



SBCM

A&O-fonds sociale werkvoorziening

Brancheprofiel GGZ en Maatschappelijke opvang;

**Verschijningsvormen en organisatiestrategieën op
het terrein van arbeid en arbeidsmatige
dagactiviteiten**

Sint-Michielsgestel, 1 december 2011

Tom de Haas

Samenvatting

De sector

De afgelopen jaren is het gebruik van GGZ-zorg sterk toegenomen. Sinds 2001 is het aantal hulpvragen met 87 procent toegenomen, een jaarlijkse groei van bijna 10 procent. De toegenomen hulpvraag wordt voornamelijk toegeschreven aan een lagere drempel voor GGZ-zorg. De meest voorkomende klachten zijn stemmingsklachten (depressie), gedragsproblematiek en angst- en spanningsklachten. Het grootste gedeelte van de cliënten (47%) is geholpen met een korte behandeling (korter dan drie maanden) en ontvangt ambulante begeleiding (90%). Een aanzienlijk kleiner aantal cliënten (38.000) verblijft langdurig in GGZ-instellingen. Dit zijn cliënten met zeer ernstige psychische stoornissen, die vaak langdurig zorg ontvangen.

Ontwikkelingen in de sector

De GGZ-zorg heeft zich in de afgelopen tientallen jaren sterk ontwikkeld. Tot de jaren '80 van de vorige eeuw vond de zorg voor mensen met een psychiatrische achtergrond veelal plaats in grote psychiatrische instituten, afgesloten van de samenleving. In de jaren '80 komt er steeds meer aandacht voor de zorg en behandeling (door behandelaren) van mensen met langdurige psychische, psychiatrische problematiek. In de jaren '90 vindt er een verschuiving plaats van een sterk medisch perspectief naar kwaliteit van leven, rehabilitatie en integratie. Kleinschalige woonvormen, extramurale behandelings- en begeleidingssettings ontstaan. Scheiden van wonen en zorg wordt een belangrijk thema. De laatste jaren wordt een ontwikkeling gezien van meer extramurale en begeleidingstherapieën, onder meer met behulp van E-health. Daarnaast is er sinds 2000 een krachtige beweging zichtbaar die zich onder aanvoering van GGZ Nederland richt op herstel en burgerschap. Ook juist voor de groep langdurige en complexe zorgvragers. Werk en leren spelen een belangrijke rol in het verwerven en behouden van volwaardig burgerschap.

Financiering

Tot en met 2004 werd de GGZ betaald uit de AWBZ. Vanaf 2005 wordt ruim twee derde van alle GGZ-kosten betaald vanuit de zorgverzekeringswet (ZVW). Het accent in deze wet ligt op herstel, behandeling en is medisch van oriëntatie. Tot 30 procent van de GGZ-kosten wordt betaald uit de AWBZ. De rest door de WMO. Sinds 2005 betaalt het ministerie van Justitie zelf de TBS-klinieken. Vanaf 2013 wordt de functie begeleiding voor ambulante cliënten overgeheveld van de AWBZ naar de WMO en komt daarmee steeds verder uit de focus van de (grote) GGZ-instellingen.

Aanbieders in de sector

Binnen de GGZ-sector is een diversiteit van aanbieders te vinden. Een belangrijk onderscheid betreft de eerste en tweedelij. De eerstelijns psychologische zorg bestaat uit de zorg die wordt geboden door huisartsen, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijns psychologen. Het aanbod in de tweedelij (specialistische zorg) is groot. De volgende GGZ-voorzieningen worden onderscheiden: ambulante hulp (RIAGG), opnamevoorzieningen (algemeen psychiatrische ziekenhuizen), woon- en verblijfsvoorzieningen (RIBW), voorzieningen rond dagbesteding en

arbeid (recreatieve, educatieve of arbeidsmatige dagbestedingscentra) en voorzieningen op het gebied van preventie en algemene dienstverlening (OGGZ). Er zijn twee opeenvolgende fusietrends geweest. De eerste richtte zich op een regionale bundeling van GGZ-voorzieningen. De tweede fusiegolf is regio-overstijgende schaalvergroting. Op dit moment hebben veertig GGZ-concerns de markt vrijwel in handen. Voorzieningen van de maatschappelijke opvang (crisisopvang, dak- en thuislozenopvang en vrouwenopvang) zijn vaak onderdeel van een GGZ-concern. Daarnaast kent de maatschappelijke opvang ook 'eigen voorzieningen' die veelal vanuit gemeenten of in regio's worden georganiseerd.

Inzet op herstel en burgerschap

GGZ Nederland en de RIBW-alliantie kiezen nadrukkelijk voor volwaardig burgerschap. De focus ligt op herstel en participatie; ook in het arbeidsproces. De visie wordt sectorbreed onderschreven. De druk op het realiseren van deze visie neemt toe. De financiering van de GGZ vanuit de zorgverzekeringswet is steeds meer gericht op het medische stuk, genezing. De AWBZ wordt steeds smaller. Begeleiding en participatie gaan naar de gemeente. En voorzieningen in de WWB en Wsw komen in een heel nieuw vaarwater, waar sprake is van aanhoudende krimp van budgetten. De eerder genoemde ontwikkeling in de financiering van de GGZ; kortlopend, medisch gericht zet spanning op de doelstellingen van herstel en burgerschap.

Marktontwikkeling en organisatiestrategie

De afgelopen jaren is er een grote fusiebeweging geweest onder GGZ-organisaties. Het toegenomen belang van een sterke marktpositie, ten opzichte van concurrenten en verzekeraars, was een drijfveer voor een aanhoudende fusiebeweging. De eerste golf had tot doel een breed aanbod van diensten en faciliteren van ketenzorg binnen de regio tot stand te brengen. De tweede golf van meer interregionale fusies betreft vooral de meer expansiezoekende organisaties. Een nieuwe groep van GGZ-aanbieders die zich richt op enkelvoudige, kortdurende behandelingen ontwikkelt een nieuwe markt die vaak wordt gefinancierd door een combinatie van collectieve en private middelen.

Perspectief

Bovenstaande bewegingen hebben consequenties voor GGZ-organisaties die zich richten op arbeidsre-integratie. Binnen de GGZ lijkt de ondersteuning bij re-integratie in of naar werk te versmallen. Er blijven wel gespecialiseerde voorzieningen voor mensen met langdurige psychische problematiek die langdurig zijn opgenomen en (al langere tijd) geen betaalde baan hebben. De overheersende opvatting binnen de GGZ is dat re-integratie naar werk, van werkzoekenden die niet langdurig patiënt zijn van de GGZ, moet plaatsvinden binnen de kaders van WSW, Wia en Wajong. Zo ontstaat het risico van een forse scheiding tussen de GGZ en de gesubsidieerde arbeidsmarkt. Tegelijkertijd zijn er voorbeelden van GGZ-organisaties die, vanuit de expertise die zij hebben, zelf of samen met andere organisaties (SW)-re-integratiebedrijven starten.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Inleiding	6
2. De GGZ en maatschappelijke opvang in Nederland	7
2.1 De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	7
2.1.1 Ontwikkeling GGZ	8
2.1.2 Aanbieders in de GGZ	10
2.1.3 Arbeidsrehabilitatie in de GGZ	12
2.2 De maatschappelijke opvang in Nederland	13
2.2.1 Algemeen	13
2.2.2 De taak van gemeenten bij maatschappelijke opvang	14
2.2.3 Wettelijk kader	14
2.2.4 Ontwikkelingen in de maatschappelijke opvang	15
2.3 GGZ en Maatschappelijke Opvang; SW, zorgaanbod en klantperspectief	16
3. Beleids- en marktontwikkelingen	18
3.1 Ontwikkelingen in de financiering van de GGZ	18
3.1.1 Overwegingen financiering curatieve zorg /ZVW	20
3.1.2 Overwegingen financiering langdurige GGZ; AWBZ financiering	20
3.1.3 Financiering (arbeidsmatige) dagbesteding in de GGZ	23
3.2 Marktontwikkelingen in de GGZ	24
3.2.1 Bovenregionale samenwerking en fusies	24
3.2.2 Regionale ordening en samenwerking	25
3.2.3 Nieuwe landelijke aanbieders	25
3.2.4 Ontwikkelingen in de intramurale GGZ-zorg	26
3.2.5 Ambulantisering en multidisciplinair werken	26
4. Consequenties voor de sectoren	27
4.1 Opvatting GGZ: Re-integratie vanuit GGZ naar UWV en gemeente	27
4.2 UWV als opdrachtgever van arbeidsre-integratie van GGZ-cliënten	28
4.3 De gemeente als innovatieve beleidsregisseur	28
4.4 Reflectie	28
5. Verschijningsvormen van GGZ en MO organisaties	29
5.1 Verschijningsvormen	29
5.2 Focus binnen de GGZ	29
5.3 Aansluiting arbeidsontwikkelbedrijf GGZ	31
5.4 De GGZ-infrastructuur voor dagbesteding en arbeid	32
5.5 Actuele ontwikkelingen	32
6. Organisatiestrategieën binnen de GGZ	33

6.1 GGZ-Nederland: visie op dagbesteding en arbeid	33
6.2 RIBW Alliantie: strategienota Dagbesteding en Arbeid	33
6.3 Organisatiestrategieën in de praktijk	34

1. Inleiding

Het aandeel van mensen met een psychische en/of psychiatrische beperking op de wachtlijst en in dienst bij SW-organisaties is de afgelopen jaren toegenomen. De veronderstelling is nog steeds dat uiteindelijk 70 procent van de doelgroep van de Wsw een dergelijke beperking heeft. Samenwerking met de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Maatschappelijke Opvang (MO) is een noodzaak en vindt ook plaats. Het gaat namelijk voor een groot gedeelte om dezelfde cliënten: cliënten die behandeling of (woon)begeleiding ontvangen vanuit de GGZ of MO.

Het is voor een SW echter niet altijd duidelijk hoe de GGZ-markt er nu werkelijk uitziet, welke recente ontwikkelingen zij heeft doorgemaakt, hoe toekomstige ontwikkelingen eruit zien en welke voorbeelden van samenwerking er zijn. Dit rapport bevat een macroanalyse van de GGZ-branche en de Maatschappelijke Opvang toegespitst op welke wijze wordt omgegaan met, en welke mogelijkheden er binnen de sectoren (in de toekomst) zijn voor, arbeidsre-integratie.

Tijdens de ontwikkeling van het rapport is gebleken dat er nog weinig gegevens beschikbaar zijn over volume en budgetten binnen GGZ-organisaties die te maken hebben met (vormen van of begeleiding bij) arbeidsre-integratie. Deze gegevens zijn dan ook niet opgenomen in het rapport.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt een algemene introductie gegeven van de GGZ en de Maatschappelijke Opvang in Nederland. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de beleids- en marktontwikkelingen in beide sectoren. In hoofdstuk 3 worden vanuit de lijnen die in hoofdstuk 2 zijn beschreven, de belangrijkste consequenties geschetst voor de sectoren als het gaat om arbeidsintegratie. In hoofdstuk 4 worden de verschijningsvormen beschreven van organisaties in de GGZ en maatschappelijke opvang. In hoofdstuk 5 worden organisatiestrategieën van GGZ-instellingen en instellingen voor maatschappelijke opvang beschreven met betrekking tot arbeid. Er zijn kort enkele voorbeelden uitgewerkt van organisaties die zich bezighouden met arbeidsre-integratie of -ontwikkeling.

2. De GGZ en maatschappelijke opvang in Nederland

2.1 De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

De GGZ is een bijzonder onderdeel van de gezondheidszorg. Het aantal gebruikers is de afgelopen jaren sterker toegenomen dan in de rest van de zorg, meer dan te verwachten is op grond van demografische ontwikkelingen. Bij gebruikers van de GGZ is vaak sprake van een combinatie van psychische klachten, die bovendien vaak gepaard gaan met problemen op sociaal of maatschappelijk vlak (Rapport brede heroverwegingen Curatieve zorg, 2010).

In 2009 vonden er bij bijna 1 miljoen mensen behandelingen plaats in de GGZ, inclusief verslavings- en forensische zorg. In 2001 waren er 535.000 cliënten in zorg binnen de GGZ (Nemesis-2, 2010). Dit betekent een stijging in acht jaar tijd met bijna 90 procent en een jaarlijkse groei van 10 procent.

Aantallen cliënten GGZ 2009

Gegevens	2009	2007	2001
Aantal cliënten in behandeling	1.000.000	855.000	535.000
Langdurige behandelingen	108.000		
Langdurig extramuraal/ambulant	70.000		
Langdurig intramuraal/wonen	38.000		
Kortdurende behandelingen	900.000		
Behandelingen <3 maanden	400.000		

Sinds 2001 blijkt de inzet van extra middelen onverminderd nodig om tegemoet te komen aan de stijgende hulpvraag. De uitgaven aan de GGZ zijn in tien jaar meer dan verdubbeld (110%). De toegenomen hulpvraag wordt voor een belangrijk deel toegeschreven aan een lagere drempel voor de GGZ; hulp zoeken is normaler geworden. Verder zijn voorzieningen beter bereikbaar en toegankelijk geworden in de afgelopen jaren. Uit het oogpunt van toegankelijkheid is deze ontwikkeling positief te duiden, uit een oogpunt van kostenbeheersing niet (Sectorrapport GGZ, 2010).

Uitgaven GGZ zorg 2008 (Sectorrapport GGZ, 2010)

Typering zorg en financiering	2008
Ambulant	40%
> Zvw tweedelijns	31%
> Zvw eerstelijns	4%
> AWBZ	4%
Intramuraal en beschermd wonen	60%
> Zvw	36%
> AWBZ	24%

De diversiteit in behandelingen in de GGZ is groot. Cliënten die intramuraal wonen binnen een GGZ-organisatie, ontvangen doorgaans langdurige zorg. Gemiddeld verblijft tweederde van hen minimaal een jaar, veelal is dit aanmerkelijk langer. Deze groep, die langdurig zorg ontvangt vanuit de GGZ, vormt echter een relatief klein gedeelte van mensen die een beroep doen op de GGZ.

Een zeer grote groep is voldoende geholpen met meer kortdurende zorgtrajecten, korter dan een jaar. In 2009 beëindigden 400.000 cliënten (40%) hun behandeling binnen drie maanden. Veruit het grootste gedeelte van de cliënten ontvangt extramuraal (ambulante) begeleiding (90%). De diversiteit in de zorgvraag komt ook terug in de problematiek. De meest voorkomende klachten zijn stemmingsklachten (depressie), gedragsproblemen (vooral jeugd) en angst- en spanningsklachten. Aan de andere kant staan zeer ernstige psychische stoornissen, die minder vaak voorkomen (Sectorrapport GGZ, 2010). In paragraaf 2.1.2 wordt verder ingegaan op het aanbod van zorg in de GGZ aan de verschillende doelgroepen.

2.1.1 Ontwikkeling GGZ

Tot 1980 vindt de zorg voor mensen met een psychiatrische achtergrond veelal plaats in grote psychiatrische instituten. Vanaf de jaren '80 komt er steeds meer aandacht voor zorg met mensen met langdurige psychische, psychiatrische problematiek. Het vermijden van opname werd een belangrijke doelstelling, samen met het in stand houden van de verbinding tussen cliënt en samenleving. De RIAGG's (Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) en RIBW's (Regionale Instellingen voor Begeleid Wonen) ontstaan en er komen beschermde woonvormen, die lang niet altijd meer een in een intramurale setting werden gebracht. Werk en dagbesteding vinden plaats binnen projecten.

In die tijd vindt bovendien een paradigmaverschuiving plaats in het denken over de zorg. Het medisch perspectief komt meer op de achtergrond te staan en in plaats daarvan gaat het steeds vaker over termen als kwaliteit van leven, rehabilitatie, integratie, burgerschap en inclusie.

Inhoudelijke ontwikkeling GGZ van jaren '60 tot heden

Periode	Typering GGZ
1960	Total Institutions (bezigheidstherapie, ECT, wisselbaden)
1980	Bestwilprincipe (behandelaren ontwikkelen aanbod)
1990	Van aanbod naar vraag (ontwikkeling ambulante zorg en (woon)begeleiding)
2000	Rehabilitatie
2010	Herstel en eigen kracht

De deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen (intramurale zorg) naar meer eigentijdse (kleinschalige) woonvormen, een uiting van vermaatschappelijking van de zorg, start begin jaren '90 en zet nu nog steeds door. De laatste jaren niet in de laatste plaats als bezuinigingsmaatregel

en het scheiden van wonen en zorg. Intramurale zorg (in klinieken) blijft bestaan. Daarnaast worden meer eigentijdse extramurale begeleidingssettings, zoals zorgboerderijen, ook meer toegankelijk voor cliënten voor de GGZ, of worden deze voorzieningen door GGZ (in samenwerking met andere zorginstellingen) opgezet. Nieuwe behandelings- en begeleidingsvormen ontstaan als gevolg van meer evidence based behandelmethoden.

De laatste jaren springt naast de ontwikkeling van nieuwe vormen van behandeling en begeleiding (therapieën) de ontwikkeling van E-health in het oog. E-mental-health is het gebruik van internettechnologie om de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen. De meeste behandelingen zijn gericht op specifieke klachten, zoals depressie.

Door de sterke ontwikkeling van de sector (zie paragraaf 1) ontstaat rond de 20e eeuw een politieke noodzaak om de kosten, die enorm zijn gestegen, te beheersen. Verdergaande vermaatschappelijking van de zorg moet verder worden uitgewerkt. Hierin pleit de overheid voor een omslag in het denken vanuit de GGZ als sector naar het denken vanuit de hulpvraag en de ketens die nodig zijn om deze vraag te beantwoorden. De versterking van de positie van de cliënt krijgt eveneens een belangrijke plek. Het ministerie stelt in dat kader veranderingen voor in de organisatie, structuur en financiering van de zorg. Ook pleit het ministerie voor een versterking van de regierol van gemeenten en een beweging naar meer horizontale verantwoording. Zowel de huidige discussie over de toekomst van de AWBZ, de overheveling van een deel van de GGZ naar de Zvw als de invoering van de WMO zijn hieruit voortgevloeid. Hier wordt verder op ingegaan in hoofdstuk 3.

Visie GGZ Nederland op 'werk'

De vereniging GGZ Nederland is de brancheorganisatie voor GGZ-instellingen. Naast belangenbehartiging van haar leden ondersteunt GGZ Nederland de zorgontwikkeling en de kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg.

In het visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap' (2009), visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, beschrijft GGZ Nederland de visie die onderwerp van bespreking is met het ministerie van VWS, de VNG en een aantal andere maatschappelijke partners. In het document is een agenda van de GGZ opgenomen. Eén van de ambities hierin is 'meer mensen aan het werk'. Concreet heeft zij de volgende doelstelling geformuleerd: 'Het aantal cliënten met een baan neemt de komende periode met 20 procent per jaar toe'. Iedereen heeft recht op werk of een zinvolle dagbesteding. Dit is volgens GGZ Nederland een basisvoorwaarde bij het werken aan herstel. Daarnaast leidt een investering in de toeleiding naar werk tot een reductie van de maatschappelijke kosten. Er zijn nieuwe en effectieve methodieken ontstaan zoals IPS (Individual Placement and Support), die een succesfactor hebben van 40 tot 60 procent als het gaat om de toeleiding naar werk (voor cliënten die tot nu toe zijn begeleid met behulp van IPS). Hierdoor worden de mogelijkheden voor cliënten vergroot om een baan te vinden. De GGZ wil samen met andere partijen werken aan de versterking van de positie van cliënten op de arbeidsmarkt. Ook wil de GGZ voorkomen dat bij (jonge) cliënten een afstand tot de arbeidsmarkt ontstaat. Volgens GGZ Nederland is daar het volgende voor nodig:

- Implementeren van IPS.
- Een goede ketensamenwerking en -financiering (WWB, AWBZ, Zvw).
- Versterken van begeleid leren.
- Verbeteren van de toegankelijkheid van de sociale werkvoorziening.
- Meer mogelijkheden voor aangepast werk.

Voor deze ambitie zijn inspanningen nodig van het ministerie van VWS, het ministerie van Sociale Zaken, de GGZ, gemeenten, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) en sociale werkvoorzieningen.

In beleidsdocumenten van de RIBW alliantie en van Federatie Maatschappelijke opvang is de koers op veel punten vergelijkbaar met de inzet van GGZ Nederland zoals die hierboven is uitgewerkt.

2.1.2 Aanbieders in de GGZ

De eerstelijns psychologische zorg, die ongeveer circa 125.000 mensen per jaar behandelt (2009), bestaat uit huisartsen, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijns psychologen. Het gaat om zorg die van ambulante aard is. Mensen die psychologische zorg vanuit de eerstelijns ontvangen, zijn niet vaak ook cliënt in de tweedelijns. Daar worden zij mogelijk wel naar doorverwezen.

Naast het wat betreft cliëntenaantallen relatief kleine eerstelijns aanbod, is er een groot en divers tweedelijns GGZ aanbod in Nederland. Van oudsher wordt GGZ verleend in verschillende soorten instellingen: RIAGG's, Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, RIBW's, klinieken voor verslavingszorg en instellingen voor forensische psychiatrie.

Eerstelijns, tweedelijns en derdelijns GGZ-zorg in Nederland

Eerstelijnszorg	Tweedelijns zorg	Derdelijns zorg
Huisartsen	RIAGG	Expertisecentra (autisme)
Alg. maatschappelijk werk	APZ	Psychiatrische academische klinieken
Eerstelijns psychologen	RIBW	
	Vrijgevestigde psychiaters	

Globaal worden in de tweedelijns de volgende hoofdcategorieën van GGZ-voorzieningen onderscheiden:

- Ambulante hulp
- Opnamevoorzieningen
- Woon en verblijfsvoorzieningen (RIBW)
- Voorzieningen rond dagbesteding en arbeid

- Voorzieningen op het gebied van preventie en algemene dienstverlening

Veel van deze instellingen werk(t)en regionaal. De laatste jaren zijn deze GGZ-voorzieningen in toenemende mate gefuseerd tot ongeveer veertig GGZ-concerns. Daarnaast wordt ook GGZ geboden in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), psychiatrische klinieken van academische centra (PUC), waarvan de laatste vaak supraregionaal werken vanuit hun academische achtergrond (derdelijns aanbod).

Voor cliënten van wie te verwachten is dat zij permanent of gedurende een aantal jaren 24 uur per dag zorg op begeleiding nodig hebben, of voor wie het 24 uur per dag oproepbaar moet zijn, kent de GGZ grofweg twee categorieën verblijfs- of woonvoorzieningen. De eerste categorie zijn de opnamevoorzieningen, ofwel residentiële of verblijfs- of woonvoorzieningen. Deze zijn bestemd voor degenen die vanwege hun psychische problemen gedurende een bepaalde tijd worden opgenomen in een instelling. Dat kan een niet-vrijwillige opname zijn in het kader van de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De opname gaat doorgaans gepaard met vormen van behandeling en begeleiding en medicatieverstrekking. Over het algemeen verblijven cliënten, los van hun bezigheden overdag, 24 uur per dag in een opnamevoorziening.

De tweede categorie van verblijfs- of woonvoorzieningen zijn de zogeheten beschermde woonvormen, waarvan de ontstaansgeschiedenis voor een belangrijk gedeelte buiten de psychiatrie ligt en waarin formeel ook geen psychiatrische behandeling wordt geboden. Beschermde woonomgevingen zijn ontstaan uit de RIBW's en hun voorgangers. Het gaat doorgaans om geclusterde woonvoorzieningen, met in de directe nabijheid daarvan zorgvoorzieningen. Met name het beschermd wonen is de laatste jaren sterk gegroeid. Tussen 2004 en 2009 verdubbelde de capaciteit van beschermd wonen.

Aantallen cliënten in verblijfsvoorzieningen 2009 (Sectorrapport GGZ 2010)

Verblijfvoorziening	2009
Langdurig intramuraal/wonen	38.000
Opnamevoorzieningen	26.500
Beschermd wonen	11.500

Sinds de jaren '80 zijn er ook voor mensen met langdurige en ernstige psychische beperkingen meer eigentijdse, 'extramurale' GGZ-voorzieningen op het gebied van dagbesteding en arbeidsrehabilitatie ontstaan. Dat wil dus zeggen buiten de muren van het instituut. Binnen deze voorzieningen worden ontmoetingsmogelijkheden en mogelijkheden tot recreatieve, educatieve of arbeidsmatige activiteiten geboden. Wat betreft arbeidsrehabilitatie: het gaat veelal om cliënten die vanuit hun langdurig verblijf of langdurige begeleiding worden begeleid bij het vinden van passend werk of dagbesteding.

Aanbieders in de GGZ

Voorziening	Tweedelijns aanbieder
Ambulante hulp	RIAGG Psychiatrische ziekenhuizen
Opnamevoorziening	Psychiatrische ziekenhuizen PAAZ algemeen ziekenhuis
Woon en verblijfsvoorzieningen	RIBW
Dagbesteding en arbeid	Psychiatrische ziekenhuizen Externe aanbieders

2.1.3 Arbeidsrehabilitatie in de GGZ

Een representatief, landelijk onderzoek naar de verspreiding en het bereik van arbeidsrehabilitatie in de GGZ heeft nooit plaatsgevonden. Uit schattingen komt naar voren dat er circa 100 voorzieningen zijn op het gebied van 'arbeidsondersteuning' in de brede zin (arbeidsintegratie, beschutte werkplekken en arbeidsmatige dagbesteding) voor enkele duizenden deelnemers (uit de langdurige) GGZ. Daarmee is arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ, zeker in vergelijking tot de reguliere re-integratiebranche, in omvang zeer bescheiden (Trendrapportage GGZ deel 1, 2010).

Arbeidsrehabilitatie vanuit de GGZ is dus exclusief voor cliënten die onder behandeling staan van de langdurige GGZ, voor cliënten die (begeleid) wonen in een instelling. Vanuit de ZVW is er alleen geld voor geneeskundige zorg. In combinatie met de overheveling van de functie begeleiding van de AWBZ naar de WMO komt de ondersteuning vanuit de GGZ bij re-integratie van mensen met psychische beperkingen steeds verder onder druk (zie paragraaf 3.1).

2.2 De maatschappelijke opvang in Nederland

2.2.1 Algemeen

De maatschappelijke opvang in Nederland is een gefragmenteerde markt. De uitvoering ervan ligt bij zowel instellingen voor maatschappelijke opvang als zodanig, als ook bij zorginstellingen, onder andere de GGZ. Veel cliënten in de maatschappelijke opvang hebben een ernstige psychiatrische stoornis en ontvangen hulpverlening (of hebben hulpverlening ontvangen) vanuit de GGZ.

Kerntaak van de maatschappelijke opvang is het bieden van tijdelijk verblijf gekoppeld aan zorgverlening en begeleiding en/of het wegnemen van crises. Cliënten in de maatschappelijke opvang hebben vaak een combinatie van psychische of psychiatrische problemen, problemen in de relationele sfeer, verslavings- of financiële problemen. Maatschappelijke opvang bestaat traditioneel uit: crisisopvang, dak- en thuislozenopvang en vrouwenopvang.

Dak- en thuislozenopvang kent zowel 24-uursopvang als deeltijd verblijfvoorzieningen. Tot de eerste soort behoren de internaten en sociaal pensions. Deze zijn vanaf begin jaren '90 gericht de toename van zwervende mensen met psychische problemen. Sociale pensions bieden woonruimte, verzorging en begeleiding, gericht op thuisloze mensen met, over het algemeen, een psychiatrische achtergrond. Het accent ligt meer op het bieden van een (langdurige) woonvoorziening dan op begeleiding, zoals bij begeleid wonen het geval is. Toelating vindt plaats na indicatiestelling. De financiering bestaat uit circa een derde AWBZ-middelen, een derde gemeentelijke middelen en een derde uit eigen bijdragen. Tot de deeltijdvoorzieningen behoort de nachtopvang of dagopvang.

Het hulpaanbod voor zwerfjongeren is een onderdeel van dak- en thuislozenopvang. Het is te lokaliseren in de maatschappelijke opvang, maar ook in andere sectoren. Het aanbod wordt dan ook uit verschillende financieringsstromen, vaak door instellingen die primair een andere doelgroep hebben (instellingen voor verstandelijk gehandicapten, GGZ).

De algemene crisisopvang heeft als kerntaak het bieden van onderdak en hulp aan mensen die als gevolg van een (psychosociale) crisissituatie dakloos zijn geworden. Taken die voortvloeien uit crisisopvang zijn: beoordeling, indicatie, informatie, advies en begeleiding, verwijzing, preventie en signalering. De verblijfsduur is kort. Verslaafden en psychiatrisch patiënten worden niet of beperkt opgenomen. De voorzieningen zijn een crisisopvangcentrum of woonbegeleiding.

Vrouwenopvang kent vrouwenopvangcentra en blijf-van-mijn-lijfhuizen, die zich richten op mishandelde vrouwen en hun kinderen. De vrouwenopvang kent ook opvangvoorzieningen voor woonbegeleiding.

2.2.2 De taak van gemeenten bij maatschappelijke opvang

Het is de taak voor alle gemeenten om te werken aan toeleiding van mensen in een Multiprobleemsituatie naar hulp en zorg. Dat kan op twee manieren: de lokale aanpak en de bovenlokale aanpak.

De lokale aanpak

In veel gemeenten functioneren lokale zorgnetwerken of 'Sociale Teams'. De netwerken bestaan uit vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties als het algemeen maatschappelijk werk, woningcorporaties, politie, GGD, GGZ en verslavingszorg. Zij vangen signalen op van Multiprobleemsituaties. Samen beoordelen zij de aard en ernst van de situatie en maken een plan en taakverdeling voor reguliere zorg. Samen kunnen de deelnemers probleemsituaties vroegtijdig signaleren, verminderen en oplossen. De lokale aanpak wordt meestal geregistreerd door een gemeente.

De bovenlokale aanpak

Nederland is verdeeld in 43 regio's voor maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGz. In elke regio heeft een centrumgemeente een speciale verantwoordelijkheid. In nauw overleg met de omliggende gemeenten, met cliëntvertegenwoordigers en met zorgaanbieders ontwikkelen de centrumgemeenten een regionaal of bovenlokaal beleid. In alle regio's zijn ook regionale meld- of coördinatiepunten opgezet. Meldingen over Multiprobleemsituaties, zoals bij lokale OGGz-aanpak, kunnen hier ook terechtkomen. Het gaat dan meestal om zeer complexe, meervoudige problemen als hardnekkige zorgmijders, dakloosheid en veelplegers. Dergelijke ingewikkelde zaken wordt bovenlokaal en multidisciplinair besproken en aangepakt. Bijvoorbeeld door outreachende interventieteams en gespecialiseerde zorgcoördinatie of trajectregie. Het doel is: toeleiding naar reguliere zorg (Factsheet OGGz, 2007). Zie bijlage 1.

2.2.3 Wettelijk kader

Verschillende wetten vormen het wettelijk kader voor de maatschappelijke opvang. Centraal staat de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) waarin de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in 2007 is opgegaan die eerder het wettelijk kader vormde voor de maatschappelijke omvang. De WMO, sinds 2007, heeft als doelstelling dat iedereen moet kunnen meedoen in de samenleving. Met de komst van deze wet zijn de beleidsterreinen maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) en verslavingszorg vertaald naar samenhangende prestatievelden voor gemeenten. Alle gemeenten dragen verantwoordelijkheid voor de begeleiding en opvang van mensen die door problemen weinig zelfredzaam zijn en (dreigen te) verkommeren. Het beleid richt zich op de hele zorgketen.

De hulpverlening aan doelgroepen van maatschappelijke opvang - in brede zin - wordt uit verschillende stromen gefinancierd. Betrokken departementen zijn: VWS (onder andere jeugdhulpverlening, GGZ), VROM (huisvesting), OCW (scholing) en SZW (bijstandsuitkering,

bemiddeling naar werk). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het afstemmen van het beleid met instellingen uit deze aanpalende sectoren. Zoals welzijnsinstellingen, schuldhulpverlening, re-integratiebedrijven, zorginstellingen, woningcorporaties, verslavingszorg en GGD-en.

De maatschappelijke opvang kent verschillende financieringsstromen. Gemeenten worden ook vanuit verschillende financieringsstromen van budget voorzien. Allereerst ontvangen gemeenten van VWS jaarlijks een specifieke uitkering maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid/vrouwenopvang en ontvangen zij budget vanuit de WMO. De opvang van zwerfjongeren wordt ten dele gefinancierd uit het provinciale budget voor jeugdzorg. Ten behoeve van de toeleiding naar werk worden voor cliënten van de maatschappelijke opvang ook middelen voor re-integratie ingezet. Het ministerie van BZK verstrekt de G25 middelen op basis van de Bijdrageregeling Sociale Integratie en Veiligheid. Deze middelen zijn bedoeld voor de totstandkoming van een sluitende structuur voor de 24-uursopvang van overlast gevende verslaafden en/of daklozen. Tot slot worden ook eigen betalingen ingezet als bron van financiering.

2.2.4 Ontwikkelingen in de maatschappelijke opvang

De druk op de maatschappelijke opvang neemt toe. Voorzieningen sluiten niet op elkaar aan en er zijn demografische (vergrijzing, allochtonenproblematiek), sociale (individualisering), en economische ontwikkelingen (toename problematische schuldcumulatie tengevolge van economische crisis) in de omgeving van de maatschappelijke opvang waardoor naar verwachting het beroep op maatschappelijke opvang zal toenemen (aandacht voor bestrijding overlast).

Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen die het beroep op de opvang naar verwachting verkleinen: het scheiden van wonen en zorg binnen de AWBZ-zorg verbetert de huisvestingsmogelijkheden van (een deel van) de doelgroep van maatschappelijke opvang.

Om meer gerichte aanpak van maatschappelijke opvang te realiseren is in 2006 het Plan van Aanpak Maatschappelijke opvang van start gegaan. Met oog op de invoering van de WMO in 2007 hebben gemeenten hierin de regie genomen.

Plan van aanpak Maatschappelijke opvang

Op 7 februari 2006 is het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van start gegaan in de vier grote steden (G4): Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Het Plan van Aanpak is bedoeld om de situatie van de doelgroep van de maatschappelijke opvang te verbeteren en tegelijkertijd de overlast die deze groep veroorzaakt terug te dringen.

De afgelopen jaren heeft de maatschappelijke opvang in de G4 zich sterk ontwikkeld ten opzichte van voorgaande jaren. De steden hebben onderdelen van een persoonsgerichte en sluitende ketenaanpak met instellingen/organisaties in de regio gerealiseerd, waarbij de cliënten worden opgenomen in een individueel hulptraject. Via lokale zorgnetwerken, waarin lokaal en kleinschalig wordt samengewerkt door verschillende ketenpartners, is het voor gemeenten eenvoudiger om rond individuele cliënten een effectief netwerk van betrokken hulpverleners te vormen. Tevens spelen de zorgnetwerken in op de signaleringsfunctie waarvoor de gemeente verantwoordelijk is.

Verder is in de vier gemeenten in samenwerking met ketenpartners een groot aantal voorzieningen en diensten uitgebreid, doorgezet en opgestart. Daarbij valt op dat de focus bij de uitbreiding van voorzieningen minder ligt op uitbreiding van basale opvang (zoals dag- en nachtopvang) en meer op 'hoogwaardigere' of langer durende vormen van opvang, zoals 24-uurs woonvormen. De inzet en de realisatie van fysieke voorzieningen of opvangplekken loopt achter op de planning; de ontwikkeling verloopt niet volgens plan. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door omgevingsfactoren zoals gebrek aan ruimte, petitie uit de buurt en het vertraagd leegkomen van benodigde woningen.

Met betrekking tot de diensten valt op dat binnen de gemeenten projecten en activiteiten voor de doelgroep gericht op preventie, een duidelijke rol spelen. De gemeenten hebben de regie in de uitvoering, werken samen met veel partijen die voor een deel elk hun eigen verantwoordelijkheid hebben, zoals het zorgkantoor en de zorgaanbieders. In 2009 zijn bestaande samenwerkingsovereenkomsten met deze partners voortgezet en daar waar nodig geïntensiveerd. Hierbij zetten de gemeenten in om zaken die beter kunnen lopen of eventuele knelpunten te verbeteren.

In 2008 is de aanpak van maatschappelijke opvang uitgebreid naar alle overige 39 centrumgemeenten plannen ingediend waarin zij onderbouwd hebben hoe zij dakloosheid willen bestrijden en de situatie van (potentieel) dak- en thuislozen willen verbeteren. Het ministerie van VWS heeft de centrumgemeenten in 2010 verzocht in het Stedelijk Kompas expliciet aandacht te besteden aan de zwerfjongerenproblematiek (Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, 2009). In 2011 worden resultaten van de plannen van aanpak van gemeenten verwacht vanuit de metingen die in het Stedelijk Kompas worden verricht.

2.3 GGZ en Maatschappelijke Opvang; SW, zorgaanbod en klantperspectief

Zoals in bovenstaande paragrafen is te lezen, overlappen de markten en doelgroepen van de GGZ en de Maatschappelijke Opvang elkaar. Cliënten van de Maatschappelijke Opvang, hebben vaak een verleden, of worden begeleid/behandeld in de GGZ. Doelgroepen binnen de GGZ hebben te maken (gehad) met de Maatschappelijke Opvang. Het zijn dan ook belangrijke partners. Organisaties voor GGZ en maatschappelijke opvang werken vaak regionaal, vaak vanuit meer stedelijk gebied. Hun werkgebied is vaak niet overeenkomstig het werkgebied (gemeenten) van sociale werkvoorzieningen (SW).

De cliënten van de GGZ en maatschappelijke opvang zijn voor een steeds belangrijker gedeelte ook cliënt van de SW, vanuit verschillende regelingen voor arbeidsmarktsubsidies. Niet alleen vanuit het perspectief van een expertise op het vlak van GGZ, omdat het aantal cliënten van de SW met een psychische beperking de afgelopen jaren is toegenomen, maar ook vanuit de keten van (hulp)voorzieningen om de cliënt van de SW, zijn de GGZ en organisaties in de Maatschappelijke Opvang belangrijke ketenpartners.

3. Beleids- en marktontwikkelingen

De belangrijkste ontwikkelingen voor de GGZ in zorg en aanbod, naast ontwikkelingen vanuit het wettelijk kader (die met name gericht zijn op beheersing van de kosten en transparantie in aanbod en financiering), zijn ontwikkelingen op het gebied van vermaatschappelijking van de zorg voor met name langdurige GGZ-zorg en de ontwikkeling van nieuwe behandelingen en therapieën die daarbij ook ontstaan. Zowel inhoudelijk als randvoorwaardelijk (e-health). Daarnaast is er een opkomst van 'nieuwe' landelijke aanbieders, (franchise)organisaties voor specifieke hulpvormen.

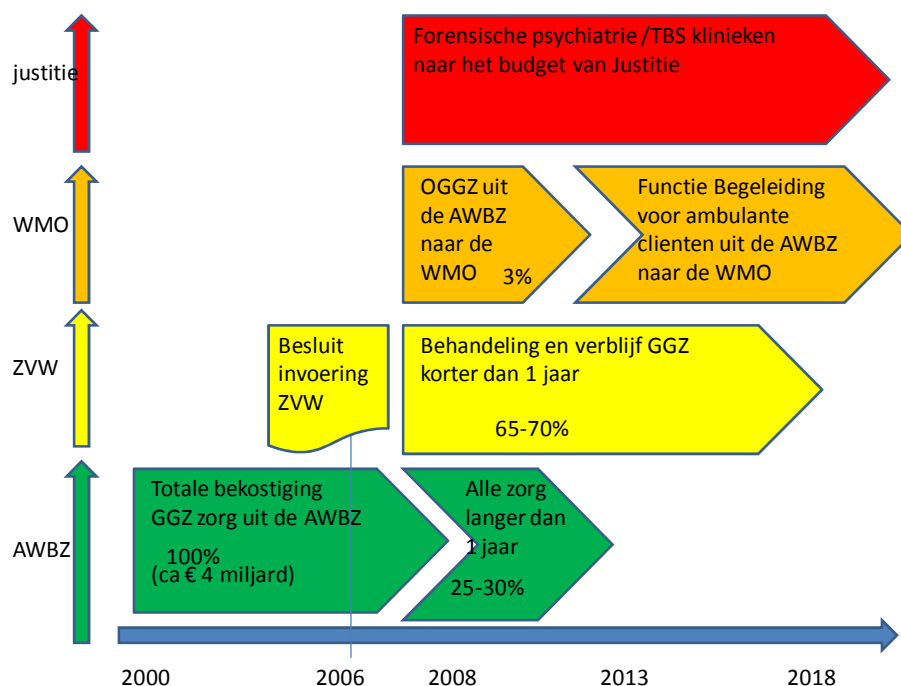
Wat betreft de maatschappelijke opvang, kan gesteld worden dat de ontwikkelingen van opvang en begeleiding opgaan met de ontwikkelingen in de zorgsectoren. Daarnaast is er een belangrijke opdracht in het effectiever en efficiënter organiseren van de maatschappelijke opvang. Die druk ligt met name bij gemeenten omdat zij verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke opvang.

3.1 Ontwikkelingen in de financiering van de GGZ

Tot en met 2007 werd de tweedelijns GGZ gefinancierd uit de AWBZ, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Met ingang van 1 januari 2008 is een belangrijk gedeelte van de GGZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarbij gaat het erom dat alle geneeskundige (curatieve) zorg en kortdurende zorg (zorg korter dan een jaar) wordt ondergebracht in de Zvw, waardoor er een grotere samenhang ontstaat tussen de verzekerbare, curatieve zorg. Het resultaat is dat alleen de langdurige zorg, in dit geval de langdurige GGZ, in de AWBZ is gebleven.

De Zvw is met een aandeel van 65 tot 70 procent in de totale uitgaven van de GGZ en een aandeel van 95 procent van de totale clientèle, de belangrijkste financieringsbron voor de GGZ geworden. Het gaat dan dus om geneeskundige zorg en verblijf in verband met geneeskundige zorg tot een jaar. De AWBZ nam in 2008 25 tot 30 procent van de totale uitgaven voor haar rekening en circa 5 procent van de clientèle. De exacte omvang van WMO-middelen is niet bekend, maar ten tijde van de overheveling vanuit de AWBZ naar de WMO ging het om 2 á 3 procent (Trendrapportage GGZ deel 1, 2010).

Samenvatting wijziging geldstromen:



Als gekeken wordt naar de spreiding van het budget over verschillende typen van zorg, en waar deze zorg geleverd wordt, dan ontstaat onderstaand beeld.

Uitgaven GGZ zorg 2008 (Sectorrapport GGZ, 2010)

Typering zorg en financiering	2008
Ambulant	40%
> Zvw tweedelijns	31%
> Zvw eerstelijns	4%
> AWBZ	4%
Intramuraal en beschermd wonen	60%
> Zvw	36%
> AWBZ	24%

Ook de komende jaren wordt verder ingegrepen in de financiering van GGZ-zorg. Het gaat dan met name om ingrepen in de beheersbaarheid van de kosten van de zorg. De huidige financiële crisis en de toename van de vraag naar GGZ-zorg noodzaakt de overheid tot verdere ingrepen in zowel de langdurige zorg, de AWBZ, als de kortdurende zorg, de Zvw. Belangrijke vraag is of deze bezuinigingen zullen leiden tot een verdere afname van de focus van GGZ-instellingen op het terrein van participatie en re-integratie van mensen met een psychische beperking.

3.1.1 Overwegingen financiering curatieve zorg/ZVW

De kortdurende, op genezing gerichte zorg, is een van de grootste en snelstgroeiende markten in de zorg. Dat geldt ook voor de GGZ (zie hoofdstuk 1). Internationaal gezien scoort Nederland hoog op een goede toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg. Eigen betalingen zijn in internationaal perspectief zeer laag. Hier komt de komende jaren verandering in. Er wordt vanuit internationaal perspectief matig gescoord op kwaliteit en doelmatigheid (Rapport brede heroverwegingen Curatieve zorg, 2010).

Afgelopen jaren is ingegrepen in de bekostigingssystemen van de zorg, met als doel meer transparantie in de financiering van zorg te realiseren. In de kortdurende zorg, ook in de GGZ is de DBC-financiering geïntroduceerd: diagnose behandelcombinatie. De invoering van DBC's moet zowel de doelmatigheid als kwaliteit ten goede komen. DBC's komen alleen voor binnen de ZVW.

Parallel aan de DBC-financiering is in de AWBZ de financiering met behulp van zorgzwaarte pakketten ingevoerd. In deze pakketten komt ook de functie Begeleiding voor; hieruit wordt onder andere dagbesteding gefinancierd. Hierop wordt verder ingegaan in paragraaf 3.1.2.

De komende jaren wordt ook rechtstreeks ingegrepen in het budget voor zorg. Besparingen op de collectieve uitgaven via de ZVW richten zich de komende jaren op drie doelen:

- Doelmatigheidswinst door ingrepen in het sturingsmodel: wel of niet doorgaan op het pad van gereguleerde concurrentie.
- Vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers: verhogen van de eigen betalingen.
- Besparingsopdracht ten aanzien van de omvang van de solidariteit in het stelsel en eigen verantwoordelijkheid duidelijker af te bakenen: versobering van het verzekerde pakket.

Specifiek voor de kortdurende zorg in de GGZ wordt het uitsluiten van behandeling van een aantal lichte aandoeningen, de (farmaceutische) behandeling van lichte gevallen van angst-, alcoholstoornissen en depressie als pakketmaatregelen genoemd (Rapport brede heroverwegingen Curatieve zorg, 2010).

3.1.2 Overwegingen financiering langdurige GGZ; AWBZ financiering

Een cliënt heeft toegang tot de AWBZ als er sprake is van een van de onderstaande beperkingen:

- psychische beperkingen
- verstandelijke beperkingen
- lichamelijke beperkingen
- zintuiglijke beperkingen
- psychogeriatrische beperkingen
- somatische beperkingen

In het jargon van de AWBZ noemt men bovenstaand rijtje de grondslagen. Als vastgesteld is dat een of meer van genoemde beperkingen aanwezig is, volgt stap 2. Een cliënt met toegang tot de AWBZ wordt geïndiceerd voor zorg door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en ontvangt op basis van de grondslag van zijn vraag en zorgzwaarte een indicatie voor extramurale of intramurale zorg. Binnen de AWBZ kan voor een of meer van onderstaande functies een indicatie worden verkregen:

Functies in de AWBZ:

- Verblijf
- Behandeling
- Verpleging
- Begeleiding
- Persoonlijke verzorging

Is er geen indicatie voor verblijf? Dan worden de andere functies ambulantly geleverd. De indicatie geeft aan op hoeveel uren en welke aard van zorg een cliënt recht heeft. De zorg kan worden afgenomen in natura, een cliënt kan er ook voor kiezen de zelf in te kopen met behulp van het persoonsgebonden budget (PGB).

Er wordt binnen de AWBZ alleen gewerkt met een zorgzwaartepakket, ZZP, als de functie Verblijf wordt geïndiceerd. Met behulp van de zorgzwaarte wordt inzicht gegeven in de aard en de hoeveelheid zorg waar een cliënt middels de indicatie recht op heeft. Hieraan is de financiering gekoppeld.

Er worden ruim 50 ZZP's onderscheiden in de AWBZ. Waarvan dertien pakketten in de GGZ. De pakketten variëren van lichte begeleiding bij zelfstandig wonen tot pakketten waarin behandeling veel meer centraal staat.

De 'lichtere' pakketten, meestal wordt de grens ZZP₁ en ZZP₄ gehanteerd, kenmerken zich door (woon)begeleiding die meer op afstand wordt geboden (bijvoorbeeld in een RIBW) zonder dat sprake is van behandeling. Heeft een cliënt met een lichte ZZP wel behandeling nodig, dan wordt dat verzekerd en betaald vanuit de Zvw. In de 'zware' zorgpakketten staat behandeling in combinatie met een langduriger opname centraal.

Plannen voor de verdere versoering van de AWBZ voor de GGZ gaan in de richting van:

- het beperken van het recht op verblijf (indicaties ZZP₁ en ZZP₄),
- het verhogen van eigen bijdragen door cliënten en
- meer efficiency.

Door de pakketbeperking wordt de intramurale zorg beperkt tot de cliënten die intensieve behandelzorg nodig hebben. Consequentie is dat het aantal cliënten dat ambulante ondersteuning en zorg ontvangt, gaat toenemen. (Rapport brede heroverwegingen Langdurige zorg, 2010).

Functie Begeleiding naar de WMO

Een andere ontwikkeling betreft de overheveling van de functie Begeleiding. Deze functie wordt per 2013 overgeheveld naar de WMO. Mensen die eerder individuele begeleiding of groepsgewijze dagbesteding vanuit de AWBZ ontvingen, krijgen dat straks via de WMO. Voor het extra beroep dat daar ontstaat worden de gemeenten gecompenseerd met maximaal 90 procent tot de helft van het bedrag dat vrijvalt na het schrappen van de functie Begeleiding. De ruimte voor activiteiten op het terrein van participatie en re-integratieactiviteiten voor de GGZ-doelgroep wordt daarmee aanzienlijk beperkt.

In onderstaande tabellen is een samenvatting gemaakt van de belangrijkste financieringen in de zorg in Nederland. Daarnaast is de verschuiving van huidige AWBZ-middelen naar de gemeente zichtbaar gemaakt.

Financiering en typering 'zorgverzekeringen' 2011

Financiering	Zorgverzekeringswet (ZVW)	AWBZ	WMO (gemeente)
Indicator			
Doel	Genezing	Onderhoud, langdurige ondersteuning	-Bieden van (tijdelijke) maatschappelijke opvang -Bieden van OGGZ -Bieden van huishoudelijke verzorging
Looptijd	Kortdurend (<1 jaar)	Langdurig (> 1 jaar)	Wisselend en fluctuerend (zorgmijders)
Typering	Cure	Care	Maatschappelijke opvang
Financiering	Via DBC	-Extramuraal: Functies -Intramuraal: ZZP	Gemeente/eigen bijdrage
Financiering Re-integratie	Niet opgenomen (verwijzing naar UWV)	Intramurale revalidatietrajecten of verwijzing naar UWV	NVT
Dagactiviteiten	Veelal niet	Functie Begeleiding uit de AWBZ	Deels AWBZ, deels gemeente

Financiering en typering 'zorgverzekeringen' vanaf 2013

Financiering	Zorgverzekeringswet	AWBZ	WMO(gemeente)
Indicator			
Doel	Genezing	Onderhoud, langdurige ondersteuning	-Bieden van (tijdelijke) opvang -Bieden van huishoudelijke verzorging -Bieden van (ambulante) begeleiding
Looptijd	Kortdurend (<1 jaar)	Langdurig (> 1 jaar)	Wisselend en fluctuerend (zorgmijders)
Typering	Cure	Care	-Maatschappelijke opvang -Begeleiding
Financiering	Via DBC	-Extramuraal: Functies -Intramuraal: ZZP	-Algemene middelen -WMO
Financiering Re-integratie	Niet opgenomen (verwijzing naar UWV)	Intramurale revalidatietrajecten of verwijzing naar UWV	NVT
Dagactiviteiten	Veelal niet	Alleen via intramurale indicatie	Via indicatie Begeleiding (WMO)

3.1.3 Financiering (arbeidsmatige) dagbesteding in de GGZ

Dagbesteding - ook arbeidsmatige dagbesteding - wordt op dit moment bekostigd vanuit de AWBZ. Het gaat om dagactivering voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek, niet gericht op herstel. Er is binnen de dagactivering weinig ruimte voor re-integratieactiviteiten.

Voor cliënten met een intramurale indicatie, wordt deze dagbesteding bekostigd vanuit de functie Begeleiding uit het zorgzwaartepakket. Vastgesteld is dat de functie Begeleiding per 2013 wordt overgeheveld naar de WMO. Het is nog onduidelijk hoe hier wat betreft de intramurale indicaties mee wordt omgegaan. Met name daar waar een combinatie van behandeling en begeleiding wordt geboden vanuit het ZZP.

Kenmerkend voor de dagbesteding in de GGZ is, dat het een vorm van zorg is, die niet zozeer gericht is op re-integratie. Binnen de GGZ-zorg die vanuit de AWBZ wordt geleverd, zijn herstel en activiteiten die daarop gericht zijn, niet meer opgenomen. Als een GGZ-cliënt aangemeld wordt voor een re-integratietraject wordt vooral een beroep gedaan op re-integratie middelen.

De toekomstige financiering van zorg in de GGZ en maatschappelijke opvang

De komende jaren wordt de gemeente een steeds belangrijker partner, omdat die vanuit de WMO diensten gaat vergoeden die voorheen onder de AWBZ vielen. Het gaat dan voor de GGZ met name om de functie Begeleiding. Het budget dat overgaat bedraagt vanaf 2013 tussen de € 2,2 en € 3,3 miljard. Daarnaast subsidieert de gemeente vanuit de WMO, in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) taken van de maatschappelijke opvang. Taken die ook door GGZ-instellingen worden uitgevoerd.

3.2 Marktontwikkelingen in de GGZ

GGZ-aanbieders oriënteren zich in het nieuwe stelsel van financieringen nadrukkelijker dan voorheen op hun marktpositie. De Trendrapportage GGZ 2008 signaleert dat GGZ-aanbieders op veel terreinen samenwerking en afstemming zoeken met andere (regionale) voorzieningen. Ook werd geconstateerd dat deze intersectorale samenwerking en afstemming in de ondersteuning van mensen met psychische problemen op onderdelen goed verloopt, maar ook op een aantal steeds terugkerende barrières stuit. Niet op elkaar aansluitende regelgeving en diffusie van verantwoordelijkheden, zijn de belangrijkste barrières (Trendrapportage GGZ deel 1, 2010).

Ruim een derde van de GGZ-organisaties is een brede, geïntegreerde instelling (Sectorrapport GGZ, 2010). Deze organisaties zijn veelal ontstaan uit een langdurige integratie- en fusiebeweging in het veld, die nog steeds lijkt door te gaan, maar wel van karakter is veranderd. Tot in het midden van dit decennium ging het vooral om lokale fusies van verschillende soorten GGZ-voorzieningen (verticale fusies). Tot 2006 groeide het aantal brede instellingen dan ook. De afgelopen jaren is het accent meer komen te liggen op interregionale fusies van reeds geïntegreerde regionale GGZ-instellingen (horizontale fusies).

3.2.1 Bovenregionale samenwerking en fusies

Het toegenomen belang van een goede marktpositie, ten opzichte van concurrenten, maar vooral ook ten opzichte van verzekeraars, lijkt een drijfveer voor de voortgaande fusiebeweging in de GGZ. In het verleden werden binnen de regio de verschillende GGZ-functies samengevoegd. De laatste tijd is er steeds meer sprake van regio-overstijgende fusies van grote GGZ-instellingen met ieder alle functies in huis.

Het doel van de laatstgenoemde fusiebeweging is volledig gericht op de nieuwe mogelijkheden en eisen van het nieuwe stelsel: doelen worden in bovenregionale, landelijke termen geformuleerd, het marktdenken is een uitgangspunt, men zoekt nieuwe markten, ontwikkelt nieuwe producten en merken, zoekt expansie. Deze instellingen organiseren zich veel bedrijfsmatiger, met holdings, aparte stichtingen, BV's. Met name enkele van de grootste GGZ-instellingen kennen een uitgebreid netwerk van gelieerde stichtingen en BV's, onder andere op het gebied van geprotocolleerde GGZ, lifestyle verbetering, gespecialiseerde GGZ voor allochtonen en *arbeidsgerelateerde psychische problematiek*. Vaak maakt een nadrukkelijk

merkenbeleid onderdeel uit van de werkwijze van deze instellingen (Tendrapportage GGZ Deel 1, 2010).

3.2.2 Regionale ordening en samenwerking

Naast de regio-overstijgende trend kiest een tweede groep instellingen voor het voortbouwen op achterliggende motieven voor regionale ordening. Met de regio (veelal stad) als uitgangspunt leggen zij de nadruk op samenwerking en ketenzorg binnen de regio met breed gedefinieerde partners. Vermaatschappelijking en langdurige zorg staan hier meer centraal op de agenda. Geïntegreerde zorg, zorg dichtbij huis, steunpunten in de wijk, zijn centrale begrippen. Sommige instellingen spreken van een expliciete en nadrukkelijke keuze aan zorg voor mensen met langduriger en/of complexer problemen. Deze instellingen profileren zich meestal minder in het private segment (Tendrapportage GGZ Deel 1, 2010).

3.2.3 Nieuwe landelijke aanbieders

Bij de andere groep, de 'nieuwe' aanbieders' in de GGZ, gaat het om een gemêleerde verzameling van organisaties met uiteenlopende achtergronden. Te onderscheiden zijn:

- Nieuwe toetreders tot de GGZ
- Bestaande organisaties vanuit andere sectoren die het veld van GGZ betreden
- Afsplitsingen van GGZ-organisaties (franchise organisaties)
- Samenwerkingsverbanden van vrij gevestigden

Een algemene tendens is de voortgaande samenwerking, niet alleen in termen van fusies, maar ook in de vorm van participatie in landelijke aanbieders en (franchise)organisaties voor specifieke hulpbronnen. Een belangrijk gedeelte van deze 'nieuwe' landelijke aanbieders is voortgekomen uit de meer naar expansie zoekende lokale GGZ-organisaties. Deze van oorsprong regionale instellingen richten BV's/franchiseorganisaties op die vervolgens in de traditionele regio's van collega-instellingen opereren en zich richten op kortdurende behandelingen. Lokale aanbieders sluiten zich hier vervolgens soms wel weer bij aan.

De enkelvoudige, kortdurende zorg, de luxe behandelvoorzieningen en het werkgebied van arbeid en psyche lijken in het ontstaan van deze nieuwe organisaties als groeimarkten te worden gezien, waarbij het in elk van deze groeimarkten gaat om een combinatie van collectief en privaat gefinancierd aanbod.

Voorbeelden zijn:

- PsyQ: voor geprotocolleerde, kortdurende GGZ bij enkelvoudige problematiek
- Indigo: voor GGZ-hulp dichtbij huis en in samenwerking met de eerste lijn
- Interapy: voor internethulp
- Rodersana: voor verslavingszorg in een luxe setting

Nieuw toetredende GGZ-aanbieders richten zich vooral op de enkelvoudige ambulante zorg, een heel bescheiden markt. Het marktaandeel van deze instellingen lijkt niet verder te groeien (Tendrapportage GGZ deel 1, 2010).

3.2.4 Ontwikkelingen in de intramurale GGZ-zorg

De voornaamste tendens in de intramurale zorg lijkt een ombouw van algemene voorzieningen naar gespecialiseerde voorzieningen voor specifieke doelgroepen, een meer actief doelgroepenbeleid. Vermaatschappelijking van de zorg, het scheiden van wonen en zorg, blijft daarnaast een ontwikkeling die doorzet als we kijken naar de langdurige intramurale zorg. Mogelijk mede aangezet door de financiële druk die op organisaties staat.

3.2.5 Ambulantisering en multidisciplinair werken

Tegenover de ontwikkeling in de intramurale GGZ-zorg staat een sterke tendens van extramuralisering en ambulantisering van dienstverlening voor die groepen cliënten voor wie participatie in de samenleving waarde toevoegt aan de kwaliteiten van hun bestaan.

De meest herkenbare uitingsvorm is de opkomst van het werken in FACT teams. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment. Een FACT team is een multidisciplinair team dat wijkgericht ondersteuning biedt aan een groep van 200 tot 250 GGZ-cliënten. Een cliënt die eenmaal contact heeft met een FACT team blijft bij dit team in beeld zolang de betrokkene in de dezelfde wijk blijft wonen. Er ligt ook een koppeling met arbeid. Vereiste aan een FACT team is dat er ook een IPS-professional lid is van het team. De GGZ-sector in Nederland heeft in de breedte gekozen voor IPS als het instrument voor arbeidsre-integratie voor mensen met een psychiatrische beperking. Zie ook de paragraaf over de maatschappelijke opvang. En bijlage 1.

Daarnaast heeft een aantal GGZ-instellingen in de loop van de tijd verzelfstandigde private bedrijven voor arbeidshulpverlening opgezet. Vanuit deze bedrijven worden meestal ex-GGZ-cliënten via hulpverlening –(en soms re-integratie) ondersteund bij het vinden van passend werk. Ondersteuning van het vinden van een passende baan (ook vanuit een werkende situatie/andere baan) is dan geen onderdeel van een regulier aanbod aan GGZ-zorg, maar ondergebracht in een commercieel bedrijf. RIAGG Maastricht is hier een voorbeeld van met Lavori, Bounce in Brabant, maar ook grotere GGZ-organisaties, zoals GGZ-Friesland en Parnassia-BAVO zijn gestart met dit soort commerciële initiatieven.

4. Consequenties voor de sectoren

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de consequenties van beleids- en marktontwikkelingen voor de GGZ en MO. In het verlengde daarvan wordt ingegaan op wat dit betekent voor de positie en ambitie van GGZ- en MO-instellingen op het terrein van arbeid en re-integratie.

4.1 Opvatting GGZ: Re-integratie vanuit GGZ naar UWV en gemeente

Ondersteuning bij herintreding in het arbeidsproces vindt in eerste instantie deels plaats vanuit algemene voorzieningen voor arbeidsintegratie, via de WIA, de Wajong en de WWB. De ondersteuning vanuit de GGZ lijkt deels te versmallen en is voornamelijk gericht op re-integratie bij ziekteverzuim. Er blijven wel gespecialiseerde voorzieningen voor re-integratie van mensen met langdurige psychische problemen die (al langere tijd) geen betaalde baan meer hebben, en die vaak langdurig verblijven in GGZ-instellingen (rehabilitatie).

Arbeidsrehabilitatie werd voor de GGZ-clientèle tot voor kort hoofdzakelijk bekostigd door de gezondheidszorg. Tot 2008 was dat met name de AWBZ. Al in 2004 werd vastgesteld dat arbeidsrehabilitatie binnen het geheel van geestelijke gezondheidszorg een nogal marginale positie inneemt. Ook werd gesignaleerd dat, veel GGZ-instellingen ertoe neigden zich terug te trekken op wat in toenemende mate beschouwd werd als hun eigen core business: zorg en behandeling. Voorzieningen op het terrein van participatie en arbeidsrehabilitatie zouden daardoor in een kwetsbaarder positie kunnen komen.

In 2008 middels heeft de van de AWBZ naar de ZVW plaatsgevonden. De themarapportage 'Nieuwe financieringskaders voor de GGZ' van de trendrapportage 2009 laat zien dat die terugtrekking op 'zorg en behandeling' bij een deel van de GGZ inderdaad heeft plaatsgevonden. Het effect hiervan op de rehabilitatie praktijk is niet duidelijk. Wel is inmiddels duidelijk dat met name de arbeidsrehabilitatie zich moeilijk in de Zvw aanspraken laat passen. De Zvw gaat over 'geneeskundige zorg'. Zorgverzekeraars zijn er zeer alert dat er geen voorzieningen worden bekostigd die niet als 'geneeskundig GGZ' te bestempelen zijn.

De financieringsmogelijkheden vanuit de AWBZ zijn inmiddels ook echt afgenomen. Vanaf 2009 wordt ondersteuning bij maatschappelijke participatie niet meer beschouwd als een functie van de AWBZ. Binnen de GGZ zoekt men hard naar andere bronnen voor arbeidsre-integratie, met name bij de financiers van algemene voorzieningen voor arbeidintegratie: *UWV en gemeenten*.

Binnen de GGZ wordt aangegeven dat re-integratiewetten - in vergelijking met zorgwetten - een aantal voordelen bieden voor de arbeidsre-integratie. Waar zorgwetten van oudsher een sterke nadruk leggen op beperkingen, gaan de re-integratiewetten veel meer uit van de mogelijkheden van cliënten.

4.1.1 UWV als opdrachtgever van arbeidsre-integratie van GGZ-cliënten

Binnen de arbeidsgerichte bedrijfsonderdelen van GGZ-instellingen wordt ook gewerkt met Individuele Re-integratie Overeenkomsten (IRO's) die door het UWV worden verstrekt. De IRO's worden gefinancierd vanuit de WIA en de Wajong. Sinds 2009 is een sterke daling te zien van het aantal IRO's dat wordt afgegeven door het UWV. Er staat grote druk op de budgetten voor re-integratie van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. GGZ-instellingen rapporteren een afname van het aantal IRO's voor 2011 van 50 tot 60 procent ten opzichte van 2009. De verwachting is dat de budgetten ook de komende jaren beperkt zullen zijn. Wel zijn er signalen dat het UWV positief staat tegenover de inzet van IPS als aanpak van arbeidsre-integratie. Mede omdat uit onderzoek blijkt dat het plaatsingsrendement van IPS tussen de 40 en 50 procent ligt. Tot nu toe ligt het rendement van andere aanpakken rond de 20 procent.

4.2 De gemeente als innovatieve beleidsregisseur

De voornaamste trend in de publieke markt van re-integratie is de forse concentratie van beleid en budget bij de gemeenten (zie paragraaf 2.3). De WWB, de Wsw, de WMO, de Wet Participatie budget en op termijn ook de jeugdzorg. Voor de activiteiten van het UWV-werkbedrijf is de trend van lokalisering minder sterk. Een cliënt uit de maatschappelijke opvang, of met forse psychische problematiek is vaak ook een cliënt van andere partijen waarvan het budget inmiddels bij de gemeente ligt.

Veel gemeenten hebben deze nieuwe rol nog niet uitgewerkt. De WMO heeft tot doel de participatie van (psychisch) kwetsbare burgers te bevorderen. Deze doelstelling is nog onvoldoende gerealiseerd sinds de invoering van de WMO. Belangrijke onderwerpen die binnen veel gemeenten nog uitgewerkt zullen moeten worden, hebben betrekking op niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken tussen gemeente en (GGZ-)aanbieder, inclusief beleid van gemeenten, goede inbedding van de inspraak van GGZ-cliënten in het WM -beleid, ontwikkelen van criteria of een model voor maatschappelijke steunsystemen.

4.3 Reflectie

Duidelijk is dat gemeenten, zowel vanuit perspectief van de GGZ, als vanuit de reguliere arbeidsmarktsubsidies in de nabije toekomst een belangrijke rol krijgen in de realisatie van participatie van burgers op de arbeidsmarkt. Op dit moment is onduidelijk wie welke taken heeft of krijgt voor re-integratie/ontwikkeling van mensen met psychische beperkingen.

5. Verschijningsvormen van GGZ en MO organisaties

In de dienstverlening aan mensen met een beperking van gedragsmatige of psychiatrische aard is een aantal voorzieningen te onderscheiden. Voor de grote fusiegolf was aan een specifieke functie vaak ook een eigen organisatie gekoppeld. Het afgelopen decennium zijn grootschalige, geïntegreerde GGZ-instellingen ontstaan met een multifunctioneel karakter. De bouwstenen van deze conglomeraten kunnen nog steeds worden onderscheiden. Daarnaast zijn op diverse plekken in het land de oorspronkelijke bouwstenen nog als zelfstandige organisatie in tact.

5.1 Verschijningsvormen

De concentratie en fusiegolf van de afgelopen jaren heeft als gevolg dat achter de naam GGZ-instelling een grote diversiteit aan dienstverlening schuil kan gaan. De term verschijningsvorm is hier gebruikt om te wijzen op de verschillende combinaties van GGZ-functies die binnen één instelling geclusterd kunnen zijn. Eenvoudig gesteld komt het er op meer dat binnen een GGZ-instelling alle in paragraaf 5.1. genoemde voorzieningen aanwezig kunnen zijn. Het tegendeel is ook waar. Van ieder van de onderscheiden functies geldt dat er nog steeds zelfstandige functie- en doelgroepspecifieke organisaties zijn.

Er zijn in ons land nog drie zelfstandige RIAGG's. Het aantal zelfstandige RIBW's is groter. De RIBW's hebben ook een gezamenlijk platform: de RIBW Alliantie. Vanuit deze alliantie is ook een specifieke opvatting over de aanpak van arbeid en arbeidsparticipatie ontwikkeld. De maatschappelijke opvang is vaak een zelfstandige organisatie. Deze organisaties concentreren zich veelal in de steden. De doelgroep zoekt de stad op. Veel gemeenten werken voor deze doelgroep ook samen. Maakt een grote stad deel uit van de samenwerkende gemeenten, dan vervult de stad vaak een voortrekkersrol; die van centrumgemeente.

De forensische psychiatrie richt zich specifiek op cliënten die een TBS hebben. Klinieken op dit vlak kunnen zelfstandig zijn. Zie bijvoorbeeld de Van der Hoeven kliniek in Utrecht. Deze kliniek presenteert zich als een zelfstandig ziekenhuis. In Eindhoven is de dienstverlening aan deze doelgroep ondergebracht bij de GGzE.

5.2 Focus binnen de GGZ

Uit interviews met bestuurders en managers van GGZ-instellingen komt een aantal onderwerpen naar voren dat van belang is om grip te krijgen op het profiel van een GGZ-instelling. Om meer beeld te krijgen van een GGZ-partner in de regio. Onderstaand worden deze onderwerpen genoemd en aansluitend kort toegelicht.

- Werkgebied
- Terreingebonden of meer ambulante
- Cure of care (curatief op genezing gericht of niet)
- Behandelen of ontwikkelen
- Doelgroepen

Ad 1: Werkgebied

Het werkgebied van GGZ-instellingen is door de schaalvergroting sterk toegenomen. De naam van de instelling is vaak al informatief. GGZ Noord Holland Noord. GGZ Drenthe. GGZ Breburg, daarmee het hele werkgebied rond Breda en Tilburg aanduidend.

Ad 2: Terreingebonden of meer ambulante

Net als in de verstandelijk gehandicaptenzorg is er in de GGZ een lange traditie van terreingebonden zorg en dienstverlening. De kuststreek en het oostelijk deel van Nederland kent om die reden relatief veel instellingen met een van oudsher sterk terreingebonden intramuraal karakter. De intramurale focus is van invloed op de manier waarop naar (arbeidsmatige) dagbesteding en werk wordt gekeken. Het therapeutische karakter overheerst. Naarmate de binding met het terrein afneemt, naarmate mensen met een ernstige psychische beperking meer in de samenleving gehuisvest zijn, wijzigt ook de betekenis van arbeid. Volwaardige deelname aan de samenleving komt dan veel meer centraal te staan. Ook als het gaat om de mogelijkheid om een eigen inkomen te verwerven. Beleidsmatig is er sprake van een forse beweging naar meer participatie in de samenleving. Prof. Richard Janssen, bestuurder van Altrecht en hoogleraar Economie van de zorg in Tilburg pleit ervoor dat GGZ-aanbieders meer "footloose" worden, veel meer ambulante.

Ad 3: Cure of care; behandelen of ontwikkelen

De cure-kant van de GGZ is gericht op herstel en behandeling. Binnen de ambulante dienstverlening gaat dat heel vaak in de vorm van korte interventies met therapie. Een deel van de stoornissen vraagt om de inzet van medicijnen. Soms tijdelijk, vaak ook een langere periode van hun leven. Daar waar het accent meer ligt op de care speelt het thema ontwikkeling, participatie een groter rol. Het trefwoord is vaak rehabilitatie. Bij zelfstandige RIBW-instellingen is dat goed te zien. Hun cliënten zijn mensen met een ernstige psychiatrische stoornis. RIBW's verstrekken zelf geen medicijnen. Daarvoor gaan hun cliënten naar de GGZ-instelling in de regio.

Om als cliënt toegelaten te worden tot een RIBW-voorziening wordt vaak als eis gesteld dat er een georganiseerd dagprogramma is. Dat kan een inloophuis in de wijk zijn, een vorm van arbeidsmatige dagbesteding of een vorm van betaald werk. Op veel plekken in ons land zijn de RIBW's opgegaan in een groter GGZ-verband. Als dat het geval is, dan is het vanuit de SW-organisatie zaak om goed in kaart te brengen welk organisatie-onderdeel van de GGZ-instelling zich met deze doelgroep bezighoudt.

Ad 4: Doelgroepen

Met doelgroepen wordt hier bedoeld: specifieke groepen van cliënten waarvoor een aparte dienstverlening is opgezet. Een veelvoorkomend onderscheid is dat tussen jeugd en volwassenen. Hiervoor worden aparte circuits ingericht. Soms opereren deze circuits ook onder een eigen merknaam. Zo is in Oost Brabant bijvoorbeeld Herlaarhof de merknaam voor het centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Herlaarhof is onderdeel van Reinier van Arkel Groep. Hieronder is een element uit de site van de Reinier van Arkel Groep gelicht om te illustreren hoe de onderscheiden doelgroepen samenvallen met organisatie onderdelen.

<i>Herlaarhof, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie</i>
Herlaarhof is er voor kinderen van 0 tot 18 jaar met psychiatrische en/of psychosociale problemen. Die problemen komen vaak zowel thuis als op school en in contact met leeftijdgenoten tot uiting.
<i>Divisie Intensieve behandeling</i>
De divisie Intensieve Behandeling biedt behandeling aan mensen met ernstig psychische problemen al dan niet in combinatie met forensische titel en/of verslavingsproblematiek.
<i>Divisie Kortdurende Behandeling</i>
De divisie Kortdurende Behandeling richt zich op volwassenen en ouderen met psychische problemen al dan niet in combinatie met andere problematiek (somatiek, verslaving). Wij bieden diagnostiek, specialistische behandeling, geïndiceerde preventie en consultaties met als doel maximaal herstel in sociale rollen.
<i>Divisie Zorg & Resocialisatie</i>
De divisie Zorg & Resocialisatie biedt zorg aan volwassenen en ouderen die door (ernstig) psychiatrische aandoeningen en psychosociale kwetsbaarheid in hun functioneren worden beperkt. Wij werken vanuit de rehabilitatiegedachte, gericht op de ontwikkelingsmogelijkheden van cliënten, met als doel dat zij met succes en naar eigen tevredenheid kunnen functioneren.

5.3 Aansluiting arbeidsontwikkelbedrijf GGZ

De insteek van de doelgroepen biedt een goed handvat om te kijken naar de aansluitingen die er kunnen zijn tussen GGZ-instellingen en uitvoerders van de Wsw. Als het gaat om de jeugd tot 18 jaar zijn er veelal raakvlakken met het voortgezet speciaal onderwijs en het praktijkonderwijs. Zodra de leeftijd van 18 jaar wordt bereikt komt ook de Wajong in beeld. Op dit terrein zijn veel veranderingen gaande. Trefwoorden zijn de invoering van het passend onderwijs, de vorming van werkscholen en veranderingen in de doelstelling en de toelatingscriteria van de Wajong. Deze ontwikkelingen worden hier niet verder uitgewerkt.

Bij cliënten met een kortdurende behandeling in de GGZ is er veelal geen sprake van indicaties voor de Wsw of structurele arbeidsongeschiktheid. Als er voor deze doelgroep aanleiding is om de re-integratie naar werk te ondersteunen dan zal deze vraag veelal via de werkgever of via het UWV komen.

In de doelgroep van intensieve behandeling wordt ook gesproken over de doelgroep van mensen met een TBS. Diverse uitvoerders van de SW werken samen met GGZ-instellingen die ook forensische psychiatrie als discipline hebben. Voor de uitbreiding van haar capaciteit aan opleidings- en werkplekken maakt de van der Hoeven kliniek in Utrecht gebruik van infrastructuur van UW, de uitvoerder van de Wsw in Utrecht. Zowel Ergon in Eindhoven als WSD in Boxtel werken samen met de GGzE Eindhoven op dit terrein.

De doelgroep van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en psychosociale kwetsbaarheid wordt steeds meer ondersteund vanuit de rehabilitatiegedachte. De ontwikkelingsmogelijkheden staan centraal. De inzet is om zo gewoon mogelijk te leven, deel te nemen aan de samenleving op terreinen als wonen, relaties, arbeid, inkomen. Deze doelgroep ligt steeds dichterbij tegen de doelgroep van mensen met een indicatie voor de Wsw.

Arbeidsontwikkeling heeft echter wel een veel sterker therapeutisch karakter (rehabilitatie) dan arbeidsre-integratie in de re-integratiesector of sociale werkvoorzieningen.

5.4 De GGZ-infrastructuur voor dagbesteding en arbeid

Een inventarisatie van de infrastructuur van zowel GGZ-instellingen als instellingen voor maatschappelijke opvang op het terrein van dagopvang en dagbesteding levert in eerste instantie drie noties op:

- De infrastructuur voor dagbesteding lijkt in heel veel opzichten op de portfolio van werksoorten van een SW-organisatie. Alleen is alles veel kleinschaliger.
- Er is geen sprake van loonvormend werk, de bijdrage aan de kwaliteit van leven, het therapeutische staat centraal. Voor sommige activiteiten ontvangen de deelnemers een kleine vergoeding; op jaarbasis de maximaal toegestane vergoeding voor vrijwilligers werk.
- Echt anders is het gedeelte dat gericht is op bieden van opvang, inloophuis, de echte dagbesteding zonder arbeidsmatig karakter.
- Vergelijkbare structuren worden aangetroffen bij instellingen voor maatschappelijke opvang.

5.5 Actuele ontwikkelingen

Eerder in dit rapport is al gewezen op de ontwikkeling van het inzetten van wijkgebonden FACT-teams. Een aanpak die afkomstig is uit de VS. Een andere ontwikkeling die van belang is om te vermelden is het concept van Consumer Run Projects; CRP. Eveneens afkomstig uit de VS. In Amsterdam zijn hier al voorbeelden van. De filosofie achter de CRP-aanpak is dat de kwaliteiten van cliënten en deelnemers veel beter benut moeten worden. Vanuit deze filosofie worden vakkrachten vervangen door cliënten die over voldoende competenties beschikken om de taken van een vakkracht uit te voeren. Bij wijze van voorbeeld wordt gesproken over de inzet van een activiteitenbegeleider. In de VS wordt al 20 jaar op deze wijze gewerkt en ontwikkeld. Naast maatschappelijke effecten is er ook sprake van een aanpak met structureel lage kosten. Deze initiatieven worden in de VS structureel gesubsidieerd door de overheid. Event subsidies en eenmalige subsidies komen veelal van bedrijven.

6. Organisatiestrategieën binnen de GGZ

Dit hoofdstuk beperkt zich tot de organisatiestrategieën van GGZ-instellingen en instellingen voor maatschappelijke opvang met betrekking tot arbeid. Als inhoudelijke component van hun dienstverlening en als product, als onderdeel van de portfolio van de organisatie. Er wordt ingegaan op de positie die GGZ Nederland inneemt als koepelorganisatie van de GGZ-sector. Ook wordt ingegaan op de koers die is verwoord door de RIBW Alliantie. Aansluitend wordt ingegaan op de aanpak die een aantal afzonderlijke instellingen uit de GGZ en/of de maatschappelijke opvang heeft gekozen. Op deze manier wordt voorbeeldmatig in beeld gebracht welke strategie wordt gekozen en hoe die in praktijk wordt gebracht.

6.1 GGZ-Nederland: visie op dagbesteding en arbeid

In de nota 'Naar Herstel en Burgerschap (GGZ-NL; 2009) wordt benadrukt dat maatschappelijke participatie en arbeid belangrijke onderdelen zijn van kwaliteit van leven voor mensen met een psychiatrische aandoening. Bestuurders van GGZ-instellingen geven in interviews aan dat zij het gevoel hebben dat zij half werk leveren als zij hun cliënten op het terrein van werk niet van dienst kunnen zijn. Tegelijkertijd wordt benoemd dat de doelstellingen op het terrein van arbeid alleen samen met andere partijen gerealiseerd kunnen worden. Daar zijn werkgevers en andere, meer intermediaire partijen en regelingen voor nodig.

Als het gaat om de aanpak naar werk dan heeft GGZ Nederland een specifieke keuze gemaakt. De sector zet breed in op IPS; Individual Placement & Support. Bij deze aanpak wordt er voor gekozen om een cliënt/deelnemer zo snel mogelijk te plaatsen op de beoogde werkplek. Om vervolgens aansluitend op en rond de werkplek vaardigheden te ontwikkelen en het systeem te versterken zodat er sprake is van een duurzame arbeidsplaats.

6.2 RIBW Alliantie: strategienota Dagbesteding en Arbeid

RIBW Alliantie heeft recent een strategienota op het terrein van Dagbesteding en Arbeid uitgebracht. De nota sluit aan bij de eerder genoemde nota 'Naar herstel en burgerschap' van GGZ Nederland. In de strategienota wordt met name gefocust op de veranderende wet en regelgeving. Kernthema's daarin zijn:

- Overheveling functie Begeleiding van AWBZ naar WMO.
- De gemeente als uitvoerder van de inkomensvoorziening aan de basis van de arbeidsmarkt.
- De reductie van 'lichte' psychiatrische bedden.

De conclusie van de RIBW Alliantie is dat zij zich samen met maatschappelijke partners moeten richten op het vormgeven van een wijkgerichte GGZ-infrastructuur die aandacht voor behandeling en herstel combineert met werken aan inclusie in de buurt.

De uitwerking van het bovenstaande levert een aantal aandachtspunten op die voor uitvoerders van de Wsw en re-integratie trajecten in het kader van de WWB ook relevant zijn:

- De gemeenten krijgen een sterker invloed bij het bepalen welke instelling welke diensten levert.
- Voor de traditionele cliëntengroep van de RIBW's worden ook andere instellingen actief; welzijn, thuiszorg en SW.
- Ketensamenwerking is noodzakelijk, vanuit de psychiatrie is de kostenstructuur te hoog om in deze keten goed mee te kunnen.
- De noodzaak om meer resultaatgericht en transparant te verantwoorden over geleverde prestaties neemt toe.

Op basis van deze inzichten zetten de leden van de RIBW Alliantie ieder hun eigen strategie uit. Kernthema's daarin zijn: integrale aanpakken, versterken van de keten, marketingstrategie inzetten richting de gemeente. Op het terrein van participatie liggen er zowel in het kader van de WMO, als in het kader van de participatieplicht die per 1 januari 2012 gekoppeld is aan de WWB, kansen.

6.3 Organisatiestrategieën in de praktijk

Hoe geven GGZ-instellingen in de praktijk vorm en inhoud aan hun beleid op het terrein van participatie, dagbesteding en arbeid? Het beantwoorden van deze vraag staat centraal in deze paragraaf.

Er kan in de gekozen strategieën grofweg een driedeling worden gemaakt. Deze laten zich in trefwoorden als volgt typeren:

- Zelfdoen
- Samen doen
- Uitbesteden

Zelf doen

Diverse GGZ-instellingen kiezen ervoor zelf gespecialiseerde organisatie onderdelen op te zetten op het terrein van (arbeidsmatige) dagbesteding en arbeid. Binnen deze aanpak wordt bijvoorbeeld ook gewerkt aan het invoeren van IPS als werkwijze om tot (reguliere) arbeid te komen voor mensen uit de doelgroep. Daarbij positioneren (onderdelen) van sommige instellingen zich al als jobcoach organisatie naar het UWV. Voorbeelden van organisaties die deze strategie voeren zijn: Altrecht Talent, DAAT Drenthe (onderdeel van GGZ-Drenthe), Roads/Arkin, Pameijer Rotterdam.

Samen doen

Diverse GGZ-instellingen kiezen ervoor samen met andere organisaties (ketenpartners) vorm te geven aan (arbeidsmatige) dagbesteding en arbeid. Voorbeelden van organisaties die deze strategie voeren zijn: GGZ Noord Holland Noord, Relim Landgraaf.

Uitbesteden

Er zijn ook instellingen die (onderdelen van) (arbeidsmatige) dagbesteding volledig uitbesteden aan externe partijen. Zij werken dan veelal samen met andere partijen in het veld van arbeid,

scholing en daginvulling. Voorbeeld hiervan is GGZ-instelling Bavo Europoort, die verschillende samenwerkingsverbanden heeft met partijen in het veld.

In bijlage 2 is van ieder van bovenstaande typeringen een of meer voorbeelden uit de praktijk opgenomen. De doelstelling van de typering is om directies en beleidsadviseurs binnen SW-organisaties een handvat te bieden om de situatie in de eigen werkomgeving te analyseren en te profileren.

Bronvermelding

GGZ Nederland (2008). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2010). *Sectorrapport GGZ 2010. Zorg op waarde geschat. Update*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Ministerie van VWS (2010). *Rapport brede heroverwegingen. Curatieve zorg 2.0*. Den Haag: Min VWS.

Ministerie van VWS (2010). *Rapport brede heroverwegingen. Langdurige zorg*. Den Haag: Min VWS.

Movisie (2007). *Factsheet Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*. Utrecht: Movisie.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Perspectief op gezondheid 20/20*. Den Haag: RVZ.

RIBW Alliantie (2011). *Strategienota Dagbesteding en Werk*. Amsterdam: De Alliantie.

Rijksoverheid (2003). *Interdepartementaal Beleidsonderzoek Maatschappelijke Opvang. De opvang verstoort*. Den Haag: Rijksoverheid.

Trimbosinstituut (2009). *Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbosinstituut.

Trimbosinstituut (2010). *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 1 Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbosinstituut.

Veldhuizen, J.R. van (2005) FACT: de Functie ACT, een Nederlandse variant. In: C.L. Mulder & H. Kroon (red.) *Assertive Community Treatment*. P. 175-187. Nijmegen: Uitgeverij Cure and Care Publishers

Bijlage 1:

Wat is FACT?

De 'Functie ACT', FACT, is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. FACT richt zich op de hele groep van mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen buiten het ziekenhuis.

Het doel van FACT: meer meedoen in de samenleving

Doel van FACT is om patiënten met continuïteit te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in hun herstel. Behandeling en support, 'cure and care' gaan hand in hand. Patiënten worden thuis begeleid, zodat ze op de eigen situatie toegesneden steun krijgen. Teams zoeken daarbij ook het contact met familie en buurt. Zo ondersteunen FACT teams patiënten om weer mee te doen in de maatschappij op een manier waar zij zich prettig en veilig bij voelen. Ze leren hoe ze het beste met hun ziekte kunnen omgaan en hoe ze voor zichzelf kunnen zorgen. En ze werken aan een leven buiten de ggz met een zinvolle dagbesteding, sociale betrokkenheid en meer meedoen in de samenleving.

Een aanbod voor de hele groep langdurende zorg patiënten

Waar ACT zich richt op de meest ernstige langdurende zorg patiënten, richt FACT zich in een bepaalde wijk of regio op alle patiënten. Aan hen biedt een FACT team behandeling, begeleiding en praktische ondersteuning bij het zo zelfstandig mogelijk leven buiten een psychiatrisch ziekenhuis. Aan de meer stabiele patiënten biedt dit team individuele behandeling door een psychiater, psycholoog en andere deskundigen. Elke patiënt heeft ook een casemanager die hem begeleidt. Wanneer terugval in psychose dreigt, er een crisis is of een opname nodig wordt, dan zet het FACT-team de 'Functie ACT' in. De patiënt krijgt dan volwaardige ACT vanuit het hele team. Het team werkt dan ook met een shared caseload.

FACT biedt twee werkwijzen

FACT teams zijn breed samengestelde multidisciplinaire 'wijkteams' die werken met twee werkwijzen:

- individuele begeleiding door een casemanager voor stabiele patiënten. Patienten krijgen ondersteuning bij rehabilitatie en herstel.
- intensieve begeleiding door het hele team voor patiënten die onstabiel zijn of in een crisis

dreigen te raken. Deze begeleiding is volgens het ACT-model.

FACT is wijkgericht en werkt samen met andere organisaties in de wijk

FACT teams werken wijkgericht, meestal in een kleinere regio van zo'n 50.000 inwoners. Ze zijn outreachend en ambuland. Daardoor kennen ze de wijk goed en weten wijkbewoners en instanties hen goed te vinden. Dat biedt mogelijkheden voor samenwerking met andere organisaties in de wijk. Denk bijvoorbeeld aan de huismeester van de woningcorporatie, de wijkagent, de huisarts en de apotheek. FACT teams werken in de wijk vaak direct samen met het Dag Activiteiten Centrum (DAC). Veel FACT teams besteden ook aandacht aan toeleiding naar arbeid en onderhouden contacten met de werkvoorziening of andere werkgevers.

FACT-teams zijn multidisciplinair en hebben de kennis in huis voor de complexe problemen van patiënten. Ze pakken de problemen op alle leefgebieden op. Daarbij hoort ook de integrale aanpak van verslavingsproblemen en actieve aandacht voor de lichamelijke klachten van patiënten, samen met de huisarts.

Continuïteit van zorg

De twee werkwijzen van FACT waarborgen dat hetzelfde team met heel lange adem de patiënt blijft begeleiden. Ook als het soms opeens weer moeilijk gaat. FACT wijkteams hebben een heel lage 'dropout' (uitval): ze weten hun klanten te vinden en te binden. Om dat te organiseren moet hun zorg attractief zijn: het moet de patiënt aanspreken en ondersteunen bij hun herstel. De ervaringsdeskundige in een FACT team kan hierbij een belangrijke rol spelen.

De zorg wordt ook gecontinueerd als er toch een opname nodig is. Het FACT team onderhoudt dan contact met de patiënt en de behandelaars in de kliniek. Het bereidt de terugkomst naar huis voor en biedt extra begeleiding bij terugkomst van de patiënt.

FACT in Nederland

FACT is in GGZ Noord Holland Noord ontwikkeld. Het heeft zich de laatste jaren snel uitgebreid. FACT begon in de meer kleinstedelijke gebieden, maar wordt inmiddels ook in grote steden ingezet. In Limburg bleek uit onderzoek dat werken met het FACT-model de kans op remissie groter maakt. Met andere woorden: patiënten hadden minder symptomen.

FACT is als best practice opgenomen in een update van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie van GGZ Nederland. En inmiddels groeit de internationale interesse naar FACT.

Inmiddels zijn er ruim 75 FACT-teams actief. Deze teams kan je vinden via de (F)FACT-kaart op deze website. GGZ Noord-Holland-Noord heeft een eigen website over FACT: www.fact.nl.

Bron: Stichting Centrum Certificering ACT en FACT

Bijlage 2 Voorbeelden uit de praktijk (paragraaf 6.2)

Altrecht Talent

Werkgebied regio Utrecht. Actief op de levensgebieden dagbesteding, leren, werken, sociale contacten, wonen en financiën van de rehabilitatie. Op de levensgebieden worden drie hoofdproducten ingezet:

- Basisactivering en vrije tijd
- Altrecht Talent Leer-werk bedrijf
- Re-integratie en jobcoaching.

Binnen de hoofdproducten wordt gewerkt aan werknemerscompetenties en vakvaardigheden. Op onderstaande werksoorten worden trajecten aangeboden: Horeca, fietsenmakerij, ICT, groenvoorziening, timmerman, begeleider GGZ met ervaringsdeskundigheid, stadswandelingen, mode, sieraden maken en ondersteunende functies in de Artotheek. Talent kent geen wachtlijsten, wachttijden bij aanmelding voor deelname.

Altrecht Talent onderzoekt met deelnemers de mogelijkheden om tot initiatieven te komen die door cliënten zelf gerund kunnen worden. De financiering komt veelal via de functie Begeleiding uit de AWBZ. Daarnaast via het UWV en via de gemeente.

Talent is een actieve partij op het terrein van FACT teams en de inzet van IPS als re-integratiemethodiek. Talent oriënteert zich op de ontwikkeling van activiteiten die door de deelnemers zoveel mogelijk zelf gerund worden. Ook op de professionele en ondersteunende taken. Daarbij wordt georiënteerd op voorbeelden uit de VS. Daar bestaan al 20 jaar consumer run initiatives.

DAAT Drenthe

DAAT is onderdeel van de brede GGZ-instelling GGZ Drenthe. DAAT staat voor Dagbesteding, Arbeidsrehabilitatie, Arbeid en Training. Het werkgebied is de provincie Drenthe. De dagbesteding wordt verzorgd voor AWBZ-cliënten van de eigen instelling en deelnemers van buiten. Betaald uit AWBZ, Pgb, WWB of WMO. Er worden voorschakeltrajecten aangeboden op drie locaties. Assen, Emmen en Hoogeveen. Op deze locaties is sprake van een bedrijfsmatige aanpak. De focus zit op re-integratie naar betaald werk van mensen met psychiatrische of psychosociale problematiek.

Roads /Arkin

Roads is het bedrijf voor dagbesteding, scholing en leerwerk-bedrijven van de GGZ-instelling Arkin. Het werkgebied is Amsterdam, Amstelveen, Haarlem en Hoofddorp.

Kernproducten van Roods zijn: ondersteunende begeleiding, sociale activering en re-integratie. De werksoorten waarop ingezet wordt zijn: horeca, techniek, kantoor, grafisch, creatief. Op 38 initiatieven zijn werkervaringsplaatsen voor deze werksoorten.

Roods spreekt cliënten aan als deelnemer. Hun vraag staat centraal. Er wordt gewerkt met ervaringsdeskundigen. Er zijn geen wachtlijsten bij aanmelding.

Bedrijfsgegevens; 1500 deelnemers, 100 vaste medewerkers, 38 projecten op 24 locaties.

Pameijer Rotterdam

Pameijer is een zorg- en dienstverlener aan cliënten met een verstandelijke beperking en aan cliënten met een psychiatrische of psychosociale beperking. Voor deze laatste groep heeft Pameijer het profiel van een RIBW-organisatie. Pameijer is lid van de RIBW Alliantie.

Vanuit haar RIBW-functie en de dagbesteding voor de VG-doelgroep beschikt Pameijer over een flinke infrastructuur aan inloophuizen en dagbestedingvoorzieningen in de deelgemeenten van Rotterdam en in de gemeenten rond Rotterdam.

Sinds twee jaar zet Pameijer actief in op de herontwikkeling van haar voorzieningen in de wijken en gemeenten. Met als doel een nieuwe continuïteitsbasis te vinden voor deze locaties. En voor de dienstverlening die daar wordt geboden. Met de overgang van de functie Begeleiding van de AWBZ naar de WMO wordt de gemeente op termijn de belangrijkste opdrachtgever.

De locaties worden ontwikkeld tot multifunctionele accommodaties waar voor de brede doelgroep aan de basis van de samenleving inloop, dagactiviteiten en vormen van arbeidsmatige dagbesteding worden georganiseerd.

GGZ Noord Holland en WNK Bedrijven

GGZ Noord Holland Noord is een geïntegreerde GGZ-instelling werkzaam in de hele kop van Noord Holland. De organisatie is innovatief van instelling. En heeft er ook voor gekozen voor IPS als de manier om cliënten met een ernstige psychische beperking naar betaald werk te re-integreren.

Om IPS goed in te zetten is een samenwerkingsverband aangegaan met WNK Bedrijven, de SW-organisatie voor de regio Noord Kennemerland. Daarbij levert WNK de expertise en de capaciteit van de re-integratieconsulenten. De cliënten van GGZ NHN worden begeleid vanuit hun eigen woonomgeving en vanuit de lokale infrastructuur die GGZ NHN heeft in alle gemeenten in de kop van Noord Holland. Waar mogelijk wordt aangesloten op de relaties die GGZ NHN lokaal heeft met bedrijven en instellingen.

Relim Landgraaf

Relim is een zelfstandige stichting. Tot voor kort bekend onder de naam Der Sjtjel. Relim heeft arbeidsrehabilitatie als kerntaak. Via het werkvoorzieningschap voor de SW worden personen met een SW-indicatie op basis van ernstige psychische beperkingen geplaatst bij Relim. Daarnaast zijn er veel deelnemers afkomstig van de Mondriaanstichting, een GGZ-instelling in Zuid Limburg. Ook via de WWB en de maatschappelijke opvang en dak- en thuislozenzorg van de gemeente Maastricht komen deelnemers bij Relim terecht.

Relim biedt trajecten op het terrein van assemblage, ompakken en verpakken, houtbewerking, metaalbewerking, restauratie van antieke auto's, schoonmaakwerkzaamheden en groenvoorziening. De laatste twee jaar plaatst Relim steeds vaker deelnemers bij reguliere werkgevers.

Van der Hoeven kliniek en UW Re-integratie

De van der Hoeven kliniek werkt veel met cliënten met een TBS-achtergrond. Bij de ambitie om haar arbeidsmatige activiteiten uit te breiden op het vlak van productie activiteiten op het terrein van onder andere houtbewerking en metaalbewerking heeft de kliniek een deel van de infrastructuur van UW Re-integratie gehuurd. UW voert onder andere de Wsw uit voor de gemeente Utrecht.

Bavo Europepoort

De GGZ-instelling Bavo Europepoort meldt onder de kop arbeid, scholing en daginvulling, dat zij op dit terrein samenwerkt met jobcoaches en trajectbegeleiders. Op het terrein van dagbesteding wordt op basis van overeenkomst samengewerkt met Pameijer en psychiatrisch ziekenhuis Delta. Verder wordt gewezen op de intensieve samenwerking met Reakt Rijnmond voor dagbesteding en Track voor de toeleiding naar werk.

De Reakt Groep typeert zichzelf als specialist op het gebied van dagbesteding en arbeid van het klinisch bed tot en met betaald werk. Reakt beschikt over alle schakels van de keten. Het werkgebied van Reakt is Zuid Holland met uitlopers tot in Noord Holland. Op 1 januari 2010 droeg instelling Dijk en Duin in Noord Holland al haar activiteiten op het terrein van arbeid en dagbesteding over aan de Reakt Groep. Er wordt een grote diversiteit aan activiteiten ontwikkeld. Onder de Reakt Groep hangt een groot aantal bedrijven en initiatieven:

- Eton Training en opleidingen
- Track: re-integratie bedrijf
- RATO Bedrijven; detachering op basis van loonwaarde
- Hotel Restaurant de Unie
- Natuurwinkel Gouda
- Exploitatie van de Website Hollandse markten
- Visie: bedrijf dat kennis en expertise deelt

De Reakt Groep is een van de grootste organisaties in Nederland op dit vlak. Het aantal cliënten/deelnemers ligt op jaarbasis ruim boven de 10.000.