Hans Kroon, Aafje Knispel, Lex Hulsbosch, Aniek de Lange

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020

Hans Kroon, Aafje Knispel, Lex Hulsbosch, Aniek de Lange

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020

Trimbos-instituut,
2021

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financier
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding
Hans Kroon

Auteurs
Hans Kroon, Aafje Knispel, Lex Hulsbosch, Aniek de Lange

Productie
Martin Fraterman

Project-assistentie
Freeke Perdok

Met dank aan
De leden van het panel Psychisch Gezien
De respondenten van de geënquêteerde instellingen
Vektis

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 gratis te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1838**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00

© 2021, 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 Panel Psychisch Gezien **9**
Algemeen welzijn 9
Wonen en participatie 10
Zorg en ondersteuning 11
Samengevat 11

3 Monitor transities GGZ-voorzieningen (uitvraag onder GGZ-aanbieders, inclusief beschermd wonen) **13**
Ontwikkelingen intramurale GGZ en beschermd wonen 13
Ambulante zorg 15
Verschuiving van verblijfszorg naar ambulante zorg en financieringsstromen 16

4 Aanvullende analyse secundaire bronnen **17**
Ontwikkeling van GGZ uitgaven in totaal 17
Ontwikkeling in aantallen cliënten 18
Ontwikkelingen in 2020 20
Ontwikkelingen binnen diagnosegroepen 20
Regionale verschillen 21
Dwangtoepassingen 23

5 Tot besluit **25**

Deelonderzoeken **27**
Deelonderzoek 1: Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen 27
Deelonderzoek 2: Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik: Analyse van secundaire bronnen 67
Deelonderzoek 3: Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg 115

Samenstelling begeleidingscommissie **151**

Referenties **153**

Afkortingen **157**

1 Inleiding

De Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming van de langdurige GGZ (LMA) volgt he¡t in Nederland in 2012 ingezette beleid rond ambulantisering. De monitor volgt het deïnstitutionaliseringsproces, de verdere op- en uitbouw van ambulante zorg en de gevolgen daarvan voor mensen met ernstige psychische problemen, met een meerjarige beleidshorizon.

De belangrijkste aanleidingen voor deze monitor zijn het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ van 2012 met afspraken over ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ van 2015. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012 spraken de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties af om de intramurale GGZ-capaciteit af te bouwen en tot 2020 terug te brengen tot twee derde van de capaciteit in 2008 en om tegelijk de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren.

Eerder, in 2006, waren de ambulante GGZ en het kortdurend klinisch verblijf overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. In 2015 kwam de AWBZ geheel te vervallen. De AWBZ-gefinancierde GGZ werd verdeeld over de gemeentelijk gefinancierde Wmo, de Wet Langdurige Zorg en de Jeugdwet. Voor de GGZ betrof dit met name het beschermd wonen, ambulante begeleiding, langdurig klinisch verblijf en de (klinische en ambulante) jeugdhulp. Daarmee ontstond een nadrukkelijker scheiding tussen (door landelijk opererende zorgverzekeraars gefinancierde) behandeling en (gemeentelijk gefinancierde) begeleiding. Noodzaak en wenselijkheid van regionale sturing en samenwerking in de zorg werden groter. Gemeenten kregen bij deze hervormingen in 2015, explicieter dan voorheen, de taak om mensen met psychische aandoeningen te ondersteunen bij hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Hieruit volgt dat de monitor niet alleen het *proces* van de ambulantisering volgt, maar ook de *uitkomsten* voor mensen met psychische aandoeningen.

Voorliggend rapport beschrijft de resultaten van de zesde en laatste meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA). De LMA 2020 bestaat uit de volgende onderdelen:

- Monitor transities GGZ-voorzieningen: ontwikkelingen in capaciteit, zorggebruik en GGZ-uitgaven op basis van een jaarlijkse uitvraag bij GGZ-instellingen (deelonderzoek 1), en analyse van secundaire bronnen (deelonderzoek 2).
- Monitor kwaliteit van leven en zorgervaringen van mensen met ernstige psychische aandoeningen op basis van een herhaalde uitvraag bij het panel Psychisch Gezien (deelonderzoek 3).

Onderstaand is een niet uitputtende lijst *procesindicatoren* van voortschrijdende ambulantisering:

- Minder bedden.
- Minder grootschaligheid (klinische zorg op een groot algemeen psychiatrisch ziekenhuisterrein, 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.

Deze indicatoren worden met name gemeten via de Monitor transities GGZ-voorzieningen.

In afwijking van vorige jaren is er op verzoek van VWS geen Contextmonitor uitgevoerd, waarin bepaalde processen binnen de ambulantisering (zoals vernieuwing en kwaliteit van ambulante zorg, sectoroverstijgende samenwerking, destigmatisering en participatie) kwalitatief en verdiepend werden uitgelicht. Voor een meer uitgebreide en geïntegreerde terugblik op het ambulantiseringsproces sinds 2015 wordt daarom verwezen naar het hoofdrapport van de LMA 2019. Mede daarom is er in deze monitorperiode geen directe meting (en beperkt via secundaire bronnen) van eveneens relevante kwaliteitsindicatoren:

- 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 verblijfscapaciteit is geen doel op zich, maar beoogt een verbetering voor mensen met psychische aandoeningen in termen van de volgende *uitkomstindicatoren*:

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

Voor deze indicatoren is het panel Psychisch Gezien de primaire bron.

Ten tijde van de coronacrisis doet zich meer dan ooit voelen dat er verschillen zijn in de actualiteit van de diverse bronnen. Zorggegevens van Vektis (secundaire bron) over ontwikkelingen in Wlz en Zvw gaan tot en met 2018 (recenter is voor Vektis niet mogelijk vanwege de bekostigingssystematiek van dbc's), onze eigen uitvraag

over zorgontwikkelingen gaat tot en met 2019 en het panel Psychisch Gezien tot en met medio 2020. De invloed van de coronacrisis wordt in deze monitor dus nog niet zichtbaar in bovengenoemde procesindicatoren, maar al wel in de uitkomstindicatoren. Ook het startmoment van de monitoring verschilt per databron. De stelselherzieningen in 2015 gingen gepaard met discontinuïteit in de dekking van de landelijke databronnen van Vektis en CBS, wat verder terugkijken bemoeilijkt. De in 2015 gestarte LMA is een vervolg op onze eerdere monitor van klinische GGZ en beschermd wonen, waardoor we wel een langjariger perspectief hebben op de capaciteitsontwikkelingen in deze verblijfszorg vanaf 2008. Voor het overige ligt het startmoment van de LMA over het algemeen bij het jaar 2015.

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

2 Panel Psychisch Gezien

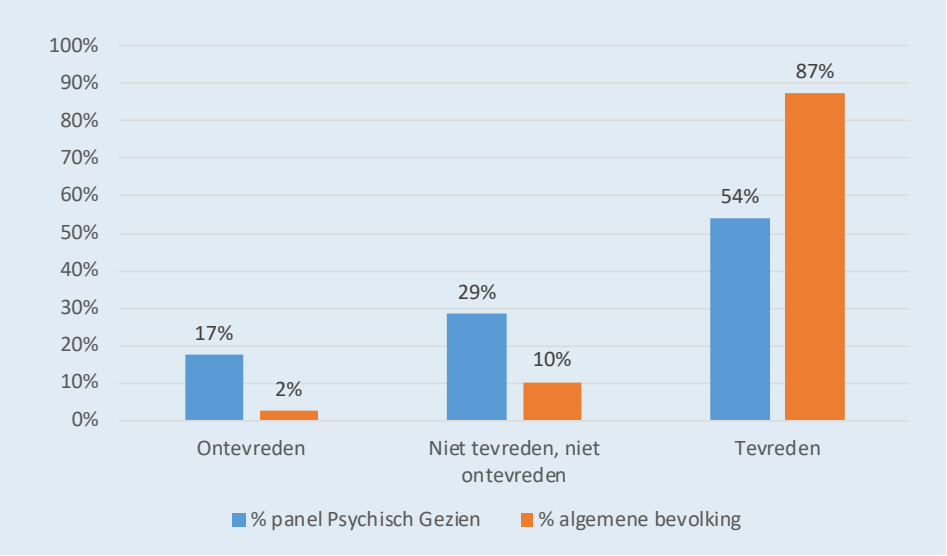
Het Panel Psychisch Gezien is in 2010 opgericht en werd ten behoeve van de LMA in 2015 uitgebreid om de veranderingen in welzijn, participatie en ontvangen zorg bij mensen met ernstige psychische problemen beter te kunnen volgen. We analyseerden de veranderingen tussen 2015 en 2020, voor degenen die al in 2015 lid van het panel waren. Leven zij zelfstandiger, doen zij meer en naar tevredenheid mee in de maatschappij, ervaren zij een grotere kwaliteit van leven en zijn zij meer te spreken over de zorg en ondersteuning die zij krijgen? Dit is overigens geen directe toets van de gevolgen van het ambulantiseringsbeleid en de hervorming van de langdurige GGZ. Veranderingen kunnen ook een weerspiegeling zijn van natuurlijke herstelpatronen, een stijgende leeftijd van de panelleden, en van veranderende sociaal-economische omstandigheden in de maatschappij. Bovenal: de coronacrisis van 2020 heeft drastisch ingegrepen op het leven dat we allemaal leiden, zo ook op dat van de panelleden. Die impact zien we dan ook duidelijk terug in de cijfers, zij het niet steeds als verslechtering, soms ook als verbetering. Des te meer reden om een balans over veranderingen tussen 2015 en 2020 op te maken, met speciale aandacht voor de veranderingen in 2020.

In 2020 werden verschillende peilingen onder het panel gedaan. In aparte rapportages (meest recent: De Lange e.a., 2020) is het afgelopen jaar meer diepgaand gerapporteerd over de beleving en zorg ten tijde van de coronacrisis. We gebruiken hier de data van de standaardpeiling, die medio 2020 werd gehouden, dus tussen de zogenaamde eerste en tweede golf van de coronacrisis. Onderstaand zijn de belangrijkste trends tussen 2015 en 2020 (zie deelonderzoek 3 voor de uitgebreide rapportage).

Algemeen welzijn

- Het percentage dat over het geheel genomen (redelijk) tevreden is met het leven dat men leidt steeg tussen 2015 en 2019 van 52% naar 62% en zakte in 2020 terug naar 54% (zie Figuur 1). Het rapportcijfer voor de algemene kwaliteit van leven blijft gedurende de monitorperiode redelijk stabiel op 6,3 tot 6,4.
- Het percentage dat zich mentaal gezond voelt (d.w.z. boven de daarvoor gehanteerde afkapwaarde) steeg – niet significant – van 33% in 2015 naar 39% in 2020. Tevredenheid met de psychische gezondheid nam – significant – toe, maar blijft wel het domein waarop de laagste score gegeven wordt (4,4 op een 7-puntsschaal).

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



* *Panel Psychisch Gezien peiljaar 2020. Algemene bevolking peiljaar 2019 (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).

Wonen en participatie

- Het percentage zelfstandig wonenden steeg van 74% (2015) geleidelijk naar 80% (2020). Van alle domeinen is men anno 2020 het meest tevreden over de woonsituatie.
- Het percentage mensen met betaald werk was jarenlang redelijk stabiel op 21 à 22%, maar daalde licht naar 19% in 2020.
- Bij vrijwilligerswerk is er een (niet significant) dalende trend van 46% in 2016 naar 42% in 2020. Voor dit laatste cijfer vroegen we naar de precorona-situatie. Ten tijde van de coronacrisis viel een deel van dit vrijwilligerswerk weg.
- Het percentage dat zich (heel) erg eenzaam voelt blijft door de jaren stabiel op circa 39%.
- Het gevoel écht mee te tellen in de maatschappij bleef stabiel op (slechts) 25% van de panelleden.
- In 2020 voelden minder mensen dan voorheen (van 28% in 2019 naar 20% in 2020) zich op één of andere manier gediscrimineerd of achtergesteld vanwege psychische problemen, mogelijk omdat dit ten tijde van de coronacrisis minder manifest kon worden.

Zorg en ondersteuning

- Door de jaren heen is het aantal mensen dat uit het eigen netwerk ondersteuning vanwege psychische problemen krijgt redelijk stabiel op rond de 65%, ook in 2020.
- Gebruik van (cliënt)initiatieven rond herstel en zelfregie (zoals herstelacademies) ging tussen 2015 en 2018 omhoog van 6% naar 14%, maar is in 2020 weer terug op het oude niveau. Ook bij veel andere zorgvormen is in 2020 een daling in het gebruik ten opzichte van eerdere jaren te zien, maar bij de herstelinitiatieven is de terugval het grootst.
- Contact met de huisarts in het afgelopen jaar ging van circa 71% in eerdere jaren naar 54% in 2020. Tegelijk bleef de tevredenheid over de lichamelijke gezondheid tussen 2019 en 2020 stabiel, al is deze score niet hoog (4,4 op een 7-puntsschaal). Ruim de helft van de panelleden (53%) heeft één of meer chronische lichamelijke aandoeningen.
- Crisiscontacten daalden in 2020. Dit lijkt echter niet meteen een reden tot zorg, want het percentage mensen dat wel crisiszorg nodig zegt te hebben gehad, maar dat niet kreeg, daalde van circa 10% in voorgaande jaren naar 4% in 2020.
- Eerder meer dan minder mensen zeggen in 2020 voldoende zorg en ondersteuning te krijgen; de 81% van 2020 is de hoogste uit de jaarreeks.
- Het gemiddelde rapportcijfer voor de professionele hulp blijft door de jaren heen stabiel op 6,8 à 6,9, waarbij er soms, zoals bij het beschermd wonen, in 2020 een positieve uitschieter is (van 6,8 in 2015 naar 7,3 in 2020).
- Op een aantal domeinen ervaren de panelleden een toenemende match in de (professionele en niet-professionele) zorg en ondersteuning: medicatie, sociale contacten, dagelijkse bezigheden, seksualiteit en huisvesting, ofwel vooral de sociale domeinen, waarbij 2020 vaak gunstig afsteekt ten opzichte van eerdere jaren.
- Hulpverleners hebben volgens de panelleden door de jaren heen ongeveer evenveel oog voor mogelijkheden in plaats van beperkingen (circa 77%).

Samengevat

- Het algemeen welzijn is door de jaren heen licht gestegen, maar daalde in 2020 ten tijde van de coronacrisis naar een niveau dat nog wel boven dat van 2015 ligt.
- Over een periode van vijf jaar is er een lichte toename van het zelfstandig wonen, maar niet in participatie of het gevoel mee te tellen in de maatschappij. Eenzaamheid blijft op hetzelfde (hoge) niveau. De lichte stijging in zelfstandiger wonen in de samenleving ging dus niet gepaard met een toename van (een gevoel van) inclusie. Deze groep blijft in kwaliteit van leven en participatie op een grote achterstand ten opzichte van de algemene bevolking en deze achterstand is sinds 2015 eerder toe- dan afgenomen (zie ook de rapportage van de Monitoring Onbeperkt Meedoen; Knapen e.a., 2020).

- De hoeveelheid professionele zorg en ondersteuning daalde in 2020. Dit leidde echter niet tot grotere ontevredenheid over de zorg of tot uitblijvende, maar wel noodzakelijke crisiszorg. De panelleden vinden eerder dat de match tussen hun behoeften en de geboden ondersteuning is verbeterd. Waarschijnlijk realiseert men zich dat 2020 ook voor de hulpverlening een uitdaging was en is men te spreken over de manier waarop hier op ingespeeld is.

Daarnaast hebben we in de voorjaarspeiling van 2020 voor het eerst vragen gesteld over (eventuele) herdiagnostiek. De laatste jaren is hiervoor toenemend aandacht in de GGZ (zie onder meer Noorthoorn e.a., 2017). Ook als mensen al langere tijd psychische problemen hebben, dient de diagnostiek door te gaan en voldoende integraal te zijn (inclusief bijvoorbeeld aandacht voor trauma, licht verstandelijke beperkingen en ontwikkelingsperspectieven), met een daarop aansluitende behandeling. Bij ruim de helft van de panelleden (57%) is de meest recente diagnose langer dan drie jaar geleden gesteld. Bij 16% is de meest recente diagnose in het afgelopen jaar gesteld en voor 15% is dit één tot drie jaar geleden (en 12% weet het niet meer). Als de herdiagnostiek leidde tot een andere diagnose, dan leidde dit bij circa tweederde van de bewuste panelleden tot een aangepaste behandeling of een plan daarvoor.

3 Monitor transities GGZ-voorzieningen (uitvraag onder GGZ-aanbieders, inclusief beschermd wonen)

Om zo recent mogelijke cijfers te verkrijgen over veranderingen in klinische zorg, beschermd wonen en (Wmo- en Zvw-gefinancierde) ambulante zorg wordt binnen de LMA jaarlijks een uitvraag onder GGZ-aanbieders over de geboden zorg van het voorgaande jaar gedaan. Deze uitvraag betreft de grotere instellingen (en niet kleinschalige aanbieders of vrijgevestigden). Voor een uitgebreidere rapportage over de resultaten wordt verwezen naar deelonderzoek 1.

Aan dit onderzoek over het jaar 2019 namen in totaal 46 instellingen deel, evenveel als bij de vorige uitvraag. Wel zijn er beperkte jaarlijkse wisselingen in welke instellingen precies meedoen. Van de geïntegreerde GGZ-instellingen respondeerde dit jaar 71 procent en van de grotere RIBW's (over het algemeen aangesloten bij Valente) 74 procent.

Vanwege veranderingen in de financieringskaders in het afgelopen decennium die de interpretatie van meer langjarige trends compliceren, kiezen we als vertrekpunt van veranderanalyses het jaar 2015. In hoofdstuk 4 gaan we aan de hand van aanvullende bronnen kort in op trends in het zorggebruik in 2020.

Ontwikkelingen intramurale GGZ en beschermd wonen

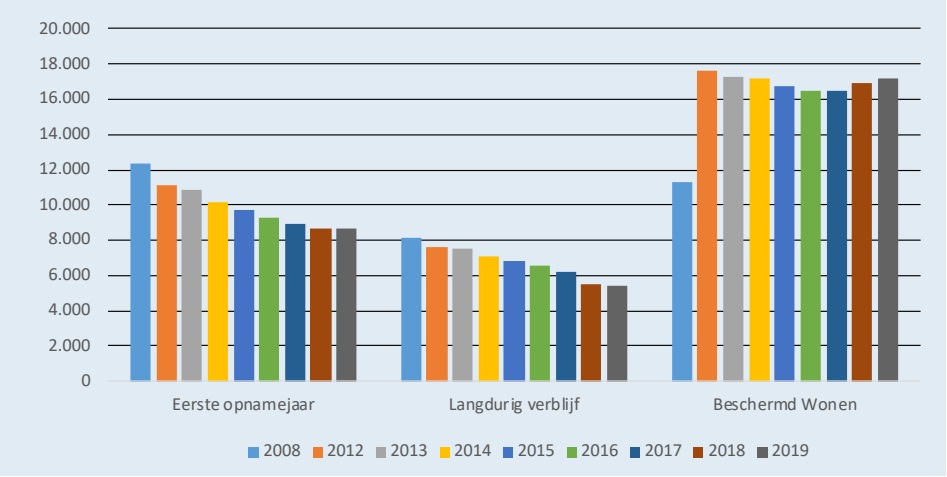
Sinds 2015 was er een afname van 14% in de capaciteit van klinische voorzieningen. In 2019 was deze afname met 1% gering, zowel wat betreft plaatsen voor het eerste opnamejaar als voor langduriger verblijf. Het aantal opnameperioden daalde in 2019 iets meer (4%) dan het aantal unieke cliënten (1%), wat lijkt te wijzen op een lichte toename van de gemiddelde opnameduur.

In de bekostiging van klinisch verblijf worden acht deelprestaties onderscheiden van "lichte" tot "zeer intensieve" verzorgingsgraad, die oplopen in de ernst van de behandelde problematiek, het aantal hulpverleners per bed/plaats, het toezicht- en beveiligingsniveau en daarmee ook in de kosten. Tussen 2015 en 2019 nam het aandeel van plaatsen met een intensieve verzorgingsgraad (vanaf deelprestatie E) in het totaal aantal

plaatsen elk jaar toe (van 55,7 procent naar 64,0 procent). In 2019 betreft de stijging met name deelprestatie H (High Intensive Care). Binnen het langverblijf is eenzelfde ontwikkeling te zien van relatief meer zware zorgzwaartepakketten, met in het laatste jaar ook in absolute termen een lichte stijging. Over het geheel van de klinische voorzieningen (kort- en langverblijf) gaat het steeds vaker om gesloten plaatsen. De verhouding tussen groepswonen en individuele woonvoorzieningen blijft redelijk stabiel op (in 2019) 56 procent groepswoonvoorzieningen en 44% individuele woonvoorzieningen.

Het aantal plaatsen voor beschermd wonen toont de laatste jaren een licht stijgende trend: +4% sinds 2015, waarvan 2% in 2019. De stijging betreft vooral de zelfstandige RIBW's (en niet de geïntegreerde instellingen die ook beschermd wonen aanbieden).
Bovenstaande cijfers geven nog geen indicatie in hoeverre de doelstelling uit het bestuurlijk GGZ-akkoord 2012 is gerealiseerd. Daarvoor moeten we verder terug in de tijd. In het bestuurlijk GGZ-akkoord van 2012 werd immers als doel gesteld om "de huidige totale beddencapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg." In Figuur 2 is een totaalbeeld te zien van de geschatte landelijke capaciteitsontwikkelingen van klinische GGZ en beschermd wonen in de afgelopen twaalf jaar. Bij optelling van de gegevens over het eerste opnamejaar en langdurig verblijf was er tussen 2008 en 2019 een capaciteitsdaling in de klinische GGZ van 31%, dus geheel in lijn met de doelstelling van het bestuurlijk akkoord. Het beschermd wonen laat in dezelfde periode een geheel andere ontwikkeling zien met een stijging van 53%, die mogelijk nog groter is als ook kleinere aanbieders zouden zijn meegenomen.

Figuur 2 Capaciteitsontwikkelingen klinische GGZ en beschermd wonen 2008-2019 (aantal plaatsen*)



* *Op basis van aantal verblijfdagen in een 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 2012-2019 op basis van extrapolatie van de LMA-uitvraag bij GGZ-aanbieders met waar mogelijk bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMV). Gegevens over 2015-2019 inclusief Jeugdwet.*

Ambulante zorg

Het aantal cliënten met een Zvw-gefinancierde specialistische ambulante behandeling bleef bij de deelnemende aanbieders tussen 2018 en 2019 vrijwel stabiel (-1%); tussen 2015 en 2019 daalde dit aantal met 11%. Binnen de specialistische GGZ (SGGZ) groeit het aantal cliënten in de categorie van 1800 tot 6000 minuten en is er een daling bij de kortere en langere dbc's.

Diverse van de geïntegreerde aanbieders hebben geen gegevens aangeleverd over de generalistische basis GGZ (of bieden deze zorg niet), waardoor trendcijfers gebaseerd zijn op een beperkt aantal (zes) aanbieders. De cijfers van deze aanbieders wijzen op een stijging van 26% in het afgelopen jaar van het aantal cliënten in de generalistische basis GGZ. Over het algemeen worden binnen de BGGZ vooral de intensieve producten (intensief en chronisch) geboden.

Het aantal cliënten binnen de ambulante Wmo-gefinancierde zorg nam bij de deelnemende aanbieders in 2019, na een eerdere stijging, af, met name door een daling van de individuele begeleiding (-9%). Eenzelfde ontwikkeling (eerst stijging, nu daling) zien we in het aantal fte. De ambulante Wmo-gefinancierde begeleiding wordt in 2019 doorgaans als aparte voorziening aangeboden en veel minder in het kader van een integraal aanbod, bijvoorbeeld binnen FACT-teams (bij 19% van de instellingen komt dit voor). Gecombineerde (Zvw en Wmo) financiering van deze teams neemt in 2019 bij de deelnemende instellingen af.

Verschuiving van verblijfszorg naar ambulante zorg en financieringsstromen

Samengevat waren er in 2019 kleine mutaties in de ontwikkeling van klinische voorzieningen en specialistische ambulante GGZ bij de deelnemende aanbieders. Binnen het beschermd wonen was er eerder sprake van een (licht) omgekeerde trend met iets meer plaatsen beschermd wonen (+2%) en minder cliënten in Wmo-gefinancierde ambulante zorg. Wat binnen het beschermd wonen als 'verblijf' moet worden gekenschetst is overigens steeds minder duidelijk. Er is een ontwikkeling van het (klassieke) beschermd wonen in een aparte all-inclusive voorziening naar beschermd thuis (met daarbinnen verschillen in de nabijheid en intensiteit van begeleiding en of het al dan niet een zelfstandige woning betreft).

Op basis van de uitvraag onder aanbieders daalde het verblijfsaandeel (inclusief beschermd wonen) van de totale opbrengsten tussen 2015 en 2019 van 64% naar 57%. In 2019 was er volgens opgave van de instellingen een verschuiving in opbrengsten naar ambulante zorg van vier procentpunten. Hoe we deze verschuiving moeten plaatsen is echter niet geheel duidelijk. Deze verschuiving is namelijk niet zichtbaar in de (voorlopige) totaalcijfers aan Zvw/Wlz-uitgaven over 2019 (zie hoofdstuk 4) waarin het verblijfsaandeel in de GGZ-uitgaven net als in 2018 op 46% bleef staan. En binnen het beschermd wonen (op basis van onze eigen uitvraag) zagen we deze ontwikkeling ook niet bevestigd in de ontwikkeling van het aantal plaatsen.

We zien indicaties dat het aanbod zich niet ontwikkelt richting (de gewenste) integrale zorg en ondersteuning, maar meer de bekostigingskaders volgt. Het (Wmo gefinancierde) beschermd wonen groeit bij de RIBW en niet bij de geïntegreerde instellingen. FACT-teams beperken zich meer tot de SGGZ in plaats van ook van generalistische basis GGZ- en Wmo-financiering gebruik te maken. Dit ondanks verschillende praktijkexperimenten in het land waarin gecombineerd gefinancierde teams zijn opgezet.

4 Aanvullende analyse secundaire bronnen

We hebben net als in eerdere jaren, ter validering en aanvulling, secundaire bronnen geraadpleegd rond relevante ontwikkelingen in verblijf en ambulante zorg. Deze is – op meer punten dan hier beschreven – gedocumenteerd in deelonderzoek 2.

Ontwikkeling van GGZ uitgaven in totaal

De integrale uitgaven aan GGZ-aanbieders (inclusief beschermd wonen, POH-GGZ, jeugd-psychiatrische klinieken en TBS; maatschappelijke opvang zit niet in dit kader) stegen tussen 2015 en 2019 volgens het CBS met 12,5% naar 7,1 miljard euro. Deze ontwikkeling blijft enigszins achter bij die van het totale BBP. Het aandeel van GGZ-uitgaven in het BBP was 0,91% in 2015 en 0,87% in 2019 (dit is identiek aan 2018).

Tabel 1 GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 2015-2019 in miljoenen euro's

	2015*	%	2016*	%	2017 *	%	2018 *	%	2019**	%	Ontwikkeling 2015-2019 (%)
Ambulant											
POH GGZ***	138	3,4	155	3,8	163	3,8	174	3,9	186*	4,0	34,8
Zvw Generalistische Basis GGZ	185	4,5	200	4,9	213	5,0	226	5,1	242	5,2	30,8
Zvw Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf	1.705	41,8	1.754	42,6	1.848	43,5	1.997	44,9	2.098	45,0	23,0
Ambulant totaal	2.028	49,7	2.109	51,2	2.224	52,3	2.397	53,9	2.526	54,2	24,5
Klinisch											
Zvw SGGZ met verblijf tot 1 jaar	1.390	34,1	1.357	33,0	1.380	32,5	1.430	32,2	1.482	31,8	6,6
Langdurig verblijf (Zvw 2e en 3e jaar en Wlz)	660	16,2	652	15,8	646	15,2	619	13,9	656	14,1	-0,6
- Zvw SGGZ met verblijf 2 en 3 jaar	51	1,3	130	3,2	151	3,6	151	3,4	158	3,4	210,5
- Wlz	609	14,9	522	12,7	495	11,6	468	10,5	498*	10,7	-18,2
Klinisch totaal	2.050	50,3	2.009	48,8	2.026	47,7	2.049	46,1	2.138	45,8	4,3
Totaal	**4.078**	**100**	**4.118**	**100**	**4.250**	**100**	**4.446**	**100**	**4.664**	**100**	**14,4**

* *Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2020. De uitgaven aan de POH-GGZ omvatten zowel consulten als inschrijftarieven.*

** *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.*

Op basis van een uitvraag bij Vektis in het kader van de LMA, aangevuld met een voorlopige raming over 2019 van ZIN, is er een gedetailleerder overzicht over de ontwikkeling van zorguitgaven binnen Zvw en Wlz (zie Tabel 1). Deze GGZ-uitgaven stegen tussen 2015 en 2019 met 14,4%, waarvan 4,9% in het laatste jaar. Het verblijfsaandeel binnen deze uitgaven was 50% in 2015 en 46% in 2019 (dit is identiek aan 2018). In 2019 hadden de POH-GGZ en BGGZ tezamen een aandeel in de zorguitgaven van 9,2%, waar dit in 2015 7,9% was. Hun aandeel neemt verhoudingsgewijs meer toe dan dat van de ambulante SGGZ (dit aandeel was 45% in 2019). Met andere woorden: er is in deze periode een kostenverschuiving van de zwaardere echelons (verblijf) naar de lichtere (POH-GGZ, BGGZ) geweest en niet naar de tussencategorie van ambulante specialistische GGZ.

Binnen het gemeentefonds wordt een steeds groter bedrag bestemd voor het beschermd wonen. Dit bedrag steeg van 1.382 miljoen in 2015 naar 1.809 miljoen in 2019 (+31%). In de toekomst zal een deel van dit budget verschuiven naar de Wlz, in verband met veranderingen in de Wlz per 2021. Hoe binnen de totale Wmo-uitgaven in het GGZ-kader verblijf en ambulante zorg zijn verdeeld is niet op te maken uit de secundaire bronnen.

Ontwikkeling in aantallen cliënten

De jaarlijkse uitvraag aan Vektis in het kader van de LMA (geactualiseerd tot en met 2018) leert dat het aantal cliënten dat een beroep doet op de Zvw/Wlz gefinancierde GGZ fors steeg van 1,20 miljoen in 2015 naar 1,35 miljoen (+12%). Dit komt vrijwel geheel op het conto van de POH-GGZ (zie Tabel 2). Gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei blijft het aantal mensen dat (exclusief de POH-GGZ) jaarlijks gebruik maakt van de GGZ stabiel op 5,8% van de bevolking. We konden daarmee geen duidelijke tekenen vinden van een toenemende medicalisering, waarbij (breder) onbehagen toenemend als teken van een psychische stoornis wordt opgevat die in de GGZ moet worden behandeld.[1]

1 Deze gegevens betreffen het daadwerkelijk gebruik van de GGZ en niet de ontwikkeling van wachttijden wat ook een indicator kan zijn van (toenemend) beroep op de GGZ.

Tabel 2 Aantal cliënten per echelon (leeftijd 18+), 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	Ontwikkeling 2015-2018 (%)
POH-GGZ	427.654	470.412	517.218	537.040	25,6
Generalistische basis GGZ	207.765	222.036	227.539	231.143	11,3
Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf	510.929	512.620	517.423	529.183	3,6
Gespecialiseerde GGZ met verblijf (eerste opnamejaar)	47.208	45.912	45.245	45.276	-4,1
Langdurige GGZ (SGGZ tweede en derde opnamejaar)	1.308	2.309	2.710	2.599	98,7*
Wlz	7.665	6.423	6.021	5.340	-30,3**
Totaal* **	**1.202.529**	**1.259.712**	**1.316.156**	**1.350.581**	**12,3**
Aantal verzekerden per jaar	13.631.433	13.749.877	13.892.848	14.040.814	
Cliënten per aantal verzekerden (%)	8,8	9,2	9,5	9,6	

Bron: Vektis cijfers, aangeleverd voor de LMA 2020.

* *Dit groeicijfer is relatief hoog. Dit komt doordat in 2015 voor het eerst cliënten instroomden in dit segment. De doorstroom naar de Wlz vindt pas in latere jaren plaats (na het eventuele derde opnamejaar).*

** *In de Wlz kan pas vanaf 2017 nieuwe instroom plaatsvinden, in verband met het feit 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 dubbeltellingen voor de mensen die in meerdere echelons zorg hebben ontvangen.*

Het totaal aantal opgenomen personen (inclusief Wlz) nam tussen 2015 en 2018 af met 5,3 procent en bestond in 2018 uit 53.215 personen. Degenen die binnen het eerste opnamejaar van de SGGZ vielen, verbleven in 2018 gemiddeld 56 dagen in het ziekenhuis (dit kan inclusief heropnamen zijn). Opvallend is de afname van het aantal mensen met een langdurige opname (2e en 3e jaar SGGZ en Wlz) tussen 2017 en 2018 (afname van 9 procent). Het aantal cliënten met een specialistische ambulante behandeling zonder verblijf nam tussen 2015 en 2018 toe met 3,6 procent, met in 2018 in totaal 529.183 cliënten.

Op basis van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) van CBS (met een bijschatting van ons vanwege ontbrekende gegevens) woonden in 2019 circa 39.000 mensen in een beschermde woonvorm. Trendcijfers zijn, wegens jaarfluctuaties in de volledigheid van de GMSD, moeilijker te geven.[2] Gemeten over 35 van de 44 regio's (met voldoende consistentie in de jaarlijkse gegevens) was de stijging tussen 2018 en 2019 8,5%. Zowel onze eigen uitvraag bij GGZ-aanbieders als de Vektis/GMSD-gegevens wijzen er dus op dat het klinische verblijf een dalende trend heeft en het beschermd wonen een stijgende trend.

Ontwikkelingen in 2020

Niet onvermeld kan blijven dat de coronacrisis een forse impact heeft gehad op het hierboven vermelde zorggebruik in de GGZ. De NZA brengt in samenwerking met het Trimbos-instituut (in een aparte uitvraag buiten het bestek van de LMA) de ontwikkelingen in de GGZ als gevolg van de coronacrisis in kaart (Nza & Trimbos-instituut, 2020).[3] De laatst bekende cijfers (tot en met oktober 2020) laten vanaf de start van de coronamaatregelen in maart zowel een forse terugval in het aantal lopende behandelingen als in opnamedagen zien; beide aantallen keren in de loop van het derde kwartaal terug naar het niveau van 2019. Of er sprake zal zijn van een inhaaleffect boven dit gebruikelijke niveau kan nog niet gezegd worden.

Ontwikkelingen binnen diagnosegroepen

In de vorige rapportage van de LMA constateerden we dat ontwikkelingen in het zorggebruik binnen de SGGZ scheef verdeeld zijn over de diagnosegroepen. Deze ontwikkeling zette – gegeven de Vektis-uitvraag in het kader van de LMA – door in 2018.
Op voorhand hadden we verwacht dat de diagnosegroep die voorheen het meest gebruik maakte van de intramurale GGZ (de diagnosegroep schizofrenie en andere psychosen) een relatief sterke stijging van de intensieve ambulante dbc's zou laten zien. Dit blijkt echter niet uit de cijfers, ook niet over 2018. Het tegendeel is eerder waar. Deze diagnosegroep is de enige die, gerekend vanaf 2012, een daling in aantallen intensieve dbc's (>3000 minuten) zonder verblijf kent (-2%), en bleef in 2018 op dit punt opnieuw achter bij de algemene trend (+2% tegen +9%). Dit terwijl deze groep tegelijk een aanzienlijke daling in het aantal verblijfsdagen had (-20%). Meer intensieve ambulante aandacht is vooral uitgegaan naar angststoornissen, pervasieve ontwik-

2 Zo zou volgens deze bron het aantal beschermd wonen cliënten tussen 2017 en 2019 in Amsterdam zijn vertienvoudigd en in Tilburg tot een kwart zijn gedaald. Dit spoort niet met de ons bekende feitelijke ontwikkelingen in deze regio's.

3 Met een dekkingsgraad van 10% van de SGGZ wordt voor dit onderzoek gedurende de coronacrisis geen landelijke representativiteit beloofd.

kelingsstoornissen (zoals autisme), somatoforme stoornissen en ADHD (en andere gedragsstoornissen). Ook op het niveau van de totale uitgaven aan SGGZ (inclusief verblijf) blijft de kostenstijging voor de schizofreniegroep achter bij het totale gemiddelde (+6% versus +25%); dit geldt ook voor 2018 (+3% versus +6%). Eén van de verklaringen kan zijn dat de behandeling van deze groep vrijwel het exclusieve domein is van de geïntegreerde aanbieders (met daarnaast een klein aandeel van PAAZ en PUK). In het afgelopen decennium zijn nieuwe ambulante aanbieders opgekomen, die zich meer toeleggen op de behandeling van angst, depressie, autisme en ADHD. Het marktaandeel van deze aanbieders op het gebied van de intensieve ambulante dbc's steeg van 8,0% in 2015 naar 12,7% in 2018, bij een vrijwel gelijkblijvend marktaandeel (68%) van de geïntegreerde instellingen.

Regionale verschillen

De klinische verblijfscapaciteit is vanouds niet evenredig over het land verdeeld. We zien dit nog steeds terug in het gebruik van de voorzieningen. De klinische uitgaven (Wlz/Zvw) zijn in 2018 gemiddeld over heel Nederland 145 euro per verzekerde (18+), maar variëren van 79 euro (Amstelland/Meerlanden) tot 305 euro (Midden-IJssel) (zie Tabel 3). Er zijn ook grote verschillen in ambulante GGZ-uitgaven (van SGGZ tot POH). Dit gaat van 134 euro per verzekerde (West-Brabant) tot 258 euro (Amsterdam). Het lijkt een gunstig teken dat deze regionale verschillen in ambulante en klinische zorg tussen 2012 en 2018 kleiner zijn geworden. De ontwikkelingen in ambulante en klinische zorg blijken regionaal echter geen communicerende vaten te zijn: het verband (de correlatie) tussen de twee is letterlijk 0. We zien regionaal dus geen substitutie-effect van uitgaven aan klinische en ambulante zorg, zoals dat in het Bestuurlijk Akkoord 2012 was voorzien.

Tabel 3 Uitgaven per verzekerde aan GGZ, het aandeel van klinische uitgaven en het aandeel van Wlz-uitgaven, per zorgkantoorregio in 2018

Zorgkantoorregio	Uitgaven per verzekerde aan GGZ (inclusief POH-GGZ) in euro's	Aandeel uitgaven klinisch (Zvw en Wlz) in totale uitgaven (%)	Aandeel Wlz in totale uitgaven (%)
Midden-IJssel	481	63,5	28,9
Drenthe	455	64,5	31,6
Amsterdam	439	41,3	6,1
Haaglanden	397	49,1	14,5
Apeldoorn/Zutphen e.o.	371	53,7	12,6
Zuid-Limburg	367	42,3	6,6
Kennemerland	357	49,5	17,5
Rotterdam	354	47,4	6,0
Groningen	350	36,2	1,8
Utrecht	346	42,8	10,0
Noordoost Brabant	343	53,8	19,5
Zuidoost-Brabant	306	49,0	10,2
Zwolle	304	47,3	12,3
Arnhem	300	48,5	10,1
Nijmegen	298	40,4	4,3
Zuid-Holland Noord	287	40,4	10,9
Friesland	286	42,1	9,1
Noord-Limburg	284	47,4	17,4
Twente	281	51,4	6,8
Midden-Brabant	280	41,8	9,3
Zeeland	279	48,9	6,6
West-Brabant	277	51,8	16,3
'T Gooi	272	37,8	3,3
Zuid-Hollandse Eilanden	272	51,6	15,2
Zaanstreek/Waterland	269	37,8	0,6
Waardenland	266	45,8	3,8
Noord Holland Noord	264	43,1	7,4
Westland Schieland En Delfland	247	44,4	9,4
Amstelland En De Meerlanden	229	34,9	3,5
Midden-Holland	218	38,0	0,0
Flevoland	218	38,3	1,8
Totaal	**313**	**46,4**	**10,6**

Op basis van cijfers van Vektis aangeleverd voor de LMA 2020

Dwangtoepassingen

De Raad voor de Rechtspraak verstrekte gegevens over Bopz-aanvragen tot en met 2019. Sinds 2009 is er van jaar tot jaar steeds een stijging geweest in het aantal beschikkingen voor een dwangopname. In de periode 2012 tot 2017 was de jaarlijkse stijging gemiddeld 5%, in 2018 8% en in 2019 stijgt dit door naar 11%.

De stijging zit met name in de beschikkingen voor een Rechterlijke Machtiging (+15%). In 2020 is de BOPZ vervangen door de Wet Verplichte GGZ. Vanwege deze overgang hebben we meer gedetailleerde gegevens over het verloop van het aantal beschikkingen gedurende het jaar 2019 opgevraagd. Die wijzen erop dat in de aanloop naar de nieuwe wet (dat wil zeggen in de laatste maand van 2019) extra veel beschikkingen voor een RM zijn afgegeven. Gecorrigeerd voor dit overgangseffect is er in 2019 nog steeds een relatief grote groei in het aantal beschikkingen voor een RM: +10%, terwijl de jaarlijkse stijging tussen 2012 en 2018 +6% was.

5 Tot besluit

Het monitoren van het ingezette ambulantiseringsbeleid is in 2020 doorkruist door de coronacrisis, waarvan de impact op mensen met ernstige psychische problemen en op het zorggebruik in de GGZ manifest is, en de lange termijngevolgen onzeker.
We zijn instellingen en panelleden extra dank verschuldigd dat zij ook in deze tijd informatie met ons hebben gedeeld. Met veel inspanningen over en weer is de respons op de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-instellingen op hetzelfde niveau als het vorige monitorjaar gebleven; het panel hebben we in verband met de coronacrisis extra bevraagd.
De panelresultaten wijzen er op dat welzijn en participatie van de panelleden in 2020 extra onder druk zijn komen te staan. Tegelijk is men eerder meer dan minder te spreken over de ontvangen zorg en ondersteuning.

De monitor van transities in het zorggebruik blikt traditioneel – ook nu – terug op de ontwikkelingen tot het vorige kalenderjaar. Vanuit een langjarig perspectief constateren we dat belangrijke doelstellingen uit het bestuurlijk akkoord 2012 – minder verblijf, meer passende ambulante zorg, meer regionale samenhang in de zorg, meer herstel en deelname aan de samenleving van mensen met psychische problemen – eerder niet dan wel zijn gerealiseerd. Alleen in het klinisch verblijf zien we de beoogde getalsmatige afname, maar dit verblijf is tegelijk veel intensiever geworden, met meer dwangtoepassing en vaker in een gesloten setting. Het beschermd wonen is gegroeid.

In termen van volume en capaciteitsveranderingen was 2019 een relatief rustig jaar met een licht afnemend klinisch verblijf, wat meer beschermd wonen, en iets minder ambulante specialistische GGZ en ambulante Wmo-begeleiding. Enkele ontwikkelingen vatten wij niet op als signalen van het gewenste ambulantiseringsproces en vergen nadere (beleids)aandacht:

- Het klinisch verblijf heeft vaker een gesloten karakter en het aantal dwangtoepassingen stijgt al jaren en in 2019 (weer) harder dan in het voorgaande jaar.
- Intensivering van de ambulante zorg gaat niet naar de groepen (met name mensen met psychotische aandoeningen) die van oudsher het meest van de klinische voorzieningen gebruik maakten, wat vragen oproept of deze groep wel voldoende en passende zorg krijgt. Hierbij lijkt de wijze van bekostiging een rol te spelen. De behandeling van mensen met minder complexe problematiek levert, aldus IGJ (2020), in financieel opzicht meer op. Totale uitgaven aan SGGZ groeiden (vanaf 2012 en ook in het laatste jaar) het meest voor angststoornissen, ADHD en autisme.
- Integrale zorg en ondersteuning is gebaat bij flexibiliteit tussen de financiële kaders. Uit de monitor komen signalen dat deze flexibiliteit eerder afneemt dan toeneemt, met instellingen/teams die zich meer naar één financieringskader gaan richten. In het toezichtsrapport van de IGJ (2020) op zorgnetwerken zien we de zorg bevestigd dat

samenwerking binnen regionale zorgnetwerken voor mensen met ernstige psychische aandoeningen onvoldoende op gang komt. Volgens IGJ vergt dit niet alleen regionale actie, maar ook verbetering van landelijke randvoorwaarden. Verdiepende analyse en stimulering van het ambulantiseringsproces op regionaal niveau, met aandacht voor innovaties en knelpunten, zullen nodig zijn om verdere stappen te zetten.

- Participatie en het gevoel van inclusie van de doelgroep was al niet hoog. Dit werd tijdens de coronacrisis (begrijpelijkerwijs) eerder problematischer en zal in de nabije toekomst extra aandacht vergen. Het versterken van de inclusieve samenleving is hierbij essentieel.

LMA 2020

Deelonderzoek 1

Capaciteit en zorggebruik GGZ-instellingen

Aafje Knispel, Lex Hulsbosch, Hans Kroon

1 Inleiding **29**

2 Opzet en methode **31**

3 Resultaten van de uitvraag van de zesde meting van de LMA bij de GGZ-aanbieders **35**

4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing **51**

Bijlage I Klankbordgroep data-uitvraag 53

Bijlage II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ 55

Bijlage III Deelnemende instellingen LMA en LMIG 57

Bijlage IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ 65

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 2019.

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.

Met de uitvraag die we doen bij de instellingen verzamelen we zo compleet en zo recent mogelijke informatie over capaciteit en zorggebruik. We vragen dit rechtstreeks uit bij zorgaanbieders omdat in bestaande (lopende) databestanden van declaraties en zorggebruik bepaalde gegevens ontbreken (bijvoorbeeld over beschermd wonen en ambulante begeleiding) en omdat de gegevens in andere bestanden nog niet volledig zijn over het afgelopen jaar.

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). Als 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 zesde meting van de LMA zijn de leden van de Nederlandse GGZ benaderd[1], ook als zij niet deelnamen aan een vorige meting. Voor alle metingen van de LMA zijn naast de leden van de Nederlandse GGZ, ook aanbieders van intramurale voorzieningen die geen lid zijn van de Nederlandse GGZ 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). Vanaf de derde meting van de LMA is het aantal items over Wmo-gefinancierde ambulante voorzieningen uitgebreid.

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

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)

2.3 Dataverzameling en respons

65 aanbieders zijn benaderd om deel te nemen aan de zesde meting van de LMA. 46 aanbieders hebben daadwerkelijk data aangeleverd. De aangeleverde data van de deelnemende aanbieders zijn door de onderzoekers uitvoerig gecontroleerd.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de deelnemende instellingen door de jaren heen, gerangschikt naar type instelling. Het ledenbestand van de Nederlandse GGZ 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' toegevoegd[2].

Tabel 2.1 Typering deelnemende instellingen voor aanlevering van data over de jaren, 2012-2013 (LMIG), 2014-2019 (LMA)

	Aantal 2012	Aantal 2013	Aantal 2014	Aantal 2015	Aantal 2016	Aantal 2017	Aantal 2018	Aantal 2019
Geïntegreerde GGZ-instelling	30	30	29	24	23	24	23	22
RIBW	19	16	17	13	15	14	13	14
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	9	9	6	5	4	3	4
Verslavingszorginstelling	6	5	3	1	1	1	2	1
Forensisch psychiatrisch centrum*	5	5	4	3	2	-	1	2
Aanbieders intramurale voorzieningen - overig	1	1	3	3	2	3	3	2
Riagg/ambulante zorg			4	4	1	1	1	1
Totaal	**71**	**66**	**69**	**54**	**49**	**47**	**46**	**46**

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

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.

Bovenstaande cijfers laten zien dat de respons op de zesde meting van de LMA vergelijkbaar is met de vijfde meting. 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 respondeerde 71 procent op de zesde meting van de LMA en van de RIBW's[3] 74 procent.

Vanwege de coronacrisis gaven respondenten aan meer tijd nodig te hebben voor het leveren van data dan in eerdere jaren. De periode waarin aanbieders data konden aanleveren is daarom dit jaar verlengd en langer dan voorgaande jaren. De voornaamste redenen waarom deelname voor een aantal aanbieders (uiteindelijk) niet haalbaar was, waren gebrek aan tijd en gebrek aan personeel om de gegevens te verzamelen.

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 vanaf 2015 met die van eerdere jaargangen niet altijd eenvoudig of mogelijk is (zie ook de volgende kanttekening). Waar mogelijk wordt deze vergelijking wel gemaakt, met de kanttekening dat enige voorzichtigheid geboden is bij het duiden van de trendcijfers.
- Vanaf 2018 is de overgangsregeling voor het blijven bekostigen van de Jeugdwet-gefinancierde GGZ in DBC-taal gestopt. Dit betekent dat er een administratief verschil is tussen de Jeugdwetregistratie voor en na 2018. In voorgaande rapportages zijn, omwille van het kunnen maken van vergelijkingen vanaf 2012, voor sommige variabelen de data van de Jeugdwet samengevoegd met de data van de Zvw. Dat doen we, vanwege de administratieve wijziging, dit keer niet waardoor vooral ontwikkelingen vanaf 2015 gepresenteerd worden. Omwille van de leesbaarheid van de rapportage worden de ontwikkelingen tussen 2012 en 2017 niet gepresenteerd. Voor deze ontwikkelingen wordt verwezen naar de rapportage van de LMA 2018.
- De respons is door de jaren heen lager geworden. Het 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.
- De nieuwe aanbieders van zorg die jaarlijks de markt betreden, zijn niet vertegenwoordigd in de cijfers. Het is mogelijk dat, bijvoorbeeld bij nieuwe aanbieders van beschermd wonen, er zich andere trends voordoen dan bij de organisaties die dit aanbod al langer bieden. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de ontwikkeling van het aanbod van vrijgevestigden.

3 Uitgegaan is van 19 RIBW's in Nederland (leden van de voormalige RIBW-alliantie minus de leden die voor de LMA getypeerd zijn als aanbieders van verslavingszorg en geïntegreerde GGZ. Plus twee RIBW's die geen lid waren maar wel eerder voor de LMA benaderd zijn als RIBW). Naast deze 19 RIBW's zijn er meer aanbieders van beschermd wonen, waaronder ook geïntegreerde GGZ-aanbieders en aanbieders van verslavingszorg.

3 Resultaten van de uitvraag van de zesde 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 2019. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze uitvraag en de vergelijking met de voorgaande uitvragen gepresenteerd. De ontwikkelingen door de tijd zijn geanalyseerd op basis van data van organisaties die aan alle betreffende metingen deelnamen (n=30[4] voor de laatste vijf metingen van de LMA).

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 verblijfsdagen omgerekend tot plaatsen5 volgens de formule dat in 2019 365 verblijfsdagen gelijk stonden aan één plaats.

4 30 instellingen hebben aan elk van de laatste vijf metingen deelgenomen. Per analyse kan de n echter verschillen. Bijvoorbeeld, bij analyses van de data van de RIBW's is de n vanzelfsprekend lager dan 30.

5 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.

Gespecificeerd naar type instelling en financieringskader[6] 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 2019

	Zvw			Jeugd-wet	Wlz	Wmo 2015 beschermd wonen	Totaal
	Zvw-DBC	Zvw-ZZP	Zvw totaal				
Geïntegreerde GGZ-instelling	3.610	1.144	4.754	277	3.453	3.202	11.687
RIBW	0	0	0	20	12	7.161	7.193
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	9	0	9	86	0	84	179
Aanbieders intramurale voorzieningen – overig, inclusief instellingen voor verslavingszorg en forensische zorg	16	0	16	0	0	142	158
Totaal	**3.635**	**1.144**	**4.779**	**383**	**3.466**	**10.590**	**19.218**
(% van het totaal aantal plaatsen)	18,9%	6,0%	24,9%	2,0%	18,0%	55,1%	100,0%

* *Jeugdwet totaal: Exclusief 55 overige Jeugdwet-gefinancierde plaatsen (plaatsen die voorheen niet in DBC-parameters gedeclareerd werden)*

** *Wlz totaal: Exclusief 169 sectorvreemde Wlz plaatsen*

*** *BW totaal: Exclusief 962 VPT-plaatsen en 298 maatschappelijke opvang plaatsen*

De cijfers van Tabel 3.1 laten zien dat de deelnemende instellingen in 2019 over 8.244 klinische plaatsen (Zvw-gefinancierde en Wlz-gefinancierde plaatsen) beschikten. De deelnemers hadden tezamen 10.590 plaatsen voor beschermd wonen, waarvan twee derde werd geboden door de deelnemende RIBW's.

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

Tabel 3.2 Ontwikkeling klinische capaciteit en beschermd wonen deelnemende instellingen (%), 2015-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2015-2019 (%)
Eerste opnamejaar* (n=15)	-0,8	-14,3
Langdurig verblijf ** (vanaf het tweede opnamejaar) (n=11)	-1,5	-12,7
Totaal klinische voorzieningen	**-1,1**	**-13,5**
Beschermd Wonen (n=21)	1,8	3,7

* *Zvw-DBC gefinancierd*

** *Zvw-ZZP en Wlz gefinancierd*

Uit de data van de instellingen die aan de laatste vijf metingen van de LMA deelnamen, blijkt dat het aantal klinische plaatsen tussen 2015 en 2019 elk jaar daalde, waarbij de afname na 2017 steeds kleiner wordt. Het aantal beschermd wonen plaatsen steeg tussen 2016 en 2019 en ook in het laatste jaar.

- ✓ De omvang van de klinische GGZ plaatsen neemt jaarlijks af, met wel een steeds kleiner wordende afname.
- ✓ Het aantal beschermd wonen plaatsen stijgt bij de deelnemende aanbieders vanaf 2016 licht.

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 2019, 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 19 procent. Tussen 2015 en 2019 was het aantal gesloten plaatsen - voor het eerste opnamejaar - van de instellingen die voor al deze jaren deelnamen aan de LMA, per saldo relatief constant. Met van jaar tot jaar soms een daling en soms een stijging. Het laatste jaar (tussen 2018 en 2019) nam het aantal plaatsen op gesloten afdelingen toe met 4 procent. Bij langdurige opnamen was er tussen 2015 en 2019 een toename van zes procent van het aantal plaatsen op gesloten afdelingen. Met ook hier van jaar tot jaar soms een afname en soms een toename. Het laatste jaar steeg het aantal plaatsen op gesloten afdelingen voor langdurig verblijf met 11 procent.

3.4 Individuele en groepswoningen

Aan de deelnemende instellingen is ook gevraagd gegevens aan te leveren over de verhouding tussen het aantal individuele woningen en het aantal groepswoningen. Uit de aangeleverde gegevens blijkt dat, bij de deelnemende instellingen, in 2019 56 procent van de woonvoorzieningen *groeps*woonvoorzieningen betrof en 44 procent *individuele* woonvoorzieningen. Tussen 2015 en 2019 nam, bij de deelnemende aanbieders, zowel het aantal individuele woonvoorzieningen als het aantal groepswoningen toe.

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

In deze paragraaf worden de stand van zaken in 2019 en de ontwikkelingen door de jaren heen van het zorggebruik van de klinische GGZ-voorzieningen en het beschermd wonen beschreven. Eerst komen ontwikkelingen in het gebruik van de intramurale *Zvw*-gefinancierde voorzieningen aan bod, daarna die van de *Wlz*-gefinancierde voorzieningen en de *Wmo*-gefinancierde beschermd wonen voorzieningen. De paragraaf eindigt met de *Jeugdwet*-gefinancierde intramurale voorzieningen.

Eerste opnamejaar - Zvw-gefinancierde opnamen

In 2019 werden door de deelnemende instellingen 20.460 unieke cliënten opgenomen in de Zvw-gefinancierde voorzieningen en er werden in totaal 30.180 opnameperioden (opnamen gestart in 2019) geregistreerd. Er waren ruim 5.370 Zvw-gefinancierde opnameperioden in verband met een crisis bij de deelnemende aanbieders. Bijna 4.650 personen werden opgenomen vanwege een crisis (een deel van deze personen werd meerdere malen opgenomen vanwege een crisis). De deelnemende aanbieders hadden in 2019 138 crisisplaatsen (afgaande op het aantal verblijfsdagen van crisis-DBC's).

Tussen 2013 en 2015 nam het aantal opnameperioden af terwijl het aantal unieke opgenomen cliënten tegelijkertijd nagenoeg gelijk bleef (zie LMA 2018). Voor de periode 2015-2019 daalde zowel het aantal opnamenperioden als het aantal opgenomen personen met 9 procent (zie Tabel 3.3). Het aantal crisisopnamen en cliënten met een crisisopname daalden per saldo tussen 2015 en 2019, met wel een opvallende stijging tussen 2018 en 2019. Of hier sprake is een trendbreuk moeten cijfers over de komende perioden uitwijzen.

Tabel 3.3 Ontwikkeling aantal opnamen en opgenomen personen bij de deelnemende instellingen (n=11), 2015-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2015-2019 (%)
Aantal opnameperioden	-4,3	-9,1
Aantal unieke cliënten	*-1,1*	*-9,4*
Aantal opnameperioden vanwege een crisisinterventie	15,7	-17,2
Aantal unieke cliënten	*16,5*	*-4,5*

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de verblijfsduur in 2019 van de cliënten in voorzieningen die Zvw-DBC-gefinancierd (opnamen tot maximaal één jaar) werden. De cijfers in deze tabel laten zien dat 30 procent van de cliënten van de Zvw-DBC-gefinancierde intramurale voorzieningen binnen een week werd ontslagen en dat ruim zestig procent van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd.

Tabel 3.4 Verblijfsduur uitgestroomde cliënten (Zvw-DBC-gefinancierd), in percentages, deelnemers 2019

	1 tm 7 dagen (%)	8 tm 30 dagen (%)	31 tm 90 dagen (%)	91 tm 180 dagen (%)	181 tm 365	Totaal (%)
Zvw-DBC	30,5	30,1	24,0	10,2	5,2	100,0

Tabel 3.5 Verblijfsduur Zvw-gefinancierde klinische voorzieningen voor opnamen tot maximaal één jaar (bij uitstroom), in percentages, deelnemende instellingen (n=12), 2015-2019

	≤ 7 dagen (%)	8-30 dagen (%)	31- 90 dagen (%)	91- 365 dagen (%)	Totaal (%)
2015	23,0	31,6	25,2	20,2	100
2016	23,0	32,2	26,8	18,0	100
2017	23,3	32,2	27,7	16,9	100
2018	23,2	31,0	27,7	18,1	100
2019	24,5	30,9	26,6	18,0	100

In de afgelopen jaren is het aandeel van de korte opnames (tm 30 dagen) nagenoeg gelijk gebleven (zie Tabel 3.5).

Tabel 3.6 laat de verdeling zien van het aantal Zvw-gefinancierde intramurale DBC-dagen over de deelprestaties. In 2018 is de deelprestatie 'Verblijf met rechtvaardigingsgrond' ingevoerd. Deze deelprestatie 'is bedoeld voor uitzonderlijke situaties waarin ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen' (http://dbcregels.nza.nl). Uit tabel 3.6 blijkt

dat deze deelprestatie weinig voorkwam in 2019 (het betreft 0.3% van het totaal aantal verblijfsdagen). De cijfers laten verder zien dat twee derde 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 2019

Deelprestatie	Percentage
Deelprestatie A lichte verzorgingsgraad	1,2
Deelprestatie B beperkte verzorgingsgraad	4,7
Deelprestatie C matige verzorgingsgraad	10,7
Deelprestatie D gemiddelde verzorgingsgraad	17,3
Deelprestatie E intensieve verzorgingsgraad	33,6
Deelprestatie F extra intensieve verzorgingsgraad	16,9
Deelprestatie G zeer intensieve verzorgingsgraad	2,7
Deelprestatie H High Intensive Care	12,6
Deelprestatie Verblijf met rechtvaardigingsgrond	0,3

Tabel 3.7 Ontwikkeling* intramurale deelprestaties deelnemende instellingen (n=15), in percentages, 2015-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2015-2019 (%)
Deelprestatie A	-41,3	-63,7
Deelprestatie B	-2,3	6,6
Deelprestatie C	-5,5	-41,1
Deelprestatie D	3,9	-25,0
Deelprestatie E	-3,6	-14,2
Deelprestatie F	-3,3	-30,5
Deelprestatie G	-2,4	-17,4
Deelprestatie H	5,5	**
Deelprestaties E tot en met H	*-1,9*	*-2,5*
Totaal	-2,4	-15,0

* *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 deelprestatie. De mutatiecijfers van met name de hogere deelprestaties dienen daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.*

** *Deelprestatie H is in 2017 ingevoerd. Daarom kan er geen mutatiecijfer voor de periode 2015-2019 worden berekend.*

Tussen 2015 en 2019 nam het *aandeel* van plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad (E, F en G en vanaf 2017 inclusief H) in het totaal aantal plaatsen elk jaar toe (van 55,7 procent naar 64,0 procent). Uit eerdere resultaten (zie LMA 2018) bleek dat ook in *absolute* zin het aantal plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad tussen 2013 en 2016 toenam. Vanaf 2016 daalde het aantal plaatsen met intensieve verzorging.

- ✓ Het aantal opgenomen cliënten daalt jaarlijks, met per saldo tussen 2015 en 2019 een daling van 9 procent.
- ✓ Het aantal opnameperioden steeg tussen 2015 en 2016 maar daalt sindsdien jaarlijks. Per saldo daalde het aantal opnameperioden tussen 2015 en 2019 met 9 procent.
- ✓ Het aandeel van de kortere opnamen (korter dan 30 dagen) is door de jaren redelijk stabiel.
- ✓ Het aandeel van het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad in het totaal aantal verblijfsdagen (voor opnamen tot één jaar) nam tussen 2015 en 2019 toe. In absolute zin daalde het aantal verblijfsdagen met een intensievere verzorgingsgraad tussen 2016 en 2019. Tussen 2013 en 2015 was hier nog sprake van een stijging.

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 5 en hoger) (zie Tabel 3.8).

Tabel 3.8 Aandeel ZZP-pakketdagen in het totaal aantal ZZP-dagen, in percentages, deelnemers 2019

Zvw-ZZP	Zvw-ZZP	Wlz-ZZP	Totaal
ZZP 1			
ZZP 2			
ZZP 3	5,0	2,1	2,7
ZZP 4	11,0	11,0	11,0
ZZP 5	51,9	52,4	52,3
ZZP 6	10,4	13,3	12,7
ZZP 7	21,8	21,2	21,4
Totaal	**100**	**100**	**100**

Tabel 3.9 bevat de cijfers van de ontwikkeling van de zwaardere zorgzwaartepakketten voor langdurig verblijf tussen 2015 en 2019. De stijging tussen 2018 en 2019 valt op.

Tabel 3.9 Ontwikkeling intramurale capaciteit vanaf ZZP 5 (Zvw en Wlz) deelnemende instellingen (n=11), in percentages 2015-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2015-2019 (%)
ZZP 5	0,1	-4,6
ZZP 6	1,4	-14,9
ZZP 7	1,7	-12,9

- ✓ Het grootste deel van de productie van het langdurig verblijf betreft in 2019, net als in de afgelopen jaren, de zwaardere ZZP-en.
- ✓ Tussen 2015 en 2019 nam het aantal ZZP dagen per saldo af. Het aantal ZZP-dagen van de zwaardere pakketten nam tussen 2018 en 2019 wel toe.

Beschermd wonen: Wmo 2015 – gefinancierde plaatsen

In totaal woonden er gedurende het jaar in 2019 10.905 cliënten in de beschermd wonen voorzieningen van de deelnemende instellingen (33 procent van deze mensen woonde in een beschermd wonen voorziening van een geïntegreerde GGZ-instelling, 63 procent woonde in een RIBW). 2.016 cliënten stroomden in, 2.207 cliënten stroomden uit. Dit betekent dat de deelnemende beschermd wonen voorzieningen tezamen over geheel 2019 een uitstroompercentage kenden van circa 20 procent.

Bij de aanbieders die voor de jaren 2015 tot en met 2019 data leverden voor het aantal cliënten van het beschermd wonen (n=16), was het aantal cliënten in 2019 nagenoeg gelijk aan het aantal cliënten in 2015. Tussen 2018 en 2019 was er sprake van een daling van één procent.

Gegevens over de zorgzwaarte van de beschermd wonen plaatsen konden vanwege wijzigingen in financiering en registratie niet langer uitgevraagd worden. In 2019 hadden de deelnemende aanbieders 962 Volledig Pakket Thuis (VPT)[7] plaatsen. Uit de resultaten blijkt dat tussen 2017 en 2019 het aantal VPT-plaatsen van de deelnemende aanbieders aanzienlijk steeg. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door een forse stijging bij een beperkt aantal aanbieders. Belangrijk om te noemen is, juist omdat VPT voor beschermd wonen een overgangsrecht betreft, aanbieders ook andere producten hebben om *beschermd wonen thuis* te registreren en de VPT-dagen daarom geen volledige indicator zijn van de ontwikkeling van beschermd wonen thuis.

7 '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 en dus ook als zodanig geregistreerd worden.

Jeugdwet-gefinancierde opnamen

Bekostiging

Op 1 januari 2018 verviel de overgangsregeling voor de Jeugdwet, om nog in te kopen en te declareren volgens de DBC-systematiek[8]. Voor de bekostiging van de jeugd-GGZ zijn per 2018 drie landelijke uitvoeringsvarianten beschikbaar, namelijk:

- De inspanningsgerichte uitvoeringsvariant (afspraken tussen gemeenten en zorgaanbieder over levering product tegen een afgesproken tarief);
- De outputgerichte uitvoeringsvariant (afspraken over levering van een prestatie voor een vast bedrag zonder specifieke vastlegging over hoe de prestatie behaald wordt) en
- De taakgerichte uitvoeringsvariant (afspraken over taken voor een populatie zonder verantwoording op individueel niveau, wordt ook 'lumpsum' of 'populatiebekostiging' genoemd[9]).

Aan de deelnemers is gevraagd met welke bekostigingsvarianten gewerkt werd in 2019. 24 respondenten hebben deze vraag beantwoord, met daarbij de mogelijkheid om voor meerdere bekostigingsvarianten te kiezen. Nagenoeg alle aanbieders werkten met meerdere bekostigingsmethodieken (omdat aanbieders in meerdere regio's actief kunnen zijn en regio's verschillende bekostigingsvarianten hanteren). Van de 24 respondenten gaf 96 procent aan te werken met de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant, 71 procent werkte met de outputgerichte uitvoeringsvariant en 33 procent gaf aan (ook) te werken met de taakgerichte uitvoeringsvariant.

Aan de respondenten is ook gevraagd met hoeveel gemeenten contracten zijn gesloten in 2019 voor de Jeugdwet. Dit varieerde van één tot 109 gemeenten. Ook als de uitschieter (van 109 gemeenten) buiten beschouwing wordt gelaten, blijft het gemiddelde van het aantal gemeenten waarvoor wordt gewerkt met 15 gemeenten, hoog.

Het aantal gemeenten waarmee samengewerkt wordt, gecombineerd met het feit dat een groot deel van de aanbieders met verschillende bekostigingsmethodieken tegelijk werkt, geeft de complexiteit van de in- en verkoop van Jeugd-GGZ weer.

Capaciteit en zorggebruik

Door de deelnemende instellingen werden in 2019 1.430 cliënten opgenomen in Jeugdwet-gefinancierde voorzieningen. Er waren in totaal 1.549 opnameperioden. Het aantal Jeugdwet-gefinancierde plaatsen nam bij de instellingen die data leverden voor elk van de laatste vijf metingen, tussen 2015 en 2019 per saldo toe met 2,3 procent (n=12). Tussen 2018 en 2019 was er een toename van 7,1 procent.

8 https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/nieuws/bekostiging-jeugd-ggz-per-2018-advies-van-vng-en-ggz-nl

9 https://i-sociaaldomein.nl/cms/view/57979589/drie-uitvoeringsvarianten

Tabel 3.10 geeft een overzicht van de verblijfsduur in 2019 van de cliënten in voorzieningen met Jeugdwet-gefinancierde opnamen. De cijfers in deze tabel laten zien dat een kwart van de cliënten binnen een week werd ontslagen en dat bijna de helft van de cliënten korter dan een maand opgenomen werd.

Tabel 3.10 Verblijfsduur uitgestroomde cliënten (Jeugdwet-gefinancierde opnamen), in percentages, deelnemers 2019

	1 tm 7 dagen (%)	8 tm 30 dagen (%)	31 tm 90 dagen (%)	91 tm 180 dagen (%)	181 tm 365	Meer dan 365 dagen (%)	Totaal (%)
Jeugdwet	25	22	23	16	12	2	100

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 *sociaal domein* van de deelnemende instellingen.

Zorggebruik ambulante behandeling in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ – Zvw-gefinancierd

De cijfers van Tabel 3.11 laten zien dat in 2019 door de deelnemende instellingen 67.400 cliënten werden behandeld in de generalistische basis GGZ en er afgerond 258.000 cliënten ambulant werden behandeld in de gespecialiseerde GGZ.

Tabel 3.11 Aantal cliënten met een Zvw-gefinancierde ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2019

	Generalistische basis GGZ	gespecialiseerde GGZ
Aantal cliënten*	67.403	257.951

**Cliënten kunnen in meerdere categorieën zijn meegeteld.*

Tussen 2015 en 2018 daalde bij de deelnemende instellingen het totaal aantal cliënten met een ambulante behandeling. In 2019 was er sprake van een lichte stijging (zie Tabel 3.12). Het aantal cliënten in de basis GGZ steeg door de jaren heen, het aantal cliënten met een ambulante behandeling in de gespecialiseerde GGZ nam af.

Tabel 3.12 Ontwikkeling cliënten met een Zvw-gefinancierde ambulante behandeling, deelnemende instellingen 2015-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2015-2019 (%)
Aantal cliënten met een behandeling met een DBC (n=18)	-0,9	-10,7
Aantal cliënten met een behandeling met een product van de generalistische basis GGZ (n=6)	26,1	55,3
Totaal*	**3,5**	**-2,4**

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

Productie generalistische basis GGZ

In Tabel 3.13 worden de cijfers gepresenteerd van de afgesloten producten van de generalistische basis GGZ van de deelnemende instellingen in 2019. Uit deze cijfers blijkt dat bijna de helft van de gesloten producten het product 'intensief' betrof.

Tabel 3.13 Gesloten producten generalistische basis GGZ*, deelnemers 2019

	Zvw	Percentage totaal
Product Kort (ca. 300 minuten)	1.711	3,9
Product Middel (ca. 500 minuten)	5.653	13,0
Product Intensief (ca. 750 minuten)	20.649	47,6
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	10.663	24,6
Product Onvolledig behandeltraject	4.681	10,8
Totaal	**43.357**	**100**

** Het product Umami is niet meegenomen in de uitvraag. Dit product is in ontwikkeling vanuit een experiment van zorgverzekeraar VGZ en gericht op intensieve behandelingen in de generalistische basis GGZ, vooral voor angst en depressie.*

Tabel 3.14 bevat de gegevens van de ontwikkelingen van de gesloten producten van de generalistische basis GGZ. Uit vergelijking van de cijfers van 2015 tot en met 2019 blijkt dat de omvang van het aantal producten van de generalistische basis GGZ bij de deelnemende instellingen tussen 2015 en 2019 fors toenam. De ontwikkeling per product door de jaren heen was enigszins grillig met soms een stijging en soms een daling.

Tabel 3.14 Ontwikkeling gesloten producten generalistische basis GGZ, deelnemende instellingen (n=5), 2015-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2015-2019 (%)
Product Kort (ca. 300 minuten)	-27,4	19,8
Product Middel (ca. 500 minuten)	-0,7	1,6
Product Intensief (ca. 750 minuten)	8,7	46,4
Product Chronisch (ca. 750 minuten)	12,2	114,7
Onvolledig behandeltraject	7,8	37,3
Totaal	**5,8**	**46,5**

Productie ambulante gespecialiseerde GGZ

In 2019 werden bij de deelnemende instellingen ruim 250.000 ambulante DBC's afgesloten bij de deelnemende aanbieders. DBC's kennen verschillende minutencategorieën. Tabel 3.15 bevat de gegevens over hoe groot het aandeel per minutencategorie is in het totaal aantal afgesloten ambulante DBC's. Uit deze cijfers blijkt dat 35,7 procent van alle afgesloten DBC's betrekking had op behandeltrajecten van maximaal 799 minuten; 19,3 procent van de trajecten bestond uit intensieve trajecten (trajecten van 3.000 minuten of meer).

Tabel 3.15 Gesloten ambulante DBC's per minutencategorie, deelnemers 2019

	Percentage	Cumulatief percentage totaal
Aantal gesloten ambulante DBC's - tot 200 minuten*	5,9	5,9
Aantal gesloten ambulante DBC's - 200 t/m 399 minuten*	11,9	17,8
Aantal gesloten ambulante DBC's - 250 t/m 799 minuten	17,8	35,7
Aantal gesloten ambulante DBC's - 800 t/m 1799 minuten	27,7	63,4
Aantal gesloten ambulante DBC's - 1800 t/m 2999 minuten	17,3	80,7
Aantal gesloten ambulante DBC's - 3000 t/m 5999 minuten	13,7	94,4
Aantal gesloten ambulante DBC's - 6000 t/m 11999 minuten	4,7	99,1
Aantal gesloten ambulante DBC's - 12000 t/m 17999 minuten	0,7	99,8
Aantal gesloten ambulante DBC's - 18000 en meer minuten	0,2	100,0
Totaal	**100**	**(totaal 254.513 DBC's)**

** Deze minutencategorieën zijn van toepassing op enkele specifieke productgroepen*

Tabel 3.16 Ontwikkeling van de Zvw-gefinancierde ambulante DBC's, deelnemende instellingen (n=14), 2015-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2015-2019 (%)
Aantal gesloten ambulante DBC's tot 1800 minuten	0,2	-15,6
Aantal gesloten ambulante DBC's 1800-2999 minuten	6,2	8,1
Aantal gesloten ambulante DBC's 3000-5999 minuten	8,8	16,6
Aantal gesloten ambulante DBC's 6000 minuten en meer	-15,6	-4,9
Aantal gesloten ambulante DBC's met meer dan 3000 minuten	1,3	10,2
Totaal	**1,4**	**-7,9**

Uit de cijfers van tabel 3.16 blijkt dat het aantal Zvw-gefinancierde ambulante DBC's tussen 2015 en 2019 afnam. Deze daling komt door de daling van het aantal DBC's tot 1.800 minuten en het relatief grote aantal van deze DBC's tot 1.800 minuten. Het aantal DBC's met meer dan 3.000 minuten steeg per saldo tussen 2015 en 2019 met alleen een daling tussen 2016 en 2017.

Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning – onderdeel sociaal domein

Naast Zvw-gefinancierde ambulante GGZ bieden deelnemende aanbieders ambulante begeleiding en ondersteuning binnen het sociaal domein - de Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning. 31 respondenten gaven aan Wmo-gefinancierde *individuele* begeleiding en ondersteuning te bieden en 30 respondenten boden Wmo-gefinancierde *groeps*activiteiten (het merendeel van deze respondenten bood beide typen ambulante begeleiding aan).

In Tabel 3.17 staat vermeld hoeveel cliënten er gebruik maakten van respectievelijk individuele en groepsbegeleiding. In totaal maakten, bij de deelnemende aanbieders, bijna 26.000 mensen gebruik van ambulante begeleiding (individueel en/of groepsgewijs). Ter vergelijking, dit is een kleinere groep dan het aantal mensen met een ambulante behandeling in de basis GGZ (ruim 67.000 mensen) en het aantal mensen met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ (bijna 258.000 mensen) bij de deelnemende aanbieders.

Tabel 3.17 Aantal cliënten ambulante begeleiding (Wmo-gefinancierd, sociaal domein), deelnemers 2019

	Aantal cliënten
Individuele begeleiding	24.815
Groepsbegeleiding	9.559
Anders (zoals vervoer)	581

Uit de cijfers van 2016 tot en met 2019 (zie Tabel 3.18) blijkt dat per saldo zowel het aantal cliënten als het aantal fte voor Wmo-gefinancierde begeleiding toenam. Deze stijging komt door een sterke stijging tussen 2016 en 2018: tussen 2018 en 2019 laten de cijfers een daling zien. Alleen het aantal cliënten met groepsbegeleiding steeg nog door.

Tabel 3.18 Ontwikkeling cliënten en fte met Wmo-gefinancierde ambulante en groepsbegeleiding, deelnemende instellingen 2016*-2019

	Mutatie 2018-2019 (%)	Mutatie 2016*-2019 (%)
Cliënten met Wmo-gefinancierde individuele begeleiding (n=20)	-8,7	20,2
Cliënten met Wmo-gefinancierde groepsbegeleiding (n=21)	1,5	17,4
Fte Wmo-gefinancierde individuele begeleiding (n=10)	-11,4	40,1
Fte Wmo-gefinancierde groepsbegeleiding (n=11)	-3,6	23,3

** Vanaf de uitvraag over 2016 zijn deze vragen gesteld.*

Integraal aanbod

De individuele begeleiding werd door de deelnemende aanbieders in 2019 doorgaans aangeboden vanuit een aparte voorziening (84%), maar maakte daarnaast soms ook onderdeel uit van een sociaal wijkteam (bij 26% van deze instellingen) of een FACT-team (bij 19%[10] van deze instellingen). Deze verdeling is grotendeels gelijk aan het jaar daarvoor met in 2019 wel iets minder vaak individuele begeleiding als onderdeel van FACT dan het jaar daarvoor.

Doelgroepgericht

Bijna 90 procent van de aanbieders met groepsbegeleiding in het aanbod, gaf aan dat er aparte groepsvoorzieningen waren voor mensen met psychische problematiek. 29 procent gaf aan dat er (daarnaast) ook groepsvoorzieningen waren waar de groepsbegeleiding voor mensen met psychische problematiek geïntegreerd was in de begeleiding voor andere doelgroepen. Vergeleken met vorig jaar werd de groepsbegeleiding dit jaar enigszins vaker specifiek voor mensen met psychische problematiek georganiseerd.

Jeugdwet ambulant

Aan de deelnemende instellingen is gevraagd hoeveel (unieke) cliënten ambulante hulp ontvingen op basis van een reguliere, generalistische behandeling (Jeugdwet-gefinancierd), in 2019. Zes deelnemende aanbieders gaven aan deze zorg te bieden, met in totaal 3.594 cliënten. Aan de deelnemende instellingen is ook gevraagd hoeveel (unieke) cliënten specialistische ambulante hulp ontvingen, Jeugdwet-gefinancierd, in

10 Er zijn meerdere aanbiedingsvormen per aanbieder mogelijk. Daarom is het totaal groter dan 100%.

2019. Dit waren in totaal 41.068 cliënten (n=24). Het aantal cliënten met specialistische ambulante hulp daalde tussen 2015 en 2019 met 13 procent, met tussen 2018 en 2019 een daling van 2,2 procent (n=13).

- ✓ Het aantal cliënten van de deelnemende instellingen met een ambulante *behandeling* daalde per saldo met 2,4 procent tussen 2015 en 2019, met wel een stijging tussen 2018 en 2019. Het aantal mensen met een behandeling in de *generalistische* basis GGZ groeide, het aantal mensen met een behandeling in de *gespecialiseerde* GGZ daalde.
- ✓ Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde tussen 2015 en 2018. In 2019 laten de cijfers een lichte stijging zien. Het aantal intensieve ambulante DBC's (met 3.000 minuten of meer) steeg tussen 2015 en 2019 jaarlijks, met uitzondering van 2016.
- ✓ Per saldo steeg het aantal cliënten met individuele begeleiding en met groepsbegeleiding vanuit het sociaal domein tussen 2016 en 2019.

3.7 Opbrengsten

Tabel 3.18 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 3.19 Aandeel opbrengsten ambulante GGZ-voorzieningen, klinische voorzieningen en beschermd wonen*, deelnemers 2019

Intramurale Zvw (%)	Intramurale Jeugdwet (%)	Intramurale Wlz (%)	Intramurale Wmo – beschermd wonen (%)	Ambulante Zvw (%)	Ambulante Jeugdwet (%)	Ambulante Wmo (%)	Totaal (%)
11,3	2,5	8,1	31,0	26,5	11,0	9,5	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 3.19 blijkt dat ruim de helft van de opbrengsten van de deelnemende instellingen in 2019 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 42 procent en is 58 procent van de opbrengsten afkomstig uit ambulante voorzieningen.

Tabel 3.20 Aandeel opbrengsten klinische voorzieningen en beschermd wonen enerzijds en ambulante GGZ anderzijds, deelnemende instellingen (n=17), 2015-2019*

	Totaal aandeel klinische zorg en beschermd wonen (%)	Totaal ambulant aandeel (%)	Totaal (%)
2015	64,3	35,7	100
2016	64,8	35,2	100
2017	62,4	37,6	100
2018	61,1	38,9	100
2019	57,0	43,0	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.*

Het aandeel van de opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen nam de afgelopen jaren af (zie Tabel 3.20).

✓ Het aandeel van de opbrengsten uit klinische en beschermd wonen voorzieningen nam de afgelopen jaren af.

4 Overzicht belangrijkste bevindingen en slotbeschouwing

Aan de zesde meting van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (LMA) namen 46 GGZ-aanbieders deel. De verkregen dataset bestaat uit registratiegegevens en ondanks checks kunnen administratieve fouten niet uitgesloten worden. Ook kan niet uitgesloten worden dat ontwikkelingen bij aanbieders die niet deelnemen aan de metingen anders lopen dan bij de aanbieders die wel deelnemen. Dit gezegd hebbende laten de data van de deelnemende instellingen zien dat het aantal klinische plaatsen in 2019 opnieuw gedaald is. De afname is wel kleiner dan in de jaren daarvoor en lijkt dus af te vlakken.

Waar uit eerdere rapportages van de LMA bleek dat tot aan 2015 tegelijkertijd met de afname van klinische plaatsen, het aantal plaatsen (voor het eerste opnamejaar) met een *intensievere* verzorgingsgraad toenam, verloopt deze trend na 2016 anders, met ook een daling van de klinische plaatsen met een intensievere verzorgingsgraad. Het aantal klinische plaatsen voor opnamen tot een jaar op gesloten afdelingen was per saldo tussen 2015 en 2019 relatief stabiel, met tussen 2018 en 2019 wel een toename. Het aantal plaatsen voor langdurige opnamen op gesloten afdelingen steeg tussen 2015 en 2019.

Het aantal unieke personen dat opgenomen werd, was tot 2015 relatief stabiel, zo blijkt uit eerdere LMA-rapportages. Tussen 2015 en 2019 daalde zowel het aantal opgenomen personen als het aantal opnameperioden. Ook het aantal opgenomen personen en opnameperioden vanwege een crisis daalden per saldo tussen 2015 en 2019, met wel een stijging tussen 2018 en 2019. Het is te vroeg om te zeggen of hier sprake is van een trendbreuk. Het aandeel van de kortdurende opnamen was de laatste jaren relatief stabiel bij de deelnemende aanbieders. 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, maar door een vermindering van het aantal opnamen en 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 per saldo afnam tussen 2015 en 2019. Tussen 2018 en 2019 was er wel sprake van een stijging, door een sterke stijging van het aantal cliënten in de generalistische basis GGZ. Waar in eerdere jaren de groei in de generalistische basis GGZ het dalend aantal cliënten met een ambulante behandeling in de specialistische GGZ niet compenseerde, gebeurde dit in 2019 wel. Of hier sprake is van een trendbreuk zal de komende jaren moeten

uitwijzen. Het aantal gesloten ambulante DBC's daalde per saldo 2015 en 2019, met wel een lichte stijging in 2019. Waar uit eerdere LMA-rapportages bleek dat het aantal gesloten *intensieve* ambulante DBC's (DBC's met 3.000 minuten of meer) tussen 2012 en 2015 daalde, is hier tussen 2015 en 2019 sprake van groei.

Het aantal plaatsen voor beschermd wonen daalt sinds 2016 niet langer. Ook in 2019 was er weer sprake van een stijging. Het totaal aantal mensen dat gebruik maakte van de *Wmo*-gefinancierde *ambulante* voorzieningen nam tussen 2016 en 2019 per saldo toe. Opvalt dat het aantal cliënten met individuele begeleiding bij de deelnemende aanbieders in 2019 niet langer steeg maar daalde. Het aantal cliënten met groepsbegeleiding steeg nog wel, maar minder sterk dan in eerdere jaren.

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 hoofdtekst van deze monitorrapportage worden de resultaten geduid 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:
Marina Geschiere
Miranda Moens
Marieke Nekeman
Anita Ockhorst

Bijlage II Resultaten DJI-gefinancierde GGZ

Uit de cijfers van Tabel 1 blijkt dat bij de instellingen die aan de laatste vijf metingen van de LMA deelnamen, het aantal DJI-gefinancierde plaatsen tussen 2015 en 2019 toenam met 28 procent. Met de kanttekening dat er in de periode 2015-2019 soms sprake was van een (forse) stijging en dan weer een daling.

Tabel 1 Intramurale DJI-gefinancierde plaatsen, deelnemers 2019 en mutatiecijfers 2015-2019

	Plaatsen 2019 n=19	Mutatie 2018-2019 (%) n=12	Mutatie 2015-2019 (%) n=12
Totaal	879	9,7	28,1

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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
Altrecht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Arkin	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
GGZ Breburg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
De Viersprong	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Delta Psychia-trisch Centrum	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Dimence	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Eleos	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Emergis	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Stichting Fier Fryslân	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
GGNet	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Centraal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Delfland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Drenthe	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
GGZ Friesland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ inGeest	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee
GGZ Noord-Holland-Noord	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Oost Brabant	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Eindhoven en de Kempen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGZ Westelijk Noord Brabant	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Leger des Heils Gelderland	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Lentis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Lievegoed Zorggroep	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Mediant	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
MET ggz (Mensana)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

	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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
Mondriaan	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Parnassia Groep	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pro Persona	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Reinier van Arkel Groep	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Rivierduinen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sinai Centrum	Ja	Nee	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)	(Gefuseerd met Arkin)
Stichting Centrum '45	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Vincent van Gogh	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja
Yulius	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee

RIBW's

	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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
Cordaan	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Fonteynenburg	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Groep Overijssel	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
HVO/Querido	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kwintes	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Pameijer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting PerspeKtief	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Promens Care	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Arnhem en Veluwe-vallei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RIBW Brabant	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
RIBW Gooi en Vechtstreek	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
RIBW Heuvel-land en Maas-vallei (LEVANTO groep)	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
RIBW Kennemer-land/ Amstelland en de Meerlanden	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
RIBW Nijmegen & Rivieren-land	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee
RIBW Zaan-streek/ Waterland en West-Friesland	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja
Leviaan (voor-heen Stichting Riwis Zorg & Welzijn)	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Lister (voorheen SBWU)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Anton Constandse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Woonzorgnet B.V.	-	-	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
Accare	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
De Bascule	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Curium-LUMC	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dr. Leo Kanner-huis	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee			
	Nee	Nee	Nee					
De Jutters	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	(Gefuseerd met Parnassia groep)	(Gefuseerd met Parnassia groep)	(Gefuseerd met Parnassia groep)
Karakter	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
LSG-Rentray (Intermetzo)	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Mutsaers-stichting	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Triversum	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Yorneo	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting Elker	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Amarant groep	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Autistart bv	-	-	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
Bouman GGZ	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Castle Craig	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
IrisZorg	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Novadic-Kentron	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Rodersana BV	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting De Hoop	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Tactus Verslavingszorg	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Verslavingszorg Noord Nederland	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Victas	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
IGHD verslavingszorg bv	-	-	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ready For Change bv	-	-	Ja	Ja	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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
FPC De Rooyse Wissel	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja
FPC Oldenkotte	Ja	Ja	Ja	(Oldenkotte bestaat niet meer)	-	-	-	-
FPC De Oostvaarders-kliniek	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
FPC Veldzicht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
FPC De Kijvelanden	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Forensische zorgspecialisten	Nee	Nee	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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
Stichting maatschappelijke opvang Breda	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting de Hezenberg	-	-	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Zuyderland (voorheen Orbis)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee

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)	Deelname LMA 5 (data over 2018)	Deelname LMA 6 (data over 2019)
GGD Amsterdam	-	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mentaal Beter	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting Kadera aanpak huiselijk geweld	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting Odibaan	-	-	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee

Bijlage IV Schatting landelijke cijfers intramurale GGZ

Voor de jaren 2012, 2013 en 2014 is 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 aanleverden maar niet over 2014) en bijschatting (op basis van DigiMV data) van de capaciteit van de instellingen die niet deelnamen, een schatting verkregen van de totale Nederlandse klinische en beschermd wonen capaciteit (zie onderstaande tabel voor de afgeronde schattingen). De schatting van de klinische en beschermd wonen plaatsen voor 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 van 2016 tm 2019 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 metingen van de LMA deelnamen.

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Plaatsen eerste opnamejaar	11.100	10.900	10.200	9.750	9.250	8.900	8.700	8.700
Plaatsen langdurig verblijf	7.600	7.500	7.100	6.800	6.550	6.250	5.550	5.450
Totaal aantal klinische plaatsen	*18.700*	*18.400*	*17.300*	*16.550*	*15.800*	*15.150*	*14.250*	*14.150*
Plaatsen beschermd wonen	17.600	17.300	17.200	16.700	16.450	16.470	16.900	17.200

LMA 2020

Deelonderzoek 2

Trends in GGZ-uitgaven en zorggebruik:

Analyse van secundaire bronnen

Aafje Knispel, Hans Kroon

Met medewerking van
Daniëlle Bouman - Vektis
Guus de Ruiter - Vektis

1 Inleiding 69

2 Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 71

3 Capaciteit en zorggebruik 75

4 Werkenden in de GGZ 93

5 Financiële situatie 95

6 Gevolgen van de coronacrisis 97

7 Koersen op samenwerking in de regio en zorg voor mensen met EPA 103

8 Samenvatting 111

1 Inleiding

De meest recente trends in GGZ-capaciteit en -gebruik worden voor de LMA gemonitord met de jaarlijkse uitvraag bij GGZ-instellingen. Ter aanvulling en validatie is gezocht naar verschillende secundaire bronnen die recente informatie over uitgaven, capaciteit en gebruik van de GGZ leveren. In dit deelonderzoek updaten we de informatie van eerdere analyses van secundaire bronnen (voor eerdere rapportages van de LMA) met zo recent mogelijke gegevens. Door Vektis zijn voor de LMA analyses uitgevoerd op declaratiegegevens (peilmoment september/oktober 2020). Verder zijn beschikbare openbare bronnen geraadpleegd. Naast bronnen over uitgaven, capaciteit en zorggebruik zijn ook andere verschenen onderzoeks- en projectresultaten die van belang zijn voor het volgen van het ambulantiserings- en hervormingsproces, zoals over samenwerking in de regio, betrokken bij de analyse van secundaire bronnen.

Bronnen kunnen onderling verschillen in de toerekening van uitgaven en productie aan jaren. Zo gaat het in de LMA-uitvraag bij instellingen bij verblijf 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 2019 geleverde productie al in de cijfers van Vektis van 2018. Bij de rapportage in de hoofdtekst van dit rapport houden we bij het analyseren van trends rekening met deze verschillen.

2 Ontwikkelingen in de GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz)

Op basis van aangeleverde cijfers door Vektis voor de LMA 2020, kan een overzicht gegeven worden van de GGZ-uitgaven voor 2015 tot en met 2018. De huidige cijfers van Vektis voor 2019 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 2019 (www.zorgcijfersdatabank.nl). In Tabel 1 worden de cijfers van Vektis en van ZIN gepresenteerd.

Tabel 1 GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 2015-2019 in miljoenen euro's

	2015*	%	2016*	%	2017*	%	2018*	%	2019**	%	Ontwikkeling 2015-2019 (%)
Ambulant											
POH GGZ***	138	3,4	155	3,8	163	3,8	174	3,9	186*	4,0	34,8
Zvw Generalistische Basis GGZ	185	4,5	200	4,9	213	5,0	226	5,1	242	5,2	30,8
Zvw Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf	1.705	41,8	1.754	42,6	1.848	43,5	1.997	44,9	2.098	45,0	23,0
Ambulant totaal	2.028	49,7	2.109	51,2	2.224	52,3	2.397	53,9	2.526	54,2	24,5
Klinisch											
Zvw SGGZ met verblijf tot 1 jaar	1.390	34,1	1.357	33,0	1.380	32,5	1.430	32,2	1.482	31,8	6,6
Langdurig verblijf (Zvw 2e en 3e jaar en WLZ)	660	16,2	652	15,8	646	15,2	619	13,9	656	14,1	-0,6
- Zvw SGGZ met verblijf 2e en 3e jaar	51	1,3	130	3,2	151	3,6	151	3,4	158	3,4	210,5
- Wlz	609	14,9	522	12,7	495	11,6	468	10,5	498*	10,7	-18,2
Klinisch totaal	2.050	50,3	2.009	48,8	2.026	47,7	2.049	46,1	2.138	45,8	4,3
Totaal	**4.078**	**100**	**4.118**	**100**	**4.250**	**100**	**4.446**	**100**	**4.664**	**100**	**14,4**

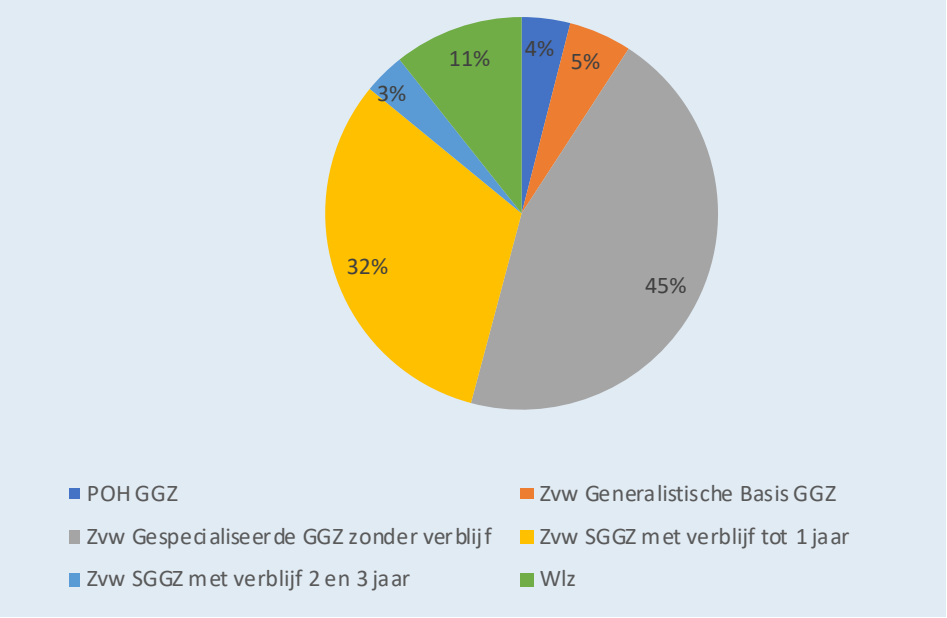
* *Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2020. De uitgaven aan de POH-GGZ omvatten zowel consulten als inschrijftarieven.*

** *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.*

De cijfers van de uitgaven laten voor het totaal een stijging zien tussen 2015 en 2019. De uitgaven aan de ambulante GGZ stijgen het sterkst, maar ook de uitgaven aan de klinische zorg nemen, na een daling in 2016, toe. Tussen 2018 en 2019 stijgen de uitgaven aan de klinische GGZ bijna evenveel als de uitgaven aan de ambulante GGZ. De verhouding tussen de uitgaven aan ambulante en klinische GGZ wijzigt (daardoor) amper.

Figuur 1 Verdeling GGZ uitgaven 2019 – Zvw en Wlz*



**Gebaseerd op ramingen van ZIN en cijfers van Vektis voor de POH-GGZ en Wlz*

Naast Vektis en ZIN heeft ook het CBS (2020) cijfers[1] gepresenteerd over uitgaven aan de GGZ. De trends van de CBS-cijfers komen overeen met de trends op basis van de andere bronnen, met de kanttekening dat het CBS in de uitgaven voor de GGZ ook de post 'overheid' meeneemt. Deze post 'overheid' bestaat uit betalingen door het rijk, provincies en gemeenten. Afgaand op de betreffende uitkering door de rijksoverheid in het gemeentefonds (zie paragraaf over beschermd wonen) – bestaat de post Overheid voor een groot deel uit beschermd wonen.

1 De belangrijkste bronnen voor het CBS voor de cijfers over zorguitgaven zijn CBS-statistieken van zorgaanbieders, Nationale rekeningen, prijs- en tariefinformatie (interne bronnen van CBS). En financieringsgegevens van Zorginstituut Nederland, budgetinformatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, tariefinformatie van de Nederlandse Zorgautoriteit, jaarverslagen, financiële overzichten (externe bronnen van CBS).

Tabel 2 Uitgaven GGZ in miljoenen euro's - CBS

	2015	2016	2017*	2018*	2019**
Overheid	2.221	2.363	2.402	2.583	2.703
Zvw	2.689	2.823	2.897	3.083	3.262
Wlz	633	500	474	442	455
Vrijw ziektek verz	245	261	255	249	249
Eigen betaling	494	503	504	413	399
Totaal	**6.282**	**6.450**	**6.532**	**6.770**	**7.068**
GGZ Quote (uitgaven gerelateerd aan het BBP)	0,91%	0,91%	0,88%	0,87%	0,87%

* *nadere voorlopige cijfers*

** *voorlopige cijfers*

3 Capaciteit en zorggebruik

3.1 Ontwikkelingen en stand van zaken GGZ-gebruik – Zvw- en Wlz-gefinancierd

Vektis heeft voor de LMA 2020 cijfers geleverd over het aantal cliënten per echelon tussen 2015 en 2018. Deze cijfers worden gepresenteerd in Tabel 3.

Tabel 3 Aantal cliënten per echelon (leeftijd 18+), 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	Ontwikkeling 2015-2018 (%)
POH-GGZ	427.654	470.412	517.218	537.040	25,6
Generalistische basis GGZ	207.765	222.036	227.539	231.143	11,3
Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf	510.929	512.620	517.423	529.183	3,6
Gespecialiseerde GGZ met verblijf (eerste opnamejaar)	47.208	45.912	45.245	45.276	-4,1
Langdurige GGZ (SGGZ tweede en derde opnamejaar)	1.308	2.309	2.710	2.599	98,7*
Wlz	7.665	6.423	6.021	5.340	-30,3**
Totaal* **	**1.202.529**	**1.259.712**	**1.316.156**	**1.350.581**	**12,3**
Aantal verzekerden per jaar	13.631.433	13.749.877	13.892.848	14.040.814	
Cliënten per aantal verzekerden (%)	8,8	9,2	9,5	9,6	

Bron: Vektis cijfers, aangeleverd voor de LMA 2020

* *Dit groeicijfer is relatief hoog. Dit komt doordat in 2015 voor het eerst cliënten instroomden in dit segment. De doorstroom naar de Wlz vindt pas in latere jaren plaats (na het eventuele derde opnamejaar) waardoor het aantal cliënten in 2016 en 2017 zal groeien.*

** *In de Wlz kan pas vanaf 2017 nieuwe instroom plaatsvinden, in verband met het feit 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 dubbeltellingen voor de mensen die in meerdere echelons zorg hebben ontvangen.*

Uit de cijfers van Tabel 3 blijkt dat als de cliënten in 2018 van de afzonderlijke echelons bij elkaar worden opgeteld, ruim 1.300.000[2] mensen gebruik maakten van de Zvw- en Wlz-gefinancierde GGZ. Afgezet tegen het aantal verzekerden in 2018 komt dit neer

2 Dit zijn geen unieke personen, omdat het totaalcijfer dubbeltellingen van mensen die in meerdere echelons zorg hebben gehad bevat.

op 9,6 procent van de verzekerden (18 jaar en ouder). Uit de cijfers blijkt dat het aantal mensen[3] dat gebruik maakt van de GGZ tussen 2015 en 2018 toenam met 12,3 procent. Dit wordt ook wel opgevat als de medicalisering van de mentale gezondheid, dat wil zeggen dat onbehagen steeds vaker als teken van een psychische stoornis wordt gezien waarvoor een beroep op de GGZ moet worden gedaan. In de praktijk komt deze sterke stijging echter vooral door de toename van het aantal mensen dat zorg krijgt van de POH-GGZ: als het aantal cliënten van de POH-GGZ buiten beschouwing wordt gelaten blijft de stijging van het aantal cliënten in de GGZ tussen 2015 en 2018 beperkt tot 5 procent. Afgezet tegen het aantal verzekerden is het percentage cliënten van de GGZ exclusief de POH-GGZ tussen 2015 en 2018 relatief constant rond de 5,8 procent. Het gebruik van de (gespecialiseerde en basis) ggz onder de bevolking is in die periode dus niet toegenomen.

Het totaal aantal opgenomen personen (inclusief Wlz) nam tussen 2015 en 2018 af met 5,3 procent en bestond in 2018 uit 53.215 personen. Opvallend is de afname van het aantal mensen met een langdurige opname (2e en 3e jaar SGGZ en Wlz) tussen 2017 en 2018 (afname van 9 procent). Het aantal cliënten met een specialistisch ambulante behandeling zonder verblijf nam tussen 2015 en 2018 toe met 3,6 procent, met in 2018 in totaal 529.183 cliënten.

3.2 Ontwikkeling verblijfsdagen en intensieve ambulante trajecten per diagnosegroep

Vektis heeft voor de LMA 2020 cijfers aangeleverd over het aantal verblijfsdagen per diagnosegroep en het aantal SGGZ-declaraties zonder verblijf, met meer dan 3.000 minuten[4].

In deze paragraaf worden de ontwikkelingen door de jaren heen voor de tien grootste [5] diagnosecategorieën[6] op een rij gezet.

3 Dit zijn geen unieke personen, omdat het totaalcijfer dubbeltellingen van mensen die in meerdere echelons zorg hebben gehad bevat.
4 3.000 behandelminuten (50 uur) of meer wordt in dit verband gezien als een intensieve behandeling en als indicator voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante GGZ.
5 De groep 'crisis' is niet meegenomen in de rangorde van de tien grootste diagnose categorieën.
6 De diagnosegroepen van de DBC's komen niet één op één overeen met de (termen) van diagnosegroepen van de DSM.

Tabel 4 Aantal verblijfsdagen SGGZ-eerste opnamejaar per diagnosegroep (18+), 2012-2018

	2018	Ontwikkeling 2012 – 2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	656.183	-20,4	-1,1
Depressieve stoornissen	367.027	-24,2	-3,7
Overige aan een middel gebonden stoornissen	275.634	-10,6	-1,0
Aan alcohol gebonden stoornis	259.019	-31,6	-2,8
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	196.102	-13,2	0,7
Persoonlijkheidsstoornissen	174.482	-34,6	-8,5
Angststoornissen	154.169	-5,3	4,7
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	121.702	-25,4	-0,5
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	102.405	26,0	-1,5
Eetstoornissen	39.163	5,3	8,0
Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)	**2.543.168**	**-19,1**	**-1,2**

Het aantal verblijfsdagen nam tussen 2012 en 2018 af met 19 procent (zie Tabel 4). Bij alle diagnosegroepen is een daling waarneembaar tussen 2012 en 2018, uitgezonderd de diagnosegroep pervasieve ontwikkelingsstoornis (waaronder autisme valt) en de diagnosegroep eetstoornissen. In de cijfers van 2017 en 2018 valt de stijging van het aantal verblijfsdagen voor mensen met een angststoornis op.

Tabel 5 Aantal DBC's (declaraties) zonder verblijf met >3.000 minuten per diagnosegroep (leeftijd 18+), 2012-2018

	2018	Ontwikkeling 2012 – 2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Persoonlijkheidsstoornissen	16.784	34,0	4,3
Depressieve stoornissen	16.111	36,3	15,6
Angststoornissen	15.058	78,6	14,7
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	10.676	-2,0	2,1
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	5.896	88,5	10,5
Overige aan een middel gebonden stoornissen	4.838	13,2	5,4
Aan alcohol gebonden stoornis	3.826	28,9	8,6
Somatoforme stoornissen	3.443	148,8	2,0
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	3.358	30,0	6,8
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	3.253	68,2	12,8
Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)	**88.834**	**32,1**	**8,7**

De cijfers van Tabel 5 laten zien dat het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 minuten tussen 2012 en 2018 steeg met ruim 30 procent. Van jaar tot jaar bekeken was er steeds een stijging, met uitzondering van de periode 2013-2014 (toen was het aantal intensieve ambulante DBC's stabiel). Opvalt dat er voor de diagnosegroep schizofrenie, in tegenstelling tot de andere diagnosegroepen, geen stijging maar juist een lichte daling waarneembaar is van het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 minuten tussen 2012 en 2018. In 2018 was er weliswaar sprake van een lichte stijging (+2%), maar deze bleef opnieuw achter bij de algemene trend (+9%).

De meeste diagnosegroepen hebben afgaande op bovenstaande cijfers een typerend ambulantiseringspatroon: een daling van het aantal verblijfsdagen, gekoppeld aan een stijging van het aantal DBC's zonder verblijf met meer dan 3.000 minuten. De cijfers van de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen laten dit beeld echter niet zien; bij deze diagnosegroep neemt het aantal verblijfsdagen conform de algemene trend aanzienlijk af tussen 2012 en 2018 maar neemt het aantal intensieve ambulante DBC's niet toe maar juist licht af. Voor de diagnosegroep pervasieve ontwikkelingsstoornis is het beeld ook afwijkend; bij deze diagnosegroep nemen zowel het aantal verblijfsdagen als het aantal intensieve ambulante DBC's toe, wat wijst op intensivering op beide fronten.

3.3 Ontwikkeling uitgaven per diagnosegroep

De gegevens van de verblijfsdagen en intensieve ambulante DBC's laten voor de meeste diagnosecategorieën een ambulantiseringspatroon zien. Voor de diagnosegroepen schizofrenie en andere psychotische stoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornis is dit beeld anders. Welk beeld laten de *uitgaven* per diagnosegroep wat dit betreft zien?

Tabel 6 Uitgaven in miljoen euro, per diagnosegroep, SGGZ (met en zonder verblijf) (leeftijd 18+)

	2018	% uitgaven 2018	Ontwikkeling 2012-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Depressieve stoornissen	590,0	17,2	22,7	6,2
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	535,4	15,6	6,0	3,3
Angststoornissen	440,0	12,9	64,9	12,0
Persoonlijkheidsstoornissen	427,7	12,5	25,4	3,5
Overige aan een middel gebonden stoornissen	227,9	6,7	19,6	5,2
Aan alcohol gebonden stoornis	207,6	6,1	1,5	5,7
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	184,3	5,4	22,6	5,8
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	158,5	4,6	88,8	9,5
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	99,3	2,9	61,0	9,8
Somatoforme stoornissen	82,5	2,4	53,8	5,5
Totaal alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)	**3.423,2**	**100**	**24,8**	**6,1**

Uit de cijfers van de uitgaven[7] (zie Tabel 6) blijkt dat 'depressieve stoornissen', 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'angststoornissen' de top 3 vormen wat betreft uitgaven aan gespecialiseerde GGZ in 2018. Voor het totaal zijn de uitgaven gestegen tussen 2012 en 2018 met 25 procent. De groep pervasieve ontwikkelingsstoornis en angststoornissen laten de grootste stijging van uitgaven zien tussen 2012 en 2018. Met name de diagnosegroepen aan alcohol gebonden stoornis en schizofrenie/andere psychotische stoornissen laten een lagere kostenstijging zien, bij schizofrenie ook in het afgelopen jaar.

7 In de kostenontwikkeling speelt ook de algemene kostenstijging een rol. De prijzen zijn niet geïndexeerd.

Tabel 7 Uitgaven in miljoen euro aan klinische zorg per diagnosegroep, SGGZ (leeftijd 18+)

	2018	% uitgaven 2018	Ontwikkeling 2012-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	362,1	25,4	4,7	3,3
Depressieve stoornissen	204,9	14,3	5,2	0,1
Overige aan een middel gebonden stoornissen	148,9	10,4	19,4	5,1
Aan alcohol gebonden stoornis	143,9	10,1	-6,4	5,0
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	115,2	8,1	18,8	4,3
Persoonlijkheidsstoornissen	107,9	7,6	-9,0	-3,3
Angststoornissen	95,1	6,7	43,8	11,0
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	56,9	4,0	74,1	6,1
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	56,4	4,0	-6,8	2,0
Eetstoornissen	23,9	1,7	27,2	7,9
Totaal alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)	**1.428,0**	**100,0**	**10,0**	**3,5**

De diagnosegroepen 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'depressieve stoornissen' hebben relatief gezien in 2018 het grootste aandeel in de uitgaven aan klinische zorg (zie Tabel 7). Voor alle diagnosegroepen tezamen zijn de uitgaven aan klinische zorg tussen 2012 en 2018 per saldo gestegen, met door de jaren heen soms een daling en dan weer een stijging. Per diagnosegroep is de ontwikkeling van uitgaven aan klinische zorg wisselend met bijvoorbeeld voor aan alcohol gebonden stoornissen een daling en voor pervasieve ontwikkelingsstoornissen en ook voor angststoornissen een aanzienlijke stijging.

Tabel 8 Uitgaven intensieve ambulante zorg (meer dan 3.000 minuten) per diagnosegroep, SGGZ (leeftijd 18+)

	2018	% uitgaven 2018	Ontwikkeling 2012-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Persoonlijkheidsstoornissen	179,6	20,2	53,0	8,1
Depressieve stoornissen	160,4	18,1	54,6	17,8
Angststoornissen	142,5	16,0	101,0	15,1
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	108,4	12,2	10,1	5,7
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	56,3	6,3	107,4	12,1
Overige aan een middel gebonden stoornissen	48,3	5,4	29,1	8,1
Aan alcohol gebonden stoornis	37,3	4,2	41,3	13,8
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	34,4	3,9	43,4	11,9
Somatoforme stoornissen	34,4	3,9	197,1	6,5
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	29,4	3,3	82,3	14,6
Alle diagnosegroepen (inclusief overige diagnosegroepen die niet in een aparte rij worden genoemd)	**887,9**	**100,0**	**48,9**	**11,2**

Uit bovenstaande tabel blijkt dat binnen de uitgaven aan intensieve ambulante zorg, de diagnosegroepen persoonlijkheidsstoornissen, depressieve stoornissen en angststoornissen de top drie vormen wat betreft de uitgaven. Voor alle diagnosegroepen tezamen geldt dat de uitgaven aan intensieve ambulante zorg met bijna 50 procent zijn gestegen tussen 2012 en 2018, met een forse stijging in het laatste jaar. Bij twee diagnosegroepen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen en overige aan een middel gebonden stoornissen, was de toename aan uitgaven (beduidend) lager dan dit totaalcijfer.

3.4 Crisis

Vektis heeft voor de LMA 2020 een analyse uitgevoerd over het aantal crisis-declaraties en verblijfsdagen (zie Tabel 9). Uit deze cijfers blijkt dat in de periode 2015-2018 het aantal declaraties voor crisiszorg is verminderd, zowel wat betreft ambulante interventies als opnamen.

Tabel 9 Crisisdeclaraties en verblijfsdagen

	2015	2016	2017	2018	Ontwikkeling 2015-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Aantal DBC's						
- Crisisinterventie zonder opname	45.303	42.664	41.399	38.890	-14,2	-6,1
- Crisisinterventie met opname	19.800	17.882	16.841	16.062	-18,9	-4,6
Aantal verblijfsdagen*	335.362	291.954	272.200	256.609	-23,5	-5,7

** Er is gekeken naar het aantal dagen dat iemand wordt opgenomen in de eerste 28 dagen vanaf de crisis.*

3.5 Ontwikkeling regionale verschillen

Met de door Vektis geleverde informatie zijn verschillende analyses op zorgkantoorregio-niveau gedaan. Anno 2018 is er per zorgkantoorregio een groot verschil in de relatieve uitgaven aan klinische (Zvw- en Wlz-gefinancierde) GGZ: van 35 procent van de totale Zvw- en Wlz-gefinancierde GGZ (inclusief POH-GGZ) tot 64 procent. (Zie Tabel 10: het aandeel van de Wlz-uitgaven is meegenomen in het aandeel van de klinische uitgaven. Het aandeel van de Wlz-uitgaven wordt ook apart vermeld, om te laten zien wat de impact hiervan is op de klinische uitgaven.) De uitgaven per verzekerde aan GGZ (inclusief POH-GGZ) verschillen ook sterk per zorgkantoorregio. Zaken als urbanisatiegraad en historisch gegroeid langdurig verblijf spelen hierbij een rol.

Tabel 10 Uitgaven per verzekerde aan GGZ, het aandeel van klinische uitgaven en het aandeel van Wlz-uitgaven, per zorgkantoorregio in 2018

Zorgkantoorregio	Uitgaven per verzekerde aan GGZ (inclusief POH-GGZ) in euro's	Aandeel uitgaven klinisch (Zvw en Wlz) in totale uitgaven (%)	Aandeel Wlz in totale uitgaven (%)
Midden-IJssel	481	63,5	28,9
Drenthe	455	64,5	31,6
Amsterdam	439	41,3	6,1
Haaglanden	397	49,1	14,5
Apeldoorn/Zutphen e.o.	371	53,7	12,6
Zuid-Limburg	367	42,3	6,6
Kennemerland	357	49,5	17,5
Rotterdam	354	47,4	6,0
Groningen	350	36,2	1,8
Utrecht	346	42,8	10,0
Noordoost Brabant	343	53,8	19,5
Zuidoost-Brabant	306	49,0	10,2
Zwolle	304	47,3	12,3
Arnhem	300	48,5	10,1
Nijmegen	298	40,4	4,3
Zuid-Holland Noord	287	40,4	10,9
Friesland	286	42,1	9,1
Noord-Limburg	284	47,4	17,4
Twente	281	51,4	6,8
Midden-Brabant	280	41,8	9,3
Zeeland	279	48,9	6,6
West-Brabant	277	51,8	16,3
'T Gooi	272	37,8	3,3
Zuid-Hollandse Eilanden	272	51,6	15,2
Zaanstreek/Waterland	269	37,8	0,6
Waardenland	266	45,8	3,8
Noord Holland Noord	264	43,1	7,4
Westland Schieland en Delfland	247	44,4	9,4
Amstelland en de Meerlanden	229	34,9	3,5
Midden-Holland	218	38,0	0,0
Flevoland	218	38,3	1,8
Totaal	**313**	**46,4**	**10,6**

In Tabel 10 wordt het aandeel van de Wlz-uitgaven ook gepresenteerd zodat een beeld kan worden gekregen van de omvang van de Wlz-uitgaven per zorgkantoorregio en de

verschillen hierin tussen de regio's. De omvang van de Wlz-uitgaven per regio worden sterk bepaald door de historisch gegroeide omvang van de verblijfspsychiatrie: in de ene regio is van oudsher meer verblijfspsychiatrie dan in de andere.

Uit analyse van de ontwikkeling van het aantal verblijfsdagen per zorgkantoorregio (n=31) blijkt dat bij 29 van de 31 regio's het aantal verblijfsdagen (S-GGZ eerste opnamejaar) is gedaald tussen 2012 en 2018. De ontwikkeling van het aantal verblijfsdagen had een tamelijk grote range, lopend van afbouw van 34 procent tot een toename van 7 procent. De standaarddeviatie van het mutatiecijfer was kleiner voor 2017-2018 dan voor 2012-2013. Dit wijst erop dat de verschillen in ontwikkeling tussen regio's kleiner zijn geworden. Om nog meer een indruk te krijgen van de verschillen tussen regio's is ook gekeken naar het aantal plaatsen voor het eerste opnamejaar per 100.000 verzekerden. Deze capaciteit varieerde in 2012 van 37 tot 102 plaatsen per 100.000 verzekerden. In 2018 varieerde dit tussen de zorgkantoorregio's van 32 tot 75 plaatsen per 100.000 verzekerden.

Bij 30 van de 31 regio's nam het aantal intensieve ambulante DBC's toe tussen 2012 en 2018. Ook hier was de range van de groeicijfers fors (lopend van -18 procent tot 104 procent). De standaarddeviatie van het mutatiecijfer was groter in 2012 dan in 2018, hetgeen erop wijst dat de verschillen tussen de zorgkantoorregio's in de ontwikkeling van het aantal intensieve ambulante DBC's afnamen.

Omdat eerder bleek dat het aantal intensieve ambulante DBC's (als indicator voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante GGZ) voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen is gedaald tussen 2012 en 2018, terwijl bij andere diagnosegroepen een duidelijke stijging zichtbaar was, is hierop ingezoomd op zorgkantoorregio-niveau. Uit deze analyse blijkt dat er grote regionale verschillen zijn; in 15 regio's namen deze DBC's toe tussen 2012 en 2018 en in 15 niet (in één regio bleef het gelijk). De range van deze ontwikkeling varieerde voor de periode 2012-2018 van een daling van 48 procent tot een stijging van 49 procent; er zijn dus regio's met een forse toename maar ook regio's met een forse daling. Deze regionale variatie zorgt ervoor dat er in totaal een daling is.

Op de cijfers op zorgkantoorniveau zijn analyses uitgevoerd om de samenhang tussen afbouw van intramurale SGGZ en de opbouw van ambulante SGGZ nader te bestuderen. Daarbij was de hypothese dat een regionale daling van uitgaven aan klinische capaciteit gepaard zou gaan met een evenredige toename van ambulante zorguitgaven tussen 2015 en 2018. Een statistische analyse laat deze relatie niet zien: de correlatie tussen kostenmutatie van DBC's met verblijf en die van ambulante, Zvw-gefinancierde zorg (inclusief POH-GGZ) is -0,01. Met andere woorden: er lijkt op regionaal niveau geen samenhang te zijn in de ontwikkeling van klinische uitgaven en de ontwikkeling van de uitgaven aan ambulante GGZ (Zvw-gefinancierd).

3.6 Zorg per type aanbieder SGGZ

Om te onderzoeken of er door de jaren heen verschuiving van zorg tussen type aanbieders plaatsvond, is als afgeleide hiervan de verdeling van de uitgaven aan de SGGZ over verschillende typen aanbieders geanalyseerd, met de door Vektis geleverde informatie.

Tabel 11 Verdeling uitgaven SGGZ (in miljoen euro's) SGGZ (totaal) per type aanbieder

	2012	% van het totaal 2012	2018	% van het totaal 2018	Ontwikkeling 2012-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Ambulant	166,3	6,1	324,8	9,5	95,3	13,8
Geïntegreerde instelling	1.909,4	69,6	2.330,4	68,1	22,0	5,6
K&J	18,9	0,7	20,2	0,6	6,9	-7,4
PAAZ/PUK	172,0	6,3	173,1	5,1	0,6	-1,5
Psychologische zorg-verleners	100,6	3,7	143,6	4,2	42,8	2,8
Verslavingszorg	179,0	6,5	229,4	6,7	28,2	9,3
Vrijgevestigde psychiaters	57,2	2,1	48,3	1,4	-15,7	-3,0
Overig	139,0	5,1	153,5	4,5	10,5	10,6
Eindtotaal	**2.742,3**	**100**	**3.423,2**	**100**	**24,8**	**6,1**

Tabel 12 Verdeling uitgaven SGGZ (in miljoen euro's) intensieve ambulante zorg, per type aanbieder

	2012	% van het totaal 2012	2018	% van het totaal 2018	Ontwikkeling 2012-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Ambulant	47,7	8,0	113,0	12,7	137,0	17,1
Geïntegreerde instelling	407,0	68,3	609,0	68,6	49,6	12,0
K&J	10,0	1,7	8,6	1,0	-14,0	-8,8
PAAZ/PUK	22,6	3,8	18,4	2,1	-18,7	6,2
Psychologische zorg-verleners	17,9	3,0	26,3	3,0	46,7	-4,3
Verslavingszorg	31,5	5,3	48,7	5,5	54,9	11,2
Vrijgevestigde psychiaters	8,9	1,5	6,3	0,7	-29,6	7,4
Overig	50,7	8,5	57,6	6,5	13,6	5,9
Totaal	**596,3**	**100**	**887,9**	**100**	**48,9**	**11,2**

Uit Tabel 11 blijkt dat de geïntegreerde GGZ-aanbieders het overgrote deel van de uitgaven van de SGGZ genereerden in 2018 en dat de uitgaven van deze aanbieders in de periode 2012-2018 stegen. De groei bij de groep aanbieders 'ambulant' en bij de

'psychologische zorgverleners' valt op. Wat betreft de uitgaven aan intensieve ambulante zorg valt de toename (2012-2018) bij groep aanbieders 'ambulant' op (zie Tabel 12).

Tabel 13 Verdeling uitgaven (in miljoen euro's) SGGZ per type aanbieder, diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen

	2012	% van het totaal 2012	2018	% van het totaal 2018	Ontwikkeling 2012-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Ambulant	7,2	1,4	5,6	1,0	-22,2	23,0
Geïntegreerde instelling	466,2	92,3	502,2	93,8	7,7	3,7
K&J	0,4	0,1	0,3	0,1	-16,7	-33,4
PAAZ/PUK	25,8	5,1	22,8	4,3	-11,7	-2,5
Psychologische zorgverleners	0,1	0,0	0,2	0,0	23,9	6,8
Verslavingszorg	0,9	0,2	0,4	0,1	-54,0	0,0
Vrijgevestigde psychiaters	1,3	0,3	0,9	0,2	-32,5	-12,2
Overig	3,0	0,6	3,0	0,6	-0,6	-24,0
Totaal	**505,0**	**100,0**	**535,4**	**100,0**	**6,0**	**3,3**

Tabel 14 Verdeling uitgaven (in miljoen euro's) intensieve ambulante zorg, per type aanbieder, diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen

	2012	% van het totaal 2012	2018	% van het totaal 2018	Ontwikkeling 2012-2018 (%)	Ontwikkeling 2017-2018 (%)
Ambulant	3,8	3,9	3,2	2,9	-16,6	32,0
Geïntegreerde instelling	91,3	92,7	103,0	95,1	12,9	5,2
K&J	0,3	0,3	0,2	0,2	-27,3	-11,0
PAAZ/PUK	2,3	2,3	1,1	1,0	-51,3	8,9
Psychologische zorgverleners	0,0	0,0	0,1	0,1	*	19,1
Verslavingszorg	0,0	0,0	0,1	0,1	*	0,5
Vrijgevestigde psychiaters	0,2	0,2	0,1	0,1	-59,8	-32,0
Overig	0,5	0,5	0,5	0,5	10,9	-9,5
Totaal	**98,4**	**100,0**	**108,4**	**100,0**	**10,1**	**5,7**

** vanwege ontbrekende cijfers is er geen groeicijfer berekend.*

Tabellen 13 en 14 bevatten de cijfers van verdeling van de uitgaven voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen over de verschillende type aanbieders. Uit Tabel 13 blijkt dat de uitgaven aan zorg voor de diagnosegroep schizofrenie bijna geheel bij de geïntegreerde GGZ-instellingen liggen; de andere type aanbieders lijken maar een heel klein deel van de zorg voor deze groep uit te voeren. Bij de

geïntegreerde GGZ-aanbieders stegen de uitgaven aan de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen tussen 2012 en 2018, waar dit bij de andere type zorgaanbieders daalde (bij de psychologische zorgverleners is er wel een stijging maar de omvang van de uitgaven is relatief klein). Specifiek gericht op intensieve ambulante zorg voor de diagnosegroep schizofrenie laten de cijfers zien dat de uitgaven van de geïntegreerde GGZ-instellingen gegroeid zijn in de periode 2012-2018 en die van de andere typen aanbieders daalden (uitgezonderd de groep overig). In het laatste jaar stegen deze uitgaven wel bij andere type aanbieders. Dit kan duiden op enige verschuiving.

3.7 RM en IBS

Cijfers van de Raad voor de Rechtspraak laten zien dat het aantal eindbeschikkingen over onvrijwillige opnamen jaarlijks toeneemt (zie Tabel 15). Deze trend zet zich in het laatste jaar versterkt door. Zowel het aantal inbewaringstellingen (IBS) als het aantal Rechterlijke machtigingen (RM) neemt door de jaren heen toe waarbij wat betreft de RM-en vooral de toename van het aantal voorwaardelijke machtigingen opvalt. In de cijfers van 2019 ten opzichte van 2018 valt de sterke toename van het aantal machtigingen tot voortgezet verblijf en het aantal voorlopige machtigingen op.

Tabel 15 RM en IBS aanvragen, 2012-2019*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019**
IBS	7.376	7.987	7.908	8.171	8.605	8.861	9.735	10.125
RM	13.980	14.970	15.462	16.171	17.273	17.746	18.881	21.772
- voorlopige machtiging	5.938	6.199	6.197	6.516	6.677	6.657	7.272	7.913
- machtiging tot voortgezet verblijf	3.704	3.977	4.005	4.038	4.256	4.331	4.392	5.275
- voorwaardelijke machtiging	4.245	4.721	5.210	5.566	6.285	6.690	7.150	8.545
- machtiging op eigen verzoek betrokkene	92	64	46	45	50	65	63	36
- zelfbindings-machtiging	1	9	4	6	5	3	4	3
Totaal eindbeschikkingen over onvrijwillige opnamen	**21.356**	**22.957**	**23.370**	**24.342**	**25.878**	**26.607**	**28.616**	**31.897**

Bron: Opgave Raad voor de Rechtspraak, 2020

* *De aantallen betreffen de afgehandelde verzoeken tot machtiging. Uit deze registratie blijkt niet of een verzoek daadwerkelijk is toe- of afgewezen. In de meeste gevallen worden de verzoeken tot IBS'en en de machtigingen toegewezen.*

** *In december 2019 waren er ongebruikelijk veel behandelde RM-aanvragen. Dit kan te maken hebben met de overgang naar nieuwe wettelijke kaders in 2020. Zonder de decembermaanden van 2018 en 2019 was de totale stijging in RM tussen 2018 en 2019 niet 15%, maar 10%. Tussen 2012 en 2018 was de gemiddelde jaarlijkse stijging 6%.*

3.8 FACT-teams

Een aanwijzing voor de ontwikkeling van de intensieve ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is de ontwikkeling van (F)ACT-teams. Anno 2020 zijn er in totaal 405[8] (F)ACT-teams waarvan 234 gecertificeerd. Er zijn 294 FACT-teams (waarvan 156 gecertificeerd), 18 ACT-teams (waarvan 5 gecertificeerd), 13 FACT-teams LVB (waarvan 10 gecertificeerd), 7 forensisch ACT-teams (waarvan 6 gecertificeerd), 24 forensisch FACT-teams (waarvan 23 gecertificeerd) en 49 Jeugd FACT-teams (waarvan 34 gecertificeerd). Dit aantal van rond de 400 teams (gecertificeerd en niet gecertificeerd) is vergelijkbaar met eerdere jaren (Van Hoof et al., 2016; Van Vugt et al., 2018). Het aantal gecertificeerde teams lag de laatste jaren rond de 300 maar is anno 2020 kleiner. Dit heeft te maken met trajecten van hercertificering die gaande en gepland zijn. Een verklaring hiervoor is dat instellingen auditering aanhouden in verband met een reorganisatie van FACT-teams (waarbij FACT gecombineerd wordt met andere zorgvormen in de wijk).

Analyses op de meest recente gegevens van de audits van het CCAF (Van Vugt, 2020) laten zien dat er sinds 2017 vaker wachttijden zijn voor FACT (in rond de helft van de gevallen, waar dat voorheen één op de vijf was). Gemiddeld is de wachttijd zo'n 3 à 4 maanden met een behoorlijke range, variërend van geen wachttijd tot een wachttijd van 12 maanden. De totale behandelduur van cliënten in FACT is de laatste jaren korter geworden; tegenwoordig wordt jaarlijks de behandeling bij circa een kwart van de caseload afgesloten. Vanuit het perspectief van de ambulantisering valt op dat het percentage cliënten met een opname in het afgelopen half jaar toeneemt: waar dit tot 2017 rond de 3 à 4 procent lag, was dit in 2019 11 procent. De duur van deze opnamen (of het korte en/of langere opnamen betreft) is niet bekend. De audits laten zien dat er knelpunten zijn rondom het inzetten van voldoende subspecialiteiten binnen de FACT-teams.

3.9 Beschermd wonen, ambulante begeleiding en dagbesteding

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 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 de Participatiewet. Gemeenten leveren voor deze monitor gegevens aan het CBS. Opgemerkt moet worden dat het mogelijk is dat de door gemeenten aangeleverde gegevens op onderdelen (nog) niet volledig zijn. Met aandacht voor deze

8 www.ccaf.nl. Dit zijn de teams die bekend/gemeld zijn bij het CCAF.

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 2019 37.465 mensen in het beschermd wonen. Met inbegrip van de regio Zwolle (waarover totaalcijfers over 2019 in de GMSD ontbreken, maar wel cijfers over de tweede helft van 2019 bekend zijn) zijn dit 38.530 mensen. Dit zijn zowel cliënten met zorg in natura als cliënten met een PGB. In 2018 waren dit er 34.410 en in 2017 22.975. Deze stijging is echter geflatteerd doordat het aantal regio's waarover gegevens bekend zijn stijgt en de aangeleverde gegevens niet steeds compleet zijn. Als we grote fluctuaties (die kunnen wijzen op dergelijke registratieproblemen) buiten beschouwing laten, dan is de stijging tussen 2018 en 2019 - over 35 van de 44 regio's gemeten - 8,5%.

Het aantal mensen met beschermd wonen per 100.000 inwoners verschilt per regio. Met in 2019 relatief het minst aantal mensen in beschermd wonen in Hilversum (0,6 cliënten per 100.000 inwoners) en relatief de meeste mensen met beschermd wonen in de regio Apeldoorn (3,6 cliënten per 100.000 inwoners). In volume van uitgaven ging het voor beschermd wonen in 2019 om 1.809 miljoen euro[9].

KPMG (KPMG, 2020) heeft onderzoek gedaan naar wachttijden en wachtlijsten in het beschermd wonen, op kwalitatieve en kwantitatieve wijze. De onderzoeksresultaten wijzen in de richting van een toenemende omvang van de wachtlijst voor beschermd wonen vanaf 2017. Ook neemt de gemiddelde wachttijd in weken toe. Met hierbij de kanttekening van de onderzoekers dat de gebruikte data beperkingen kennen. Wat betreft mogelijke oplossingen wordt er vooral gewezen naar een meer preventieve en integrale aanpak om instroom te voorkomen, het aanscherpen van toegangscriteria, het kunnen bieden van een gedifferentieerd en/of alternatief aanbod beschermd wonen, focus op doorstroom, behoud van personeel om meer continuïteit van begeleiding te kunnen bieden, het vergroten van het woningaanbod en het vergroten van het ondersteuningsaanbod voor uitgestroomde cliënten. Deze oplossingsrichtingen sluiten aan bij andere onderzoeken, onder andere over knelpunten in de regionale samenwerking (Kroon et al., 2019).

Cijfers over hoeveel mensen met een psychische kwetsbaarheid begeleiding en ondersteuning krijgen vanuit het sociaal domein zijn niet beschikbaar, omdat in de (landelijke) cijfers van de gebruikers van gemeentelijke voorzieningen geen onderscheid gemaakt wordt naar doelgroepen. Er kan wel gekeken worden naar de totaalcijfers. Afgaande op de cijfers van de GMSD maakten in 2019 316.910 mensen gebruik van een maatwerkvoorziening van de categorie 'ondersteuning thuis'. 184.405 mensen maakten gebruik van de maatwerkvoorziening 'begeleiding' (onderdeel van ondersteuning thuis). In 2019

9 Macrobedrag septembercirculaire 2019 https://www.rijksoverheid.nl/documenten/circulaires/2019/09/17/iu-beschermd-wonen-2019-2024-septembercirculaire-2019

waren er 77.635 mensen met dagbesteding (ook onderdeel van 'ondersteuning thuis'). Zowel het aantal mensen dat gebruikt maakte van begeleiding als van dagbesteding nam fors toe tussen 2017 en 2019 (met respectievelijk 25 en 15 procent) waarbij het mogelijk is dat dit (mede) met een registratie-effect te maken heeft. Cijfers over hoeveel mensen met psychische problematiek deze vormen van ondersteuning krijgen, zijn er zoals genoemd niet. Daarbij kunnen mensen naast de maatwerkvoorziening (individuele) begeleiding ook ambulante ondersteuning krijgen via een product als Beschermd wonen extramuraal (precieze typering van dit product kan per gemeente verschillen). Mensen met psychische problematiek kunnen op deze manier via verschillende producten en gemeentelijke financieringskaders ambulante begeleiding en ondersteuning krijgen.

Bovenstaande heeft betrekking op enkele kerncijfers van het sociaal domein. Inhoudelijk is de implementatie van de visie 'Van beschermd wonen naar een beschermd thuis' (Advies Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015) een voorname verandering. Beschermd thuis staat in deze visie voor beschermde woonplekken in de wijk en het 'beschermen van kwetsbare burgers midden in de samenleving door uiteenlopende woonvarianten met flexibele herstelondersteuning, gericht op een zingevend bestaan' (Advies Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015). Voor de praktijk betekent dit dat er meer ambulante ondersteuning en lichtere vormen van beschermd wonen in wijken moeten komen in plaats van het klassieke all-inclusive beschermd wonen (Movisie, 2019). In de 'Meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang' (2018) zijn de veranderthema's uitgewerkt. De transformatie krijgt in de praktijk op verschillende manieren vorm. Met de ontwikkeling naar beschermd thuis is er vanuit beschermd wonen meer variatie gekomen aan woonvormen en ondersteuning (Movisie, 2019). Bij woonvormen voor mensen met psychische problematiek kan onderscheid gemaakt worden op basis van de *mate van zelfstandigheid*, het *woningtype* (gespreid, geclusterd, gespikkeld en groepswonen) en de *duur* (Jansen-Lorkeers & van Klaveren, 2020). Het is niet bij elke woonvorm mogelijk dat bewoners zelf de huurcontracten afsluiten. Dit heeft te maken met de rechtspositie en afhankelijkheid van de zorgorganisatie. Leidend principe hierbij moet zijn wat bijdraagt aan het herstelproces van de bewoner (Jansen-Lorkeers & van Klaveren, 2020). Platform 31 heeft in 2019 en 2020 het experiment 'Weer thuis' uitgevoerd, bestaande uit vijf samenwerkingsverbanden (Nouws et al., 2020). Het doel van dit experiment is het zoeken naar mogelijkheden om goed te wonen voor mensen met een ondersteuningsvraag vanwege psychische problematiek. Dit experiment maakt praktijkontwikkelingen over samenwerking rondom wonen voor de doelgroep inzichtelijk. Met aandacht voor onderwerpen als het toewijzen van sociale huurwoningen en het inrichten van transferpunten, driepartijen(huur)overeenkomsten, lokale monitoring en het lokaal onderzoeken van woonwensen. Landelijke cijfers over hoeveel mensen in welk type woonvorm wonen (beschermd wonen met 24-uurs begeleiding, beschermd wonen met begeleiding op afstand, huren van een zorgaanbieder of van een corporatie et cetera) en wat de in- door- en uitstroom is, ontbreken vooralsnog.

3.10 Jeugdwet

Beleidsinformatie over de jeugdhulp wordt ontsloten via het CBS: Jeugdhulpaanbieders moeten beleidsinformatie aan het CBS verstrekken (CBS, 2019). GGZ voor kinderen en jeugdigen is onderdeel van deze cijfers. Volgens de CBS-cijfers is het aantal jongeren met jeugdhulp[10] tussen 2015 en 2019 gestegen met 16,6% naar ruim 443.000 jongeren. Het aantal jongeren met ambulante jeugdhulp steeg in die periode met 21,7% naar ruim 404.000 jongeren. Het aantal jongeren met jeugdhulp met verblijf steeg tussen 2015 en 2019 met 6,1% naar bijna 43.000 jongeren. Daarbij moet opgemerkt worden dat het aantal jongeren met jeugdhulp met verblijf vooral in 2017 steeg, in 2018 daalde en in 2019 relatief stabiel was. Het aantal jongeren met een gesloten plaatsing steeg per saldo tussen 2015 en 2019 met 2,4% naar 2.550 jongeren. Met de opmerking dat het aantal jongeren met een gesloten plaatsing na 2017 licht is gedaald.

Voorlopige cijfers over de eerste zes maanden van 2020 laten zien dat het aantal jongeren met jeugdhulp zes procent lager is dan dezelfde periode in 2019 (www.binnenlandsbestuur.nl, 2020). Vooral in april en mei 2020 daalde het aantal gestarte en beëindigde jeugdhulptrajecten. Zowel het aantal nieuwe jeugdhulptrajecten zonder verblijf als met verblijf daalde ten opzichte van vorig jaar in de periode april tot en met juni. Volgens het CBS is dit deels het gevolg van de coronacrisis.

Uit onderzoek in 26 gemeenten blijkt dat de uitgaven aan jeugdhulp toenemen, waarbij de uitgaven sterker stijgen dan de omvang van het aantal cliënten (Peeters et al., 2019). Rond de helft van de groei van de uitgaven hangt samen met het grotere clientvolume. Het andere deel komt door onder andere langere, intensievere (en daardoor) duurdere trajecten (KPMG Health, 2020). De ontwikkelingen per zorgvorm laten zien dat vooral het aandeel van de jeugdhulp met verblijf en de specialistische GGZ tussen 2016 en 2018 toenam (KPMG Health, 2020).

3.11 Maatschappelijke opvang

CBS-cijfers lieten eerder een duidelijke stijging zien van het aantal dakloze mensen (18-65 jaar) in Nederland. In 2009 waren er naar schatting 17.800 dakloze mensen, in 2018 waren dit er 39.300 (www.cbs.nl, 2019). Vooral in de leeftijdsgroep 18-30 jaar en onder daklozen met een niet-westerse migratieachtergrond was de stijging fors. Begin 2021 wordt er een update verwacht van deze cijfers.

10 Hulp en zorg zoals deze bedoeld en beschreven is in de Jeugdwet (2014). Het betreft hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en/of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere, of opvoedingsproblemen van de ouders met psychische-, psychosociale-, gedragsproblemen en/of een verstandelijke beperking

Uit registratiegegevens van Valente onder leden (ten tijde van de publicatie 'Federatie Opvang') bleek dat tussen 2016 en 2017 het aantal mensen met maatschappelijke opvang, beschermd of begeleid wonen steeg van ruim 60.000 mensen naar meer dan 70.000 mensen. Deze stijging is forser dan de stijging van het aantal cliënten tussen 2015 en 2016 (www.socialevraagstukken.nl, 2019). Deze cliënten kregen verschillende vormen van hulpverlening zoals nachtopvang maar ook ambulante begeleiding ter voorkoming van uithuiszetting. Naar verwachting volgt er begin 2021 een update van deze cijfers.

Voor het aanpakken van dak- en thuisloosheid is in juni 2020 het plan van aanpak 'Een (t)huis, een toekomst' gelanceerd (VWS, BZK, and SZW, 2020), een samenwerking tussen de ministeries VWS, BZK en SZW in samenwerking met de VNG. Speerpunten van deze aanpak zijn preventie, vernieuwing van de opvang en wonen met begeleiding. Eén van de concrete doelen is het realiseren van 10.000 extra woonplekken met begeleiding in eind 2021. KPMG monitort de aanpak (kwantitatief) met als verwacht eerste rapportagemoment eind 2020.

3.12 Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

Forensische zorg (geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel) kan ingedeeld worden naar setting. Er is verblijf in de TBS-kliniek (klinieken voor Terbeschikkinggestelden), (overige) klinische forensische zorg, forensisch beschermd wonen en forensisch ambulante zorg. Analyses van de DJI (Dienst Justitiele Inrichtingen, 2020) laten zien dat het (gemiddeld) aantal bezette TBS-bedden tussen 2017 en 2019 stabiel was (1.327 bedden in 2017, 1.329 bedden in 2019). Het (gemiddeld) aantal overige klinisch forensische bedden nam toe van 1.042 bedden in 2017 naar 1.082 in 2019 (toename van 3,8%). Het (gemiddeld) aantal forensisch beschermd wonen plaatsen steeg van 1.506 in 2017 naar 1.876 in 2019 (toename van 20,3%).

Bovenstaande cijfers hebben betrekking op de forensische zorg. Over het aantal mensen met psychische problematiek in het reguliere gevangeniswezen zijn geen cijfers bekend. Wel heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in 2019 voor het eerst jaargesprekken gehouden in alle penitentiaire inrichtingen, detentiecentra en forensisch psychiatrische centra (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020a). Uit deze gesprekken kwam naar voren dat de instellingen een toename signaleren van 'kwetsbare gedetineerden'. Tot deze groep worden onder andere gedetineerden met psychische problematiek gerekend. Doordat trendcijfers ontbreken kan niet gezegd worden wat de mate is van de eventuele toename van mensen met psychische problematiek in het gevangeniswezen en wanneer deze eventuele toename gestart is. In andere landen is de relatie tussen ambulantisering van de GGZ en toename van het aantal mensen met psychische problematiek in gevangenissen onderzocht (Roza, 2020). Dergelijk onderzoek ontbreekt vooralsnog in Nederland.

4 Werkenden in de GGZ

Volgens gegevens van het CBS en AZW-info is het aantal werknemers in de GGZ tussen 2015 en 2019 gestegen van 92.400[11] naar 95.000 mensen (AZW, 2020b). Ruim de helft (55%) van de GGZ-aanbieders kampt met moeilijk vervulbare vacatures (AZW, 2020a). Bijna een derde van de werknemers geeft aan in het afgelopen jaar actie te hebben ondernomen om een andere baan te vinden en ruim 40 procent wil binnen 5 jaar de organisatie verlaten. Reden voor vertrek en vertrekwensen zijn ontevredenheid met arbeidsomstandigheden en -voorwaarden, de hoeveelheid taakeisen en de ervaren agressie tussen collega's en leidinggevenden (interne agressie) (AZW, 2020a). In de afgelopen jaren steeg het personeelsverloop, maar in 2019 daalde dit (fors) (Leensen & Poulssen, 2020). Mogelijk heeft dit te maken met cao-afspraken en de acties van aanbieders om personeel te behouden.

Ook externe agressie (agressie van cliënten) komt voor, en vaker dan binnen de sector Zorg en Welzijn als geheel. Het gaat hierbij om verbale agressie, fysieke agressie maar ook om ongewenste seksuele aandacht en discriminatie (AZW, 2020a). Daarbij vindt nagenoeg de helft van de medewerkers (49%) de werkdruk (veel) te hoog. Toename van administratieve druk, standaardisatie van werk en focus op productie en targets spelen hierbij een rol. Het verzuimpercentage is toegenomen in 2019, maar is wel lager dan het sectorgemiddelde (Leensen & Poulssen, 2020). Bij 24% van het verzuim is dit werkgerelateerd (AZW, 2020a).

11 https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83738NED/table?ts=1604669195955

5 Financiële situatie

Over de financiële situatie van de GGZ-sector zijn in het afgelopen jaar verschillende onderzoeken en berichten verschenen. KPMG concludeert in de Healthcheck GGZ van 2020 (Lemmens & Prins, 2020), net als in de Healthcheck van het jaar daarvoor, dat de GGZ in Nederland onder druk staat. Er is nog steeds problematiek met wachttijden, er zijn aanhoudende personeelstekorten en kosten van aanbieders stijgen, onder andere doordat personeelskosten harder stijgen dan de omzet en het aandeel personeel niet in loondienst (PNIL) blijft toenemen. De financiële marges van aanbieders lijken in 2019 iets te zijn verbeterd waarbij bij sommige aanbieders de positieve trend komt door verkoop van vastgoed.

Ernst & Young vermeldt in de barometer Nederlandse gezondheidszorg van 2020 (Leensen & Poulssen, 2020) dat grotere GGZ-aanbieders wat betreft de financiële rating slechter presteren dan kleinere aanbieders. Het rendement van de sector is in 2019 na een daling in 2018 gestegen tot ruim boven het gemiddelde van de sector. Dit kan veroorzaakt zijn door incidentele baten, zoals de verkoop van vastgoed. In noordelijke provincies is de omzettoename groter dan in zuidelijke provincies. Dit heeft een relatie met de grotere concurrentie in de provincies in het zuiden van het land. Ook Ernst & Young signaleren, ondanks de afname van verloop, een toename van het aantal medewerkers dat niet in loondienst is.

In 2019 zijn er afgaande op bovenstaande rapportages enkele positieve ontwikkelingen zichtbaar in de financiële situatie van GGZ-aanbieders. 2020 is echter, vanwege de coronacrisis, een uitzonderlijk jaar. Op de vermoede impact van de coronacrisis op GGZ-aanbieders wordt in de volgende paragraaf verder ingegaan.

6 Gevolgen van de coronacrisis

Het jaar 2020 is vanwege de coronacrisis een uitzonderlijke periode en er zijn verschillende rapportages verschenen over de impact van de coronacrisis op de GGZ en de stand van zaken in 2020[12]. De voornaamste conclusies van deze rapportages worden hier toegelicht.

6.1 Ervaringen van mensen met ernstige, langdurige psychische problematiek

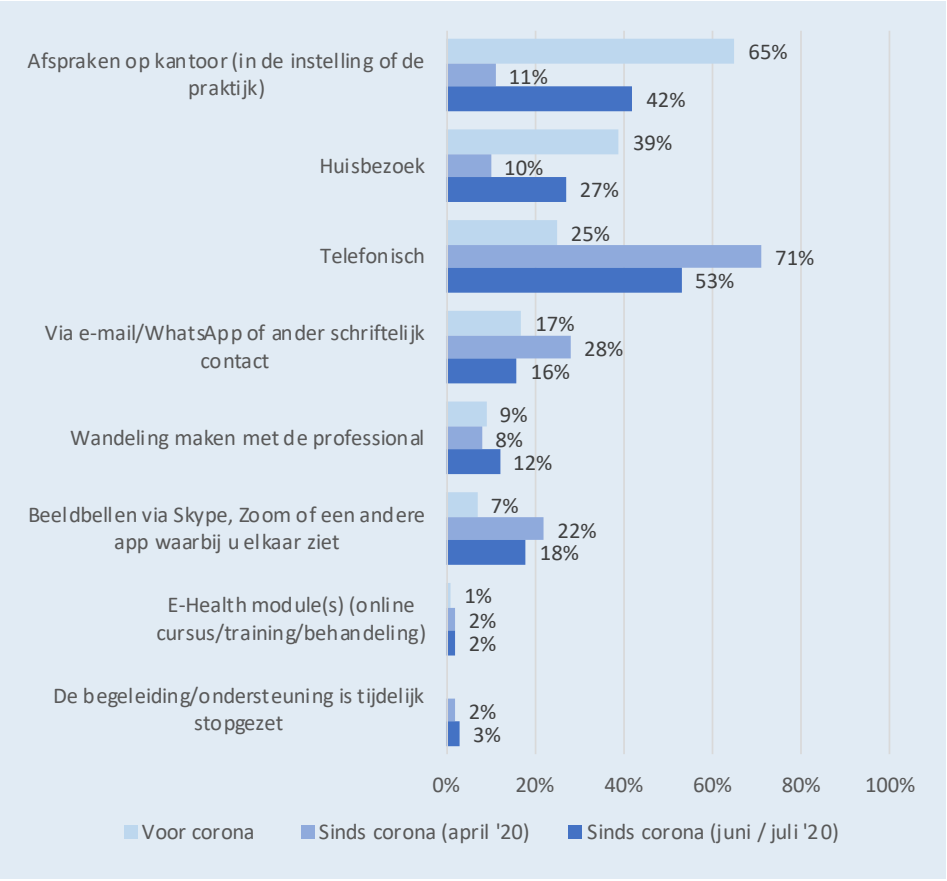
Er zijn meerdere peilingen gedaan onder het panel Psychisch Gezien over de impact van corona en de coronamaatregelen (De Lange et al., 2020). Uit de eerste (april 2020) en tweede peiling (juni/juli 2020) blijkt dat bijna vier op de tien panelleden een toename van psychische klachten ervaart. Daarbij valt op dat vooral de leden die zich voor de coronacrisis al minder goed voelden, meer psychische problematiek ervaren.

Dagstructuur is een belangrijk aandachtspunt. In april gaf driekwart van de panelleden aan dat hij of zij voorafgaand aan de coronacrisis voldoende structuur had in de dag. In april 2020 was dit duidelijk minder, namelijk 44%. In juni/juli was het enigszins hoger, 48%, maar alsnog veel lager dan voorafgaand aan de coronacrisis. In april was het vrijwilligerswerk bij een groot deel van de panelleden weggevallen. In juni/juli was dit voor 60% hervat maar bij een aanzienlijk deel dus nog steeds niet. Eén op de vijf panelleden ging voor de coronacrisis naar een dagactiviteiten- of inloopcentrum. In april kon ruim de helft van deze mensen niet naar deze centra. In juni/juli kon een deel van de mensen wel weer naar de centra, maar één op de vijf gaf aan daar nog steeds niet terecht te kunnen en ook geen alternatieve dagbesteding te hebben.

Het contact met GGZ-professionals is door de coronacrisis veranderd. Bij een vijfde van de panelleden is de hoeveelheid contact minder geworden, bij één op de tien nam het juist toe. Contacten werden korter (37% gaf aan dat dit in juni/juli nog steeds het geval was). De vorm van ondersteuning veranderde ook. Voor de coronacrisis hadden de meeste panelleden face to face contact met de hulpverlener (op kantoor of huisbezoek). In april was dit gedaald naar een kwart, in juni/juli liep het op naar tweederde. Waar voor de coronacrisis een kwart van de panelleden telefonisch contact met de hulpverlener had, was dit in juni/juli bij ruim de helft het geval (Zie figuur 2). Beeldbelcontact nam toe van 7% voor de crisis naar 18% in juni/juli.

12 Hierdoor zijn er dit keer al meer gegevens bekend over het lopende jaar dan in voorgaande rapportage-jaren.

Figuur 2 Wijze van contact vóór en sinds coronacrisis (april en juni/juli '20)



De tevredenheid met de vorm van contact was in juni/juli minder groot dan voor de coronacrisis: voor de crisis was 85% van de panelleden (heel) tevreden met de vorm van contact met de professional, in juni/juli was dit 64%. Belangrijk hierbij is of er overleg was tussen cliënt en professional over de vorm van contact. Bij overleg zijn cliënten meer tevreden over de hulpverlening.

MIND heeft tussen eind maart en half juni het MIND panel 3 keer bevraagd (MIND, 2020). Ook is er onderzoek uitgevoerd onder cliëntenraden en lidinstellingen. De leden van het MIND-panel rapporteerden net als de leden van het panel Psychisch Gezien een toename van psychische klachten, met een piek in de tweede peiling (eind april-begin mei). De zorg veranderde, met bij de eerste peiling (eind maart-begin april) zelfs het tenminste gedeeltelijk wegvallen van zorg bij 60 procent van de respondenten. Een maand later was dit bij nog bijna een kwart het geval. Ook hier bleek de mate van overleg tussen cliënt en professional een belangrijke factor voor de tevredenheid met de zorg.

Uit het onderzoek onder cliëntraden van MIND (2020) blijkt dat veel van deze raden tijdens de coronacrisis 'op een laag pitje' hebben gefunctioneerd. Onder andere vanwege beperkingen om fysiek bij elkaar te kunnen komen, moeilijkheden bij het in contact blijven met de achterban, persoonlijke omstandigheden en te weinig online faciliteiten. Sommige instellingen hebben in dit laatste expliciet geïnvesteerd, andere niet. Veel cliëntenraden werden, zeker in het begin van de crisis wel geïnformeerd maar niet betrokken bij besluitvorming.

6.2 Ervaringen professionals

De coronacrisis heeft impact op de mensen die werken in de (frontlinie) van de psychische hulp en ondersteuning. Vragenlijstonderzoek onder ruim 1.800 professionals werkzaam in de psychische en psychosociale hulpverlening (Van Bon-Martens et al., 2020) laat zien dat de werkdruk steeg. Na de eerste coronagolf daalde de werkdruk weer maar bleef hoger dan voor de coronacrisis. Deze toename van werkdruk kwam vooral door de extra inspanningen die geleverd moesten worden om in contact met cliënten te blijven, veranderingen in beschikbaarheid van collega's en het naleven van de COVID-19 protocollen. Meer dan de helft van de professionals vond dat cliënten op het moment van het onderzoek (juni-juli 2020) niet of maar deels de zorg kregen die ze nodig hadden. De helft van professionals gaf aan veel stress te ervaren door de coronacrisis en ze voelden zich minder gezond dan voor de coronacrisis. Respondenten hadden vaker een ongezondere leefstijl (minder sporten, ongezonder eten, meer alcoholgebruik en meer slaapproblemen). Er was duidelijk behoefte aan ondersteuning, vooral bij het vinden van een betere balans tussen werk en privé en bij het gebruiken van technologie voor communicatie. Gelet op de druk op het personeel al voor de coronacrisis verdient de impact van de crisis op de professionals nadrukkelijk de aandacht.

6.3 Conclusies IGJ

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, 2020) heeft van half maart tot half juni wekelijks contact gehad met de 32 grote GGZ-aanbieders om de impact van de coronacrisis op de GGZ te kunnen volgen. Ook na half juni is dit, zij het met minder frequent (bel) contact, gevolgd. Ook 29 middelgrote ambulante GGZ-aanbieders waren bij dit proces betrokken. De IGJ concludeert dat 'de zorgaanbieders tot op heden goed, flexibel en daadkrachtig met de coronacrisis zijn omgegaan. De besmettingen zijn beperkt gebleven en de continuïteit van zorg was voor de meeste cliënten geborgd. Medewerkers hebben hiervoor alles op alles gezet.' De eerste weken van de crisis waren ingewikkeld, vanwege de coronamaatregelen en tekorten aan beschermingsmiddelen. Door de sector zijn snel richtlijnen opgesteld, gericht op het continueren van contact. 'Medewerkers hebben zich ten volle ingezet', met nauwelijks gestegen en soms zelf gedaald ziekteverzuim. Over de continuering van zorg concludeert de IGJ dat dit, na de

opstartfase, gelukt is, behalve voor dagbesteding. Met de kanttekening dat sommige aanbieders verder zijn in het inzetten van online-behandelingen dan andere. Voor cliënten die niet positief waren over (beeld-) bellen is gezocht naar manieren om het face to face contact weer op te pakken. Ook werden er voordelen van beeldbellen ervaren zoals meer flexibiliteit om aan te sluiten op momenten die het meest geschikt zijn voor de cliënt. De IGJ zag geen toename van meldingen, suicidemeldingen en het aantal opnames voor acute zorg steeg niet.

Het betrekken van cliëntraden is niet altijd goed gelukt. Raden werden wel geïnformeerd, maar vooral in de beginfase minder betrokken bij de daadwerkelijke besluitvoering. Dit sluit aan bij het onderzoek van MIND. Cliënten hadden ook niet altijd toegang tot de patiëntvertrouwenspersoon.

Het belang van samenwerking wordt door de IGJ onderstreept. Met de GGD-en, met de huisartsen en tussen aanbieders onderling. Hier zijn veel goede voorbeelden van, waarbij het nodig is om deze voorbeelden nog meer te delen zodat er van elkaar geleerd kan worden. Ook zeker wat betreft de afspraken die met gemeenten gemaakt moeten worden over het continueren van dagbesteding. Ook doet de IGJ de aanbeveling richting het ministerie van VWS om expliciet aandacht te besteden aan de financiële situatie van aanbieders. Er zijn wel al regelingen getroffen met zorgverzekeraars maar deze blijken in de praktijk niet afdoende te zijn. Er moet gewaakt worden voor nog meer druk op het bestaande aanbod, aldus de IGJ.

6.4 Uitgestelde zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Trimbosinstituut brengen gedurende de coronacrisis samen in kaart welke gevolgen er voor de GGZ zijn (NZa & Trimbos-instituut, 2020). Het doel van dit onderzoek is door met actueel inzicht in de verwijzingen van huisartsen, verleende zorg en wachtlijsten een inschatting te maken van de knelpunten in de tijdige toegang tot de GGZ, ten gevolge van de coronacrisis. Met inachtneming dat er al voor de coronacrisis wachttijdenproblematiek was. De rapportages over de GGZ zijn gebaseerd op wekelijkse gegevens van Zorgdomein, wachttijdgegevens van Vektis en wekelijkse actuele registratiegegevens van GGZ-aanbieders (13 aanbieders die tezamen rond de 13% van de cliënten in de gespecialiseerde GGZ vertegenwoordigen. Dit onderdeel wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut).

De gegevens over verwijzingen door huisartsen laten zien dat sinds half maart de instroom van cliënten in de GGZ sterk afnam. Het aantal verwijzingen daalde met rond de helft. Inmiddels (rapportage oktober) zijn de verwijzingen weer op het peil van voor de coronacrisis. Maar niet hoger, wat er op duidt dat niet alle verwijzingen die vanwege de coronacrisis niet afgegeven zijn, worden ingehaald. De wachttijden lijken weinig veranderd te zijn sinds de coronacrisis. De registraties van geleverde zorg laten zien

dat het aantal geopende behandeltrajecten duidelijk gedaald is sinds de start van de coronacrisis en nog niet terug is op het niveau van eerdere jaren. Het aantal geopende trajecten voor vrouwen daalt harder dan dat voor mannen. Het aantal verblijfsdagen is met 40 procent gedaald, het aantal directe cliëntgebonden minuten ligt wel hoger dan vorig jaar. Dit laatste duidt erop dat er meer behandeltijd geschreven wordt, wat te maken kan hebben met een nieuwe manier van werken. De daling van het aantal verblijfsdagen vindt overigens niet bij alle diagnosegroepen plaats: bij de diagnosegroepen bipolaire stoornissen en psychotische stoornissen is het aantal verblijfsdagen niet minder geworden en is het aantal verblijfsdagen inmiddels zelfs hoger dan in 2019.

Op basis van de gegevens wordt de verwachting uitgesproken dat de weggevallen zorgvraag tenminste gedeeltelijk zal moeten worden ingehaald. Dit kan effect hebben op wachttijden. Op basis van de beschikbare gegevens kan nog niet gezegd worden hoeveel en welke zorg er ingehaald zal gaan worden.

7 Koersen op samenwerking in de regio en zorg voor mensen met EPA

Samenwerking in de regio, tussen aanbieders van zorg en het sociale domein (en de financiers hiervan) is essentieel voor het zo veel mogelijk realiseren van zorg in de eigen omgeving van mensen met EPA en het versterken van participatie. De samenwerking is nodig omdat er altijd meerdere partijen nodig zijn om de juiste zorg te leveren voor deze groep (Dijk et al., 2020). Deze essentiële regionale taakopvatting en samenwerking is nog lang niet overal waar het zou kunnen en moeten zijn, zo werd eerder in de LMA-rapportages (2018, 2019) geconcludeerd. In deze paragraaf worden de uitkomsten van onderzoeken en projecten die in 2020 verschenen zijn over (regionale) samenwerking en de zorg voor mensen met EPA beschreven.

7.1 Toezicht IGJ

De IGJ houdt toezicht op de samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronisch psychische aandoeningen. Op basis van dit toezicht en analyses binnen de zorgnetwerken binnen zes regio's heeft de IGJ in 2020 conclusies geformuleerd over de stand van zaken van de samenhang en continuïteit in zorg voor mensen met chronisch psychische aandoeningen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020b). De IGJ concludeert dat 'een gedeelde regionale visie en ambitie ontbreekt op het zorgaanbod voor de meest kwetsbare doelgroep in de ggz. Dit geldt zowel op landelijk als op regionaal en/of lokaal niveau. De partijen binnen de zorgnetwerken hebben nog te weinig afspraken gemaakt over het benodigde zorgaanbod. De samenwerking en de verdeling van verantwoordelijkheden binnen de zorgnetwerken komt nog onvoldoende op gang. De inspectie vindt dat meer inspanningen in de zorgnetwerken nodig zijn.' Volgens de IGJ ligt hier niet alleen een taak voor zorgaanbieders en hulpverleners maar moeten randvoorwaarden ook verbeterd worden, waarin zorgverzekeraars, gemeenten en het ministerie van VWS een duidelijke taak hebben. 'Alleen met een gemeenschappelijke inzet op meerdere fronten ontstaat een verbetering van de ggz voor een kwetsbare groep cliënten.'

Op basis van het toezicht in zes specifieke regio's heeft de IGJ tien thema's geformuleerd voor toekomstige verbeteringen:

1. 'Zorgvraag stijgt, maar aanbod wordt onvoldoende hierop afgestemd door gebrek aan informatie.'
   Professionals geven het signaal dat de zorgvraag van mensen met chronische psychische aandoeningen toeneemt, zowel wat betreft complexiteit als in aantal cliënten. Informatie over belangrijke parameters om zorg te plannen ontbreken, zoals epidemiologische gegevens over de vraag naar zorg en gegevens over de arbeidsmarkt.
2. 'Samenwerking rondom individuele cliënten neemt toe, maar regionale ambitie en visie op samenhangende zorg zijn nauwelijks aanwezig.' Zorgnetwerken met gemeenschappelijke plannen en doelen voor de doelgroep ontbreken nog meestal. Samenwerkingsafspraken hebben nog vaak te maken met de behandeling van individuele cliënten. En afspraken over samenwerking hebben vaak betrekking op één specifiek stadium van zorgbehoefte. Er zijn wel goede voorbeelden, maar deze hebben meestal een beperkte schaal.
3. 'Er is aandacht voor herstel en eigen regie binnen de ggz. Betrokkenheid naasten kan beter.'
   De wijze waarop aan herstel wordt gewerkt kan nog erg verschillen per professional en per aanbieder. De IGJ signaleert dat de betrokkenheid van naasten in het zorgproces toeneemt, maar dat het nog beter kan.
4. 'Zorg voor de doelgroep knelt, mede door hoge werkdruk bij huisartsenzorg en de (ambulante) ggz.'
   Niet alleen tijd en werkdruk spelen een rol, maar ook het soms niet voldoende toegerust voelen om adequaat met de doelgroep om te gaan. Dit laatste speelt bijvoorbeeld bij huisartsen. Krappe personeelsbezettingen hebben impact. Hulpverleners ervaren het gevoel tekort te schieten. Voor preventie en het betrekken van het netwerk is weinig tijd. Er zijn wachttijden voor FACT-teams waarbij soms de oplossing wordt gezocht in het verdelen van de beschikbaarheid over cliënten waardoor de zorg verdund wordt of vervroegd ingezet wordt op voortgang naar lichtere zorg.
5. 'Risico's door gebrekkige informatieoverdracht binnen het zorgnetwerk.'
   Er zijn risico's voor mensen die afhankelijk zijn van de ambulante GGZ doordat er onduidelijke afspraken zijn die gepaard kunnen gaan met onder- en overbehandeling. Er zijn ook risico's met medicatie-overdracht. Deze hebben deels te maken met digitale informatievoorziening tussen huisartsen en de GGZ.
6. 'Wachttijden door onvoldoende doorstroming en continuïteit: vaak geen juiste zorg op de juiste plek.'
   De continuïteit van zorg verschilt tussen regio's. Er zijn onvoldoende mogelijkheden voor op- en afschaling tussen de GGZ en de huisarts waardoor er blokkades zijn in de zorgketen. Er zijn wachttijden, het aanbod is complex met soms versnippering over veel zorgpaden. Een specifiek punt hierbij is het tekort aan respijtvoorzieningen om bijvoorbeeld de overgang tussen de thuissituatie en een opname te verbeteren of een opname te voorkomen.

7. ‘Hanteren van crisis bij cliënten in het netwerk kan beter.’
   Het signaleringsplan of de crisiskaart van cliënten wordt niet altijd gebruikt in de behandeling. Ook blijkt het realiseren van een opname in de praktijk soms lastig, ook door verschillen in ‘taal’ tussen de huisarts en de crisisdienst.
8. ‘Gebrekkige samenwerking met sociaal domein.’
   Er is nog vaak een gebrek aan overzicht van de mogelijkheden tot begeleiding en ondersteuning buiten de GGZ. Doorstroom naar gemeentelijke voorzieningen is vaak niet optimaal wat ertoe kan leiden dat mensen langer dan nodig in een GGZ-instellingen verblijven. De inspectie heeft goede voorbeelden van samenwerking gezien, waarbij door de partijen graag gewerkt wordt met een instelling-overstijgend structureel overleg met vaste personen die goed bereikbaar zijn.
9. ‘Afhankelijkheid van financiering en zorgverzekeraars.’
   GGZ-aanbieders en huisartsen geven aan dat samenwerking rondom de ambulante GGZ onder andere afhankelijk is van beschikbare financiering vanuit zorgverzekeraars. Er wordt dan bijvoorbeeld wel geld beschikbaar gesteld voor proeftuinen en pilotprojecten maar niet voor structurele innovatie.
10. ‘Belemmeringen van het zorgstelsel.’
    Het stelsel met marktwerking wordt niet als bevorderend ervaren voor het verstevigen van het aanbod voor mensen met complexe problematiek. De behandeling van mensen met minder complexe problematiek levert relatief meer op, in financieel opzicht. ‘De inspectie ziet dat er binnen het huidige stelsel toch innovatief wordt samengewerkt binnen het zorgnetwerk van huisartsen, ggz en het sociaal domein. Partijen ervaren dat deze samenwerking soms ondanks de belemmeringen in het systeem gaat, en niet dankzij het systeem.’

De IGJ concretiseert in haar advies de aandachtspunten voor de verschillende partijen met daarbij nadruk op het krijgen van inzicht in de doelgroep op regionaal niveau, het betrekken van naasten, het concretiseren van herstel, het structureel ondersteunen van innovatie en samenwerking en het dragen van verantwoordelijkheid voor doelen met gezamenlijk eigenaarschap in regionale zorgnetwerken. Het creëren van extra regelruimte is hierbij een belangrijk onderdeel.

7.2 Nieuwe contouren en regiobeelden

De regio wordt steeds belangrijker. Vanuit de Rijksoverheid wordt er toegewerkt naar een *regionale* organisatie van zorg, om de zorg en de toekomstige zorgvraag te kunnen blijven organiseren (Ministerie van VWS, 2019). Het doel is om elke regio zijn eigen mogelijkheden te geven 'om de zorg te organiseren rond de mensen in een regio, waarbij sommige voorzieningen op bovenregionaal georganiseerd moeten worden'. Om dit adequaat te kunnen doen moet elke regio zicht hebben op wat nodig is. Ook moet de 'aanpreekbaarheid van partijen' vergroot worden. Het ministerie van VWS werkt, met de inbreng van onder andere brancheorganisaties en cliëntvertegenwoordigers de nieuwe ordening van de (geestelijke gezondheids) zorg uit in de Contourennota. Deze nota wordt begin 2021 verwacht.

Om meer zicht te krijgen op wat er in de regio's gebeurt, heeft VWS een eerste overzicht van regiobeelden laten opmaken. Deze regiobeelden gaan over de totale zorg en niet alleen over de GGZ. Uit de ontwikkeling van de regiobeelden tot nu toe blijkt (Blokzijl, Schouten, en Van Zijp, 2020) dat er in praktijk nog verschil is van interpretatie van wat een regiobeeld is. De definitie van het hoofdlijnenakkoord is ruim ('een feitelijk beeld van de sociale en gezondheidssituatie én opgave in een regio, gemeente of wijk') en binnen de regio's wordt dit verschillend opgepakt. Nagenoeg alle personen en partijen die betrokken zijn bij het vormgeven van de regiobeelden ervaren hierbij belemmeringen (97%). Wat als belangrijk en helpend wordt gezien, is het samen formuleren van de opgave en het proces. Onderling vertrouwen is hierbij essentieel.

Ondanks de belemmeringen bij het maken van een regiobeeld zijn er voor nagenoeg alle zorgkantoorregio's[13] regiobeelden opgesteld. Meestal zijn gemeenten daar ook bij betrokken maar niet altijd. Bij de meeste regiobeelden zijn de ziekenhuizen, de zorgverzekeraars, de huisartsen en verpleging, verzorging en thuiszorg betrokken. Opvalt dat de GGZ, het sociaal domein en de eerste lijn niet vanzelfsprekend betrokken zijn bij de regiobeelden. Nog opvallender is dat vertegenwoordiging van cliënten/burgers niet overal plaatsvindt.

Het algemene beeld is dat er regionaal hard wordt gewerkt aan regiobeelden waarbij er de nodige belemmeringen zijn, variërend van definitiekwesties tot de implicaties van de schotten tussen financieringskaders. Daarbij is de GGZ nog geen vanzelfsprekend onderwerp in de regiobeelden.

13 Er zijn ook andere regio-indelingen mogelijk dan de zorgkantoor-indeling.

7.3 Decentralisaties sociaal domein

Het Sociaal en Cultureel Planbureau laat met de evaluatie van vijf jaar decentralisatie in het sociaal domein (Kromhout, Echtelt, & Feijten, 2020) zien wat de transities tot nu wel en niet hebben gebracht. Wat betreft samenwerking en integrale aanpak (binnen gemeenten) hebben de decentralisaties de verwachtingen tot nu toe nog niet ingelost. Het grootste deel van de gemeenten onderschrijft volgens het SCP het belang van een integrale aanpak, maar implementeert dit nog onvoldoende in de praktijk. Knelpunten voor een integrale aanpak binnen gemeentelijke departementen zijn de financiële schotten (in begrotingen), de overgang van 18- naar 18+ en gegevensuitwisseling. Daarbij is de groep met multiproblematiek (hier in de zin van mensen die gebruik maken van de verschillende wettelijke kaders *binnen* het sociaal domein) niet groot: 7 procent van de cliënten maakt gebruik van meer dan één van de drie wettelijke kaders van het sociaal domein (Participatiewet, Wmo 2015 en Jeugdwet). De vraag wordt opgeworpen of, gelet op deze relatief kleine groep, het überhaupt wel lonend is om de gemeentelijke organisatie te richten op de groep met multiproblematiek. Met meteen ook de opmerking dat een integrale aanpak bij deze doelgroep belangrijk is en dat het gaat om een groep die naar verhouding 'veel tijd en geld kost'.

Met dat een integrale aanpak binnen gemeenten nog steeds moeizaam gaat, lijkt de samenwerking *tussen* gemeenten en andere partijen zoals zorgverzekeraars en zorgaanbieders groter te zijn geworden. Maar ook hier worden nog steeds knelpunten gesignaleerd, die ook verder gaan dan verwachte opstartproblemen. De decentralisaties hebben ook geleid tot nieuwe knelpunten. Organisaties hebben eigen wetten, regels en doelstellingen die samenwerking in de weg kunnen staan. Daarnaast is het vaak nog onduidelijk wie waar verantwoordelijk voor is vanwege 'grijze gebieden en vage lijnen tussen de Zvw, Wlz, Wmo 2015 en de Jeugdwet'. Het kan dan, ook nu nog, onduidelijk zijn wie de regie voert als een cliënt met hulpverlening vanuit verschillende wetten te maken heeft. Dit sluit aan bij de belemmeringen die de IGJ signaleert.

7.4 Voorbeelden van regionale samenwerking

Ondanks de hiervoor geschetste belemmeringen om te komen tot regionale samenwerking voor de zorg voor mensen met (ernstige) psychische problematiek worden er in de praktijk stappen gezet en zijn er goede voorbeelden.

In de stad Utrecht is bijvoorbeeld de aanpak van *gebiedsteams GGZ* ontwikkeld waarbij Altrecht en Lister tezamen behandeling, begeleiding en ondersteuning bieden aan mensen met ernstige psychische problematiek. Er is nauwe samenwerking met andere lokale partijen zoals met huisartsen. In totaal zijn er nu 11 gebiedsteams in de stad Utrecht en omliggende gebieden.

Een ander voorbeeld is het in de regio Drenthe ontwikkelde 'Optimaal leven'. Dit is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders, huisartsen, gemeenten en zorgverzekeraars. Het doel is om vanuit de samenwerking met één team (de *Optimaal Leven teams*) meer maatwerk te kunnen bieden en zo de kwaliteit van leven van cliënten te versterken.

In Zuid-Limburg wordt volgens de principes van De Nieuwe GGZ gewerkt, met focus op het wijkgericht organiseren van zorg, samen met maatschappelijke voorzieningen in de wijk. Het is een samenwerkingsverband van aanbieders van GGZ, maatschappelijke opvang, beschermd wonen, huisartsen, ziekenhuis en eerstelijnszorg. De insteek is gericht op positieve gezondheid, met de inzet van ervaringsdeskundigheid en e-health als belangrijke onderdelen van de zorg.

Vanuit de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) zijn verschillende (wijkgerichte) samenwerkingsverbanden opgezet. Zoals het *GGZ-netwerk in de wijk* in Nijmegen, een netwerk dat bestaat uit de GGZ, politie en woningcorporaties maar waarbij ook personeel van winkels en bibliotheken aangesloten zijn. Met het doel om mensen dichter bij huis te kunnen ondersteunen. Een ander voorbeeld van een aan JZOJP gelieerd project is het project van de gemeente Deventer en het GGZ-crisisteam van Dimence om met een goede samenwerkingsconstructie tussen Wmo- en GGZ-teams veel sneller de juiste hulp in te kunnen zetten.

De genoemde goede voorbeelden zijn zeker niet de enige goede voorbeelden die er op dit moment in Nederland zijn. Wel laten deze voorbeelden zien wat mogelijkheden zijn tot samenwerking en dat dit, zoals in Utrecht, onderdeel kan worden van de reguliere manier van werken en daarmee de status van een pilot overstijgt.

7.5 Toekomstig onderzoek en monitoring

De focus op regionale samenwerking wordt steeds groter. De resultaten van recente onderzoeken over de (regionale) samenwerking in de zorg voor mensen met ernstige langdurige psychische problematiek laten zien dat, ondanks goede voorbeelden en positieve ontwikkelingen, deze samenwerking nog steeds te wensen overlaat. Er zijn recent studies gestart om de regionale samenwerking te volgen en vooral ook vooruit te helpen. Zo gaat er actieonderzoek uitgevoerd worden naar zowel de inhoud van zorg als de samenhang en samenwerking in zorg voor mensen met complexe GGZ-problematiek in regio's (Phrenos). Het onderzoek loopt tot en met de eerste helft van 2023. Er vinden ook ontwikkelingen plaats op het gebied van netwerkpsychiatrie (Mulder et al., 2020) waarbij het verbinden van de voorzieningen waar een cliënt gebruik van maakt een kernelement is. Er wordt ook onderzoek gedaan naar de transities van opvang en beschermd wonen naar zelfstandig wonen met het Monitoronderzoek Transitie (Montra, door de Impuls Werkplaats/ Radboud UMC). Centraal staat wat de transitie bijdraagt aan het herstel van cliënten. Dit onderzoek loopt tot en met 2022. Ook wordt onderzoek gedaan naar de doorontwikkeling van beschermd wonen en maatschappelijke opvang met als doel het in kaart brengen van de regionale implementatie van het advies van de commissie Dannenberg. De resultaten van dit onderzoek worden nog in 2020 verwacht (HHM). Tenslotte is in 2020 gewerkt aan het samenstellen van een indicatorenset gericht op het in kaart brengen van psychische problematiek (KPMG). Met als doel deze indicatoren de komende jaren te gebruiken bij het blijven volgen van de effecten van ambulantisering en de ontwikkeling in de ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek. De indicatoren zullen gericht zijn op ontwikkelingen in de regio.

Samenvatting

In dit deelonderzoek van de LMA 2020 is op een rij gezet wat secundaire bronnen zeggen over de ontwikkelingen in GGZ-uitgaven en zorggebruik en de betekenis hiervan voor de ambulantisering van de GGZ en de hervorming van de langdurige GGZ. Ook is aandacht besteed aan de signalen van het afgelopen jaar over de stand van zaken van de GGZ als sector en de zorg voor mensen met EPA in het bijzonder. Gelet op de bijzondere situatie van de coronacrisis in 2020 zijn onderzoeken over de impact van deze crisis op de GGZ ook onderwerp van dit deelonderzoek.

Wat laten de ontwikkelingen van de GGZ-uitgaven in totaal zien?

De uitgaven aan de GGZ (inclusief uitgaven aan Jeugd-GGZ en Wmo) stegen tussen 2015 en 2019. De GGZ-quote (GGZ-uitgaven gerelateerd aan het BBP) steeg daarbij niet en lag tussen 2015 en 2019 tussen de 0,91 en 0,87%. Als ingezoomd wordt op de Zvw en Wlz uitgaven, dan laten de cijfers zien dat het aandeel van de uitgaven aan *ambulante* GGZ stijgen; in 2015 was de verhouding tussen de ambulante en de intramurale uitgaven 50-50, in 2019 werd 54 procent uitgegeven aan de ambulante GGZ. Opvalt dat, ook al wordt het relatieve aandeel van de klinische uitgaven in het totaal kleiner, de absolute uitgaven aan klinische zorg tussen 2015 en 2019 stegen. De ontwikkelingen van de uitgaven wijzen erop dat de ambulante opbouw niet zozeer mogelijk werd gemaakt door afname van klinische uitgaven en dat een deel van de ambulante opbouw dan wel uitbreiding juist in de lichtere echelons plaatsvond.

Wat laten de ontwikkelingen van het zorggebruik en de capaciteit zien?

Het aantal cliënten met ambulante GGZ neemt toe, waarbij het aantal cliënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ (ruim 537.000) inmiddels groter is dan het aantal cliënten met ambulante specialistische GGZ (bijna 530.000). Het aantal mensen met klinische zorg neemt af (in totaal waren er ruim 53.000 mensen met klinische zorg in 2018, waarbij dubbeltellingen mogelijk zijn voor de mensen die in meerdere echelons klinische zorg kregen).

Tussen 2012 en 2018 nam het aantal verblijfsdagen (Zvw, eerste opnamejaar) af, in totaal en voor bijna alle diagnosegroepen. In dezelfde periode nam het aantal ambulante DBC's met meer dan 3.000 behandelminuten (intensieve ambulante DBC's) toe, in totaal en voor bijna alle diagnosegroepen. Opvalt dat (juist) voor de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen het aantal intensieve ambulante DBC's tussen 2012 en 2018 niet toe- maar afnam. Dit beeld komt ook terug in de uitgaven per diagnosegroep; de uitgaven bij de diagnosegroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen zijn tussen 2012 en 2018 duidelijk minder hard gestegen dan bij de andere diagnosegroepen.

Ook valt op dat in totaal de uitgaven aan klinische zorg (SGGZ eerste opnamejaar) stegen in de periode 2012-2018 terwijl we eerder zagen dat het aantal verblijfsdagen was gedaald. Dit duidt erop dat de overgebleven verblijfsdagen duurder zijn geworden.

Welke regionale ontwikkelingen laten de cijfers zien?

De verschillen tussen het aantal plaatsen per 100.000 verzekerden zijn kleiner geworden tussen de (zorgkantoor-)regio's. Er zijn desalniettemin wel nog steeds grote verschillen in (relatieve) uitgaven aan klinische GGZ (ten opzichte van de totale uitgaven). Ook zijn er nog steeds forse regionale verschillen in de ontwikkeling van het aantal intensieve ambulante DBC's.

Wat is de impact van de coronacrisis op de ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ?

De maatregelen volgend uit de coronacrisis hebben impact op mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vooral de mensen binnen deze groep waarmee het voor de crisis al slechter ging, ervaren meer problemen. Mensen ervaren minder dagstructuur en de hulp en ondersteuning die ze normaliter kregen, veranderden. Zeker tijdens de eerste coronagolf. Contacten met hulpverleners werden korter, face to face contacten namen af en telefonische en beeld-bel contacten namen toe. Belangrijke factor voor de mate van tevredenheid met de zorg, was de mate van shared-decision making: cliënten met wie veranderingen in zorg in overleg werden gedaan, waren meer tevreden met de zorg dan de cliënten bij wie dit overleg er niet was.

De coronacrisis laat het belang van de regionale samenwerking wederom zien. Bijvoorbeeld voor de continuering van dagbesteding en afstemming hierover met gemeenten. Er zijn goede voorbeelden van regionale samenwerking tijdens de coronacrisis, die volgens de IGJ meer gedeeld moeten worden.

Uit analyses blijkt dat een deel van de zorg binnen de GGZ is weggevallen en dat de weggevallen zorgvraag tenminste gedeeltelijk zal moeten worden ingehaald. Dit kan effect hebben op wachttijden. Op basis van de beschikbare gegevens kan nog niet gezegd worden hoeveel en welke zorg er ingehaald zal gaan worden. Opvalt dat het aantal verblijfsdagen afnam. Wat de impact hiervan is op cliënten en hoe de alternatieve zorg precies georganiseerd werd (als dit is gebeurd), is onbekend.

Welke signalen zijn er over samenwerking in de regio, in het bijzonder voor de zorg voor mensen met EPA?

In de praktijk wordt op verschillende manieren geïnnoveerd om de regionale en lokale samenwerking te verbeteren, om zo de integrale aanpak te kunnen versterken. Ondanks de inspanningen en lokaal vaak mooie ontwikkelingen is het overall beeld dat de regionale samenwerking nog niet is waar deze zou moeten zijn. De IGJ concludeert dat 'een gedeelde regionale visie en ambitie ontbreekt op het zorgaanbod voor de meest kwetsbare doelgroep in de GGZ. Dit geldt zowel op landelijk als op regionaal en/of lokaal niveau. De partijen binnen de zorgnetwerken hebben nog te weinig afspraken gemaakt over het benodigde zorgaanbod. De samenwerking en de verdeling van verantwoordelijkheden binnen de zorgnetwerken komt nog onvoldoende op gang. De inspectie vindt dat meer inspanningen in de zorgnetwerken nodig zijn.' Volgens de IGJ ligt hier niet alleen een taak voor zorgaanbieders en hulpverleners maar moeten randvoorwaarden ook verbeterd worden, waarin zorgverzekeraars, gemeenten en het ministerie van VWS een duidelijke taak hebben. 'Alleen met een gemeenschappelijke inzet op meerdere fronten ontstaat een verbetering van de GGZ voor een kwetsbare groep cliënten.'

LMA 2020

Deelonderzoek 3

Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg

Lex Hulsbosch, Aniek de Lange, Aafje Knispel, Hans Kroon

1 Inleiding 117

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden 119

3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie? 131

4 Zorgsituatie: behoeften en wensen 139

5 Trends 143

6 Conclusies 147

7 Verantwoording 149

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.

Doelgroep en samenstelling panel

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, al kan het in principe om elke psychische aandoening gaan. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten beperkingen in het dagelijks leven, gedurende langere tijd. De meeste deelnemers krijgen hulp vanuit een GGZ-instelling, maar dit is geen voorwaarde voor deelname. Wel moeten mensen die zich aanmelden voor het panel minimaal 18 jaar oud zijn. Panelleden zijn deels via instellingen en deels via directe aanmelding geworven.

Doelen

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.

Dataverzameling

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.

Respons

In 2020 zijn 1.401 panelleden uitgenodigd om deel te nemen aan de voorjaarspeiling van het panel Psychisch Gezien. In totaal hebben 841 panelleden de vragenlijst ingevuld en geretourneerd (respons van 60%, zie verder Hoofdstuk 6, Verantwoording).

Corona

De impact van de coronacrisis op panelleden is op meerdere momenten onderzocht. Panelleden ontvingen in de tweede helft van april 2020 een digitale vragenlijst over de coronacrisis. Ook in de voorjaarspeiling beantwoordden panelleden hierover vragen. Eerder brachten we hierover aparte rapportages uit[1]. De uitkomsten van de huidige voorjaarspeiling kunnen gekleurd zijn door de coronacrisis. Daar waar het een opvallende rol speelt, staat dit genoteerd.

Leeswijzer

In de hierna volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de resultaten van de voorjaarspeiling van 2020. Dit is, na de nulmeting in 2015, de vijfde 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 om te zien of er trends zijn waar te nemen. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies en tot slot wordt in hoofdstuk 7 de gebruikte methodiek toegelicht en worden responscijfers gepresenteerd.

Het aantal panelleden dat een bepaald onderdeel of een bepaalde groep items van de vragenlijst heeft ingevuld varieerde. Daarom wijkt de totale N bij tabellen regelmatig af van het totale aantal van 841.

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.

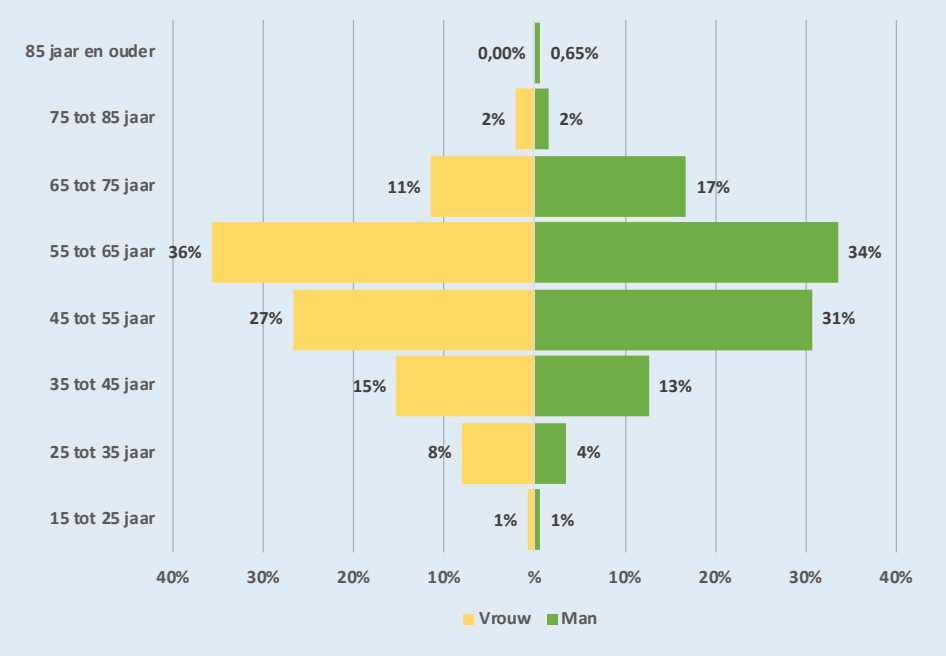
1 Zie www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel

2 De leef- en zorgsituatie van panelleden

2.1 Algemene gegevens

Bijna twee derde (63%) van de deelnemers is vrouw. De leden zijn gemiddeld 54 jaar oud (met een spreiding van 21 t/m 100 jaar). In figuur 2.1 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".

Figuur 2.1 Verdeling over leeftijdsklassen voor mannen en vrouwen



2.2 De feitelijke leefsituatie

2.2.1 Woonsituatie

Het merendeel van de panelleden (88%) woont zelfstandig of begeleid zelfstandig, zie tabel 2.1.

Tabel 2.1 Woonsituatie: hoe woont u? (N=827)

	n (%)
Zelfstandig	628 (76)
Begeleid zelfstandig (in eigen koop- of huurwoning)	101 (12)
Bij mijn ouders/familie	17 (2)
Bij mijn vrienden	1 (0,1)
In een instelling voor maatschappelijke opvang (zoals vrouwenopvang, daklozen-opvang, hostel)	1 (0,1)
In een woning/appartement van een zorginstelling in een woonwijk[1]	33 (4)
In een woning/appartement op het terrein van een zorginstelling[1]	7 (0,8)
Op een afdeling binnen een zorginstelling[1]	3 (0,4)
Anders, namelijk	36 (4)

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 (2%) 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=559), denkt 57% ook zonder professionele ondersteuning zelfstandig te kunnen blijven wonen, 23% twijfelt hieraan en 19% 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): 22% woont samen met een partner, 8% met partner en kind(eren) en 3% alleen met kind(eren). Er wonen 23 panelleden (3%) in een groepswoning voor mensen met psychische problemen. De rest van het panel woont met ouders, familie, vrienden/kennissen of anderen (bij elkaar genomen 5%).

Drie kwart (73%) ontmoet vrienden of goede kennissen minimaal elke maand en 13% zelfs dagelijks. Ontmoetingen met familie komen iets minder vaak voor; 58%

minstens één keer per maand en 5% dagelijks. De meeste leden ontmoeten (schoon) familie of vrienden/goede kennissen wekelijks (31% en 39%). Sommige leden geven aan geen vrienden/goede kennissen of (schoon)familie te hebben (6% en 8%) of hen zelden tot nooit te zien (8% en 15%).

Ruim zes op de tien (63%) komt dagelijks buitenshuis en drie op de tien (30%) wekelijks. Vorig jaar kwam zeven op de tien (71%) dagelijks en een kwart (26%) wekelijks buitenshuis. Een groep van 3% gaat minimaal elke maand ergens naar toe, 1% doet dat minder dan één keer per maand en 3% 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 een licht of matig verstandelijke beperking en 89% van de ouderen (van Hees e.a., 2018).

Aan de panelleden is ook gevraagd hoe vaak ze tijd besteden aan hobby's of vrijetijdsactiviteiten. Buitenshuis is dat vaak wekelijks (37%) en thuis dagelijks (46%) of wekelijks (27%). Er zijn ook panelleden die geen hobby's hebben, noch buiten de deur noch thuis (9% en 4%), of hier zelden of nooit tijd aan besteden (20% en 11%).

2.2.3 Werk en opleiding

Tabel 2.2 laat de activiteiten van panelleden zien op het gebied van werk, opleiding en mantelzorg. Een vijfde van de leden had voor de coronacrisis begon een betaalde baan. Hieronder vallen ook degenen die bij een sociale werkvoorziening aan het werk zijn (4% van alle panelleden, 20% van de leden met betaald werk). Gemiddeld hebben de werkende panelleden een werkweek van 24 uur. Over het algemeen zijn zij in loondienst (69% van de panelleden met betaald werk).

Tabel 2.2 Betaald werk, vrijwilligerswerk, opleiding en werk als mantelzorger ten tijde van de peiling[2]

	N	n (%)
Betaald werk (CBS definitie)[1]	810	166 (21)
Vrijwilligerswerk	834	338 (41)
Opleiding / werkgerelateerde cursus[2]	703	47 (7)
Mantelzorg[3]	835	166 (20)

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.*

2 Vanwege de coronacrisis is bij deze peiling aan panelleden gevraagd of zij 'voor de coronacrisis begon' betaald werk en/of vrijwilligerswerk hadden.

Vier op de tien leden hebben onbetaald werk. Panelleden doen gemiddeld 7 uur per week onbetaald werk, variërend van een uur per week tot bijna een volledige werkweek. Verder biedt één op de vijf panelleden ten tijde van de peiling mantelzorg (20%). Zij bieden hulp aan mensen met een lichamelijke, psychische of psychosociale beperking binnen hun eigen netwerk.

Van de panelleden volgt 7% een opleiding of werkgerelateerde cursus (berekend over de groep leden tot 65 jaar). Het gaat dan om een werkgerelateerde cursus, een deeltijd (vervolg)opleiding en/of een voltijd (vervolg)opleiding (resp. 4%, 3%, 1%).

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[3] dat in het derde kwartaal van 2020 twee derde (68%) van de beroepsgeschikte bevolking (ofwel: 15 tot 75 jarigen) een betaalde baan heeft (CBS, 2020). 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 e.a., 2018). 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 2020 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 de mensen met een ernstige lichamelijke beperking werkt als vrijwilliger (van Hees e.a., 2018).

Ook wat betreft het volgen van een opleiding of werkgerelateerde 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 e.a., 2018).

3 CBS Statline, najaar 2020.

2.2.4 Lichamelijke problemen

Uit tabel 2.3 is op te maken dat ruim de helft van het panel naast psychische problemen ook één of meer chronische aandoeningen heeft.

Tabel 2.3 Heeft u naast psychische problemen ook lichamelijke problemen? (N=835)

	n (%)
Nee	300 (36)
Ja, ik heb lichamelijke klachten, maar die zijn tijdelijk van aard (bijv. griep)	96 (12)
Ja, ik heb last van één of meer chronische aandoeningen (bijv. diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, COPD, artrose, reuma)	439 (53)

2.3 De feitelijke zorgsituatie

2.3.1 Psychische klachten en diagnostiek

Tabel 2.4 laat zien met welke klachten de panelleden te maken hebben. Het gaat hierbij om zelf-gerapporteerde klachten, die niet noodzakelijkerwijs overeenkomen met een vastgestelde diagnose. Bijna de helft van de panelleden geeft aan te kampen met depressieve klachten (45%). Een derde (33%) met psychosen en/of schizofrenie, en eenzelfde hoeveelheid met angst/fobie (32%). Zeven op de tien (72%) panelleden heeft last van meerdere psychische problemen.

Tabel 2.4 Wilt u aangeven van welke klachten of problemen[1] u last heeft volgens u zelf? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=827)

	n (%)
Depressie	370 (45)
Psychosen en/of schizofrenie	270 (33)
Angst/fobie	263 (32)
Posttraumatische stressstoornis	224 (27)
Persoonlijkheidsstoornis	187 (23)
Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis)	178 (22)
Eetproblemen	139 (17)
Autisme of verwante beperkingen	135 (16)
Andere psychische klachten	133 (16)
Dissociatieve stoornis	83 (10)
Aandachtstekortstoornis (ADHD, ADD)	80 (10)
Verslavingsproblemen (alcohol/drugs)	72 (9)
Obsessief-compulsieve stoornis	56 (7)
Verslavingsproblemen (niet middelengebonden)	18 (2)
Meerdere klachten	599 (72)

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

Panelleden gaven ook aan welke diagnose(s) het meest recent is/zijn gesteld door een behandelaar (zie tabel 2.5). Depressie en psychosen/schizofrenie zijn de meest voorkomende diagnoses (resp. 28% en 27%). Daarna volgen een bipolaire stoornis (19%), posttraumatische stressstoornis (18%) en persoonlijkheidsstoornis (18%).

Tabel 2.5 Wat is de meest recente, door een behandelaar gestelde diagnose? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=827)

	n (%)
Depressie	229 (28)
Psychosen en/of schizofrenie	222 (27)
Manisch depressieve klachten (bipolaire stoornis)	154 (19)
Posttraumatische stressstoornis	149 (18)
Persoonlijkheidsstoornis	150 (18)
Angst/fobie	138 (17)
Autisme of verwante beperkingen	107 (13)
Andere psychische klachten	78 (9)
Eetproblemen	62 (7)
Dissociatieve stoornis	50 (6)
Aandachtstekortstoornis (ADHD, ADD)	43 (5)
Verslavingsproblemen (alcohol/drugs)	40 (5)
Obsessief-compulsieve stoornis	32 (4)
Verslavingsproblemen (niet middelengebonden)	9 (1)
Geen diagnose bekend	44 (5)

Bij ruim de helft van de panelleden (57%) is de meest recente diagnose langer dan drie jaar geleden gesteld. Bij 16% is de meest recente diagnose in het afgelopen jaar gesteld en voor 15% is dit één tot drie jaar geleden (12% weet het niet meer).

Van degenen die uiterlijk drie jaar geleden (opnieuw) zijn gediagnosticeerd, kregen ruim vier op de tien panelleden (43%) dezelfde diagnose als die daarvoor (zie tabel 2.6). Ruim een derde (36%) geeft aan dat de meest recente diagnose verschilt met een eerdere gestelde diagnose. Een aangepaste diagnose leidde bij ruim een derde (35%) niet tot een aanpassing in de behandeling of medicatie (zie tabel 2.7). Bij een derde (32%) leidde het tot een andere of aanvullende behandeling en bij 33% is de medicatie aangepast. Bij 9% is een andere of aanvullende behandeling wel het plan, maar gebeurt dit nog niet.

Tabel 2.6 Verschilde deze meest recente diagnose(s) van de diagnose(s) die u daarvoor had? (N=259)

	n (%)
Nee, dit is de eerste diagnose die bij mij gesteld is	18 (7)
Nee, het was dezelfde diagnose als die ik al had	112 (43)
Ja, er werd nu een andere diagnose gesteld	94 (36)
Weet ik niet	35 (14)

Tabel 2.7 Heeft de gewijzigde diagnose gevolgen voor uw behandeling/medicatie? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=94)

	n (%)
Nee, de behandeling/medicatie is niet aangepast	33 (35)
Ja, de medicatie is aangepast	31 (33)
Ja, ik krijg een andere of aanvullende behandeling	30 (32)
Dit is wel het plan, maar ik krijg de andere/aanvullende behandeling nog niet	8 (9)

2.3.2 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 (98%) om medicatie op voorschrift van een psychiater of arts. Het grootste deel van de panelleden (73%) 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 2.8 genoemde GGZ-instanties. Hieronder wordt meer in detail ingegaan op de contacten met GGZ en verslavingszorg.

In tabel 2.8 is te zien dat panelleden met verschillende instanties te maken hebben. Ruim een op de vijf (22%) heeft contact met een (F)ACT-team. Eenzelfde aandeel (21%) heeft contact met een poli in de GGZ of verslavingszorg. Verder heeft 15% een woonbegeleider en krijgt 14% ondersteuning van een hulpverlener met een eigen praktijk. Een kwart van de leden heeft contact met het UWV. Eén op de tien bezocht vóór de coronacrisis een dagactiviteitencentrum (DAC), maar nu niet meer. Eenzelfde aandeel bezoekt nog steeds (of inmiddels weer) een DAC. Verder heeft 15% van de panelleden contact met medewerkers van de gemeente rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning. Eén op de twaalf leden heeft contact met een sociaal wijkteam (8%).

Tabel 2.8 Contact met zorg- en dienstverlenende instanties[4]

	Respons	Vóór corona-crisis wel contact, maar nu niet	Momenteel nog steeds contact
GGZ	**N**	**n (%)**	**n (%)**
ACT/FACT team: assertive community treatment	803	16 (2)	174 (22)
Poli van een instelling in de GGZ of verslavingszorg	804	38 (5)	167 (21)
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	795	8 (1)	118 (15)
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera)	787	28 (4)	109 (14)
Zorg/begeleiding vanuit een GGZ- of verslavingszorgkliniek (vanwege een opname)	809	21 (3)	79 (10)
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	795	28 (4)	78 (10)
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	794	15 (2)	38 (5)
Steunpunten GGZ: steunpunt, steun- en informatiepunt (STIP), cliënten-informatiepunt (CLIP) of cliëntenbelangenbureau	794	13 (2)	28 (4)
VIP team: vroege interventie psychose team	786	5 (1)	11 (1)
IHT team: intensive home treatment/intensieve thuisbehandeling	791	7 (1)	8 (1)
PIT team: psychiatrische intensieve thuiszorg	791	7 (1)	10 (1)
Dagbesteding/werk en financiën	**N**	**n (%)**	**n (%)**
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	800	22 (3)	197 (25)
Dagactiviteitencentrum (DAC)	813	93 (11)	82 (10)
Sociale werkvoorziening	797	6 (1)	48 (6)
Schuldhulpverleningsorganisatie	797	6 (1)	20 (3)
Re-integratiebureau	793	9 (1)	12 (2)
Overige instanties	**N**	**n (%)**	**n (%)**
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo Loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	797	32 (4)	123 (15)
Vrijwilligersorganisatie	794	41 (5)	94 (12)
Sociaal wijkteam / buurtteam	795	15 (2)	62 (8)
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	793	14 (2)	50 (6)
Wijkverpleegkundige	795	5 (1)	41 (5)
Gemeente: overig	794	10 (1)	40 (5)
Buurthuis	796	38 (5)	40 (5)
Gemeente: Dienst Werk en Inkomen (bijvoorbeeld jobcoach van de gemeente)	792	8 (1)	31 (4)
Welzijnsorganisatie	792	11 (1)	34 (4)
Coach met een eigen praktijk	788	9 (1)	29 (4)
MEE (ondersteuning bij leven met een beperking)	792	9 (1)	18 (2)

4 Vorige peilingen bevatten de volgende antwoordcategorieën: 1) Nee; 2) Ja, in de afgelopen 12 mnd, maar nu niet meer; 3) ja, nog steeds.

2.3.3 Huisartsenzorg

De meerderheid van het panel Psychisch Gezien heeft in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts[5]. Vorig jaar was dit aandeel hoger (85% vorig jaar versus 72% dit jaar). Waarschijnlijk hangt dit samen met de coronacrisis. Panelleden komen niet alleen met lichamelijke klachten bij de huisarts. Ruim een derde van de leden (35%) heeft contact met de huisarts gehad vanwege zijn of haar psychische problemen. Dat was in het afgelopen jaar gemiddeld 4 keer.

2.3.4 Persoonsgebonden budget

Van het panel heeft 12% ten tijde van de peiling een persoonsgebonden budget (PGB). Net als in 2019 heeft ruim drie kwart van de panelleden (78%) geen behoefte aan een PGB. Van de 180 panelleden die wel behoefte aan een PGB hadden, heeft 69% ook een PGB aangevraagd. Bij 81% van de mensen die een aanvraag hebben ingediend is deze (gedeeltelijk) gehonoreerd.

2.3.5 Crisiszorg en opnames

12% van de panelleden 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 vier op de tien (38%) aan hiermee te maken te hebben gehad. Van degenen die crisiszorg hebben gehad, vindt zeven op de tien dat de crisiszorg snel genoeg startte. Ruim drie kwart (77%) is van mening dat de crisiszorg goed is afgehandeld. Van de panelleden die niet met crisiszorg te maken kregen gaf 6% aan dat ze deze zorg wel nodig vonden.

Een groep van 45 panelleden (6%) is in de afgelopen 12 maanden op vrijwillige basis opgenomen. Vijf panelleden (1%) zijn gedwongen opgenomen. 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 64. De voorwaardelijke RM of zorgmachtiging is in het afgelopen jaar voor 15 panelleden (2%) ingezet om een gedwongen opname te voorkomen. 14 panelleden (2%) kregen een zorgmachtiging waarbij verplichte *ambulante* zorg werd ingezet.

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 2.9 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 ongeveer een vijfde van de panelleden die informele zorg krijgen.

5 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 2.9 Personen uit eigen netwerk die zorg of ondersteuning bieden[1]

	Ondersteuning: Algemeen (N=518)	Ondersteuning: Luisterend oor (N=591)
	n (%)	n (%)
Vriend(en)	189 (37)	285 (48)
Partner	210 (41)	211 (36)
(Schoon)ouders	130 (25)	154 (26)
Andere familie	156 (30)	196 (33)
Lotgenoten	93 (18)	110 (19)
Kind(eren)	98 (19)	104 (18)
Anders	63 (12)	56 (10)
Kennis(sen)	67 (13)	86 (15)
Buren of buurtgenoten	62 (12)	80 (14)
Leidinggevende	38 (7)	45 (8)
Collega's	32 (6)	49 (8)
Ex-partner	16 (3)	22 (4)

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

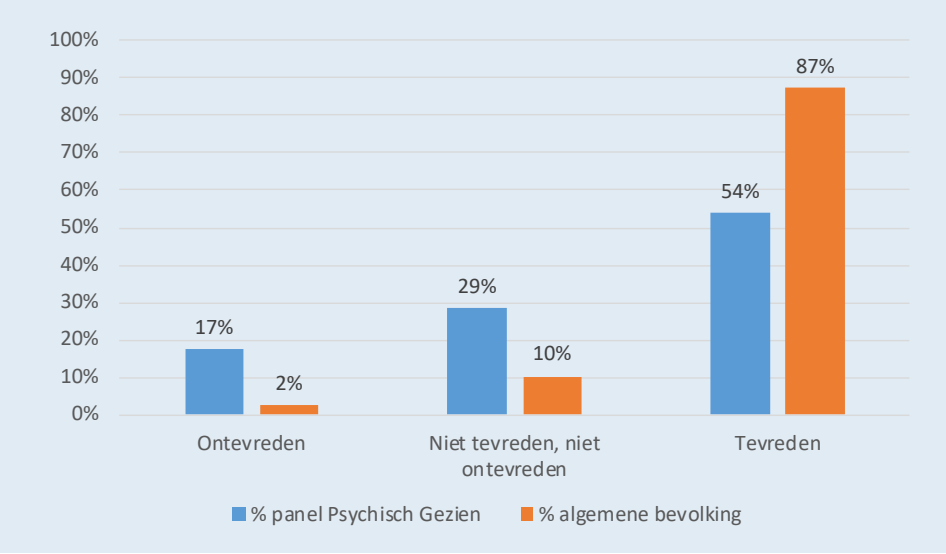
3 Hoe ervaren panelleden hun leef- en zorgsituatie?

3.1 De ervaren leefsituatie

Tevredenheid: leven als geheel en per leefgebied

De panelleden beoordelen het leven dat ze nu (zomer 2020) leiden gemiddeld met een 6,3 (SD=1,9; 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 7,7 (CBS, 2019a). Bevolkingscijfers uit 2019 (CBS, 2019a) bevestigen dit beeld (zie figuur 3.1): in het panel is de groep ontevreden mensen – procentueel gezien - acht 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 ruim de helft.

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



1. *Panel Psychisch Gezien peiljaar 2020. Algemene bevolking peiljaar 2019 (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 en psychische gezondheid.

Tabel 3.1 Gemiddelde scores met betrekking tot de tevredenheid over verschillende leefgebieden[1]

	n	M	SD
Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?	829	5,6	1,5
Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt?[2]	700	5,3	1,5
Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	831	5,0	1,6
Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?	825	4,8	1,6
Hoe tevreden bent u met uw dagelijkse bezigheden?	828	4,7	1,6
Hoe tevreden bent u met uw sociale contacten?	830	4,6	1,7
Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	828	4,4	1,6
Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	832	4,4	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.*

Het gevoel erbij te horen

Een kwart van de panelleden heeft het gevoel mee te tellen in de maatschappij, een derde van de leden (32%) heeft dit gevoel een beetje. Bij een kwart (25%) ontbreekt het gevoel mee te tellen in de maatschappij.

Psychische gezondheid

De MHI-5 is gebruikt om de actuele mentale gezondheid van de panelleden te meten. Twee derde van de panelleden (62%) bleek zich de afgelopen vier weken geestelijk ongezond te voelen (zie tabel 3.2). Onder de algemene bevolking was 12% in 2019 psychisch ongezond (CBS, 2019b). 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=21,3).

Tabel 3.2 MHI-5 resultaten: mentale gezondheid in de afgelopen vier weken (N=904)

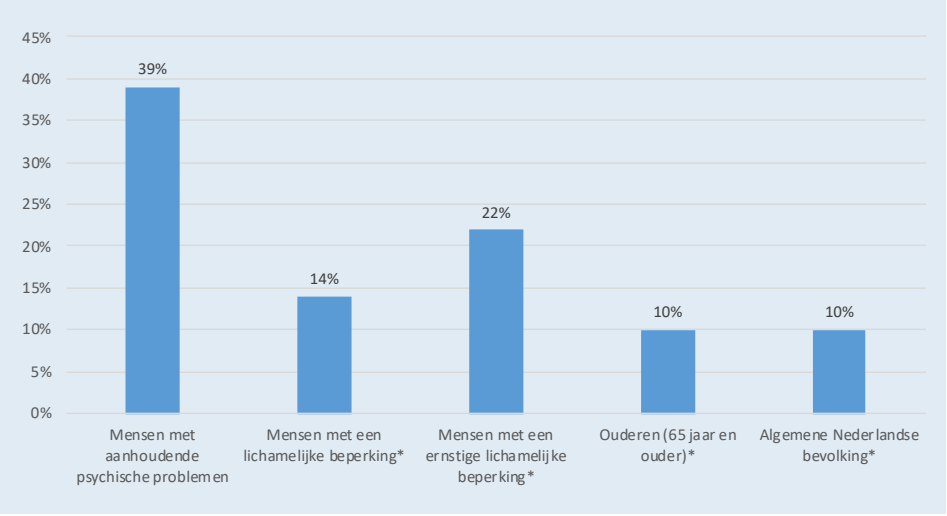
	n (%)
Psychisch gezond[1]	308 (38)
Psychisch licht ongezond	235 (29)
Psychisch matig ongezond	123 (15)
Psychisch ernstig ongezond	153 (19)

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; 81% 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, 21% erg eenzaam en 18% is heel erg eenzaam. Figuur 3.2 laat zien dat de groep panelleden die zich in 2020 (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 e.a., 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 e.a., 2018). Eveneens gemeten met de schaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985).*

Discriminatie

Bijna een kwart (23%) van de panelleden heeft zich – in de afgelopen 12 maanden – wel eens gediscrimineerd gevoeld vanwege zijn of haar psychische problemen. Voor 65% van deze groep panelleden gebeurde dit soms tot regelmatig, bij 23% vaak tot zeer vaak en 12% gaf aan één keer gediscrimineerd te zijn.

3.2 De ervaren zorgsituatie

Professionele zorg en ondersteuning

Bijna een kwart (24%) van de panelleden krijgt geen professionele zorg of ondersteuning; 18% van de panelleden heeft dit naar eigen zeggen ook niet nodig, maar 6% geeft aan wel zorg nodig te hebben. De overige panelleden krijgen professionele zorg. Bijna twee derde (63%) krijgt professionele zorg en ondersteuning en vindt dit voldoende. Voor 157 panelleden (19%) is naar eigen zeggen onvoldoende zorg beschikbaar, hetzij omdat ze geen zorg en ondersteuning krijgen maar dit wel nodig hebben (47 mensen, 6% van alle panelleden), hetzij omdat de reeds aanwezige ondersteuning niet toereikend is (110 mensen, 13% van alle panelleden). Deze laatste groep panelleden noemt verschillende redenen voor deze ontbrekende of ontoereikende zorg (zie tabel 3.3).

Het grootste struikelblok voor het krijgen van (voldoende) professionele zorg is het ontbreken van geschikt aanbod (32% van de mensen die geen of onvoldoende zorg krijgen). Drie op de tien (29%) benoemt wachtlijsten als belemmering. Ruim een kwart van de panelleden (27%) die aangeven onvoldoende zorg/ondersteuning te krijgen wijt dit aan onbegrip bij anderen ten aanzien van de hulpvraag. Verschillende persoonlijke redenen - niet weten hoe ondersteuning te regelen; opzien tegen het regelwerk en rompslomp; niet om ondersteuning durven vragen - zijn steeds voor 14 tot 19% van de panelleden een reden voor het tekort aan zorg en ondersteuning. Wat financiële barrières betreft: 14% geeft aan dat de benodigde ondersteuning niet wordt vergoed en 9% 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=157). Meerdere antwoorden mogelijk

	n (%)
De ondersteuning die ik nodig heb, is niet beschikbaar / wordt niet aangeboden	50 (32)
Andere reden dan hier genoemd	49 (31)
Er zijn wachtlijsten voor de zorg en ondersteuning die ik nodig heb	45 (29)
Anderen begrijpen mijn hulpvraag niet	43 (27)
Ik zie op tegen het regelen van deze ondersteuning (bijvoorbeeld door het regelwerk, rompslomp)	30 (19)
Ik durf niet om deze ondersteuning te vragen	28 (18)
Ik weet niet hoe ik deze ondersteuning moet regelen	22 (14)
De ondersteuning die ik nodig heb, wordt niet vergoed	22 (14)
Ik moet een eigen bijdrage betalen en ik heb het geld hier niet voor	14 (9)
Ik kom niet in aanmerking voor deze ondersteuning / speciale voorzieningen	20 (13)

Over de ontvangen professionele zorg is 73% van het panel (heel) tevreden en 9% (heel) ontevreden. De overige panelleden (18%) 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 en met 10).

Bijna acht op de tien panelleden (78%) 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 drie kwart (76%) het (sterk) eens. Ongeveer twee derde van de panelleden vindt verder dat de hulpverlener er is als deze nodig is (66%) en dat de hulpverlening goed aansluit bij zijn/haar leven (69%).

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 7,5. Van de instanties en voorzieningen voor dagbesteding, werk en financiën, scoort het dagactiviteitencentrum het best, met een gemiddelde van 7,0. Van de groep overige zorgverleners en instanties waarderen panelleden met name de alternatieve zorgverleners (8,1), de wijkverpleegkundige (7,7), de huisarts (7,5) en de welzijnsorganisatie (7,4).

Afstemming tussen verschillende professionals

Voor 76% van de panelleden is er sprake van hulp door verschillende zorgverleners. Van deze leden geeft 41% aan dat de verschillende instanties zaken goed met elkaar afstemmen. Volgens bijna een vijfde (18%) is de afstemming daarentegen slecht geregeld. Een kwart van de leden (26%) 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 17% die antwoordt dat er niet één duidelijke eindverantwoordelijke was.

Zorg en ondersteuning uit de eigen omgeving

Zeven op de tien panelleden (68%) is (heel) tevreden met de hulp die door mensen uit de eigen omgeving wordt geboden. Daar tegenover staat 10% die (heel) ontevreden is met deze hulp. De hulp uit eigen omgeving wordt door de panelleden gewaardeerd met een gemiddeld rapportcijfer van 6,8 (SD=1,8).

Tabel 3.4 Gemiddelde rapportcijfers voor diverse professionele zorginstanties[1]

GGZ	n[2]	M	SD
Psycholoog/psychiater/psychotherapeut met een eigen praktijk (ofwel een vrijgevestigde psycholoog et cetera)	91	7,5	1,9
RIBW (regionale instelling voor beschermd wonen) of andere organisatie die woonbegeleiding biedt	103	* 7,4	1,7
Andere cliënteninitiatieven voor herstel en zelfregie	28	7,3	1,4
Poli van een instelling in de GGZ of verslavingszorg	136	7,0	1,8
Praktijkondersteuner GGZ bij de huisarts (POH-GGZ)	65	6,9	2,0
ACT/FACT team: assertive community treatment	163	6,9	2,0
Zorg/begeleiding vanuit een GGZ- of verslavingszorgkliniek (vanwege een opname)	54	6,8	2,0

Dagbesteding/werk en financiën	n[2]	M	SD
Dagactiviteitencentrum (DAC)	86	7,0	1,7
Sociale werkvoorziening	35	6,8	1,8
UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen	152	6,7	2,3

Overige instanties	n[2]	M	SD
Homeopaat, haptonoom, acupuncturist of hulpverlener van een andere alternatieve geneeswijze	37	8,1	1,4
Wijkverpleegkundige	32	7,7	1,5
Huisarts	310	* 7,5	1,7
Welzijnsorganisatie	25	* 7,4	1,6
Vrijwilligersorganisatie	78	6,9	2,1
Buurthuis	46	6,9	1,8
Gemeente: medewerkers rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo consulent, medewerkers bij het Wmo Loket / Zorg Loket / Sociaal Loket)	122	6,7	2,0
Sociaal wijkteam / buurtteam	52	6,8	2,0

1 *Scores op een 10-puntsschaal, lopend van 1 (heel erg slecht) tot en met 10 (uitstekend). Rapportcijfers over zorg en dienstverlening zijn bij kleine subgroepen (lager dan 25) weggelaten.*

2 *Aantallen kunnen enigszins afwijken van de aantallen in tabel 2.9 vanwege ontbrekende gegevens.*

* *In bijna 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. Wat betreft (het omgaan met) psychische klachten zien we het hoogste percentage panelleden met een steunbehoefte (driekwart). Zes à zeven op de tien panelleden heeft behoefte aan ondersteuning bij (het aangaan van) sociale contacten, lichamelijke gezondheid en het krijgen van de juiste hulpverlening. Persoonlijke verzorging en alcoholgebruik zijn de gebieden waarop het minst vaak behoefte aan (professionele) ondersteuning wordt gemeld (rond 15% van de leden).
Panelleden lijken vooral behoefte aan *professionele* steun (naast eventuele *informele* steun) te hebben bij gebieden als psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid, en het krijgen van de juiste hulpverlening. Gebieden waarop relatief meer behoefte is aan informele steun (naast eventuele professionele steun) zijn sociale contacten, huishouden, dagelijkse bezigheden en seksualiteit en intimiteit.

Tabel 4.1 Ondersteuningsbehoeften per levensdomein

Behoefte aan zorg? > >		Alleen van professionals	Alleen uit eigen netwerk	Van zowel professionals als eigen netwerk	Geen van beide
Gebied[1]	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psychische gezondheid	815	300 (37)	55 (7)	276 (34)	184 (23)
Sociale contacten	818	72 (9)	215 (26)	303 (37)	228 (28)
Lichamelijke gezondheid	817	309 (38)	50 (6)	203 (25)	255 (31)
Krijgen van juiste hulpverlening	810	296 (37)	31 (4)	203 (25)	280 (35)
Zingeving en perspectief	808	130 (16)	77 (10)	227 (28)	374 (46)
Dagelijkse bezigheden	812	125 (15)	98 (12)	192 (24)	397 (49)
Omgaan met medicatie	815	236 (29)	30 (4)	97 (12)	452 (55)
Huishouden	810	123 (15)	126 (16)	98 (12)	463 (57)
Financiële situatie	807	128 (16)	88 (11)	48 (6)	543 (67)
Seksualiteit en intimiteit	807	47 (6)	98 (12)	55 (7)	607 (75)
Huisvesting	803	55 (7)	41 (5)	65 (8)	642 (80)
Persoonlijke verzorging	806	46 (6)	49 (6)	32 (4)	679 (84)
Alcohol- en/of druggebruik	806	44 (5)	18 (2)	44 (5)	700 (87)
Anders[2]	170	10 (2)	4 (1)	16 (3)	183 (29)

1 Gesorteerd (behalve "anders") naar mate van zorgbehoefte; meeste zorgbehoefte bovenaan.
2 De N bij "Anders" is beduidend lager omdat daar ook de optie "Nvt" kon worden aangevinkt.

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). De helft van de panelleden is tevreden met de huidige ondersteuning (51% bij ondersteuning door professionals en 53% bij ondersteuning door mensen uit de eigen omgeving). Een aantal panelleden wil graag meer ondersteuning dan zij nu krijgen (van professionals: 15%, van mensen uit eigen omgeving: 21%). Bijna een vijfde van de panelleden (18%) 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; twee 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 45% van de panelleden was dit niet aan de orde. Voor ruim vier op de tien (43%) was op enig moment meer zorg nodig dan gebruikelijk, bijna een tiende van de panelleden (9%) kon tijdelijk met minder zorg toe en bij 2% 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 (48%) alles naar volle tevredenheid opgepakt, terwijl één op de vijf panelleden (20%) ten dele tevreden was over de tijdelijke aanpassingen. Voor een derde van de panelleden (32%) 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[1]? (N=335)

	n (%)
Op- en/of afschaling geregeld: naar tevredenheid	162 (48)
Op- en/of afschaling geregeld: deels naar tevredenheid	66 (20)
Op- en/of afschaling geregeld: niet naar tevredenheid	17 (5)
Er is niets geregeld	90 (27)

1 Ter toelichting: hierbij is geen navraag gedaan in hoeverre zorgaanbieders op de hoogte waren (gesteld) van de wens.

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 leefdomeinen 'sociale contacten', 'het krijgen van de juiste hulpverlening', 'zingeving en perspectief' en 'psychische gezondheid'. 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 (20%).

Tabel 4.3 Match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg per levensdomein[1]

		Mismatch				Match		
		Totaal mismatch	Wil hulp, krijgt geen hulp	Wil hulp, krijgt hulp van andere zorgverlener dan gewenst	Wil geen hulp, krijgt hulp	Totaal match	Wil geen hulp, krijgt geen hulp	Wil hulp, krijgt hulp van gewenste zorgverlener
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sociale contacten	803	345 (43)	112 (14)	157 (20)	76 (9)	458 (57)	150 (19)	308 (38)
Krijgen van juiste hulpverlening	792	319 (40)	169 (21)	98 (12)	52 (7)	473 (60)	224 (28)	249 (31)
Zingeving en perspectief	787	299 (38)	143 (18)	90 (11)	66 (8)	488 (62)	298 (38)	190 (24)
Psychische gezondheid	797	299 (38)	89 (11)	164 (21)	46 (6)	498 (62)	132 (17)	366 (46)
Lichamelijke gezondheid	803	295 (37)	120 (15)	116 (14)	59 (7)	508 (63)	195 (24)	313 (39)
Dagelijkse bezigheden	791	286 (36)	125 (16)	99 (13)	62 (8)	505 (64)	326 (41)	179 (23)
Huishouden	798	197 (25)	80 (10)	71 (9)	46 (6)	601 (75)	411 (52)	190 (24)
Omgaan met medicatie	799	174 (22)	68 (9)	51 (6)	55 (7)	625 (78)	392 (49)	233 (29)
Financiële situatie	788	151 (19)	69 (9)	27 (3)	55 (7)	637 (81)	478 (61)	159 (20)
Seksualiteit en intimiteit	788	144 (18)	97 (12)	22 (3)	25 (3)	644 (82)	567 (72)	77 (10)
Huisvesting	785	111 (14)	71 (9)	19 (2)	21 (3)	674 (86)	604 (77)	70 (9)
Alcohol en/of druggebruik	791	87 (11)	55 (7)	17 (2)	15 (2)	704 (89)	670 (85)	34 (4)
Persoonlijke verzorging	793	98 (12)	49 (6)	18 (2)	31 (4)	695 (88)	637 (80)	58 (7)

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 Trends

In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen in de periode 2015-2020 beschreven. Voor de longitudinale analyse werden gegevens gebruikt van leden die aan alle peilingen hebben meegedaan (N=491 zie ook Hoofdstuk 7, Verantwoording).

5.1 Feitelijke leefsituatie en participatie

Wat de feitelijke leefsituatie betreft zijn er nauwelijks veranderingen gevonden over de jaren. Het aantal leden dat betaald werk heeft is in 2020 weliswaar iets gedaald ten opzichte van voorgaande jaren (2020: 19%, de jaren daarvoor steeds 21 of 22%), maar dit verschil is niet significant. Het aantal werkuren per week voor panelleden met betaald werk ligt rond de 22 à 23 uur per week. Voor vrijwilligerswerk geldt hetzelfde: in 2020 is het percentage panelleden dat vrijwilligerswerk heeft licht gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren (2020: 42%, de jaren ervoor steeds tussen de 44 en 46%), maar niet significant. Gemiddeld genomen wordt zo'n 7 tot 8 uur per week aan vrijwilligerswerk besteed. In het aantal panelleden dat een werkgerelateerde opleiding of cursus volgt worden geen veranderingen gevonden.

Het aantal panelleden dat dagelijks buitenshuis komt is in 2020 (64%) aanzienlijk gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren (74%). Verder is in de monitorperiode een gestage toename te zien van het aantal panelleden dat zelfstandig woont; in 2015 betrof dit 74% en in 2020 is dit opgelopen naar 80%.

5.2 Feitelijke zorgsituatie

5.2.1 GGZ / verslavingszorg

Het percentage panelleden dat in beeld van GGZ zorg is of was het afgelopen jaar, is gedaald over de monitorperiode (van 88% in 2015 naar 77% in 2020; alle vormen meegerekend zoals POH-GGZ, herstelacademies).

Het percentage panelleden dat naar een instelling komt voor behandeling is afgenomen; in 2015 ging het nog om 50% van de leden, in 2020 is dat gedaald naar 37%. Behandeling aan huis nam daarentegen toe tussen 2015 en 2016 (van 20% naar 25%), waarna dit percentage stabiel is gebleven.

Het contact met zorg vanuit diverse specifieke GGZ-voorzieningen, zoals FACT, andere ambulante teams zoals VIP, en RIBW is noch afgenomen noch toegenomen.

Het contact (in de afgelopen 12 maanden) met aanbod als POH-GGZ, en ondersteuning vanuit cliëntinitiatieven zoals herstelacademies, nam toe tijdens de eerste fase van de monitorperiode. Echter, in 2020 nam de hoeveelheid contact weer af tot het niveau van 2015, waarschijnlijk als gevolg van de coronacrisis. Het deel van de panelleden dat contact had met professionals (psycholoog/psychiater/psychotherapeut) met een eigen praktijk is in de afgelopen vijf jaar kleiner geworden, van 25% in 2015 naar 17% in 2020.

Gebruik van crisiszorg nam bij panelleden af: waar in 2015 nog 31% van de panelleden aangaf ervaringen met een crisis(voorziening) te hebben gehad, daalde dit in 2020 naar 16%. Gezien het feit dat ook het percentage mensen dat geen crisiszorg kreeg terwijl ze dat wel nodig hadden ook significant is gedaald (van 11% in 2015 naar 4% in 2020), lijkt dit een positieve ontwikkeling te zijn.

Plussen en minnen bij elkaar nemend, lijkt het contact met GGZ, alles meegerekend, licht afgenomen. De cijfers laten verder de impact van de coronacrisis zien: Na een geleidelijke toename in de monitorperiode van gebruik van aanbod als POH-GGZ en ondersteuning vanuit cliëntinitiatieven, namen deze vormen van contact dit jaar plotseling af.

5.2.2 Overige zorg en ondersteuning

Het bezoek aan en gebruik van een DAC in de afgelopen 12 maanden is gedurende de monitorperiode in eerste instantie afgenomen (16% in 2015, 10% in 2018), maar laat sinds 2019 weer een stijgende lijn zien: in 2020 heeft 20% van de panelleden het DAC bezocht. Ook de contacten (in de afgelopen 12 maanden) met welzijnsorganisaties zijn toegenomen: in 2015 had 2% van de panelleden contact, in 2020 is dit gestegen naar 6%).

Voor diverse instanties wordt een vergelijkbaar patroon gevonden over de afgelopen jaren: in eerste instantie neemt het aantal panelleden dat contact heeft (in de afgelopen 12 maanden) toe, om daarna in de laatste jaren weer af te nemen en in 2020 weer terug te komen op het niveau van 2015. Dit speelt bij: UWV (van 25% naar 48%, terug naar 27%), sociaal wijkteam/buurtteam (van 7% naar 12%, terug naar 8%), vrijwilligersorganisaties (van 15% naar 21%, terug naar 16%) en hulpverleners van alternatieve geneeswijzen (van 8% naar 13%, terug naar 8%).

Tenslotte is er nog een aantal instanties waarbij het contact over de afgelopen jaren redelijk stabiel is geweest, maar waarvoor in 2020 een duidelijke daling te zien is in het aantal panelleden dat er in de afgelopen 12 maanden contact mee heeft gehad. Dit speelt bij gemeentelijke afdelingen (Wmo loket: was steeds rond de 25% en daalt naar 20%; overige afdelingen/diensten: steeds rond de 10% en daalt naar 5%) en de huisarts (steeds rond de 70% naar 54% in 2020).

5.3 Ervaren leefsituatie

In de afgelopen jaren is een stijging te zien geweest met de ervaren kwaliteit van leven, die een piek bereikte in 2019 (62% is tevreden, in 2015 was dit 52%), maar in 2020 zakt het aantal mensen dat tevreden is met zijn/haar leven weer terug naar het niveau van voor 2019 (55% is in 2020 tevreden). Het rapportcijfer voor de algemene kwaliteit van leven is gedurende de monitorperiode redelijk stabiel en schommelt tussen de 6,3 en 6,4. Over hun financiële situatie en psychische gezondheid zijn de panelleden tevredener dan in 2015.

Wat ervaren inclusie (het gevoel mee te tellen) en ervaren eenzaamheid betreft zijn geen veranderingen te zien in de monitorperiode. Bij eenzaamheid laten noch de overall score, noch de scores op de dimensies (emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid) verschillen zien. Ook het percentage mensen dat (sterke) eenzaamheid rapporteert is ongeveer hetzelfde gebleven en zeker niet afgenomen.

Voor de ervaren psychische gezondheid (gemeten met de MHI-5) wordt ook geen substantieel verschil gevonden gedurende de monitorperiode. Dit geldt zowel voor de totaalscore, als voor de tweedeling die ontstaat als gewerkt wordt met de 'cut-off' score die het CBS hanteert om groepen mensen te onderscheiden die relatief psychisch gezond zijn in vergelijking tot mensen bij wie de score op psychische klachten kan duiden. Het percentage mensen dat in de groep 'psychisch gezond' scoort, varieert in de monitorperiode van 33% tot 39%.

In 2020 verschilt de mate van ervaren discriminatie ten opzichte van de voorgaande jaren. Het percentage mensen dat zich gediscrimineerd of achtergesteld voelde vanwege psychische klachten daalde naar 20%, waar dit in voorgaande jaren schommelde tussen 25% en 28%.

5.4 Ervaren zorgsituatie

De panelleden geven vaker aan voldoende zorg en ondersteuning van professionals te krijgen: van 76% in 2015 naar 81% in 2020. De rapportcijfers die aan diverse soorten GGZ of GGZ gerelateerde zorg en ondersteuning worden gegeven veranderen niet sterk door de jaren. Voor RIBW is wel een stijgende trend waarneembaar; het gemiddelde rapportcijfer verandert van een 6,8 in 2015 naar een 7,3 in 2020. Van de niet-GGZ instanties is eenzelfde trend zichtbaar voor het UWV (van een 5,9 in 2015 naar een 6,4 in 2020) en de dienst Werk & Inkomen van de gemeente (van een 5,4 in 2015 naar een 6,9 in 2020).

De match tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg[6] is voor 13 aspecten of leefgebieden uitgezocht. Op vijf leefgebieden zijn veranderingen, duidend op een betere match, te zien in de monitorperiode. In alle gevallen betreft het een positieve verandering. Voor “sociale contacten” wordt in 2015 nog voor 49% van de panelleden een match gevonden, in 2020 is dit gestegen naar 60%. Voor "dagelijkse bezigheden" is een stijging te zien van 57% in 2015 naar 67% in 2020. Het leefdomein “seksualiteit & intimiteit” stijgt van 78% naar 85%, “huisvesting” van 80% naar 89% en “omgaan met medicatie” ten slotte stijgt van 73% naar 79%. Op de acht andere gebieden was er geen toe- of afname (financiële situatie; psychische gezondheid; lichamelijke gezondheid, krijgen van de juiste hulpverlening; alcohol - druggebruik; persoonlijke verzorging (wassen, aankleden, etc.); zingeving/perspectief (persoonlijk herstel) en huishouden).

6 Waarbij samengenomen: (a: geen behoefte, zorg/ondersteuning door professional, zorg/ondersteuning door iemand uit het eigen netwerk, b: zorg/ondersteuning door zowel professionals als iemand uit het eigen netwerk).

6 Conclusies

De belangrijkste trends tussen 2015 en 2020 worden hieronder kort samengevat. Hierbij geldt de kanttekening dat de coronacrisis van 2020 drastisch heeft ingegrepen op het leven dat we allemaal leiden, zo ook op dat van de panelleden. Die impact zal soms ook zijn weerslag hebben gehad op de 2020-cijfers van het panel. Des te meer reden om een balans over veranderingen tussen 2015 en 2020 op te maken, met speciale aandacht voor de veranderingen in 2020.

- Het algemeen welzijn is door de jaren heen licht gestegen, maar daalde in 2020 ten tijde van de coronacrisis naar een niveau dat nog wel boven dat van 2015 ligt.
- Over een periode van vijf jaar is er een lichte toename van het zelfstandig wonen, maar niet in participatie of het gevoel mee te tellen in de maatschappij. Eenzaamheid blijft op hetzelfde (hoge) niveau. De lichte stijging in zelfstandiger wonen in de samenleving ging dus niet gepaard met een toename van (een gevoel van) inclusie. Deze groep blijft in kwaliteit van leven en participatie op een grote achterstand ten opzichte van de algemene bevolking en deze achterstand is sinds 2015 eerder toe- dan afgenomen (zie ook de rapportage van de Monitoring Onbeperkt Meedoen; Knapen e.a., 2020).
- De hoeveelheid professionele zorg en ondersteuning daalde in 2020. Dit leidde echter niet tot grotere ontevredenheid over de zorg of tot uitblijvende, maar wel noodzakelijke crisiszorg. De panelleden vinden eerder dat de match tussen hun behoeften en de geboden ondersteuning is verbeterd. Waarschijnlijk realiseert men zich dat 2020 ook voor de hulpverlening een uitdaging was en is men te spreken over de manier waarop hier op ingespeeld is.

Daarnaast zijn in 2020 voor het eerst vragen gesteld over (eventuele) herdiagnostiek. De laatste jaren is hiervoor toenemend aandacht in de GGZ (zie bijvoorbeeld Noorthoorn e.a., 2017). Ook als mensen al langere tijd psychische problemen hebben, dient de diagnostiek door te gaan en voldoende integraal te zijn (inclusief bijvoorbeeld aandacht voor trauma, licht verstandelijke beperkingen en ontwikkelingsperspectieven), met een daarop aansluitende behandeling. Bij ruim de helft van de panelleden (57%) is de meest recente diagnose langer dan drie jaar geleden gesteld. Bij 16% is de meest recente diagnose in het afgelopen jaar gesteld en voor 15% is dit één tot drie jaar geleden (en 12% weet het niet meer). Als de herdiagnostiek leidde tot een andere diagnose, dan leidde dit bij circa tweederde van de bewuste panelleden tot een aangepaste behandeling of een plan daarvoor.

7 Verantwoording

Tussen medio juni en medio juli 2020 vond peiling 20, oftewel de zesde meting voor de Landelijke Monitor Ambulantisering 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?
- Gezondheid, welzijn en ervaringen tijdens de coronacrisis[7]

De peiling is in 2020 uitgezet onder 1.401 panelleden, waarvan er 841 de vragen hebben beantwoord (60% respons)[8].

In tabel 6.1 is te zien hoe groot de deelnamebereidheid van de panelleden is geweest over de afgelopen zes jaar: ruim een derde van de leden deed aan alle peilingen mee.

Tabel 6.1 Aantal LMA-peilingen en deelname van panelleden (n=1.383)

Deelname aan:	n (%)
0 peilingen	22 (2)
1 peiling	87 (6)
2 peilingen	126 (9)
3 peilingen	184 (13)
4 peilingen	204 (15)
5 peilingen	269 (20)
6 peilingen	491 (36)

Uit de non-responsanalyses[9] op enkele kernvariabelen blijkt dat de gemiddelde leeftijd ten tijde van de peiling significant hoger lag voor de responders (53,6 jaar, SD=11,46) dan voor de non-responders (50,1 jaar, SD=12,79).

7 De uitkomsten van deze analyses zijn in een aparte rapportage weergegeven (zie www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel).
8 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.
9 Het vergelijken van de groepen "deelname 2020 (respons)" en "geen deelname 2020 (non-respons)".

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 (a) van 0,05. In de Mixed Models analyses is gecontroleerd voor sekse 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 mogelijk te vergelijken paren per item:

6 beschikbare meetmomenten**	5 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 9 vs. Peiling 16
Peiling 7 vs. Peiling 16	Peiling 9 vs. Peiling 20
Peiling 7 vs. Peiling 20	Peiling 12 vs. Peiling 14
Peiling 9 vs. Peiling 12	Peiling 12 vs. Peiling 16
Peiling 9 vs. Peiling 14	Peiling 12 vs. Peiling 20
Peiling 9 vs. Peiling 16	Peiling 14 vs. Peiling 16
Peiling 9 vs. Peiling 20	Peiling 14 vs. Peiling 20
Peiling 12 vs. Peiling 14	Peiling 16 vs. Peiling 20
Peiling 12 vs. Peiling 16	
Peiling 12 vs. Peiling 20	
Peiling 14 vs. Peiling 16	
Peiling 14 vs. Peiling 20	
Peiling 16 vs. Peiling 20	

* *Niet alle variabelen zijn vanaf het eerste meetmoment in de monitor meegenomen, maar pas vanaf de tweede meting (peiling 9).*

** *Peiling 7: 2015, Peiling 9: 2016, Peiling 12: 2017, Peiling 14: 2018, Peiling 16: 2019, Peiling 20: 2020.*

Om te corrigeren voor mogelijke kanskapitalisatie (als voor veel variabelen getoetst wordt, is er automatisch een kans dat één of meer van die toetsen significant zijn) is bij de McNemar toetsen gebruik gemaakt van de Holm-Bonferroni procedure (Holm, 1979).

Samenstelling begeleidingscommissie

Jaap van Weeghel (voorzitter) – Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg
Rina Beers – Valente
Jan Berndsen - Lister
Linda van den Brink – Valente
Philippe Delespaul – Mondriaan, Universiteit Maastricht
Liesbeth van Gent – De Nederlandse GGZ
Nicole Houdijk – Zorgverzekeraars Nederland
Gonne Kelder – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Ico Kloppenburg – Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Martijn Kole – Enik, Lister
Rob Laane – Zorgverzekeraar ASR
Jaap van der Rijst – Zorgverzekeraars Nederland
Elsbeth de Ruijter – GGZ Noord-Holland-Noord
Ellen Visser – Robert Giel Onderzoekscentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen
Nic Vos de Wael – Mind

Referenties

Advies Commissie Toekomst beschermd wonen. (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Den Haag: VNG.

AZW. (2020a). *Geestelijke gezondheidszorg: Arbeidsmarktontwikkelingen*. Den Haag: AZW.

AZW. (2020b). *Geestelijke gezondheidszorg: Kerncijfers 2019*. AZW.

Blokzijl, L., Schouten, H., & Van Zijp, C. (2020). *Stand van het land: Regiobeelden*. Utrecht: Berenschot.

Bon-Martens, M. van, Van Doesum, T., De Beurs, D., Kroon, H., & Shields-Zeeman, L. (2020). *Impact van de coronacrisis op werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Rapportage kerncijfers*. Utrecht: Trimbos-instituut.

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

CBS. (2019). *Jeugdhulp 2019*. Den Haag: CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019a). *Welzijn; Kerncijfers, Persoonskenmerken. Van https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82634NED/table?ts=1537866518371*.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019b). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Van https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?ts=1605615463723*.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Arbeidsdeelname; Kerncijfers. Van https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82309NED/table?ts=1570712952957*.

Dienst Justitiele Inrichtingen. (2020). *Forensische zorg*. Dienst Justitiele Inrichtingen. https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33628-32.html

Dijk, N., Jansen, P., Lubbes, E., & Looman, M. (2020). *Zorg in de wijk voor mensen met EPA*. Enschede: Bureau HHM.

Hees, A. 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 oude-ren*. Utrecht: Nivel.

Holm, S. (1979). A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, *6*(2), 65–70.

Hoof, F. van, Knispel, A., Hulsbosch, L., Place, C., Muusse, C., Vugt, M. Van, PLanije, M., Michon, H., & Kroon, H. (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ-2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.

https://m.binnenlandsbestuur.nl/nieuws/instroom-jeugdhulp-met-kwart-gedaald. (2020).

https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/34/aantal-daklozen-sinds-2009-meer-dan-verdubbeld. (2019).

https://www.socialevraagstukken.nl/maatschappelijke-opvang-moet-nog-meer-inzetten-op-participatie. (2019).

IGJ. (2020). *Sectorrapportage : GGZ tijdens de coronacrisis*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2020a). *Jaargesprekken over medische zorg in penitentiaire centra, detentiecentra en forensisch psychiatrische centra*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2020b). *Meer samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronisch psychische aandoeningen*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Jansen-Lorkeers, L., & Klaveren, Van, S. (2020). *Inspiratiebundel woonvormen*. Den Haag: Platform 31.

Jansen, D., Spreeuwenberg, P., & Heijmans, M. (2012). *Ontwikkelingen in de Zorg Voor Chronisch Zieken. Rapportage 2012*. Utrecht: Nivel.

Jong-Gierveld, J. de, & Kamphuis, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, *9*(3), 289–299.

Knapen, J., Zonneveld, E., Menting, J., Hulsbosch, L., Boeije, H. Monitoring Onbeperkt meedoen! Tweede meting overkoepelende indicatoren: 2016-2019. Utrecht: Nivel, 2020.

Knispel, A., Haggenburg, M., & Hoof, F. van. (2013). *Landelijke nulmeting intramurale GGZ: Capaciteit en productie in 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.

KPMG. (2020). *Wachtlijsten beschermd wonen: Onderzoek naar inzicht in en oplossingsrichtingen voor de wachttijden en wachtlijsten beschermd wonen. Definitieve rapportage*. Amstelveen: KPMG Advisory

KPMG Health. (2020). *Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen*. Amstelveen: KPMG.
Kromhout, M., Echtelt, P. Van, & Feijten, P. (2020). *Sociaal domein op koers?* Den Haag: SCP.

Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Erp, N. van, Hulsbosch, L., Lange, A. de, & Boumans, J. (2019). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ*. 158. https://www.trimbos.nl/docs/046adf53-3b4b-4aa0-9635-01641b301fc1.pdf

Lange, A. de, Hulsbosch, L., Knispel, A., & Kroon, H. (2020). *Impact van de coronacrisis op mensen met ernstige psychische aandoeningen: Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Leensen, R., & Poulssen, R. (2020). *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2020*. Den Haag: Ernst & Young.

Lemmens, K., & Prins, M. (2020). *Healthcheck GGZ*. Amstelveen: KPMG.

Meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang: Van verblijf in een instelling naar ambulante zorg en wonen in een wijk. (2018).

MIND. (2020). *Onderzoek lessen uit Coronatijd.* Amersfoort: MIND.

Ministerie van VWS. (2019). *Rijksbegroting 2020*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Mulder, N., Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leerman, E., Kroon, H., Mierlo, T. van, & Kienhorst, G. (2020). *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid.* Utrecht: De Tijdstroom.

Noorthoorn, E., Bos, G., Franken, K., Plas, M. van der, Willems, L., & Veen, L. van der V. (2017). *Samenvatting herdiagnostiek bevindingen 2017: Rapportage 2017*. Warnsveld: GGnet.

Nouws, H., Hanssens, T., Van der Meulen, J., Klaveren, Van, S., Jansen-Lorkeers, L., & Van Triest, N. (2020). *Werken aan wonen met ondersteuning*. Den Haag: Platform 31.

NZa, & Trimbos-instituut. (2020). *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de geestelijke gezondheidszorg.* Utrecht: NZa.

Roza, S. (2020). Leidt ambulantiseren tot meer gevangenschap van psychiatrische patiënten ? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *62*, 94–96.

Vugt, M. van (2020, September). *Implementatie van FACT: Stand van zaken o.b.v. auditdata. Webinar CCAF*.

Vugt, M. van, Mulder, C., Bähler, M., Delespaul, P., Westen, K., & Kroon, H. (2018). Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment(F-ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschift Voor Psychiatrie*, *60*, 441–448. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/60-2018-7-artikel-vanvugt.pdf

VWS, BZK, & SZW. (2020). *Maatschappelijke Opvang*. Den Haag: Ministerie van VWS.

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

Trimbos instituut

De geestelijke gezondheidszorg ondergaat een aantal ingrijpende transities. Belangrijke onderdelen van deze transities 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 zesde meetjaar van deze monitor: 2020.