaciteit kan hiervoor ook 'bedden' worden gelezen.

5 Voor de cijfers van de DJI-gefinancierde intramurale capaciteit wordt verwezen naar Bijlage I.

De cijfers van Tabel 3.1 laten zien dat de deelnemende instellingen in 2017 over ruim 6.000 Zvw-gefinancierde en bijna 4.500 Wlz-gefinancierde plaatsen beschikten. De deelnemers hadden tezamen bijna 10.300 plaatsen voor beschermd wonen, waarvan twee derde werd geboden door de deelnemende RIBW's.

Tabel 3.2 Ontwikkeling klinische capaciteit en beschermd wonen deelnemende instellingen 2012 – 2017

	Mutatie 2012-2013 (%)	Mutatie 2013-2014 (%)	Mutatie 2014-2015 (%)	Mutatie 2015-2016 (%)	Mutatie 2016-2017 (%)	Mutatie 2012-2017 (%)
Eerste opnamejaar* (n=18)	-6,7	-7,7	-5,5	-4,8	-3,9	-25,6
Langdurig verblijf ** (vanaf het tweede opname jaar) (n=16)	-2,9	-3,9	-4,6	-3,2	-4,7	-17,8
Totaal klinische voorzieningen	-4,8	-5,8	-5,1	-4,0	-4,3	-21,7
Beschermd Wonen *** (n=20)	0	-3,1	-1,8	-1,0	0,1	-5,7

* T/m 2014 Zvw-gefinancierde plaatsen. Vanaf 2015 Zvw-DBC gefinancierde plaatsen plus Jeugdwet –DBC gefinancierde plaatsen ('Jeugd-GGZ is per 1/1/2015 naar de Jeugdwet gegaan vanuit de Zorgverzekeringswet. In 2014 is een afspraak gemaakt tussen VWS, gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars (ZN) dat GGZ-aanbieders de geleverde zorg nog tot 1/1/2018 in de bestaande bekostigingstaal van de jeugd-GGZ (producten voor de basis GGZ en DBC's voor de gespecialiseerde GGZ) mogen declareren' www.vng.nl).

** T/m 2014 de AWBZ-B gefinancierde plaatsen. Vanaf 2015 de Wlz gefinancierde plaatsen plus de Zvw-ZZP gefinancierde plaatsen.

*** Tm 2014 de AWBZ-C gefinancierde plaatsen. Vanaf 2015 het Wmo 2015 gefinancierde beschermd wonen voor mensen met psychische problematiek.

Uit de data van de instellingen die zowel aan alle uitvragen van de LMA deelnamen als aan beide uitvragen van de LMIG blijkt dat het aantal klinische plaatsen tussen 2016 en 2017 weer daalde waarbij de daling van het aantal klinische plaatsen voor het eerste opnamejaar elk jaar iets minder groot wordt. Het aantal beschermd wonen daalde tussen 2016 en 2017 niet verder.

- ✓ De omvang van de klinische GGZ plaatsen nam tussen 2016 en 2017 verder af waarbij de afname van het aantal plaatsen voor het eerste opnamejaar steeds iets verder afvlakt.
- ✓ Het aantal beschermd wonen plaatsen neemt tussen 2016 en 2017, bij de deelnemende aanbieders, niet langer af.

3.3 Open en gesloten plaatsen

Met de uitvraag zijn ook gegevens verzameld over het aantal plaatsen op gesloten afdelingen. Uit de data blijkt dat in 2017, bij de deelnemende instellingen, 41 procent van de plaatsen voor opnamen met een duur van maximaal een jaar, plaatsen op gesloten afdelingen waren. Voor langdurige opnameplaatsen was dit 23 procent. Het aantal gesloten plaatsen steeg (in absolute zin) bij de instellingen die aan alle metingen deelnamen tussen 2012 en 2015 met in totaal 17 procent. Tussen 2015 en 2017 daalde het aantal gesloten plaatsen van deze instellingen met 13 procent.

3.4 Individuele en groepswoonings

Aan de deelnemende instellingen is ook gevraagd gegevens aan te leveren over de verhouding tussen het aantal individuele woningen en het aantal groepswoonings. Uit de aangeleverde gegevens blijkt dat, bij de deelnemende instellingen, in 2017 54 procent van de woonvoorzieningen *groepswoonvoorzieningen* betreft en 46 procent *individuele* woonvoorzieningen). Tussen 2012 en 2017 nam, bij de deelnemende aanbieders, het aantal individuele woonvoorzieningen toe en het aantal groepswoonings af.

3.5 Zorggebruik klinische GGZ en beschermd wonen: stand van zaken en ontwikkeling

In deze paragraaf worden de stand van zaken in 2017 en de ontwikkelingen tussen 2012 en 2017 van het zorggebruik van de klinische GGZ-voorzieningen en het beschermd wonen beschreven. Eerst komen ontwikkelingen in het gebruik van de intramurale Zvw- en Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen aan bod (gecombineerd in één paragraaf omwille van de trendcijfers), daarna die van de Wlz-gefinancierde voorzieningen en tenslotte het gebruik van de Wmo-gefinancierde beschermd wonen voorzieningen.

Eerste opnamejaar: Zvw-DBC- en Jeugdwet-DBC-gefinancierde voorzieningen

In 2017 werden door de deelnemende instellingen 33.330 unieke cliënten opgenomen in de Zvw-gefinancierde voorzieningen en er werden in totaal 45.181 opnameperioden (opnamen gestart in 2017) geregistreerd. Uit de verhouding tussen deze twee cijfers blijkt dat een deel van de cliënten meerdere malen opgenomen is geweest. 16 procent van het totaal aantal Zvw-gefinancierde opnamen betrof een opname in verband met een crisis en 17 procent van de cliënten werd opgenomen vanwege een crisis. De absolute cijfers hierover wijzen erop dat een deel van de mensen die opgenomen was vanwege een crisis, in het jaar meerdere keren opgenomen is geweest vanwege een crisis. Verder hadden in 2017 de deelnemende aanbieders 228 crisis-plaatsen (afgaande op het aantal verblijfsdagen van crisis-DBC's).

Door de deelnemende instellingen werden in 2017 2.581 cliënten opgenomen in Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen, met in totaal 3.181 opnameperioden. 13 procent van de opnamen betrof een opname vanwege een crisis. 15 procent van de personen die werd opgenomen in een Jeugdwet-gefinancierde voorziening werd opgenomen vanwege een crisis.

Om een vergelijking te kunnen maken van het aantal opnameperioden en het aantal unieke opgenomen personen door de jaren heen zijn de Zvw-gefinancierde opnamen van 2013 en 2014 (in 2012 werden deze cijfers niet uitgevraagd) vergeleken met de som van de Zvw- en Jeugdwet-gefinancierde opnamen in respectievelijk 2015, 2016 en 2017. In eerdere jaren bleef het aantal opgenomen cliënten nagenoeg gelijk, maar daalde over de hele tijdreeks het aantal opnameperioden. In 2017 daalde niet alleen het aantal opnameperioden, maar ook het aantal opgenomen cliënten (zie tabel 3.3). Het aantal cliënten met een crisisopname daalde al de hele tijdreeks.

Tabel 3.3 Ontwikkeling aantal opnamen en opgenomen personen bij de deelnemende instellingen , 2013-2017

	Mutatie 2013 -2014 (%)	Mutatie 2014 -2015 (%)*	Mutatie 2015-2016 (%)*	Mutatie 2016-2017 (%)*	Mutatie 2013 -2017 (%)*
Aantal opnameperioden (n=14)	-13,9%	-8,9%	5,6%	-5,5%	-21,7%
Aantal unieke cliënten	0,4%	-1,4%	0,9%	-3,5%	-3,6 %
Aantal opnameperioden vanwege een crisis-interventie	-4,1%	2,3%	-15,9%	-16,1%	-17,5%
Aantal unieke cliënten	-8,1%	2,6%	-11,6%	-10,1%	-25,0%

* 2015, 2016 en 2017 bevat de som Zvw en Jeugdwet.

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de verblijfsduur in 2017 van de cliënten in voorzieningen die Zvw-DBC- en/ of Jeugdwet-gefinancierd (opnamen tot maximaal één jaar) werden. De cijfers in deze tabel laten zien dat bijna een kwart van de cliënten van de Zvw-DBC-gefinancierde intramurale voorzieningen binnen een week werd ontslagen en dat de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd.

Tabel 3.4 Verblifsduur uitgestroomde cliënten (Zvw-DBC-gefinancierd en Jeugdwet gefinancierde opnamen), in percentages, deelnemers 2017

	1 tm 7 dagen (%)	8 tm 30 dagen (%)	31 tm 90 dagen (%)	91 tm 180 dagen (%)	181 tm 365 dagen (%)	Totaal (%)
Zvw-DBC	23	28	25	12	12	100
Jeugdwet	21	27	32	16	4	100

Om de verblijfsduur door de jaren heen te kunnen vergelijken, is een vergelijking gemaakt tussen de verblijfsduur van de intramurale Zvw-gefinancierde voorzieningen in 2012, 2013 en 2014 met de verblijfsduur van de intramurale Zvw-DBC- en Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen in 2015, 2016 en 2017. Door de jaren heen zijn er geen grote verschillen in de verblijfsduur, al lijkt deze in het laatste meetjaar wat op te lopen: het aandeel langere opnamen (>90 dagen) was niet eerder zo hoog (zie Tabel 3.5).

Tabel 3.5 Verblifsduur klinische voorzieningen voor opnamen tot maximaal één jaar (bij uitstroom), in percentages, 2012 – 2017

	≤ 7 dagen (%)	8-30 dagen (%)	31- 90 dagen (%)	91- 365 dagen (%)	Totaal (%)
2012 (n=15)	21	31	29	20	100
2013	27	31	24	17	100
2014	25	30	25	19	100
2015*	24	30	26	20	100
2016*	24	32	27	18	100
2017*	21	28	25	27	100

* 2015, 2016 en 2017 bevat de som Zvw en Jeugdwet. De afspraak om de bekostigingstaal van de Jeugd-GGZ voort te zetten liep 1-1-2018 af waardoor Jeugd-GGZ producten 31-12-2017 administratief afgesloten werden. In het item over de verblijfsduur wordt gevraagd naar verblijfsduur van mensen van wie in het betreffende jaar een DBC met verblijf is afgesloten. Om te controleren of de administratieve afsluiting van Jeugd-GGZ producten van (grote) invloed was op de cijfers van Tabel 3.5 is voor 2015, 2016 en 2017 ook gekeken naar de cijfers van alleen de Zvw. De cijfers met betrekking tot de verblijfsduur, in percentages, voor alleen de Zvw waren gelijk aan de cijfers van Tabel 3.5.

Tabel 3.6 laat de verdeling zien van het aantal Zvw-gefinancierde intramurale DBC-dagen over de deelprestaties. Nieuw in 2017 is deelprestatie H voor de High Intensive Care opname-afdelingen. Deelprestatie H ligt qua intensiteit tussen deelprestaties F en G in. Uit deze tabel blijkt dat in 2017 ruim 60 procent van het aantal Zvw gefinancierde plaatsen , plaatsen betrof met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad (deelprestaties E tot en met H).

Tabel 3.6 Aandeel deelprestaties in het totaal aantal Zvw-DBC-gefinancierde plaatsen, in percentages, deelnemers 2017

Deelprestatie	Percentage
Deelprestatie A lichte verzorgingsgraad	1,9
Deelprestatie B beperkte verzorgingsgraad	5,1
Deelprestatie C matige verzorgingsgraad	12,6
Deelprestatie D gemiddelde verzorgingsgraad	16,3
Deelprestatie E intensieve verzorgingsgraad	34,9
Deelprestatie F extra intensieve verzorgingsgraad	19,8
Deelprestatie G zeer intensieve verzorgingsgraad	4,4
Deelprestatie H High Intensive Care	4,8

Van de Jeugdwet-gefinancierde plaatsen betrof 80 procent van de plaatsen, plaatsen met een deelprestatie in de categorie E tot en met G. 17 procent betrof plaatsen met deelprestatie D. (Plaatsen met deelprestatie A, B, of C komen nagenoeg niet voor.)

Tabel 3.7 Ontwikkeling intramurale deelprestaties deelnemende instellingen, in percentages, 2013-2017

	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2013 (%)	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2014 (%)	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2015 (%)*	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2016 (%)*	Percentage van het totaal aantal plaatsen 2017 (%)*	Mutatiecijfer** 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)*	Mutatiecijfer 2015-2016 (%)*	Mutatiecijfer 2016-2017 (%)***	Mutatiecijfer 2013-2017** (%)
Deelprestatie A	2,3	2,1	2,2	1,4	1,4	-12,2	-4,4	-40,0	-3,9	-51,6
Deelprestatie B	6,7	5,8	4,5	6,0	5,5	-18,4	-27,3	27,6	-14,9	-35,6
Deelprestatie C	17,5	16,8	15,1	13,8	13,4	-9,2	-15,0	-13,8	-9,5	-39,7
Deelprestatie D	25,3	21,1	20,0	17,4	16,3	-21,1	-10,6	-18,0	-12,1	-49,1
Deelprestatie E	28,9	31,4	31,9	33,1	33,4	2,8	-4,0	-2,1	-5,8	-8,9
Deelprestatie F	17,0	19,5	21,5	23,6	21,3	8,0	4,2	3,5	-15,5	-1,4
Deelprestatie G	2,4	3,3	4,9	4,8	4,8	31,3	38,9	-6,4	-6,4	59,6
Deelprestatie H	-	-	-	-	3,9	-	-	-	****	
Deelprestaties E tot en met H	48,3	54,2	58,3	61,5	63,4	6,0	1,6	-0,4	-3,6	0,0
Totaal (n=14)	100	100	100	100	100	-5,5	-5,5	-5,5	-6,6	-21,2

* Voor 2015, 2016 en 2017 gaat het om de som van de Zvw en de Jeugdwet deelprestaties.

** Mutatiecijfers zijn gebaseerd op het absolute aantal plaatsen per deelprestatie per jaar.

*** Door de introductie van deelprestatie H in 2017 vindt er een verschuiving plaats van het aantal plaatsen per deelprestaties. De mutatiecijfers van met name de hogere deelprestaties tussen 2016 en 2017 dienen daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

**** Deelprestatie H is in 2017 ingevoerd. Daarom kan er nog geen mutatiecijfer worden berekend.

Tussen 2013 en 2017 nam het aandeel van plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad (E, F en G en voor 2017 inclusief H) in het totaal aantal plaatsen elk jaar toe (van 48 procent naar 63 procent). In absolute zin nam het aantal plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad (E, F en G) tussen 2013 en 2015 ook toe. Tussen 2015 en 2016 was de omvang van het aantal intensievere plaatsen nagenoeg gelijk. Tussen 2016 en 2017 nam het aantal intensievere plaatsen (inclusief H) af met 3,6 procent.

- ✓ Waar het aantal unieke opgenomen cliënten tussen 2013 en 2016 nagenoeg stabiel was, daalde het aantal opgenomen cliënten tussen 2016 en 2017 licht.
- ✓ Het aantal opnameperioden nam af tussen 2013 en 2017.
- ✓ Het aandeel van de langere opnamen (>90 dagen) nam tussen 2016 en 2017 toe. Waar dit trendcijfer eerder daalde is het nu 27% tegen 20% in 2012.
- ✓ Het aandeel van het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad in het totaal aantal verblijfsdagen (voor opnamen tot één jaar) nam tussen 2013 en 2017 toe. In absolute zin steeg het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad tot 2015; tussen 2015 en 2016 was het aantal intensievere verblijfsdagen stabiel en tussen 2016 en 2017 daalde het aantal intensievere verblijfsdagen.

Langdurig verblijf: Zvw-ZZP- en Wlz-gefinancierde voorzieningen

De resultaten van de uitvraag bij de instellingen laten zien dat bij de ZZP-dagen (Zvw-ZZP en Wlz-ZZP) het overgrote deel van de productie bestond uit de productie van de zwaardere pakketten (ZZP 4 en hoger) (zie Tabel 3.8).

Tabel 3.8 Aandeel ZZP-pakketdagen in het totaal aantal ZZP-dagen, in percentages, deelnemers 2017

Zvw-ZZp	Zvw-ZZp	Wlz-ZZP	Totaal
ZZP 1		0,0	0,0
ZZP 2		0,1	0,1
ZZP 3	4,7	2,9	3,3
ZZP 4	13,4	12,4	12,6
ZZP 5	50,4	52,0	51,6
ZZP 6	9,2	11,5	11,0
ZZP 7	22,3	21,1	21,4
Totaal	100	100	100

Tabel 3.9 bevat de cijfers van de ontwikkeling van de zorgzwaartepakketten voor langdurig verblijf tussen 2012 en 2017. De cijfers wijzen uit dat het gezamenlijke aandeel van de pakketten 5, 6 en 7 de laatste jaren ruim 80 procent was.

Tabel 3.9 Verdeling intramurale capaciteit per ZZP (Zvw en Wlz), in percentages, deelnemende instellingen, 2012-2017

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)
ZZP 1 (n=15)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ZZP 2	0,5	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0
ZZP 3	10,3	6,3	4,5	4,0	3,4	3,0
ZZP 4	15,2	14,3	13,2	13,0	13,3	12,2
ZZP 5	41,1	44,1	46,2	48,1	49,0	50,5
ZZP 6	12,9	12,6	12,1	11,6	11,3	11,0
ZZP 7	20,0	22,4	23,8	23,2	23,0	23,2
Totaal	100	100	100	100	100	100

- ✓ Het grootste deel van de productie van het langdurig verblijf betreft in 2017, net als in de afgelopen jaren de zwaardere ZZP-en.

Beschermd wonen: Wmo 2015 – gefinancierde plaatsen

In totaal woonden er gedurende het jaar in 2017 10.826 cliënten in de beschermd wonen voorzieningen van de deelnemende instellingen (30 procent van deze mensen woonde in een beschermd wonen voorziening van een geïntegreerde GGZ-instelling. 68 procent woonde in een RIBW). 2.287 cliënten stroomden in, 2.097 cliënten stroomden uit. Dit betekent dat de deelnemende BW-voorzieningen tezamen een uitstroompercentage kenden van circa 19 procent. Voor de aanbieders die hierover zowel in 2015, als in 2016 en in 2017 data aanleverden (n=21), lag het uitstroompercentage in 2015 op 17 procent en in 2016 en 2017 op afgerond 20 procent. Dit nam dus iets toe. Gegevens over de zorgzwaarte van de beschermd wonen plaatsen konden vanwege wijzigingen in financiering en registratie niet langer uitgevraagd worden.

In 2017 hadden de deelnemende aanbieders 790 Volledig Pakket Thuis (VPT)⁶ plaatsen. Het aantal VPT-plaatsen van de deelnemende aanbieders was tussen 2015 en 2016 nagenoeg stabiel maar steeg aanzienlijk (met 38%) in 2017. Hierbij kan worden opgemerkt dat de ontwikkeling per aanbieder wisselend was. Er waren meer aanbieders met een daling van het aantal VPT-plaatsen dan aanbieders met een toename. Omdat dit dan wel om forse toenames ging, is er in het totaal een stijging waarneembaar.

3.6 Zorggebruik en omvang van de ambulante GGZ: stand van zaken en ontwikkeling

In deze paragraaf worden de stand van zaken en ontwikkelingen beschreven in de omvang van het gebruik en de productie van de generalistische basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ en de ambulante begeleiding en ondersteuning vanuit het sociale domein van de deelnemende instellingen.

6 'Bij VPT ontvangen cliënten met een indicatie voor verblijf (intensieve) zorg in hun eigen huis' (RIBW Alliantie, Trendrapportage 2011). VPT is een overgangsrecht (CAK, Factsheet Beschermd wonen, www.hetcak.nl). Dat VPT toch toeneemt kan komen doordat aanbieders afspraken maken met gemeenten over producten die vergelijkbaar zijn met VPT.

Zorggebruik ambulante behandeling in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ

De cijfers van Tabel 3.10 laten zien dat in 2017 door de deelnemende instellingen ruim 76.000 cliënten werden behandeld in de generalistische basis GGZ (afgerond 71.500 in de Zvw en 4.500 in de Jeugdwet) en er afgerond 407.000 cliënten ambulant werden behandeld in de gespecialiseerde GGZ (afgerond 348.000 cliënten in de Zvw en 59.000 cliënten in de Jeugdwet).

Tabel 3.10 Aantal cliënten* met een ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2017

	Generalistische basis GGZ - Zvw	Generalistische basis GGZ - Jeugdwet	Specialistische behandeling - Zvw	Specialistische behandeling - Jeugdwet
Aantal cliënten	71.522	4.827	348.151	59.264

*Cliënten kunnen in meerdere categorieën zijn meegeteld.

Tussen 2012 en 2017 daalde bij de deelnemende instellingen het totaal aantal cliënten met een ambulante behandeling (zie Tabel 3.11). Het aantal cliënten in de basis GGZ steeg maar compenseerde niet voor een nog sterkere daling van het aantal cliënten met een ambulante behandeling in de gespecialiseerde GGZ bij de deelnemende instellingen; het totaal aantal cliënten in de specialistische en basis GGZ (tezamen) daalde in vijf jaar met 18 procent.

Tabel 3.11 Ontwikkeling cliënten met een ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2012-2017

	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015*	Mutatiecijfer 2015-2016*	Mutatiecijfer 2016-2017*	Mutatiecijfer 2012-2017*
Behandeling met een DBC (n=20)	-12,8%	-3,9%	-10,6%	-2,7%	-3,6%	-29,7%
Behandeling met een product van de generalistische basis GGZ (n=13)	-**	-**	83,6%	5,4%	4,7%	102,6%
Totaal***	-12,8%	2,6% **	-4,6%	-1,8%	-2,5%	-18,3%

* Voor 2015, 2016 en 2017 gaat het om de som van de Zvw en de Jeugdwet cliënten.

** De generalistische basis GGZ is in 2014 ingevoerd dus groeicijfers kunnen vanaf die periode berekend worden. In de groeicijfers van het totaal is de generalistische basis GGZ vanaf het mutatiecijfer 2013-2014 meegeteld.

*** Deze cijfers dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat er sprake kan zijn van dubbelstellingen tussen de cliënten met een DBC en de cliënten met een product van de basis GGZ.

Productie generalistische basis GGZ

In Tabel 3.12 worden de cijfers gepresenteerd van de afgesloten producten van de generalistische basis GGZ van de deelnemende instellingen in 2017. Uit deze cijfers blijkt dat ruim veertig procent van de gesloten producten het product 'intensief' betrof.

Tabel 3.12 Gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemers 2017

	Zvw	Jeugdwet	Totaal	Percentage totaal
Product Kort (ca. 300 minuten)	2.252	990	3.242	6,2
Product Middel (ca. 500 minuten)	6.374	997	7.371	14,0
Product Intensief (ca. 750 minuten)	21.148	2.359	23.507	44,8
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	13.478	940	14.418	27,5
Product Onvolledig behandeltraject	3.341	588	3.929	7,5
Totaal	46.593	5.874	52.467	100

Tabel 3.13 bevat de gegevens van de ontwikkelingen van de gesloten producten van de generalistische basis GGZ (Zvw-gefinancierd). Uit vergelijking van de cijfers van 2015 tot en met 2017 komt naar voren dat de omvang van het aantal producten van de generalistische basis GGZ bij de deelnemende instellingen tussen 2014 en 2017 fors toenam door vooral een forse stijging tussen 2015 en 2016 en door toename van de producten 'intensief' en 'chronisch'.

Tabel 3.13 Ontwikkeling gesloten producten generalistische basis GGZ (Zvw-gefinancierd), deelnemers 2015, 2016 en 2017

	Mutatiecijfer 2015-2016 (%)*	Mutatiecijfer 2016-2017 (%)*	Mutatiecijfer 2015-2017 (%)*
Product Kort (ca. 300 minuten)	7,3	-15,3	-9,1
Product Middel (ca. 500 minuten)	-4,1	-9,5	-13,2
Product Intensief (ca. 750 minuten)	28,9	7,2	38,2
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	116,9	18,2	156,3
Totaal (n=14)	35,3	6,3	43,8

Productie ambulante gespecialiseerde GGZ

In 2017 werden bij de deelnemende instellingen afgerond 365.000 ambulante DBC's afgesloten (afgerond 297.000 Zvw-gefinancierde DBC's en 68.000 Jeugdwet gefinancierde DBC's). DBC's kennen verschillende minutencategorieën. Tabel 3.14 bevat de gegevens over hoe groot het aandeel per minutencategorie is in het totaal aantal afgesloten ambulante DBC's. Uit deze cijfers blijkt dat 38,7 procent van alle afgesloten DBC's betrekking had op behandeltrajecten van omrekenend maximaal 13 uur. 18,7 procent van de trajecten bestond uit intensieve trajecten (trajecten van 50 uur of meer).

Tabel 3.14 Gesloten ambulante DBC's per minutencategorie, deelnemers 2017

	Percentage Zvw-DBC's	Percentage Jeugdwet- DBC's	Percentage van het totaal	Cumulatief percentage totaal
Aantal gesloten ambulante DBC's - tot 200 minuten*	6,5	10,3	7,2	7,2
Aantal gesloten ambulante DBC's - 200 t/m 399 minuten*	13,8	11,0	13,3	20,5
Aantal gesloten ambulante DBC's - 250 t/m 799 minuten	18,7	15,9	18,2	38,7
Aantal gesloten ambulante DBC's - 800 t/m 1799 minuten	27,3	23,9	26,6	65,3
Aantal gesloten ambulante DBC's - 1800 t/m 2999 minuten	15,9	16,4	16,0	81,3
Aantal gesloten ambulante DBC's - 3000 t/m 5999 minuten	11,7	13,8	12,1	93,4
Aantal gesloten ambulante DBC's - 6000 t/m 11999 minuten	4,3	5,3	4,5	97,9
Aantal gesloten ambulante DBC's - 12000 t/m 17999 minuten	0,8	1,0	0,8	98,7
Aantal gesloten ambulante DBC's - 18000 en meer minuten	1,0	2,4	1,3	100,0
Totaal	100	100	100	(totaal 365.490 DBC's)

* Deze minutencategorieën zijn van toepassing op enkele specifieke productgroepen

Om een vergelijking tussen 2012 en 2016 te kunnen maken, zijn voor 2015 en 2016 de Zvw en de Jeugdwet cijfers samen genomen. Door de jaren heen daalde het aantal gesloten ambulante DBC's (met uitzondering van 2013). De ontwikkeling door de jaren heen is grillig, mogelijk wellicht vanwege de invloed van het eigen risico in 2012. Tussen 2012 en 2015 nam per saldo het aantal intensieve ambulante DBC's (met 3.000 minuten of meer) af. Tussen 2015 en 2016 laten de cijfers een groei zien van het aantal intensieve ambulante DBC's.

Tabel 3.15 Ontwikkeling minutencategorieën van de ambulante DBC's, deelnemende instellingen 2012-2016

	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2012 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2013 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2014 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2015* (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2016* (%)	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)	Mutatiecijfer 2015-2016 (%)	Mutatiecijfer 2012-2016 (%)
Aantal gesloten ambulante DBC's – t/m 1799 minuten	75,3	72,6	69,3	69,9	66,5	-18,8	2,1	-18,8	-6,1	-36,7
Aantal gesloten ambulante DBC's – 1800 t/m 2999 minuten	11,3	14,1	16,3	15,4	16,5	5,0	23,9	-24,3	6,3	4,7
Aantal gesloten ambulante DBC's – 3000 t/m 5999 minuten	7,0	9,2	10,4	10,4	11,8	9,7	21,9	-19,4	11,2	19,8
Aantal gesloten ambulante DBC's – 6000 minuten en meer	6,4	4,1	3,9	4,3	5,3	-45,6	1,3	-11,5	21,2	-40,1
Totaal (n=16)	100	100	100	100	100	-15,8	7,0	-19,4	-1,2	-28,3

* Betreft cijfers van de Zvw en de Jeugdwet.

Om ook de ontwikkeling in 2017⁷ te volgen is een vergelijking gemaakt voor alleen de Zvw-DBC's in 2015, 2016 en 2017 (Zie tabel 3.16)

Tabel 3.16 Ontwikkeling van de Zvw-gefinancierde ambulante DBC's, 2015-2017

	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2015 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2016 (%)	Aandeel van de DBC's in het totaal van 2017 (%)	Mutatie 2015-2016 (%)	Mutatie 2016-2017 (%)	Mutatie 2015-2017 (%)
aantal gesloten ambulante DBC's tot 1800 minuten	69,6	66,9	66,8	-7,1	-1,5	-8,5
aantal gesloten ambulante DBC's 1800-2999 minuten	15,3	16,3	16,6	2,9	0,5	3,5
aantal gesloten ambulante DBC's 3000-5999 minuten	10,6	11,4	11,9	4,7	3,0	7,8
aantal gesloten ambulante DBC's 6000 minuten en meer	4,6	5,4	4,7	14,3	-14,4	-2,2
aantal gesloten ambulante DBC's met meer dan 3000 minuten				7,6	-2,6	4,8
Totaal (n=22)	100	100	100	-3,4	-1,4	-4,7

7 Per 1 januari 2018 is de afspraak om in de Jeugdwet nog de bekostigingstaal van de Jeugd GGZ te hanteren niet meer van kracht. Daarom zijn producten per 31-12-2017 afgesloten hetgeen kan leiden tot een administratieve vertekening in bepaalde cijfers. Om deze reden is voor deze variabele ook gekeken naar de ontwikkeling van alleen de Zvw-cijfers vanaf 2015.

Uit de cijfers van tabel 3.16 blijkt dat het aantal Zvw-gefinancierde ambulante DBC's tussen 2015 en 2017 afnam. De ontwikkeling van het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 minuten is grillig; tussen 2015 en 2016 was er sprake van een stijging van 7,6% en tussen 2016 en 2017 een daling van 2,6%. Per saldo steeg het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 minuten tussen 2015 en 2017.

Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning – onderdeel sociaal domein

31 respondenten gaven aan Wmo-gefinancierde *individuele* begeleiding en ondersteuning te bieden en 29 respondenten boden Wmo-gefinancierde *groepsactiviteiten*. De individuele begeleiding wordt door de deelnemende aanbieders in 2017 doorgaans aangeboden vanuit een aparte voorziening, maar maakt daarnaast soms ook onderdeel uit van een sociaal wijkteam (bij 23% van deze instellingen) of een FACT-team (bij 35% van deze instellingen). Ook vorig jaar is aan de responderende aanbieders gevraagd op welke (organisatie-) wijze de individuele ambulante begeleiding werd aangeboden. Vooral met betrekking tot of de individuele ambulante begeleiding (ook) onderdeel was van een sociaal wijkteam zijn er veranderingen met betrekking tot 2016 waarneembaar: vijf aanbieders die in 2016 individuele ambulante begeleiding als onderdeel van een sociaal wijkteam boden, deden dat in 2017 niet meer. Daarnaast gaven vier aanbieders aan in 2017 wel individuele begeleiding te bieden als onderdeel van een sociaal wijkteam waar dat in 2016 niet het geval was. Ook wat betreft FACT zijn er enkele wisselingen. Bij de groep respondenten die zowel dit jaar als vorig jaar deze vraag beantwoordde, gaven er twee aan in 2016 wel individuele ambulante begeleiding als onderdeel van FACT te hebben geboden maar dat in 2017 niet meer te doen. Vijf aanbieders gaven aan in 2017 wel individuele ambulante begeleiding als onderdeel van FACT te bieden waar zij dat in 2016 niet deden.

Ruim driekwart van de aanbieders met groepsbegeleiding in het aanbod, gaf aan dat er aparte groepsvoorzieningen waren voor mensen met psychische problematiek en 34 procent gaf aan dat er (daarnaast) ook groepsvoorzieningen waren waar de groepsbegeleiding voor mensen met psychische problematiek geïntegreerd was met de begeleiding voor andere doelgroepen.

De uitvraag bij de instellingen wijst uit dat ruim 19.300 cliënten individuele ambulante begeleiding/ondersteuning kregen, ruim 11.200 mensen gebruik maakten van een groepsaanbod zoals een dagactiviteitencentrum of een inloopvoorziening⁸ en ruim 800 mensen nog weer een andere type Wmo-gefinancierde ondersteuning kregen (bijvoorbeeld preventieactiviteiten en vervoer). In totaal maakten 20.100 unieke cliënten gebruik van één of meer Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen (wat een veel kleinere groep is dan de 420.000 cliënten die een ambulante *behandeling* kregen in de Zvw-gefinancierde generalistische basis GGZ en de specialistische GGZ bij de deelnemende aanbieders).

Uit de cijfers van de tweede, derde en vierde meting van de LMA blijkt dat het aantal cliënten dat gebruik maakte van Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen (groeps- en individuele voorzieningen *tezamen*) tussen 2015 en 2016 daalde (met negen procent) en tussen 2016 en 2017 stabiel was. Voor de derde en vierde meting van de LMA zijn ook vragen gesteld aan de deelnemers over het aantal mensen dat gebruik maakte van respectievelijk *individuele* begeleiding en *groepsbegeleiding*. Ruim 20 aanbieders hebben zowel vorig jaar als dit jaar cijfers aangeleverd over het aantal cliënten dat gebruik maakte van deze voorzieningen. Uit deze cijfers blijkt dat het aantal mensen dat gebruik maakte van individuele begeleiding in 2017 nagenoeg gelijk gebleven is (afname van 0,5 procent) en het aantal mensen dat gebruik maakte van groepsbegeleiding toenam met 13 procent.

Om een idee te krijgen van de omvang van de voorzieningen voor Wmo-gefinancierde begeleiding en ondersteuning is voor de derde en vierde meting aan de instellingen gevraagd aan te geven uit hoe veel fte de betreffende voorzieningen bestonden. Niet alle aanbieders die ambulante begeleiding en ondersteuning boden, konden gegevens aanleveren over het aantal fte; 21 aanbieders hebben gegevens aangeleverd van het aantal fte van de individuele voorzieningen en van de groepsvoorzieningen. Deze aanbieders hadden tezamen afgerond 790 fte voor individuele begeleiding en ondersteuning en 650 fte voor groepsactiviteiten. 12 deelnemende aanbieders hebben zowel dit jaar als vorig jaar de vragen beantwoord met betrekking tot

8 Verschillende respondenten gaven aan dat de aangeleverde cijfers over het gebruik van de Wmo-gefinancierde voorzieningen schattingen betreffen, omdat niet alles (apart) geregistreerd wordt. Hier dient bij de interpretatie van de cijfers rekening mee gehouden te worden.

het aantal fte voor individuele begeleiding en 15 deelnemers wat betreft de groepsbegeleiding. Hieruit blijkt dat bij deze aanbieders het aantal fte voor individuele begeleiding met 38 procent steeg en het aantal fte voor groepsbegeleiding met 21 procent.

- ✓ Het aantal cliënten van de deelnemende instellingen met een ambulante *behandeling* daalde met 18% tussen 2012 en 2017. Het aantal mensen met een behandeling in de *generalistische* basis GGZ groeit, maar deze groei compenseert de daling van het aantal mensen met een *specialistische* ambulante behandeling niet.
- ✓ Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde per saldo tussen 2012 en 2017. Tot 2015 nam ook het aantal intensieve ambulante DBC's (met 3.000 minuten of meer) af. Tussen 2015 en 2017 is hier per saldo sprake van groei, maar wel met een grillige ontwikkeling van jaar tot jaar.
- ✓ Het totaal aantal cliënten dat gebruik maakte van ambulante Wmo-gefinancierde voorzieningen was stabiel tussen 2016 en 2017. Het aantal cliënten met *individuele* begeleiding en ondersteuning (Wmo-gefinancierd) was in 2017 nagenoeg gelijk aan 2016. Het aantal cliënten van *groepsactiviteiten* nam toe, met 13 procent. Het aantal fte voor beide typen ambulante begeleiding nam toe.

3.7 Opbrengsten

Tabel 3.17 bevat de gegevens over de verdeling van de opbrengsten van de deelnemende instellingen over de ambulante GGZ-voorzieningen, de klinische voorzieningen en het beschermd wonen.

Tabel 3.17 Aandeel opbrengsten ambulante GGZ-voorzieningen, klinische voorzieningen en beschermd wonen*, deelnemers 2017

Intramurale Zvw (%)	Intramurale Jeugdwet (%)	Intramurale Wlz (%)	Intramurale Wmo – beschermd wonen (%)	Ambulante Zvw (%)	Ambulante Jeugdwet (%)	Ambulante Wmo (%)	Totaal (%)
15	3	9	28	27	10	8	100

* De verhouding tussen de intramurale en ambulante opbrengsten verschilt per instelling; er zijn instellingen die meer opbrengsten halen uit de ambulante voorzieningen dan uit de intramurale voorzieningen. Vaak is dit gerelateerd aan de omvang van (eventuele) voorzieningen voor beschermd wonen van de instelling.

Uit de cijfers van Tabel 3.17 blijkt dat ruim de helft van de opbrengsten van de deelnemende instellingen in 2017 werd gegenereerd door klinische en beschermd wonen plaatsen. Als alleen naar de financieringskaders *Zvw en Wlz tezamen* gekeken wordt, dan is het aandeel van de opbrengsten uit klinische voorzieningen 48 procent en 52 procent van de opbrengsten is afkomstig van ambulante voorzieningen.

Tabel 3.18 Aandeel opbrengsten klinische voorzieningen en beschermd wonen enerzijds en ambulante GGZ anderzijds, deelnemende instellingen 2012-2017*

	Totaal aandeel klinische zorg en beschermd wonen(%)	Totaal ambulant aandeel (%)	Totaal (%)
2012 (n=19)	57%	42%	100
2013	62%	38%	100
2014	55%	45%	100
2015	58%	42%	100
2016	59%	41%	100
2017	57%	43%	100

* De verhouding tussen de intramurale en ambulante opbrengsten verschilt per instelling; er zijn instellingen die meer opbrengsten halen uit de ambulante voorzieningen dan uit de intramurale voorzieningen. Vaak is dit gerelateerd aan de omvang van (eventuele) voorzieningen voor beschermd wonen van de instelling.

De verdeling tussen de opbrengsten uit aan de ene kant klinische en beschermd wonen voorzieningen en aan de andere kant opbrengsten uit ambulante voorzieningen schommelt bij de instellingen die aan alle zes de metingen deelnamen (en data voor deze variabelen aanleverden) enigszins tussen 2012 en 2017, maar ligt bij benadering steeds rond een 60 – 40 procent verdeling, met 60 procent van de opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen en 40 procent van de opbrengsten uit ambulante voorzieningen (zie Tabel 3.18).

- ✓ Tussen 2012 en 2017 schommelt de verdeling tussen enerzijds opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen en anderzijds ambulante opbrengsten rond een 60 – 40 procent verdeling.

4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing

Aan de vierde uitvraag van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) bij de GGZ-aanbieders namen 47 aanbieders deel. De verkregen dataset bestaat uit registratiegegevens en ondanks checks kunnen administratieve fouten niet uitgesloten worden. Dit gezegd hebbende laten de data van de deelnemende instellingen zien dat het aantal klinische plaatsen in 2017 opnieuw gedaald is. Waar tot aan 2015 tegelijkertijd met de afname van het totaal aantal klinische plaatsen het aantal plaatsen (voor het eerste opnamejaar) met een intensievere verzorgingsgraad toenam, was er tussen 2015 en 2016 sprake van een stabilisatie van het aantal plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad. Tussen 2016 en 2017 nam het aantal intensievere plaatsen, afgaande op de data van de deelnemende aanbieders, af.

Het aantal unieke personen dat opgenomen werd, was tot 2016 relatief stabiel. In 2017 lieten de cijfers hier echter een lichte daling te zien. Het aantal opnameperioden daalde tussen 2013 en 2017 aanzienlijk, met tussen 2015 en 2016 een tot dusverre eenmalige stijging. Het aandeel van de kortdurende opnames daalde enigszins in 2017 ten opzichte van de jaren ervoor. Bij elkaar genomen impliceren deze trendcijfers dat de afname van het aantal klinische plaatsen niet zozeer is gerealiseerd door middel van een verkorting van de opnameduur per opname (in 2017 stijgt het aandeel van opnames met een langere verblijfsduur zelfs), maar door een vermindering van het aantal opnamen en in 2017 ook een vermindering van het aantal unieke opgenomen personen.

Naast de afname van het aantal klinische plaatsen wijzen de resultaten uit dat het aantal cliënten met een ambulante *behandeling* bij de deelnemende instellingen de laatste jaren afnam, ook in 2017. Er werden wederom wel meer mensen behandeld in de generalistische GGZ maar dit groeiende aantal compenseerde het dalend aantal cliënten met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ niet. Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde, met enige grilligheid, tussen 2012 en 2017. Waar het aantal gesloten intensieve ambulante DBC's (DBC's met 3.000 minuten of meer) tussen 2012 en 2015 daalde, is er tussen 2015 en 2017 sprake van groei, met daarbij wel een wisselende ontwikkeling van jaar tot jaar.

De afname van het aantal plaatsen voor beschermd wonen zette in 2017 niet door; de cijfers wijzen op een stabilisatie van het aantal beschermd wonen plaatsen. Het totaal aantal mensen dat gebruik maakte van de Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen (individueel en groepsgericht samen genomen) van de deelnemende instellingen veranderde nauwelijks tussen 2016 en 2017. Het aantal cliënten met individuele ambulante begeleiding was in 2017 grofweg gelijk aan 2016. Het aantal cliënten dat deelnam aan ambulante groepsactiviteiten nam wel toe in 2017. Het aantal fte voor de individuele ambulante begeleiding en de ambulante groepsbegeleiding nam wel toe.

Vanwege de genoemde beperkingen van de dataset is terughoudendheid geboden om louter op basis van deze resultaten uitspraken te doen over de voortgang van de ambulantisering in Nederland. In de hoofdstuktekst van deze monitorrapportage worden de resultaten geïnterpreteerd in de context van de resultaten van de andere deelonderzoeken van de monitor.

Bijlage I Klankbordgroep data-uitvraag

Cordaan:

Fleur van Eeden

HVO Querido:

Cyriel Reestman

Parnassia Groep:

Hans van den Berg

Marina Geschiere

Armelle van Helden

Miranda Moens

Marieke Nekeman

Hans Noordtzij

Bijlage II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ

Uit de cijfers van Tabel 1 blijkt dat bij de instellingen die aan zowel de twee metingen van de LMIG als de vier metingen van de LMA deelnamen, het aantal DJI-gefinancierde plaatsen in 2017 is toegenomen met ruim tien procent, met de kanttekening dat er in de periode 2012-2017 soms sprake was van een (forse) stijging en dan weer van een (forse) daling.

Tabel 1 Intramurale DJI-gefinancierde plaatsen, deelnemers 2017 en mutatiecijfers 2012-2017

	Plaatsen 2017	Mutatiecijfer 2012-2013 (%)	Mutatiecijfer 2013-2014 (%)	Mutatiecijfer 2014-2015 (%)	Mutatiecijfer 2015-2016 (%)	Mutatiecijfer 2016-2017 (%)	Mutatiecijfer 2012-2017 (%)
Totaal	1.073 (n=23)	26,9 (n=15)	-24,6	6,3	8,5	0,9	11,2

Bijlage III Deelnemende instellingen LMA en LMIG

Geïntegreerde GGZ-instellingen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)	Deelname LMA 4 (data over 2017)
Altrecht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Arkin	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Breburg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
De Viersprong	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Delta Psychiatrisch Centrum	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Dimence	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Eleos	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Emergis	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Stichting Fier Fryslân	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGNet	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Centraal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Delfland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Drenthe	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Friesland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ inGeest	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
GGZ Noord-Holland-Noord	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Oost Brabant	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
GGZ Eindhoven en de Kempen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Westelijk Noord Brabant	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Leger des Heils Gelderland	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Lentis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Lievegoed Zorggroep	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Mediant	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
MET ggz (Mensana)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mondriaan	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Parnassia Groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pro Persona	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Reinier van Arkel Groep	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Rivierduinen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sinai Centrum	Ja	Nee	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)
Stichting Centrum '45	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Vincent van Gogh	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Yulius	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)	Deelname LMA 4 (data over 2017)
Cordaan	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Fonteynenburg	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
RIBW Groep Overijssel	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja	Nee	Ja	Ja
HVO/Querido	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kwintes	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Pameijer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting PerspeKtief	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Promens Care	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Arnhem en Veluwevallei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Brabant	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
RIBW Gooi en Vechtstreek	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
RIBW Heuvelland en Maasvallei (LEVANTO groep)	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
RIBW Nijmegen & Rivierenland	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee
Stichting Riwis Zorg & Welzijn	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Lister (voorheen SBWU)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Anton Constandse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Woonzorgnet bv	-	-	Ja	Ja	Nee	Ja

Gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)	Deelname LMA 4 (data over 2017)
Accare	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
De Bascule	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Curium-LUMC	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dr. Leo Kannerhuis	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
De Jutters	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Karakter	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
LSG-Rentray (Intermetzo)	Ja	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Ja	Nee	Nee	Nee
Mutsaersstichting	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Triversum	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Yorneo	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting Elker	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee
Amarant groep	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Autistart bv	-	-	Ja	Ja	Ja	Nee

Gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)	Deelname LMA 4 (data over 2017)
Bouman GGZ	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Castle Craig	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
IrisZorg	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Novadic-Kentron	Nee	Ja (maar geen gegevens per locatie)	Nee	Nee	Nee	Nee
Rodersana BV	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting De Hoop	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Tactus Verslavingszorg	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Verslavingszorg Noord Nederland	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Victas	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
IGHD verslavingszorg bv	-	-	Ja	Nee	Nee	Nee
Ready For Change bv	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja

Gespecialiseerde forensisch psychiatrische centra

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)	Deelname LMA 4 (data over 2017)
FPC De Rooyse Wissel	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
FPC Oldenkotte	Ja	Ja	Ja	(Oldenkotte bestaat niet meer)	-	-
FPC De Oostvaarders-kliniek	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
FPC Veldzicht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
FPC De Kijvelanden	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Forensische zorgspecialisten	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Andere aanbieders met intramurale GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)	Deelname LMA 4 (data over 2017)
Stichting maatschappelijke opvang Breda	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting de Hezenberg	-	-	Ja	Ja	Nee	Ja
Zuyderland (voorheen Orbis)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Aanbieders met uitsluitend ambulante GGZ voorzieningen

	Deelname LMIG 1 (data over 2012)	Deelname LMIG 2 (data over 2013)	Deelname LMA 1 (data over 2014)	Deelname LMA 2 (data over 2015)	Deelname LMA 3 (data over 2016)	Deelname LMA 4 (data over 2017)
GGD Amsterdam	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Mentaal Beter	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee
Stichting Kadera aanpak huiselijk geweld	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee
Stichting Odibaan	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee

Bijlage IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ

Op basis van de data van de deelnemers van de LMIG en LMA, imputatie van data van missende jaren van deelnemers (voor bijvoorbeeld deelnemers die wel over 2012 en 2013 data hebben aangeleverd maar niet over 2014) en bijschatting (op basis van DigiMV data) van de capaciteit van klinische voorzieningen en beschermd wonen van de instellingen die niet deelnemen of deelgenomen hebben is een schatting verkregen van de totale Nederlandse klinische en beschermd wonen capaciteit in 2012, 2013 en 2014 (zie onderstaande tabel voor de afgeronde schattingen). De schatting van de klinische en beschermd wonen plaatsen in 2015 is gemaakt op basis van de cijfers van 2014 en de groeicijfers van 2014-2015 van de aan de LMA deelnemende instellingen. De schatting van het aantal plaatsen in 2016 en 2017 is op dezelfde wijze gemaakt. Voor deze methode is gekozen omdat de DigiMV cijfers vanaf 2015 te onvolledig waren om een juiste bijschatting te maken van de plaatsen van de instellingen die niet aan de tweede, derde en vierde meting van de LMA deelnamen.

Tabel Geschatte Nederlandse klinische GGZ en beschermd wonen capaciteit, in plaatsen

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Plaatsen eerste opnamejaar	11.100	10.900	10.200	9.750	9.250	8.900
Plaatsen langdurig verblijf	7.600	7.500	7.100	6.800	6.550	6.250
<i>Totaal aantal klinische plaatsen</i>	<i>18.700</i>	<i>18.400</i>	<i>17.300</i>	<i>16.550</i>	<i>15.800</i>	<i>15.150</i>
Plaatsen beschermd wonen	17.600	17.300	17.200	16.700	16.450	16.470

Deelonderzoek 2

Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik - Analyse van secundaire bronnen

Matthijs Oud
Aafje Knispel
Hans Kroon

Met medewerking van

Vektis:
Guus de Ruiter
Bas Borgs

Inhoud

1	Inleiding	61
2	Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven	63
2.1	Landelijke cijfers	63
2.2	Jeugdwet en Wmo	64
3	Capaciteit en zorggebruik	65
3.1	Ontwikkelingen en stand van zaken GGZ-gebruik	65
3.2	Aantal plaatsen en opgenomen personen	66
3.3	Regionale spreiding Zvw-uitgaven	66
3.4	Beveiligde bedden	67
3.5	Crisis zorg	68
3.6	RM en IBS	69
3.7	Ontwikkeling intensieve ambulante behandeling naar diagnosegroep	69
3.8	FACT-teams	70
3.9	Beschermd wonen en ambulante begeleiding	71
3.10	Jeugdwet	71
3.11	Maatschappelijke opvang	71
3.12	Dienst Justitiele Inrichtingen (DJI)	72
4	Werkenden in de GGZ	73
5	Financiën	75
6	Rapportages over ambulante opbouw en samenwerking in de regio	77
6.1	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	77
6.2	In- en verkoop ambulante zorg	78
6.3	Samenwerking in de regio	79
6.4	Beschermd wonen en ambulante begeleiding	80
7	Samenvatting	83

1 Inleiding

De meest recente trends in met name GGZ-capaciteit en -gebruik worden in het kader van de LMA gemonitord door middel van de jaarlijks uitvraag bij de GGZ-instellingen. Ter aanvulling is gezocht naar verschillende secundaire bronnen die recente informatie (over uitgaven, capaciteit en gebruik van de GGZ) leveren. In 2017 is dit ook gedaan voor de LMA 2017. Dat betreffende deelonderzoek gaf een overzicht van de trends tot aan 2016. In de huidige deelrapportage updaten we deze informatie met zo recent mogelijke gegevens. Daarnaast worden onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het volgen van het ambulantiseringproces beschreven.

Bronnen kunnen onderling verschillen in de toerekening van uitgaven en productie aan jaren. Zo gaat het in de LMA uitvraag over verblijf bij instellingen om de in dat jaar geleverde zorg, terwijl voor Vektis het moment van het openen van een dbc bepalend is voor toerekening aan een bepaald jaar. Daardoor zit een deel van de in 2017 geleverde productie al in de Vektiscijfers van 2016. Bij de rapportage in de hoofdtekst van dit rapport houden we bij het analyseren van trends rekening met dergelijke verschillen.

2 Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven

2.1 Landelijke cijfers

Op basis van aangeleverde cijfers door Vektis voor de LMA 2018, kan een overzicht gegeven worden van de GGZ-uitgaven voor 2015 en 2016. De huidige cijfers van Vektis voor 2017 zijn voor de POH-GGZ en de Wlz (nagenoeg) volledig, maar voor de andere segmenten nog niet. Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft gegevens verzameld bij zorgverzekeraars en zorgkantoren en op basis hiervan een raming gemaakt voor 2017 (www.zorgcijfersdatabank.nl). In Tabel 1 worden de cijfers van Vektis en van ZIN gepresenteerd.

Tabel 1 GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 2015, 2016 en 2017 in miljoenen euro's

	2015*	%	2016*	%	2017**	%
<i>Ambulant</i>						
POH GGZ***	138	3,4	154	3,8	162*	3,9
Zvw Generalistische Basis GGZ	185	4,5	199	4,9	225	5,4
Zvw Specialistische GGZ zonder verblijf	1.716	42,1	1.761	43,0	1.767	42,0
Ambulant totaal	2.039	50,0	2.114	51,6	2.154	51,2
<i>Klinisch</i>						
Zvw SGGZ met verblijf tot 1 jaar	1.378	33,8	1.331	32,5	1.393	33,1
Zvw SGGZ met verblijf 2 en 3 jaar	51	1,3	130	3,2	161	3,8
Wlz	609	14,9	522	12,7	495*	11,8
Opnamen totaal	2.038	50,0	1.983	48,4	2.049	48,8
Totaal	4.077	100	4.097	100	4.203	100

* Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2018.

** ZIN cijfers betreffen een raming voor het gehele jaar.

*** In de Rijksbegroting voor 2019 van het ministerie van VWS (Ministerie van VWS (2018). Rijksbegroting 2019 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 35 000 XVI, nr.1) worden bij het totaal aantal middelen voor de Zvw-gefinancierde GGZ, de uitgaven aan de POH-GGZ meegenomen in de berekeningen. De POH-GGZ uitgaven worden daarom ook in Tabel 1 gepresenteerd en niet zoals in de LMA 2017 apart (omdat ze deel uit maken van het kader van de huisartsenzorg).

Naast Vektis en ZIN hebben ook de NZa (2018a) en CBS (2018) cijfers gepresenteerd over uitgaven aan de GGZ¹. Ook deze cijfers laten een stijging van Zvw uitgaven zien en een daling van de Wlz uitgaven. Daarbij stelt de NZa, op basis van schattingen en ramingen, dat de uitgaven meer stijgen dan de inflatie. Verder kan worden opgemerkt dat de trends van de CBS cijfers overeenkomen met de trends op basis van de andere bronnen, maar dat het CBS in de uitgaven voor de GGZ ook de post 'overheid' meeneemt. Deze post 'overheid' bestaat onder andere uit uitgaven aan de jeugd-GGZ vanuit de Jeugdwet, zorguitgaven vanuit de Wmo (o.a. maatschappelijke opvang en beschermd wonen) en zorg gefinancierd door het ministerie van Justitie en Veiligheid. Deze post zorgt ervoor dat de uitgaven per jaar in de CBS-cijfers meer dan 2 miljard euro hoger liggen. De trendcijfers van het CBS (2018) worden gepresenteerd in Tabel 2.

1 In de meest recente cijfers van de NZa en CBS worden geen cijfers apart voor de ambulante en de intramurale GGZ vermeldt. Daarom kunnen deze cijfers niet gebruikt worden voor Tabel 1.

Tabel 2. Cijfers CBS uitgaven GGZ in miljoenen euro's (tussen haakjes het verschil met het jaar ervoor)

	2015*	2016*	2017*
Overheid	2.216	2.267 (+51)	2.247 (-20)
Zvw	2.866	3.100 (+234)	3.218 (+118)
Wlz/AWBZ	713	619 (-94)	597 (-22)
Vrijw ziektek verz	245	261 (+16)	264 (+3)
Eigen betaling	493	423 (-70)	430 (+7)
Totaal	6.533	6.670 (+137)	6.756 (+86)

* voorlopige cijfers

2.2 Jeugdwet en Wmo

Het CBS (2018) presenteert algemene uitgave-cijfers over de Jeugdwet en Wmo (onderdeel van de Monitor Langdurige Zorg die CBS uitvoert in opdracht van het ministerie van VWS en onderdeel van de cijfers die CBS verzamelt voor de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein van de VNG/ VNG realisatie) waarbij er geen duidelijk splitsing mogelijk is naar de doelgroep 'mensen met psychische problematiek'. Zo is jeugdhulp, zoals beschreven in de Jeugdwet, hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische-, psychosociale- en/of gedragsproblemen (van de jongere of opvoedingsproblemen van de ouders). Maar ook hulp en zorg voor jongeren met een verstandelijke beperking valt onder de Jeugdwet.

We presenteren wel enkele CBS (2018) cijfers met daarbij de kanttekening dat deze cijfers doelgroep overstijgend zijn en dus (veel) meer omvatten dan de GGZ².

De CBS-cijfers (2018) laten zien dat de uitgaven aan zowel de Jeugdwet als de Wmo stijgen. De gerealiseerde lasten van de Jeugdwet bedroegen 3.059 miljoen euro in 2015 en 3.199 miljoen euro in 2016. Voor de Wmo waren de gerealiseerde lasten in 2015 4.534 miljoen en 4.556 miljoen in 2016. Voor 2017 werd begroot dat de lasten van de algemene voorzieningen inclusief de wijkteams uit zouden komen op 2.874 miljoen en voor de maatwerkvoorzieningen op 606 miljoen. Voor 2018 komen de begrotingen van deze lasten uit op respectievelijk 2.936 miljoen en 622 miljoen (www.monitorlangdurigezorg.nl). Het CBS (2018) heeft ook cijfers gepresenteerd van de kosten van verschillende Wmo-arrangementen per gemeente, voor zover gemeenten toestemming gaven om deze cijfers te publiceren (onderdeel van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein). In deze openbare cijfers ontbreken gemeenten waardoor het berekenen van een totaalcijfer voor heel Nederland op basis van de openbare cijfers niet mogelijk is. Wel laten CBS-cijfers (2018) zien dat de uitgaven aan GGZ met overnachting binnen de Wmo, zijn gestegen van 840 miljoen euro in 2015 naar 853 miljoen euro in 2016. Dit betreft zowel beschermd wonen als maatschappelijke opvang.

2 Cijfers specifiek voor de jeugd-GGZ werden niet gevonden. Het Nederlands Jeugdinstituut publiceert wel cijfers over de jeugd-GGZ maar (recente) cijfers over uitgaven ontbreken.

3 Capaciteit en zorggebruik

3.1 Ontwikkelingen en stand van zaken GGZ-gebruik

Vektis heeft voor de LMA 2018 cijfers geleverd over (onder andere) het aantal cliënten per echelon in 2015 en 2016. Deze cijfers worden gepresenteerd in Tabel 3.

Tabel 3. Aantal cliënten per echelon (leeftijd 18+)

	2015	2016	Mutatie 2015-2016 (%)
POH-GGZ	427.649	470.393	10,0
Generalistische basis GGZ	207.730	221.379	6,6
Specialistische GGZ zonder verblijf	510.946	510.831	0,0
Specialistische GGZ met verblijf (eerste opnamejaar)	46.786	45.143	-3,5
Langdurige GGZ (SGGZ tweede en derde opnamejaar)	1.307	2.307	76,5*
Wlz	7.665	6.423	-16,2**
Totaal***	1.202.083	1.256.476	4,5

Bron: Vektis data, aangeleverd voor de LMA 2018

* Dit groeicijfer is relatief hoog. Dit komt doordat in 2015 voor het eerst cliënten instroomden in dit segment. De eventuele doorstroom naar de Wlz zal pas in latere jaren plaatsvinden (na het eventuele derde opnamejaar) waardoor het aantal cliënten in eerste instantie zal groeien.

** In de Wlz kan pas vanaf 2017 instroom plaatsvinden, in verband met dat het tweede en derde opnamejaar sinds 2015 vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Uitstroom uit de Wlz vindt in de tussentijd wel al plaats.

*** Het totaalcijfer bevat dubbelstellingen voor de mensen die in meerdere echelons zorg hebben ontvangen.

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat het aantal cliënten dat gebruik maakt van de GGZ tussen 2015 en 2016 toenam (inclusief de cliënten van de POH-GGZ neemt het aantal cliënten met 4,5% toe. Als de cliënten van de POH-GGZ buiten beschouwing gelaten worden, stijgt het aantal cliënten met 1,5%). Het aantal cliënten met een opname is zowel in 2015 en 2016 een relatief kleine groep (als de POH-GGZ niet meegeteld wordt in het totaal, is het aantal cliënten met een opname zowel in 2015 als 2016 afgerond 6%). Daarbij nam het aantal opgenomen cliënten (SGGZ voor alle drie de opnamejaren en Wlz) afgaande op bovenstaande cijfers tussen 2015 en 2016 af met 3,4%. Het aantal mensen met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ was tussen 2015 en 2016 nagenoeg stabiel. Het aantal mensen met een behandeling in de generalistische basis GGZ nam tussen 2015 en 2016 toe.

De cijfers van Vektis voor 2017 voor het aantal cliënten van de POH-GGZ waren op het moment van het opstellen van deze rapportage al (nagenoeg) compleet (de cijfers voor de andere segmenten, uitgezonderd de Wlz, nog niet). Uit de cijfers blijkt dat het aantal cliënten van de POH-GGZ tussen 2016 en 2017 (net als tussen 2015 en 2016) met 10% toenam. Uit onderzoek van KPMG Plexus (2018) komt naar voren dat, hoewel vanaf 2011 het aantal huisartsen met een POH-GGZ enorm toenam (van 37% naar 84% in 2015), dit tussen 2016 en 2017 nagenoeg gelijk is gebleven. Daarbij is er een stijging van het aantal patiënten dat bij de huisarts komt voor psychische problemen (van 8,2% (2011) naar 9,7% (2017)) en psychiatrische stoornissen (van 5,3% (2011) naar 7,0% (2017)).

Uit Tabel 3 blijkt dat met name het aantal cliënten van de POH-GGZ en cliënten in de basis GGZ toenam tussen 2015 en 2016. Vektis (2017) heeft op basis van de declaratiegegevens onderzoek gedaan naar instroom van cliënten in de basis GGZ en bij de POH-GGZ. Hieruit blijkt dat ruim drie op de tien mensen die in 2015 en 2016 zorg kregen in de basis GGZ, het jaar daarvoor ook al in zorg was. Van de mensen die in 2016 zorg kregen in de basis GGZ, kreeg 14 procent het jaar daarvoor ook al zorg in de basis GGZ.

Acht procent had het jaar daarvoor gespecialiseerde GGZ en tien procent³ had contact met een POH-GGZ. Tegelijkertijd was dus bijna 70 procent van de mensen met zorg in de basis GGZ in 2016, het jaar daarvoor niet in zorg en zijn wat dit betreft 'nieuwe zorggebruikers'. Voor de mensen met een behandeling met het product *chronisch* valt op dat een veel kleiner deel het jaar daarvoor geen zorg had, namelijk 17 procent (afgaande op cijfers van 2014 en 2015). Bijna 60 procent van de mensen met een behandeling van het product *chronisch* had het jaar daarvoor een behandeling in de specialistische GGZ. Daarbij is ruim 60 procent van de mensen met het product *chronisch* het jaar daarna nog in zorg, vaak weer met een behandeling volgens het product *chronisch*.

Bij mensen met zorg van de POH-GGZ lijkt het percentage mensen dat het jaar daarvoor niet in zorg was, nog hoger te liggen dan bij de basis GGZ, namelijk op 77 procent, met de kanttekening dat dit een cijfer van 2014 betreft. Gelet op deze cijfers over zorggebruik door de jaren heen kan aangenomen worden dat een aanzienlijk deel van de cliënten van de basis GGZ en de POH-GGZ het jaar daarvoor nog niet in zorg was.

3.2 Aantal plaatsen en opgenomen personen

Vektis cijfers (www.zorgprismapubliek.nl) laten zien dat tussen 2013 en 2016⁴ elk jaar het aantal verblijfsdagen voor het eerste opnamejaar verder daalt. Ook het aantal plaatsen voor opnamen langer dan een jaar daalt. Uit resultaten van onderzoek van Vektis (2017) blijkt ook dat waar het totaal aantal bedden tussen 2012 en 2015 afneemt, het aandeel van de duurdere bedden met 'zware zorg' stijgt (DBC-klasse E, F en G namen tezamen toe van 44% naar 65%). 'Het totaal aantal bedden neemt dus af, maar omdat het aandeel 'duurdere' bedden toeneemt, zien we de totale gemiddelde kosten per verblijfsdag toenemen' (pp. 7 Zorgthermometer GGZ – Vektis, 2017).

Naast dat het aantal plaatsen afneemt, neemt ook het aantal opgenomen personen af, van 48.172 in 2012 naar 45.674 in 2015 (Vektis, 2017). Vektis-cijfers (2017) wijzen ook uit dat het aantal verblijfsdagen per DBC tussen 2012 en 2015 afneemt bij een groot aantal diagnoses (onder andere voor de diagnose eetstoornis, schizofrenie, angst en bipolaire stoornis).

3.3 Regionale spreiding Zvw-uitgaven

In de LMA 2017 werden op basis van gegevens van Vektis uitgaven aan Zvw en Wlz in 2015 per zorgkantorregio gepresenteerd. Voor de LMA 2018 zijn deze gegevens wederom opgevraagd, nu voor 2015 en 2016. We beperken ons hier tot de Zvw-uitgaven (inclusief het tweede en derde opnamejaar).

In 17 van de 31 regio's stegen de uitgaven aan Zvw met verblijf per verzekerde, in 12 regio's daalden deze uitgaven per verzekerde en in twee regio's waren de uitgaven aan Zvw met verblijf per verzekerde tussen 2015 en 2016 nagenoeg stabiel. De stijging was het grootst in de Zuid-Hollandse Eilanden (20%) en de daling het grootst in 't Gooi (daling van 7%).

3 Voor deze 10% geldt dat de POH-GGZ de zwaarste zorg was die zij kregen.

4 De 2016 cijfers op Zorgprismapubliek waren per 1 oktober 2018 nog niet geactualiseerd en kunnen dus nog toenemen.

Tabel 4. Aandeel uitgaven Zvw met verblijf (inclusief tweede en derde opnamejaar) in de totale uitgaven aan de Zvw-gefinancierde SGGZ in 2016, per zorgkantorregio

Aandeel uitgaven Zvw met verblijf (inclusief tweede en derde opnamejaar) in de totale uitgaven aan de Zvw-gefinancierde SGGZ in 2016, per zorgkantorregio.				
40-41%	42-44%	45-46%	47-50%	51-56%
Midden-Holland	Zuid-Holland Noord	Noord Holland Noord	Kennemerland	Arnhem
Zuid-Limburg	Zaanstreek/Waterland	West-Brabant	Zwolle	Zeeland
Amstelland en de Meerlanden	't Gooi	Zuidoost-Brabant	Zuid-Hollandse Eilanden	Midden-IJssel
Midden-Brabant	Groningen	Rotterdam	Flevoland	Waardenland
Friesland	Utrecht	Westland Schieland en Delfland	Arnhem	Apeldoorn/Zutphen e.o.
Amsterdam	Haaglanden	Noord-oost Brabant	Zeeland	Drenthe
Noord-Limburg		Nijmegen		Twente

Bron: door Vektis geleverde cijfers voor de LMA 2018

In de regio's Midden-Holland, Zuid-Limburg, Amstelland en de Meerlanden en Midden-Brabant was in 2016 het aandeel Zvw met verblijf ten opzichte van de totale SGGZ Zvw-uitgaven het laagst (circa 40%). In zeven regio's was het aandeel van Zvw met verblijf groter dan het aandeel SGGZ Zvw zonder verblijf. In de regio Twente, Drenthe en Apeldoorn/Zutphen was het aandeel van Zvw met verblijf (met 54% tot 56%) het grootst (zie Tabel 4).

We gingen na of de regionale variatie aan Zvw-uitgaven toe- of afnam tussen 2015 en 2016. De regionale spreiding in uitgaven aan Zvw met verblijf werd iets groter (van een standaarddeviatie in 2015 van 21,0 naar een standaarddeviatie van 22,8 in 2016). Onderlinge verschillen in de (relatieve) omvang van uitgaven aan Zvw met verblijf namen dus toe.

3.4 Beveiligde bedden

Beschikbare cijfers wijzen erop dat het aantal klinische plaatsen in de GGZ jaar na jaar afneemt. Met betrekking tot plaatsen voor beveiligde zorg zijn er in 2018 echter afspraken gemaakt om meer plaatsen in te kopen voor 2019 en eventueel ook al voor 2018. Dit is (onder andere) ingezet naar aanleiding van de onderzoeksresultaten van AEF (2017) dat 'in de Zvw- en Wlz-markt zorgverzekeraars en instellingen niet in staat zijn om voldoende capaciteit voor beveiligde zorg te organiseren voor mensen zonder strafrechtelijke titel' (pp. 4, AEF, 2017). Bij beveiligde zorg gaat het volgens AEF (2017) daarbij niet alleen om fysieke beveiliging maar ook om forensische expertise en voldoende behandelintensiteit. GGZ Nederland en ZN hebben afspraken gemaakt over voldoende inkoop van beveiligde plaatsen waarbij volgens GGZ Nederland de verwachting is dat er 150 plaatsen⁵ bij moeten komen (GGZ Nederland & ZN, 2018). Begin november 2018 werd bekend gemaakt dat er 151 extra plaatsen voor beveiligde zorg ingekocht zijn voor 2019⁶. Afgaande op de schatting die AEF (2017) eerder maakte van de aanvullende kosten van 150 extra plaatsen met beveiligde intensieve zorg, komt dit neer op ongeveer 32 miljoen euro.

5 <http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/QA%20beveiligde%20zorg.pdf>

6 www.zn.nl

3.5 Crisiszorg

Met ingang van 2013 is de DBC-systematiek met betrekking tot crisis-dbc's veranderd. Eén van de veranderingen is dat per 2013 alleen behandelaren die werkzaam zijn bij een 24-uurs crisisdienst binnen de DBC-systematiek crisiszorg kunnen leveren. Andere professionals kunnen in de praktijk wel crisiszorg leveren maar dienen dit dan te 'schrijven' op een andere DBC dan een crisis-dbc (DBC-Onderhoud, 2012). Dit betekent dat er in de praktijk meer crisiszorg kan zijn geleverd dan uit crisis-dbc's kan worden afgeleid.

In de Monitor Acute psychiatrische zorg (NZa, 2018b) analyseert de NZa trends in de acute psychiatrische zorg (onder andere) met decaratiegegevens van crisis-dbc's (vekregen van Vektis) waarbij zij, met betrekking tot bovenstaande, de kanttekening maken dat er ook zorgaanbieders zijn die wel acute psychiatrische zorg zeggen te leveren zonder daarbij crisis-dbc's te declareren⁷. Uit deze monitor blijkt dat het aantal aanbieders dat crisis-dbc's declareerde tussen 2013 en 2016 afnam van 61 naar 39 aanbieders. Het aantal geopende crisis-dbc's is tussen 2013 en 2016 licht afgenomen (67.446 geopende DBC's in 2013 en 56.347 geopende DBC's in 2016). Ook het aantal mensenvoor wie een crisis-dbc werd geopend, nam af (53.656 cliënten in 2013 en 46.497 cliënten in 2016). Volgens de NZa heeft de afname deels te maken met aangescherpte regelgeving zoals de regel dat er per 2016 tussen opvolgende crisis-dbc's minstens 28 dagen tussen de openingsdata van de DBC's moeten zitten.

De NZa heeft via crisisdiensten uitgezocht wat de verhouding is tussen het aantal mensen dat thuis ambuland werd behandeld, het aantal mensen dat ambuland werd behandeld op een andere locatie en het aantal mensen dat opgenomen werd. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat 17% van de mensen in 2017 in een crisissituatie thuis werd behandeld, 48% elders ambuland werd behandeld en 36% opgenomen werd. In 2016 waren volgens dit onderzoek bij een crisisopname verblijfsoort E en F het meest voorkomend met respectievelijk 35% en 49%.

Vektis heeft voor de LMA 2018 cijfers aangeleverd over het aantal crisis-dbc's tussen 2013 en 2017 (waarbij 2017 nog niet volledig was). Uit deze gegevens blijkt dat het aantal verblijfsdagen van crisis-dbc's tussen 2013 en 2016 afnam met 11%. Uit de verhouding tussen het aantal crisis-dbc's met een opname en het totaal aantal crisis-dbc's blijkt dat het aandeel van de crisis-dbc's met een opname, tussen 2013 en 2016 is gedaald van 17,5% naar 14,7%. Dit cijfer voor 2016 is lager dan waar de NZa op basis van het onderzoek bij crisisdiensten op uit komt (36% opnamen in 2016). Volgens de NZa komt dit doordat aan hun vragenlijstonderzoek relatief veel ziekenhuislocaties deelnamen: aan dit onderzoek namen 24 psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) en vijf psychiatrische universiteitsklinieken (PUK) deel. Bij ziekenhuizen wordt er volgens de NZa vaker opgenomen. Daarbij gaf een groot deel van de PAAZ'en aan geen afspraken te kunnen maken met zorgverzekeraars voor de acute psychiatrische zorg die zij leveren. De NZa schat in dat ziekenhuizen die niet via crisis-dbc's kunnen declareren, dit mogelijk doen via DBC's van de medisch specialistische zorg. Andere instellingen zullen dit waarschijnlijk declareren via een DBC van de reguliere GGZ.

Afgaande op bovenstaande nam het aantal crisis-dbc's en het aantal mensen voor wie een crisis-dbc werd geopend, af. Omdat tegelijk ook het aantal crisis-dbc schrijvende instellingen verminderde en de praktijk van registratie veranderde, is niet met zekerheid aan te geven in hoeverre dit een reële daling in crisiszorg betrof.

In 2016 betrof 14,7% van de geopende crisis-dbc's een opname. Het merendeel van de op crisis-dbc's gedeclareerde acute zorg bestond dus uit ambulante zorg. Onderzoeksresultaten van de NZa laten een grotere mate van crisisopnamen zien. Dit kan erop wijzen dat er meer opnamen vanwege een crisis plaatsvinden dan uit de crisis-dbc declaraties kan worden afgeleid.

7 Uit de monitor van de NZa blijkt dat er in 2016 72 aanbieders waren die aangaven acute psychiatrische zorg te bieden terwijl er 39 aanbieders waren die crisis-dbc's declareerden.

3.6 RM en IBS

Cijfers van de Raad voor de Rechtspraak laten zien dat het aantal eindbeschikkingen over onvrijwillige opnamen jaarlijks toeneemt. Zowel het aantal inbewaringstellingen (IBS) als het aantal Rechterlijke machtigingen (RM) neemt toe waarbij wat betreft de RM-en vooral de toename van het aantal voorwaardelijke machtigingen opvalt.

Tabel 5. RM en IBS, 2012-2017*

Type Bopz-aanvraag	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IBS	7.376	7.987	7.908	8.171	8.605	8.861
RM	13.980	14.970	15.462	16.171	17.273	17.746
voorlopige machtiging	5.938	6.199	6.197	6.516	6.677	6.657
machtiging tot voortgezet verblijf	3.704	3.977	4.005	4.038	4.256	4.331
voorwaardelijke machtiging	4.245	4.721	5.210	5.566	6.285	6.690
machtiging op eigen verzoek betrokkene	92	64	46	45	50	65
zelfbindingsmachtiging	1	9	4	6	5	3
Totaal eindbeschikkingen over onvrijwillige opnamen	21.356	22.957	23.370	24.342	25.878	26.607

Bron: Opgave Raad voor de Rechtspraak, 2018

* De aantalen betreffen de ingediende en afgehandelde verzoeken tot machtiging. Uit deze registratie blijkt niet of een verzoek daadwerkelijk is toe- of afgewezen.

3.7 Ontwikkeling intensieve ambulante behandeling naar diagnosegroep

In de DBC-systematiek wordt het aantal behandelminuten per DBC geregistreerd. Vektis heeft op basis van de declaratiegegevens een overzicht gegenereerd voor de LMA 2018 van de ontwikkelingen van het aantal ambulante DBC's met 3.000 of meer behandelminuten⁸. Uit deze cijfers blijkt dat het aantal geopende ambulante DBC's met 3.000 minuten of meer tussen 2012 en 2016 jaarlijks toenam met tussen de 4 en 7%, met uitzondering van 2013-2014 (toen was het aantal ambulante DBC's met 3.000 minuten of meer, stabiel). Tussen 2014 en 2016 steeg het aantal ambulante DBC's met 3.000 minuten of meer per saldo met 9,5%.

Bij een groot aantal diagnoses is sprake van een stijging van het aantal geopende ambulante DBC's met meer dan 3.000 minuten (zoals angststoornis, depressieve stoornis en bipolaire stoornis; zie tabel 6). De groep 'psychotische stoornissen' vertoont ten opzichte van alle andere grote diagnosegroepen een afwijkende trend. Sinds 2012 was er geen stijging van de intensievere DBC's zonder verblijf, maar een lichte daling van 1,2%. Tot 2015 bleef dit aantal ongeveer gelijk, de daling is in 2016 ingezet. In de voorlopige, tot nu toe beschikbare cijfers van Vektis over 2017 wordt deze lijn doorgezet.

Een verklaring voor deze trend zou kunnen zijn dat de diagnosegroep psychotische stoornissen vaker wordt opgenomen. Dit is echter niet het geval; tussen 2012 en 2016 daalde het aantal dbc's met verblijf voor deze diagnosegroep (tabel 7). De daling in zorg met verblijf gaat bij deze diagnosegroep dus niet gepaard met een stijging van intensieve ambulante dbc's.

Er zijn enkele diagnosegroepen met een meer typerend extramuraliseringspatroon: een daling van dbc's met verblijf, gekoppeld aan een minstens even grote stijging van het aantal dbc's zonder verblijf met meer dan 3000 minuten. Dit zijn de bipolaire stoornis en de aan alcoholgebruik gebonden stoornis.

Ten slotte is er een groep waarbij de zorg als geheel lijkt te intensiveren: meer intensieve ambulante dbc's en meer dbc's met verblijf. Dit zijn de angststoornissen, overige aan een middel gebonden stoornissen en de pervasieve ontwikkelingsstoornis. Deze groepen lijken, afgaande op declaratiegegevens, in de gespecialiseerde ggz dus meer prioriteit te krijgen.

8 3.000 behandelminuten (50 uur) of meer wordt in dit verband gezien als een intensieve behandeling.

Tabel 6. Aantal dbc's zonder verblijf met >3.000 minuten per diagnosegroep (leeftijd 18+)

	2016	Mutatie 2012 – 2016 (%)	Mutatie 2015-2016 (%)
Psychotische stoornissen*	10.714	-1,2	-2,9
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	3.111	20,5	3,5
Depressieve stoornissen	13.104	11,1	6,6
Angststoornissen	11.717	39,8	11,6
Persoonlijkheidsstoornissen	15.421	23,9	2,1
Aan alcohol gebonden stoornis	3.623	23,1	3,7
Overige aan een middel gebonden stoornissen	4.797	12,7	-0,3
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	4.605	47,4	4,1
Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen)	78.433	16,9	4,2

Bron: Vektis, aangeleverd voor de LMA 2018

* Voluit: "Schizofrenie en andere psychotische stoornissen"

Tabel 7. Aantal dbc's met verblijf per diagnosegroep (leeftijd 18+)

	2016	Mutatie 2012 – 2016 (%)	Mutatie 2015-2016 (%)
Psychotische stoornissen	9.089	-17,7	-3,9
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	3.445	-8,7	-4,9
Depressieve stoornissen	6.699	-22,9	-9,7
Angststoornissen	3.004	1,6	6,2
Persoonlijkheidsstoornissen	3.620	-23,9	-11,0
Aan alcohol gebonden stoornis	6.707	-7,1	2,2
Overige aan een middel gebonden stoornissen	6.107	7,9	4,3
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1.098	17,3	-6,2
Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen)*	56.379	-3,1	-4,6

Bron: Vektis, aangeleverd voor de LMA 2018

* Het totaalcijfer in deze tabel wijkt af van gegevens over Zvw met verblijf in tabel 3; tabel 3 betreft aantallen cliënten, tabel 7 aantallen dbc's.

3.8 FACT-teams

Een aanwijzing voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is de ontwikkeling van de (F)ACT-teams. In de vorige monitor-rapportage werd vastgesteld dat het aantal FACT-teams in de voorafgaande periode nog was gegroeid, maar dat vanuit de teams werd aangegeven dat de instellingen nauwelijks tot geen groeiplannen met betrekking tot FACT (meer) hadden. De meest recente data van het CCAF bevestigen dat er sinds medio 2016 nauwelijks tot geen gecertificeerde FACT-teams meer zijn bijgekomen. Het totaal aantal gecertificeerde teams blijft min of meer stabiel op ruim 300. (In 2018 is het aantal (F)ACT-teams niet gegroeid, met 308 teams in totaal. De FACT-teams voor de licht verstandelijk beperkten (LVB) zijn niet in de telling meegenomen.)

Als er specifiek naar het type teams wordt gekeken in 2018 dan zijn er zes instellingen met in totaal negen ACT teams en 38 instellingen met in totaal 240 Flexibel ACT (FACT) teams. Overigens zijn er nog twee FACT teams die niet gecertificeerd zijn door het CCAF en één team dat voorlopig gecertificeerd is. Verder zijn er vijf instellingen met elk één Forensisch ACT-team en nog een instelling met twee teams. Ook zijn er 16 Forensische (F)ACT-teams verspreid over 12 instellingen. De laatste groep (F)ACT teams richt zich op jeugdigen, er zijn drie instellingen met ieder één ACT team en er zijn in totaal 30 FACT teams voor jeugdigen.

Uit de in 2016 door de CCAF uitgevoerde audits bij algemene FACT-teams blijkt dat een doorsnee FACT-team uit 15 hulpverleners (10 fte) bestaat en 200 cliënten in zorg heeft. De teams voor specifieke doelgroepen hebben over het algemeen een kleiner aantal cliënten in zorg. Onderzoek van van Vugt et al. (2018) op basis van data van de CCAF⁹, wijst daarbij uit dat de modelgetrouwe implementatie van FACT gemiddeld genomen voldoende is maar dat er wel ontwikkelingen door de tijd heen zijn van relatief minder huisbezoeken, stijgende caseloads en minder aandacht voor herstelondersteunende zorg en participatie.

3.9 Beschermd wonen en ambulante begeleiding

Met de invoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn het beschermd wonen, de ambulante begeleiding op grond van psychische problematiek en de Jeugd GGZ niet langer onderdeel van de landelijke registraties met gegevens van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Sinds 2015 verzamelen VNG/ VNG realisatie met de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) gegevens over het gebruik van voorzieningen op het gebied van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet. Gemeenten leveren voor deze monitor gegevens aan het CBS. Medio 2018 hadden 312 gemeenten gegevens aangeleverd (www.vngrealisatie.nl). Dit betekent dat 68 gemeenten (nog) geen informatie hebben aangeleverd. Opgemerkt moet worden dat het mogelijk is dat de door gemeenten aangeleverde gegevens niet volledig zijn (bijvoorbeeld voor wat betreft het gebruik van beschermd wonen). Met aandacht voor deze kanttekeningen bij de volledigheid van de verzamelde data, kunnen de volgende cijfers van de GMSD gepresenteerd worden.

Volgens de gegevens van de GMSD woonden er in 2017 24.465 mensen in het beschermd wonen. Dit zijn zowel cliënten met zorg in natura als cliënten met een PGB. In de tweede helft van 2016 waren dit er 21.495. De toename van het aantal mensen kan komen doordat in 2017 meer gemeenten data hebben aangeleverd dan in (de tweede helft van) 2016 waardoor het niet goed mogelijk is om op basis van deze twee cijfers een groeicijfer te presenteren.

Afgaande op de cijfers van de GMSD maakten in 2017 (tenminste) 232.347 mensen gebruik van een maatwerkvoorziening van de categorie 'ondersteuning thuis'. Cijfers over hoeveel mensen met psychische problematiek deze ambulante begeleiding kregen zijn niet bekend omdat in de gebruikscijfers van maatwerkvoorzieningen geen onderscheid aangebracht wordt naar doelgroep.

3.10 Jeugdwet

Zoals eerder vermeld zijn recente gegevens over uitgaven aan en gebruik van de Jeugd GGZ niet voorhanden. Wel zijn er cijfers beschikbaar over de Jeugdwet maar deze omvatten meer dan alleen de Jeugd GGZ. Met deze kanttekening kunnen de volgende cijfers vermeld worden. Volgens het CBS (<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/18/ruim-400-duizend-jongeren-krijgen-jeugdzorg>) is het aantal jongeren (met psychische-, psychosociale-, gedragsproblemen en/of een verstandelijke beperking) met jeugdzorg (jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering) in twee jaar toegenomen met 39.000 (366.000 in 2015 naar 405.000 in 2017). De groei zit volgens het CBS vooral bij de hulp door de wijk-of buurtteams van gemeenten. Jeugdhulp met verblijf is in twee jaar toegenomen met ongeveer 5.800 jongeren (van 40.500 in 2015 naar 46.300 in 2017). Het aantal jongeren met jeugdreclassering daalde met 1.000 (van 11.000 in 2015 naar 10.000 in 2017).

3.11 Maatschappelijke opvang

De Federatie Opvang heeft in 2017 in samenwerking met het Trimbos-instituut en in opdracht van het ministerie van VWS gebruiksgegevens over de maatschappelijke opvang in kaart gebracht. Zij hebben dit gedaan op basis van data van hun leden, die tezamen een landelijke dekking hebben. Uit het onderzoek van de Federatie Opvang komt naar voren dat de betrokken instellingen tezamen naar schatting ruim 60.000 unieke cliënten hadden in 2016. Dat waren er 2.000 meer dan het jaar daarvoor. Deze cliënten kregen

verschillende vormen van hulpverlening zoals nachtopvang maar ook ambulante begeleiding ter voorkoming van uithuiszetting. Uit het onderzoek bleek verder dat het aantal plaatsen in de nachtopvang in 2016 verder gestegen is naar 1.900 plaatsen. Voor de crisisopvang waren in 2016 1.189 plaatsen beschikbaar.

3.12 Dienst Justitiele Inrichtingen (DJI)

Aanlyses van de DJI laten zien dat het aantal plaatsen van Forenische Psychiatrische Centra (FPC's) tussen 2013 en 2018 gedaald is met ongeveer 25% (van 1.858 plaatsen naar 1.396 plaatsen) (DJI, 2018). Het aantal cliënten van deze centra daalde ook met bijna 25% (van 1.704 cliënten in 2013 naar 1.316 cliënten in 2017). Naast de FPC's bestaat er ook de Overige Forenische Zorg (OFZ, alle forensische zorg in strafrechtelijk kader die ergens anders dan in een FPC geboden wordt). Het aantal OFZ-plaatsen is sinds 2013 aanzienlijk gestegen (met tweederde), van 1.559 plaatsen in 2013 naar 2.593 plaatsen in 2017. Dit betreft ook beschermd wonen plaatsen.

4 Werkenden in de GGZ

Volgens AZW-info (<https://www.azwinfo.nl/>) is de laatste tien jaar het aantal werknemers in de GGZ redelijk stabiel gebleven (tussen de 86.000 en 90.000) met in de laatste jaren wat schommelingen (86.387 (2015); 86.076 (2016); 87.258 (2017)). Ook het aantal fte is stabiel gebleven (ongeveer tussen de 70.000 en 73.000), waarbij er tussen 2016 en 2017 sprake is van een lichte stijging (70.477 (2016); 71.528 (2017)). Daarbij dient opgemerkt te worden dat het UWV (2018) signaleert dat vacatures in de zorg steeds moeilijker te vervullen zijn (van 45% moeilijk vervulbare vacatures in 2016 naar 51% in 2017). In de GGZ ligt dit percentage (met 80%) zelfs nog veel hoger.

Volgens Ernst&Young (2018) is het verzuim (6,9%) in de jeugdzorg het hoogst van alle subsectoren in de zorg met daarbij ook een hoog personeelsverloop (15,7%). Ook in GGZ-instellingen is er reden tot zorg door het verloop- (ruim boven het gemiddelde) en de verzuimpercentages (in de afgelopen 5 jaar nog niet zo hoog geweest). Waarbij het tekort aan hoogopgeleid personeel blijft oplopen (ook in de komende jaren). In de RIBW's is een soortgelijk beeld met een toename (van 5,6% in 2016 naar 6,1% in 2017) in ziekteverzuim en personeelsverloop (van 11,5% in 2016 naar 13,4% in 2017) waardoor zij ook boven gemiddeld scoren.

5 Financiën

Ernst&Young (2018) heeft de zorgsectoren en instellingen beoordeeld met een kredietwaardering welke loopt van aaa (hoogste beoordeling) tot d (laagste beoordeling). Waarbij bbb- de laagst aanvaardbare kwaliteit is (bb+ is net onder de grens).

Ernst&Young heeft de GGZ beoordeeld op basis van de 89 GGZ-instellingen. In 2016 was de beoordeling bbb+ (wat uitzonderlijk goed was voor de sector) en in 2017 bbb (net zoals tussen 2013-2015). De GGZ scoort wel lager dan de rest van de zorgsector en kleine instellingen doen het beter dan grote. Ernst&Young merkt daarbij op: 'na jaren van transities in de wijze van bekostiging, omvangrijke afbouw van intramurale bedden en administratieve lastenverzwaring, lijkt de GGZ in stabielere vaarwater terecht te zijn gekomen. Het gemiddeld gerealiseerde rendement is in 2017 verbeterd en nagenoeg op het niveau van 2015 [...] Ook zien we dat als gevolg van de afbouw van intramurale bedden vastgoed is verkocht met boekwinsten tot gevolg.'

Ernst&Young heeft ook een kredietbeoordeling uitgevoerd op basis van 17 RIBW's. De RIBW's scoren hoog met een aa- in 2017, wat iets lager is dan de beoordeling in 2016. RIBW's scoren daarmee hoger dan het gemiddelde ten opzichte van de rest van de zorgsector.

Ernst&Young heeft de jeugdzorg ook beoordeeld met een kredietbeoordeling op basis van 26 instellingen. De instellingen scoren een a in 2017. Jeugdzorginstellingen scoren volgens Ernst & Young na de decentralisatie in 2015 iets beter dan voorheen.

6 Rapportages over ambulante opbouw en samenwerking in de regio

Naast uitgaven- en gebruikscijfers van de GGZ is er in 2018 een aantal rapportages verschenen over de ambulantisering van de GGZ en de ambulante opbouw in het bijzonder. De resultaten van deze rapportages worden in deze paragraaf beschreven

6.1 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Eén van de verschenen rapportages is het rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over het toezicht op de ambulante GGZ (2018). Hierin beschrijft de IGJ haar doelstelling om speciale aandacht te besteden aan de netwerken rondom 'thuiswonende cliënten met chronische psychische aandoening' (pp.3) met als centraal punt de eigen regie en het herstel van de cliënt. De zorg binnen netwerken dient daarbij gericht te zijn op a. genezing-gerichte zorg, b. persoonlijk herstel en c. maatschappelijke participatie.

Voor het houden van toezicht op de zorgnetwerken heeft de IGJ een tweeledige methode ontwikkeld die bestaat uit een toetsingskader om te beoordelen of het zorgnetwerk voldoet aan bestaande normen en waarmee daarnaast gebiedsgericht toezicht op zorgnetwerken wordt uitgevoerd. Om de toetsingsmethodiek te kunnen testen en om een beeld te krijgen van de ambulantisering van de GGZ heeft de IGJ in 2016 en 2017 onderzoek gedaan in een aantal regio's¹⁰. Op basis van dit onderzoek signaleert de IGJ 'risico's in de ambulante GGZ' (pp.3). De opbouw van de ambulante GGZ is nog niet op het niveau van de behoefte. Daarbij is er (te) veel druk op de FACT-teams en zijn er problemen met op- en afschalen, met volgens de IGJ wachtlijsten als gevolg. Met Intensive Home Treatment (IHT) en respijt- en logeerbedden in de wijk worden opnamen deels voorkomen maar deze ontwikkelingen moeten nog verder opgeschaald worden. Ook is er in regio's onvoldoende samenwerking tussen GGZ-aanbieders en gemeenten met als gevolg dat mensen soms onnodig (lang) opgenomen worden. Daarbij ontbreekt het dikwijls aan een regievoerder van het zorgnetwerk en aan gezamenlijke plannen in een regio gericht op de behoeften van de doelgroep en het gezamenlijk dragen van kosten. De IGJ wijst ook op landelijke ontwikkelingen en aspecten van het stelsel die belemmerend werken in regio's zoals tekort aan personeel en het soms moeizame evenwicht tussen samenwerking en concurrentie. Ook hebben GGZ-instellingen naar het oordeel van de IGJ wisselende ervaringen met zorgverzekeraars. Soms wordt door instellingen een goede samenwerking met zorgverzekeraars gerapporteerd waarin gehandeld wordt vanuit een gedeelde visie. Soms wordt juist gerapporteerd dat zorgverzekeraars (en wat dit betreft ook gemeenten) handelen vanuit de missie om de schadelast zo laag mogelijk te houden en is het inkoopbeleid niet afdoende gericht op ambulantisering.

De IGJ formuleert naar aanleiding van het onderzoek (onder andere) de volgende aanbevelingen (met als algemene opmerking dat gelet op de soms grote regionale verschillen oplossingen altijd moeten worden gezocht in maatwerk):

- Op cliëtniveau (en het niveau van de naasten) is het van belang dat cliënten zelf zo veel mogelijk de regie over hun eigen zorg voeren en hierbij gefaciliteerd en gestimuleerd worden.
- Professionals moeten nog meer aandacht geven aan de eigen regie en het herstel van de cliënt.
- GGZ-instellingen moeten de zorg zo inrichten dat voldoende op- en afschaling mogelijk is tussen de specialistische GGZ, de basis GGZ en de huisartsenzorg. Naar gelang de regionale behoeften dient de capaciteit van FACT, IHT en respijtzorg uitgebreid te worden. Periodieke herdiagnostiek is daarnaast nodig om de juiste zorg op de juiste plek te bieden.
- Vanuit de zorgnetwerken dient er regionaal overleg georganiseerd te worden tussen (onder andere) GGZ-aanbieders en huisartsen om zo samen te overleggen over de problematiek van mensen met chronische psychische aandoeningen (die thuis wonen). Vanuit een gezamenlijke visie dient een analyse

¹⁰ Omdat het hier ging om een verkenning vond er geen handhaving plaats. Wel werden de sterke punten en de verbeterpunten gerapporteerd.

gemaakt te worden van de regionale benodigde capaciteit met daarbij aandacht voor consultatie, in-, door- en uitstroom. Het 'Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda voor sociale inclusie en verbindende zorg' (2016) kan hierbij behulpzaam zijn.

- Op gemeentelijk niveau moet onderzoek gedaan worden naar 'wat nodig is om mensen met chronische psychische aandoeningen in hun eigen omgeving (stad, wijk, dorp)' op te vangen. Het gaat hierbij om huisvesting, dagbesteding, en (begeleiding naar) werk en opleiding. Ook moeten gemeenten aandacht hebben voor preventie en vroegsignalering.
- Partijen op landelijk niveau moeten aandacht besteden aan de randvoorwaarden om de ambulante zorg te versterken. Dan gaat het om het faciliteren van extra tijd, ruimte, het mogelijk maken consultatie en preventie.

Een laatste algemene aanbeveling die wordt gedaan is dat partijen moeten kunnen leren van elkaars ervaringen en de goede voorbeelden die er zijn.

6.2 In- en verkoop ambulante zorg

In 2017 hebben het ministerie van VWS en de vertegenwoordigende organisaties van de GGZ-aanbieders, de zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afspraken gemaakt voor het aanpakken van de wachttijden in de GGZ (Ministerie van VWS, 2017). Het versnellen van de opbouw van de ambulante GGZ was onderdeel van dit afsprakenpakket. De afspraak kwam erop neer dat zorgaanbieders werden uitgenodigd om op basis van een lokale en bovenregionale analyse plannen te formuleren voor de opbouw van het Zvw-gefinancierde ambulante aanbod en dat zorgverzekeraars goede plannen zouden financieren uit Zvw-middelen. GGZ Nederland heeft een document opgesteld (2017) om GGZ-aanbieders (zo nodig) houvast te bieden bij het formuleren van de plannen. In dit document stelt GGZ Nederland drie richtingen voor de opbouw van Zvw-gefinancierde ambulante zorg voor:

1. Meer cliënten bedienen met FACT en IHT door hogere volumeafspraken.
2. Intensievere zorg bieden, mogelijk gemaakt door een hogere vergoeding per cliënt af te spreken.
3. Meer toeleiding naar werk mogelijk maken door bijvoorbeeld een tariefverhogende afspraak voor IPS.

In opdracht van het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut (Kroon et al., 2018) onderzocht op welke wijze GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars bovenstaande afspraak in de praktijk hebben vormgegeven en of dit daadwerkelijk heeft geleid tot afspraken over meer ambulante GGZ in de zorginkoop en -verkoop voor het 2018. Om dit te onderzoeken zijn alle 31 geïntegreerde GGZ-aanbieders benaderd voor deelname middels een interview. Ook zijn de vier grootste zorgverzekeraars benaderd. 27 geïntegreerde GGZ-aanbieders en de vier benaderde zorgverzekeraars hebben deelgenomen aan het onderzoek. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat ruim 20 procent van de geïnterviewde aanbieders plannen voor de opbouw van ambulante zorg met zorgverzekeraars had besproken. Dit waren dan enerzijds plannen voor capaciteitsuitbreiding voor (onder andere) FACT en IHT en ook voor de basis GGZ vanuit de gedachte dat uitbreiding van de basis GGZ leidt tot doorstroom vanuit de specialistische GGZ (en zo capaciteit vrijmaakt in de specialistische GGZ). Deze plannen gingen gepaard met afspraken over extra financiering. Anderzijds werden er plannen besproken over kunnen en mogen inzetten van andere typen professionals zoals basis psychologen om moeilijk vervulbare vacatures toch in te kunnen vullen.

Vijftien procent van de aanbieders liet weten dat er niet zozeer een aanvullend plan was besproken over de ambulante opbouw, maar dat in de algemene in- en verkoopafspraken wel aandacht was besteed aan de opbouw van ambulante zorg. Ook hier ging het dan over uitbreiding van IHT en (het certificeren) van FACT-teams maar ook over het uitbreiden van IPS en algemene uitbreidingen van zorgpaden. Deze afspraken gingen niet altijd gepaard met een verhoging van het budgetplafond wat betekent dat financiering voor de uitbreiding bijvoorbeeld gezocht moest worden in (extra) afbouw van intramurale plaatsen en/of doelmatigheidsslagen.

Een volgende groep respondenten (40 procent) gaf aan binnen de gemaakte verkoopafspraken voor 2018 grotendeels verder te kunnen met de opbouw van de ambulante zorg zonder dat met de zorgverzekeraars specifieke afspraken gemaakt waren over welke voorzieningen uitgebreid zouden worden. Bij een deel van deze groep was sprake van een betere contractering voor 2018 dan voor 2017 (in termen van de gemiddelde

prijs per unieke cliënt, het totaal aantal te behandelen cliënten (volume) en/of het budgetplafond). Andere aanbieders dachten de opbouw te gaan realiseren door meer doelmatigheid en/of afbouw van intramurale voorzieningen.

De resterende groep aanbieders (bijna 20 procent) gaf aan binnen de met de verzekeraars afgesproken kaders, niet voldoende ambulant te kunnen opbouwen. De onderhandelingen hierover hadden volgens deze aanbieders onvoldoende opgeleverd en de mogelijkheid om het één en ander te realiseren uit doelmatigheidsslagen en intramurale afbouw leken uitgeput.

De respondenten noemden verschillende factoren die een frustrerende werking op het ambulantiseringproces hebben. Een belangrijk punt is dat de mogelijkheden om bedden te blijven afbouwen (en zo financiële ruimte te creëren voor ambulante opbouw, voor zover dit met het oog op de verzwaring van bedden überhaupt gebeurt), steeds beperkter worden. Daarbij is het voor zorgverzekeraars een belangrijk speerpunt om de doelmatigheid van de GGZ te verhogen, waarbij aanbieders, volgens zorgverzekeraars, eerder sturen op extra financiële middelen. Dit geeft spanning in de onderhandelingen. Een ander punt van aandacht is dat de werkdruk voor professionals blijft toenemen, onder andere doordat de uitstroom van cliënten van de specialistische GGZ naar de basis GGZ ertoe heeft geleid dat de problematiek en zorgbehoefte van de overgebleven cliënten in de specialistische GGZ hoger is geworden. Daarbij zorgen ook personeelstekorten voor meer werkdruk bij de professionals. Ook werd benadrukt dat de schotten tussen en ook binnen financieringskaders een remmende werking hebben op de opbouw van ambulante zorg. Budgetten per financieringskader kunnen niet naar elkaar overgeheveld worden en ook het afgesproken budget van de ene verzekeraar kan niet overgeheveld worden naar het budget van een andere verzekeraar. Dit kan ertoe leiden dat, ook al is er in totaal voldoende financiering beschikbaar, er in praktische zin toch tekorten ontstaan (doordat een overschot op de ene plek een tekort op een andere plek niet kan compenseren). Tenslotte is de behoefte aan goede samenwerking met gemeenten benadrukt en genoemd dat deze vaak nog niet op het gewenste niveau is. Dat kan ertoe leiden dat waar een GGZ-aanbieder streeft naar de eindigheid van zorg, dit in de praktijk niet gerealiseerd kan worden omdat afspraken met de gemeente (als ketenpartner) over ambulante begeleiding, dagbesteding en toeleiding naar werk (grotendeels) ontbreken.

Naast deze belemmerende factoren zien deelnemers ook verbeteringen. Het voornaamste positieve geluid is dat een groot deel van de geïnterviewde aanbieders aangaf (redelijk) positief te zijn over de gemaakte afspraken met de zorgverzekeraars, zeker ten opzichte van het jaar daarvoor. Door sommige aanbieders werd genoemd dat zorginkopers van zorgverzekeraars zich meer inzetten voor de inhoud van zorg, meer werken vanuit vertrouwen en minder drukken op beheersing. Sommige aanbieders hebben meerjarenafspraken gemaakt met zorgverzekeraars. In de regel waren beide partijen hier positief over. Het voortborduren op deze positieve ontwikkelingen en het zo veel mogelijk aanpakken van de belemmerende factoren, in de regio en waar nodig op landelijk niveau, zal volgens de respondenten en onderzoekers belangrijk zijn voor de verdere opbouw van de ambulante zorg. Experimenteeruimte en regelvrijheid zijn hierbij van belang.

6.3 Samenwerking in de regio

Zowel uit het onderzoek van de IGJ (2018) als het onderzoek van het Trimbos-instituut (2018) over de zorg in- en verkoop komt (weer eens) naar voren dat de samenwerking in de regio, tussen aanbieders van zorg en het sociale domein (en de financiers hiervan) essentieel is voor het zo veel mogelijk realiseren van zorg in de eigen omgeving en het versterken van participatie. En dat deze regionale taakopvatting en samenwerking tegelijkertijd nog lang niet overal is waar het zou kunnen en moeten zijn. De IGJ benoemt hierbij het belang van 'van elkaar leren' en het inzichtelijk maken wat er in de regio's gebeurt.

In de LMA 2017 zijn drie voorbeelden van regionale samenwerking en/of wijkgerichte zorg beschreven. Uit deze voorbeelden blijkt dat er in het land op verschillende manieren en met uiteenlopende samenwerkingsverbanden gewerkt wordt aan het verbeteren van de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek.

Het Kenniscentrum Phrenos voert in samenwerking met Zilveren Kruis in 2018 een project uit om 'best practices' uit de Taskforces EPA¹¹ te beschrijven. In de tussentijdse resultaten van dit project¹² wordt de wijze van selectie van de 'best practices' uiteengezet en worden de best practices verdeeld over verschillende focuspunten (zoals 'GGZ en begeleiding' en 'bekostiging'). De beschrijvingen van de 'best practices' zijn op dit moment nog niet gereed.

De Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek' heeft in 2018 een rapportage uitgebracht om verschuivingen in de zorg verder te stimuleren en naar een volgend niveau te tillen. In deze rapportage worden goede voorbeelden van zorg beschreven en komt ook de ambulantisering van de GGZ aan bod. In de analyse van deze Taskforce wordt benadrukt dat ambulantisering meer is dan het omzetten van bedden naar ambulante capaciteit en dat ambulante zorg aan moet sluiten bij, of onderdeel moet zijn van, een wijknetwerk. 'Gemeenten spelen een belangrijke rol bij het doen slagen van een integrale ambulantiseringambitie voor de GGZ' (pp. 64). Als goed voorbeeld worden de proeftuinen in Utrecht genoemd¹³. Vooruitkijkend naar de toekomst signaleert de Taskforce dat daarbij een sterke GGZ-ambulantiseringagenda nodig is.

6.4 Beschermd wonen en ambulante begeleiding

Hierboven is genoemd dat samenwerking in de keten tussen GGZ-aanbieders en aanbieders van voorzieningen in het sociale domein van belang is voor het ambulantiseringproces. Met het advies van de commissie Dannenberg (Advies Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015) omtrent de verschuiving van beschermd wonen naar een beschermd thuis zijn voor het beschermd wonen ontwikkelingen in gang gezet en versterkt. In het advies worden acht condities geformuleerd om de inclusie van kwetsbare burgers in de samenleving te versterken:

1. 'Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg
2. Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit
3. Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie
4. Een breed arsenaal van woonvarianten
5. Beschikbare en betaalbare wooneenheden
6. Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties
7. Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars
8. Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning' (pp. 24).

VNG en de landelijke overheid hebben de afspraak gemaakt dat centrumgemeenten uiterlijk eind december 2017 door middel van een regioplan uitwerken hoe zij de acht condities voor inclusie en intergemeentelijke samenwerking gaan realiseren. Maart 2018 is een tussenrapportage verschenen over de stand van zaken van deze plannen (RIBW Alliantie et al., 2018). Uit deze tussentijdse evaluatie (op basis van informatie van 19 van de 46 centrumgemeenten) blijkt dat cliëntorganisaties, professionals en zorgaanbieders in 'behoorlijke' mate betrokken zijn bij het tot stand komen van de plannen. Woningcorporaties en zorgverzekeraars zijn (vooralsnog) minder vaak betrokken. Over het bewerkstelligen van de acht condities wordt onder andere geconcludeerd dat waar zelfmanagement veelvuldig voor komt in de plannen, dit voor ervaringsdeskundigheid en informele zorg niet het geval is. Ook is er nog weinig aandacht in de plannen voor flexibele en langdurige begeleiding. 'Gemeenten lijken nog steeds hun opdracht op dit punt te onderschatten' (pp. 3). De onderdelen van het ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie, zoals dagbesteding en arbeidstoeleiding, komen ook maar mondjesmaat aan bod. En waar het creëren van draagvlak in de samenleving wel in het merendeel van de plannen voor komt, is daarbij dan weer weinig aandacht voor anti-stigma activiteiten. In het merendeel van de plannen wordt wel beschreven dat er gewerkt wordt of gaat worden aan een diversiteit aan woonvormen en het daarbij realiseren van betaalbare woningen. Verder blijkt dat de inhoud van zorgfuncties weinig aandacht krijgt met uitzondering van preventie en vroegsignalering. De samenwerking met zorgverzekeraars

11 Naar aanleiding van de adviezen van 'Over de brug' zijn vanaf 2014 op initiatief van Zilveren Kruis Taskforces EPA opgezet waaraan regionaal de verschillende stakeholders deelnemen. Eén van de centrale doelstellingen van de Taskforces is dat betrokken partijen 'over organisatiebehoefden heen bereid moeten zijn bestaande structuren los te laten en aan te passen ten gunste van volwaardig burgerschap voor mensen met een ernstige psychische aandoening' (Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht. Volwaardig burgerschap en psychiatrie. Utrecht, 2015.) De sleutel tot het verbeteren van zorg wordt hier gezocht in samenwerkingsverbanden tussen GGZ-aanbieders en gemeenten.

12 <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/agenda-verslagen/werkconferentie-best-practices-uit-de-taskforces-epa-14-september-2018/>

13 In de LMA 2017 wordt een beschrijving van deze proeftuinen gegeven.

wordt in de plannen meestal niet concreet gemaakt. Geconcludeerd wordt dat in de plannen vooral aandacht wordt besteed aan de samenwerking met andere gemeenten en minder aan het realiseren van (condities voor) sociale inclusie.

7 Samenvatting

In 2017 en 2018 zijn verschillende onderzoeken en cijfers verschenen die relevant zijn voor het monitoren van het ambulantiseringproces en de hervorming van de langdurige GGZ waarbij ook meteen vermeld moet worden dat cijfers over uitgaven en zorggebruik over het ene segment beter voorhanden zijn dan cijfers over het andere segment. Bijvoorbeeld doordat in de Jeugdwet en de Wmo de cijfers met betrekking tot de GGZ niet (of nauwelijks) uitgefilterd kunnen worden. Wat opvalt aan de gegevens die wel beschikbaar zijn is dat de uitgaven aan de GGZ (Zvw en Wlz) de laatste jaren stijgen waarbij dit volgens analyse van de NZa een hogere stijging dan de inflatiecorrectie betreft. In 2016 is de verdeling tussen de uitgaven aan de ambulante GGZ en GGZ met verblijf ongeveer 50-50. Tegelijkertijd maakte het aantal opgenomen cliënten een relatief klein deel uit van het totale aantal cliënten (totaal exclusief cliënten POH-GGZ), namelijk afgerond zeven procent. Verder nam tussen 2015 en 2016 het aantal opgenomen personen af en het aantal mensen met een ambulante behandeling toe (SGGZ en Basis GGZ samen genomen).

De financiële beoordeling van de GGZ-sector laat zien dat de ontwikkelingen niet ongunstig zijn. Daarbij is wel sprake van hoge werkdruk en moeilijk vervulbare vacatures.

Cijfers van Vektis laten zien dat het aantal intramurale plaatsen daalt waarbij het aandeel van de plaatsen met intensievere zorg toeneemt. Gelet op gemaakte afspraken over extra inkoop van beveiligde bedden is het de vraag in hoeverre de afbouw van het aantal plaatsen de komende jaren zich zal ontwikkelen.

Ambulant nemen de DBC's met meer dan 3.000 minuten toe, maar niet bij alle diagnosegroepen; bij de diagnosegroep psychotische stoornissen was er juist sprake van een lichte daling van deze intensievere ambulante dbc's. Het aantal gecertificeerde FACT-teams is recent niet verder toegenomen. Onderzoeken die in bredere zin ingaan op de opbouw van de ambulante GGZ laten het beeld zien dat de ambulante opbouw nog niet op het gewenste niveau is en dat onder andere de druk op FACT-teams (te) hoog is. Tegelijkertijd denkt een aanzienlijk deel van de geïntegreerde GGZ-aanbieders binnen de recent gemaakte in- en verkoopafspraken met zorgverzekeraars in de nabije toekomst verder te kunnen met de ambulante opbouw. Er zijn afspraken gemaakt die als een verbetering ten opzichte van het verleden worden gezien. Daarnaast zijn er ook signalen dat een deel van de aanbieders van mening is niet goed ambulant op te kunnen bouwen binnen de gemaakte afspraken en druk te voelen om nog doelmatiger te gaan werken of intramuraal af te bouwen waar zij mogelijkheden hiertoe eigenlijk niet zien.

Een belangrijk aandachtspunt dat uit verschillende onderzoeken naar voren komt is het belang van de regionale samenwerking. Gemeenten dienen hun rol (onder andere) wat betreft de langdurige begeleiding meer te erkennen en zorgverzekeraars en gemeenten moeten meer oog krijgen voor samenwerking. Een sterke GGZ-ambulantiseringagenda zal hierbij van belang zijn.

Deelonderzoek 3

panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg

Lex Hulsbosch
Aniek de Lange
Aafje Knispel
Harry Michon

Inhoud

1	Inleiding	89
2	De leef- en zorgsituatie van panelleden	91
2.1	Algemene gegevens	91
2.2	De feitelijke leefsituatie	92
2.3	De feitelijke zorgsituatie	95
3	Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?	99
3.1	De ervaren leefsituatie	99
3.2	De ervaren zorgsituatie	101
4	Zorgsituatie: behoeften en wensen	105
4.1	Ondersteuningsbehoeften per levensdomein	105
4.2	Vervulde en onvervulde zorgbehoeften	106
5	Verdiepende analyses	109
5.1	Veranderingen: 2015 – 2018	109
5.2	Subgroepen	113
6	Verantwoording	117

1 Inleiding

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een landelijk panel van en voor mensen met psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht te krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Daarnaast is het de bedoeling om de mensen die met deze problemen te maken hebben, een duidelijker stem te geven in maatschappelijke debatten over de GGZ. De missie van het panel is om gedegen kennis te verwerven over de zorg- en leefsituatie en maatschappelijke integratie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening in Nederland.

De doelgroep van het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek in Nederland. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die last hebben (gehad) van psychoses en ernstige depressies. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten beperkingen in het dagelijks leven, gedurende langere tijd. Daarbij kan het in principe om elke psychische aandoening gaan. Deelname aan het panel is overigens niet voorbehouden aan mensen die cliënt zijn van een GGZ-instelling. Wel moeten mensen die zich aanmelden voor het panel minimaal 18 jaar oud zijn.

Het panel Psychisch Gezien kent drie functies:

- a. Monitoren van leefsituatie, welzijn en participatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.
- b. Peilen van de opinies en voorkeuren van panelleden rond actuele kwesties rond mensen uit de doelgroep (GGZ-kwesties; Wmo; publieke discussies rond ernstige psychische problematiek; et cetera).
- c. Genereren van kennis over de doelgroep, die als input kan dienen voor beleid.

De basis van de informatieverzameling van het panel bestaat uit enquêtes onder de leden. Minimaal twee keer per jaar wordt een enquête uitgezet, die panelleden – al naar gelang hun voorkeur – online of schriftelijk kunnen invullen. Naast de terugkerende enquêtes kan, indien financiering beschikbaar is, aanvullend onderzoek gedaan worden. Afhankelijk van de doel- en vraagstelling van het aanvullende onderzoek worden hiervoor bijvoorbeeld focusgroepen, werkconferenties of diepte-interviews ingezet.

Tot 2014 bestond het panel steeds uit zo'n 800 leden¹. Sinds begin 2015 is het panel Psychisch Gezien verbonden aan de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming LGGZ (LMA). Omwille van de datavoorziening voor de LMA, is besloten om het ledenaantal naar minstens 1.500 te verhogen. Hiertoe heeft in de periode november 2014 - juni 2015 een wervingsactie plaatsgevonden waarbij via diverse kanalen naar nieuwe leden is gezocht. Het aantal panelleden is in de wervingsperiode gestegen van zo'n 800 naar ruim 2.000.

In 2017 zijn 1.754 panelleden uitgenodigd om deel te nemen aan de voorjaarspeiling van het panel Psychisch Gezien. In totaal hebben 1.079 panelleden de vragenlijst ingevuld en geretourneerd (respons van 62%, zie verder Hoofdstuk Verantwoording).

¹ Vanwege de dynamiek van het ledenbestand (aanmeldingen en uitschrijvingen) is een exact, vast ledenaantal over een langere periode niet te geven.

Leeswijzer

In de hierna volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de resultaten van de voorjaarspeiling van 2018. Dit is, na de nulmeting, de derde vervolgmeting voor de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. In hoofdstuk 2 worden de feitelijke leef- en zorgsituatie van de panelleden besproken, hoofdstuk 3 beschrijft hoe de panelleden hun leef- en zorgsituatie ervaren. Hoofdstuk 4 betreft de wensen en behoeften op het gebied van zorg en ondersteuning (en de vervulling ervan). In hoofdstuk 5 worden cijfers van alle uitgevoerde peilingen vergeleken en vinden enkele verdiepende analyses plaats. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 de gebruikte methodiek toegelicht en worden responscijfers gepresenteerd.

Het aantal panelleden dat een bepaald onderdeel of groep items van de vragenlijst heeft ingevuld varieerde. Daarom wijkt de totale N bij tabellen regelmatig af van het totale aantal van 1.079.

Wanneer in dit rapport wordt gesproken van 'de panelleden' of 'het panel' zonder verdere toevoeging worden de panelleden bedoeld die hebben meegedaan aan de in de tekst besproken peilingen.

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden

2.1 Algemene gegevens

Tabel 2.1 laat zien met welke klachten de panelleden te maken hebben ten tijde van de aanmelding voor het panel. Ongeveer de helft van de panelleden had te maken met depressieve klachten, en ook ongeveer de helft met een angststoornis. Verder rapporteert 32% psychosen en/of schizofrenie, en voor ruim een vierde van het panel was er sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Ongeveer zeven op de tien (69%) panelleden had ten tijde van de aanmelding te maken met meerdere psychische problemen.

Ten tijde van aanmelding bij het panel hebben vrijwel alle leden (95%) langer dan twee jaar last van psychische klachten. Het merendeel ervaart beperkingen in het dagelijkse leven (92%). Voor de meeste panelleden (86%) is dat op het gebied van werken en/of leren. Drie kwart (76%) van de panelleden voelt zich door hun psychische klachten beperkt in hun sociale contacten. Op het gebied van wonen ligt dit percentage op 47%.

Tabel 2.1 Wilt u aangeven van welke klachten¹ u last heeft? (ten tijde van aanmelding bij het panel; meerdere antwoorden mogelijk) (N=1.072)

	n (%)
Depressie	550 (51)
Angsten	515 (48)
Psychosen en/of schizofrenie	338 (32)
Persoonlijkheidsstoornis	301 (28)
Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis)	215 (20)
Eetproblemen	142 (13)
Verslavingsproblemen	119 (11)
Autisme of verwante beperkingen	121 (11)
Andere psychische klachten	268 (25)
Meerdere klachten	737 (69)

1. Het gaat hier om zelf-gerapporteerde klachten, die niet noodzakelijkerwijs overeenkomen met de formeel door de arts vastgestelde diagnose.

2.2 De feitelijke leefsituatie

2.2.1 Woonsituatie

Het merendeel van de panelleden (89%) woont zelfstandig of begeleid zelfstandig, zie tabel 2.2.

Tabel 2.2 Woonsituatie: hoe woont u? (N=1.065)

	n (%)
Zelfstandig	813 (76)
Begeleid zelfstandig (in eigen koop- of huurwoning)	129 (12)
Bij mijn ouders/familie	27 (3)
Bij mijn vrienden	3 (0,3)
In een instelling voor maatschappelijke opvang (zoals vrouwenopvang, daklozenopvang, hostel)	4 (0,4)
In een woning/appartement van een zorginstelling in een woonwijk ¹	40 (4)
In een woning/appartement op het terrein van een zorginstelling ¹	11 (1)
Op een afdeling binnen een zorginstelling ¹	4 (0,4)
Anders, namelijk:	34 (3)

1. In de meeste gevallen betrof dit mensen die bij het wonen begeleid worden vanuit een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen.

Vijf op de honderd leden wonen in (een woning/appartement van) een zorginstelling: 0,4% op de afdeling, 1% op het terrein en 4% in een woonwijk. De zorginstelling is in de meeste gevallen (3%) een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW). De overige leden geven aan bij hun ouders, familie, vrienden, in de opvang of elders te wonen. Van de leden die (begeleid) zelfstandig wonen en die daar ondersteuning bij krijgen (n=859), denkt 62% ook zonder professionele ondersteuning zelfstandig te kunnen blijven wonen, 21% twijfelt hieraan en 17% denkt dat zelfstandig wonen dan niet mogelijk is.

2.2.2 Huishouden, sociale contacten en vrijetijdsbesteding

De meeste panelleden (60%) wonen alleen. Een derde leeft samen met partner en/of kind(eren): 21% woont samen met een partner, 7% met partner en kind(eren) en 5% alleen met kind(eren). Er wonen 20 panelleden (2%) in een groepswooning voor mensen met psychische problemen. De rest van het panel woont met ouders, familie, vrienden/kennissen of anderen (bij elkaar genomen 5%).

Ruim drie kwart (77%) ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke maand en 15% zelfs dagelijks. Ontmoetingen met familie komen iets minder vaak voor; 61% minstens één keer per maand en 5% dagelijks. De meeste leden ontmoeten (schoon)familie of vrienden/goede kennissen wekelijks (32% en 42%). Sommige leden geven aan geen vrienden/goede kennissen of familie te hebben (5% en 8%) of hen zelden tot nooit te zien (8% en 13%).

Zeven op de tien (71%) komt dagelijks buitenshuis en een kwart (26%) wekelijks. Een groep van 1% gaat minimaal elke maand ergens naar toe, 1% doet dat minder dan één keer per maand en 1% zelden tot nooit. Ter vergelijking: in 2016 komt van de mensen met een lichamelijke beperking 83% dagelijks buitenshuis, 52% van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking, 45% van de mensen met licht of matige verstandelijke beperking en 89% van de ouderen (van Hees et al., 2016).

Aan de panelleden is ook gevraagd hoe vaak ze tijd besteden aan hobby's of vrijetijdsactiviteiten. Buitenshuis is dat vaak wekelijks (42%) en thuis dagelijks (42%) of wekelijks (27%). Er zijn ook panelleden die geen hobby's hebben, noch buiten de deur noch thuis (8% en 5%), of hier zelden of nooit tijd aan besteden (15% en 12%).

2.2.3 Werk en opleiding

Tabel 2.3 laat de activiteiten van panelleden zien op het gebied van werk, opleiding en mantelzorg. Een vijfde van de leden (21 %) heeft een betaalde baan. Hieronder vallen ook degenen die bij een sociale werkvoorziening aan het werk zijn (3% van alle panelleden, 15% van de leden met betaald werk). Gemiddeld hebben de werkende panelleden een werkweek van 23 uur. Over het algemeen zijn zij in loondienst (73% van de panelleden met betaald werk). Van de panelleden die op dit moment geen betaald werk hebben, zou 27% wel graag betaald werk willen doen. In 2014 was dit aandeel 29% (Place et al., 2014).

Tabel 2.3 Betaald werk, vrijwilligerswerk, opleiding en werk als mantelzorgster ten tijde van de peiling

	N	n (%)
Betaald werk (CBS definitie) ¹	1.073	222 (21)
Vrijwilligerswerk	1.076	453 (42)
Opleiding / werkgerelateerde cursus ²	1.061	97 (9)
Mantelzorg ³	1.076	231 (22)

1. Het CBS gebruikt sinds 2015 de volgende definitie voor betaald werk: iedereen met betaald werk in de leeftijd 15 tot 75 jaar (het eerdere criterium van 12 uur per week is losgelaten).

2. Berekend over de groep panelleden < 65 jaar.

3. Mantelzorg betekent dat mensen hulp bieden aan iemand met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk. Het kan intensieve en minder intensieve hulp zijn, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, begeleiding of huishoudelijke hulp. Alleen de zorg voor iemand met gezondheidsproblemen wordt gezien als mantelzorg.

Ruim vier op de tien leden heeft onbetaald werk. Panelleden doen gemiddeld 7 uur per week onbetaald werk, variërend van een uur per week tot meer dan een volledige werkweek. Van degenen die op dit moment geen vrijwilligerswerk doen, zou 27% dit wel graag willen doen. In 2014 was dit aandeel 34% (Place et al., 2014). Verder biedt één op de vijf panelleden ten tijde van de peiling mantelzorg. Zij bieden hulp aan mensen met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk.

Ongeveer een tiende van het panel (9%) volgt een opleiding of werk-gerelateerde cursus (berekend over de groep leden tot 65 jaar). Het gaat dan om een werk-gerelateerde cursus, een deeltijd (vervolg)opleiding en/of een voltijd (vervolg)opleiding (resp. 5%, 3%, 2%).

Verzuim

Van de afgelopen 30 dagen waren 400 panelleden (37%) gemiddeld 12 dagen (SD=10,2) niet in staat om te werken of normale bezigheden uit te voeren. Verder moesten 521 mensen (48%) gemiddeld 14 dagen (SD=10,1) een stapje terug doen. Een groep van 285 panelleden (26%) kon gemiddeld 14 dagen (SD=11,1) minder goed letten op de kwaliteit van zorgvuldigheid van het werk.

Arbeids- en opleidingsparticipatie in de algemene bevolking en in andere kwetsbare groepen

Vergeleken met de algemene bevolking zijn relatief weinig mensen met langdurige psychische problemen aan het werk. Zo blijkt uit bevolkingsonderzoek van het CBS dat in het tweede kwartaal van 2018 twee derde (68%) van de beroepsgeschikte bevolking (ofwel: 15- tot 75-jarigen) een betaalde baan heeft (CBS Statline, najaar 2018). De arbeidsparticipatie van panelleden ligt dus ruim drie keer zo laag als in de algemene bevolking in Nederland. De participatie van mensen met aanhoudende psychische problemen kan ook vergeleken worden met andere kwetsbare doelgroepen. Panelonderzoek van het NIVEL in 2016 wijst uit dat ook relatief weinig mensen met een lichamelijke beperking betaald werk hebben (van Hees et al., 2016). Zo is 29% van de mensen met een lichamelijke beperking aan het werk en 10% van de mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking (berekening volgens oude CBS definitie voor betaald werk, te weten: het aantal mensen tussen de 15-65 jaar met een betaalde baan van 12 uur of meer. In 2018 is het percentage werkenden binnen het panel Psychisch Gezien volgens deze definitie 19%).

Wat betreft onbetaald werk komt het percentage leden dat vrijwilligerswerk doet ongeveer overeen met het percentage vrijwilligers in 2016 in de algemene bevolking (35%) en onder ouderen (44%). Vergeleken met mensen met lichamelijke problemen doen relatief veel panelleden vrijwilligerswerk; 27% van de mensen met een lichamelijke beperking en 17% van mensen met een *ernstige* lichamelijke beperking werkt als vrijwilliger (van Hees et al., 2018).

Ook wat betreft het volgen van een opleiding of werk-gerelateerde cursus wijkt het panel nauwelijks af van de volwassenen in de algemene bevolking, van wie 13% een opleiding of werk-gerelateerde cursus volgt (van Hees et al., 2018).

2.2.4 Lichamelijke problemen

Uit tabel 2.4 is op te maken dat drie kwart van het panel naast psychische problemen ook lichamelijke problemen heeft. Bij 14% gaat het om ernstige lichamelijke problemen.

Tabel 2.4 Heeft u naast psychische problemen ook lichamelijke problemen? (N=1.077)

	n (%)
Nee	270 (25)
Ja, lichte lichamelijke problemen	339 (32)
Ja, matige lichamelijke problemen	319 (30)
Ja, ernstige lichamelijke problemen	149 (14)

2.3 De feitelijke zorgsituatie

2.3.1 Professionele zorg en ondersteuning

Een groot deel van de panelleden (85%) gebruikt medicijnen om de psychische klachten te verminderen of onder controle te houden. Dit gaat in vrijwel alle gevallen (97%) om medicatie op voorschrift van een psychiater of arts. Het grootste deel van de panelleden (eveneens 85%) is op enigerlei wijze in beeld bij de GGZ en/of verslavingszorg. Dit houdt in dat iemand cliënt is bij een instelling voor GGZ- of verslavingszorg en/of in het afgelopen jaar contact heeft gehad met minstens één van de in tabel 2.6 genoemde GGZ- instanties. Hieronder wordt in meer detail ingegaan op de contacten met GGZ en verslavingszorg.

Ruim zes op de tien leden (63%) is ten tijde van de peiling cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling, zie tabel 2.5. Van de uitgevraagde zorgtypen (zie tabel 2.5) is het naar de instelling moeten komen voor behandeling en/of begeleiding de meest voorkomende; bijna de helft van de panelleden die cliënt is heeft met dit zorgtype te maken. Voor ruim een kwart van de mensen wordt de zorg aan huis geboden. Ongeveer 1% van alle panelleden is ten tijde van het invullen van de vragenlijst tijdelijk opgenomen.

Tabel 2.5 Bent u op dit moment cliënt bij een GGZ- of verslavingszorginstelling? Zo ja, wat voor soort zorg krijgt u bij deze instelling? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=1.076)

	n (%)
Nee	403 (38)
Ja: ik kom voor begeleiding/behandeling naar de instelling	468 (44)
Ja: ik krijg begeleiding/behandeling aan huis	286 (27)
Ja: ik ben tijdelijk opgenomen	9 (1)
Ja: ik woon in deze instelling	26 (2)
Ja: ik krijg dagbehandeling	26 (2)

In tabel 2.6 is te zien dat panelleden met verschillende instanties te maken hebben. Meer dan de helft (56%) had contact met een GGZ- of een verslavingszorginstelling. 41% van de leden had contact met het UWV. Ongeveer drie op de tien had contact met een (F)ACT-team. Verder had ongeveer een kwart van de panelleden contact met medewerkers van de gemeente rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning. Tevens kregen panelleden ondersteuning van behandelaars met een eigen praktijk (20%), vrijwilligersorganisaties (19%), dagactiviteitencentra (12%) of instellingen voor beschermd wonen (15%). Bijna één op de vijf leden (18%) had het voorgaande jaar contact met de praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts en één op acht leden met een sociaal wijkteam (12%).

Tabel 2.6 Contact met zorg- en dienstverlenende instanties

	Respons	Contact in afgelopen 12 maanden	Momenteel nog steeds contact
	N	n (%)	n (%)
<i>GGZ</i>			
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling, niet nader gespecificeerd	1.058	592 (56)	505 (48)
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	1.048	158 (15)	134 (13)
ACT/FACT team: assertive community treatment	1.047	299 (29)	264 (25)
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	1.040	33 (3)	24 (2)
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	1.040	47 (5)	35 (3)
VIP team: vroege interventie psychose team	1.029	26 (3)	19 (2)
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	1.039	56 (5)	37 (4)
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	1.036	133 (13)	104 (10)
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	1.037	184 (18)	119 (12)
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera)	1.029	205 (20)	168 (16)
<i>Dagbesteding/werk en financiën</i>			
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	1.042	427 (41)	373 (36)
Schuldhulpverleningsorganisatie	1.033	61 (6)	45 (4)
Sociale werkvoorziening	1.031	76 (7)	67 (7)
Dagactiviteitencentrum (DAC)	1.030	118 (12)	99 (10)
Re-integratiebureau	1.025	39 (4)	29 (3)
<i>Overige instanties</i>			
Wijkverpleegkundige	1.045	56 (5)	38 (4)
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	1.044	31 (3)	18 (2)
Sociaal wijkteam / buurtteam	1.040	121 (12)	86 (8)
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente)	1.035	56 (5)	42 (4)
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	1.050	275 (26)	194 (19)
Gemeente: overig	1.042	125 (12)	90 (9)
Welzijnsorganisatie	1.042	56 (5)	46 (4)
Buurthuis	1.046	104 (10)	86 (8)
Vrijwilligersorganisatie	1.043	201 (19)	166 (16)
Coach met een eigen praktijk	1.037	43 (4)	33 (3)
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	1.035	122 (12)	82 (8)

2.3.2 Huisartsenzorg

De meerderheid van het panel Psychisch Gezien heeft in 2017 contact gehad met de huisarts². Vergeleken met de algemene bevolking hebben relatief veel panelleden de huisarts gezien of gesproken (84% tegenover 72%, zie tabel 2.7). Bij mensen met een chronische ziekte is het percentage huisartsbezoekers het hoogst, namelijk 91%. Panelleden komen niet alleen met lichamelijke klachten bij de huisarts. Ruim een derde (36%) van de leden heeft contact met de huisarts gehad vanwege zijn of haar psychische problemen. Dat was in 2017 gemiddeld 4 keer.

2 Het gaat hierbij om alle bezoeken op het spreekuur, visites van de huisarts bij mensen thuis en telefonische consulten (inclusief de contacten met de vervanger van de eigen huisarts, exclusief verlenging van recepten).

Tabel 2.7 Percentage mensen dat in 2017 contact had met de huisarts

	%	Gemiddeld aantal contacten	Periode
Mensen met aanhoudende psychische problemen	84	6	2017
Mensen met een chronische ziekte/lichamelijke beperking ¹	91	5	2010
Algemene Nederlandse bevolking ²	72	6	2013

1. Nationaal panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL (Jansen, Spreeuwenberg & Heijmans, 2012).

2. Bevolkingsonderzoek in 2013 (CBS, 2014).

2.3.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning en ondersteuning bij zelfredzaamheid van burgers. Het gaat bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding en een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis. Dit alles is geregeld via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Mensen die ondersteuning nodig hebben, kunnen via een Wmo-loket of een sociaal wijkteam een beroep doen op de gemeente.

Een derde van het panel (33%) is niet bekend met het Wmo-loket of sociaal wijkteam van hun gemeente. Bijna vier op de tien (39%) kent deze Wmo-ingang wel, maar heeft hier in 2017 geen contact mee gehad. Bijna drie op de tien (29%) heeft wel contact met Wmo-loket of sociaal wijkteam gehad. Panelleden hadden met name contact over hulp bij het huishouden, vervoersvoorzieningen en persoonsgebonden budget, respectievelijk 43%, 18% en 14% van de contacten gingen hierover. Van de panelleden die met het Wmo-loket of het sociaal wijkteam te maken heeft gehad, was bij 59% de herbeoordeling of verlenging van een indicatie de reden van het contact. Andere redenen waren het indienen van een aanvraag voor een nieuwe voorziening (32%) en het inwinnen van informatie/advies (22%). Een kleine groep richtte zich tot de gemeente om een klacht in te dienen (4%).

Over het algemeen raakten de ruim 700 panelleden die het Wmo-loket of sociaal wijkteam kennen, hiervan op de hoogte via een hulpverlener (30%) en/of via media als internet, folders of kranten (20%). In mindere mate werd kennis genomen van het loket via anderen zoals kennissen of familie (9%), huisarts (7%) of wijkverpleegkundige (3%). Drie op de tien (31%) weet het niet meer omdat ze het al langere tijd kennen. Een vijfde (19%) geeft aan het Wmo-loket of sociaal wijkteam ergens anders van te kennen, bijvoorbeeld via hun (vrijwilligers)werk, contacten met mensen uit de buurt (bijv. via een buurtborrel of in een buurthuis), betrokkenheid bij (Wmo)raden of via (een brief van) de gemeente.

2.3.4 Persoonsgebonden budget

Van het panel heeft 11% ten tijde van de peiling een persoonsgebonden budget (PGB). Net als in 2016 heeft ruim drie kwart van de panelleden (77%) geen behoefte aan een PGB. Van de 241 panelleden die wel (behoefte aan) een PGB hadden, heeft 58% ook een PGB aangevraagd. Bij 82% van de mensen die een aanvraag hebben ingediend is deze (gedeeltelijk) gehonoreerd.

2.3.5 Crisiszorg en opnames

Ongeveer één op de vijf leden (17%) heeft in het afgelopen jaar naar eigen zeggen crisiszorg gehad. Ambulante crisiszorg was hierbij de meest ingezette variant; van de mensen die crisiszorg hebben gehad gaf ruim de helft (51%) aan hiermee te maken te hebben gehad. Van de panelleden die niet met crisiszorg te maken kregen gaf 14% aan dat ze deze zorg wel nodig vonden.

Een groep van 59 panelleden (6%) is in de afgelopen 12 maanden op vrijwillige basis opgenomen. Drieëntwintig panelleden (2%) zijn gedwongen opgenomen, dit betrof meestal een inbewaringstelling (IBS). De leden die in de afgelopen 12 maanden opgenomen zijn geweest, hebben gemiddeld twee keer een opname meegemaakt, ongeacht of dit om een vrijwillige of een gedwongen opname ging. Het gemiddeld aantal opnamedagen in het afgelopen jaar was 85. De voorwaardelijke RM is voor 21 panelleden (2%) ingezet om een gedwongen opname te voorkomen.

2.3.6 Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Ruim zes op de tien (62%) geeft aan op het moment van de peiling zorg of ondersteuning bij hun psychische problemen te krijgen van iemand uit hun eigen netwerk. Tabel 2.8 laat zien welke personen hierbij een rol spelen. Het zijn vooral vrienden, de partner, (schoon)ouders en andere familie die de panelleden bijstaan. Zeven op de tien (71%) heeft in zijn/haar omgeving iemand om mee te praten en die een luisterend oor biedt. Ook hier zijn vrienden, partner en familieleden de meest voorkomende ondersteuners. Lotgenoten zijn een belangrijke steunpilaar voor een vijfde van de panelleden die informele zorg krijgen.

Tabel 2.8 Personen uit eigen netwerk die zorg of ondersteuning bieden¹

	Ondersteuning: Algemeen (N=667)	Ondersteuning: Luisterend oor (N=759)
	n (%)	n (%)
Vriend(en)	256 (38)	387 (51)
Partner	286 (43)	303 (40)
(Schoon)ouders	200 (30)	205 (27)
Andere familie	190 (29)	246 (32)
Lotgenoten	126 (19)	151 (20)
Kind(eren)	110 (17)	106 (14)
Anders	76 (11)	108 (14)
Kennis(sen)	84 (13)	113 (15)
Buren of buurtgenoten	85 (13)	94 (12)
Leidinggevende	53 (8)	67 (9)
Collega's	54 (8)	68 (9)
Ex-partner	25 (4)	28 (4)

1. De vermelde percentages hebben betrekking op de groep panelleden die aangeeft zorg of ondersteuning te krijgen van iemand uit hun netwerk

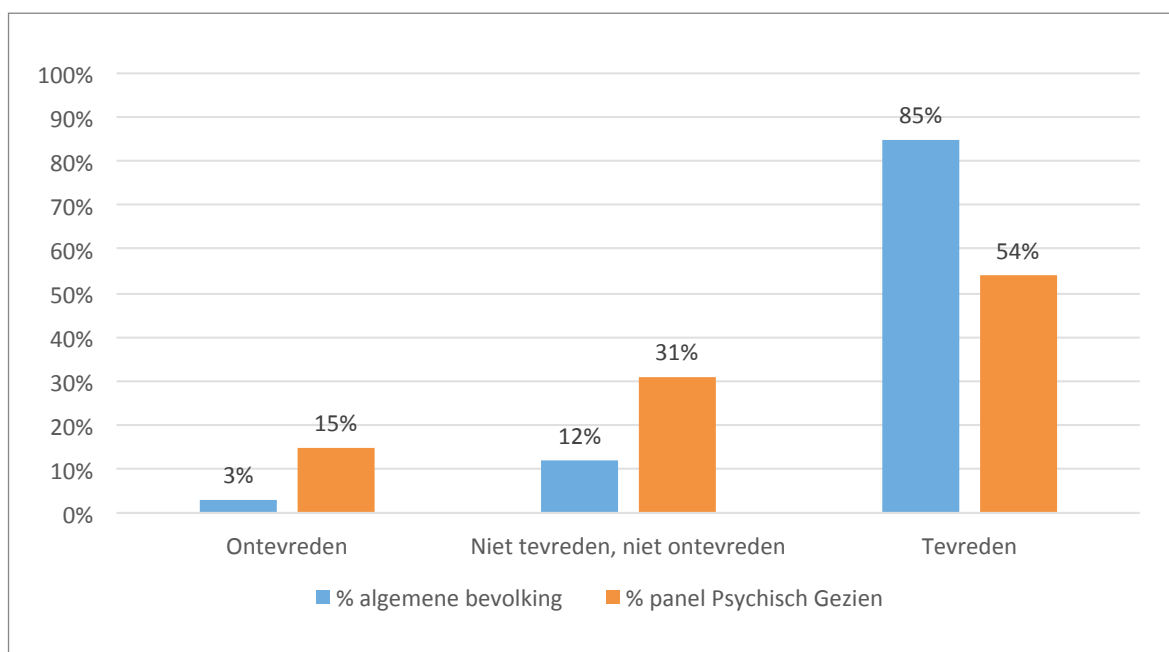
3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?

3.1 De ervaren leefsituatie

Tevredenheid: leven als geheel en per leefgebied

De panelleden beoordelen het leven dat ze nu (voorjaar 2018) leiden gemiddeld met een 6,4 (SD=1,8; op een schaal van 1 tot 10, waarbij een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden). Vergeleken met andere mensen in Nederland is dat relatief laag, de gemiddelde score ligt hier op 7,6 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). Bevolkingscijfers uit 2017 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018) bevestigen dit beeld (zie figuur 3.1): in het panel is de groep ontevreden mensen vijf keer zo groot als in de algemene bevolking en waar bijna negen op de tien mensen in de algemene bevolking tevreden is met zijn of haar leven, is dat bij het panel iets meer dan de helft.

Figuur 3.1 Hoe tevreden zijn mensen met het leven dat ze nu leiden?¹



1. Panel Psychisch Gezien peiljaar 2018. Algemene bevolking peiljaar 2017 (CBS, StatLine).

De cijfers zijn gebaseerd op de vraag: Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt? De drie categorieën zijn als volgt gedefinieerd: ontevreden (cijfers 1 t/m 4), niet tevreden/niet ontevreden (cijfers 5 en 6), tevreden (cijfers 7 t/m 10).

Aan de panelleden is ook voor verschillende leefgebieden gevraagd hoe tevreden ze hierover zijn (op een schaal van 1=helemaal niet tevreden, tot en met 7=zeer tevreden). De resultaten zijn te zien in tabel 3.1. De panelleden zijn – gemiddeld genomen – het meest tevreden met hun woonsituatie en de hulpverlening die zij krijgen (zie paragraaf 3.2 voor meer informatie over tevredenheid met de zorg). Het minst tevreden zijn zij met hun lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid. Een kwart van de panelleden heeft het gevoel mee te tellen in de maatschappij, een derde van de leden (34%) heeft dit gevoel een beetje. Bij bijna een kwart (23%) ontbreekt het gevoel mee te tellen in de maatschappij.

Tabel 3.1 Gemiddelde scores met betrekking tot de tevredenheid over verschillende leefgebieden¹

	N	M	SD
Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?	1.071	5,6	1,5
Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt? ²	932	5,2	1,6
Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?	1.066	4,8	1,5
Hoe tevreden bent u met uw dagelijkse bezigheden?	1.062	4,8	1,6
Hoe tevreden bent u met uw sociale contacten?	1.075	4,6	1,7
Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	1.068	4,6	1,8
Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	1.064	4,3	1,7
Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	1.069	4,2	1,7

1. Scores op een 7-puntsschaal, lopend van 1 (helemaal niet tevreden) tot en met 7 (zeer tevreden).

2. Bij dit item kon ook "niet van toepassing" worden gekozen. Vandaar de ogenschijnlijk lage respons.

Gezondheid

Meer dan de helft (52%) van de leden geeft aan hun gezondheid matig tot slecht te vinden tegenover 16% van de algemene bevolking (Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL; Brabers, e.a., 2014). Een groep van 8% beoordeelt hun gezondheid als "zeer goed" of "uitstekend" (31% in de algemene bevolking) en de resterende 40% bestempelt deze als "goed" (53% in de algemene bevolking).

De MHI-5 is gebruikt om de actuele mentale gezondheid van de panelleden te meten. Twee derde van de panelleden (64%) bleek zich de afgelopen vier weken geestelijk ongezond te voelen (zie tabel 3.2). Onder de algemene bevolking was 11% in 2017 psychisch ongezond (CBS, 2017). De gemiddelde score op de MHI-5 van de panelleden is 54 (op een schaal van 1 tot 100, waarbij hoe hoger de score hoe gezonder; SD=20,8).

Tabel 3.2 MHI-5 resultaten: mentale gezondheid in de afgelopen vier weken (N=1.065)

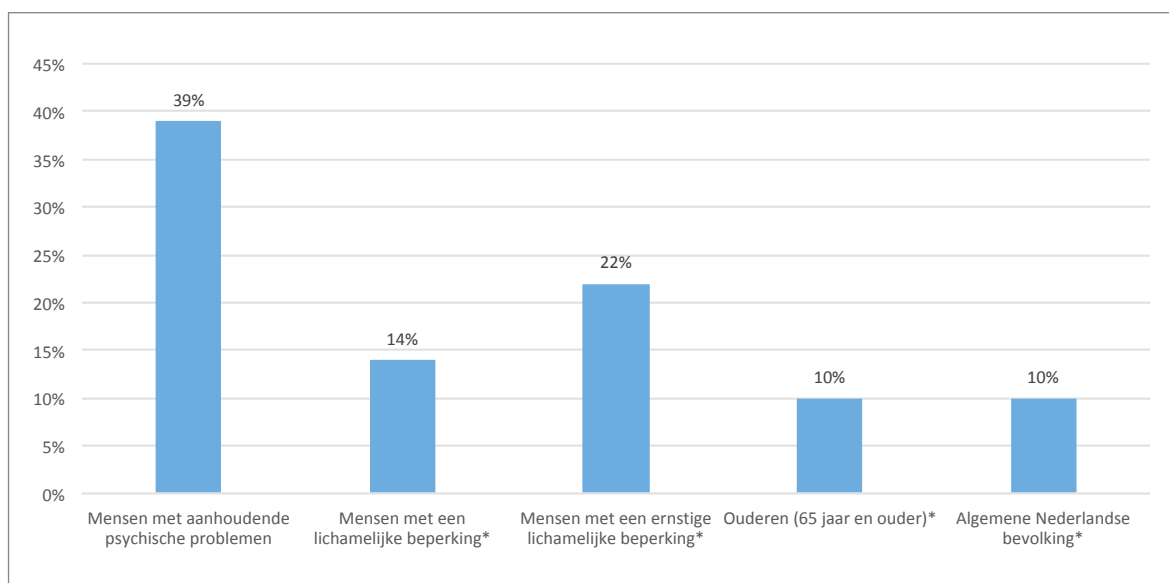
	n (%)
Psychisch gezond ¹	379 (36)
Psychisch licht ongezond	313 (29)
Psychisch matig ongezond	191 (18)
Psychisch ernstig ongezond	182 (17)

1. De MHI-5 is de Mental Health Inventory en wordt door het CBS gebruikt. De MHI-5 is een internationale standaard voor het meten van geestelijke gezondheid en bestaat uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde. De scores lopen van 0 tot 100 waarbij geldt: hoe lager de score, hoe slechter de psychische gezondheid van de persoon. Het CBS hanteert als afkappunt 60 of hoger om mensen in de categorie psychisch gezond in te delen.

Eenzaamheid

Eenzaamheid komt veel voor binnen de groep panelleden; 80% voelt zich in enige mate eenzaam (gemeten met de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis, 1985). Meer specifiek: 42% van de leden is matig eenzaam, 20% erg eenzaam en 19% is heel erg eenzaam. Figuur 3.2 laat zien dat de groep panelleden die zich in 2018 (heel) erg eenzaam voelt, relatief groot is vergeleken met het percentage bij mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking, ouderen en de algemene bevolking in 2016 (van Hees et al., 2018).

Figuur 3.2 Percentage mensen dat zich (heel) erg eenzaam voelt



* De gepresenteerde percentages hebben betrekking op 2016 en zijn overgenomen uit de Participatiemonitor van het NIVEL (van Hees et al., 2018). Eveneens gemeten met de schaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985).

Discriminatie

Bijna een derde (31%) van de panelleden heeft zich – in de afgelopen 12 maanden – wel eens gediscrimineerd gevoeld vanwege zijn of haar psychische problemen. Voor 78% van deze groep panelleden gebeurde dit soms tot regelmatig, bij 11% vaak tot zeer vaak en 11% gaf aan één keer gediscrimineerd te zijn.

3.2 De ervaren zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Ongeveer een vijfde van de panelleden krijgt geen professionele zorg of ondersteuning; 13% van de panelleden heeft dit naar eigen zeggen ook niet nodig, maar 5% geeft aan wel degelijk zorg nodig te hebben. De overige panelleden krijgen professionele zorg. Bijna twee derde (65%) krijgt professionele zorg en ondersteuning en vindt dit voldoende. Voor 236 panelleden (22%) is naar eigen zeggen onvoldoende zorg beschikbaar, hetzij omdat ze geen zorg en ondersteuning krijgen maar dit wel nodig hebben (58 mensen, 5% van alle panelleden), hetzij omdat de reeds aanwezige ondersteuning niet toereikend is (178 mensen, 17% van alle panelleden). Deze laatste groep panelleden noemt verschillende redenen voor deze ontbrekende of ontoereikende zorg (zie tabel 3.3).

De twee grootste struikelblokken voor het krijgen van (voldoende) professionele zorg zijn onbegrip bij anderen ten aanzien van de hulpvraag en het ontbreken van geschikt aanbod (resp. 36% en 30% van de mensen die geen of onvoldoende zorg krijgen). Een vijfde van de panelleden die aangeeft onvoldoende zorg/ondersteuning te krijgen wijt dit aan wachtlijsten. Verschillende persoonlijke redenen - niet weten hoe ondersteuning te regelen, opzien tegen het regelwerk en rompslomp, niet om ondersteuning durven vragen - zijn steeds voor 18 tot 20% van de panelleden een reden voor het tekort aan zorg en ondersteuning. Wat financiële barrières betreft: 12% geeft aan dat de benodigde ondersteuning niet wordt vergoed en 10% kan de eigen bijdrage niet betalen.

Tabel 3.3 Redenen voor het ontbreken van (voldoende) professionele zorg volgens panelleden die geen of onvoldoende zorg krijgen (N=236) Meerdere antwoorden mogelijk

	n (%)
Anderen begrijpen mijn hulpvraag niet	84 (36)
De ondersteuning die ik nodig heb, is niet beschikbaar / wordt niet aangeboden	70 (30)
Andere reden dan hier genoemd	63 (27)
Er zijn wachtlijsten voor de zorg en ondersteuning die ik nodig heb	46 (20)
Ik weet niet hoe ik deze ondersteuning moet regelen	46 (20)
Ik durf niet om deze ondersteuning te vragen	42 (18)
Ik zie op tegen het regelen van deze ondersteuning (bijvoorbeeld door het regelwerk, rompslomp)	42 (18)
Ik kom niet in aanmerking voor deze ondersteuning / speciale voorzieningen	32 (14)
De ondersteuning die ik nodig heb, wordt niet vergoed	29 (12)
Ik moet een eigen bijdrage betalen en ik heb het geld hier niet voor	24 (10)

Over de ontvangen professionele zorg is 71% van het panel (heel) tevreden en 7% (heel) ontevreden. De overige panelleden (22%) hebben gemengde ervaringen en zijn zowel tevreden als ontevreden. De geleverde professionele zorg en ondersteuning worden door de panelleden met een gemiddeld rapportcijfer van 7,0 (SD=1,8) beoordeeld (op een schaal van 1 tot 10).

Bijna 80% van de panelleden (79%) is het er (sterk) mee eens dat het panellid en de hulpverlener een goede samenwerkingsrelatie hebben. Met de stelling "Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen" is bijna acht op de tien (78%) het (sterk) eens. Ongeveer twee derde van de panelleden vindt verder dat de hulpverlener er is als deze nodig is en dat de hulpverlening goed aansluit bij zijn/haar leven.

In tabel 3.4 is voor diverse instanties het rapportcijfer van de panelleden te zien op een schaal van 1 tot en met 10. Er is een onderverdeling gemaakt in drie categorieën: 1) GGZ, 2) dagbesteding/werk en financiën, 3) overige instanties. Binnen de GGZ is een behandelaar met een eigen praktijk de best scorende met een gemiddeld rapportcijfer van 7,2. Het IHT-team en PIT-team zijn met een 5,5 de laagst scorende GGZ-voorzieningen. Van de instanties en voorzieningen voor dagbesteding, werk en financiën, scoort het dagactiviteitencentrum het best, met een gemiddelde van 6,7. Re-integratiebureaus scoren gemiddeld het laagst met 6,0. Van de groep overige zorgverleners en instanties waarden panelleden met name alternatieve zorgverleners, de wijkverpleegkundige, de huisarts en de vrijwilligersorganisatie (resp. 7,6; 7,4; 7,3; 7,1). Overige diensten van de gemeente scoren het laagst: 5,9.

Afstemming tussen verschillende professionals

Voor 79% van de panelleden is er sprake van hulp door verschillende zorgverleners. Van deze leden geeft 46% aan dat de verschillende instanties zaken goed met elkaar afstemmen. Voor bijna een kwart (23%) is de afstemming daarentegen slecht geregeld, aldus de panelleden. Een klein deel (9%) geeft aan dat de verschillende personen en/of instanties niet met elkaar afstemmen en dat dat wat hen betreft ook niet hoeft. Andersom zijn 7 panelleden (1%) het niet eens met de onderlinge afstemming. Een vijfde van de leden (22%) geeft aan onvoldoende zicht te hebben op de samenwerking tussen verschillende instanties. Ruim een derde (35%) van de panelleden die zorg van meerdere hulpverleners heeft gekregen geeft aan dat er één hulpverlener eindverantwoordelijk was voor de zorg, tegenover 15% die antwoordt dat er niet één duidelijke eindverantwoordelijke was.

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Twee derde van de panelleden is (heel) tevreden met de hulp die door mensen uit de eigen omgeving wordt geboden. Daar tegenover staat 9% die (heel) ontevreden met deze hulp. De hulp uit eigen omgeving wordt door de panelleden gewaardeerd met een gemiddeld rapportcijfer van 6,8 (SD=1,9).

Tabel 3.4 Gemiddelde rapportcijfers voor diverse professionele zorginstanties¹

GGZ	n ²	* M	SD
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera)	130	* 7,4	1,9
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	121	7,0	1,9
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	69	7,0	2,1
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	118	6,9	2,0
ACT/FACT team: assertive community treatment	249	6,9	1,9
GGZ-instelling of verslavingszorginstelling, niet nader gespecificeerd	497	6,9	2,0
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	28	7,7	1,5
VIP team: vroege interventie psychose team	13	* 5,8	2,9
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	25	* 6,2	2,8
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	19	* 5,7	2,9

Dagbesteding/werk en financiën	n ²	* M	SD
Dagactiviteitencentrum (DAC)	95	7,2	1,6
Sociale werkvoorziening	54	7,1	1,8
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	324	* 6,3	2,3
Schuldhulpverleningsorganisatie	44	* 6,4	2,4
Re-integratiebureau	27	* 6,5	2,1

Overige instanties	n ²	* M	SD
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	82	7,8	1,5
Wijkverpleegkundige	43	7,7	1,6
Huisarts	527	7,4	1,6
Vrijwilligersorganisatie	111	7,3	1,7
Coach met een eigen praktijk	23	7,6	1,6
Welzijnsorganisatie	32	6,5	2,3
Buurthuis	62	7,0	1,5
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	22	7,1	1,3
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	219	* 6,4	1,9
Sociaal wijkteam / buurtteam	87	* 6,4	2,2
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijv. jobcoach van de gemeente)	32	6,6	1,6
Gemeente: overig	78	5,9	2,0

1. Scores op een 10-puntsschaal, lopend van 1 (heel erg slecht) tot en met 10 (uitstekend).

2. Aantallen kunnen enigszins afwijken van de aantallen in tabel 2.6 vanwege ontbrekende gegevens.

* In alle gevallen is de mediaan iets hoger dan het gemiddelde. Een mediaan van 6 betekent dat 50% van de panelleden een cijfer onder de 6 geeft en 50% boven de 6. Bij de organisaties met het * -teken is de mediaan 0,5 – 1 punt hoger dan het gemiddelde.

4 Zorgsituatie: behoeften en wensen

4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

Tabel 4.1 laat zien op welke gebieden panelleden zorgbehoeften hebben. Met name (het omgaan met) psychische klachten en het krijgen van de juiste hulpverlening blijken belangrijke aandachtsgebieden: respectievelijk 85 en 83% van de panelleden wil hierbij zorg en/of ondersteuning door professionals. Leefgebieden die hier dicht op volgen zijn: lichamelijke gezondheid en het omgaan met medicatie (beide 82%).

Ongeveer zeven op de tien panelleden heeft behoefte aan professionele ondersteuning rond alcohol- en/of druggebruik en bij het vinden van zingeving en perspectief. Twee derde van de leden geeft aan hulp nodig te hebben bij dagelijkse bezigheden en ongeveer zes op de tien leden bij huisvesting. Ruim de helft heeft ondersteuning nodig bij sociale contacten en de financiële situatie. Verder heeft ongeveer de helft ondersteuning nodig bij het huishouden en persoonlijke verzorging. Seksualiteit en intimiteit is het leefgebied waarvoor de behoefte aan professionele ondersteuning het laagst is, 42% van de leden geeft aan hier behoefte aan te hebben.

Tabel 4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

	N	Ondersteuning door professionals		Ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk	
		Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen	Panelleden met behoefte aan steun	Panelleden die ondersteuning krijgen
		n (%) ¹	n (%) ²	n (%) ¹	n (%) ²
Sociale contacten	871	503 (58)	349 (69)	250 (29)	187 (75)
Dagelijkse bezigheden	688	456 (66)	302 (66)	129 (19)	72 (56)
Financiële situatie	490	276 (56)	194 (70)	123 (25)	90 (73)
Psychische gezondheid	890	757 (85)	640 (85)	58 (7)	33 (57)
Lichamelijke gezondheid	828	678 (82)	540 (80)	74 (9)	41 (55)
Krijgen van juiste hulpverlening	800	662 (83)	482 (73)	40 (5)	20 (50)
Alcohol- en/of druggebruik	175	120 (69)	64 (53)	19 (11)	12 (63)
Persoonlijke verzorging	220	108 (49)	56 (52)	70 (32)	42 (60)
Huishouden	555	284 (51)	188 (66)	173 (31)	123 (71)
Seksualiteit en intimiteit	321	135 (42)	53 (39)	139 (43)	93 (67)
Huisvesting	297	175 (59)	86 (49)	62 (21)	38 (61)
Zingeving en perspectief	697	493 (71)	332 (67)	100 (14)	62 (62)
Omgaan met medicatie	622	508 (82)	394 (78)	41 (7)	24 (59)

1. Het percentage over de totale groep responderende panelleden (N) voor het betreffende levensdomein.

2. Het percentage over de groep panelleden die aangeeft ondersteuningsbehoefte te hebben voor het betreffende levensdomein.

Panelleden lijken in de meeste gevallen steun te willen door professionals; voor vrijwel alle levensdomeinen in tabel 4.1 ligt het behoeftepercentage duidelijk hoger voor zorgprofessionals dan voor zorg door mensen uit het eigen netwerk. Het enige domein waar de behoeftepercentages gelijk op lopen is seksualiteit en intimiteit.

Vanuit het eigen netwerk willen panelleden vooral steun bij seksualiteit en intimiteit, persoonlijke verzorging, het huishouden en sociale contacten. Wat betreft het huishouden en de sociale contacten wordt respectievelijk 71% en 75% in de behoefte voorzien. Voor seksualiteit/intimiteit en persoonlijke verzorging liggen deze percentages op respectievelijk 67% en 60%.

4.2 Vervulde en onvervulde zorgbehoeften

Aan de panelleden is gevraagd of de huidige ondersteuning naar tevredenheid was, of dat aanpassingen gewenst zouden zijn (zowel in aard als intensiteit van de ondersteuning). Iets meer dan de helft van de panelleden is tevreden met de huidige ondersteuning (zowel 51% bij ondersteuning door professionals als bij ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving). Een aantal panelleden wil graag meer ondersteuning dan zij nu krijgen (van professionals: 16%, van mensen uit eigen omgeving: 24%). Een vijfde van de panelleden geeft verder aan dat ook de aard van de professionele ondersteuning zou mogen veranderen (al dan niet gecombineerd met ook meer ondersteuning).

Het komt zelden voor dat leden *minder* zorg zouden willen krijgen; drie procent van de panelleden zou dit wenselijk vinden voor de professionele ondersteuning en één procent voor de ondersteuning door mensen uit het eigen netwerk.

Ook is gevraagd naar ervaringen rond tijdelijke op- en/of afschaling van de zorg in de afgelopen 12 maanden. Voor 34% van de panelleden was dit niet aan de orde. Voor ruim de helft (54%) was op enig moment meer zorg nodig dan gebruikelijk, bijna een tiende van de panelleden (9%) kon tijdelijk met minder zorg toe en bij 3% van de leden was in de afgelopen 12 maanden zowel op- als afschaling van de zorg nodig.

Tabel 4.2 laat zien in hoeverre aan deze wensen tegemoet is gekomen. Al met al is voor bijna de helft (45%) alles naar volle tevredenheid opgepakt, terwijl een op de vijf panelleden (21%) ten dele tevreden was over de tijdelijke aanpassingen. Voor een derde van de panelleden (34%) is ofwel niets geregeld, of de tijdelijke aanpassing was niet naar tevredenheid.

Tabel 4.2 In hoeverre is aan de wens tot op- en/of afschaling van zorg tegemoet gekomen? (N=570)

	n (%)
Op- en/of afschaling geregeld: naar tevredenheid	256 (45)
Op- en/of afschaling geregeld: deels naar tevredenheid	118 (21)
Op- en/of afschaling geregeld: niet naar tevredenheid	36 (6)
Er is niets geregeld	160 (28)

Ook is nagegaan in hoeverre de specifieke voorkeur van panelleden voor het type ondersteuning (door het formele netwerk, informele netwerk of beiden) overeenkomt met de ontvangen zorg. In tabel 4.3 zijn de resultaten te zien. De ondersteuning blijkt het minst goed aan te sluiten voor de levensdomeinen 'sociale contacten', 'dagelijkse bezigheden' en 'het krijgen van de juiste hulpverlening'. Voor de sociale contacten is voor 43% van de panelleden niet de gewenste ondersteuning aanwezig. Dit blijkt vooral gerelateerd aan het krijgen van hulp door een andere hulpverlener dan gewenst (19%). Ook voor de dagelijkse bezigheden is dit de meest voorkomende mismatch.

Tabel 4.3 Match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg per levensdomein¹

	N	Mismatch				Match		
		Totaal mismatch n (%)	Wil hulp, krijgt geen hulp n (%)	Wil hulp, krijgt hulp van andere zorgverlener dan gewenst n (%)	Wil geen hulp, krijgt hulp n (%)	Totaal match n (%)	Wil geen hulp, krijgt geen hulp n (%)	Wil hulp, krijgt hulp van gewenste zorgverlener n (%)
Sociale contacten	1.041	450 (43)	138 (13)	194 (19)	118 (11)	591 (57)	170 (16)	421 (40)
Dagelijkse bezigheden	1.026	437 (43)	157 (15)	177 (17)	103 (10)	589 (57)	338 (33)	251 (25)
Zingeving en perspectief	1.022	403 (40)	162 (16)	137 (13)	104 (10)	619 (61)	325 (32)	294 (29)
Krijgen van juiste hulpverlening	1.037	420 (41)	179 (17)	143 (14)	98 (10)	617 (60)	237 (23)	380 (37)
Psychische gezondheid	1.039	411 (40)	109 (11)	227 (22)	75 (7)	628 (60)	149 (14)	479 (46)
Lichamelijke gezondheid	1.042	389 (37)	128 (12)	185 (18)	76 (7)	653 (63)	214 (21)	439 (42)
Financiële situatie	1.037	242 (23)	99 (10)	52 (5)	91 (9)	795 (77)	547 (53)	248 (24)
Omgaan met medicatie	1.038	273 (26)	106 (10)	94 (9)	73 (7)	765 (74)	416 (40)	349 (34)
Huishouden	1.034	287 (28)	107 (10)	82 (8)	98 (10)	747 (72)	479 (46)	268 (26)
Seksualiteit en intimiteit	1.015	184 (18)	122 (12)	15 (2)	47 (5)	831 (82)	694 (68)	137 (14)
Huisvesting	1.023	187 (18)	97 (10)	30 (3)	60 (6)	836 (82)	726 (71)	110 (11)
Persoonlijke verzorging	1.024	130 (13)	66 (6)	22 (2)	42 (4)	894 (87)	804 (79)	90 (9)
Alcohol en/of druggebruik	1.016	110 (11)	59 (6)	15 (2)	36 (4)	906 (89)	841 (83)	65 (6)

1. De zorgverlener kan zijn: a) een professional, b) iemand uit de eigen omgeving, c) zowel een professional als iemand uit de eigen omgeving. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op twee afzonderlijke vragen; 1) of iemand behoefte heeft aan zorg/ondersteuning en zo ja, van wie 2) of iemand zorg/ondersteuning krijgt en zo ja, van wie.

5 Verdiepende analyses

In dit hoofdstuk worden panelgegevens vanuit twee andere invalshoeken bekeken: longitudinaal (paragraaf 5.1, ontwikkelingen in de periode 2015-2018) en via subgroep-analyses (paragraaf 5.2). Voor de longitudinale analyse werden gegevens gebruikt van leden die aan alle peilingen hebben meegedaan (N=767; zie ook Hoofdstuk 6, Verantwoording).

5.1 Veranderingen: 2015 – 2018

In hoofdlijnen kan gesteld worden dat voor de meeste onderzochte aspecten op groepsniveau geen veranderingen plaats vonden bij de deelnemende panelleden. De verschillen die wel zijn gevonden worden hieronder per rubriek samenvattend toegelicht.

5.1.1 Feitelijke leefsituatie

Wat de feitelijke leefsituatie betreft zijn nauwelijks veranderingen gevonden over de jaren. Alleen het aantal werkuren per week voor panelleden met betaald werk neemt in de loop der jaren iets toe: van gemiddeld 23 uur per week in 2015 naar gemiddeld 24 uur per week in 2018. Overige zaken, zoals vrijwilligerswerk en het volgen van een opleiding of cursus, zijn gemiddeld genomen niet veranderd.

5.1.2 Feitelijke zorgsituatie

Het aantal panelleden dat geen cliënt is bij een GGZ of VZ-instelling is in de afgelopen jaren toegenomen, van 25% in 2015 naar 38% in 2018. Het percentage panelleden dat naar de instelling komt voor behandeling is afgenomen; in 2015 ging het nog om 52% van de leden, in 2018 is dat gedaald naar 44%. Behandeling aan huis is daarentegen iets dat steeds vaker voorkomt; in 2015 gebeurde dit bij 18% van de panelleden, in 2018 was dit opgelopen naar een kwart.

Voor veel aparte voorzieningen is in kaart gebracht of men op het moment van invullen van de vragenlijst contact had en of men er in de afgelopen 12 maanden contact mee had. Het contact met GGZ of verslavingszorginstellingen is afgenomen in de monitorperiode, een gegeven dat in lijn is met de eerder aangehaalde daling van het aantal panelleden dat cliënt is bij een GGZ- of VZ-instelling. Het bezoek aan een DAC is gedurende de periode 2015-2018 ook afgenomen, althans waar het gaat om contact in de afgelopen 12 maanden. Opvallende toenames in contact zijn met name te vinden op het gebied van arbeid: het UWV en vrijwilligersorganisaties. Voor de overige 19 uitgevraagde instanties³ werden geen verschillen gevonden, dus in grote lijnen kan worden gesteld dat gedurende de periode 2015-2018 weinig veranderingen worden gevonden in de contacten met instanties.

Het aantal panelleden dat bekend is met het Wmo-loket is in de loop der jaren toegenomen, van 59% ten tijde van de eerste meting (peiling 9, 2016) tot 68% in peiling 14 (2018). Het aantal mensen dat het Wmo-loket heeft leren kennen via internet, de krant of via folders is gedurende de monitorperiode afgenomen, van 31% in 2016 naar 20% in 2018. Dit is het enige informatiekanaal waarvoor een verandering wordt gevonden. Slechts één verandering wordt waargenomen in de aard van het contact met het Wmo-loket: steeds minder panelleden bezoeken het Wmo-loket in verband met kwesties rond het PGB (27% in 2016; 17% in 2018). Crisisvoorzieningen worden in 2018 minder gebruikt (26%) dan ten tijde van de eerste peiling in 2015 (32%).

³ RIBW, ACT/FACT team, IHT team, PIT team, VIP team, Steunpunten GGZ (steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau), psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk, schuldhulpverleningsorganisatie, sociale werkvoorziening, re-integratiebureau, wijkverpleegkundige, MEE (ondersteuning bij leven met een beperking), gemeente: Dienst Werk en Inkomen, gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning, gemeente: overig, buurthuis, huisarts, coach met een eigen praktijk, homeopaat/haptonoom/acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de daling feitelijk in het eerste jaar plaatsvond, van 2015 op 2016. Sinds 2016 is het percentage panelleden dat gebruik maakte van een crisisvoorziening stabiel gebleven. Zie voor alle cijfers van verschillen over de jaren de tabellen 5.1a en 5.1b, achter in deze paragraaf.

5.1.3 Ervaren leefsituatie

Wat betreft de ervaren leefsituatie zijn geen verschillen gevonden in de overall ervaren kwaliteit van leven, werksituatie en eenzaamheid. In zowel de ervaren financiële situatie als de ervaren psychische gezondheid, zijn 'voorzichtige' trends waarneembaar: beide worden gedurende de monitorjaren steeds positiever ingeschat door de panelleden. Voor de ervaren lichamelijke gezondheid en de ontvangen hulpverlening wordt een licht negatieve verschuiving gevonden over de jaren. Het gaat om verschillen die in absolute zin klein zijn (één of twee tiende punt hoger dan wel lager, op een schaal van 1 tot en met 7). Zie tabel 5.1c voor de cijfers.

Ter aanvulling: er werd geen verschil gevonden in de loop der jaren als gerekend wordt met de 'cut-off' score die het CBS hanteert om groepen mensen te onderscheiden die relatief psychisch gezond zijn in vergelijking tot mensen van wie de score op psychische klachten kunnen duiden. Hetzelfde geldt voor de ervaren discriminatie: er wordt geen verschil gevonden.

5.1.4 Ervaren zorgsituatie

Voor de meeste antwoorden op vragen over de ervaren zorgsituatie geldt eveneens dat vooral weinig verschillen gevonden worden in de loop van de vier monitorjaren. Zo zijn panelleden niet anders gaan antwoorden op de vraag of men voldoende zorg krijgt (ja/nee) over het algemeen. Ook is men geen ander rapportcijfer toe gaan kennen aan een groot deel (22) van de in totaal 27 instanties die bevestigd zijn (GGZ, ambulante GGZ, re-integratie, welzijn, huisarts, et cetera).

Desalniettemin worden enkele veranderingen waargenomen. De rapportcijfers voor het UWV en de drie in de vragenlijst opgenomen gemeentelijke diensten/onderdelen (DWI, medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning en overige gemeentelijke medewerkers) worden hoger gedurende het monitortraject. Het cijfer voor de GGZ en VZ-instellingen in het algemeen daalt daarentegen (zie tabel 5.1c).

Tot slot: de match tussen zorgbehoefte (geen behoefte, zorg/ondersteuning door professional, zorg/ondersteuning voor iemand uit het eigen netwerk, zorg/ondersteuning door zowel professionals als iemand uit het eigen netwerk) en ontvangen zorg laat voor een drietal leefgebieden veranderingen zien in de afgelopen vier jaren (zie ook tabel 5.1d). Voor zowel "sociale contacten", "financiële situatie" als "seksualiteit en intimiteit" wordt een stijging gevonden van het percentage panelleden met een match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg.

Tabel 5.1a Contact met voorzieningen: verschillen binnen de groep panelleden die aan drie metingen deelnamen (peilingen 7, 9, 12 en 14 in resp. in 2015, 2016, 2017 en 2018)¹

		Peiling 7 (2015)	Peiling 9 (2016)	Peiling 12 (2017)	Peiling 14 (2018)
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Is iemand cliënt bij een instelling voor GGZ of VZ?</i>					
Nee	760	186 (25) ^{9,12,14}	220 (29) ^{7,12,14}	270 (36) ^{7,9,14}	289 (38) ^{7,9,12}
Ja, ik kom voor begeleiding/behandeling naar de instelling	760	392 (52) ^{12,14}	400 (53) ^{12,14}	356 (47) ^{7,9,14}	335 (44) ^{7,9,12}
Ja: ik krijg begeleiding/behandeling aan huis	760	139 (18) ^{9,12,14}	190 (25) ⁷	185 (24) ⁷	192 (25) ⁷
<i>Contact met instanties en professionals die zorg en ondersteuning bieden²</i>					
GGZ- of verslavingszorginstelling (contact afgelopen 12 mnd)	697	472 (68) ^{9,12,14}	459 (66) ^{7,12,14}	420 (60) ^{7,9,14}	383 (55) ^{7,9,12}
GGZ- of verslavingszorginstelling (momenteel contact)	697	432 (62) ^{9,12,14}	396 (57) ^{7,12,14}	356 (51) ^{7,9,14}	327 (47) ^{7,9,12}
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg (contact afgelopen 12 mnd)	651	22 (3)	25 (4)	33 (5) ¹⁴	17 (3) ¹²
Andere cliënteninitiatieven herstel- zelfregie (contact afgelopen 12 mnd)	663	43 (6) ^{9,12,14}	71 (11) ⁷	77 (12) ⁷	81 (12) ⁷
Idem (momenteel contact)	663	30 (5) ^{9,12,14}	60 (9) ⁷	55 (8) ⁷	61 (9) ⁷
POH-GGZ (contact afgelopen 12 mnd)	701	nvt	84 (12) ¹⁴	108 (15)	119 (17) ⁹
POH-GGZ (momenteel contact)	701	nvt	54 (8) ¹⁴	76 (11)	80 (11) ⁹
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut vrijgevestigd (contact in afgelopen 12 mnd)	658	154 (23) ^{9,12}	114 (17) ⁷	120 (18) ⁷	126 (19)
Idem (momenteel contact)	658	120 (18) ^{9,12}	92 (14) ⁷	90 (14) ⁷	104 (16)
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (contact in afgelopen 12 mnd)	682	185 (27) ^{9,12,14}	321 (47) ^{7,14}	321 (47) ^{7,14}	284 (42) ^{7,9,12}
Idem (momenteel contact)	682	145 (21) ^{9,12,14}	284 (42) ^{7,14}	286 (42) ^{7,14}	253 (37) ^{7,9,12}
Dagactiviteitencentrum (contact in afgelopen 12 mnd)	673	97 (14) ¹⁴	96 (14) ¹⁴	85 (13)	70 (10) ^{7,9}
Sociaal wijkteam (contact in afgelopen 12 mnd)	671	44 (7) ^{9,12,14}	77 (11) ⁷	83 (12) ⁷	74 (11) ⁷
Sociaal wijkteam (momenteel contact)	671	31 (5) ^{9,12}	50 (7) ⁷	63 (9) ⁷	49 (7)
Welzijnsorganisatie (contact in afgelopen 12 mnd)	668	14 (2) ^{9,12,14}	30 (4) ⁷	39 (6) ⁷	36 (5) ⁷
Welzijnsorganisatie (momenteel contact)	668	10 (1) ^{9,12,14}	24 (4) ⁷	30 (4) ⁷	32 (5) ⁷
Vrijwilligersorganisatie (contact in afgelopen 12 mnd)	665	88 (13) ¹⁴	118 (18)	122 (18)	139 (21) ⁷
Vrijwilligersorganisatie (momenteel contact)	665	64 (10) ^{9,12,14}	97 (15) ⁷	106 (16) ⁷	122 (18) ⁷

1. De vergelijking voor een item betreft steeds alle panelleden die voor het bewuste item op alle relevante peilingen hebben gerepondeerd. Er is geanalyseerd met toetsen voor gepaarde proporties (Cochran's Q test), met een toetsdrempel (α) van 0,05. Voor meer informatie over de gebruikte methoden, zie hoofdstuk 6 (verantwoording). In superscript staat per cel steeds aangegeven met welke peiling(en) een statistisch significant verschil is gevonden; 7=peiling 7, 9=peiling 9, 12=peiling 12, 14=peiling 14.

2. 'Contact in de afgelopen 12 maanden' betreft zowel contacten die zijn afgesloten als actief contact op het moment van de peiling. 'Momenteel contact' betreft alleen contacten die actief zijn ten tijde van de peiling.

Tabel 5.1b Contact met voorzieningen: verschillen binnen de groep panelleden die aan drie metingen deelnamen (peilingen 7, 9, 12 en 14 in resp. in 2015, 2016, 2017 en 2018)¹

		Peiling 7 (2015)	Peiling 9 (2016)	Peiling 12 (2017)	Peiling 14 (2018)
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Wmo-loket (niet uitgevraagd in peiling 7)</i>					
Bekend met het Wmo-loket	767	-	452 (59) ^{12,14}	498 (65) ⁹	519 (68) ⁹
Contact ging over: PGB	94	-	25 (27) ¹⁴	19 (20)	16 (17) ⁹
Hoe kennen mensen het Wmo-loket? → Internet, krant, folder		-	108 (31) ^{12,14}	87 (25) ⁹	70 (20) ⁹
<i>Ervaringen met crisis en/of crisisvoorziening?</i>					
Nee	729	498 (68) ^{9,12,14}	539 (74) ⁷	530 (73) ⁷	537 (74) ⁷

1. De vergelijking voor een item betreft steeds alle panelleden die voor het bewuste item op alle relevante peilingen hebben gerespondeerd. Er zijn steeds toetsen gedaan voor gepaarde proporties (Cochran's Q test), met een toetsdrempel (α) van 0,05. Voor meer informatie over de gebruikte methoden, zie hoofdstuk 6 (verantwoording). In superscript staat per cel steeds aangegeven met welke peiling(en) een statistisch significant verschil is gevonden; 7=peiling 7, 9=peiling 9, 12=peiling 12, 14=peiling 14.

Tabel 5.1c Tevredenheid leefgebieden en rapportcijfer voorzieningen: verschillen binnen de groep panelleden die aan drie metingen deelnamen (peilingen 7, 9, 12 en 14 in resp. in 2015, 2016, 2017 en 2018)¹

				Peiling 7 (2015)	Peiling 9 (2016)	Peiling 12 (2017)	Peiling 14 (2018)
	N	Schaal (min-max)	B ²	M (SD) ³	M (SD) ³	M (SD) ³	m (SD) ³
<i>Tevredenheid op leefgebieden (hogere score is een hogere mate van tevredenheid)</i>							
Financiële situatie	759	1-7	0,045	4,5 (1,8)	4,5 (1,86)	4,6 (1,78)	4,7 (1,76)
Psychische gezondheid	757	1-7	0,054	4 (1,73)	4,1 (1,67)	4,2 (1,7)	4,3 (1,7)
Lichamelijke gezondheid	754	1-7	-0,033	4,4 (1,66)	4,3 (1,66)	4,2 (1,63)	4,3 (1,67)
Hulpverlening die wordt ontvangen	653	1-7	-0,033	5,3 (1,5)	5,3 (1,48)	5,2 (1,54)	5,3 (1,52)
<i>Rapportcijfer voor instanties en professionals die zorg en ondersteuning bieden</i>							
UWV	466	1-10	0,141	5,6 (2,41)	6 (2,25)	6,1 (2,23)	6,3 (2,28)
Gemeente: DWI ⁴	56	1-10	0,449	-	5,8 (2,41)	6,3 (2,37)	6,7 (1,59)

1. Er is voor deze data gebruik gemaakt van Mixed Models, met een toetsdrempel (α) van 0,05. Er is gekeken naar de gegevens van panelleden die aan alle voor de toetsing relevante peilingen hebben meegedaan. De in de tabel genoemde N is de laagste waarde voor het betreffende item. Voor meer informatie over de gebruikte methoden, zie hoofdstuk 6 (verantwoording).

2. De B-coëfficiënt voor de tijd-variabele in het getoetste model.

3. M=gemiddelde; SD=standaarddeviatie.

4. Dit item is niet uitgevraagd in peiling 7.

Tabel 5.1d Match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg voor verschillende leefgebieden: verschillen binnen de groep panelleden die aan drie metingen deelnamen (peilingen 7, 9, 12 en 14 in resp. in 2015, 2016, 2017 en 2018)¹

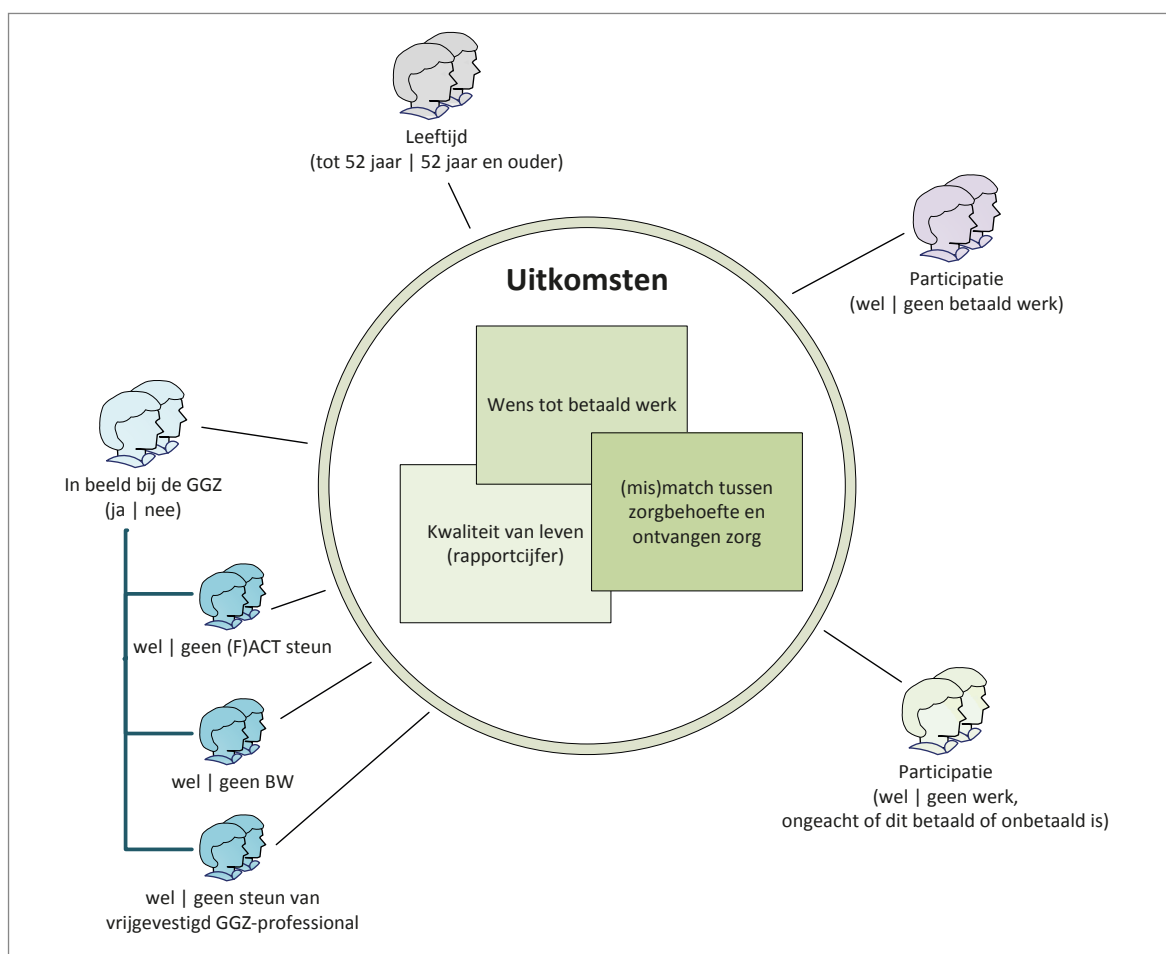
		Peiling 7 (2015)	Peiling 9 (2016)	Peiling 12 (2017)	Peiling 14 (2018)
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sociale contacten	702	357 (51) ¹⁴	371 (53)	393 (56)	406 (58) ⁷
Financiële situatie	681	503 (74) ¹⁴	517 (76)	537 (79)	544 (80) ⁷
Seksualiteit en intimiteit	666	516 (77) ¹²	528 (79)	539 (81) ⁷	553 (83)

1. De vergelijking voor een item betreft steeds alle panelleden die voor het bewuste item op alle relevante peilingen hebben gerespondeerd. Er is geanalyseerd met toetsen voor gepaarde proporties (Cochran's Q test), met een toets-drempel (α) van 0,05. Voor meer informatie over de gebruikte methoden, zie hoofdstuk 6 (verantwoording). In super-script staat per cel steeds aangegeven met welke peiling(en) een statistisch significant verschil is gevonden; 7=peiling 7, 9=peiling 9, 12=peiling 12, 14=peiling 14.

5.2 Subgroepen

Voor enkele items is nagegaan of subgroepen verschillende uitkomsten kennen. Figuur 5.1 geeft schematisch weer naar welke items en naar welke subgroepen is gekeken. In deze paragraaf wordt per uitkomst besproken voor welke subgroepen verschillende uitkomsten worden gevonden⁴.

Figuur 5.1 Schematisch overzicht van bestudeerde subgroepen en uitkomsten⁵



4 De subgroepen betreffen steeds een tweedeling. Voor de continue uitkomst (rapportcijfer kwaliteit van leven) is gebruik gemaakt van T-toetsen om eventuele verschillen aan het licht te brengen. Voor de overige uitkomsten (ook tweedelingen) zijn Chi-kwadraat toetsen ingezet. In alle gevallen is een toetsdrempel (α) van .05 gehanteerd. Als in dit hoofdstuk van een verschil wordt gesproken betreft dit een statistisch significant verschil, tenzij anders vermeld.

5 De leeftijdsgrens voor de verdeling binnen de subgroep "Leeftijd" is bepaald via de mediaan.

5.2.1 Kwaliteit van leven

Van de zeven bestudeerde subgroepen zijn er drie waarvoor een verschil wordt gevonden (zie tabel 5.2). Mensen met werk scoren hoger op kwaliteit van leven dan mensen zonder werk. Hetzelfde geldt voor mensen met betaald werk versus mensen zonder betaald werk. Ten slotte: mensen die in beeld zijn bij GGZ instanties en/of –professionals geven een lager rapportcijfer aan hun kwaliteit van leven dan mensen die niet in beeld zijn.

Tabel 5.2 Rapportcijfer kwaliteit van leven: subgroepen waarin verschillen worden gevonden

Subgroep	Behoort tot de subgroep?					
	Nee			Ja		
	n	Gem. (SD) ¹	95% b.i. ²	n	Gem. (SD)	95% b.i. ²
Betaald werk	818	6,2 (1,9)	6,06 – 6,32	213	6,9 (1,6)	6,69 – 7,11
Werk (ongeacht of dit betaald of onbetaald is)	443	5,9 (2,1)	5,75 – 6,14	589	6,6 (1,6)	6,51 – 6,77
In beeld bij GGZ instanties en/of –professionals ³	165	6,9 (1,8)	6,62 – 7,16	895	6,3 (1,8)	6,13 – 6,38

1. Gem.=gemiddelde; SD=standaarddeviatie.

2. 95% betrouwbaarheidsinterval.

3. Dit betreft één of meer van de volgende instanties of professionals: GGZ-instelling of verslavingszorginstelling (niet nader gespecificeerd); algemeen RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt; ACT/FACT team (assertive community treatment); IHT team (intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling); PIT team (psychiatrische intensieve thuiszorg); VIP team (vroeg interventie psychose team); Steunpunten GGZ (steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau); Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie; Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ); Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog etc.).

5.2.2 Wens tot betaald werk

De jongere groep panelleden (jonger dan 52 jaar) blijkt vaker een wens tot betaald werk te hebben dan de panelleden van 52 jaar of ouder, respectievelijk 38% en 19%. Verder is er vaker een betaald-werk-wens onder de groep panelleden met werk (ongeacht of het om betaald of onbetaald werk gaat) dan onder de groep zonder werk, 36% tegenover 21%. Daarnaast is de wens tot betaald werk lager onder de groep panelleden die niet in beeld is bij de GGZ dan onder de groep die wel in beeld is (respectievelijk 19% en 29%).

5.2.3 (Mis)match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg

Voor diverse levensdomeinen is nagegaan of er voor subgroepen opvallende verschillen worden gevonden. Tabel 5.3 geeft een overzicht van de levensdomeinen, de subgroepen en de gevonden statistisch significante verschillen.

Tabel 5.3 Mismatch tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg op diverse leefgebieden: overzicht van Gevonden verschillen^{1,2}

	Subgroepen						
	Leeftijd	Heeft werk		In beeld bij de GGZ			
	<52 jaar	Betaald	Iedere vorm	Iedere vorm ³	(F)ACT	BW	Vrij-gevestigd
Sociale contacten		binnen		binnen		buiten	
Dagelijkse bezigheden (vinden of doen van dagbesteding/ (on)betaald werk)				binnen	binnen		
Financiële situatie (schulden, administratie)				binnen	binnen		
Psychische gezondheid (bijv. omgaan met angst, stemmen, levensgebeurtenissen)							
Lichamelijke gezondheid		buiten	buiten				
Krijgen van de juiste hulpverlening		buiten	buiten	binnen			
Alcohol- en/of druggebruik				binnen			
Persoonlijke verzorging (wassen, aankleden etc.)		buiten		binnen		binnen	binnen
Huishouden (koken, boodschappen, schoonmaak)		buiten			binnen		
Seksualiteit en intimiteit							
Huisvesting (vinden van een geschikte woonplek)			buiten				
Zingeving / perspectief (persoonlijk herstel)				binnen			
Omgaan met medicatie				binnen			

1. Het betreft statistisch significante verschillen gebaseerd op een Chi-kwadraat toets; mismatch (ja/nee) X subgroep (ja/nee) (toetsdrempel $\alpha < 0,05$).

2. Voor de gebruikte termen in de tabel:

binnen = vaker een mismatch voor mensen binnen de subgroep, dan voor mensen buiten de subgroep

buiten = vaker een mismatch voor mensen buiten de subgroep, dan voor mensen binnen de subgroep

Lege cel = er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden.

3. Hiermee wordt bedoeld: als er in het afgelopen jaar contact is geweest met een GGZ-instelling of –professional en/of als iemand cliënt is bij een GGZ- of verslavingszorginstelling.

De gevonden verschillen worden hieronder kort toegelicht.

Sociale contacten

De panelleden met betaald werk blijken hier vaker dan verwacht een mismatch te hebben. 49% van deze groep heeft een mismatch, daar waar dat voor de mensen zonder betaald werk op 41% ligt. Mensen die niet in beeld zijn bij de GGZ blijken relatief weinig een mismatch te hebben; 34% van deze groep kent een mismatch tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg, terwijl dit voor de groep die wél in beeld is op 45% ligt. Voor mensen die BW-steun krijgen wordt minder vaak dan verwacht een mismatch gevonden, 36% tegenover 47% bij de groep mensen die geen BW-steun heeft.

Dagelijkse bezigheden

Binnen de groep mensen die niet in beeld is bij de GGZ is de mismatch relatief laag, 30%. Voor de mensen die wel in beeld zijn bij de GGZ ligt dit op 45%. Bij de mensen die (F)ACT steun krijgen is de mismatch daarentegen hoger dan verwacht: de helft van deze groep kent een mismatch, terwijl dit bij de groep mensen zonder (F)ACT-steun op 43% ligt.

Financiële situatie

De mismatch voor mensen die niet in beeld zijn bij de GGZ blijkt hier erg laag te zijn, 14%. Binnen de groep mensen die wel in beeld is kent een kwart een mismatch tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg. Bij de mensen die (F)ACT ondersteuning krijgen is de mismatch hoger dan verwacht (30%, de groep zonder deze ondersteuning: 23%).

Lichamelijke gezondheid

Op dit levensdomein worden verschillen gevonden voor de beide subgroepen die met werk te maken hebben; de mismatch is voor beide groepen lager dan verwacht. Binnen de groep met betaald werk is het percentage leden met een mismatch 30%, tegenover 39% voor de mensen zonder betaald werk. Voor werk in het algemeen wordt voor 34% een mismatch gevonden, terwijl dit 41% is voor de mensen zonder werk.

Het krijgen van de juiste hulpverlening

Wederom worden verschillen gevonden voor beide werk-subgroepen. De groep met betaald werk kent een relatief laag percentage mismatch, 33% tegenover 42% bij de groep zonder betaald werk. Voor mensen met werk (ongeacht of dit betaald of onbetaald is) is hetzelfde patroon te zien: 37% kent hier een mismatch, terwijl dit 45% is voor de groep zonder werk. De groep mensen die niet in beeld is bij de GGZ heeft een lager percentage mismatch dan verwacht, 30% versus 42% bij de groep mensen die wel in beeld is.

Alcohol- en/of druggebruik

Binnen de groep mensen die niet in beeld is bij de GGZ is het percentage mismatch relatief laag; 4%, daar waar dit op 12% ligt voor de groep die wel in beeld is.

Persoonlijke verzorging

Voor vier subgroepen worden hier verschillen gevonden. De panelleden met betaald werk kent een relatief lage mismatch; 5% daar waar dit voor de groep mensen zonder betaald werk op 14% ligt. Binnen de groep mensen die niet in beeld is bij de GGZ ligt het percentage mismatch op 7%, daar waar dit voor de groep die wel in beeld is 14% is.

Bij de mensen met BW-steun kent 23% een mismatch, dit is hoog ten opzichte van de 12% onder groep mensen zonder BW-steun. Ten slotte is de mismatch voor de mensen die steun krijgen van een vrijgevestigd GGZ-professional relatief hoog: 18% tegenover 12% bij de groep die dergelijke steun niet krijgt.

Huishouden

Voor mensen met betaald werk ligt de mismatch op dit vlak relatief laag: 21% tegenover 29% onder de mensen zonder betaald werk. Voor de groep mensen met (F)ACT-steun is de mismatch hoger dan verwacht: 33%, terwijl dit voor de groep zonder (F)ACT-steun op 26% ligt.

Huisvesting

Onder de mensen met werk (ongeacht of dit betaald of onbetaald is) zijn relatief weinig mismatches op dit vlak: 16% (ten opzichte van 22% onder de groep mensen zonder werk).

Zingeving/perspectief

Hier wordt een lage mismatch gevonden onder de groep mensen die niet in beeld is bij de GGZ: 30%, ten opzichte van 42% onder de groep mensen die wel in beeld is.

Omgaan met medicatie

Wederom een verschil voor de groep mensen die niet in beeld is bij de GGZ: de mismatch op dit levensdomein is laag (14%) in vergelijking met de groep mensen die wel in beeld is (29%).

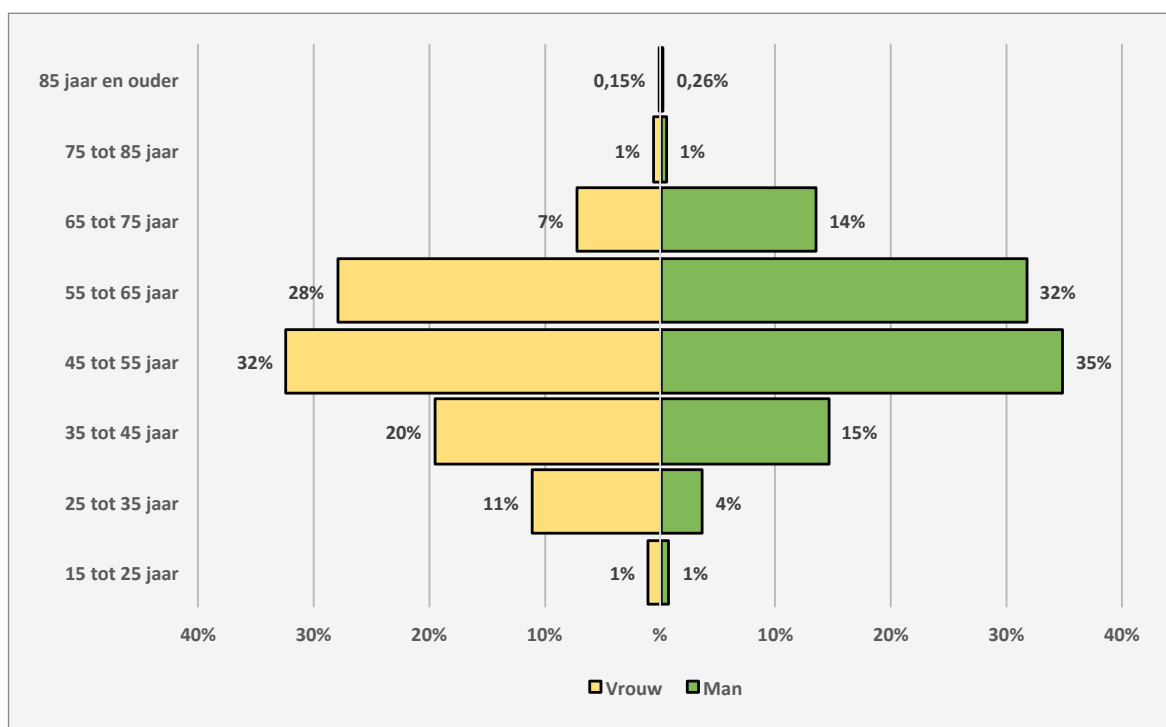
6 Verantwoording

Tussen april en juli 2018 vond peiling 14 plaats onder de leden van het panel Psychisch Gezien. De volgende thema's werden aan de panelleden voorgelegd:

- Leefsituatie
 - a. Hoe ziet uw leefsituatie eruit?
 - b. Wat vindt u van uw leefsituatie?
- Zorgsituatie
 - a. Krijgt u zorg en ondersteuning, en zo ja welke?
 - b. Wat vindt u van de zorg en ondersteuning?
 - c. Wat zijn uw behoeften en wensen wat betreft zorg en ondersteuning?

De peiling is in 2018 uitgezet onder 1.754 panelleden, waarvan er 1.079 de vragen hebben beantwoord (62% respons)⁶. Bijna twee derde (64%) van de deelnemers is vrouw. Het aandeel autochtone panelleden is 86%. De leden zijn gemiddeld 51 jaar oud (met een spreiding van 19 t/m 95 jaar) . In figuur 6.1 is de leeftijdsopbouw voor zowel mannen als vrouwen te zien. Mannen zijn relatief vaak te vinden in de leeftijdsklasse "65 tot 75 jaar", terwijl dit voor vrouwen geldt in de klasse "25 tot 35 jaar" en (in iets mindere mate) de klasse "35 tot 45 jaar".

Figuur 6.1 Verdeling over leeftijdsklassen voor mannen en vrouwen



6 Dit is het aantal panelleden dat ten minste 80% de vragenlijst heeft ingevuld en geretourneerd. De respons per item van de vragenlijst kan lager uitvallen, aangezien het voorkomt dat niet iedereen alle vragen in de lijst daadwerkelijk beantwoordt.

In tabel 6.1 is te zien hoe groot de deelnamebereidheid van de panelleden is geweest over de afgelopen vier jaar: vier op de tien leden heeft aan alle peilingen meegedaan.

Tabel 6.1 Aantal LMA-peilingen en deelname van panelleden (n=1.873)

Deelname aan:	n (%)
0 peilingen	197 (11)
1 peiling	264 (14)
2 peilingen	301 (16)
3 peilingen	344 (18)
4 peilingen	767 (41)

Uit de non-responsanalyses⁷ op enkele kernvariabelen blijkt dat mannen, allochtonen en panelleden die bij aanmelding in een RIBW dan wel psychiatrische instelling verbleven (ten tijde van aanmelding bij het panel Psychisch Gezien) minder vaak dan verwacht meedoen aan de peilingen. De groep deelnemende panelleden is ten tijde van de peiling significant ouder dan de groep niet-deelnemende leden (2 jaar verschil; respectievelijk gemiddeld 51 jaar en 49 jaar). De mentale gezondheid (ten tijde van aanmelding bij het panel; gemeten met de MHI-5⁸) van de groep non-responders is significant lager dan die van de mensen die wel deelnamen.

De analyses naar de verschillen over de verschillende peilingen (verschillen in de tijd) zijn gedaan met: Cochran's Q test (dichotome uitkomstvariabelen) en Mixed Models (continue uitkomstvariabelen).

Voor alle analyses is gewerkt met een toetsdrempel (α) van 0,05. In de Mixed Models analyses is gecontroleerd voor sekse, etniciteit en leeftijd. In de gevallen waar de Cochran's Q test een significant toetsresultaat opleverde is een post-hoc analyse gedaan door alle mogelijke paren met elkaar te vergelijken middels McNemar toetsen. De mogelijke te vergelijken paren per item:

4 beschikbare meetmomenten ^{*,**}	3 beschikbare meetmomenten ^{*,**}
Peiling 7 vs. Peiling 9	Peiling 9 vs. Peiling 12
Peiling 7 vs. Peiling 12	Peiling 9 vs. Peiling 14
Peiling 7 vs. Peiling 14	Peiling 12 vs. Peiling 14
Peiling 9 vs. Peiling 12	
Peiling 9 vs. Peiling 14	
Peiling 12 vs. Peiling 14	

* Niet alle variabelen zijn vanaf het eerste meetmoment in de monitor meegenomen, maar pas vanaf de tweede meting (peiling 12).

** Peiling 7: 2015, Peiling 9: 2016, Peiling 12: 2017, Peiling 14: 2018.

Om kanskapitalisatie tegen te gaan bij de McNemar toetsen is gebruik gemaakt van de Holm-Bonferroni procedure (Holm, 1979).

7 Het vergelijken van de groepen "deelname 2018 (respons)" en "geen deelname 2018 (non-respons)".

8 De MHI-5 is de Mental Health Inventory en wordt door het CBS gebruikt. De MHI-5 is een internationale standaard voor het meten van geestelijke gezondheid en bestaat uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde.

Deelonderzoek 4

panel Psychisch Gezien - Behoeftte aan betaald werk en de weg ernaartoe

Wat willen panelleden en wat helpt hen bij het bereiken van werkdoelen?

Najaarspeiling 2018

Lex Hulsbosch
Aafje Knispel
Aniek de Lange
Harry Michon

Inhoud

1	Inleiding	123
2	Ontwikkeling van de vragenlijst	125
3	Resultaten	127
3.1	Respons en achtergrondkenmerken van de respondenten	127
3.2	Huidige werksituatie en werkwensen	127
3.3	Ondersteuning bij werken en vinden van betaald werk	129
3.4	Belemmerende factoren	130
3.5	Ondersteunende factoren	135
3.6	Stigma en discriminatie	138
4	Conclusie	139

1 Inleiding

Mensen met ernstige psychische problematiek hebben beduidend minder vaak een betaalde baan dan de algemene bevolking; waar voor de algehele beroepsgeschikte bevolking geldt dat rond de 66 procent een betaalde baan heeft, ligt dit voor mensen met ernstige psychische problematiek rond de 20 procent (Trimbos-instituut, 2017). Terwijl de wens om betaald te werken bij een deel van deze mensen wel groot is, met name onder jongere mensen (Trimbos-instituut, 2015). Verder blijkt uit peilingen dat het aandeel mensen met ernstige psychische aandoeningen dat vrijwilligerswerk verricht vergelijkbaar is met de algemene bevolking, namelijk rond de 40 procent.

Hoe denken panelleden over betaald werk en over vrijwilligerswerk? Wat staat hen in de weg of zou kunnen helpen om hun wensen op participatiegebied te realiseren? Om hier meer over te weten te komen, is in dit najaar voor de LMA 2018 vragenlijstonderzoek¹ gedaan onder de leden van het panel Psychisch Gezien. Hierbij is onderzocht welke factoren een rol spelen bij de wens tot betaald werk, het vinden en krijgen van betaald werk en het behouden hiervan. Ook is de impact van discriminatie en stigma hierbij onderzocht. In deze rapportage wordt verslag gedaan van dit onderzoek.

1 Op verzoek van het ministerie van VWS is ook een aantal vragen gesteld naar behoeften of meningen van panelleden inzake een mogelijke publiciteitscampagne - daarover wordt apart gerapporteerd.

2 Ontwikkeling van de vragenlijst

Voor het ontwikkelen en samenstellen van items voor de vragenlijst is gebruik gemaakt van beschikbare literatuur over factoren die bevorderend en belemmerend werken bij het vinden en behouden van werk. Een model dat zowel in de praktijk als bij onderzoek wordt gebruikt om de factoren die een rol spelen bij (arbeids-) participatie in kaart te brengen, is het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – model (Achterberg et al., 2010; Boucher et al., 2005; Crossover, 2010)². Achterberg et al. (2010) hebben dit model gebruikt om de factoren die belangrijk zijn voor de arbeidsparticipatie van jonggehandicapten in kaart te brengen. Zij komen daarbij op basis van het ICF-model tot de volgende ordening van factoren:

- Ziektegebonden factoren
- Persoonlijke factoren
- Omgevingsfactoren

Op geleide van bevindingen uit literatuur (Achterberg et al., 2010; Oomens et al., 2009; Putter et al., 2015) en uitkomsten van de kwalitatieve verdiepingstudie naar het vergroten van de arbeidsparticipatiekansen van mensen met ernstige psychische problematiek (zie deelrapport 5) zijn in het vragenlijstonderzoek de volgende onderwerpen opgenomen:

- Wens tot (ander/meer) betaald werk en hoe actief mensen bezig zijn met het vinden hiervan
- Ondersteuning die mensen krijgen bij het vinden van werk en het uitvoeren van hun functie (dit laatste indien zij reeds betaald werken)
- Factoren die belemmerend kunnen werken bij het vinden van werk
 - Ziektegebonden factoren
 - Psychische problematiek
 - Comorbide lichamelijke problematiek
 - Persoonsgebonden factoren
 - Inschatting dat werken een negatief effect heeft op de psychische problematiek
 - Twijfel omtrent stressbestendigheid
 - Onvoldoende zicht op welke baan passend is
 - Onvoldoende sollicitatievaardigheden (naar eigen inschatting)
 - Onvoldoende vertrouwen in het kunnen vinden van een baan

2 Er is inmiddels discussie over het herzien van het ICF-model, met betrekking tot onder meer een andere benadering van het concept 'gezondheid' (Heerkens et al., 2018). Voor het doeleinde van het vragenlijstonderzoek volstaat volgens de onderzoekers de traditionele invulling van het ICF-model als raamwerk, omdat het bij dit onderzoek niet gaat om het beoordelen van belastbaarheid maar om het identificeren van factoren die arbeidsparticipatie beïnvloeden.

- Omgevingsfactoren
 - Stigmatisering van psychische problematiek op de werkvloer
 - Onvoldoende begrip bij werkgevers voor de impact van de psychische (en lichamelijke) problematiek op het functioneren in een baan
 - Onvoldoende geschikte vacatures
 - Onvoldoende mogelijkheden om een baan aan te passen
 - Onvoldoende begeleiding bij vinden en toeleiden naar werk
 - Onvoldoende mogelijkheden tot bijscholing
 - Ongunstige verandering van financiële situatie (bij het (meer) betaald gaan werken)
- Factoren die ondersteunend kunnen zijn bij het vinden van werk:
 - Persoonsgebonden factoren
 - Vergroten van zelfvertrouwen (met betrekking tot werk)
 - Vaardigheden en kennis vergroten middels opleiding en scholing
 - Omgevingsfactoren
 - Aanpassen van baan en werkplek (bijvoorbeeld flexibele werktijden)
 - Ondersteuning bij vervoer en/of dicht bij huis kunnen werken
 - Begeleiding bij vinden van en toeleiden naar werk
 - Begeleiding op de werkplek
 - Vergroten van kennis op de werkplek over (de impact van) psychische problematiek
- Ervaringen met stigmatisering en discriminatie op de werkvloer

Voor de precieze formulering van de items van de vragenlijst kon geen gebruik gemaakt worden van reeds bestaande instrumenten, aangezien beschikbare vragenlijsten of niet voorhanden waren, of items (net) niet precies aansloten bij het doel van dit vragenlijstsonderzoek. Wel is de vragenlijst van het NIVEL over arbeidsparticipatie van chronisch zieken (Putter et al., 2015) als inspiratiebron gebruikt. Verder zijn de items over discriminatie en stigma ontwikkeld in navolging van de Discrimination and Stigma Scale (DISC) (Brohan et al., 2013).

De vragenlijst is online uitgezet bij de leden van het panel Psychisch Gezien van wie een emailadres bekend was ($n=1246$)³. De panelleden hadden drie weken de tijd om de vragen te beantwoorden.

³ Panelleden kunnen aangeven wat hun voorkeur heeft: online vragenlijsten invullen, dan wel schriftelijk. Deze enquête is verstuurd aan ieder van wie een emailadres beschikbaar was, inclusief degenen die een voorkeur hebben voor schriftelijk. Voor de korte najaarspeiling wordt dit vaker zo gedaan, met uitleg aan de betreffende leden waarom we dit doen.

3 Resultaten

3.1 Respons en achtergrondkenmerken van de respondenten

De enquête is uitgezet onder 1.246 panelleden, dit zijn alle panelleden van wie een emailadres bekend is. De enquête is door 776 leden ingevuld, een respons van 62%.

Bijna twee derde van de respondenten is vrouw, en de gemiddelde leeftijd ten tijde van de peiling is 50 jaar.

3.2 Huidige werksituatie en werkwensen

In tabel 3.1 is te zien hoe de voornaamste werksituatie van de deelnemende leden is. Hierin is te zien dat ruim de helft van de responderende panelleden een vorm van werk heeft, betaald dan wel onbetaald.

Tabel 3.1 Panelleden naar primaire werksituatie (N=776)

	n (%)
Betaald werk	169 (22)
Geen betaald werk - wel vrijwilligerswerk of ander onbetaald werk	250 (32)
Noch betaald werk, noch ander werk	300 (39)
AOW / Pensioen	57 (7)

Werkwensen

Tabel 3.2 geeft weer in hoeverre panelleden de wens hebben om (ander) werk te vinden, voor de verschillende subgroepen.

	Subgroep betaald werk (N=169) ²	Subgroep onbetaald werk (N=231) ²	Subgroep Geen werk (N=290) ²
	n (%)	n (%)	n (%)
Aantal dat actief op zoek is naar (ander) betaald werk ¹	21 (12)	21 (9)	24 (8)
Aantal dat binnen 1 jaar betaald wil werken ¹	niet gevraagd	41 (18)	36 (12)
Aantal dat ooit (ander) betaald werk wil, maar het eerstkomende jaar nog niet ¹	51 (30)	60 (26)	60 (21)
Aantal met een werkwens volgens één of meer van de stellingen ³	70 (41)	97 (42)	94 (32)

1. Tot degenen met een werkwens zijn gerekend degenen die "Mee eens" of "Volledig mee eens" antwoordden op een 5-punts antwoordschaal van gelijke strekking.
2. De werkelijke N van de respons per subpopulatie kan licht afwijken per vraag door responsverschillen. Bij deze analyse is verder de groep van pensioengerechtigde leeftijd niet meegerekend is (n=57).
3. Mensen met een werkwens waren het (volledig) eens met één of meer van de drie stellingen 1) Ik ben actief op zoek naar (ander) betaald werk; 2) Ik zou binnen een jaar betaald willen werken; 3) Ik wil ooit betaald werken, maar in het eerstkomende jaar nog niet.

Werkwensen van degenen met betaald werk

Ruim twee derde van de mensen met betaald werk is helemaal tevreden met zijn of haar baan. Wel zou 18% meer uren willen werken en geeft 30% aan ooit een andere betaalde baan te willen hebben (maar in het eerstkomende jaar nog niet). Ruim een tiende is momenteel actief op zoek naar ander betaald werk. Vrijwilligerswerk staat in ieder geval niet op de eerste plaats bij deze groep: driekwart van de mensen met betaald werk geeft de voorkeur aan betaald werk boven vrijwilligerswerk.

Werkwensen van degenen met onbetaald werk

Van de 232 mensen die vrijwilligerswerk doen⁴ (of ander onbetaald werk) geeft ruim 40% aan dat ze betaald werk zouden willen doen; ruim een kwart zegt ooit weer betaald werk te willen gaan doen, maar nog niet in het eerstkomende jaar, 18% zegt binnen een jaar aan het werk te willen zijn. Bijna 10% van de mensen is ten tijde van de peiling actief op zoek naar betaald werk.

Werkwensen van degenen die geen betaald of onbetaald werk hebben

Een derde van de panelleden zonder werk geeft aan graag betaald werk te willen doen; 12% heeft de wens om dit binnen een jaar geregeld te hebben, 21% van de mensen doet het liever rustiger aan en wil het eerstkomende jaar nog niet met werken starten. Net als bij de groep met onbetaald werk is een kleine 10% van de mensen zonder enige vorm van werk actief bezig om betaald werk te vinden.

Vrijwilligerswerk of betaald werk

Een specifieke vraag is in hoeverre panelleden vrijwilligerswerk verkiezen boven, en/of min of meer als alternatief zien voor betaald werk. Die vraag is ontstaan omdat enerzijds substantieel minder panelleden betaald werk doen in verhouding tot anderen in de beroepsbevolking, en anderzijds ongeveer evenveel leden op enige manier vrijwilligerswerk doen. In tabel 3.3 is te zien hoe leden antwoorden op de uitspraak 'Ik doe liever vrijwilligerswerk dan betaald werk'

Tabel 3.3 Ik doe liever vrijwilligerswerk dan betaald werk (N=747)

	n (%)
Volledig mee eens	99 (13)
Mee eens	129 (17)
Niet mee eens/Niet mee oneens	196 (26)
Mee oneens	180 (24)
Volledig mee oneens	143 (19)

De tabel laat zien dat als de antwoorden van alle panelleden bij elkaar genomen worden, de meningen duidelijk uiteen lopen. Er zijn meer leden die het oneens zijn met de stelling (43%) dan eens (30%).

In tabel 3.4 is te zien wat panelleden binnen verschillende subgroepen van deze uitspraak vinden. Dan blijkt dat het vooral degenen met vrijwilligerswerk (of ander onbetaald werk) zijn die dit werk prefereren boven betaald werk (ongeveer de helft van hen is het eens met de uitspraak).

⁴ In deze peiling stond centraal: achtergrond leveren bij de arbeidsmarktpositie van panelleden, met betaald werk als focus. Niettemin hadden wij ook aan degenen met vrijwilligerswerk de vraag voor willen leggen in hoeverre zij tevreden zijn met hun werk - deze vraag is echter weggefallen.

Tabel 3.4 Eens of volledig eens met de uitspraak 'Ik doe liever vrijwilligerswerk dan betaald werk'

Panelleden met:	N	n (%) ¹
Betaald werk - geen ander werk	134	5 (4)
Betaald werk én vrijwilligerswerk	35	0 (0)
Vrijwilligerswerk of ander onbetaald werk	232	113 (49)
Noch betaald werk, noch ander werk	291	89 (31)
AOW / Pensioen	55	21 (38)

1. Percentages zijn gerekend binnen de subgroep. Bijvoorbeeld: 4% van degenen met betaald werk is het (volledig) eens met de uitspraak.

3.3 Ondersteuning bij werken en vinden van betaald werk

Aan panelleden is gevraagd of zij bepaalde ondersteuning krijgen dan wel wensen bij betaald werk (zoeken of behouden). Tabel 3.5a laat de antwoorden zien van 684 mensen, uitgezonderd degenen die met pensioen zijn.

Tabel 3.5a Ondersteuning bij (zoeken naar) betaald werk onderverdeeld naar werksituatie

	Aard van de huidige werksituatie			Ongeacht werksituatie
	Betaald werk	Onbetaald werk	Geen werk	Totaal over de drie subgroepen
Aantal mensen dat:	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Wordt ondersteund ¹ bij werk zoeken of behouden	59 (36)	63 (27)	24 (9)	146 (21)
Geen ondersteuning heeft, maar die wel zou willen	22 (14)	37 (16)	28 (10)	87 (13)
Geen behoefte heeft aan ondersteuning	75 (46)	114 (48)	190 (67)	379 (55)
'Overig' antwoord (Anders dan voorgaande)	9 (5)	23 (10)	40 (14)	72 (11)
Totalen	165	237	282	684 (100)

1. Ondersteuning is hier: alle vormen van hulp dan wel een voorziening (loonkostensubsidie) bij elkaar genomen.

Alle betreffende panelleden bij elkaar genomen, krijgt een vijfde op een of andere manier ondersteuning, hetzij bij zoeken naar werk, hetzij behoud van werk. Ongeveer twee derde van de gehele groep heeft ofwel geen behoefte aan ondersteuning, ofwel antwoordt 'anders' - een nadere analyse van die overige antwoorden leert dat een grote meerderheid in eigen woorden stelt dat re-integratie naar werk (voorlopig) niet aan de orde is. Degenen die werken hebben vaker ondersteuning of behoefte aan ondersteuning bij betaald werk zoeken of behouden dan degenen die geen werk hebben: ongeveer 40 tot 50% ten opzichte van ongeveer 20%.

In tabel 3.5b staat nadere informatie over de aard van de ondersteuning, beperkt tot degenen die het betreft. In de meeste gevallen is sprake van begeleiding door een professional (arbeidstrajectbegeleiders, jobcoaches), of steun van anderen in de omgeving zoals collega's binnen de groep werkenden. Een kleiner aantal maakt, in de meeste gevallen naast steun van mensen, gebruik van voorzieningen of ondersteunende maatregelen - bij de werkenden is het ongeveer een derde dat hierop een beroep doet.

Tabel 3.5b Welke ondersteuning krijgen mensen bij het vinden of behouden van betaald werk?¹

	Mensen zonder betaald werk (N=87) ²	Mensen met betaald werk (N=59)
	n (%)	n (%)
Begeleiding van een betaalde kracht (bijvoorbeeld een jobcoach)	59 (68)	28 (47)
Steun van collega's of leidinggevende	28 (32)	35 (59)
Hulpmiddelen of speciale voorzieningen, zoals aangepaste werkplek	15 (17)	22 (37)
Steun van een onbetaalde kracht (bijvoorbeeld vrijwilliger)	14 (16)	3 (5)

1. Noot bij tabel: deze tabel bevat alleen gegevens van degenen die antwoordden ondersteuning te krijgen.
2. Uitzonderd gepensioneerden en mensen met een AOW-uitkering.

3.4 Belemmerende factoren

Belemmeringen ervaren door degenen zonder betaald werk

Vrijwel iedereen (97%) van de 532 mensen zonder betaald werk zegt met belemmeringen te maken te hebben. Figuur 3.2a laat zien in welke mate verschillende belemmeringen een rol spelen; we noemen hier de vijf meest gekozen antwoordopties. Psychische klachten staan bovenaan: die worden door 85% van de leden als belemmering ervaren. Ook de vrees dat een baan te veel stress met zich mee zal brengen (68%) of dat mensen er in psychisch opzicht op achteruit zullen gaan (57%) zijn belemmeringen die voor een groot deel van de panelleden spelen. De helft van de panelleden geeft aan dat lichamelijke klachten het vinden van betaald werk in de weg staan. En bijna de helft van de panelleden (49%) geeft aan dat ze bij werkgevers (denken te) stuiten op een gebrek aan begrip voor hun psychische klachten.

Figuur 3.2b geeft dezelfde lijst met belemmeringen weer, maar nu uitgesplitst naar mensen die wel graag betaald werk zouden willen doen en mensen die hier geen behoefte aan hebben. Degenen die een wens uiten om werk te vinden noemen in grotere getalen de volgende belemmeringen: vrees dat werkgevers mij afwijzen; ik weet niet welke baan bij mij past; weinig mogelijkheden om bij te scholen en te leren om het werk te krijgen dat ik wil; ontbreken van begeleiding bij het vinden van en toeleiden naar werk. Althans bij die belemmeringen vinden we verschillen van 15 of meer procentpunten tussen beide groepen.

Aan ieder is ook gevraagd om een top-3 te maken van alle belemmerende factoren die ze hadden aangevinkt (indien meer dan drie factoren waren gekozen). Figuur 3.3a geeft de vijf meest gekozen belemmeringen in dat kader weer. Vier van de vijf meest gekozen items komen overeen met de hiervoor genoemde belemmeringen. De vijfde meest gekozen belemmering in de top-3 van de panelleden is de angst om het recht op een uitkering te verliezen (15%).

Ook hier zijn de belemmeringen apart bekeken voor mensen die wel en mensen die geen betaald werk zouden willen doen (zie figuur 3.3b). De mensen zonder werkwens geven vaker aan dat de psychische klachten als belemmering worden gezien (80% versus 60% van de mensen met een werkwens). Ook lichamelijke klachten worden door mensen zonder wens tot betaald werk vaker als belemmering genoemd (43% tegenover 26% van de mensen met een werkwens). De vrees dat een baan te veel stress met zich meebrengt wordt vooral door mensen met een wens tot betaald werk genoemd (49% tegenover 38% van de mensen zonder werkwens).

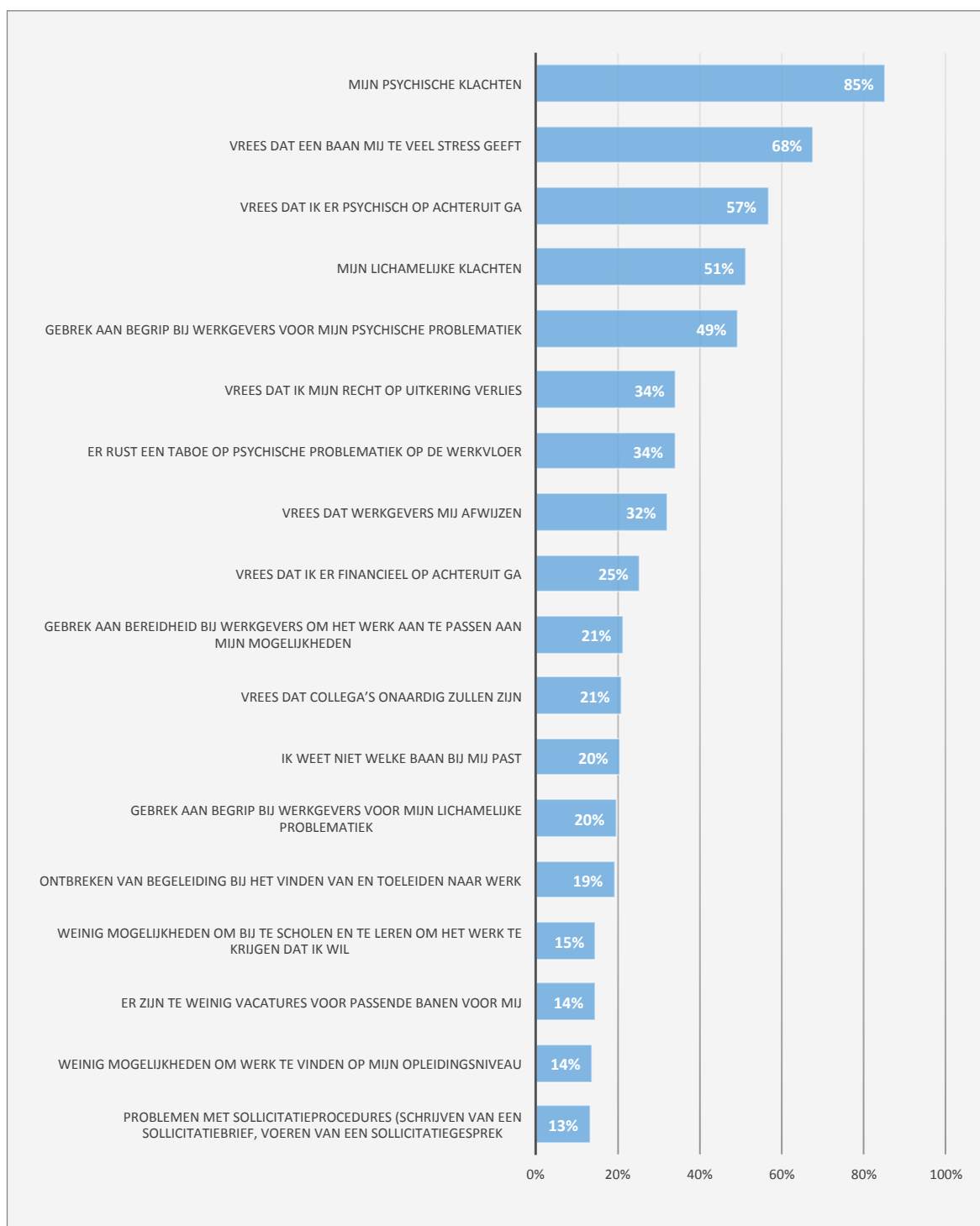
Belemmeringen ervaren door degenen met betaald werk

Ook een groot deel van de panelleden met betaald werk ervaart belemmeringen (89%), in hun geval bij het behouden van hun baan of in het doorgroeien op de arbeidsmarkt. Figuur 3.4 geeft de resultaten weer. De resultaten van de vervolgens gekozen top-3 aan belemmeringen is te vinden in figuur 3.5.

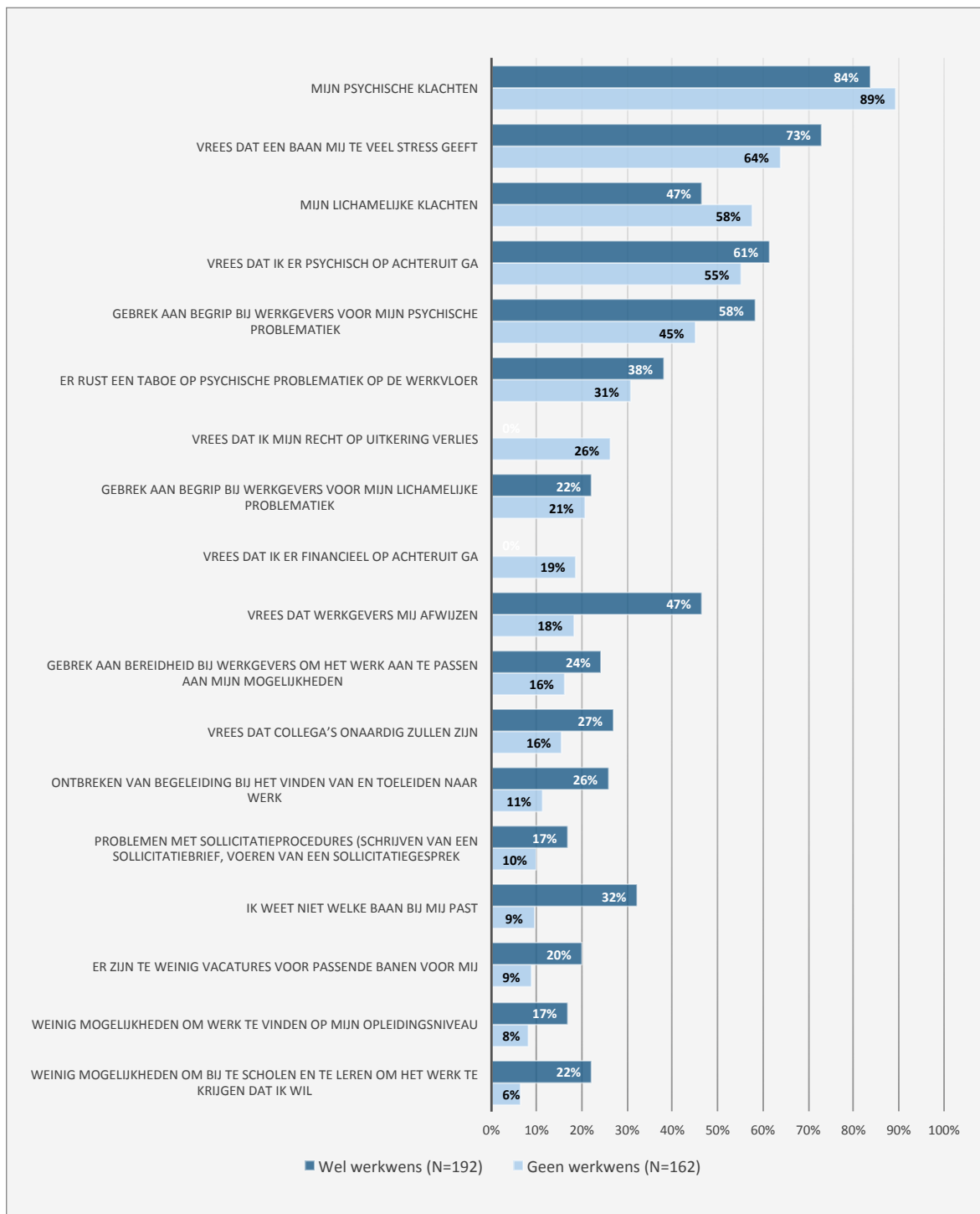
Wat de ervaren belemmeringen betreft komt deze subgroep in grote lijnen overeen met de groep zonder betaald werk. De belemmeringen die het meest worden genoemd zijn dezelfde, zij het in lichtelijk andere

volgorde. Ook in de zelfgekozen top-3 van meest belangrijke belemmeringen staan nagenoeg dezelfde aspecten als bij degenen zonder betaald werk. De enige uitzondering is dat specifiek de betaald werkenden "Ik weet niet welke baan bij mij past" in hun top-3 zetten.

Figuur 3.2a Welke belemmeringen ondervinden mensen zonder betaald werk bij het vinden van betaald werk? (N=532)

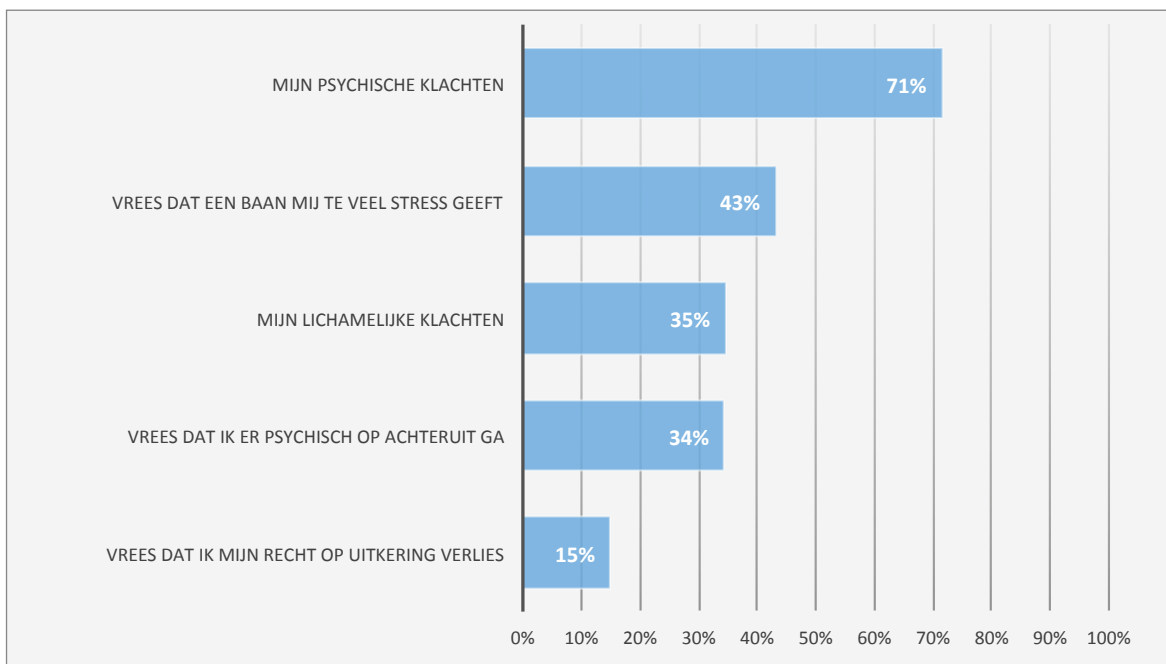


Figuur 3.2b Welke belemmeringen ondervinden mensen zonder betaald werk bij het vinden van betaald werk? Uitsplitsing naar mensen met werkwens en mensen zonder werkwens¹

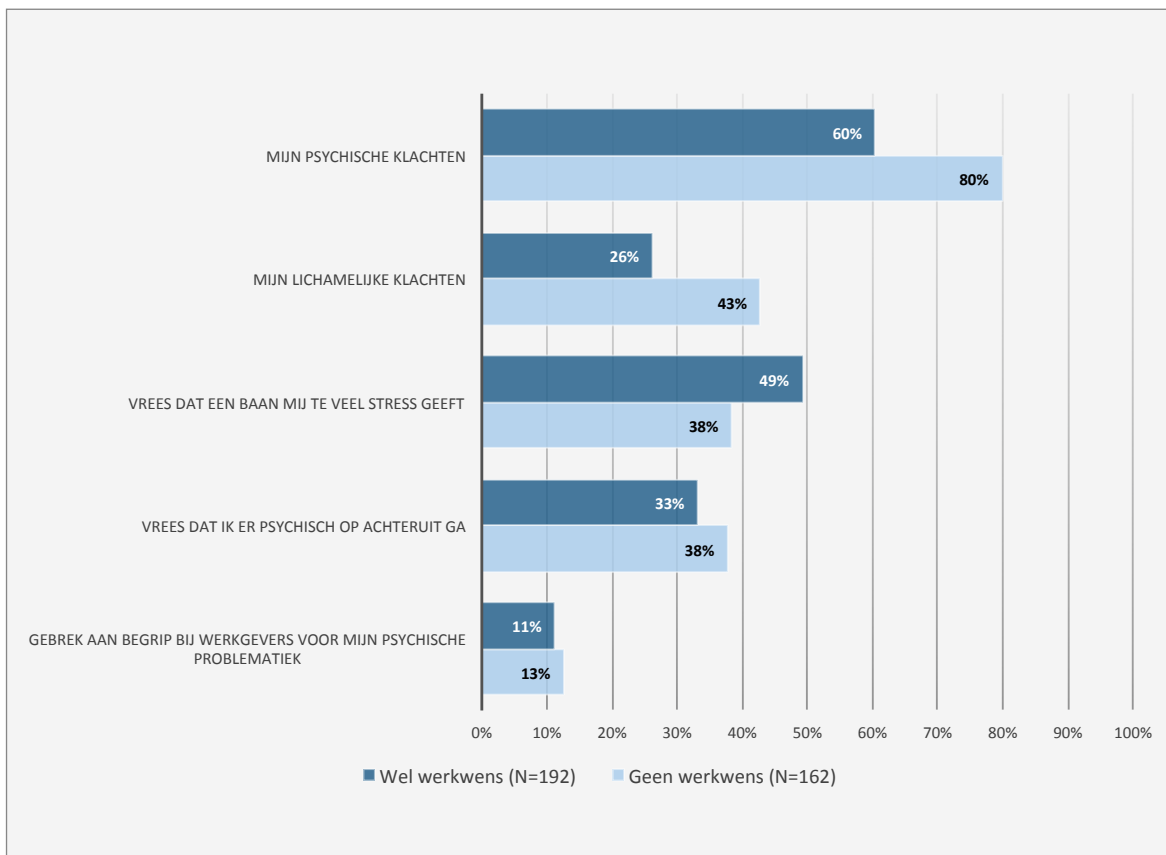


1. De indeling naar wel-geen werkwens is gebaseerd op de antwoorden op de stellingen 1) Ik ben actief op zoek naar betaald werk; 2) Ik zou binnen een jaar betaald willen werken; 3) Ik wil ooit betaald werken, maar in het eerstkomende jaar nog niet. Bij oneens op alle drie de stellingen werd iemand ingedeeld bij 'geen werkwens'; indien eens met één of meer stellingen bij 'wel werkwens'. 178 respondenten zaten in het midden en zijn niet ingedeeld voor dit doel.

Figuur 3.3a Mensen zonder betaald werk: top-5 van meest gekozen belemmeringen bij het vinden van betaald werk (N=529)

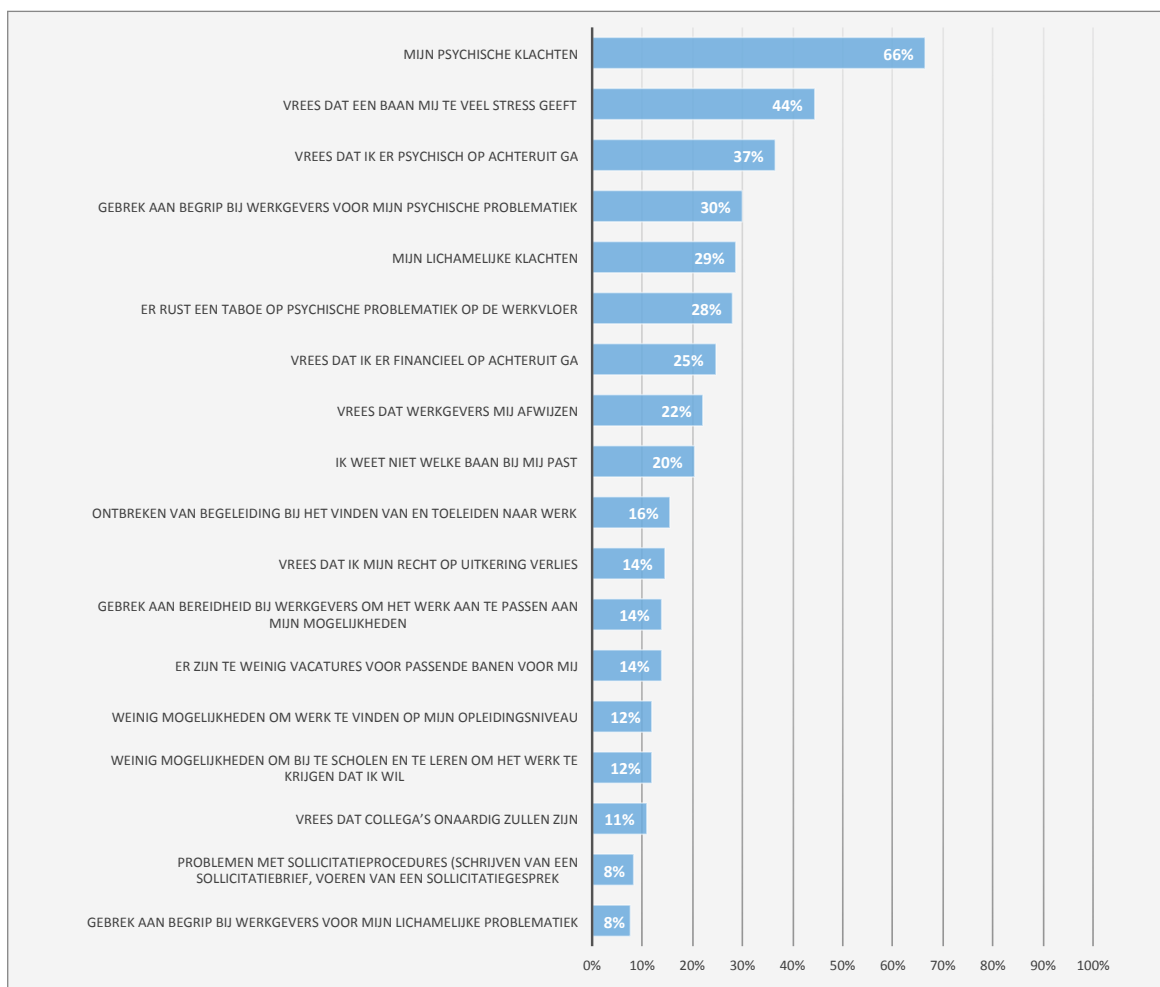


Figuur 3.3b Mensen zonder betaald werk: top-5 van meest gekozen belemmeringen bij het vinden van betaald werk; uitsplitsing naar mensen met werkwens en mensen zonder werkwens¹

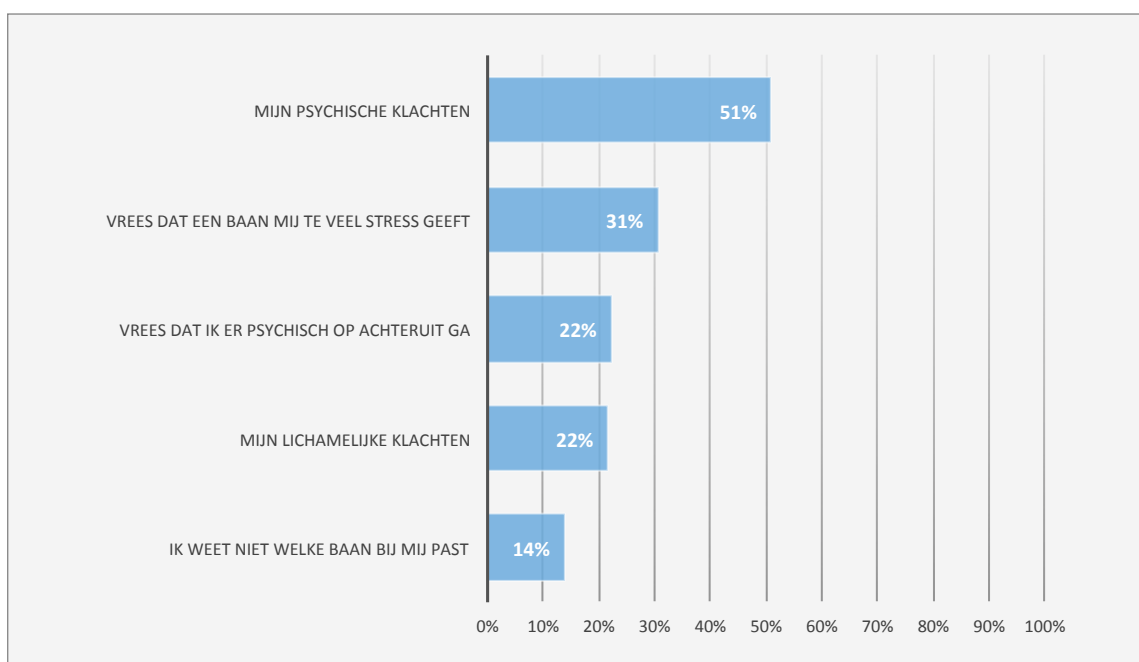


1. De indeling naar wel-geen werkwens is gebaseerd op de antwoorden op de stellingen 1) Ik ben actief op zoek naar betaald werk; 2) Ik zou binnen een jaar betaald willen werken; 3) Ik wil ooit betaald werken, maar in het eerstkomende jaar nog niet. Bij oneens op alle drie de stellingen werd iemand ingedeeld bij 'geen werkwens'; indien eens met één of meer stellingen bij 'wel werkwens'. 178 respondenten zaten in het midden en zijn niet ingedeeld voor dit doel.

Figuur 3.4 Welke belemmeringen ondervinden mensen met betaald werk bij het behouden van hun baan of bij het doorgroeien naar een andere functie (arbeidscarrière)? (N=167)



Figuur 3.5 Mensen met betaald werk: top-5 van meest gekozen belemmeringen bij het behouden van/doorgroeien in betaald werk (N=167)



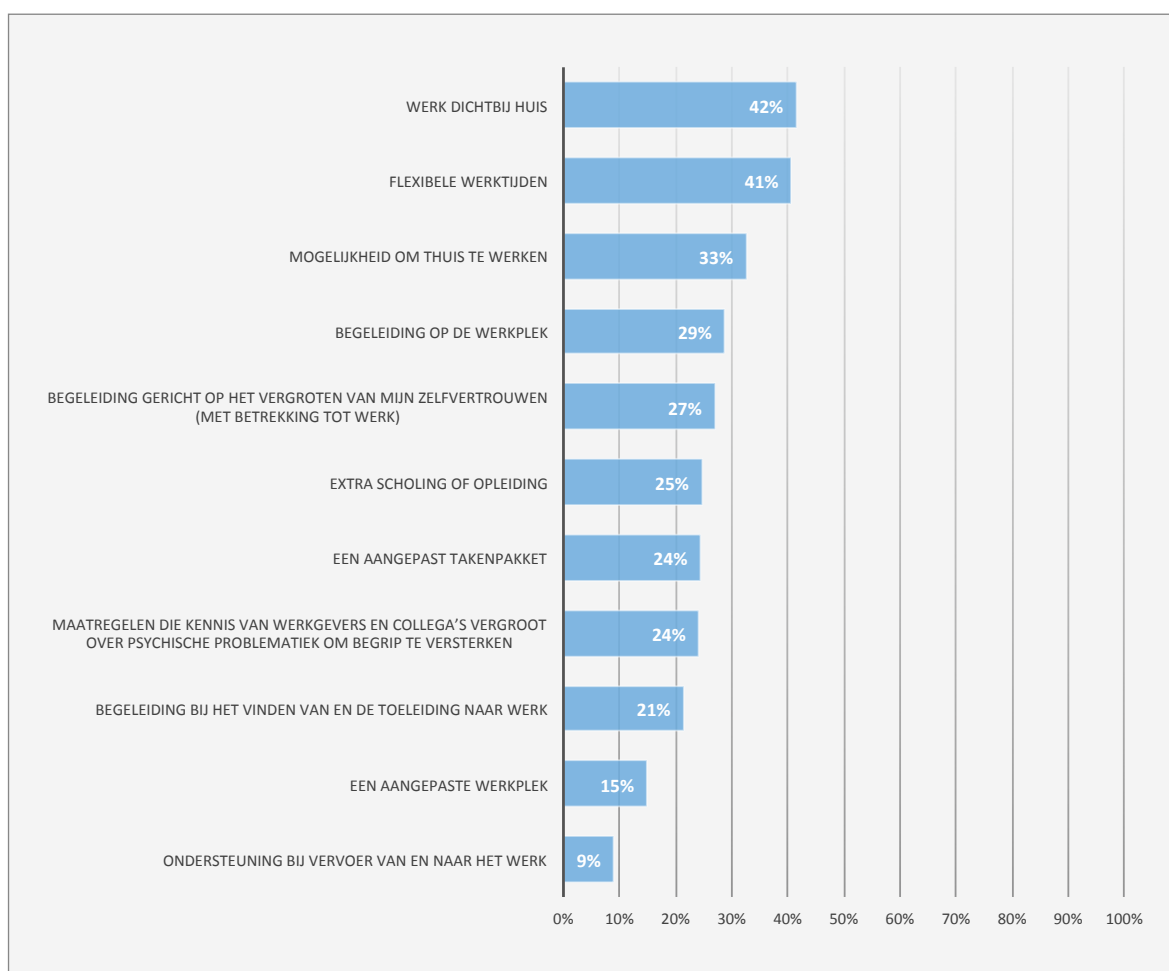
3.5 Ondersteunende factoren

Aan alle respondenten is een lijst voorgelegd met aspecten die potentieel de kans op betaald werk vergroten, zoals flexibele werktijden en begeleiding op de werkplek. Driekwart van de panelleden heeft één of meer aspecten benoemd die de kansen op betaald werk vergroten. Figuren 3.6a en 3.7a geven voor die panelleden de resultaten weer. Werk dicht bij huis en flexibele werktijden worden door de grootste groep panelleden genoemd, respectievelijk 42% en 41%. Een derde van de mensen denkt dat de mogelijkheid om thuis te werken een bevorderende factor zal zijn in het verkrijgen van betaald werk. Hierna volgen twee begeleiding-items: begeleiding op de werkplek (29%) en begeleiding die gericht is om het zelfvertrouwen (op het gebied van werk) van de mensen te vergroten (27%). Ondersteuning bij vervoer van en naar het werk is iets dat voor relatief weinig panelleden (9%) een bevorderende werking zou kunnen hebben.

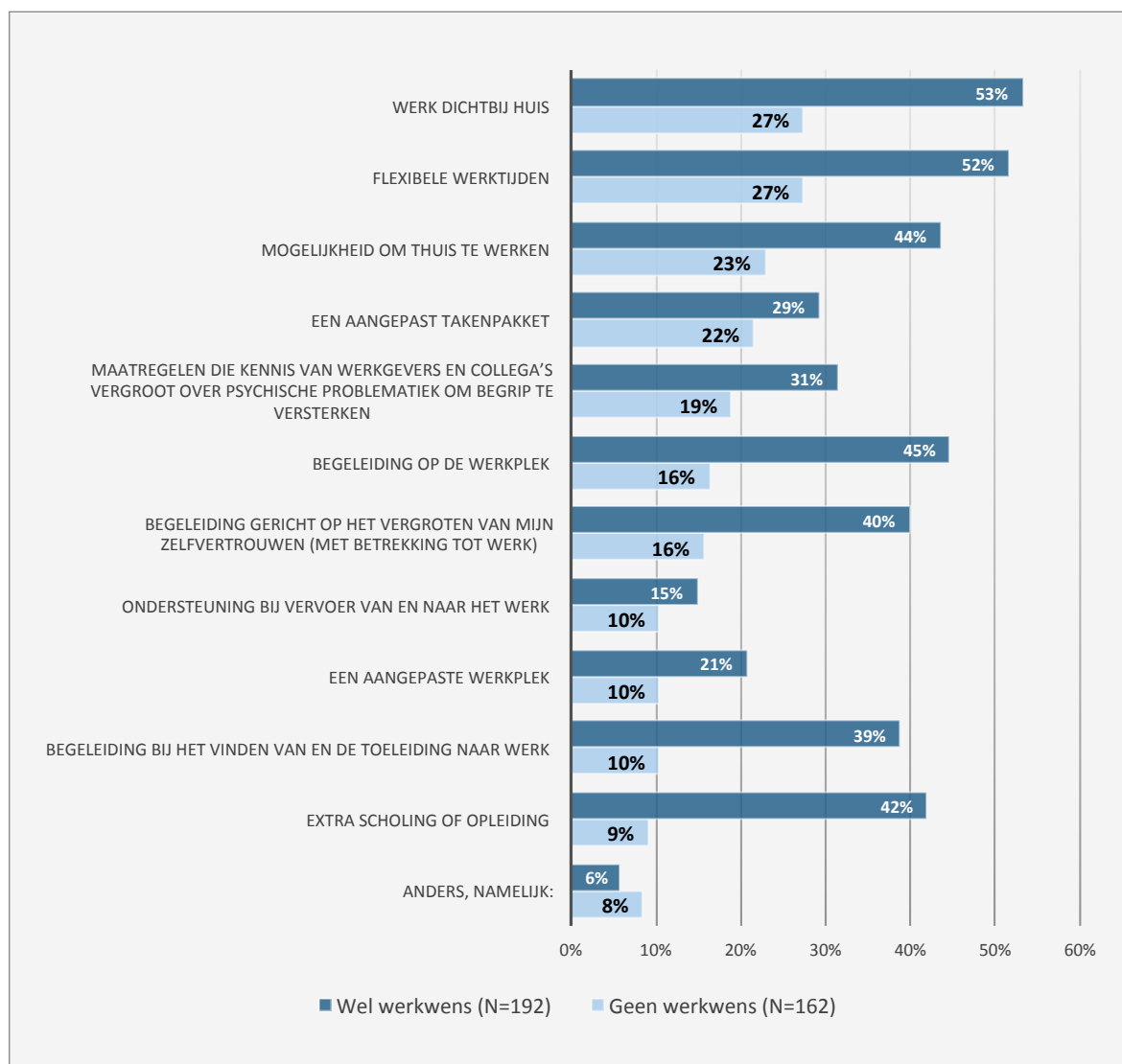
Wanneer wordt gekeken naar de groepen panelleden met een wens tot betaald werk en de groep zonder deze wens, dan valt in eerste instantie op dat de mensen zonder werkwens in het algemeen gematigder reageren dan de mensen met een werkwens (zie figuur 3.6b). Voor beide groepen zijn de reisafstand tot het werk en flexibele werktijden de twee meest genoemde bevorderende factoren. Echter, voor de mensen met een wens tot betaald werk spelen vier factoren een beduidend sterkere rol dan voor de groep zonder werkwens:

- begeleiding op de werkplek
- extra scholing of opleiding
- begeleiding gericht op het vergroten van zelfvertrouwen (gericht op het werk)
- begeleiding bij het vinden van of de toeleiding naar werk

Figuur 3.6a Zaken die de kans op betaald werk kunnen vergroten volgens de panelleden (N=737)

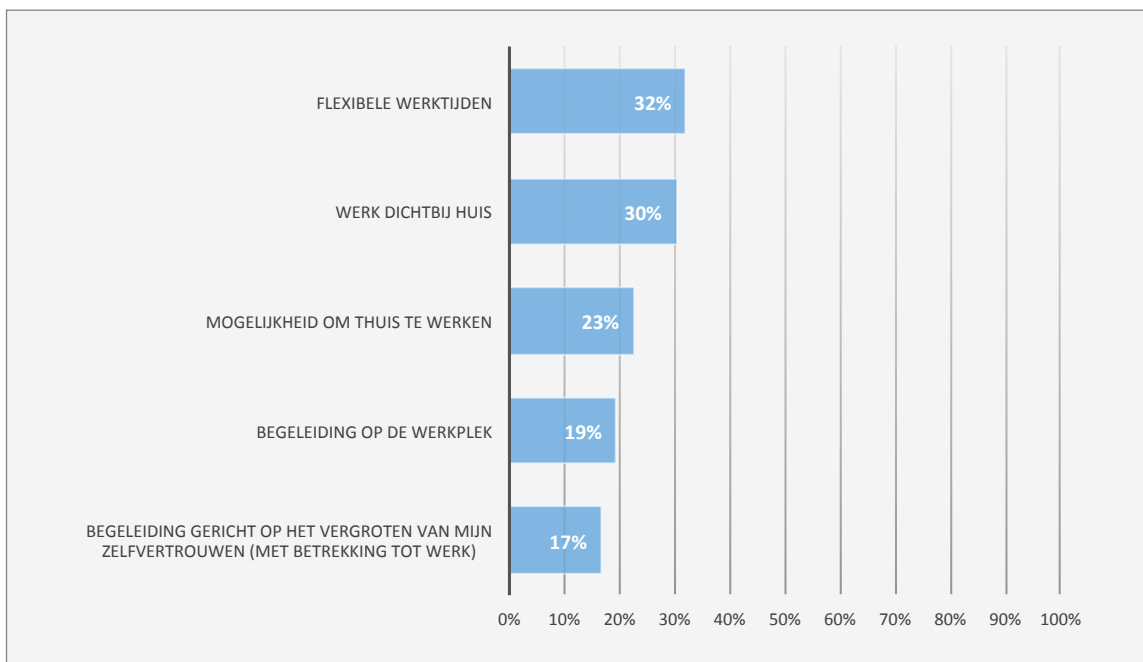


Figuur 3.6b Zaken die de kans op betaald werk kunnen vergroten volgens de panelleden; uitsplitsing naar mensen met werkwens en mensen zonder werkwens¹

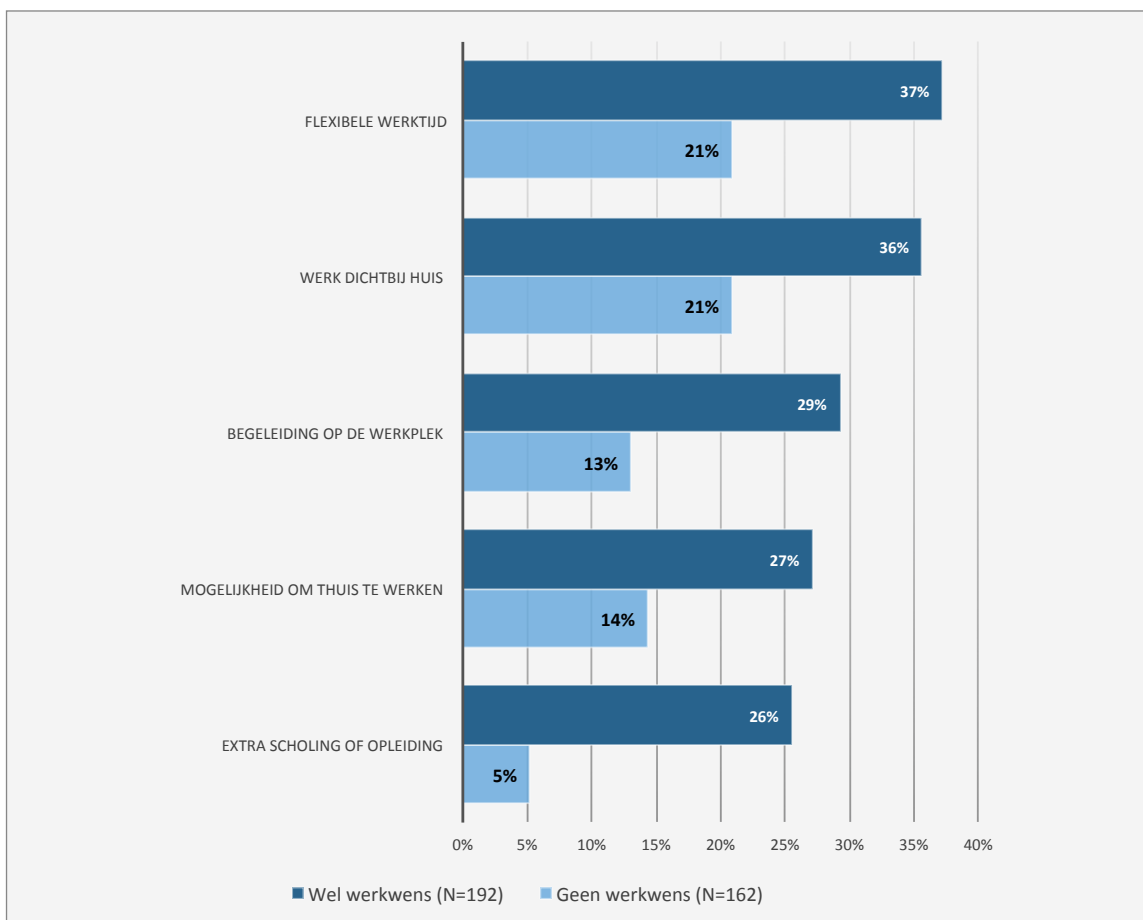


1. De indeling naar wel-geen werkwens is gebaseerd op de antwoorden op de stellingen 1) Ik ben actief op zoek naar betaald werk; 2) Ik zou binnen een jaar betaald willen werken; 3) Ik wil ooit betaald werken, maar in het eerstkomende jaar nog niet. Bij oneens op alle drie de stellingen werd iemand ingedeeld bij 'geen werkwens'; indien eens met één of meer stellingen bij 'wel werkwens'. 178 respondenten zaten in het midden en zijn niet ingedeeld voor dit doel.

Figuur 3.7a Top-5 van meest gekozen zaken die de kans op betaald werk kunnen vergroten volgens de panelleden (N=737)



Figuur 3.7b Top-5 van meest gekozen zaken die de kans op betaald werk kunnen vergroten volgens de panelleden; uitsplitsing naar mensen met werkwens en mensen zonder werkwens



1. De indeling naar wel-geen werkwens is gebaseerd op de antwoorden op de stellingen 1) Ik ben actief op zoek naar betaald werk; 2) Ik zou binnen een jaar betaald willen werken; 3) Ik wil ooit betaald werken, maar in het eerstkomende jaar nog niet. Bij oneens op alle drie de stellingen werd iemand ingedeeld bij 'geen werkwens'; indien eens met één of meer stellingen bij 'wel werkwens'. 178 respondenten zaten in het midden en zijn niet ingedeeld voor dit doel.

Wederom is gevraagd of de panelleden een top-3 wilden samenstellen van de factoren die zij het belangrijkste achten voor het vergroten van de kans op betaald werk (zie figuren 3.7a en 3.7b). Dit levert dezelfde items op als voor de algemene vraag over bevorderende factoren (figuur 3.6a). Enige verschil – wat de rangorde betreft – is dat in dit geval de eerste twee items omgedraaid waren; flexibele werktijden werden nu het meest genoemd (32% van de panelleden) en daarna het dicht bij huis werken (30%). Bezien vanuit de groepen panelleden met een wens tot betaald werk en panelleden zonder deze wens, is er geen verschil in de twee meest genoemde factoren: flexibele werktijden en werk dicht bij huis (zie figuur 3.7b). Extra scholing of opleiding wordt door de mensen zonder werkwens echter beduidend minder vaak als bevorderende factor gezien dan door de mensen met een wens tot betaald werk.

3.6 Stigma en discriminatie

Ongeveer de helft van de panelleden heeft in enige mate ervaringen met oneerlijke behandeling bij het zoeken naar werk (zie tabel 3.6). Hetzelfde geldt voor oneerlijke behandeling bij het behouden van werk. Zo'n 70% van de panelleden heeft ervaringen met verminderde kans op promotie als gevolg van de psychische klachten, voor drie op de tien mensen is dit zelfs vaak voorgevallen. Drie kwart van de panelleden is van mening dat ze in het algemeen (dus niet alleen op het werk) voldoende openhartig kan zijn over de psychische klachten.

Tabel 3.6 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande situaties op u van toepassing zijn?

		In het geheel niet	Een beetje	Matig/ regelmatig	Vaak/in sterke mate
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bent u oneerlijk behandeld bij het zoeken naar werk?	738	400 (54)	185 (25)	93 (13)	60 (8)
Zijn door uw psychische klachten uw kansen op promotie op het gebied van werk verminderd?	738	212 (29)	152 (21)	157 (21)	217 (29)
Bent u oneerlijk behandeld bij het behouden van werk en doorgroeien daarin?	738	340 (46)	147 (20)	129 (17)	122 (17)
Kunt u voldoende openhartig zijn over uw psychische problemen bij anderen in het algemeen (dus ook buiten het werk)?	738	167 (23)	259 (35)	183 (25)	129 (17)
Voelt u zich geaccepteerd door uw collega's? ¹	402	57 (14)	85 (21)	117 (29)	143 (36)
Heeft u het idee dat u uw psychische klachten kan bespreken met uw collega's? ¹	402	134 (33)	146 (36)	73 (18)	49 (12)
Heeft u het idee dat u uw psychische klachten kan bespreken met uw leidinggevende? ¹	402	112 (28)	154 (38)	79 (20)	57 (14)

1. Deze stelling is alleen voorgelegd aan mensen met werk, ongeacht of dit betaald of onbetaald werk betrof.

Het grootste deel van de panelleden met werk (ongeacht of dit betaald of onbetaald werk betreft) voelt zich geaccepteerd door collega's, 86% geeft aan zich in enige mate geaccepteerd te voelen, ruim een derde geeft zelfs aan dat dit in sterke mate het geval is. In het bespreken van de psychische klachten met directe collega's en/of de leidinggevende zijn de panelleden iets gereserveerder in hun oordeel dan wanneer het gaat om het bespreken van de klachten in het algemeen; een derde heeft in het geheel niet het idee dat ze dit met directe collega's kunnen doen en 28% heeft ditzelfde idee bij de leidinggevende.

4 Conclusie

Aan alle panelleden van wie een emailadres bekend is, is een korte online enquête voorgelegd. De vragen betroffen voornamelijk de arbeidsparticipatie, de wensen die leden op dat vlak hebben en de belemmerende en bevorderende factoren die daarin spelen naar hun ervaringen. De bevindingen zijn, samengevat:

Werksituatie

Er zijn vooral veel panelleden met onbetaald werk (32%) of zonder enig werk (39%). Deze panelleden vormen samen bijna drie kwart van de totale groep panelleden. Het aandeel dat betaald werk heeft (22%) is in lijn met eerdere bevindingen uit de LMA-metingen. Het percentage mensen met onbetaald werk ligt in deze peiling lager, maar dit heeft te maken met de engere definitie die in dit deelonderzoek is aangehouden (in dit deelonderzoek verstaan we onder de groep *onbetaald werk*: panelleden die alleen onbetaald werk verrichten, en geen betaald werk hebben. In de LMA-peilingen wordt bij de groep *onbetaald werk* de gehele groep panelleden met onbetaald werk gerapporteerd, ongeacht of zij hier ook betaald werk naast hebben).

Betaald versus onbetaald werk

Het heeft er alle schijn van dat een groot deel van de mensen met vrijwilligerswerk hier bewust voor kiest en geen behoefte heeft aan betaald werk. De helft van de groep mensen met onbetaald werk geeft namelijk aan liever vrijwilligerswerk te doen dan betaald werk. Ter vergelijking: dit geldt voor slechts 4% van de mensen met betaald werk. Van de groep mensen met onbetaald werk is een klein deel (9%) ten tijde van de peiling actief bezig om betaald werk te vinden.

Ondersteuning

Een deel van de panelleden ontvangt ondersteuning bij het vinden of behouden van werk (18% van degenen zonder betaald werk, en 36% van degenen met betaald werk). Twee derde van de mensen zonder betaald werk die ondersteuning krijgt ontvangt deze steun van een betaalde kracht (jobcoach), voor de mensen met betaald werk is dit 47%. De mensen met betaald werk krijgen echter vooral steun van collega's (59%). Veel ondersteuning komt dus direct vanaf de werkplek.

Belemmeringen en ondersteunde factoren

Veel mensen ervaren belemmeringen in het vinden van werk (mensen zonder betaald werk) of in het behouden van werk dan wel het doorgroeien naar een betere functie (mensen met betaald werk). Vooral de psychische klachten worden als belemmering ervaren en veel panelleden zijn bang dat betaald werk te veel stress met zich meebrengt. Ook lichamelijke klachten zijn een veel voorkomend struikelblok. Wat betreft ondersteunde factoren, zijn flexibele werktijden en werk dicht bij huis de twee factoren die het meest worden genoemd als het gaat om het vergroten van de kans op betaald werk. Thuis kunnen werken staat ook bij de top-5 items.

Stigma en discriminatie

Wat betreft discriminatie t.a.v. werk blijkt vooral een oneerlijke behandeling bij het *zoeken* naar werk en het *behouden* ervan voor een relatief groot deel (rond de 50%) van de panelleden een realiteit waar ze mee te maken hebben (gehad). Onder de werkenden lijkt de acceptatie door collega's redelijk goed te zitten ('slechts' 14% voelt zich in het geheel niet geaccepteerd). Echter, in het bespreken van psychische klachten in het algemeen (dus los van de werkomgeving) lijkt meer terughoudendheid te zijn onder panelleden.

Deelonderzoek 5

Achterblijvende arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen

Perspectieven van panelleden en re-integratieprofessionals

Jenny Boumans
Harry Michon
Lex Hulsbosch
Aafje Knispel
Aniek de Lange

Inhoud

1	Inleiding	145
1.1	Lage arbeidsdeelname	145
1.2	(Waarom) is werken belangrijk?	145
1.3	Obstakels	146
1.4	Aanpak van de verkenning	146
2	Resultaten focusgroepen	149
2.1	De betekenis van werk	149
2.2	Belemmerende factoren bij arbeidsparticipatie	152
2.3	Hoe kan de arbeidsparticipatie omhoog?	163
3	Conclusie	169

1 Inleiding

1.1 Lage arbeidsdeelname

De arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen in Nederland is laag. Actuele peilingen (2018) onder leden van het panel Psychisch Gezien laten zien dat 21% betaald werk heeft. Geschat wordt dat de Nederlandse cijfers overeenkomen met de situatie in andere westerse landen en dat in het algemeen zeker 70-85% van de mensen die van geestelijke gezondheidszorg gebruik maakt, geen baan heeft; een hoger percentage dan welke andere 'disability' groep dan ook (Hoof et al, 2017; Slade et al, 2014; OECD, 2015; Cook & Razzano et al, 2004; Drake et al, 2012; Salkever et al, 2007; Waghorn et al, 2004). Het patroon dat in het algemeen gesignaleerd wordt, is dat een aanzienlijk deel van de mensen dat een baan heeft, deze verliest wanneer psychische problemen de kop opsteken, en dat de betreffende mensen vervolgens werkloos blijven, of op een lager niveau aan het werk gaan dan voorheen (Van Weeghel & Michon, 2018). Of men gaat aan de slag als vrijwilliger (in 2018 doet 42% van de leden van het panel Psychisch Gezien vrijwilligerswerk). De stap terugzetten naar regulier werk blijkt moeilijk. In 2018 heeft een kwart (27%) van het panel Psychisch Gezien zonder baan, de wens om in een betaalde baan aan de slag te gaan. Van degenen die vrijwilligerswerk doen, zou 30% graag aan de slag willen in een betaalde baan.

De lage arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen staat haaks op overheidsambities om te komen tot een inclusieve samenleving waarin "iedereen mee kan doen ongeacht talenten of beperkingen" (Regerakkoord 2017-2021, Vertrouwen in de toekomst). Onder andere door middel van de in 2015 ingevoerde Participatiewet, wil de overheid zoveel mogelijk mensen met arbeidsvermogen naar werk toe leiden, bij voorkeur naar betaald werk. Ook vanuit publieke bewegingen zoals de inclusiebeweging en de herstelbeweging wordt al langere tijd gewezen op de problemen rond arbeidsparticipatie (Warner, 2009; Slade et al, 2014). Zij pleiten op hun beurt voor meer aandacht voor arbeid als universeel recht, het belang van persoonlijke zingeving en zinvolle daginvulling, en voor maatregelen om de diverse obstakels bij arbeidsparticipatie tegen te gaan (zie ook van Hoof et al, 2014).

Panel Psychisch Gezien

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een groot, landelijk panel van en voor mensen met psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Daarnaast is het de bedoeling om de mensen die met deze problemen te maken hebben, een duidelijker stem te geven in maatschappelijke debatten over de GGZ. De panelleden (in 2018 zijn er 1.754 leden) worden periodiek bevraagd over verschillende thema's; zowel schriftelijk als telefonisch. Ook worden naar aanleiding van actuele discussies opiniepeilingen gehouden. Het Trimbos-instituut coördineert het panel. Samenwerkingspartners hierbij zijn het kenniscentrum Phrenos, MIND Landelijk platform Psychische Gezondheid en het NIVEL. Het ministerie van VWS subsidieert het panel Psychisch Gezien.

1.2 (Waarom) is werken belangrijk?

Er zijn de nodige aanwijzingen dat maatschappelijke participatie in algemene zin, een positief effect heeft op de psychische gezondheid van mensen. Hoe volwaardiger hun participatie, des te hoger het effect (Schuring et al, 2016). Langdurige werkloosheid lijkt dan ook nadelig voor de lichamelijke en psychische gezondheid en weer aan werk komen kan leiden tot een verbetering van algemene en geestelijke gezondheid (Bouwman et al, 2015; Gold et al, 2014; Verbeek & Smits, 2010; Waddel & Burton, 2006). Deze effecten worden toegeschreven aan een aantal factoren die verbonden zijn aan het hebben van werk, zoals het genereren

van inkomsten, het hebben van een dag- en weekstructuur en toegang tot sociale contacten (van Weeghel & Michon, 2018). Arbeidsdeelname kan zo de basis vormen voor een zelfstandig, actief, sociaal ingebed en zinvol bestaan (van Weeghel & Michon, 2018). Voor mensen die specifiek te maken hebben met psychische problematiek geldt dat werk het zelfvertrouwen kan vergroten en stigmatisering kan tegengaan, vanwege de sociale status die men als werknemer verkrijgt (van Weeghel, 1995; Perkins et al, 2009). Tevens zijn er aanwijzingen dat werk kan fungeren als een soort copingmechanisme in het de baas blijven over symptomen en psychische klachten (Saavedra et al, 2016; Delespaul et al, 2002). Dit laatste is echter zeker niet altijd en voor ieder persoon het geval en hangt af van de specifieke werkomstandigheden. Het ervaren van werkstress, bijvoorbeeld door slechte arbeidsomstandigheden en arbeidsverhoudingen of door het ervaren van stigma op de werkvloer, kan juist een belangrijk gezondheidsrisico vormen en de psychische klachten juist versterken (Saavedra et al, 2016) wat de kans op duurzame arbeidsparticipatie kan verlagen.

1.3 Obstakels

Uit voorgaande paragrafen kunnen we opmaken dat er reële obstakels bestaan voor de doelgroep van mensen met psychische problemen om op een duurzame, zinvolle en gezonde wijze te participeren in het arbeidsproces, terwijl dit door veel betrokkenen wel als belangrijk wordt ervaren. Het is niet eenvoudig om de precieze oorzaken aan te wijzen van dit probleem, niet in de laatste plaats omdat een stevige basiskennis hierover ontbreekt, maar er kan in ieder geval verondersteld worden dat de wisselwerking tussen persoonlijke en maatschappelijke factoren een rol speelt (van Weeghel & Michon, 2018). Zo blijkt bijvoorbeeld dat naast gezondheidsgerelateerde factoren, allerlei persoonlijke factoren (zoals leeftijd, opleidingsniveau, ziekteperceptie, self-efficacy, zelfstigma), sociale factoren (zoals steun, respect, begeleiding en counseling), en werkgerelateerde factoren (zoals aanpassing van arbeidstaken en arbeidsomstandigheden, begrip van werkgever, stigmatisering en discriminatie) een rol kunnen spelen in het al dan niet blijvend en zinvol participeren in het arbeidsproces wanneer er sprake is van gezondheidsbeperkingen (Dekkers-Sanchez et al, 2010). In een artikel van Cook (2006) wordt gewezen op de mogelijk beperktere startkwalificatie door problemen tijdens de studie en verminderde productiviteit door psychische klachten, die in combinatie met stigmatisering en discriminatie op de arbeidsmarkt en werkvloer (zie ook o.a. Livingston & Boyd, 2010; Lasalvia et al, 2013; Thornicroft et al, 2009; Nilsson et al, 2016) en tekortkomingen in het re-integratiebeleid (zie ook Knaeps et al, 2015), voor een aanzienlijke barrière kunnen zorgen.

Als we specifiek inzoomen op het onderwerp stigmatisering, dan laten studies zien dat er bij werkgevers veel negatieve attitudes heersen jegens mensen met psychische aandoeningen (van Weeghel & Michon, 2018). 'Onberekenbaar', 'bedreigend', 'vreemd', 'onvoorspelbaar'; het is een greep uit de beelden die nog steeds in de samenleving en dus ook in de hoofden van werkgevers verankerd zitten (Brouwers, 2016; Mangili et al, 2004; Scheid, 2005; Ucok et al, 2012). Het zijn beelden die zorgen dat mensen met psychische aandoeningen minder kans hebben op werk, ook vergeleken met mensen met een somatische aandoening (Hipes et al, 2015). Het probleem wordt versterkt door het feit dat negatieve ervaringen op dit gebied ook weer leiden tot geanticipeerde discriminatie, zelfstigma, lage zelfachting en lage zelfwerkzaamheid, waardoor veel mensen voortdurend worstelen met het dilemma van openheid (zie ook Corbiere et al, 2014) of zelfs de stap richting werk helemaal niet meer aandurven. Hoe de situatie in Nederland is op het gebied van stigma op de werkvloer, is onbekend.

1.4 Aanpak van de verkenning

Naar aanleiding van de actuele cijfers, in combinatie met de maatschappelijke nadruk op inclusiviteit en het gebrek aan onderzoek, hebben wij een verkenning uitgevoerd naar de achtergronden van de achterblijvende arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen, specifiek in de Nederlandse context. De verkenning, die werd uitgevoerd in het kader van de Landelijke Monitor Ambulantisering, betrof een explorerend, kwalitatief onderzoek onder leden van het panel Psychisch Gezien en re-integratieprofessionals waarbij de volgende vragen centraal stonden:

1. Wat betekent arbeidsparticipatie voor mensen die te maken hebben met psychische problemen? En in het verlengde daarvan: Ervaren mensen een samenhang tussen arbeidsparticipatie en een eventuele versterking van de eigen gezondheid en het persoonlijk herstel?
2. Wat zijn actuele belemmerende factoren bij arbeidsparticipatie? Welke rol speelt stigmatisering?
3. Hoe kan zinvolle, duurzame arbeidsparticipatie naar het oordeel van leden en professionals bevorderd worden?

We kozen ervoor om het begrip arbeidsparticipatie ruim op te vatten en dus niet alleen te focussen op betaalde arbeid maar ook op vrijwilligerswerk. We spraken met in totaal 31 mensen, verdeeld over vier focusgroepen (zie de tabel hieronder). De focusgroepen duurden gemiddeld 2,5 uur en werden, met goedkeuring van betrokkenen, opgenomen, semi-verbatim uitgewerkt en kwalitatief geanalyseerd met behulp van MAXQDA. De belangrijkste bevindingen worden hieronder besproken.

De verkenning	Met wie spraken we?
Focusgroep betaald werk (n=7)	In deze groep spraken we panelleden die momenteel betaald werk hebben. Zij werken in verschillende functies en sectoren: bij de GGZ (als ervaringswerker), een huisartsenpraktijk, een landbouwbedrijf, een recreatiebedrijf, een eigen bedrijf, een overheidsinstantie en in de softwareontwikkeling. Het aantal werkuren varieert van minimaal tien tot maximaal fulltime. Sommigen hebben te maken met gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.
Focusgroep vrijwilligerswerk (n=10)	In deze groep (die vanwege de grootte werd opgesplitst in twee groepen) spraken we panelleden die momenteel een of meerdere vormen van vrijwilligerswerk doen. Zij werken onder andere in een dierenasiel, bij een cliëntenorganisatie, in een organisatie die taallessen geeft, in een maatjesproject, als chauffeur en muzikaal begeleider, in een peuterspeelzaal, in een inloophuis, in een tuinbedrijf, bij een dagbestedingsorganisatie, als bezoeker/vrijwilliger, in een geloofsgemeenschap, bij een kinderdienstencentrum en bij een theaterfestival. Sommigen werken vaste uren per week, gemiddeld zo'n twee à drie ochtenden; bij anderen wisselt het aantal uren per week of per periode. Deelnemers hebben verschillende (arbeids)achtergronden. Sommigen hebben in het verleden betaald werk gedaan, anderen zijn al vanaf de adolescentie arbeidsongeschikt. Alle deelnemers hebben te maken met een arbeidsongeschiktheidsregeling (Wajong, WIA, WAO) of ontvangen bijstand.
Focusgroep geen werk (n=9)	In deze groep spraken we mensen die momenteel geen betaald dan wel vrijwilligerswerk doen. De meeste deelnemers hebben in het verleden wel betaald en/of vrijwilligerswerk gedaan maar zijn daar (steeds weer) uitgevallen door ernstige/aanhoudende psychische klachten. Alle deelnemers hebben te maken met een arbeidsongeschiktheidsregeling (Wajong, WIA, WAO) of ontvangen bijstand.
Focusgroep professionals (n=5)	In deze groep spraken we met arbeidsre-integratieprofessionals die zich in hun dagelijkse werk bezighouden met het toeleiden van mensen met psychische problemen naar een, bij voorkeur betaalde, baan. Onder hen waren vier professionals die vanuit behandelteams, IPS trajecten uitvoeren voor het UWV en gemeenten, en één jobcoach.

2 Resultaten focusgroepen

2.1 De betekenis van werk

2.1.1. Positieve functies

Wanneer we aan de panelleden die een reguliere baan hebben, vragen wat werken voor hen betekent, benoemen zij in eerste instantie veel van de zaken die we in de literatuur ook vinden: het biedt **contact** met anderen (*"Je werkt met mensen, dat vind ik leuk, ik heb collega's, dat is een fijne manier om contact te hebben met mensen."*), het biedt **structuur** (*"Dag-structuur en regelmaat: dat vind ik niet saai maar heel prettig."*), het is een manier om **actief** te blijven (*"Ik wilde dingen doen, want dingen doen is wat bij mij past."*), en het geeft je het gevoel iets **zinvols** te doen en daarvoor gewaardeerd te worden (*"Dit is voor mij het belangrijkste, dat je thuis komt en denkt, ik heb iets nuttigs gedaan."*). Panelleden die vrijwilligerswerk doen, benoemen overigens dezelfde punten. Veel van hen zijn (vaak op advies van een behandelaar) gestart met vrijwilligerswerk om weer onder de mensen te komen en een situatie van leegte en inactiviteit te doorbreken (*"Ik kom uit echt helemaal niks, snap je. Ik was alles kwijt"*). Ook het punt van zinvol bezig zijn en gewaardeerd worden, speelt voor vrijwilligers een rol. Het gaat dan meestal om het gevoel iets voor anderen te kunnen betekenen (*"Iets kunnen betekenen voor iemand vind ik persoonlijk wel heel fijn."*).

Hoewel het niet geldt voor iedereen, is werken voor een deel van de panelleden die we spraken niet alleen een zinvolle manier om (weer) bezig te zijn, maar inderdaad ook een copingmechanisme in het omgaan met de psychische klachten zelf. Zowel in de focusgroep met mensen met betaald werk als in de groep vrijwilligers komt ter sprake dat het werkritme en het contact op de werkvloer eraan kunnen bijdragen dat je beter stabiel blijft, dat je meer energie hebt en dat het beter lukt om negatieve stemmingen en een sociaal isolement te voorkomen.

"Ik denk dat werken mijn beste medicijn is. Zo ervaar ik dat, is een levensbehoefte. Als ik niet zou werken zou ik meer pilletjes nodig hebben, zeker weten" (deelnemer betaald werk).

"Ik doe vrijwilligerswerk puur ter bestrijding van de psychische klachten" (deelnemer vrijwilligerswerk).

2.1.2. De andere kant van het verhaal

"Het ligt eraan hoe je de vraag stelt of wij de positieve of juist ingewikkelde kanten van werk benoemen" (deelnemer betaald werk).

Het feit dat (al dan niet betaalde) arbeidsparticipatie contact, structuur en activering biedt, een zinvolle tijdsbesteding kan zijn en zelfs kan helpen om psychische symptomen te managen, is een belangwekkend gegeven. Tegelijkertijd werd het in de gesprekken met panelleden al snel duidelijk dat hiermee slechts een deel van het verhaal over de betekenis van werk is verteld. De focusgroepeelnemers die deze positieve werking ook daadwerkelijk ervaren, hebben veelal een lange reis afgelegd om op het punt te komen dat (duurzaam) functioneren in een betaalde- dan wel vrijwilligersbaan ten eerste lukt en ten tweede ook nog persoonlijk iets opbrengt. Zij hebben een plek gevonden die voor hen werkt, waarmee ze aardig tevreden zijn en waarbinnen ze voor zichzelf een balans hebben gevonden in het omgaan met de eisen die een werkplek stelt in combinatie met de uitdagingen die psychische problemen met zich meebrengen. Voor anderen geldt dat zij de benoemde positieve opbrengsten van werk vooral zien als 'potentiële' opbrengsten, die zij zelf in de praktijk slechts deels, of alleen af en toe, ervaren. Werkelijk contact kunnen maken met collega's, een haalbare weekstructuur creëren en het werkritme volhouden, is voor velen een grote opgave, en zelfs als men het werk zelf als zinvol ervaart, betekent dat nog niet dat het hele leven daarmee automatisch zinvol wordt. Andersom, voelen mensen wel dat als het zou wegvallen, de impact enorm zou zijn, en juist dat maakt de discussie over de betekenis van werk zo gelaagd, aldus deelnemers. Het lijkt erop dat de betekenis van werk alleen kan worden begrepen als het belang ervan en de bijbehorende worstelingen in samenhang worden gezien.

“Dat is nou juist wat er bij mij schuurt. Ik ben aan de ene kant een mensenmens, maak ogenschijnlijk makkelijk contact op het werk en beweeg me daar ogenschijnlijk makkelijk tussen, maar van binnen is het een en al conflict” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Het is niet zo dat ik me niet gewaardeerd voel want mensen zijn hartstikke blij met me. Maar het haalt het rotgevoel niet weg” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Het is een voortdurende strijd. Maar als je het niet doet, dan heb je niets meer, dan ben je ook het contact met de maatschappij kwijt” (deelnemer betaald werk).

2.1.3. Beelden over zelfredzaamheid

Een van de onderwerpen die in de gesprekken over de gelaagde betekenis van werk steeds terug kwam, is het maatschappelijke denkbeeld over werk. Voor de meeste deelnemers met een betaalde baan geldt dat de motivatie om het werk vol te houden voor een belangrijk deel samenhangt met waarden als zelfredzaamheid, onafhankelijkheid, met andere woorden: het gevoel voor jezelf te kunnen zorgen. Tegelijkertijd plaatsen zij vraagtekens bij de rol die maatschappelijke kaders en denkbeelden spelen in de eigen wens om zelfredzaam te (kunnen) zijn. Een van de deelnemers: *“Je wordt geacht in deze maatschappij om te werken. Maar het is en blijft ingewikkeld, wat is onafhankelijk zijn?”*. Deelnemers zijn het erover eens dat de algemene tendens is dat je met betaald werk gewoonweg meer meetelt in de samenleving. De prijs die je daarvoor betaalt is dat je moet zorgen dat je ‘in het systeem past’. Juist dat is niet vanzelfsprekend als je te maken hebt met een psychische kwetsbaarheid, en het is de vraag of het überhaupt wenselijk is, aldus deelnemers. Sommigen geven aan dat hun kwaliteit van leven erop vooruit zou gaan als ze een vrijwilligersbaan zouden hebben in plaats van een betaalde baan, omdat daarbinnen meer ruimte is voor (psychische) diversiteit.

“We hebben gemeenschappelijk dat we bijzondere mensen zijn, we gaan niet altijd mee met de stroom. Dat is positief en negatief” (deelnemer betaald werk).

“Met een basisinkomen zou ik alleen vrijwilligerswerk doen waarschijnlijk. Dan kon ik doen wat ik belangrijk vind” (deelnemer betaald werk).

Ook de deelnemers van de focusgroep met mensen met vrijwilligerswerk benoemen hoe hun oordeel over de betekenis van werk wordt gekleurd door maatschappelijke normen. Vrijwilligerswerk doen, betekent dat je het idee van zelfredzaamheid los moeten laten en moet accepteren dat vrijwilligerswerk een ‘lager aanzien’ geniet. Dit is een uitdaging aangezien de boodschap vanuit instanties, de politiek, de media en ook gewoon vanuit mensen die je tegenkomt, steeds is, dat betaald werk ‘beter’ is.

“Ook het voorbeeld van mijn woonbegeleidingsorganisatie die heeft als doel dat 90% van de cliënten een halve werkweek, 20 uur, aan het werk is, het liefst betaald werk. Dan denk ik, ik haal 7 uur in de week, ben ik dan een loser die tot die tien procent hoort? Terwijl ik voor mezelf weet, dat ben ik niet, want die 7 uur, in combinatie met een huishouden en mezelf op de rit houden, is voor mij een 40-urige werkweek” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik wou dat ik werk kon doen waarvoor ik opgeleid zou zijn. En ook betaald. Maar wel zonder de stress van het betaald werk. En dat kan alleen als ik niet ziek zou zijn” (deelnemer vrijwilligerswerk).

De opvatting dat betaald werk beter zou zijn dan vrijwilligerswerk, hangt volgens de vrijwilligers ook samen met de negatieve sentimenten rond het ontvangen van een uitkering. Iedereen is zich er bewust van dat de opvatting bestaat dat mensen met een uitkering lui zijn, geen zin hebben om zich in te zetten en profiteren van anderen. Bijna iedereen heeft wel een voorbeeld van een situatie waarin hij of zij zich moest verantwoorden voor het feit dat hij geen betaald werk doet, waarop ze dan ook nog vaak de reactie krijgen: ‘wat goed dat je in ieder geval nog vrijwilligerswerk doet’. Het denkbeeld van vrijwilligerswerk als tegenprestatie voor een uitkering sluit niet aan bij de eigen beleving en wordt door de vrijwilligers als ronduit kwetsend ervaren.

“Je wilt van nut in het leven zijn, voor de maatschappij, voor jezelf. Daar ligt ook een stuk van de drijfveer om vrijwilligerswerk te doen. Maar dat moet niet gekoppeld zijn aan die uitkering” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik merk als je niks doet, dat mensen dat echt erg vinden. Vrijwilligerswerk zien ze dan als 'tenminste iets'” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik heb een Wajong, maar daar kijkt men ook zo negatief naar. Politiek is er ook hard in. Zo van: je profiteert maar. Maar je moest eens weten. En dat vind ik dan zo oneerlijk dat men denkt die zit lekker op de bank en geniet lekker van een Wajong uitkering. Ik zou liever betaald werk hebben als dat zou kunnen” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Voor de meeste vrijwilligers geldt dat zij vrijwilligerswerk niet (meer) zien - en ook niet willen zien - als een 'opstap' naar betaald werk. Vrijwilligerswerk heeft voor hen een waarde op zichzelf en in veel gevallen kiest men er ook bewust voor, omdat het beter aansluit bij de eigen belastbaarheid en wensen dan betaald werk. Volgens deelnemers is het de kunst om daarbij de druk op zelfredzaamheid en de negatieve beelden over vrijwilligerswerk niet te internaliseren, want dat doet de kwaliteit van leven en het zelfvertrouwen geen goed. Sommigen vinden dit moeilijk en voor hen blijft er een bepaald gevoel van minderwaardigheid bestaan. Anderen hebben het echt los kunnen laten en een manier gevonden om zich er ook niet meer door te laten raken.

“Ik probeer altijd uit te leggen dat je verzekeringsgeld krijgt. Ik heb daar mijn hele leven voor gewerkt en betaald, en omdat ik helaas ziek ben geworden maak ik nu gebruik van die verzekering. Als je zegt uitkering dan zeggen mensen je bent een uitkeringstrekker, wij werken voor jou. Werken voor mij? Ik heb van mijn 16e tot mijn 46e gewerkt” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Voor mij persoonlijk is het zo dat als iemand miljoenen verdient met ondermijnende activiteiten dat die voor mij veel lager in aanzien staat dan die persoon die vrijwilligerswerk doet” (deelnemer vrijwilligerswerk).

2.1.4. En wat betekent werk voor de mensen die geen werk hebben?

In de focusgroep met mensen die geen betaald werk of vrijwilligerswerk doen, had het gesprek over de betekenis van werk een andere lading dan in de andere groepen. Werk heeft voor deze deelnemers vrijwel alleen (nog maar) een negatieve connotatie, voor sommigen omdat het nooit gelukt is om überhaupt deel te nemen in het reguliere arbeidsproces, voor anderen omdat ze juist in of zelfs door het arbeidsproces zelf, ernstige klachten hebben ontwikkeld. Ook pogingen tot vrijwilligerswerk hebben voor deelnemers, op een enkeling na, niet tot een succeservaring geleid, vaak omdat het gewoonweg niet ging maar ook omdat men zich daarbinnen bijvoorbeeld niet prettig bejegend voelde, waardoor de kracht om daarin nog iets te proberen vaak al lange tijd geleden is uitgedoofd.

Hoewel een enkeling uitsprekt dat er nog steeds een kleine wens bestaat om, afhankelijk van hoe het gaat op gezondheidsgebied, ooit nog 'iets' te gaan doen op het gebied van werk, leeft dit idee bij deelnemers over het algemeen niet meer. 'De dag doorkomen' is wat ze bezighoudt: men runt het huishouden en verdriift de tijd met activiteiten zoals fietsen, wandelen, in de tuin werken, een creatieve bezigheid, een computerspelletje, een klusje, een hondje uitlaten of met iemand afspreken. Deelnemers geven aan dat alleen al het ondernemen van zo'n kleine activiteit, een grote en niet vanzelfsprekende opgave is. *“Daar moet ik me echt toe dwingen om mee bezig te zijn. Dat is mijn leven op dit moment”*. Het merendeel van de groep heeft naast psychische problemen ook nog te maken met lichamelijke aandoeningen en leeft een teruggetrokken bestaan in de marge.

“Het zou in mijn aard liggen dat ik wat meer doe, maar het lukt niet, soms ligt alles helemaal stil” (deelnemer geen werk).

“Er zit gewoon niet veel in. Het minimale van het minimale” (deelnemer geen werk).

“Ik ben totaal zinloos bezig, vaak met computerspelletjes, maar ik ben niemand tot last, ik ontregel niet” (deelnemer geen werk).

De groep deelnemers zonder werk loopt er, net zoals de vrijwilligersgroep en nog meer, tegenaan dat er een maatschappelijke druk ligt op ‘zinnig participeren’, waarbij ‘zinnig’ al snel gekoppeld wordt aan (betaald) werk. De situaties waarin wordt gevraagd ‘wat doe jij eigenlijk in het dagelijks leven?’ blijven daardoor pijnlijk, zo erg dat sommige deelnemers sociale gelegenheden om die reden vermijden. Men geeft aan te worstelen met het beeld dat mensen die niet werken ‘niets bijdragen’ en ‘er niet bij horen’, en hekelen het feit dat er zo weinig maatschappelijke bereidheid lijkt te zijn om aan te sluiten bij de verhalen van mensen die buiten die kaders van normaliteit vallen. Ook in deze groep geldt dat het sommigen lukt de bestaande normen en beelden los te laten, en dat anderen daar meer moeite mee hebben.

“Het wordt je zo opgelegd door de samenleving om te moeten werken. Heb ik jaren aan meegedaan maar ik denk als ik dat los laat dat het veel beter met me gaat” (deelnemer geen werk).

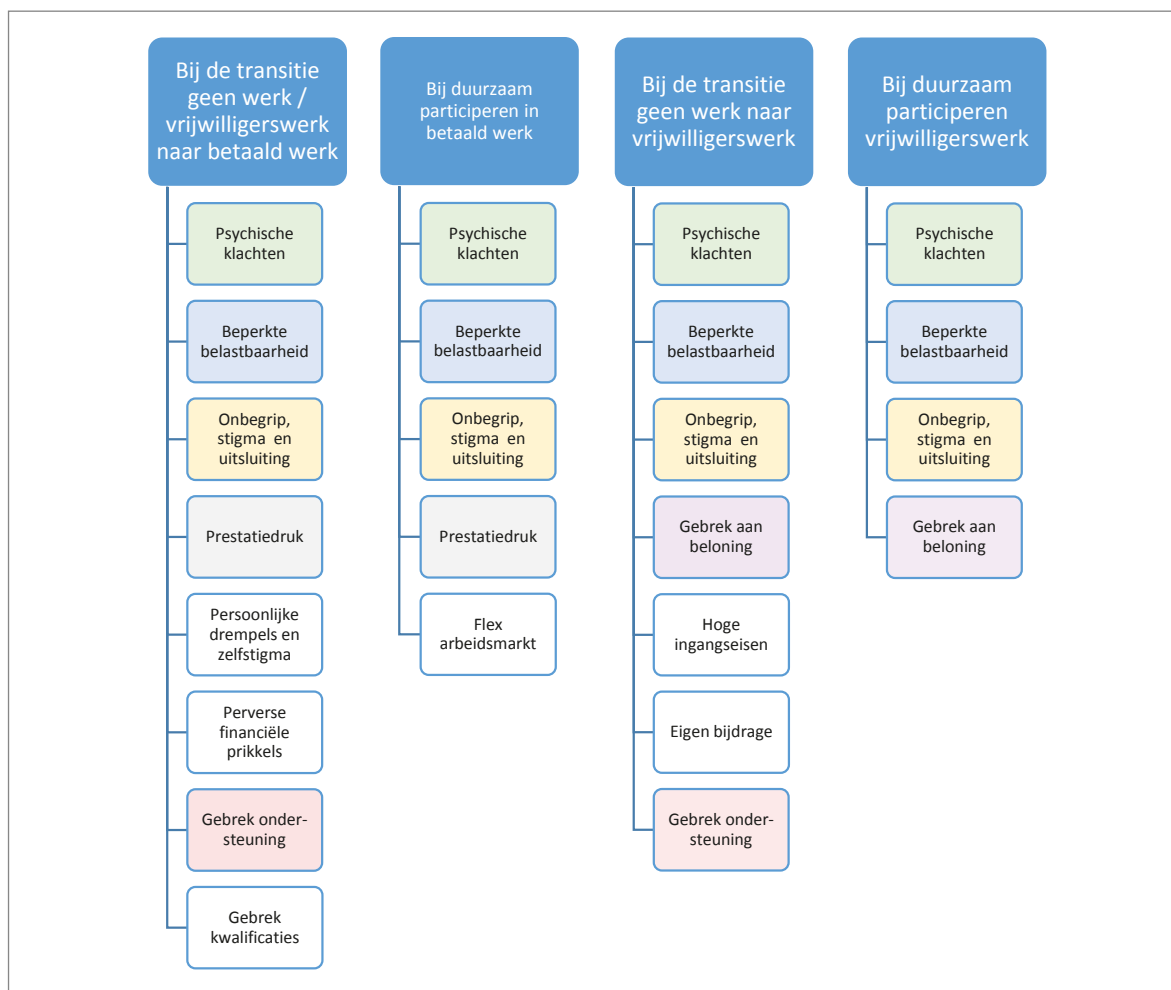
“Ook als je ergens komt, op een verjaardag, het eerste wat men vraagt is: wat doe jij tegenwoordig? En dan zie je ze gewoon kijken als ik zeg: niks. En dan denk ik weer aan wat je in de Telegraaf leest over ‘ach ze moeten gewoon de bijstandsuitkering afschaffen, dan gaan mensen wel werken’. Het stigma wat er heerst is en blijft dat mensen die niet werken, lui zijn” (deelnemer geen werk).

“Het is eigenlijk geen leven wat je doet, maar overleven of ‘leven met’. Overleven in een boze buitenwereld die van alles van je denkt, en van alles van je wil. Dat is heel lastig, echt een strijd, om nog een beetje gelukkig te kunnen zijn” (deelnemer geen werk).

2.2 Belemmerende factoren bij arbeidsparticipatie

In de vorige paragraaf zagen we dat de vraag over de betekenis van arbeidsparticipatie veel oproept en dat opvattingen van panelleden over werk niet los gezien kunnen worden van hun persoonlijke ervaringen en van de manier waarop er maatschappelijk wordt aangekeken tegen werk en zelfredzaamheid. We zagen dat werken het verschil kan betekenen tussen ‘erbij horen’ en een bestaan in de marge (vrijwilligers ervaren in dat opzicht een tussenpositie), maar dat voor mensen met psychische problemen niet altijd geldt dat zij kunnen (of willen) participeren onder de voorwaarden die de samenleving daaraan stelt. Om doelstellingen zoals inclusiviteit te bereiken is het van belang om de blik op arbeidsparticipatie te verruimen en meer zicht te krijgen op de redenen waardoor stappen richting arbeidsparticipatie en het duurzaam continueren van arbeid, in de praktijk zo ingewikkeld blijken. In dit kader hebben we in de focusgroepen expliciet gevraagd naar wat de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen belemmert. Hieronder een overzicht van de belangrijkste thema's die door focusgroepdeelnemers naar voren werden gebracht. Zoals te zien, zijn er drie hoofdthema's die een rol spelen over de hele linie van arbeidsparticipatie: de psychische problemen an sich, de beperkte belastbaarheid die daaruit voortkomt en het thema onbegrip, stigma en uitsluiting. Een vierde hoofdthema gaat over de belangrijkste specifieke belemmeringen bij betaald werk (prestatiedruk) en onbetaald werk (gebrek aan beloning), waarbij beide belemmeringen een samenhang lijken te hebben. Vervolgens zijn er nog enkele kleinere thema's die specifiek betrekking hebben op de transitie naar - of het duurzaam behouden van - betaald dan wel vrijwilligerswerk. Hieronder worden eerst de hoofdthema's en daarna de specifieke thema's besproken.

Figuur 1 Welke belemmeringen bij arbeidsparticipatie worden door focusgroepeelnemers benoemd?



2.2.1. Psychische problemen: “een baan op zich”

De panelleden die wij spraken, hadden uiteenlopende ervaringen met wel werken, niet-werken, gedeeltelijk werken, uitval, re-integratie en arbeidsongeschiktheid, maar een thema dat in ieders verhaal terugkwam is het feit dat de psychische klachten zelf, - de strijd die men dagelijks voert om met deze klachten om te gaan en de bijbehorende lijdensdruk -, de voornaamste belemmeringen vormen in pogingen tot uitbreiden dan wel duurzaam volhouden van arbeidsparticipatie. Dit klinkt als een open deur maar opvallend genoeg wordt de zwaarte van het psychisch lijden volgens deelnemers juist te vaak gebagatelliseerd, waardoor onterecht het beeld bestaat dat alle mensen met psychische problemen in principe ‘gewoon’ zouden moeten kunnen deelnemen in regulier werk, en anders (op zijn minst) in vrijwilligerswerk. De realiteit is dat op momenten of in periodes dat het lijden zwaar is, alle andere zaken in de knel komen, zo ook het werk. Dat zijn de momenten dat uitval ontstaat, re-integratiepogingen mislukken en dat eventuele werkwensen in sluimerstand worden geplaatst.

“Als de klachten heel erg zijn, dan word ik helemaal opgeslokt daarin. Dan is de buitenwereld daar, maar dan ben ik alleen maar met mezelf bezig” (deelnemer zonder werk).

“Ik kan nu bijvoorbeeld een projectaanvraag doen en dat gaat helemaal goed, maar over een maand kan het misschien wel helemaal niet lukken. Dat vind ik het ook het lastigste, dat is de rode draad. Iedere keer ergens mee beginnen en dan gaat het een tijdje goed en dan steeds is er dat moment dat het niet meer gaat” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik heb een bipolaire stoornis. Dat gaat maanden goed en dan maanden ietsje minder goed en ook maanden dat het helemaal niet gaat. Ging in het begin goed, was allemaal geen probleem. Maar ik zat in de zakelijke wereld en op een gegeven moment was de aandacht daar weg, en dan moet je mee. Dat wil je graag, dus in het begin dan gaat dat vrij stevig en goed, maar je holt jezelf uit en op een gegeven moment ben ik in een psychose geraakt en was het snel afgelopen” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Voor veel panelleden geldt, zoals in de citaten hierboven, dat zij al langdurig of steeds terugkerend te maken hebben met psychische klachten en dat deze keer op keer interfereren met arbeidsparticipatiepogingen. Bij een deel speelt mee dat psychische klachten pas laat in het leven werden (h)erkend, en dat zij lange tijd in onzekerheid zijn geweest over waarom het werken niet of zo moeizaam verliep. Voor de één staan daarbij concentratiestoornissen op de voorgrond, de ander loopt telkens vast in de sociale interactie, weer een ander kampt met dwingende depressieve gevoelens, angsten, verslavingsgedrag of stemmen die het werken belemmeren, of raakt snel overprikkeld. In het algemeen wordt benoemd dat psychische klachten het soms ‘helemaal overnemen’ en dat doet dan een zodanig beroep op eigen inspanningen tot zelfmanagement dat het wordt ervaren als een ‘baan op zich’ om jezelf ondanks psychische kwetsbaarheid staande te houden. Psychische problemen hebben daardoor een grote invloed op de algehele belastbaarheid van mensen, waarover in de volgende subparagraaf meer.

“Je hebt verschillende vormen van werk, je hebt ‘betaald werk, je hebt vrijwilligerswerk, maar er is nog een vorm van werk waar wij mee te maken hebben, en dat is hard werken om ondanks psychische kwetsbaarheid toch actief te blijven, de moed te vinden om te reizen, het huis schoon te maken, mensen te bezoeken, energie te verdelen, te voorkomen dat je onderuit gaat. Het is heel hard werken om psychisch kwetsbaar te zijn” (deelnemer vrijwilligerswerk).

2.2.2. Beperkte belastbaarheid

We zagen eerder al dat mensen die vrijwilligerswerk doen of geen werk hebben, druk ervaren vanuit de maatschappij om de transitie te maken naar ‘meer participatie’, bij voorkeur in betaald werk. Voor de meesten geldt echter: te weinig doen is niet goed, maar te veel doen ook niet. Maar hoeveel ‘weinig’ en ‘veel’ precies is, is per individu ontzettend verschillend, en kan ook nog fluctueren door de tijd heen. Daarom blijft het uitbouwen van, en duurzaam volhouden van participatie voor panelleden altijd “passen en meten”: steeds kijken wat er (verder nog) mogelijk is, maar ook voorkomen dat men zichzelf niet forceert waarmee men alleen maar verder van huis raakt.

Voor een groot deel van de geïnterviewde panelleden geldt dat zij vroeger in betaalde banen hebben gewerkt, daar zijn uitgevallen, en thuis zijn komen te zitten. Zij hebben vervolgens langzaam hun activiteitenlevel geprobeerd uit te bouwen, wat afhankelijk van de aard en ernst van de psychische klachten, lukte of stagneerde. Voor mensen in de geen-werk groep bleek het dagelijks leven al zo'n grote belasting, dat de energie om de transitie naar bijvoorbeeld vrijwilligerswerk te maken of dat vol te houden, ontbrak. Voor de mensen in de vrijwilligersgroep volgde een zoektocht naar een passende vrijwilligersbaan, dat wil zeggen: inhoudelijk leuk maar vooral ook persoonlijk haalbaar. De vrijwilligers hebben in deze zoektocht van alles geprobeerd, en zijn daarbij ook regelmatig tegen hun grens aan gelopen, gestopt en weer met iets anders begonnen. Sommigen geven aan nu (eindelijk) een vorm te hebben gevonden die werkt, voor anderen is de balans nog steeds precair. Alle vrijwilligers die wij spraken geven aan dat de grenzen van de eigen belastbaarheid, de reden vormen dat ze niet terugkeren in betaald werk.

“Ik zit altijd op de grens van wat ik aan kan, ik zoek continu de grenzen op van belastbaarheid” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik ben begonnen met het idee zo van nou ja ik ga via vrijwilligerswerk een opstap naar betaald werk doen. Dat bleek niet te gaan, ik bleek niet uit te kunnen bouwen. Ik zit op de grens met die 7/8 uur” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik denk zelf dat het heel lastig is om terug te keren in de betaalde arbeidsmarkt. Er is mij dit jaar een baan aangeboden door mijn oude werkgever. Ik heb nog steeds contact met mijn collega's, die weten wat er speelt. Ik zou dan met zo'n werkervaringsplek kunnen beginnen. Ik ben daar niet aan begonnen. (...) Ik weet dat ik slechte dagen heb, die moet ik kunnen hebben. Fysiek en mentaal” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Het feit dat de eigen belastbaarheid beperkt is, is voor veel deelnemers een moeilijk gegeven. Vaak wil men meer dan wat het lichaam en de geest aankunnen, en dat levert frustratie en verdriet op. Men spreekt dan ook van een (lang) proces van het leren accepteren van de eigen grenzen, waarbij het de uitdaging is de mogelijkheid niet uit te sluiten dat de grenzen nog ooit weer kunnen verruimen maar niet teleurgesteld te zijn als dat nooit gebeurt. Voor velen is het serieus nemen van de eigen grenzen en daarnaar handelen, een blijvende opgave.

“Ja dat is die ene kant van mij die heel graag wil, het ambitieuze stuk. Het is soms heel frustrerend. Daar loop ik heel erg tegenaan. Ik word daarom namelijk heel erg gauw overschat, dat mensen allerlei dingen van mij verwachten, wat ik niet waar kan maken” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik moet bezig zijn, onder de mensen, structuur, maar mijn lijf zegt heel vaak: rust” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Mijn kwaliteiten kwamen wel heel goed naar voren in die functie die ik had in het ziekenhuis. Maar fysiek en mentaal zou ik misschien maar de helft van de uren kunnen. Dat wordt dan heel erg lastig, want waar kan je dat doen. Dat kinderdienstencentrum waar ik nu vrijwillig werk, is heel leuk maar daar werken de mensen van acht uur 's ochtends tot vijf uur 's middags. Nou dat red ik nog niet eens 1 dag. Dat is gewoon niet realistisch, maar wat dan wel” (deelnemer vrijwilligerswerk).

2.2.3. Onbegrip, stigma en uitsluiting

“Ik denk echt dat de kern van dit onderwerp is dat mensen het echt gewoon te moeilijk vinden met iemand die een handicap heeft” (deelnemer geen werk).

Naast de invloed die psychische klachten hebben op het dagelijks leven, en de beperkingen in belastbaarheid die daaruit voort kunnen komen, werd in de focusgroepen bevestigd dat onbegrip, stigma en uitsluiting belangrijke belemmeringen vormen voor arbeidsparticipatie. Het gaat daarbij in de kern om de vraag welke ruimte er in de samenleving en op de arbeidsmarkt beschikbaar wordt gemaakt voor mensen die te maken hebben met psychische klachten. Het gaat om de bereidheid om mensen een kans te geven, een plek te bieden die aansluit bij iemands mogelijkheden en beperkingen en iemand daarin als volwaardig persoon te benaderen in plaats van als psychiatrisch patiënt. De deelnemers hadden vrijwel allemaal wel een concreet voorbeeld te vertellen waarbij deze bereidheid er, bijvoorbeeld bij werkgevers, niet was.

“Het is het maatschappelijk discours dat psychische problemen niet worden geaccepteerd” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Als er bij een werkgever zo'n sfeer heerst van jij hoort niet bij ons want je bent anders, dan kun je het wel schudden” (deelnemer betaald werk).

Onbegrip bij werkgevers

Allereerst wordt benoemd dat er bij werkgevers een gebrek aan kennis is over wat psychische aandoeningen inhouden. Dit leidt er enerzijds toe dat men snel vervalt in stereotype beelden die eenzijdig, en vrijwel altijd onjuist zijn, en anderzijds dat er weinig begrip en ondersteuning is voor de daadwerkelijke beperkingen. Onbegrip en onbekendheid bij de werkgever worden door veel van de deelnemers genoemd als enkele van de belangrijkste belemmerende factoren voor duurzame arbeidsparticipatie, vooral omdat hierdoor het eerlijke gesprek over wat de klachten inhouden en wat er wel en niet mogelijk is, niet gevoerd wordt.

“Als je steekjes laat vallen en meteen de laan uitgestuurd wordt, dan kun je je heel depressief voelen. Je kunt een taak redelijk goed, maar als je taken laat vallen, sommigen begrijpen het niet. Ik zit nu op een plek dat is hartstikke fijn, geweldig, er wordt telkens gezegd gaat ie nog, kan ik ergens mee helpen, daar kun je over sparren. Ik voel gewoon dat het goed is. Als dat met betaald werk ook zo zou zijn, dan gedij ik daarop. Maar daar schieten werkgevers vaak in te kort” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Als ik denk aan stigma dan denk ik dat mensen vaak denken voor je, en dan helemaal verkeerd. Dat ze denken van: zij heeft dat en dat dus ik zal haar maar niet vragen want dat is te veel voor haar. Dat merk ik dat ik heel lastig vind. Want de ene dag gaat het wel en de andere dag misschien niet, maar ik wil dat zelf kunnen aangeven” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik merk dat ik het over fysieke dingen veel makkelijker vind dan over psychische dingen. Omdat mensen je aan gaan staren van wat moet ik daar nou mee. Zonder dat kunnen ze behappen, maar op het moment dat je het over depressie hebt, dan haken ze af” (deelnemers vrijwilligerswerk).

De deelnemers van de focusgroep met re-integratieprofessionals die mensen met psychische problemen proberen terug te leiden naar betaald werk, herkennen dit beeld. Zij ervaren dat sommige werkgevers in eerste instantie veel begrip lijken te hebben voor het feit dat iemand psychische klachten heeft, maar dat als puntje bij paaltje komt, het begrip van wat dat inhoudt, tegen kan vallen. De mogelijkheden van de werknemer worden dan te laag of juist te hoog ingeschat, de verwachtingen gaan uiteenlopen en er kunnen spanningen ontstaan, wat er uiteindelijk toe kan leiden dat mensen na een korte periode alweer ontslagen worden. Bij navraag door de re-integratieprofessional bij de werkgever blijkt dan dat het ‘al een tijdje niet lekker liep’, of dat ‘mensen zich ergerden’. Maar in plaats van het gesprek hierover aan te gaan met de medewerker en de re-integratieprofessional om tot een oplossing te komen, grijpt de werkgever laat of niet in.

“Pas als ze klaar zijn met elkaar, kom je erachter. Of afspraken worden niet nagekomen, zoals bijvoorbeeld over de structuur in uren, dat de werkgever daar mee akkoord gaat en dat het na contract tekenen opeens niet meer kan” (re-integratieprofessional).

“Ze zeggen vaak we begrijpen het, maar het komt niet ‘echt’ over. Er is eigenlijk meer nodig dan uitleg. Echt coaching, training en begeleiding op de werkvloer. Sommige werkgevers doen dit ook, maar moet je ook willen en dan ligt er ook weer een soort stigma of bijzonderheid op” (re-integratieprofessional).

Opvallend genoeg spelen thema's als onbegrip en uitsluiting ook binnen de vrijwilligerswereld. Hoewel sommige deelnemers met een vrijwilligersbaan juist een hele inclusieve en accepterende sfeer ervaren binnen hun werk zijn er ook deelnemers die hierin hele negatieve ervaringen hebben opgedaan. Zo vertelt een deelnemer dat hij wel eens is afgewezen bij een vrijwilligersbaan waarbij de leidinggevende aangaf dat het niet door kon gaan omdat ‘iemand zenuwachtig van hem werd’. Twee andere deelnemers hebben negatieve ervaringen met de vrijwilligerscentrale, waar gesprekken al snel stukliepen wanneer de psychische problemen ter sprake kwamen.

“Ik heb nog een poging gedaan om vrijwilligerswerk te proberen, maar dat is niet gelukt. De vrouw bij de vrijwilligerscentrale zei: ‘Luister eens, die organisaties die vrijwilligers zoeken zitten niet te wachten op iemand met autisme die begeleid moet worden. Organisaties gaan geen betaalde kracht inzetten om jou te begeleiden als ze ook een vrijwilliger kunnen kiezen die ze niet hoeven te begeleiden’” (deelnemer geen werk).

“Ik heb toen ze voor de eerste keer vroeg, recht door zee: ‘ik neem aan dat u een bepaalde achtergrond heeft, anders zoekt u geen vrijwilligerswerk’ en ‘waar moeten we rekening mee houden’ zo gedetailleerd mogelijk uitgelegd wat de omstandigheden zijn van mijn handicap. Dat ik bijvoorbeeld soms een mini-blackoutje heb, soms zeg ik ‘wil je dat nog een keer herhalen’, heel af en toe stemmingswisselingen. Maar dan leg ik dat dus gedetailleerd aan haar uit, maar blijkbaar was dat niet genoeg. Ik denk wel zo, laat ik het dan toch maar gewoon bij de oude naam noemen

een keer, dat de terminologie schizofrenie vanuit vroeger, dat mensen dat het meest gek vonden of vinden, of dat ze daar het minst feeling mee hebben. Het is denk ik een handicap waar denk ik toch wel een van de grootste taboes op liggen" (deelnemer geen werk).

Ook bij het duurzaam volhouden van vrijwilligerswerk, kan beeldvorming een belemmering vormen, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld:

"Eind februari word ik depressief, ik heb drie hooguit vier telefoontjes gehad. Kreeg ik een telefoontje van die collega die eerder had gezegd 'we houden van je', van kan ik een keer bij je komen, ik zeg prima, zegt ze 'bel ik je volgende week even wanneer'. Helemaal niks. Dan wordt het voor mij nog moeilijker om die stap terug naar het vrijwilligerswerk te zetten. En dat vind ik zo jammer. Als je iets lichamelijks mankeert dan krijg je alle aandacht, niks mis. En ze weten echt niet hoe ze hiermee om moeten gaan" (deelnemer vrijwilligerswerk).

Onbegrip bij instanties

Wat in de focusgroepen met vrijwilligers en mensen zonder werk naar voren kwam, was dat de thema's onbegrip, stigma en uitsluiting ook een rol spelen in het contact met instanties zoals het UWV. Men ervaart dat als het gaat om arbeidsbeperkingen, er vaak heel zwart-wit wordt gedacht. Ofwel de boodschap is: je kunt helemaal niks, of de boodschap is: je kan gewoon meedoen (alsof er niks aan de hand is). In beide gevallen is er sprake van een ongenueanceerde benadering van de persoon en zijn klachten, en in beide gevallen kan dit een aanzienlijke belemmering vormen voor arbeidsparticipatie. Vrijwilligers geven aan dat in het eerste geval, de bejegening ertoe leidt dat iemand zijn vertrouwen verliest in de eigen kracht en mogelijkheden. In het tweede geval kan de druk die er gelegd wordt op participeren, voor zoveel stress zorgen dat de stappen die iemand wel heeft kunnen zetten op dat gebied, teniet worden gedaan. Dat laatste blijkt vooral uit de verhalen van vrijwilligers die in het tussengebied zitten tussen arbeidsongeschiktheid en participeren. Zij hebben telkens opnieuw te maken met herkeuringen die in de ogen van deelnemers steeds eenzijdiger gericht zijn op het aantonen van arbeidsvermogen, zonder daarbij echt oog te hebben voor het hele verhaal van de persoon, inclusief de worstelingen die men ervaart. Deelnemers hebben het gevoel dat instanties niet goed snappen wat het inhoudt om te leven met psychische problemen. *"Ik zie er niet ziek uit, dus ben ik niet ziek in hun ogen"*, aldus een van de deelnemers. Voor velen is het daarom een hele strijd om uit te leggen hoe hun leven eruitziet, en zijn er brieven van de psychiater nodig voordat er enig begrip ontstaat.

"Vorig jaar had ik een herkeuring. Dan moet je aangeven: doe je vrijwilligerswerk. Het stond er niet letterlijk maar dat geeft u wellicht perspectief op... (betaald werk). Dan willen ze je daarmee in een re-integratietraject jagen. Aan de ene kant snap ik het maar als je al niet lekker in je vel zit en tegen de grenzen loopt, dan voelt dat niet goed" (deelnemer vrijwilligerswerk).

"Ik heb vorig jaar onwijs hard gevochten met het UWV om de beoordeling 'geen arbeidsvermogen' te krijgen. Want als iets me stress geeft dan is dat het" (deelnemer vrijwilligerswerk).

"Bij mijn herkeuring is er een psychiatrisch verpleegkundige meegegaan en een dikke brief van de psychiater. Dat heeft eraan bijgedragen dat ze de boel serieus namen. Maar bij iedere herkeuring moet je opnieuw beginnen" (deelnemer vrijwilligerswerk).

"Het UWV houdt ook in de gaten wat je bij het vrijwilligerswerk precies doet. Als je verantwoordelijker (coördineren etc.) taken gaat doen, dan kunnen ze dat meenemen in de beoordeling arbeidsvermogen. Men snapt niet dat dat nog niet betekent dat je kan overstappen naar regulier werk" (deelnemer vrijwilligerswerk).

Voor sommige vrijwilligers werd dit probleem 'opgelost' toen ze naast psychische problemen ook fysieke klachten kregen. Dit wordt volgens deelnemers veel gemakkelijker erkend als arbeidsbeperking.

"Het heeft me heel veel moeite gekost om te bewijzen dat ik ziek was. Maar toen ik borstkanker kreeg, toen pas kreeg ik echt erkenning" (deelnemer vrijwilligerswerk).

Het dilemma: Aan wie vertel je wat?

Een bekend dilemma, zo ook voor focusgroepeelneemers, is de vraag wie je wat vertelt. Veel deelneemers hebben in relatie tot werk zowel de nadelen ervaren van openheid (afwijzing, onbegrip) als de nadelen ervaren van verzwijgen (geen gesprek mogelijk over aanpassingen, angst om door de mand te vallen), en geven aan dat het dus nog niet zo eenvoudig is om te bepalen wat de beste weg is. Beide opties kunnen hun eigen 'belemmering' met zich meebrengen. De meesten geven aan dat ze per situatie beslissen hoe ze met dit vraagstuk omgaan, en velen zoeken daarbij naar tussenvormen in openheid. Zij zijn bijvoorbeeld wel open over het feit dat er psychische klachten zijn, maar benoemen daarbij geen diagnoses bij naam.

"Maar ik heb dat in het verleden ook vaak meegemaakt, dat je dus bijvoorbeeld echt een half uur een goed gesprek hebt en dat ik feitelijk aan die persoon voor me niet veel merk en op een gegeven moment kom je bij een onderwerp en dat gaat dan over handicaps en dan vertel je dus met de naamjes erbij waar het om gaat en dan zie je die persoon zijn of haar gezicht compleet half wit weg lopen en dan is de rest van het gesprek, dat verloopt gewoon anders, dat is dan gewoon echt van, dan zie je die persoon in zijn gezicht van o, hier kan ik niet mee omgaan" (deelnemer geen werk).

"Ik zit in de cliëntenraad van het UWV en dan merk je dat mensen bij het woord persoonlijkheidsstoornis denken dat je mensen gaat aanvallen of zo" (deelnemer betaald werk).

"Ik gebruik expres het woord psychose liever niet omdat het te veel negatieve associaties oproept bij mensen" (deelnemer geen werk).

"Ik vind het een moeilijke vraag hoor. Heb ik ook al een tijd mee zitten worstelen. Helemaal niks zeggen, dan val je op een gegeven moment een beetje door de mand, om het maar even stom uit te drukken. Maar als je met terminologie gaat smijten en je probeert dat uit te leggen, dat werkt ook niet. Hele moeilijke vraag. Sowieso moet je niet met namen gaan gooien" (deelnemer geen werk).

In de focusgroep met professionals werd het dilemma rond openheid herkend. Zo kwam naar voren dat cliënten er na een niet-succesvol verlopen plaatsing, soms voor kiezen om bij een volgende poging niet te vermelden welke achtergrond zij hebben. Het nadeel daarvan is dat de mogelijkheden van professionals om aan de kant van de werkgever of op de werkvloer begeleiding te bieden, wordt belemmerd. "Ze heeft mij toen verboden om contact op te nemen met de werkgever", vertelt één van de professionals over een cliënte van haar. Ook merken professionals op, net zoals panelleden, dat op bepaalde diagnoses nog zwaardere taboes rusten dan op andere, waardoor cliënten er vaak voor kiezen om juist die diagnoses niet op tafel te leggen bij de werkgever.

"Autisten worden steeds meer omarmd, want die worden gezien als slim, accuraat et cetera, dat wordt hip. Maar bijvoorbeeld verslaving, als werkgevers dat horen, dan is de deur eigenlijk dicht" (re-integratieprofessional).

2.2.4. De keuze tussen moeten presteren of niet beloond worden

Prestatiedruk bij betaald werk

Als focusgroepeelneemers gevraagd worden wat nu het grote verschil is tussen betaald werk en vrijwilligerswerk dan gaat het gesprek al snel over werk- en prestatiedruk. Vrijwel iedereen die betaald werk doet of heeft gedaan geeft aan dat prestatiedruk en hoge eisen die worden gesteld, een belemmering vormen om betaald werk vol te houden, of om aan betaald werk te beginnen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het omgaan met deadlines, het werktempo, de tijdsdruk, het moeten verantwoorden van uren, de functioneringsgesprekken (en in sommige gevallen de afrekencultuur die daarbij kan horen), het verantwoordelijkheidsgevoel en de druk die dat met zich meebrengt om bijvoorbeeld over te werken als het eigenlijk niet gaat. Ook het feit dat werknemers bij betaald werk over het algemeen maar weinig vakantiedagen hebben, kan een belemmering vormen. Deelnemers geven aan dat ze vakantiedagen nodig hebben om de balans goed te houden.

“Ik zit helemaal niet te wachten op betaald werk. Ik heb tot 4,5 jaar geleden betaald werk gedaan. Veel stress. Alleen maar: presteren, presteren, presteren” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Het gevoel dat je het nog beter moet doen. Ik haal al het uiterste uit mezelf, want ik zit zo op de grens dat ik ochtenden heb dat ik terugfiets naar huis dat ik bijna huilend van vermoeidheid op de fiets zit. Het idee dat ze (bij betaald werk) kunnen zeggen je moet nog meer presteren, je moet nog meer doen...” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Een ander aspect dat benadrukt wordt in dit kader is hoe moeilijk het is om je binnen een reguliere baan ziek te melden. Vaak staan hier letterlijke (werk komt niet af) en subtiele (de werkgever gaat anders naar je kijken) consequenties tegenover. Men spreekt over een cultuur van wantrouwen bij werkgevers waarbij bedrijfseconomische principes zwaarder wegen dan solidariteit en verbinding met werknemers en dat daarom standaard wordt getwijfeld of iemand wel echt ziek is en er daarom steeds controles plaatsvinden. Er wordt een hoge druk gelegd op werknemers om zo snel en efficiënt mogelijk te herstellen en te re-integreren in het werk. Dit kan in het geval van psychische problemen averechts werken.

“Ik heb wel een groot aantal jaar betaald werk gedaan, maar je merkt op een gegeven moment dat dat niet meer gaat. Je wilt wel ergens aan voldoen, want je wordt ervoor betaald. Ik vond dat heel moeilijk. Bij het vrijwilligerswerk kan ik zeggen ik kan nu echt even niet. Bij betaald werk heb ik het gevoel dat ze nog meer aan je trekken. Ben je zes weken ziek, dan moet je toch weer gauw naar het werk, van de bedrijfsarts” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Hoewel deelnemers het gevoel hebben dat de mate waarin er sprake is van prestatiedruk wel sterk afhangt van de sector waar je werkt, ziet men prestatiedruk ook als iets inherent aan betaald werk. Bij vrijwilligerswerk heersen er andere verwachtingen. Bij vrijwilligerswerk kan je veel makkelijker aangeven 'als je iets niet trekt', want dan zijn er geen directe consequenties. *“Het is niet zo dat vrijwilligerswerk vrij van stress is, maar bij betaald werk voelt het alsof je nog meer moet presteren”*, aldus een van de deelnemers. Men vindt het prettig dat er niet direct rampen gebeuren, als het een dag niet lekker gaat en dat je het daardoor makkelijker kan loslaten. Als je je ziek meldt, hoef je je ook niet direct te verantwoorden bij een arts of Arbodienst. In de focusgroep met arbeidsre-integratieprofessionals wordt herkend dat mensen de stap naar betaald werk niet zetten vanwege de druk die zij binnen betaald werk ervaren om te presteren en zich niet (te vaak) ziek te melden.

“Ik heb iemand in een sportwinkel in een werkervaringsplek, als hij het goed deed zou hij een betaalde baan krijgen. Er zou niks veranderen, en we zien 'm zo afglijden. De druk, het idee, ik zeg: je gaat precies hetzelfde doen alleen je krijgt geld. Nee, ik wil het doen zoals ik het nu doe. We hebben het eerst nog een beetje door zitten duwen maar het was gewoon echt zielig” (re-integratieprofessional).

“Betaald werken is veel meer eenzaamheid en je moet die en die prestatie leveren. Ik heb ernstige concentratiestoornissen dus bij het doen van prestaties die dan verlangd worden, heb ik altijd veel problemen. Bij vrijwilligerswerk is dat eigenlijk niet” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik heb zelfs gemerkt dat ik aan mezelf hogere eisen stel op het moment dat ik ervoor betaald word. Kwalitatief zal ik hetzelfde doen, maar ik stel voor mezelf veel hogere eisen. Dan moet het ook af. En dan zal je het ook voor mekaar krijgen” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Gebrek aan waardering / beloning bij vrijwilligerswerk

We zagen dat betaald werk geassocieerd wordt met prestatiedruk, een druk die niet iedereen aankan. Bij vrijwilligerswerk ervaren mensen die druk niet of in veel mindere mate. Het nadeel van vrijwilligerswerk is dan wel dat er vaak geen enkele financiële beloning tegenover staat. De meeste vrijwilligers krijgen geen, of slechts een hele kleine vergoeding voor de werkzaamheden die ze verrichten, en regelmatig krijgen mensen zelfs geen reiskostenvergoeding. En hoewel mensen meestal wel voldoening uit de werkzaamheden zelf halen, is dat toch echt iets anders dan waardering in de vorm van een financiële beloning. Voor sommige deelnemers zonder werk geldt dat het moeilijk is motivatie op te brengen voor een stap richting vrijwilligerswerk als er

geen beloning tegenover staat. Dat is iets wat de re-integratieprofessionals heel sterk herkennen; zij zien dat mensen zonder werk vaak alleen motivatie kunnen opbrengen om iets te proberen op werkgebied als ze er financieel op vooruit gaan, al is het maar een heel kleine verbetering. Ook merken zij dat het gebrek aan beloning bij vrijwilligers die wel voor langere tijd in vrijwilligerswerk participeren, na een tijdje kan gaan knagen. Dit is vooral het geval wanneer mensen zich binnen het vrijwilligerswerk ontwikkelen en verantwoordelijkere taken gaan verrichten. Er vindt dan een kanteling plaats waarbij mensen gaan denken, waarom word ik eigenlijk niet betaald?

“Ik kreeg steeds meer weerstand omdat ik op dezelfde hoogte werk als de professionals, tenminste dat gevoel heb ik, misschien soms zelf meer, en ik daar gewoon niet voor betaald kreeg” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Wat bij dit thema ook een rol speelt is dat veel deelnemers aangeven sowieso al moeite te hebben met rondkomen. Zij redden het vaak net om de vaste lasten en het eten te betalen, maar hebben vaak geen mogelijkheden om iets extra's te doen, een uitstapje te maken of te investeren in een hobby. Voor sommigen geldt dus zeker dat hun algehele mogelijkheden tot participatie in de samenleving door een gebrek aan inkomen belemmerd worden. Soms kan een extra 200 euro in de maand al het verschil betekenen tussen een gevoel van overleven en leven.

Overigens werd in de focusgroepen duidelijk dat de wens om beloond te worden niet uitsluitend gaat over geld. Wanneer er in het vrijwilligerswerk op andere manieren waardering wordt getoond kan dit voor werknemers veel verschil maken. Dat zit dan met name in de bejegening en het respect. Word je gezien en gehoord door je werkgever? Is er eigenlijk wel belangstelling voor wat je doet? Word je als volwaardig medewerker behandeld? Deelnemers ervaren dat sommige vrijwilligersplekken hierin echt tekortschieten, wat de motivatie om duurzaam aan het werk te blijven ondermijnt.

“En dan krijg je een mailtje van degene die de vrijwilligers zou moeten begeleiden maar die je eigenlijk niet eens kent, zo van het is misschien wel handig als jij dat doet, heel makkelijk afgeschoven, zo voelt het” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik had op een gegeven moment ik wil wel iets doen. Vrijwilligerswerk. Je wordt aan je lot overgelaten, je wordt amper ingewerkt, serieus genomen. En degene die wel betaald wordt die gaat lekker zitten beppen” (deelnemer geen werk).

“Als je vrijwilligerswerk doet ben je toch een beetje de sluitpost van een organisatie, zowel persoonlijk als financieel, is mijn ervaring. Je krijgt er geen vergoeding voor. Ik ben toch een aantal keren niet zo prettig bejegend, je wordt bejegend als minkekeltje. En als er geen plek meer is lig je er uit” (deelnemer geen werk).

2.2.5. Overige belemmeringen in relatie tot betaald werk

Persoonlijke drempels en zelfstigma

Voor veel deelnemers geldt dat zij niet één, niet twee, maar talloze keren hebben geprobeerd om weer aan het werk te gaan, zonder succes. Als zo'n poging telkens op niets uitloopt, dan wordt de drempel steeds groter om weer te gaan zoeken naar werk, “*dan ga je een soort faalangst ontwikkelen*”, aldus één van de deelnemers. Negatieve ervaringen en tegenslagen in pogingen om weer te gaan werken, vormen daardoor een niet te onderschatten, en steeds groter wordende belemmering in de transitie naar betaald werk. Ook zelfstigma wordt hierbij benoemd als thema. Men onderkent dat je door mislukte re-integratiepogingen op een gegeven moment onherroepelijk aan jezelf gaat twijfelen en dan is het verleidelijk om bestaande beeldvorming over psychische ziekten te internaliseren. Zo vertelt een deelnemer dat ze zichzelf aardig in de weg kan zitten, door steeds te denken dat ze ‘het toch niet kan’.

Toch vinden deelnemers het bij dit onderwerp ook belangrijk om te benadrukken dat er vaak een dunne lijn is tussen jezelf onterecht de put in praten, en realistisch zijn over je eigen grenzen. De gelaagde manier waarop zelfstigma en persoonlijke drempels werkzaam zijn, zou volgens deelnemers dan ook meer aandacht moeten krijgen bij re-integratietrajecten en werkgevers.

“Als het tig keer mislukt is, dan wordt de drempel steeds hoger”.

“De manier waarop ik jarenlang het gevoel had bij werk ook van vroeger van dat het leek alsof mensen het moeilijk vinden om met mij om te gaan, dat heeft ook wel veel sporen achtergelaten”.

Perverse financiële prikkels

Een harde belemmering die in de focusgroepen met panelleden en met professionals naar voren kwam, is dat het vaak zo is dat mensen er niet financieel op vooruit gaan als ze de stap naar betaald werk proberen te zetten. Dit heeft te maken met het feit dat de uitkering wordt gekort als er inkomsten bijkomen, maar ook omdat mensen vaak minder zorgtoeslag en huurtoeslag krijgen als ze aan het werk gaan, waardoor ze netto veel minder overhouden. Volgens re-integratieprofessionals speelt daarbij mee dat het UWV de uitkering aanpast als iemand gaat werken, maar dat het vaak niet direct precies klopt waardoor men soms na een tijd opeens honderden euro's moet terugbetalen. Dit geldt vooral wanneer mensen in uitzendwerk of met wisselende uren / 0-uren contracten aan de slag gaan. De professionals geven aan dat 'het gedoe met UWV en de financiële nadelen' voor veel mensen een reden is om niet in een traject te willen. Panelleden geven verder aan dat ze de stap naar betaald werk vaak niet durven te zetten omdat je, wanneer je toch weer ziek wordt, bij een herkeuring in een andere 'klasse' terecht kan komen, waardoor je financiële zekerheid opeens heel anders uitvalt dan de situatie voor je aan het werk ging.

“Ik ben in 2006 vanuit de WAO gaan werken en het heeft me anderhalf jaar gekost om financieel boven het niveau van de uitkering uit te komen” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik kende iemand die ging weer aan het werk als ervaringsdeskundige en ik zei: je zet een godsgeschenk bij het oud vuil, want je mankeert wat, je denkt als het straks niet gaat laat ik me weer herkeuren en dan heb ik mijn centen weer, maar zo werkt het niet. De eisen zijn strenger geworden, wees er zuinig op” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Gebrek aan (passende) ondersteuning

Een aantal deelnemers in de geen-werk en vrijwilligerswerk groepen geven aan dat zij in het verleden geen of nauwelijks ondersteuning hebben gekregen bij pogingen om terug te keren in betaalde arbeid en benoemen dat als belangrijke belemmerende factor. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij werk zoeken (een cv maken, zoeken naar een passende plek), maar ook ondersteuning op de werkplek om de overgang te versoepelen (aandacht bij de start, begeleiding bij het gesprek over specifieke werkomstandigheden die bevorderend dan wel belemmerend werken, het creëren van een context die werkt). Deze deelnemers misten 'iemand die gewoon even meeliep' en voelden zich aan hun lot overgelaten. Overigens geven deelnemers daarbij ook toe dat ze wellicht te weinig zelf om hulp hebben gevraagd.

“Ik heb verschillende keren geprobeerd om te gaan werken en ik ben van mening dat als ik beter begeleid was geweest, dan had ik zeker, dan zou ik zeker kunnen werken” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik heb het dan dus over eind 2007 geloof ik, pin me er niet op vast. Ik ben toen nooit goed gecoacht. Dat ik merkte van ik zit in de ziektewet maar hoe werkt het nou eigenlijk, en waarom heb ik het idee dat ik word geblokkeerd om als het ware het werk weer op te pakken maar dan op een manier dat beter past bij mij? Ik heb toen echt enorm lopen zwemmen, ging nergens over” (deelnemer geen werk).

“Ik weet niet of dat misschien voor andere cliënten of mensen met een bepaalde handicap ook geldt, maar er zijn in mijn leven toch wel heel veel mensen geweest, en dat geldt ook voor die coach van dat re-integratiebureau, die eigenlijk met mij met hun handen in het haar zitten” (deelnemer geen werk).

Deelnemers die wel ondersteuning hebben ontvangen, zijn daar over het algemeen redelijk tevreden over, maar geven wel aan dat de ondersteuning niet per se leidt tot een daadwerkelijk succesvolle arbeidsre-integratie, juist omdat er zoveel andere interne en externe factoren een rol spelen waar de ondersteuning vaak te weinig aandacht voor dan wel invloed op heeft. In het algemeen wordt herkend dat er tegenwoordig meer aandacht is voor passende en langduriger ondersteuning bij arbeidsre-integratie, onder andere door de opkomst van IPS. In de focusgroepen met panelleden waren helaas geen deelnemers aanwezig die ervaring hebben met deze vorm van ondersteuning, dus kan er binnen deze studie niets gezegd worden over in hoeverre deze ondersteuning aansluit bij de wensen van mensen zelf.

Beperkte kwalificaties

Bij de transitie naar betaald werk speelt voor deelnemers een rol dat zij regelmatig te laag gekwalificeerd zijn voor het werk dat ze graag zouden willen doen, bijvoorbeeld omdat ze door psychische problemen de studie niet hebben afgemaakt. Het is moeilijk om de stap te zetten naar werk als je van jezelf weet dat het onder je niveau is en te weinig uitdaging zal vormen.

Omstandigheden op de arbeidsmarkt

Als het gaat om duurzaam participeren in betaalde arbeid dan worden door panelleden nog aspecten van de arbeidsmarkt genoemd als belemmerende factoren. Krapte op de arbeidsmarkt, korte contracten, concurrentie, snelle wisselingen van personeel; het zijn kenmerken van de huidige arbeidsmarkt die ervoor hebben gezorgd dat de vanzelfsprekendheid van een vaste verbinding met een werkgever en een vast inkomen zijn komen te vervallen. Het is een onderwerp dat maatschappelijk en politiek gezien volop in de belangstelling staat, waarbij er steeds meer geluiden opgaan dat de flexibilisering van de arbeidsmarkt voor werknemers aanzienlijke nadelen kan meebrengen. Panelleden en professionals ervaren dat mensen met psychische problemen in een dergelijke arbeidsmarkt extra worden benadeeld: ze ‘liggen er sneller uit’, er is minder bereidheid om mensen die uitvallen te laten re-integreren, en niet iedereen is in staat om van tijdelijk contract naar tijdelijk contract te ‘hoppen’, met als gevolg dat het participeren sneller stilvalt. Daar komt bij dat wanneer je wel aan het werk bent, er altijd die angst is voor ontslag, of voor een niet- verlenging van het contract, waarbij in sommige gevallen alleen al die angst zelf kan leiden tot uitval, zo vertelt een deelnemer in de groep met betaald werk. “De werkgever biedt geen klimaat waarin je je veilig voelt”, terwijl dat gevoel van veiligheid juist zo nodig is om langduriger arbeidsparticipatie mogelijk te maken. Panelleden en professionals merken hierbij ook op dat maatregelen op de arbeidsmarkt om mensen met psychische problemen meer in regulier werk te krijgen, zoals het quotum arbeidsgehandicapten, maar weinig opleveren in de praktijk.

“Je komt in een traject maar daarna sta je weer alleen omdat niemand je wil hebben” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Na een jaar kon ik wieberen” (deelnemer geen werk).

“Als er veel gedoe is dan kiezen werkgevers echt niet voor een vast contract” (re-integratieprofessional).

“Mensen verliezen vaak hun baan, daar zou meer aandacht naar uit moeten gaan” (re-integratieprofessional).

2.2.6. Overige belemmeringen in relatie tot vrijwilligerswerk

Hoge ingangseisen

Als het gaat om specifiek de transitie naar vrijwilligerswerk dan geven deelnemers aan dat er enerzijds tegenwoordig meer vacatures zijn, en dus meer keus, maar dat de eisen die in vrijwilligersvacatures aan werknemers worden gesteld, steeds hoger worden. Men geeft aan dat je nu ook veel vaker in een hele sollicitatieprocedure terecht komt als je vrijwilligerswerk wil doen, en dat als je niet de juiste ervaring of diploma's hebt, je niet wordt aangenomen. *“Wat vroeger betaalde banen waren, wordt nu vrijwilligerswerk, met verantwoordelijkheden”*, vertelt één van de deelnemers. Volgens de deelnemers heeft deze verschuiving te maken met bezuinigingen op betaald personeel. Het gevolg is dat er in veel vrijwilligersbanen nu veel meer van mensen wordt verwacht.

Eigen bijdrage

In het verlengde van het vorige punt vertellen deelnemers dat het op vrijwilligersplekken waar die hoge eisen niet gelden, steeds gebruikelijker wordt dat je zelf een PGB mee moet brengen. *“Je moet een zak geld meenemen voor de begeleiding, anders willen ze je niet”*, aldus een van de deelnemers. Deelnemers hebben het gevoel dat wat vroeger als vrijwilligerswerk werd gezien, nu vaak als dagbesteding wordt bestempeld, terwijl het vaak wel gaat om arbeidsmatige activiteiten.

“In Nijmegen heb je consumer-run, daar moet je een eigen bijdrage betalen om te kunnen werken aan de bar” (deelnemer vrijwilligerswerk) .

“Ze zien dat misschien als dagbesteding. Maar dat is de omgekeerde wereld” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Gebrek aan (passende) ondersteuning

Tot slot, verschillende deelnemers geven aan dat de huidige re-integratiebegeleiding zo gericht is op betaald werk, dat er weinig aandacht is voor degenen die vanuit een situatie van geen werk, graag vrijwilligerswerk willen gaan doen.

2.3 Hoe kan de arbeidsparticipatie omhoog?

In het laatste deel van elke focusgroep, gingen we in op de vraag hoe de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten bevorderd kan worden. Allereerst vroegen we naar factoren die volgens deelnemers helpend of faciliterend zijn bij de stap naar werk, of het duurzaam volhouden van werk. Onderliggende interesse was: hoe komt het dat het sommigen ondanks de belemmeringen toch lukt? Welke factoren en omstandigheden speelden of spelen daarbij een rol? Ook vroegen we of deelnemers suggesties hadden met betrekking tot het optimaliseren van het bestaande re-integratiebeleid en de bestaande re-integratiebegeleiding. Hieronder worden de bevorderende factoren en suggesties achtereenvolgens besproken.

2.3.1. Bevorderende factoren arbeidsparticipatie

Uit de gesprekken blijkt dat succesvol kunnen participeren in werk altijd samenhangt met (een wisselwerking van) persoonsgebonden- en werk-gerelateerde factoren en vaak ook met factoren die te maken hebben met de begeleiding en ondersteuning die men ontvangt.

Figuur 2 Samenvatting bevorderende factoren bij arbeidsparticipatie

bevorderende factoren arbeidsparticipatie	persoonlijke factoren	motivatie
		(min of meer) stabiel zijn
		zelfinzicht en zelfmanagement
		toegang tot sociale steun
		assertiviteit
	humor	
	werkgerelateerde factoren	een kans krijgen
		vertrouwen van leidinggevende
		betrokken collega's
		aangepaste taken / werkritme
factoren die te maken hebben met begeleiding	persoonsgerichte ondersteuning	
	mogelijkheid om training te volgen	

Persoonlijke factoren

Arbeidsparticipatie is, zoals we zagen, niet zonder weerstand, wrijving en strijd. Voor de deelnemers die in staat zijn om hier een antwoord op te vinden, geldt dat zij een enorme intrinsieke motivatie hebben om te werken aan hun herstel, om tegenslagen te overwinnen en om een plekje te verwerven in de samenleving. Het woord intrinsiek is daarbij belangrijk; deze vorm van motivatie kan nooit worden opgelegd door anderen of instanties, het komt van binnenuit, en fungeert als een soort motor, aldus deelnemers. Zij geven aan dat het zonder enige vorm van motivatie heel moeilijk wordt om te participeren, maar dat het hebben van motivatie om 'er tegenaan te gaan' niet vanzelfsprekend is als je zoveel hebt meegemaakt als zij. Motivatie is kortom een ingewikkelde en niet altijd beïnvloedbare factor, maar wel één die zeker thuishoort in het rijtje met bevorderende factoren. Professionals zien in hun werk ook dat succesvolle trajecten gekenmerkt worden door motivatie van de cliënt. Als de cliënt een grote drijfveer heeft om te gaan werken, is hij bijvoorbeeld beter in staat om iets opnieuw te proberen als het niet gelukt is.

“Ze wil niet thuis zitten. Al haar vrienden werken, ze wil dat ook. Ze heeft zich miskend gevoeld in haar vorige werkplek en wil dat niet nog een keer: 'ik laat mij niet wegzetten als iemand die op mavniveau moet functioneren'. Ze is trots. Dat is voor haar een drijfveer” (re-integratieprofessional).

Een tweede persoonlijke factor, die uiteraard invloed heeft op de vorige, is hoe het gaat met de psychische klachten. Veel deelnemers ervaren dat ze pas überhaupt kunnen gaan nadenken over arbeidsparticipatie als ze een langere tijd stabiel zijn en enige controle ervaren over de psychische klachten. Vaak hangt dat ook samen met een zekere mate van zelfinzicht: weten wat er eigenlijk aan de hand is, welke rol de psychische klachten in je leven spelen en hoe ze zich verhouden tot andere aspecten van henzelf, en zelfmanagement: het hebben leren 'copen' met de klachten, weten wat je moet doen om stabiel te blijven. Ook de sociale steun van anderen hierbij is essentieel. Deelnemers geven aan dat aanmoediging en steun vanuit hun omgeving veel bijdraagt aan het kunnen participeren in werk.

“Ik mag zelf heel blij zijn. Ik ben zelf nu 22 jaar stabiel. En dat komt omdat ik in het verleden hard heb gewerkt aan een stukje ervaringsdeskundigheid, heel onbewust ontwikkel je jezelf dan toch door. Dus ja, ik ben in ieder geval heel blij dat ik in principe stabiel genoeg ben om enigszins redelijk te kunnen functioneren” (deelnemer betaald werk).

“In mijn eigen management maak ik elke week een lijstje over wat ik moet en wil doen: op het werk, in het vrijwilligerswerk en ook thuis, en in de sport. Dat is nodig om te blijven functioneren op het werk, in mijn relatie en voor mezelf” (deelnemer betaald werk).

“Als anderen zeggen je kan het, dan helpt dat. Anderen stimuleerden mij om het te proberen” (deelnemer betaald werk).

Ten vijfde benoemen deelnemers dat een assertieve houding een belangrijke helpende factor kan zijn bij werk. Dit speelt ten eerste een rol in de stap om werk te gaan zoeken. Om werk te vinden wat bij je past moet je initiatief nemen, actief op zoek gaan, je wensen kenbaar durven te maken, keuzes durven te nemen en je zelfverzekerd opstellen. Ook als je eenmaal ergens werkt is assertiviteit belangrijk. Het gaat er dan bijvoorbeeld om dat je durft te benoemen wat je nodig hebt om goed te kunnen functioneren, en dat je daar ook voor gaat staan. Ook het aangeven van grenzen hoort daarbij.

“Ik heb mijn eigen initiatief weten om te zetten in een aanstelling” (deelnemer betaald werk).

“Als ik vier uur in een kantoortje moet zitten met 1 kopje koffie, dat zou ik niet trekken, gaat niet. Punt. Ik heb geleerd om dat te benoemen” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Tot slot, komt in een van de groepen ter sprake dat een zekere mate van humor en zelfspot kunnen helpen ‘om het allemaal vol te kunnen houden’.

Werkgerelateerde factoren

Naast factoren die samenhangen met (het unieke verhaal van) de individuele persoon, benoemen deelnemers ook bevorderende factoren gerelateerd aan de werksituatie. Bij de stap naar werk gaat het daarbij allereerst om ‘een kans krijgen’. Dat geldt natuurlijk heel direct op het moment dat je ergens solliciteert; de persoon die je voor je hebt, moet iets in je zien en bereid zijn je een kans te geven om het te proberen. Een ‘kans’ kan zich echter ook spontaan voordoen: dat je toevallig iemand tegenkomt, daarmee in gesprek raakt en zo een baan inrolt. Als iemand je een kans geeft, dan geeft dat zelfvertrouwen en gaan er deuren open.

“Ik heb jarenlang, bijna 19 jaar gedacht ik wil uit dat UWV. Dat heb ik losgelaten. Maar ik heb nog steeds ergens de hoop dat ik iemand tegenkom die mijn kwaliteiten ziet, en zegt kom op, we gaan aan de slag. Dat kan een droom zijn, maar je moet blijven dromen” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Als het gaat om bevorderende factoren wanneer je eenmaal ergens werkt, wordt door deelnemers vooral benadrukt dat het vertrouwen van de leidinggevende en het hebben van betrokken, begripvolle collega's al het verschil kunnen maken. Een sfeer van vertrouwen zorgt voor eerlijke communicatie, steun op de werkvloer en bereidheid om te zoeken naar oplossingen als dingen niet goed lopen.

“Het wederzijds vertrouwen, tussen mij, de werkgever en collega's. Als dat er is, is de grootste hobbel genomen”.

“Vertrouwen is de basis. Je wordt niet gelijk als gek weggezet”.

“Mijn collega's weten wel wat de bandbreedte is van wat er met mij kan gebeuren. Een aantal collega's mag zelfs contact opnemen met mijn SPV. Dat is helemaal geformaliseerd en geeft mij heel veel rust. Ik vertrouw hen helemaal. Ik vond dat fijn omdat ik alleenstaand was en er dus thuis niemand op mij let. Het is nog maar één keer gebeurd dat ze echt hebben ingegrepen” (deelnemer betaald werk).

Een vierde bevorderende factor die te maken heeft met de werksituatie, is de bereidheid van de werkgever om de werkzaamheden aan te laten sluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van de werknemer. Dat kan bijvoorbeeld gaan over het rustig opbouwen van werkzaamheden, het goed afstemmen van het soort taken en niet te veel taken tegelijk hoeven op te pakken.

“Ik vind het lastig om te switchen tussen administratieve en medische taken. Samen is besloten dat ik alleen administratie doe, en vanaf dat moment ging het weer goed” (deelnemer betaald werk).

“Ik krijg steeds één klus achter elkaar en niet te veel tegelijk. De baas begrijpt dat, en dan gaat het goed” (deelnemer betaald werk).

Factoren die te maken hebben met begeleiding en ondersteuning

Tot slot, geldt voor een deel van de panelleden die na een periode van thuis zitten weer aan het werk zijn gegaan, dat zij hierbij ondersteund zijn door bijvoorbeeld een jobcoach via het UWV, een praktijkondersteuner of een IPS-trajectbegeleider. Deze panelleden zijn het erover eens dat het prettig en vaak essentieel is dat iemand je in zo'n situatie een beetje de weg wijst in arbeidsland, je wijst op mogelijkheden, je helpt om een goede en passende keuze te maken en helpt om de overgang te maken. Vooral helpend is die begeleiding die persoonsgericht is met veel aandacht voor het persoonlijke verhaal, de specifieke krachten en mogelijkheden, maar ook de unieke belemmerende omstandigheden van de cliënt. *“Het gaat om meedenken en meelopen, zonder daarin druk uit te oefenen”*, aldus deelnemers.

“Dat was voor mij heel fijn, er zat geen druk achter maar het was wel iemand die meedacht. Ze bleef zichzelf en was niet heel erg ‘hulpverlener’. Het is belangrijk dat je ook gezien wordt, en dat de insteek is: je hebt een heleboel in huis” (deelnemer vrijwilligerswerk).

“Ik had geen sollicitatieplicht maar ik wilde zelf wat doen, en daar was iemand voor die kon helpen” (deelnemer vrijwilligerswerk).

Naast goede begeleiding wordt ook de mogelijkheid om een training te volgen, of op een andere manier te werken aan de eigen ontwikkeling en/of vaardigheden, door deelnemers benoemd als bevorderende factor.

“Die training heeft een ommekeer bewerkstelligd. Het was een training gericht op terugkeren in het arbeidsproces. Ik ben heel anders gaan kijken naar werk en het leven überhaupt. Ik was mijn baan kwijt. Van tevoren dacht ik: ik heb twee hbo-opleidingen gedaan dus moet ik ook hbo-werk gaan doen. Vanuit die training besepte ik dat ik moest starten met eenvoudig werk en van daaruit verder gaan” (deelnemer betaald werk).

2.3.2. Suggesties van deelnemers ten behoeve van de optimalisering van re-integratiebegeleiding

1. **Breng het kennisniveau over psychische aandoeningen omhoog.** Panelleden en professionals vinden het belangrijk dat het kennisniveau over psychische ziekten in de samenleving in het algemeen en binnen de arbeidscontext in het bijzonder, omhoog wordt gebracht. Men benadrukt dat de taboes over psychische aandoeningen moeten worden doorbroken en er over de hele linie meer zou moeten worden uitgegaan van diversiteit. Men ziet hiervoor een taak weggelegd voor de centrale en lokale overheden, het onderwijs (bijvoorbeeld bij het vak maatschappijleer), organisaties zelf (mental health first aid), en re-integratieprofessionals (creëren van begrip op de werkvloer).
2. **Focus niet alleen op betaald werk.** Panelleden en professionals zouden graag zien dat de huidige nadruk op reguliere, betaalde arbeid, binnen re-integratie en participatie, wordt verruimd. Het zwart-wit denken waarbij alleen betaalde arbeid als 'succes' wordt gezien, moet worden doorbroken. Idealiter zouden betaald werk en vrijwilligerswerk dezelfde status moeten krijgen in het participatiedebat en er meer tussenvormen mogelijk moeten worden gemaakt. Zorg tevens voor voldoende alternatieve vormen van participatie en dagbesteding in de samenleving voor mensen voor wie werk (nog) geen optie is, zodat de verdere marginalisering van deze groep wordt tegengegaan en herstelopties open blijven in plaats van in de kiem worden gesmoord.
3. **Meer aandacht voor duurzaam behouden van werk.** Professionals en panelleden zouden graag zien dat er binnen de verschillende regelingen en trajecten meer aandacht komt voor het duurzaam behouden van werk. Nu staat vooral het toeleiden naar werk centraal en komt het vaak voor dat iemand na een kort contract weer thuis komt te zitten. Panelleden benadrukken dat ze meer geholpen zouden willen worden bij de zoektocht in wat voor hen werkt en dat zij meer begeleiding op de werkvloer zelf zouden willen krijgen, onder andere bij het bewerkstelligen van een duurzame relatie en dialoog tussen hen en de werkgever. Professionals benadrukken dat duurzame inzetbaarheid vraagt om duurzame re-integratiebereidheid bij de werkgever en dat ze op dat punt meer willen kunnen doen. Ook het 'hoppen' van regeling naar regeling, kan worden voorkomen door langduriger begeleiding mogelijk te maken. Om dit te faciliteren moet het 'kolom-denken' binnen het re-integratiebeleid worden aangepakt.
4. **Zorg voor goede samenwerking.** Professionals en panelleden pleiten voor het tegengaan van versnippering van kennis over participatie (begeleiding) en het versterken van de samenwerking tussen GGZ-professionals van de verschillende domeinen, en ervaringsdeskundigen om de ondersteuning bij participatie van iedere cliënt te optimaliseren. Arbeidsbegeleiders zoals IPS-werkers kunnen hierin coördineren.
5. **Biedt de mogelijkheid aan (toekomstige) werknemers om vaardigheden te oefenen en zich persoonlijk te ontwikkelen.** Panelleden geven aan behoefte te hebben om binnen re-integratietrajecten gericht te oefenen met specifieke vaardigheden die van pas komen binnen een arbeidscontext, zoals samenwerken. Tevens wil men meer mogelijkheden krijgen om te werken aan de eigen persoonlijke ontwikkeling en het herstelproces, bijvoorbeeld binnen een herstelacademie.
6. **Onderzoek de mogelijkheden van het basisinkomen.** Panelleden geven aan dat een basisinkomen de participatiekansen van de doelgroep van mensen met psychische problemen zou vergroten.

3 Conclusie

In deze verkenning wilden we allereerst iets te weten komen over welke betekenis arbeidsparticipatie heeft voor mensen met psychische problemen. We zagen dat werken verschillende positieve functies kan hebben in het leven van mensen: het kan contact, structuur, activering en zingeving bieden, en in sommige gevallen zelfs helpen om psychische symptomen te managen. Bij doorvragen blijkt echter dat deze omschrijving een ideaaltype betreft, en dat de betekenis van werk in de praktijk ambivalenter is. Arbeid is met een aantal normen verbonden, zoals zelfredzaamheid en de plicht om 'je steentje bij te dragen'. Deze normen worden door panelleden deels omarmd en doorvoeld en deels worden ze als beknellend of zelfs ongepast ervaren. Werken betekent voor hen namelijk ook strijden, voortdurend 'passen en meten' en balanceren op het randje van uitval. Het betekent geconfronteerd worden met je eigen beperkingen en met ideeën over normaliteit. En het betekent voor velen ook: teleurstelling, als (telkens) blijkt dat de wens om aan de norm te kunnen voldoen, net als anderen, het aflegt tegen de grenzen in de eigen belastbaarheid.

De beperkte belastbaarheid, voortkomend uit de psychische klachten, bleek dan ook een belangrijk thema in relatie tot onze tweede onderzoeksvraag: welke barrières ervaren mensen in hun pogingen tot arbeidsparticipatie? Onze verkenning laat de frustratie zien die een beperkte belastbaarheid met zich meebrengt; een onderwerp dat wellicht vanwege de huidige nadruk op herstel, eigen kracht en mogelijkheden, wordt onderbelicht in het participatiedebat. Ook laten de resultaten zien dat -hoe verleidelijk het ook is- er geen algemene uitspraken kunnen worden gedaan over hoeveel mensen aankunnen (of aan zouden moeten kunnen) wat werk betreft, omdat dit per individu enorm verschilt en ook nog eens kan fluctueren door de tijd heen. De opgave waar mensen zich voor gesteld zien staan is om te blijven proberen de eigen grenzen op te rekken, en ze tegelijk te leren accepteren. Dat laatste is geen gemakkelijke opgave. Sommigen gaan blijvend gebukt onder een gevoel van minderwaardigheid. Anderen lukt het om de situatie zoals die is te aanvaarden.

Een ander belangrijk thema dat naar voren kwam als barrière, heeft betrekking op onbegrip, stigma en uitsluiting. Onze resultaten bevestigen de bestaande onderzoeksliteratuur, waarin wordt gewezen op de negatieve beelden over psychische aandoeningen, waardoor mensen uit algemeen maatschappelijke situaties worden geweerd. In onze verkenning legden deelnemers echter, meer dan in andere studies, nadruk op het onbegrip en de onachtzaamheid voor beperkingen die zij in contact met werkgevers ervaren. Zij ervaren een gebrek aan kennis bij werkgevers over wat psychische problemen inhouden en spreken over een lage bereidheid om rekening te houden met specifieke klachten en omstandigheden. Opvallende bevindingen zijn ook dat de vrijwilligerswereld en instanties als het UWV niet altijd even hoog scoren op het gebied van begrip en inclusie. Het feit dat mensen met psychische problemen anno 2018 nog steeds voortdurend voor het dilemma staan wat en hoeveel ze over zichzelf aan anderen kunnen vertellen, is een belangwekkend gegeven.

Overige belemmeringen die naar voren kwamen zijn de prestatiedruk bij betaald werk en het gebrek aan beloning bij vrijwilligerswerk, welke als twee kanten van dezelfde medaille kunnen worden opgevat. Het feit dat je betaald wordt bij regulier werk, brengt een prestatiedruk met zich mee die door velen als belemmerend wordt ervaren; kan je die druk niet aan dan ben je al gauw gedoemd tot werk waar geen beloning tegenover staat. En dat laatste kan juist de stap naar vrijwilligerswerk onaantrekkelijk maken en het duurzaam volhouden van vrijwilligerswerk belemmeren, waardoor mensen soms besluiten helemaal geen arbeidsparticipatie meer te ambiëren. Verder spelen onder andere een rol: persoonlijke drempels, perverse financiële prikkels, beperkte kwalificaties en omstandigheden op de arbeidsmarkt.

Onze laatste onderzoeksinteresse ging uit naar de vraag hoe de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen bevorderd kan worden. Factoren die door deelnemers zelf als helpend of belangrijk worden ervaren bij succesvolle arbeidsparticipatie, omvatten enerzijds persoonsgebonden factoren (zoals motivatie, psychische stabiliteit, zelfinzicht en zelfmanagement, toegang tot sociale steun, assertiviteit en humor), en anderzijds werkgerelateerde factoren (zoals een kans krijgen, vertrouwen van de leidinggevende, betrokken collega's en aangepaste taken), maar evident is dat niet al deze factoren zomaar te organiseren

zijn. Daarom is het (verder) beschikbaar maken van goede, persoonsgerichte en duurzame ondersteuning bij arbeidsparticipatie zo belangrijk. Suggesties van deelnemers om de bestaande ondersteuning te optimaliseren omvatten onder andere: het verruimen van de focus van re-integratiebegeleiding waarbij niet alleen betaalde arbeid, maar ook vrijwilligerswerk en andere vormen van participatie als 'succes' moeten worden gezien, meer aandacht voor het omhoog brengen van het kennisniveau over psychische problemen op de arbeidsmarkt, en meer mogelijkheden voor langdurige ondersteuning, gericht op duurzame arbeidsparticipatie (i.p.v. alleen op plaatsing). Op basis van de verkenning kunnen we concluderen dat de bevordering van arbeidsparticipatie nooit maakbaar is en vraagt om een integrale blik op belemmerende en bevorderende factoren, en op de rol die eventuele begeleiding kan spelen in het creëren van een context van waaruit verandering daarin toch kan plaatsvinden.

Samenstelling begeleidingscommissie

Jaap van Weeghel (voorzitter) – Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg
Rina Beers – Federatie Opvang
Linda van den Brink – RIBW Alliantie
Philippe Delespaul – Mondriaan, Universiteit Maastricht
Gonne Kelder – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Ico Kloppenburg – Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Martijn Kole – Enik, Lister
Rob Laane – Zorgverzekeraar ASR
José Manshanden – GGD Amsterdam
Jaap van der Rijst – Zorgverzekeraars Nederland
Elsbeth de Ruijter – GGZ inGeest, NVvP
Paulien Seeverens - Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Ellen Visser – Robert Giel Onderzoekscentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen
Nic Vos de Wael – Mind
José Weststrate – GGZ Nederland

Referenties

Adair, C.E., McDougall, G.M., Mitton, C.R., Joyce, A.S., Wild, T.C., Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmeny, G. & Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.*, 56 (9):1061-9.

AEF (2017). *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben*. Utrecht: AEF.

Achterberg, Th.J., Holwerda, A., Verhoof, E., Wind, H., Brouwer, S., Maurice-Stam, H., Groothoff, J.W., Frings-Dresen, M.H.W. & van der Klink, J.J.L. (2010). Wajongers aan het werk: welke factoren kunnen van belang zijn voor arbeidsparticipatie van jonggehandicapten? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 18 (2), 52-58.

Boucher, M., van Huijstee, S. Pennewaard, M., Weel, L., Reewijk, A. & Vossen, H. (2005). Modellen voor belasting-belastbaarheid geanalyseerd: Multidisciplinaire toepassingen in de revalidatie. *MoveMens, juni*, 1-9.

Bouwman, C., Sonnevile, C. de, Mulder, C.L. & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2125-2142.

Brabers, A.E.M., Dijk, M. van, Rooijen, M.R. van, & J.D. de Jong (2014). *Consumentenpanel Gezondheidszorg Basisrapport met informatie over het panel (2014)*. Utrecht: NIVEL.

Brohan, E., Clement, S., Rose, D., Sartorius, N., Slade, M., & Thornicroft, G. (2013). Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Research*, 208(1), 33-40.

Cook, J.A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities : Update of a report for the President's Commission. *Psychiatric Services*, 57(10), 1391-1405.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Gezondheid en zorg in cijfers*. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016, 12 augustus). *Arbeidsdeelname; kerncijfers [Dataset]*. Geraadpleegd van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82309ned&D1=a&D2=0&D3=0&D4=0&D5=55-58,60-63,l&VW=T>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). *De Staat van Volksgezondheid en Zorg*. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2018, 25 september). *Welzijn: kerncijfers, persoonskenmerken [Dataset]*. Geraadpleegd van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82634NED/table?ts=1537866518371>.

Commissie toekomst beschermd wonen (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*.

CrossOver (2010). *Meten is weten: Een oriëntatie gericht op het meten van de (arbeids)participatie van jongeren met een beperking in Nederland*. Nieuwegein: CrossOver.

Davis, L., Fulginiti, A., Kriegel, L. & Brekke, J.S. (2012). Deinstitutionalization? Where have all the people gone? *Curr Psychiatry Rep.*, 14(3):259-69.

- DBC-Onderhoud (2012). *Factsheet Crisiszorg vanaf 2013*. Utrecht: DBC-Onderhoud.
- Delespaul, Ph., Vries, M. De & Os, J. van (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 37(3), 97-104.
- DJI (2018). *DJI in getal 2013-2017*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen-Ministerie van Justitie en Veiligheid.
- Ernst & Young Accountants LLP (2018). *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2018*. Utrecht: E&Y.
- Federatie Opvang (2017). *Cijfers maatschappelijke opvang 2016*. Amersfoort: Federatie Opvang.
- Fioritti, A. (2018). Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. *Epidemiol Psychiatr Sci.*, 27, 319-323.
- Freeman, M.C. (2018). Global lessons for deinstitutionalisation from the ill-fated transfer of mental health-care users in Gauteng, South Africa. *Lancet Psychiatry*, 5(9):765-768.
- GGZ Nederland (2017). *Inspiratiedocument ambulante opbouw*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (2018). *Beveiligde zorg 2018-2019 GGZ (brief)*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Gold, P.B., Macias, C. & Rodican, C.F. (2014). Does competitive work improve quality of life for adults with severe mental illness? Evidence from a randomized trial of supported employment. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 43(2), 155-171.
- Heerkens, Y.F., de Weerd, M., Huber, M., de Brouwer, C.P.M., van der Veen, S., Perenboom, R.J.M., van Gool, C.H., ten Napel, H., van Bon-Martens, M., Stallinga, H.A. & van Meeteren, N.L.U. (2018) Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate, *Disability and Rehabilitation*, 40 (5), 603-611.
- Hees, S. van, Oldenkamp, M., Putter, I. de, Hoek, L. van der, & Boeije, H. (2018) *Participatiemonitor 2008-2016: Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen*. Utrecht: NIVEL.
- Hees, S. van, Oldenkamp, M., Putter, I. de, Hoek, L. van der, & Boeije, H. (2018) *Participatiemonitor 2008-2016: Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen - Tabellen-bijlage*. Utrecht: NIVEL.
- Holm, S. (1979). Board of the Foundation of the Scandinavian Journal of Statistics A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure. Source: *Scandinavian Journal of Statistics Scand J Statist*, 6(6), 65-70.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Hulsbosch, L., Rooijen, S. van, Place, C., Michon, H., Oele, W. & Kroon, H. (2015). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Hoof, van, F., Knispel, A., Hulsbosch, H., Lange, A. de, Michon, H. & Kroon, H. (2017). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2017*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Hoof, van, F., Nuijen, J., Kroon, H. & Knispel, A. (2016). *Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg: Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Jansen, D., Spreeuwenberg, P., & M. Heijmans (2012). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012*. Utrecht: NIVEL.

Jong Gierveld, J. d., & Kamphuis, F. H. (1985). *The Development of a Rasch-type Loneliness Scale*. Applied Psychological Measurement.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Toezicht op de ambulante ggz: Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen*. Den Haag: IGJ.

Killaspy, H. & Killaspy, H.T. (2018). Improving the quality of global mental health care requires universal agreement on minimum national investment. *World Psychiatry, 17* (1) pp. 40-41.

Knaeps, J., Neyens, I., Weeghel, J. van., & van Audenhove, C. (2015). Counselors' focus on competitive employment for people with severe mental illness: An application of the Theory of Planned Behaviour in vocational rehabilitation programmes. *British Journal of Guidance and Counseling, 44*(1), 57-71.

KPMG Plexus (2018). *Monitor Generalistische Basis GGZ*. Amsterdam: KPMG Plexus.

Kromhout, M., Feijten, P., Vonk, F., Klerk, M. de, Marangos, A.M., Mensink, W., Draak, M. den, & A. de Boer (2014). *Wmo in beweging. Evaluatie wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Kroon, H., Knispel, A. & Hulsbosch, L. (2018). *Opbouw ambulante GGZ: Afspraken over de opbouw van ambulante zorg in de in- en verkoop voor 2018 (quickscan)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lamb, H.R. & Bachrach, L.L. (2001) Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv.,52*(8):1039-45.

Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T et al. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*;381:55-62.

Leff, J., Trieman, N. & Gooch, C. (1996). Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *Am J Psychiatry, 153*(10):1318-24.

Livingston JD, Boyd JE. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*;71:2150-61.

Michon, H., Busschbach, J.T. van, Stant, A.D., Vugt, M.D. van, Weeghel, J. van & Kroon, H. (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: a 30 months Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal 37* (2) 129-136.

Ministerie van VWS (2017). *Kamerbrief 'Afspraken wachttijden ggz'*. 13 juli 2017.

Nederlandse Zorgautoriteit (2018a). *Informatiekaart. Ggz-instellingen Uitgaven en financiële positie*. Utrecht: NZa

Nederlandse Zorgautoriteit (2018b). *Monitor Acute psychiatrische zorg*. Utrecht: NZa.

Nilsson, K.K., Kugathasan, P. & Straarup, K.N. (2016). Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. *Journal of affective disorders, 194*, 196-201.

Oomens, P.C.J., Huijs, J.J.J.M., & Blonk, R.W.B. (2009). Obstakels in werk: wat belemmert werkhervatting bij werknemers met psychische klachten? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 17* (6), 231-236.

Perkins, D.V., Raines, J.A., Tschopp, M.K. & Warner, T.C. (2009). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community mental health journal, 45*(3), 158-162.

- Place, C., Hulsbosch, L. & Michon, H. *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Putter, I. de, Cozijnsen, R. & Rijken, M. (2015). *Het vergroten van arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische ziekte of beperking; een werkwens alleen is niet voldoende*. Utrecht: NIVEL.
- RIBW Alliantie, Federatie Opvang, GGZ-Nederland & Mind. (2018). *De gemeentelijke plannen voor beschermd wonen en opvang: waar staan we, tussenstand december 2017*. Amersfoort: RIBW Alliantie.
- Saavedra, J., Lopez, M., Gonzalez, S., Arias, S. & Crawford, P. (2016). Cognitive and social functioning correlates of employment among people with severe mental illness. *Community mental health journal*, 52(7), 851-858.
- Shen, G.C., Eaton, J. & Snowden, L.R. (2017). Mainstreaming Mental Health Care in 42 Countries. *Health Syst Reform*, 3(4):313-324.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*;13:12–20.
- Smit, A. (2014). *Psychische diversiteit op het werk en de rol van de werkgever: Een literatuuronderzoek*. Amersfoort: Samen Sterk zonder Stigma.
- Stein, L. I. & Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37(4):392-7
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek (2018). *De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft?*.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*;9661:408
- Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (2018). *Zorg: Factsheet arbeidsmarkt*. Amsterdam: UWV
- Vektis (2017). *Zorgthermometer ggz. Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg*. Zeist: Vektis.
- Verbeek, J.A.H.M. & Smits, P.B.A. (2010). *De relatie tussen werk en gezondheid*. In: J.A.H.M. Verbeek & P.B.A. Smits (red.) *Werk en gezondheid: Inleiding in de bedrijfsgezondheidszorg (vierde, herziene druk)* (pp 1-20). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vugt, van, M.D., Mulder, C.L., Bähler, M., Delespaul, Ph, Westen, K. & Kroon, H. (2018). Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment(F-ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 441-448.
- Waddel, G. & Burton, K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* Norwich: TSO.
- Warner, R. (2009). Recovery from Schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*. 22(4):374–380.
- Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten* (proefschrift Universiteit Utrecht). Utrecht: SWP.

Afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BW	Beschermd wonen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCAF	Centrum Certificering ACT en FACT
CPB	Centraal Planbureau
DBBC	Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstige Psychische Aandoening
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPZ	Forensisch Psychiatrische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IHT	Intensive Home Treatment
LMA	Landelijke Monitor Ambulantisering
LPGGz	Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PIT	Psychiatrische Intensieve Thuiszorg
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RACT	Resource Assertive Community Treatment
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VIP	Vroege Interventie Psychose
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VPT	Volledig Pakket Thuis
VV	Voortgezet verblijf
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet Langdurige Zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket



De geestelijke gezondheidszorg ondergaat een aantal ingrijpende transitie's. Belangrijke onderdelen van deze transitie's zijn de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd per 2015 de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ te monitoren. Deze rapportage doet verslag van de resultaten van het vierde meetjaar van deze monitor.