

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, januari 1998

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Opdracht en achtergrond	11
1.1 Waarom dit advies?	11
1.2 Uitgangspunten	11
1.3 Functie van dit advies	12
1.4 Uitvoering van de opdracht	12
1.5 Opbouw van het advies	12
2 Probleemanalyse	14
3 Hoe verloopt het zorgproces in de ggz van de toekomst?	16
3.1 Een visie op het zorgdomein	16
3.2 Een visie op zorgverlening	17
3.3 Samenvatting	28
4 Financiering en sturing van de ggz	31
4.1 Waarom praat men over de financiering van de ggz	31
4.2 Uitgangspunten voor financiering	31
4.3 Visie	32
4.4 De vier 'knipvragen' van de minister van VWS	35
5 Advies RVZ: aanbevelingen	40
5.1 Algemene beleidsaanbevelingen: het beleidsproces	40
5.2 Specifieke beleidsaanbevelingen	42
6 Implementatie	47
Bijlagen	
1 Structuur en financiering van de gezondheidszorg in het adviesprogramma van de RVZ en relevante tekst uit de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 24 juni 1997	51
2 Samenstelling van de RVZ	59
3 Overzicht gevoerde gesprekken en bijeenkomsten	61
4 Onderbouwing van het advies	67
5 Lijst van gebruikte afkortingen	97
6 Literatuuroverzicht	99
7 Overzicht publicaties RVZ	103

Samenvatting

"One by-product of our nearly exclusive reliance on psychosocial explanatory theories was that we rid ourselves of problems that did not fit our newly found identity. We abandoned the epileptics, the demented, the developmentally disabled, and the retarded and asked the police to take care of the alcoholics, the substance abusers, and the delinquents. We displayed great compassion by embracing the existentially unhappy and were ready to treat problems such as low self-esteem, failure to achieve one's creative potential, and chronic inability to trust."

Thomas Detre, 1987

De minister van VWS vroeg de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies uit te brengen over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) van de 21^e eeuw. Zij vroeg dit, omdat de laatste jaren in het parlement en in het veld een stevige discussie woedt over het karakter van deze zorg.

De Raad publiceert zijn advies begin 1998. Dat is een kleine tien jaar na het besluit alle vormen van ggz onder de AWBZ te brengen. En dat besluit staat centraal in het advies van de RVZ: moet dat zo blijven of hoort de ggz thuis in de Ziekenfondswet (ZFW) en de particuliere ziektekostenverzekeringen als 'gewone gezondheidszorg'?

Het advies berust op vier gedachten.

4 gedachten onder advies

- 1 Op dit moment is het doel, d.w.z. de functie, van de ggz niet duidelijk.
- 2 De zorg voor de geest verschilt niet wezenlijk van die voor het lichaam.
- 3 De kerntaak van de ggz is het behandelen van psychisch zieken.
- 4 De positie van de psychiatrische patiënt moet beter worden.

Wat is eigenlijk het doel van de ggz?

Wil de ggz ziekten behandelen of is het doel mensen met psychische problemen helpen zich staande te houden? Behandelen of helpen: gezondheidszorg of welzijnszorg? Dat is de eerste onduidelijkheid. De tweede onduidelijkheid is of ggz vooral het verplegen en verzorgen van ongeneeslijk zieken is of dat het curatieve gezondheidszorg is.

Doel ggz: niet duidelijk

Op dit moment bestaat over deze twee keuzemogelijkheden geen duidelijkheid: men - overheid en veld - kiest niet. Er ontstaat dan bij patinten en andere afnemers een diffuus verwachtingspatroon. Zij die in de ggz werken, zijn onzeker over hun taak. Verzekeraars, die deze zorg voor hun verzekerden moeten contracteren, weten ook al niet waar zij aan toe zijn.

Het gedrag van de betrokkenen krijgt dan iets onvoorspelbaars; het is ook moeilijk te sturen. Een hybride vorm van zorg zal vroeg of laat ter discussie worden gesteld.

De Raad vindt dat zo snel mogelijk duidelijkheid moet ontstaan over het doel van de ggz.

Verschillen lichaam en geest?

De zorg voor de geestelijke gezondheid verschilt niet wezenlijk van die voor de lichamelijke gezondheid. Natuurlijk, de vorm waarin de zorg wordt aangeboden, kan anders zijn. Ook heeft een patiënt in de ggz meer maatschappelijke problemen dan een lichamenlijk zieke. Verder is de ggz tot nu toe minder succesvol dan de somatische zorg.

Het zijn echter relatieve verschillen. Het verloop van het zorgproces en de besluitvorming in de zorg lijken op elkaar. Ook de methoden zijn niet wezenlijk anders.

Ggz moet onderdeel zijn van gezondheidszorg: overeenkomsten belangrijker dan verschillen

Toch heeft men in Nederland gekozen voor een gescheiden optrekken. De ggz heeft zich naast en steeds meer ook buiten de somatische gezondheidszorg ontwikkeld als een categoriale en bijzondere vorm van zorg.

De Raad vindt dit een ongewenste zaak. Ggz behoort een integraal onderdeel te zijn van de gezondheidszorg en zich te conformeren aan de aldaar geldende besluitvorming.

Psychische ziekten behandelen: de kerntaak

Ggz is psychiatrische zorg. De ggz moet zich concentreren op haar opdracht en dat is: het voorkomen, behandelen en draaglijk maken van gevolgen van psychische ziekten en stoornissen. Heel vaak spelen beperkingen als gevolg van ziekte een belangrijke rol in de zorg.

Deze zorg moet altijd vanuit het patiëntenperspectief worden verleend. Inzet is steeds: de patiënt in staat stellen zijn normale taken weer op te pakken.

Ggz is geen welzijnszorg. Die moet zij overlaten aan personen en instanties die daarin beter zijn. De ggz moet dus steeds de grenzen van haar competentie nauwkeurig in de gaten houden.

Kerntaak ggz: het behandelen van psychische ziekten

Positie patiënt: beter

De positie van de patiënt verbetert men het beste en het snelste door de zorg te verbeteren. Door de effectiviteit te vergroten, krijgt de patiënt meer kansen op maatschappelijke participatie. Door de transparantie van de zorg te vergroten, nemen zijn keuzemogelijkheden toe. Door met hem duidelijke afspraken te maken, weet hij waar hij aan toe is. Sleutelzin: de patiënt heeft rechten en plichten. Ook een helder onderscheid tussen ggz als gezondheidszorg en andere vormen van zorg voor psychiatrische patiënten, zal de situatie voor de patiënt aanzienlijk verbeteren.

De positie van de patiënt: begin bij de zorg

Wat betekent dit voor de uitvoering van de ggz?

De zojuist geformuleerde uitgangspunten hebben consequenties voor de manier waarop de ggz moet worden uitgevoerd.

1 *Ggz verloopt in echelons*. Er moet een sterke eerstelijns ggz ontstaan. Daarin staat de huisarts als poortwachter van de tweedelijns ggz centraal. Veel kan hij zelf afhandelen; zo niet, dan krijgt hij steun van het algemeen maatschappelijk werk en van eerstelijns psychologen. De tweedelijns ggz is ook actief in de eerste lijn met consultatie en diagnostiek. Verder is de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv) een belangrijke figuur tussen eerste en tweede lijn.

Op de eerstelijns ggz kan ggz in de tweede lijn volgen: specialistische zorg op verwijzing. Kern van de tweede lijn: een integrale psychiatrische unit, waarin de riagg is opgenomen

Huisarts poortwachter van de ggz

Ook anderen actief in de eerste lijn van de ggz

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

samen met de klinische psychiatrie. Deze unit levert alle vormen van psychiatrische zorg aan een begrensd werkgebied.

Na de tweede lijn volgt eventueel een derdelijns ggz. Deze bestaat uit verpleeghuiszorg, maar ook uit een asielfunctie: langdurige, intensieve verpleging en behandeling van ernstig gestoorden.

- 2 *Ggz verloopt doelgericht en protocollair.* Diagnostiek en indicatiestelling moeten bepalender worden in de besluitvorming. Diagnostiek en indicatiestelling primair

De zorg moet op geleide van afspraken met de patiënt en vooraf bepaalde termijnen verlopen. Het snel starten van, zonodig intensieve, behandeling en het revalidatieaspect staan centraal. Bevorderen van maatschappelijke participatie is een belangrijk behandeldoel.

- 3 *Ggz is essentiële medische en verpleegkundige zorg aan mensen met ernstige ziekten.* Het hart van de ggz is de medisch-verpleegkundige zorg aan de patiënten die daarop het meest zijn aangewezen. Dat zijn psychiatrische patiënten met ernstige, in de praktijk vaak meervoudige problemen. Die moeten in ieder geval worden behandeld. Die essentiële zorg kan niet worden gedelegeerd. Ggz is essentiële medisch-verpleegkundige zorg

Wat zijn de gevolgen voor de financiering?

Ggz hoort als reguliere gezondheidszorg thuis in het tweede compartiment van de ziektekostenverzekering: de ZFW en de particuliere verzekeringen. Dit vooral vanwege functionele verwantschap: ggz behoort tot hetzelfde domein als de huisartsen-, de ziekenhuis- en de revalidatiezorg. Bovendien levert het tweede compartiment meer countervailing power van de kant van de verzekeraar op. Dit bevordert doelmatigheid.

Ggz dus in tweede compartiment

Er zijn ook vormen van ggz die daar niet thuishoren: de verpleeghuispsychiatrie, de asielfunctie en vormen van maatschappelijke opvang.

In onderstaand schema is een en ander samengevat.

fasen of onderdelen van het zorgproces	gemeente-fonds	eerste compartiment	tweede compartiment	derde compartiment	uitvoering
<i>* Maatschappelijke zorg:</i>					
- openbare ggz en daklo-zenzorg	x				ggd
- preventie (primaire)	x				ggd
- sociale pensions	x				gemeente
- beschermd wonen	x				ribw ¹
- dagstructurering en -opvang	x				ribw
- verslaafdenzorg	x				CAD etc.
<i>* Eerstelijns ggz:</i>					
- huisarts			x		hagro
- amw	x				amw-inst. ²
- eerstelijns psycholoog			x		elp ²
- spv/liaison-verpleging			x		ggz ²
- psychiatrische thuiszorg			x		ggz ³
<i>* Tweedelijns ggz:</i>					
- diagnostiek en eerste opvang			x		ggz
- mfe/psychiatrische unit			x		ggz
- categoriale ggz			x		ggz
- ARBO-zorg				x	ggz
<i>* Derdelijns ggz:</i>					
- asiel- of beschermzorg		x			ggz
- verpleeghuiszorg		x			apz'en of ouderenzorg

1 I.s.m. de woningcorporaties

2 Samenwerkingsverband hagro, amw, elp

3 I.s.m. de huisartsen

Wat moet er gebeuren?

Om dit te realiseren, moet onder meer het volgende worden

gedaan:

- het kabinet ontwikkelt een richtinggevende en stimulerende zorgvisie op hoofdlijnen voor de komende regeerperiode;
- en gaat daarover en vooral over de uitvoering ervan in gesprek met het veld om te proberen afspraken te maken;
- algemene beleidslijn: geen bijzondere status voor de ggz, minder beleidsdruk, toepassing van reguliere sturingsinstrumenten, vertrouwen op maatschappelijk ondernemerschap bij aanbieders en verzekeraars te stimuleren door deregulering;
- in de eerstelijns ggz wordt stevig geïnvesteerd, onder meer in opleidingen en in de infrastructuur;
- er wordt een nieuwe integrale ZFW-verstrekking ggz ontworpen die consequent transmuraal is en die riagg, apz en paaz vervangt;
- er wordt een nieuwe tweeledige AWBZ-verstrekking ontworpen: verpleeghuispsychiatrie en asiel;
- rijk en gemeenten ontwerpen gezamenlijk een beleidsstructuur voor de ggz-taken, die op gemeentelijk niveau moet worden uitgevoerd;
- rijksoverheid, uitvoeringsorganen, Inspectie en veld stellen het ontwikkelen van transparante zorgproducten, het bevorderen van de effectiviteit van de zorg en de introductie van financiële prikkels voor doelmatigheid de komende jaren centraal.

Een visie voor de komende kabinetsperiode

Minder overheid, meer veld

Maak samen met veld en uitvoeringsorganen een programma voor een aantal jaren

" De mensch kent schier ondragelijke spanningen, hooge geestelijke verrukkingen, maar ook diepe verslagenheden, schuld en berouw, gemis aan ondervonden liefde, gekrenkt eergevoel, spanningen die hem diep kunnen doen neerzinken. Dit is het nimmer aflatend tourment: de strijd met zijn gebrokenheid, zijn angst en zijn trots. Laten wij er ons voor hoeden dit ziekte te noemen.

Een groot deel van de psychische stoornissen ook op de grensgebieden van geestesziekte en normaliteit ontstaat doordat de mensch biologisch onvoldoende toegerust is of toegerust raakt tot het voeren van dezen strijd. Dan zien wij het groote menschelijke conflict in pathologischen vorm. Dan is hij ziek."

Rümke, 1954

1 Opdracht en achtergrond

1.1 Waarom dit advies?

Dit is een advies over de structuur en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) op de middellange termijn (5 tot 10 jaar) geschreven op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In haar verzoek stelde de minister een aantal vragen. Deze zijn opgenomen in bijlage 1. Deze vragen zijn afkomstig uit het werkprogramma van de Raad en uit een brief over de ggz die de minister op 24 juni 1997 naar de Tweede Kamer stuurde.

De Tweede Kamer sprak de afgelopen jaren veel over de ggz, onder andere over de financieringswijze. Centraal thema was: hoort de ggz eigenlijk wel thuis in de AWBZ?

Aanleiding: discussie over financiering; de AWBZ?

Dat is de kernvraag waarop dit advies probeert antwoord te geven: wat is de beste plek voor de ggz in het financieringssysteem? Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden, moest eerst bepaald worden welke plaats de ggz in het zorgstelsel behoeft. De Raad vindt dat doel en taak van de ggz in deze samenleving niet duidelijk zijn, waardoor gericht sturen erg moeilijk is.

De Raad geeft in dit advies antwoord op de volgende vragen:

- 1 Welke problemen doen zich voor rond het bepalen van de plaats van de ggz in het zorgstelsel?
- 2 Wat is de gewenste plaats van de ggz in het zorgstelsel en de gewenste plaats ten opzichte van aanpalende sociale stelsels, zoals welzijn en huisvesting?
- 3 Welke maatregelen moet de rijksoverheid treffen om de problemen te verhelpen en de gewenste situatie te verwezenlijken?

Drie vragen
- problemen?
- gewenste plaats?
- maatregelen?

1.2 Uitgangspunten

De Raad hanteert in dit advies de volgende bestuurlijke en beleidsmatige uitgangspunten:

- 1 De huidige structuur van het verzekeringsstelsel, in het bijzonder de gedachte van de compartimentering.
- 2 De beleidsbrief over de ggz die de minister van VWS op 24 juni 1997 naar de Tweede Kamer stuurde.
- 3 Maatschappelijke participatie als algemene doelstelling van overheidsbemoediging en van sociale zorgsystemen.
- 4 De adviezen Thuis in de ggz, De toekomst van de AWBZ en Met zorg wonen van de RVZ.

Uitgangspunten onder meer:
- compartimentering
- maatschappelijke participatie

Andere zaken stelt de Raad ter discussie, ook als dit belangrijke

onderdelen zijn van het overheidsbeleid. Het gaat dan bijvoorbeeld om 'de vermaatschappelijking' van de ggz en om de bestaande knip tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg.

1.3 Functie van dit advies

De minister van VWS heeft het advies van de RVZ en ook een zorgvisie aangekondigd in de Tweede Kamer.

Een volgend kabinet?

Op het advies zal een kabinetsstandpunt volgen conform de Kamerwet adviescolleges. Daarna kan het parlementaire debat over de knip in de ggz, maar ook over de zorgvisie, ten principale worden gevoerd.

1.4 Uitvoering van de opdracht

De Raad baseert zijn advies in de eerste plaats op vier achtergrondstudies van het Trimbosinstituut (twee maal), het NZi en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland. De achtergrondstudies verschijnen in een afzonderlijke publicatie. In de tweede plaats baseert de Raad het advies op vele besprekingen in en rond de ggz. Bijlage 3 bevat een verantwoording van de communicatie met het veld.

De probleeminventarisatie, die wordt samengevat in hoofdstuk 2 en uitgebreid wordt weergegeven in bijlage 4, is gebaseerd op gesprekken in het veld, op literatuurstudie, waaronder een analyse van het overheidsbeleid en op de achtergrondstudies.

1.5 Opbouw van het advies

Het advies bestaat uit vier onderdelen.

1. Een probleemanalyse (hoofdstuk 2).
2. De visie van de Raad op het zorgproces in de ggz en de daaruit voortvloeiende organisatie van de zorg (hoofdstuk 3).
3. De daaruit voortvloeiende financieringsstructuur. Dit gedeelte van het advies is gewijd aan compartimenteren en knippen (hoofdstuk 4).
4. Beleidsaanbevelingen en invoeringsscenario (hoofdstukken 5 en 6).

2 Probleemanalyse

De problemen die zich in de ggz voordoen, hebben te maken met het zorgproces.

- De weg naar de ggz is niet duidelijk aangegeven en wijkt af van de in de gezondheidszorg gangbare routes. Een poortwachtersfunctie wordt niet vervuld en er is geen daaropvolgende effectieve indicatiestelling voor de ggz. Het eerste probleem is dus diagnostiek, selectie en verwijzen.
- Binnen de ggz stagneert, mede daardoor, de doorstroming en ontstaat filevorming. Bovendien zijn de effectiviteit van de zorg, de transparantie van het zorgaanbod en het zorg- en ziektemanagement niet optimaal ontwikkeld. Daardoor is de rationaliteit van de besluitvorming in het zorgproces niet voldoende en dat bevordert de doorstroming in het zorgsysteem al evenmin.
- Ook aan de achterdeur van de ggz bestaan problemen. De uitstroom van patiënten stagneert. De revalidatiefunctie is onvoldoende ontwikkeld en zo verloopt de terugkeer van patiënten uit de ggz naar de samenleving stroef.

3 problemen:

- de entree
- de doorstroming
- de uitstroom

Bijlage 4 bevat een uitgebreidere probleeminventarisatie.

De verklaring voor deze situatie is de onduidelijkheid van het doel van de ggz:

- is de zorg 'maatschappelijk' van aard of is zij 'gezondheidszorg'?
- als ggz gezondheidszorg is, waarop moet men dan het accent leggen? Op het verplegings- en verzorgingsaspect of op het curatieve aspect?

Oorzaak: een onduidelijk doel

Als deze onduidelijkheden blijven bestaan, zullen de zojuist genoemde problemen niet kunnen worden opgelost. Men moet dus kiezen welk hoofdaccent men aan de ggz geeft. Immers, de verschillende opties - maatschappelijke zorg, gezondheidszorg, care, cure - kennen elk een specifiek doel en een specifieke zorgorganisatie. Men creëert dan een specifieke vorm van zorg, waarbij zorgdoel en in te zetten zorgmiddelen geen logische relatie meer hebben.

Wat is ggz: wij moeten kiezen

Resultaat is dat consumenten (patiënten en hun omgeving), leveranciers (verwijzers, de samenleving) en producenten (behandelaars en instellingen) niet doelgericht te werk kunnen gaan. En daaronder zal ook de kwaliteit van de zorg, inclusief de effectiviteit ervan te lijden hebben. Dit tast op termijn de maatschappelijke legitimering van het sociale stelsel 'de ggz' aan.

Zo niet: dan kwaliteitsverlies en minder doelmatigheid

3 Hoe verloopt het zorgproces in de ggz van de toekomst?

3.1 Een visie op het zorgdomein

Drie determinanten bepalen de grenzen van het domein van een zorgsector:

- a. de behoefte in de samenleving, ofwel *het object*;
- b. de maatschappelijke taak, ofwel *de opdracht*;
- c. het vermogen van het zorgaanbod, ofwel *de competentie*.

Domein is:
- behoefte
- taak
- competentie

Ad a. Het object

Ggz is gezondheidszorg gericht op psychische ziekten.

Betekent dit dat 'ggz' identiek is aan 'psychiatrie'? Nee, het betekent dat de aanwezigheid of het vermoeden van een psychische ziekte een voorwaarde is voor de zorgverlening.

In de zorgverlening dient de behandelaar wel consequent een bio-psycho-sociale benadering toe te passen. Alleen zo zal de ggz zijn drieledige taak - voorkomen, herstellen, draaglijk maken (zie ad b.) - effectief en tegelijkertijd efficiënt kunnen vervullen.

Ggz is dus breder dan psychiatrie. Gezondheid in de ggz omvat meer dan alleen ziekte, het omvat ook de maatschappelijke context waarin de ziekte ontstaat en de beperkingen die eruit voortvloeien.

Het object van de ggz is de psychische ziekte of stoornis, de daaraan gerelateerde beperkingen én de maatschappelijke problemen daarmee verbonden. Problemen zonder (het vermoeden van) ziekte, stoornis en daaraan gerelateerde beperking behoren niet tot object, opdracht en competentie van de ggz.

Ggz is psychiatrische zorg

Object: de psychische ziekte

Ad b. De opdracht

De maatschappelijke opdracht van de ggz, als professionele zorgverlening binnen een collectieve ziektekostenverzekering is drieledig:

- het (waar mogelijk) voorkomen van ziekte en stoornis, alsmede van daaruit voortvloeiende beperkingen, voor zover dit laatste tot de competentie behoort, alsmede het bevorderen en beschermen van de geestelijke volksgezondheid;
- het herstellen van ziekte en stoornis;
- het draaglijk maken van de gevolgen van niet te herstellen ziekte en stoornis, door middel van het indammen van de negatieve aspecten van ontstane beperkingen, voor zover dit laatste tot de competentie behoort.

Taak ggz:
- voorkomen
- herstellen
- draaglijk maken van ziekte

Ad c. De competentie

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

De competentie van de ggz is gelijk aan het professionele vermogen van de beroepsbeoefenaren. Beroepsbeoefenaren in de ggz moeten zich beperken tot hun professionele domein - het behandelen van mensen met psychische stoornissen - en zoveel mogelijk tot dat wat empirisch te onderbouwen en te toetsen is. De ggz is in haar kern een wetenschappelijk gefundeerde vorm van zorgverlening. Daarmee beschikt men over een toetssteen voor het handelen in deze sector. Er is nog een tweede toetssteen: dit handelen dient ten goede te komen aan de gehele doelgroep (mensen met psychische stoornissen) en niet aan een selectie binnen de doelgroep.

Ggz moet zich beperken tot professioneel verantwoord handelen

Tot zover deze beschouwing over het domein van de ggz, die impliceert dat een strikte scheiding tussen 'psychische' en 'psychosociale' klachten voor de praktijk van de zorgverlening niet relevant is.

Onderscheid psychisch-psychosociaal niet zinvol

De scheiding heeft ook geen beleidsmatige relevantie en is dus niet zinvol: de gangbare behandelpraktijk bevat immers een werkbare aanpak.

De hierboven gegeven domeinbegrenzing - professionele competentie, formele opdracht en object van zorg - biedt voor de praktijk voldoende basis. Beleidsmatig zijn er vier mogelijkheden de vinger aan de pols te houden:

4 sturingsmogelijkheden:
- indicatiestelling
- echelonnering
- budgettering aanbod
- publieke verantwoording

- 1 indicatiestelling, medische beslissonderzoek en protocollering van de zorgverlening;
- 2 echelonnering van het zorgproces;
- 3 budgettering van het zorgaanbod en nadruk op doelmatigheid;
- 4 het publiekelijk verantwoording afleggen door de zorgaanbieder en een transparant productieproces.

3.2 Een visie op zorgverlening

De Raad heeft tijdens het voorbereiden van dit advies met veel mensen gepraat. Op basis daarvan - en op basis van de achtergrondstudies en literatuurstudie - wil hij zijn visie geven op het verloop van het zorgproces. Daarin onderscheidt de Raad vier fasen: geestelijke volksgezondheid (fase 0), de eerstelijns ggz (fase 1), de tweedelijns ggz (fase 2) en de derdelijns ggz (fase 3).

4 fasen in zorgproces

Fase 0: de zorg voor de geestelijke volksgezondheid

Fase 0

Over de openbare ggz kan de Raad kort zijn. Daarover heeft de minister op 24 juni 1997 de Tweede Kamer een uitvoerige brief geschreven met heldere beleidsvoornemens. Verder bevat het rapport van de commissie-Lemstra over gemeentelijk gezondheidsbeleid een aantal belangrijke uitspraken over de ggz.

Openbare ggz: een taak van gemeenten

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

(Commissie verstrekking collectieve preventie, 1996). Het zwaartepunt van de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) en de primaire/collectieve preventie ligt bij de gemeenten. Deze taken worden uitgevoerd door de ggd'en, het algemeen maatschappelijk werk (amw), de zogenaamde schilvoorzieningen (inloophuizen en dergelijke, zie het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 1996) hierover) en het overige welzijnswerk. Gemeenten leggen in een jaarverslag verantwoording af van de geleverde inspanningen en van de investeringen.

De ggz beschouwt de gemeente dus als een van haar klanten. Omgekeerd kan de ggz - net als justitie en de kinderbescherming bijvoorbeeld - een belangrijke signaalfunctie vervullen voor het openbaar bestuur (gemeenten). Aan deze functie moet door de ggz handen en voeten worden gegeven.

Organisatie en uitvoering

De totale zorg voor de geestelijke volksgezondheid omvat ook 'aanpalende sociale stelsels' te weten de huisvesting, de dagbesteding en de welzijnszorg ten behoeve van mensen met psychische problemen (in dit verband is 'probleem' meer op zijn plaats dan 'ziekte' of 'stoornis').

In dit 'horizontale' vlak van met elkaar interfererende sociale stelsels, zijn knippen enerzijds onvermijdelijk en zelfs gewenst, maar is coördinatie en samenwerking anderzijds noodzakelijk. Alles - dat wil zeggen het gehele leven van de psychiatrische patiënt - onder een en hetzelfde regime brengen is een niet realistische, maar ook niet gewenste oplossing.

Dit brengt de Raad tot vier suggesties voor organisatie en uitvoering van de zorg voor de geestelijke volksgezondheid:

- een krachtige ondersteuning van de 'aanpalende sociale stelsels' door de ggz, door middel van export van expertise, consultatieverlening, voorlichting, spreekuren/buitendiensten; een deel van het ggz-budget zou hiervoor kunnen worden aangewend;
- het in gezamenlijk overleg reserveren van capaciteit binnen de aanpalende sociale stelsels ten behoeve van psychiatrische patiënten (inkoop; declaratiebasis; verevening);
- de versterking van de positie van de patiënt, onder meer door introductie van het patiëntgebonden budget voor een aantal voorzieningen, zoals wonen en dienstverlening, die nu nog gedeeltelijk tot de wettelijke aanspraken op ggz behoren;
- een wettelijke voorziening ten behoeve van de coördinatie van de verschillende onderdelen - zorg, wonen en dienstverlening - zoals bedoeld in het RVZ-advies De toekomst van de AWBZ.

De Raad vindt het essentieel dat op dit grensgebied de verant-

Geestelijke volksgezondheid meer dan ggz:

- huisvesting
- dagbesteding
- welzijnszorg

4 suggesties voor samenhang: ggz ondersteunt andere sociale stelsels

andere sociale stelsels reserveren capaciteit

pgb voor wonen en dienstverlening buiten ggz

wettelijke regeling van deze samenhang

woordelijkheden en de bevoegdheden scherp worden geformuleerd en gealloceerd. Alleen dan zal het mogelijk zijn de zorg voor psychiatrische patiënten te vermaatschappelijken. Het overhevelen van zorg naar gemeenten en andere actoren buiten de gezondheidszorg is daartoe een noodzakelijke stap. Wel moeten gemeenten, vindt de Raad, in een jaarverslag expliciet verantwoorden welke inspanningen zijn gedaan en welke resultaten behaald.

Op dit grensgebied ligt onder meer een taak voor het psychiatrisch maatschappelijk werk. Deze discipline kan, werkend vanuit de ggz, bij uitstek de coördinatie tussen ggz en omringende sociale (zorg)stelsels vervullen.

Fase 1: de eerstelijns ggz

De Raad kiest uitdrukkelijk voor een organisatie van de ggz die vergelijkbaar is met die in de somatische gezondheidszorg. Dit betekent dat wat gangbaar is in die gezondheidszorg, ook van toepassing is op de ggz, zoals de echelonnering van het zorgproces. Echelonnering binnen de gezondheidszorg ziet de Raad als een noodzakelijk toekomstperspectief voor de ggz in plaats van de categorialisering naast - d.w.z. buiten - de gezondheidszorg. Echelonnering bevat de oplossingsrichting voor een aantal problemen van de ggz, in het bijzonder die rond toegankelijkheid en effectiviteit. In bijlage 4 is dit idee verder uitgewerkt. Kern van de echelonnering is: een echelon is slechts bereikbaar via het eraan voorafgaande. Zo is de tweedelijns ggz alleen toegankelijk via de eerstelijns ggz.

Binnen de toekomstige ggz ziet de Raad een belangrijke taak voor de eerste lijn met de huisarts als de centrale figuur. Bijlage 4 bevat de onderbouwing van dit standpunt. In geval van een psychisch probleem of stoornis heeft de huisarts, in normale gevallen en in ieder geval bij een eerste contact, vijf mogelijkheden:

- zelf behandelen;
- verwijzen in de eerste lijn naar het amw of naar een eerstelijns psycholoog (d.i. een gezondheidszorgpsycholoog), ten behoeve van steun en advies (amw), aanvullend psychodiagnostiek, behandeladvies of kortdurende therapie maximaal 5 zittingen (psycholoog); geen overdracht van de patiënt, huisarts blijft verantwoordelijk. De Raad kiest voor een beperking van het aantal gesprekken met de eerstelijns psycholoog op grond van de ervaringen hiermee in Nederland (bijvoorbeeld Zeeland); in 3 tot 5 zittingen blijken de meeste klachten substantieel te verbeteren;
- consultatie vragen aan de ggz: een consult en/of aanvullende diagnostiek bijvoorbeeld in de vorm van consultatieve spreekuren (psychiater en spv) ten behoeve van een behan-

Fase 1

Ggz echelonneren zoals overige gezondheidszorg

Huisarts centraal

Huisarts kan:
 - zelf behandelen
 - verwijzen in eerste lijn
 - consultatie ggz vragen
 - verwijzen naar ggz - diagnostiek tweede lijn
 - een spv inschakelen

- deladvies; geen overdracht patiënt;
- verwijzen naar het diagnostisch centrum van de regionale ggz zoveel mogelijk aansluitend bij het gangbare verwijsproces huisarts - ziekenhuis(-poli); overdracht patiënt.
- bij recidiverende problemen of stoornissen heeft de huisarts de aanvullende mogelijkheid een spv van de ggz in te schakelen ten behoeve van intensieve psychiatrische thuiszorg. Dit dient te verlopen in overleg tussen huisarts en diagnostisch centrum ggz. In deze gevallen heeft en behoudt de huisarts de medische eindverantwoordelijkheid.

Hoewel de Raad dus ook voor de ggz nadrukkelijk kiest voor het principe van de echelonnering, is hij wel van mening dat daarbij rekening moet worden gehouden met de verschillen tussen de in bijlage 4 onderscheiden vier patiëntencategorieën. De rol die de huisarts speelt voor deze patiëntencategorieën behoeft niet steeds dezelfde te zijn. Wel is hij, in de geest van de

Huisarts: procesmanager

echelonneringsgedachte, steeds een 'procesmanager'. Bij ernstige, meervoudige stoornissen met een chronisch verloop zal de eerstelijnsfunctie grotendeels door de psychiatrische thuiszorg i.c. de psychiatrische verpleging kunnen worden vervuld. Maatschappelijke steunsystemen zullen in een aantal gevallen belangrijker zijn voor de patiënt dan de eerstelijns gezondheidszorg (zie het RVZ-advies Thuis in de ggz).

Bovendien moet in de ggz de diagnostische component van de eerstelijnsfunctie soms in handen van ggz-specialisten worden gelegd. Dit zal bijvoorbeeld moeten gebeuren bij gezinnen met meervoudige problematiek. De huisarts zal dan een verwijsmogelijkheid naar de tweedelijns ggz moeten hebben ten behoeve van diagnostiek.

Ook vervult de huisarts de poortwachtersfunctie, vooral ten behoeve van de curatieve, acute dan wel intermitterende ggz.

Organisatie en uitvoering

Voor het goed functioneren van de eerstelijns ggz is het noodzakelijk dat de huisarts samenwerkt met een aantal collega's, bij voorkeur in de zogenaamde huisartsgroepen of hagro's. Hierdoor ontstaat voor de ggz een stevige gesprekspartner in de eerste lijn. Een dergelijke schaalvergroting biedt ook de ggz de mogelijkheid in de eerste lijn voorzieningen te creëren voor diagnostiek, consultatie en begeleiding van chronische patiënten. Daarnaast wordt het op deze manier mogelijk dat huisarts en ggz over in de eerste lijn zeldzame aandoeningen - bijvoorbeeld die op kinder- en jeugdpsychiatrisch terrein - specifieke afspraken maken.

Kan alleen als huisartsen samenwerken: schaalvergroting

Voor de zorg aan chronisch psychiatrische patiënten ziet de Raad een essentiële rol weggelegd voor de spv en/of de B-

Psychiatrische thuiszorg: ook eerste lijn, maar spv

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

verpleegkundige. Deze vervult een coördinerende rol in de psychiatrische thuiszorg, die als eerstelijns voorziening door de tweedelijns ggz wordt georganiseerd. De psychiatrisch verpleegkundige vervult ook een liaison-functie tussen eerste- en tweedelijns ggz en is verder degene die de contacten met de maatschappelijke steunsystemen onderhoudt (zie verder het RVZ-advies Thuis in de ggz).

De eerstelijns ggz wordt in de toekomst ondersteund met expertise die de tweedelijns ggz levert. Deze omvat, behalve de psychiatrische verpleegkunde, vaste consultatieve en diagnostische spreekuren in de eerste lijn. De Raad wijst erop dat de beste diagnostici aan de voordeur moeten worden geplaatst. Het is gewenst via de hagro's ook de mogelijkheid van korte psychiatrische consulten te bieden.

In de eerste lijn: ggz-sprekken van psychiater en spv

Aldus geleverde zorg moet wel aan een aantal voorwaarden voldoen.

1 Samenwerking

Samenwerking tussen huisartsen; de huisartsgroepen sluiten contracten met het amw en met eerstelijnspsychologen (dit zijn gezondheidszorgpsychologen); zij maken sluitende afspraken met de regionale ggz over consultatie, doorverwijzing, terugverwijzing en feedback. De contacten met de ggz verlopen langs individuele lijnen, met een voor noodgevallen 7x24 uur bereikbaarheid en een gegarandeerde actie binnen enkele dagen door de ggz op een vraag van de huisarts. Bij het contracteren van zorg wordt dit als een voorwaarde beschouwd.

2 Huisarts als poortwachter

De huisarts is de poortwachter van de ggz, heeft een erkende functie in het zorgproces en wordt geacht het merendeel van de aangeboden problemen en stoornissen zelfstandig te behandelen. Over de verwijscijfers en over de eigen productie van de eerste lijn vindt periodiek overleg plaats met ggz en met verzekeraar. Huisartsen en tweedelijns ggz ontwerpen samen een meerjarenprogramma voor bij- en nascholing.

5 uitvoeringsvoorwaarden:
- samenwerking tussen huisartsen
- samenwerking huisarts-amw-eerstelijns psycholoog
- bij- en nascholing huisarts
- spreekuren ggz in eerste lijn
- schaalniveau ggz moet omlaag

3 Spreekuren

De ggz richt op verzoek van de huisartsen psychiatrisch-consultatieve spreekuren in in de eerste lijn, vergelijkbaar met de liaison-psychiatrie in het algemeen ziekenhuis. Met deze spreekuren beoogt men verwijzing en overdracht te voorkomen. Aan het spreekuur verbonden is een vaste spv die als spil tussen huisarts en tweedelijns ggz fungeert en die het gedragsrepertoire van de eerste lijn c.q. de zorg aan huis vergroot.

4 Zelfde schaalniveaus

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

De schaalniveaus van eerste lijn en ggz moeten op elkaar worden afgestemd. De Raad pleit voor kleinschalige psychiatrische voorzieningen (1 per 50.000 - 100.000 inwoners) en voor aansluiting van deze voorzieningen bij het algemeen ziekenhuis.

Fase 2: de tweedelijns ggz

Fase 2

Na verwijzing door de huisarts - een formele beslissing - treedt een nieuwe fase in het zorgproces in werking. Deze fase start in alle gevallen bij de toegangspoort: het diagnostisch centrum of - zoals dat in Goes (bij Emergis) is geregeld - een ASK (Aanmelding, Screening, Konsultatie/kortdurende behandeling/ crisisinterventie). Dit is vergelijkbaar met het door Buis (1997) beschreven DAC (diagnostiek- en adviescentrum) in 's-Hertogenbosch.

De totale tweedelijns ggz van de 21^e eeuw ziet er in hoofdlijnen als volgt uit:

Tweedelijns ggz:

- a een diagnostische functie (advies- en liaisonwerkzaamheden, diagnostiek/indicatiestelling) met daaraan gelieerd: kortdurende behandeling (enkele contacten van niet-acute aard, waarna terugverwijzen naar de eerste lijn) en acute psychiatrie (7x24 uurdienst); de zorg is ambulante of dagklinisch/partieel;
- b een of meer multifunctionele psychiatrische voorzieningen met twee kenmerken: transmuraal en een nadruk op meervoudige problematiek, op psychiatrische thuiszorg, op draai-
deurpsychiatrie (intermitterende zorg) en op revalidatie;
diagnostisch centrum en psychiatrische voorziening vormen logistiek en organisatorisch een geheel;
- c units voor categoriale of bijzondere ggz en voor gespecialiseerde behandeling;

- een diagnostisch centrum

- een psychiatrische unit

- categoriale ggz

De drie onderdelen van de tweedelijns ggz behoren tot eenzelfde zorgcontinuum, maar zijn ten opzichte van elkaar duidelijk geprofileerd. Tussen ieder onderdeel vindt expliciete besluitvorming plaats. Iedere stap is in principe geprotocolleerd, heeft een specifiek indicatiegebied dat ook voor een regio gekwantificeerd kan worden op grond van registratie, en is in de tijd begrensd:

Behandelduur protocollair begrenzen

- het diagnostisch centrum denkt in dagen en weken;
- de multifunctionele psychiatrie denkt in maanden;
- de categoriale/bijzondere functies streven ernaar de patiëntzorg te beperken tot een periode van 6 tot 12 maanden;
- na 9, maximaal 12 maanden komt chronische zorg in beeld.

Het gaat hier vooralsnog om inspanningsverplichtingen: het streven van alle betrokkenen is termijnen te stellen en te respecteren. Zorgaanbieders en verzekeraars formuleren samen zorgdoelen voor een periode van bijvoorbeeld 4 jaar. Essentieel is dat dit denken zijn neerslag krijgt in de behandelafspraken met de

patiënt.

Na iedere stap in het zorgproces volgt een beslissing: afsluiten (definitief of vooralsnog), verwijzen buiten ggz, verwijzen binnen ggz. Een beslissing heeft het karakter van een formele indicatiestelling (dwz. inclusief beoordeling/toetsing).

Na iedere stap in zorgproces: beslissing nemen

De drie onderdelen van de tweedelijns ggz kunnen verder worden uitgewerkt.

a. De diagnostische functie

Het diagnostisch centrum is een samenwerkingsverband van de instellingen voor ggz in een regio. Het is een 'tussenvoorziening', werkend voor twee opdrachtgevers: huisarts en ggz. De toegang tot de ggz wordt kritisch bewaakt onder psychiatrische verantwoordelijkheid en criteria ontleend aan DSM-IV en ICD-10. De werkrelaties zijn collegiaal/individueel, over alle beslissingen wordt schriftelijk en/of elektronisch (elektronisch patiëntendossier) gerapporteerd.

Het diagnostisch centrum: samen met huisarts

Het diagnostisch centrum kan kiezen uit:

- 1 Diagnostiek en behandeladvies aan de huisarts, inclusief advies amw of eerstelijns psycholoog in te schakelen en medicatieadviezen. Afsluiten ggz-dossier. Geen wachttijden.
- 2 Kortdurende behandeling maximaal 3 à 5 zittingen, met een preventief doel (voorkomen uitval, bevorderen maatschappelijke participatie). Geen wachtlijst.
- 3 Acute psychiatrie (ook rechtstreeks toegankelijk voor huisarts, politie en ziekenhuis). Geen wachtlijst.
- 4 Doorverwijzing naar een psychiatrische eenheid binnen de regio (zie hieronder).
- 5 In uitzonderingssituaties: rechtstreekse verwijzing naar een voorziening voor categoriale ggz of voor gespecialiseerde behandeling (zie hieronder).

Diagnostisch centrum:
-diagnostiek en indicatiestelling
-kortdurende behandeling zonder wachten
-acute psychiatrie
-doorverwijzen in tweede lijn

De keuze binnen dit repertoire vindt plaats op grond van onderzoek op enkelvoudigheid/meervoudigheid van de aangeboden problematiek. De verschillende verwijsstromen worden in overleg met de huisarts, alle ggz-instellingen in de regio en de verzekeraar globaal gekwantificeerd, hetgeen leidt tot inspanningsverplichtingen.

b. De psychiatrische unit

De multifunctionele psychiatrische voorziening is een unit voor kortdurende intensieve psychiatrische zorg die op verwijzing select, vrijwillig of onvrijwillig opneemt. De unit heeft een aantal zorgplaatsen, gekoppeld aan een productieafpraak, toegewezen gekregen - psychiatrische thuiszorg, poliklinische zorg, deeltijdbehandeling en klinische behandeling - en zij biedt deze consequent transmuraal aan. Dit betekent: de zorg die nodig is wordt ingezet, ook als deze klinisch-psychiatrisch is.

Psychiatrische unit:
-thuiszorg
-poli
-deeltijd
-kliniek

Concreet:

- werken met concrete tijdgebonden behandeldoelen;
- opnamebevorderend werken, indien nodig, het voorkomen van opnamen is op zichzelf geen doel;
- nadruk op ontslagbevordering, revalidatie en nazorg.

-Concrete behandeldoelen
-Opname bevorderen
-Revalidatie en nazorg
-Draaideurpsychiatrie

In de psychiatrische unit ligt het zwaartepunt van de draaideurpsychiatrie. Het is dus een voorziening voor zowel eerste contacten als voor recidiverende klachten. Een met de huisarts samenwerkende spv speelt een belangrijke rol in de nazorg, inclusief de psychiatrische thuiszorg. Nazorg kan ook door de huisarts worden verleend, met steun van de spv.

Essentieel element in de psychiatrische zorg is de revalidatie (of

resocialisatie of rehabilitatie; de Raad prefereert 'revalidatie'). Deze zou bij patiënten met meervoudige stoornissen, ernstige maatschappelijke problemen en recidiverende klachten de kern van de zorg moeten zijn. Dit type zorg moet omvatten trainingen, gericht op het maatschappelijk participeren. De Raad vindt dergelijke trainingen behoren tot de essentiële psychiatrische zorg.

Revalidatie: de kern

De behandeling in de psychiatrische unit wordt afgesloten met beëindiging cq. rapportage aan de huisarts (herstel), al dan niet met een verwijzing naar zorg buiten de ggz (blijvende beperkingen), als een keuze voor intermitterende ggz nodig is, met afspraken over vervolgzorg met patiënt (terugval verwacht), dan wel doorverwijzen binnen de ggz (verlengde behandeling).

Altijd terug naar huisarts

Een nauwe samenwerking - functioneel, personeel en ruimtelijk - tussen psychiatrische zorg en algemene ziekenhuizen is gewenst. Dit zou als een doel voor de middellange termijn kunnen worden gesteld. Verder hecht de Raad veel belang aan het aspect van de bereikbaarheid van de psychiatrische units in combinatie met de aansluiting op de eerste lijn: kleinschalige, in de samenleving gewortelde psychiatrische units.

Nauwe samenwerking met algemeen ziekenhuis

c. De categoriale ggz

Voorzieningen voor categoriale ggz of voor voortgezette behandeling zijn er voor ouderen, verslaafden, kinderen en jongeren, dubbelgehandicapten, forensische psychiatrie, verstandelijk gehandicapten en voor een na de kortdurende psychiatrie voort te zetten intensieve klinische therapie. Op deze vormen van ggz gaat de Raad niet in.

Er zijn ook categoriale units: zelfde aanpak

Tot zover het zorgproces in de tweedelijns ggz. Deze fase in het zorgproces wordt afgesloten met een formeel oordeel: wel of niet fase 3, de chronisch-psychiatrische zorg, inschakelen. Fase 2 wordt tussen de 6 en 12 maanden afgesloten, met een beredeneerde verlengingsmogelijkheid van 12 maanden.

Organisatie en uitvoering van de tweedelijns ggz

In de toekomst bestaan er, naast de hierboven beschreven voorzieningen, geen andere instellingen meer voor de reguliere ggz. De psychiatrische voorziening in de tweedelijns ggz werkt consequent transmuraal. Dit betekent dat in de bekostiging en de financiering geen onderscheid wordt gemaakt tussen ambulante en klinische zorg. Bedden vormen geen relevant beleidsobject meer.

Organisatie en uitvoering:
-consequent transmuraal, dus:
-bedden geen rekeneenheid
-een transparante catalogus van zorgproducten
-nadruk op meervoudige problematiek
-regionaal werken

In plaats daarvan presenteert de voorziening zich aan zijn clientèle - patiënten, inwoners van het werkgebied, verwijzers, verzekeraars, lagere overheden - met een transparante catalogus van zorgproducten. Deze zijn gericht op behoud of herstel van maatschappelijk

ke participatie. De bekostigingssystematiek van de psychiatrische eenheid bevat daartoe adequate incentives (bijvoorbeeld beloningen voor succesvol ontslag). Naarmate de aangeboden psychiatrische problematiek meervoudiger van aard is - dat wil zeggen meer doorsneden met sociale aspecten - dient de ggz een hogere beloning te ontvangen na een succesvolle interventie. Per regio bestaat - afhankelijk van de bevolkingsdichtheid - tenminste één dienst voor acute psychiatrie ofwel in de psychiatrische eenheid ofwel op de eerste hulp van het algemeen ziekenhuis.

Fase 3: de chronisch-psychiatrische zorg

In de derde fase van het zorgproces in de ggz ligt de nadruk op twee specifieke zorgfuncties: de beschermzorg en de langdurige, intensieve verpleging, verzorging en begeleiding.

Fase 3
2 functies:

De beschermzorg is in het advies De toekomst van de AWBZ van de RVZ omschreven als: "integrale zorg (zorgverlening, huisvesting en dienstverlening) aan patiënten die zeer verplegings- en verzorgingsbehoefstig zijn en niet in staat zijn zich in de samenleving te handhaven". In de ggz associeert men deze functies met het klinisch asiel: zorg aan patiënten met een ernstige psychische ziekte én ernstige gedragsstoornissen.

-beschermzorg, klinisch asiel:
ernstige stoornissen én ernstige
gedragsafwijkingen

De zorg is in de toekomstige ggz gericht op het beschermen van de patiënt tegen zichzelf; ook wordt de samenleving beschermd. De zorg zal veelal op een gesloten afdeling plaatsvinden. De beschermpsychiatrie kan van zeer lange duur zijn. Wel werkt men ook hier met behandelplannen en moet men terugkeer naar de meer reguliere behandelpsychiatrie niet uitsluiten (geen last resort functie).

Deze vorm van ggz is slechts toegankelijk via fase 2 door middel van een specifieke regeling. De beschikbare capaciteit wordt strikt genormeerd en gefixeerd. Beschermpsychiatrie wordt geëxpliciteerd binnen de ggz: herkenbaar gemaakt, benoemd, voorzien van een handhaafbaar en controleerbaar indicatiegebied.

Beschermzorg uitsluitend toegankelijk via tweedelijns ggz

De tweede functie in deze fase van het zorgproces noemt de Raad gemakshalve verpleeghuispsychiatrie. Deze zorg heeft een last resort karakter in het zorgproces en is dus bestemd voor patiënten met ernstige, blijvende en meestal ook meervoudige beperkingen. De zorg is permanent alsook intensief en in principe levenslang, met nadruk op verpleging, verzorging en begeleiding (inclusief toezicht).

-verpleeghuispsychiatrie, last resort
zorg

Ondanks deze kenmerken, kan ook deze vorm van ggz in principe transmuraal worden aangeboden: er is een intramurale en een extramurale mogelijkheid, inclusief vormen van dagopvang en -verpleging. Echter: de functie staat voorop; de zorglocatie en -organisatie is een zaak van de lokale partijen, waarbij behoud van zelfstandigheid van de patiënt ook hier zo lang mogelijk het uitgangspunt moet zijn. Maatschappelijke steunsystemen, waaronder vormen van beschermd wonen, kunnen hier een belangrijke rol spelen.

Ook deze zorg: transmuraal

De verpleeghuispsychiatrie zal vooral worden aangewend voor oud geworden psychiatrische patiënten, al dan niet met een verleden in het psychiatrisch ziekenhuis. Functioneel kan deze zorg in directe relatie met en te zijner tijd ook in nabijheid van de (algemene) ouderenzorg worden aangeboden, zoals soms nu al gebeurt.

Ook voor deze functie geldt de combinatie van de specifieke en publieke indicatiestelling, uitsluitend vanuit de tweede fase van het zorgproces, en een stringente normering van capaciteit/budget. De functie dient 'vooraf' aan de hand van een handhaafbaar en een controleerbaar indicatiegebied te worden onderscheiden van de andere functies in de ggz, in het bijzonder van de 'reguliere' al dan niet intermitterende chronische ggz die in de eerste en tweede lijn plaatsvindt.

Ook verpleeghuispsychiatrie uitsluitend via tweedelijns ggz toegankelijk

Organisatie en uitvoering van de derdelijns ggz

Op voorzieningenniveau kan een verpleeghuisfunctie een onderdeel vormen van een algemene psychiatrische instelling. Wel is het gewenst goede functionele relaties te ontwikkelen met de verpleeghuissector en met de ouderenzorg. Op termijn is integratie met de algemene verpleeghuiszorg denkbaar.

Derdelijns ggz onderdeel psychiatrie of te zijner tijd verpleeghuis

De asielfunctie vormt een integraal onderdeel van het toekomstig psychiatrisch ziekenhuis.

Asielfunctie: psychiatrisch ziekenhuis

3.3 Samenvatting

De behandeling van patiënten met psychische stoornissen zou in de toekomst moeten plaatsvinden op grond van drie centrale gedachten.

3 centrale gedachten:

De as van het veld

Op de as van het ggz-veld spelen (achtereenvolgens) huisarts, spv en psychiater. Zij hebben links en rechts, voor en achter afspeelmogelijkheden, zij kunnen elkaar blindelings, op basis van vertrouwen, vinden. Ggz begint en eindigt bij de huisarts: voor- en nazorg. Het ggz-team, dat regionaal opereert, werkt 'dubbeltransmuraal': huisarts en ggz (tussen eerste en tweede echelon), maar ook een transmurale psychiatrische eenheid (binnen het tweede echelon).

1 huisarts, spv, psychiater spelen op de as

De behandeling van psychiatrische patiënten kent drie echelons. Echelon I omvat de volgende functies: poortwachter, eerste opvang en diagnostiek (pluis/niet pluis), generalistische behandeling, thuiszorg. Echelon II omvat de functies: korte, snelle interventies met preventief oogmerk, ondersteuning eerste echelon, gespecialiseerde psychiatrische behandeling en verpleging, revalidatie. Echelon III omvat de functies: beschermzorg (asiel) en verpleeghuiszorg (last resort).

én: de as heeft 3 echelons

Het behandelproces

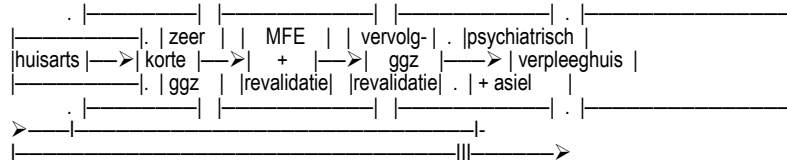
Ggz is een proces: gefaseerd, protocollair, transparant en daarmee controleerbaar. In het proces staat besluitvorming (indicatiestelling) over behandeldoel en -duur centraal. De besluitvorming is gekoppeld aan geïdentificeerde beslissende momenten in het zorgproces. De totale ggz, voor zover vallend binnen de ziektekostenvoorziening, is geëchelonneerd en bestaat op grond daarvan uit drie 'fasen'.

2ggz is protocollair en transparant

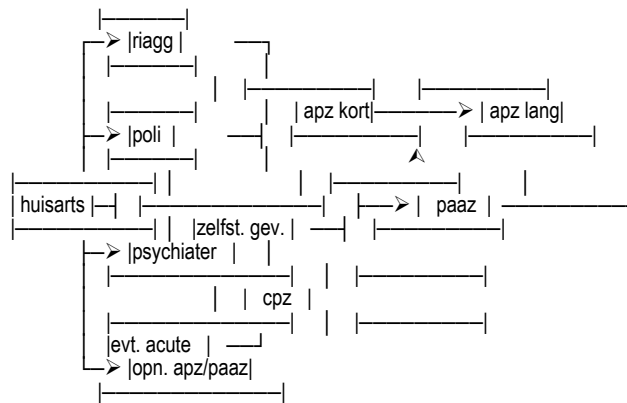
Patiënt en behandelaar maken met elkaar afspraken binnen dit algemene kader. Bij de afspraken over onder meer doel en duur dienen de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt en diens maatschappelijk perspectief voorop te staan. Uitgangspunt: de patiënt als burger met rechten en plichten.

én: afspraken over doel en duur met patiënt maken
patiënt: burger met rechten en plichten

In lijn gezet, ziet dit proces er zo uit:



Op dit moment is het zo:



De kerntaak

De ggz beperkt zich tot haar kerntaak: de zorg (care en cure) voor de meest kwetsbare groepen patiënten met psychische ziekten. Naast ziekte/stoornis, is de ernst van de beperking bepalend. Ggz is gezondheidszorg en selecteert bij de toegang met behulp van de gangbare instrumenten. De prioriteit ligt bij ernstige ziekte en meervoudige stoornissen en beperkingen.

3kerntaak ggz: care en cure voor de meest kwetsbare patiënten

Uit het voorafgaande trekt de RVZ de volgende conclusies. Deze conclusies zijn richtinggevend voor zijn adviezen over knippen en compartimenten in het volgende hoofdstuk.

3 conclusies:

1 Functionele fasen

Het zorgproces in de toekomstige ggz moet gefaseerd verlopen, waarbij 3 functionele fasen kunnen worden onderscheiden. Het hiermee corresponderende zorgaanbod moet aan de hand van functies gechelonnerd worden.

1functies in de ggz echelonneren; eerste- en tweedelijns ggz hangen volstrekt samen

De ggz in de eerste lijn en de tweedelijns ggz hangen functioneel samen en dienen fysiek, organisatorisch, professioneel en

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

<p>financieel in elkaars nabijheid te worden aangeboden. De functionele verwantschap van de verpleeghuispsychiatrie met de eerste en de tweede lijn is geringer dan die met de algemene verpleeghuissector.</p>	<p>derdelijns ggz functioneel niet verwant</p>
<p>De asielfunctie (beschermzorg) moet zoveel mogelijk worden onderscheiden van de behandelpsychiatrie. Voor beide laatstgenoemde zorgfuncties is verbijzonderen een beter toekomstperspectief dan integreren (met de overige ggz).</p>	
<p>2 <i>Knippen zijn inherent aan zorgverlening</i></p>	
<p>De Raad ziet geen aanleiding een principiële knip aan te brengen tussen psychosociale en psychiatrische zorgvragen. Wel wil de Raad een duidelijk onderscheid aanbrengen tussen de ggz als gezondheidszorg en zorg en opvang van psychiatrische patiënten buiten de ggz. Deze knip, die onder meer samenhangt met het onderscheid tussen wonen en zorg en dat tussen dienstverlening en zorg, moet wel overbrugd worden met bruggen tussen gezondheidszorg en andere zorg.</p>	<p>2knippen zijn er altijd géén knip psychosociaal- psychisch; wel knip gezondheidszorg - dienstverlening én wonen - zorg</p>
<p>3 <i>Financiële incentives</i></p>	
<p>Een financieringsknip, die om redenen van doelmatigheid soms gewenst is, hoeft nog niet te betekenen dat ook op het niveau van organisatie en uitvoering een knip bestaat.</p>	<p>3op niveau van de zorgorganisatie de juiste incentives toepassen</p>
<p>Minstens zo belangrijk als knippen, is het ontwikkelen en toepassen van de juiste incentives voor zorgaanbieders en verzekeraars.</p>	
<p>Deze moeten gericht zijn op het bevorderen van:</p>	
<p>- de maatschappelijke participatie van psychiatrische patiënten en dus op het aan elkaar koppelen van gezondheidszorg en maatschappelijke zorg;</p>	<p>-maatschappelijke participatie</p>
<p>- de zorg voor patiënten met meervoudige psychiatrische problematiek;</p>	<p>-meervoudige problematiek</p>
<p>- productinnovatie op de werkvloer, dat wil zeggen binnen de patiëntenzorg.</p>	<p>-productinnovatie</p>

4 Financiering en sturing van de ggz

4.1 Waarom praat men over de financiering van de ggz?

Waarom praat men in 1998 over de financiering van de ggz?

Omdat in 1998 de overheid voor andere uitdagingen staat:

- een brede basisverzekering is niet meer het politieke perspectief; de AWBZ is niet meer het middel daartoe; de compartimentering van het verzekeringsstelsel is daarvoor in de plaats gekomen;
- een vervagende grens tussen extra- en intramurale ggz; sociale en klinische psychiatrie vloeien ineen;
- een brede maatschappelijke discussie over de doelen van sociale stelsels, zoals de collectieve ziektekostenverzekeringen.

In bijlage 4 vat de Raad de beleidsomslag tussen 1989 en 1998 samen.

Conclusie: de beleidscontext is in de afgelopen 10 jaar sterk veranderd. De ggz staat voor nieuwe uitdagingen, gaat een nieuwe fase in. Op weg naar de 21^e eeuw zal binnen de ggz een aantal zaken moeten veranderen om goed op de uitdagingen te kunnen reageren.

Discussie over 'de knip' omdat:

- geen brede basisverzekering (AWBZ)
- intra- en extramurale ggz geïntegreerd
- samenleving wil duidelijke doelen
- problemen in ggz (wachtlijsten etc.)

4.2 Uitgangspunten voor financiering

In bijlage 4 gaat de Raad in op de uitgangspunten die hij hanteert bij het zoeken naar het toekomstig financieringsregime van de ggz. Samengevat gaat het om het volgende.

- Financiering is een instrument voor sturing op de zorgcontracteringsmarkt en op de verzekeringsmarkt. De zorgverleningsmarkt wordt voor een belangrijk deel aangestuurd langs andere wegen.
- Compartimentering maakt een gedifferentieerd sturingsstelsel mogelijk en dat is op zichzelf een goede beleidslijn in de gezondheidszorg. Compartimenteren, maar ook (andere vormen van) knippen werken alleen, indien de te differentieren (onderdelen van de) zorgaanspraken en de daaraan gelieerde collectieve budgetten, op toetsbare en handhaafbare wijze functioneel kunnen worden onderscheiden.
- Ggz behoort tot de algemene gezondheidszorg en is als zodanig, net als andere essentiële medische, verpleegkundige of

Uitgangspunten:

- financiering: contracteren en verzekeren
- compartimenten op zichzelf goed, maar wel onderscheid scherp houden
- ggz = gezondheidszorg = essentieel = verzekeraar
- scheiden wonen - zorg

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

psychologische zorg, in principe verzekeraar. Een substantieel deel van de ggz valt niet onder de RVZ-definitie van eerste compartimentszorg.

- De 'woon-zorgdiscussie' dient onverkort op de ggz te worden toegepast.

Dit brengt de Raad tot de conclusie dat voor het realiseren van zijn visie op domein, proces en organisatie van de ggz een ander sturings- d.w.z. financieringsconcept noodzakelijk is.

Voor realiseren zorgvisie Raad: andere financiering nodig

4.3 Visie

Voor het moment abstraherend van de verwante beleidsdiscussies over wonen en zorg en die over het derde compartiment, concentreren wij ons op een vergelijking van eerste en tweede compartiment. De knipdiscussie in de ggz overziend, lijkt de hamvraag te zijn: moet het eerste of moet het tweede compartiment van het verzekeringsstelsel de primaire thuishaven voor de ggz te zijn? Wat zijn van beide de potentiële voor- en de nadelen, als het gaat om de ggz? Bijlage 4 bevat een inventarisatie van denkbare voor- en nadelen. Naar aanleiding hiervan formuleert de Raad drie argumenten.

Drie argumenten rond de financiering van de ggz

1 Ggz is gezondheidszorg, behoort in de directe nabijheid van de overige gezondheidszorg te worden verleend, omdat er procesmatig en ten behoeve van de sturing geen wezenlijk onderscheid bestaat tussen psychische en somatische ziekten en deze bovendien regelmatig samen optreden. Tussen de ggz als gezondheidszorg en overige zorg voor psychiatrische patiënten moet echter wel een onomstreden onderscheid in sturingsverantwoordelijkheden worden aangebracht. Ook is een duidelijk profiel van de ggz nodig: het doel (competentie etc.) van deze zorg moet voor iedereen helder zijn.

1 ggz net zo contracteren als overige gezondheidszorg

2 De eerste en de tweede fase in het zorgproces in de ggz, met andere woorden de eerste- en de tweedelijns ggz, dienen op een en dezelfde wijze te worden aangestuurd en tot een en hetzelfde verantwoordelijkheidsgebied te behoren. De eerste en de tweede fase in het zorgproces in de ggz moeten in het sturingsstelsel onderscheiden worden van de derde fase, die van de verpleeghuis- en de beschermzorg. Deze lijn geldt in de gehele zorgsector en berust op een functionele redenering. Uniforme

2 eerste- en tweedelijns ggz: identieke aansturing, maar derdelijns ggz anders aansturen; uniforme financiering ggz geen noodzaak meer

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

financiering is op zichzelf voor de ggz van vandaag de dag geen noodzaak meer.

- 3 Vanuit het verzekeringsstelsel geredeneerd, is het van groot belang de bestaande onderdelen van dit stelsel zo duidelijk mogelijk ten opzichte van elkaar te profileren, zodat de sturingsverantwoordelijkheden duidelijk toegewezen kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de grenzen van het verzekeringsstelsel. In andere adviezen heeft de Raad dit onderbouwd.

3compartimenten scherp van elkaar onderscheiden

De Raad kiest niet voor een knip. De Raad kiest wel voor het dynamiseren en innoveren van de ggz, voor meer doelmatigheid en effectiviteit in de ggz, voor integratie met de somatische gezondheidszorg. Op grond hiervan, op grond van de drie argumenten en op grond van de afweging van voor- en nadelen van de twee compartimenten, meent de Raad dat ggz in het tweede compartiment thuis hoort. Dit standpunt impliceert twee dingen: ggz hoort daar thuis én: zorg voor psychiatrische patiënten is zo'n breed terrein dat niet alle vormen van ggz in dat compartiment kunnen worden ondergebracht en sommige onderdelen dus elders moeten worden geplaatst.

Ggz: tweede compartiment

De Raad gaat hier uit van de op dit moment geldende beleidsuitgangspunten met betrekking tot de compartimentering. De zorginhoudelijke visie van de Raad, in combinatie met deze beleidsuitgangspunten, brengt hem dan tot zijn keuze ten aanzien van de financiering. Met andere woorden, als het kabinet kiest voor compartimentering, dan leidt de zorgvisie van de Raad noodzakelijkerwijs tot de keus voor het tweede compartiment.

Zorg voor psychiatrische patiënten ook elders, bijvoorbeeld gemeenten

Het standpunt van de Raad leidt tot de volgende indeling.

Het financieringssysteem van de toekomst:

Eerste compartiment

In het eerste compartiment behoren het psychiatrisch verpleeghuis en de beschermopsychiatrie (asielfunctie). Het gaat dan om de derde fase in het zorgproces. Deze zorg kan, net als andere zorg, transmuraal worden aangeboden. Dat betekent dat vormen van intensieve, continue en langdurige extramurale verpleging, verzorging en begeleiding in combinatie met de residentiële zorg (en daarmee functioneel verweven) ook in het eerste compartiment thuishoren. Criterium is de blijvende en ook permanente afhankelijkheid van de patiënt van zorgprogramma's. De zorg wordt uitsluitend volgend op de ggz in het tweede compartiment geboden.

1eerste compartiment: psychiatrisch verpleeghuis en asielfunctie

Tweede compartiment

In het tweede compartiment bevinden zich de eerstelijns- en de tweedelijns ggz.

Binnen de eerstelijns ggz behoren huisarts en eerstelijns psycholoog (te weten de gezondheidszorgpsycholoog, voor 5 zittingen) wel, het algemeen maatschappelijk werk niet tot het tweede compartiment.

De tweedelijns ggz wordt consequent transmuraal aangeboden. Het onderscheid extramuraal en intramuraal is in dit verband niet relevant. De zorg omvat: diagnostiek/indicatiestelling/consultatie; behandeling (acuut, regulier, intermitterend, kort- of langdurend); revalidatie (waaronder trainingen).

Tot dit zorgarrangement behoren de reguliere activiteiten ten behoeve van verslaafde, jeugdige of andere patiënten, voor zover niet functioneel behorend tot de zorg die in het eerste compartiment wordt geboden. Ook de forensische psychiatrie ziet de Raad als tweedecompartimentszorg.

2tweede compartiment:
-eerstelijns ggz (huisarts en eerstelijns psycholoog)
-de gehele tweedelijns ggz

Derde compartiment

Het derde compartiment omvat de behandelingen door een eerstelijnspsycholoog (d.w.z. de gezondheidszorgpsycholoog) die langer duren dan 5 zittingen, alsmede activiteiten door de tweedelijns ggz ten behoeve van de arbozorg.

3derde compartiment:
onder meer arbozorg

Gemeentelijke zorg

Onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen de collectieve preventie, de openbare ggz, het algemeen maatschappelijk werk, delen van de verslavingszorg, de dak- en thuislozenzorg (waaronder sociale pensions), de zgn. schilvoorzieningen (zie rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg), maatschappelijke steunsystemen voor chronisch-psihiatrische patiënten (waaronder projecten voor dagbesteding/dagstructurering en revalidatieprogramma's) en de sociale werkvoorziening.

Voorts is het gemeentebestuur degene die onderhandelt met de woningcorporaties over huisvesting van psychiatrische patiënten.

4gemeenten:
-oggz en preventie
-amw
-verslavingszorg
-dak- en thuislozenzorg
-maatschappelijke steun
-dagbesteding
-sociale werkvoorziening
-huisvesting

In een schema, dat aan de samenvatting is toegevoegd, is het bovenstaande samengevat.

4.4 De vier 'knipvragen' van de minister van VWS

De minister van VWS stuurde op 24 juni 1997 de Tweede Kamer een brief over de geestelijke gezondheidszorg. In deze brief - zie bijlage 1 - gaat de minister onder andere in op de compartimentering van de ggz. Zij kondigt de Tweede Kamer een advies van de RVZ aan en zegt zich op grond van dat advies nader op de knip in de ggz te zullen beraden. Zij zegt daarover nu geen beslissing te kunnen nemen, voordat antwoord is gegeven op vier, voor haar, fundamentele vragen:

- | | |
|--|---|
| 1 "welke effecten heeft het brengen van ggz-instellingen onder twee verschillende financierings- en sturingssystemen op de organisatie en de samenhang van de zorgverlening; | De minister stelt de Raad 4 vragen over de knip:
-effecten |
| 2 kunnen afdoende maatregelen worden getroffen om eventuele nadelige effecten op te heffen; | -maatregelen |
| 3 als een knip mogelijk blijkt, op welke wijze dient deze dan te worden aangebracht (diagnose, soort behandeling, tijdsduur van behandeling, zorgcircuit), opdat de knip praktisch uitvoerbaar is en het na te streven doel ook inderdaad wordt bereikt; | -uitvoering |
| 4 op welke wijze kunnen afwentelingsmechanismen van het tweede op het eerste compartiment en vice versa worden voorkomen." | -afwenteling |

De Raad beantwoordt deze vragen als volgt.

1. Effecten op organisatie en samenhang zorgverlening

Deze vraag heeft strikt genomen betrekking op het wel of niet 'uniform financieren van de gehele ggz'. Eerder in dit advies stelde de Raad zich al op het standpunt dat 'uniform financieren' anno 1998 geen conditio sine qua non meer is voor de ggz.

In feite heeft de Raad deze eerste vraag dus al beantwoord en wel in paragraaf 4.3, bij de inventarisatie van de voor- en nadelen van de compartimenten 1 en 2. Er zijn positieve en negatieve effecten. Resumerend ziet de Raad de volgende potentiële effecten van een verdeling van het huidige zorgaanbod van ggz over twee compartimenten.

Vraag 1: effecten

Mogelijke nadelige effecten:

- afwentelingsgedrag van risicodragende verzekeraars op het eerste compartiment is denkbaar;
- strategisch gedrag van zorgaanbieders op het grensvlak van

Nadelige:
afwentelingsgedrag van verzekeraars en aanbieders

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

beide compartimenten is denkbaar.

Mogelijke positieve effecten:

- er ontstaat een helder onderscheid tussen eerste en tweede compartiments ggz, waardoor onder meer de systematiek van eigen bijdragen kan worden verbeterd, evenals de indicatiestelling; de eerstelijns ggz werkt als poortwachter in eenzelfde sturingssysteem;
 - doelmatigheid en effectiviteit kunnen toenemen door zorgdoelen;
 - analogie met zorgproces in de algemene gezondheidszorg waardoor integratie ggz zal worden bevorderd (decatégorialisering).
- Positieve:
-onderscheid in zorgfuncties wordt beter waardoor aansturing kan verbeteren
-doelmatigheid en effectiviteit
-analogie met zorgproces in algemene gezondheidszorg

Dit zijn de mogelijke effecten van het compartimenteren van ggz, d.w.z. van het afstappen van de uniforme financiering van de gehele ggz. Daarnaast kunnen er effecten verbonden zijn aan het in het tweede compartiment onderbrengen van de ggz. Bij het beantwoorden van de tweede vraag van de minister hieronder, bespreekt de Raad beide soorten effecten.

2. Maatregelen gericht op het te niet doen van nadelige effecten

De Raad heeft op basis van recente literatuur en op basis van gesprekken een inventarisatie en een analyse gemaakt van denkbare, al dan niet vermeende risico's, verbonden aan het overhevelen van de ggz naar het tweede compartiment. In bijlage 4 worden deze risico's besproken en voorzien van voorstellen gericht op het te niet doen van eventuele nadelige effecten. Samengevat, ziet de Raad de volgende oplossingsrichtingen als de belangrijkste (naast andere):

Vraag 2: maatregelen

- de ggz in het verzekeringspakket niet als een uitzondering behandelen;
 - de ggz als een geïntegreerde (ongedeelde) verstrekking in het tweede compartiment opnemen als essentiële gezondheidszorg; 'kwetsbare' vormen van ggz die zich niet lenen voor het tweede compartiment onderbrengen in het eerste compartiment; glashelder onderscheid in de twee vormen van ggz;
 - toegang tot het tweede compartiment via huisarts; indicatiestelling aan de poort van de ggz; eerste compartiment bereikbaar via het tweede compartiment, specifieke indicatiegebieden benoemen; de AWBZ-capaciteit normeren;
 - transparante catalogus van ggz-producten; controleerbaarheid op de zorgcontracteringsmarkt, meer inzicht in prijs/kwaliteit
- De Raad heeft alle risico's gewogen, hij ziet oplossingen:
-geen uitzonderingen voor ggz maken in verzekering
-ggz als: ongedeelde verstrekking formuleren
-een AWBZ-verstrekking ggz daarvan glashelder onderscheiden
-tweedelijns ggz: via huisarts
-eerste compartiment: via de tweede lijn
-AWBZ-capaciteit normeren
-indicatiestelling
-zorgproducten
-traceerbare zorgbudgetten

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

- teitverhouding; toezicht op de contractering versterken; traceerbare budgetten vaststellen en bewaken (toezicht op doelmatigheid en rechtmatigheid); transactiekosten zorgcontractering maximaliseren; fysieke onderscheidingen aanbrengen in het zorgaanbod;
- differentiatie in de eigenbijdrageregeling tussen de compartimenten;
 - meer en duidelijker verantwoordelijkheden voor de gemeenten met verantwoordingsplicht.
- verschillende eigen bijdragen

De conclusie die de RVZ hieruit trekt, is de volgende: in de literatuur worden risico's genoemd, verbonden aan tweestromenfinanciering van de ggz en aan tweede compartimentsfinanciering van de ggz. De Raad heeft deze potentiele risico's gewogen. Zijn conclusie is dat, voor zover nodig, overheidsmaatregelen zijn te treffen die gericht zijn op het beperken van deze risico's. Bij de aanbevelingen wordt hierop teruggekomen.

3. Het aanbrengen van een knip

De Raad ziet vijf mogelijke knipcriteria.

- 1 *Aard van de zorg*: in de AWBZ horen de onverzekerbare risico's, te weten op beschermzorg (dat is integrale zorg) en op langdurige intensieve (d.w.z. continue) verpleging, verzorging en begeleiding (zie RVZ-advies AWBZ); andere vormen van gezondheidszorg, d.w.z. andere functies, horen in compartiment twee. Dit is voor de Raad de primaire optie.
- 2 *Behandelduur*: volgens de nu gangbare compartimentering behoort langerdurende zorg in het eerste compartiment; in de ggz, met zijn relatief lange behandelduur, zou kunnen gelden een grens van 24 maanden (> 24 maanden is eerste compartiment). Dit is voor de Raad een bespreekbare optie.
- 3 *Care of cure*: verpleging/verzorging of curatieve zorg: dit is geen zinvol ordeningsprincipe voor financierings- en sturingsaangelegenheden; het tweede compartiment is nu al een combinatie van care en cure. Dit is voor de Raad geen bespreekbare optie.
- 4 *Algemene of categoriale (c.q. sectorale of specifieke) zorg*: hier staan in contrast de algemene, integrale zorg voor de gezondheid en de specifieke zorg voor de geestelijke gezondheid (een domein van specifieke stoornissen en beperkingen), met als vraag: is de tweede vorm van zorg een onderdeel van de eerste, zoals dat bijvoorbeeld geldt voor de diabeteszorg, of is dit een zelfstandige zorgsector naast de algemene? Het bijzondere van

Vraag 3: uitvoering

Een knip kan men op 5 manieren aanbrengen:

- aard zorg (functie)
- duur
- care of cure
- algemeen of categoriaal
- zorgcircuits

Raad kiest voor:

- de functie
- de duur

een vorm van zorg is geen ordeningsprincipe voor financiering, wel eventueel een organisatieprincipe voor de patintenzorg. Voor de Raad geen bespreekbare optie.

- 5 *Zorgcircuit*: de redenering van de RVZ geldt in principe ook voor de subcircuits voor kinderen/jeugdigen, voor verslaafden, voor ouderen en voor forensisch-psychiatrische patinten; desondanks kan de Raad zich voorstellen dat voor enkele van deze subcircuits een uitzondering wordt gemaakt (voor de ggz voor ouderen) en voor het eerste compartiment wordt gekozen, bijvoorbeeld omdat de zorg in kwestie functioneel behoort tot het AWBZ-pakket of met andere AWBZ-verstrekingen een zeer nauwe band dient te onderhouden.

Als het oordeel van de Raad over de knipcriteria wordt gevolgd, zou de financiering van de ggz als volgt kunnen verlopen.

- 1 ggz vindt plaats in het tweede compartiment, tenzij ... (bewijslast bij dit compartiment); het tenzij wordt ingevuld door het tweede compartiment, dat hierover publiekelijk verantwoording aflegt;
- 2 na 6 tot 12 maanden ggz vindt herindicatie plaats met als vraag: is eerste compartimentszorg geïndiceerd? Na 24 maanden volgt in ieder geval een AWBZ-indicatie;
- 3 de ggz in het eerste compartiment heeft een strikt indicatiegebied; de patiënt moet zijn aangewezen op langdurige (dat wil zeggen aaneengesloten, continue), intensieve verzorging/-verpleging/begeleiding, dan wel op 'beschermszorg';
- 4 intermitterende chronische zorg is reguliere gezondheidszorg, bestaande uit opeenvolgende zorgepisoden, en dus tweede compartiment, vergelijkbaar met bijvoorbeeld reumazorg; chroniciteit is op zichzelf geen ordeningsprincipe voor sturings- en financieringskwesties;
- 5 in uitzonderingsgevallen kan specialistische vervolgbehandeling of langdurige revalidatiezorg (doel: herstel of behoud van zelfstandigheid) in het tweede compartiment geïndiceerd zijn (12-24 maanden);
- 6 in alle gevallen is indicatiestelling nieuwe stijl het beslissende instrument, hierbij dient het zorgdoel gexpliciteerd te worden (n.b. de compartimenten hebben verschillende zorgdoelen); dit moet leiden tot een behandel- of zorgplan met expliciete tijdslijmieten.

4. *Het voorkomen van afwentelingsmechanismen*

Het antwoord op deze vraag heeft de Raad meegenomen in het antwoord op vraag 2. In aanvulling hierop de volgende opmerkingen.

Financiering langs deze lijnen:

- ggz is tweede compartiment
- na 6 - 12 maanden herindicatie, na 24 maanden: AWBZ
- eerste compartiment: strikt indicatiegebied
- intermitterende zorg is tweede compartiment

Vraag 4: afwenteling

- de invoering van een knip vereist draagvlak bij de zorgaanbieders;
 - bewijslast moet liggen bij het tweede compartiment; het eerste compartiment dient betrokken te zijn bij de indicatiestelling en bij de zorgtoewijzing tussen beide compartimenten;
 - alvorens over te gaan tot een knip, moeten de administratieve procedures rond zijn en het machtigings- en het betalingsverkeer geregeld en getoetst; hetzelfde geldt voor de contracten tussen verzekeraars en aanbieders; eventueel uitproberen in een proefregio;
 - een transparante financiële administratie van de verschillende zorgaanpakken, toezicht en voldoende public accountability;
 - incentives voor ongewenst strategisch gedrag bij zorgaanbieders vooral het bekostigingssysteem.
- Dit voorkomen door:
- draagvlak te creëren
 - bewijslast bij ggz in tweede compartiment
 - indicatiestelling
 - werkbaar administratieve procedures
 - transparante bekostiging en verantwoordingsplicht
 - juiste incentives in bekostiging

In het algemeen is het noodzakelijk dat de sturingssystemen van de beide compartimenten niet met elkaar moeten interfereren. In de uitwerking van de twee sturingssystemen zal de komende jaren juist het afwentelen een van de punten van aandacht moeten zijn voor de overheid. Dit geldt overigens niet alleen voor de ggz.

5 Advies RVZ: aanbevelingen

5.1 Algemene beleidsaanbevelingen: het beleidsproces

Een zorgvisie voor de ggz

De Raad ziet als centraal probleem op het terrein van de ggz: de bestaande onduidelijkheid over het doel van deze zorg (zie verder hoofdstuk 2). Alle andere problemen in de ggz - met de effectiviteit van de zorg etc. - vloeien daaruit voort. De Raad beveelt de minister aan deze onduidelijkheid zo snel mogelijk weg te nemen. Een goed hulpmiddel daarbij is een 'zorgvisie' van de minister op de ggz. De Raad beveelt aan het overheidsbeleid in de komende regeerperiode te baseren op een, alle aspecten van de ggz omvattende, zorgvisie. Met dit advies wil de Raad een bijdrage leveren aan het tot stand komen van een zorgvisie (zie in het bijzonder de hoofdstukken 3 (zorgproces) en 4 (structuur en financiering)).

Aanbeveling: een zorgvisie voor alle vormen van ggz

Het op grond van de Kaderwet adviescolleges te formuleren kabinetstandpunt op dit advies zou in feite deze zorgvisie kunnen zijn.

Advies: een bijdrage hieraan

De Raad vindt een zorgvisie als beleidskompas om nog een reden gewenst. Een integrale visie stuurt het beleid op hoofdlijnen over een langere periode (4-5 jaar). De visie kan daarmee een belangrijke rol vervullen in het overleg met het veld. Niet de visie zelf, wel het realiseren moet worden besproken met het veld. De zorgvisie vormt de grondslag van een door overheid en veld gedragen beleidslijn op hoofdlijnen voor een aantal jaren. Daarbij kunnen kabinet en organisaties in de ggz afspraken maken die ter toetsing aan het parlement worden voorgelegd.

Aanbeveling: kabinet en veld maken meerjarenafspraken

Maatschappelijk ondernemerschap

Het aantrekkelijke van deze aanpak is dat een combinatie van overheidssturing op hoofdlijnen, parlementaire controle en maatschappelijk ondernemerschap binnen handbereik komt. Bovendien zal het de coördinatie van het beleidsproces door het kabinet vergemakkelijken. De overheid als regisseur van een complex, meerjarig beleidsprogramma, waarbinnen iedereen - toezicht, uitvoering, onderzoek, advies etc. - weet wat zijn verantwoordelijkheid en taak is.

Overheid: stimuleer maatschappelijk ondernemerschap!

De Raad ziet deze aanpak ook als noodzakelijk. Het zojuist

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

genoemde centrale probleem - een onduidelijke missie - zal tot steeds meer ernstige fricties leiden. De kritiek vanuit de samenleving op de prioriteitenstelling in de ggz, in combinatie met bestaande wachttijden, zal alleen maar toenemen.

Dergelijke ontwrichtende processen kan men alleen in positieve richting beïnvloeden met behulp van het veld. Het veld moet dan wel geloven in de beleidslijn. Kabinet en organisaties in het veld zouden afspraken kunnen maken over het reguleren van de spanning tussen de bestaande budgetmaximering en de toenemende vraag. Daarvoor is een stimulerende zorgvisie van de overheid nodig.

Overheid regisseert het beleidsproces, maar werkt samen met veld

Minder beleidsdrukte

De Raad pleit voor minder beleidsdrukte in de ggz. Dat zal op zichzelf al sanerend en stimulerend werken. De combinatie van sturen op hoofdlijnen, in het bijzonder minder aanbodregulering en het mogelijk maken van maatschappelijk ondernemerschap is een voorwaarde voor verandering.

Aanbeveling: verminder de beleidsdrukte d.w.z. het aantal doelen en de aanbodregulering; laat meer over aan het veld

Het ggz-beleid overziend, in het bijzonder de veelheid en de wisseling van beleidsdoelen (zie de achtergrondstudies) en de gedetailleerdheid van de beleidsdiscussies, komt de Raad tot dit pleidooi voor eenvoud, overzichtelijkheid en hoofdlijnen. Dit geldt in het bijzonder voor de beleidsonderdelen Zorg op maat in de AWBZ en Zorgvernieuwing.

Beleidsdoelen

De zorgvisie zou vertaald moeten worden in enkele controleerbare beleidsdoelen; dit advies biedt voorbeelden. De Raad stelt voor dat de instellingen in de ggz jaarlijks publiekelijk verantwoording afleggen van de wijze waarop zij werken aan het bereiken van die doelen. Daarover kan dan een parlementair debat plaatsvinden. Beleidsrelevante en geloofwaardige informatie, verkregen uit de indicatiestelling, uit de afstemming van vraag en aanbod en uit de bedrijfsvoering (onder meer productontwikkeling) is daarbij essentieel. Overheid en veld moeten gezamenlijk de parameters vaststellen waaraan kwaliteit getoetst wordt. De uit het primaire proces afkomstige beleidsrelevante informatie zou door een onafhankelijk instituut geanalyseerd moeten worden.

Aanbeveling: weinig beleidsdoelen, maar wél controleerbare

Aanbeveling: een onafhankelijk instituut voor informatie-analyse

Brede benadering van de zorgvisie

De Raad stelt voor om bij het formuleren van de zorgvisie, respectievelijk het kabinetsstandpunt de adviezen over de AWBZ, over wonen en zorg en over de sturing van het verzekeringsstelsel te betrekken. Dit advies over de ggz is geformuleerd in nauwe

Aanbeveling: kies een brede benadering bij de zorgvisie

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

samenhang met deze andere adviezen van de Raad. Zij behoren tot eenzelfde redeneerlijn.

5.2 Specifieke beleidsaanbevelingen

De eerstelijns ggz

De overheid treedt zo spoedig mogelijk met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Interfacultair Overleg Huisartsengeneeskunde (IOH) in overleg over een meerjarig programma gericht op het versterken van het 'ggz-vermogen' (onder andere de poortwachtersrol voor de ggz) van de huisarts. Het programma heeft een looptijd van circa vijf jaar. In het overleg worden afspraken gemaakt over het creëren van de voorwaarden waaronder een effectieve eerstelijns ggz tot stand kan komen (onder meer: huisartsengroepen). De Raad beveelt aan in het derde huisartsenjaar de stage meer te richten op de psychiatrie. Bij het overleg wordt van meet af aan betrokken de ggz, die de noodzakelijke expertise moet leveren.

Aanbeveling:
-VWS en huisartsen ontwerpen een meerjarig ontwikkelingsplan
-hagro-model
-opleiding huisarts; derde jaar

Huisartsen, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen bereiken zo spoedig mogelijk consensus over de taakverdeling in de eerste lijn, daartoe formeel uitgenodigd door de minister. Dit kan de basis zijn voor overheidsbeleid en voor contracten tussen de drie beroepsgroepen over verwijzen, bereikbaarheid en rapportage. Verzekeraars betrekken deze contracten in hun regionale contracteringsbeleid. De minister en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) komen tot concrete afspraken over de kwantitatieve en kwalitatieve inzet van het algemeen maatschappelijk werk in de eerstelijns ggz.

Aanbeveling: minister nodigt huisartsen, amw en eerstelijns psychologen uit een samenwerkingsovereenkomst te maken

De Raad beveelt aan in de wettelijke zorgaanspraken ZFW een plaats in te ruimen voor de eerstelijnspsycholoog (gezondheidszorgpsycholoog in de Wet BIG) met de in hoofdstuk 3 van dit advies beschreven taak (verwijzing door huisarts; terugverwijzing naar huisarts; beperking aan gesprekken tot 3 à 5; geen psychotherapie).

Aanbeveling: eerstelijnspsycholoog in het basispakket

De rijksoverheid stimuleert het tot stand komen van vestigingen van de ggz in de eerste lijn. De bekostigingssystematiek van de (tweedelijns) ggz dient de export van expertise richting eerste lijn, waaronder psychiatrische diagnostiek, te bevorderen.

Aanbeveling: in WVG consultatie bevorderen

De rijksoverheid bevordert een locatiekeuze door de tweedelijns ggz, die lokale zorgnetwerken met de eerste lijn en met het algemeen ziekenhuis mogelijk maakt. Zo zou de uitvalsbasis van de tweedelijns ggz, de multifunctionele psychiatrische voorziening, in het werkgebied van huisartsengroepen moeten liggen. De schaalniveaus moeten compatibel worden.

Aanbeveling: locatiekeuze tweedelijns ggz meer laten aansluiten op somatische zorg

Indicatiestelling

De toegang tot de (tweedelijns) ggz verloopt via een eenvoudige, maar doeltreffende indicatiestelling door ggz-deskundigen volgens de in de gezondheidszorg gangbare praktijk (zie hoofdstuk 3). De huisarts verwijst naar deze indicatiestelling. Essentieel element in de formele toelatings- en toestemmingsprocedure is de samenwerking van huisarts en indicatiestelling in de ggz.

Aanbeveling: minister bevordert tot stand komen indicatiestelling in tweede lijn

Aan deze indicatiestelling is een mogelijkheid voor zeer kortdurende behandeling verbonden, al dan niet in de eerste lijn, zonder wachttijd. De huisarts vraagt aan. De overheid stimuleert de introductie van een geprotocolleerde indicatiestelling. Veld en overheid creëren samen een onafhankelijk orgaan ten behoeve van de analyse van de beleidsinformatie die deze indicatiestelling oplevert (zie 5.1). Beide respecteren de uitkomsten ten aanzien van de overheidsbemoediging met de afstemming van vraag en aanbod.

De ggz in het tweede compartiment

De overheid verzoekt de ZFR een nieuwe zorgaanspraak 'ggz' te ontwerpen. Deze omvat een aantal psychiatrische zorgfuncties van essentiële aard.

Aanbeveling: ZFR ontwerpt een nieuwe zorgaanspraak psychiatrische zorg ZFW

De zorgaanspraak is transmuraal van karakter, het onderscheid tussen ambulante en klinisch wordt op aansprakenniveau opgeheven. De zorgaanspraak is functioneel en niet institutioneel van aard.

Onderdelen van de zorgaanspraak: diagnostiek en indicatiestelling, kortdurende behandeling, intensieve geïntegreerde psychiatrische zorg van 1-3 maanden, intensieve langdurige revalidatie, inclusief trainingsprogramma's, facetbeleid door/vanuit de ggz (zie verder hoofdstuk 3).

De huidige eigenbijdrageregeling wordt geharmoniseerd met hetgeen gangbaar is in het tweede compartiment.

Aanbeveling: eigen bijdragen conform tweede compartiment

Alleen zorgaanbod dat in sociaal-economisch opzicht aselectief werkt, komt voor collectieve financiering in aanmerking. Meer dan nu wordt gebruik gemaakt van het derde compartiment (voor zorgaanbod dat selectief of onvoldoende effectief werkt).

Aanbeveling: niet-effectief zorgaanbod naar derde compartiment

Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw

De ggz in het eerste compartiment: de derdelijns ggz.

De overheid verzoekt de ZFR een nieuwe zorgaanspraak intensieve 'psychiatrische verpleging en verzorging' binnen de AWBZ te ontwerpen. Deze zorg heeft een specifiek doel en een eigen indicatiegebied en omvat enerzijds een verpleeghuisachtige en anderzijds een bescherm - of asielfunctie (zie verder hoofdstuk 3). In trefwoorden gaat het om: langdurige en aaneengesloten zorg (continu) met een intensief karakter, aangeboden in combinatie met wonen en dienstverlening; doel: bescherming van patiënt en samenleving met behulp van toezicht enz. Zie verder het RVZ-advies Thuis in de ggz.

Na 6 tot 12, maar uiterlijk 24 maanden aaneengesloten tweedelijns ggz, bepaalt herindicatie of deze zorg geïndiceerd is. De functionele verwantschap met ouderenzorg en verpleeghuiszorg wordt vorm gegeven in de aanspraak.

Deze derdelijns ggz is uitsluitend toegankelijk via een onafhankelijke indicatiestelling, waarbinnen gewerkt wordt met een goed begreemd, naleefbaar en controleerbaar indicatiegebied. De zorgtoewijzing ter zake vindt plaats onder stringente normering van de beschikbare capaciteit.

De minister van VWS en de VNG maken afspraken over de wijze waarop de verschillende vormen van ggz (zie hiervoor hoofdstuk 3) op elkaar kunnen worden afgestemd. In dat verband moet de coördinatiefunctie in de zorgverlening worden vastgelegd. Eenvoudig uitgangspunt hierbij: degene bij wie de patiënt in zorg is, draagt de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht bij 'verkeerde bed problemen'. Gemeenten leggen in 'jaarverslagen' verantwoording af over de wijze waarop zij hun deel van de ggz uitvoeren. De Raad beveelt aan de gemeenten, via hun ggd'en, een centrale rol te geven in de coördinatie van de zorg en de opvang van de 'moeilijkste' patiënten (psychiatrische zwervers).

Aanbeveling: ZFR ontwerpt nieuwe AWBZ-aanspraak verpleeghuispsychiatrie en asielfunctie

Aanbeveling: minister en VNG maken afspraken over:
-coördinatie
-verantwoordelijkheidsverdeling
-verantwoording gemeenten

De financiering van de tweedelijns ggz

Hoofdstuk 4 van dit advies bevat een aantal voorstellen, gericht op het te niet doen van potentiële risico's verbonden aan het overhevelen van de ggz naar het tweede compartiment. De Raad is van mening dat met behulp van de daargenoemde overheidsmaatregelen de risico's afdoende kunnen worden afgedekt.

Aanbeveling: maatregelen gericht op teniet doen ongewenste effecten treffen

Bekostiging

Onderzocht moet worden met behulp van welke financiële incentives het zorgaanbod meer kan worden gericht op de ggz ten behoeve van mensen met meervoudige beperkingen en handicaps. Effecten bij relatief ernstige stoornissen met maatschappelijke handicaps dienen tot hogere inkomsten van zorgaanbieders te leiden.

Aanbeveling: incentives ontwikkelen voor prioriteit bij ernstige stoornissen

In de bekostigingssystematiek dient de export van ggz-expertise vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn en naar de maatschappelijke zorg bevorderd te worden.

Aanbeveling: veld presenteert een publieke catalogus van zorgproducten

Binnen enkele jaren presenteren partijen een publieke catalogus van zorgproducten. Per product is het doel aangegeven en het potentiële (al dan niet maatschappelijke) effect. Toezicht en public accountability verdienen hier de voorkeur boven rechtstreekse overheidsregulering.

De overheid handhaaft een budgetteringsbeleid voor de ggz. De eerste- en tweede compartimentsbudgetten worden strikt gescheiden. Wachtlijstgelden gaan niet naar instellingen met, maar naar instellingen zonder wachtlijsten. Daardoor wordt efficiënt werken beloond.

Aanbeveling:
-budgettering eerste en tweede compartiment strikt scheiden
-wachtlijstgelden naar instellingen zonder wachtlijst
-in bekostiging geen uitzondering voor ggz

Overheveling naar het tweede compartiment zou wel moeten inhouden dat de in dat sturingssysteem gangbare instrumenten voor kostenbeheersing ook op de ggz worden toegepast (dus geen uitzonderingen). De huidige aanbodregulering in de ggz kan, voor wat de Raad betreft, worden afgebouwd tot het niveau dat voor andere gezondheidszorg geldt.

Zorgvernieuwing

De nadruk binnen de zorgvernieuwing zou gelegd moeten worden op de productvernieuwing.

Aanbeveling: zorgvernieuwing is produktvernieuwing op niveau patiëntenzorg

De Raad beveelt aan het beleid op het terrein van zorgvernieuwing en zorg op maat te vereenvoudigen en aan te passen aan hetgeen gangbaar is in het tweede compartiment. Hierbij kan het concept van het maatschappelijk ondernemerschap een faciliterende rol

spelen. In een stimulerende omgeving komt zorginnovatie tot stand. Bovendien is vooral behoefte aan innovatie op het niveau van de patiëntenzorg (de herstelfunctie en de revalidatie) en minder op het niveau van beleid en organisatie.

Effectiviteit

De overheid moet het beleid concentreren op enkele kerndoelen, waaronder de effectiviteit van de zorg. Daarbij zullen dan wel de gestelde zorgdoelen helder moeten zijn. Effecten van ggz zijn deels maatschappelijk van aard. Zie eerder hierover gemaakte opmerkingen (bijvoorbeeld bij bekostiging).

Aanbeveling: beleidsconcentratie op de effectiviteit van de zorg

Kosten

Op verzoek van de Raad hebben ZFR (stuk ligt bij de RVZ ter inzage) en NZi (zie de achtergrondstudie bij dit advies) onderzocht welke en hoeveel kosten verbonden zijn aan de terugheveling van de ggz naar het tweede compartiment. De Raad concludeert op grond hiervan dat op dit moment geen zinvolle uitspraken kunnen worden gedaan over de administratiekosten verbonden aan de terugheveling. Door het NZi wordt een geschat bedrag van f. 200 mln. genoemd. De ZFR vermeldt echter een aantal belangrijke onzekerheden.

Essentieel voor de beheerskosten is dat de RVZ voorstelt de nieuwe verstrekking ZFW aanzienlijk te vereenvoudigen ten opzichte van de huidige verstrekkingen AWBZ. Niet alleen terugheveling dus, maak ook versimpeling. Dat kan tot besparingen leiden.

6 Implementatie

De Raad stelt zich de follow-up van het advies als volgt voor.

- 1 Het kabinet neemt, conform de Kaderwet adviescolleges, een standpunt in over het advies. Dit zou een zorgvisie kunnen zijn op de ggz. Aan dit beleidsdocument zou een beleidshorizon van vier jaar gegeven kunnen worden.
- 2 Nadat het kabinetsstandpunt is ingenomen, voert de minister overleg met parlement en veld. Het overleg met het veld heeft betrekking op de uitvoering van de zorgvisie in de komende kabinetsperiode. Overheid en veld streven naar afspraken met betrekking tot de eind 2002 te realiseren beleidsdoelen. Hiertoe wordt een eenvoudige, maar wel gekwantificeerde systematiek van doelen en middelen ontworpen.
- 3 De gemeenten worden bij het overleg betrokken als een van de essentiële partners betrokken bij de uitvoering van de ggz.
- 4 De afspraken tussen overheid en veld hebben ook betrekking op de wederzijdse informatievoorziening.
- 5 De minister installeert een onafhankelijke begeleidingsgroep die onder haar verantwoordelijkheid leiding geeft aan het realiseren van de zorgvisie en aan het herijken van het overheidsbeleid op het terrein van de ggz. Patinten, beroepsbeoefenaren, instellingen en financiers worden bij het proces betrokken.
- 6 De reikwijdte van dit project beperkt zich niet tot de ggz in engere zin, maar omvat ook de gemeentelijke zorg, de eerstelijns zorg en de ziekenhuiszorg.
- 7 De uitvoering van dit project vindt plaats in nauwe samenhang met andere beleidstrajecten, zoals Wonen en zorg en de Toekomst van de AWBZ.

De implementatie:

- een kabinetsstandpunt = zorgvisie
- parlementair debat
- overleg met veld: meerjarenafspraken
- invoeringshorizon: 2002
- gemeenten van meet af aan erbij
- een begeleidingsgroep
- afstemming met beleid AWBZ en Wonen en zorg

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1998
ISBN: 90-5732-024-x

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 97/11*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg