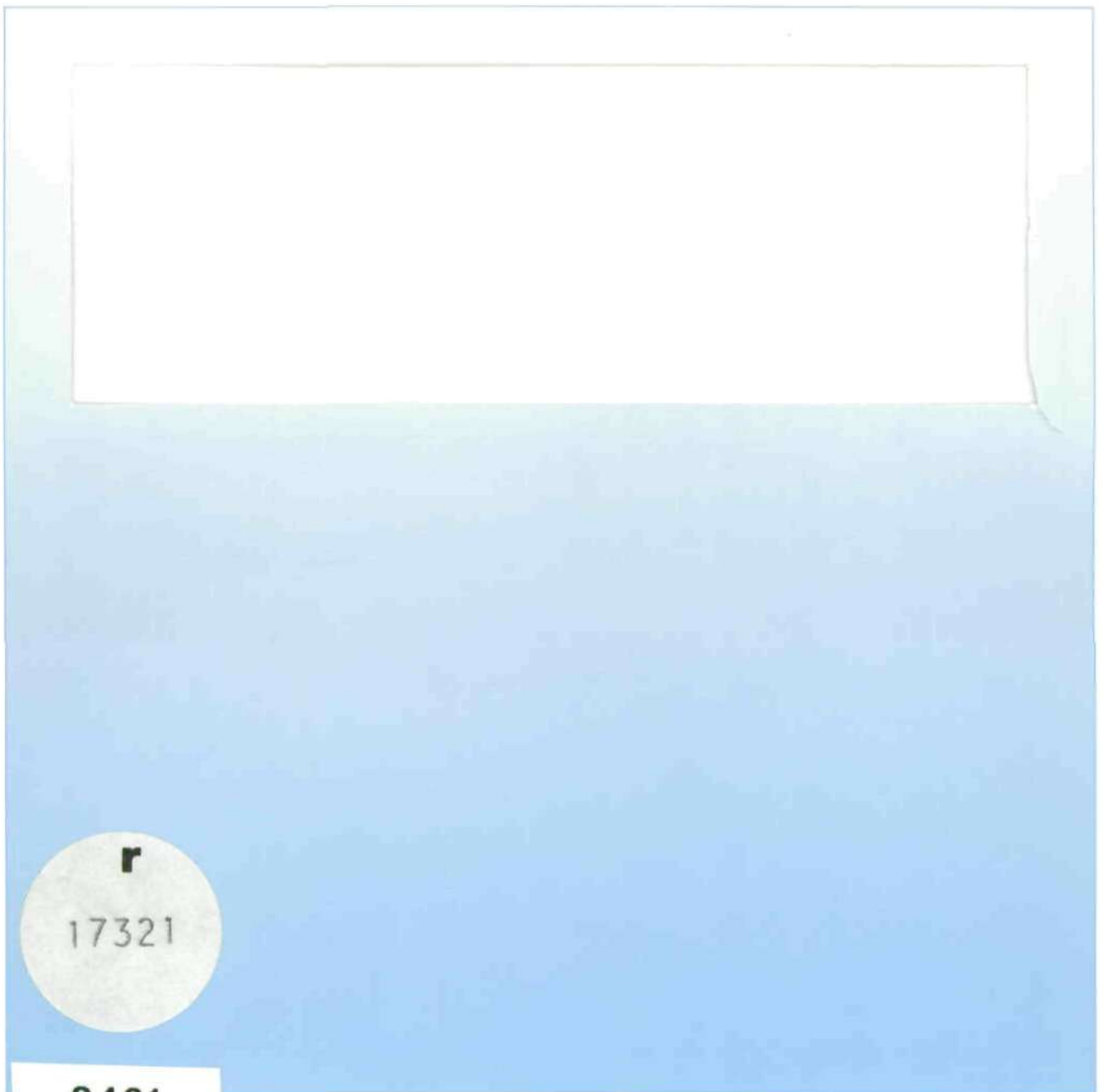


rijp rapport

I



r
17321

8431



BIBLIOTHEEK
RIJKSDIENST VOOR DE
IJSELMEERPOLDERS

rijp rapport

1984 - 2 cds

naar een systeem voor de geestelijke gezondheidszorg
in almere, met betrekking tot de psychiatrische zorg

door f. stekelenburg

| |
|------------|
| IR |
| 17321 8431 |



postbus 600
8200 AP IJlstad
smedinghuis
zuiderwagenplein 2
tel. (03200) 99111
telex 40115

Ten geleide

Het werkstuk van de heer Stekelenburg betreft een onderwerp op een voor de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders vrij ongebruikelijk werkterrein.

Bij het opzetten en uitwerken van stedenbouwkundige plannen is het nodig tijdig te kunnen beschikken over een goed inzicht in de ruimtebehoefte en de spreiding over de stad van de voorzieningen. Zeker ook op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

De heer Stekelenburg heeft - in het kader van zijn doctoraal-studie sociale geografie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht - hieruit het onderdeel psychiatrische zorg behandeld. Hij bevindt zich hiermee midden in een actuele vraagstelling in de dynamische ontwikkeling van Almere. De student Stekelenburg is erin geslaagd uit de tot zijn beschikking gekomen informatie o.a. een vrij gedetailleerd beeld op te roepen van het ruimtelijk-organisatorisch functioneren van veldteams in relatie tot de wijkgezondheidscentra. Dit voorstel verdient nadere toetsing. De synthese is vooral mogelijk gemaakt door de bereidwillige medewerking van de diverse deskundigen aan de interviews, die zowel buiten als in Flevoland werden gehouden. De begeleiding van dit onderwerp lag voor de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders in handen van de heren L.S. Groot Koerkamp en drs. P. Davelaar, voor het Geografisch Instituut in Utrecht van dr. M.H. Stijnenbosch.

Almere, 9 juli 1983

Ir. C.D. v.d. Wildt

Inhoud

| | blz. |
|---|------|
| 1. INLEIDING | 7 |
| 2. DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN BEWEGING | 11 |
| 2.1. De extramurale voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg | 12 |
| 2.1.1. De A.G.G.Z.-voorzieningen | 13 |
| 2.1.2. De overige extramurale voorzieningen | 17 |
| 2.2. De voorzieningen voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg | 18 |
| 2.3. De semimurale voorzieningen | 21 |
| 2.4. Het regeringsbeleid | 21 |
| 2.4.1. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen | 22 |
| 2.4.2. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg | 23 |
| 2.4.3. Het financiële kader | 24 |
| 2.5. Het psychiatriebeleid | 28 |
| 2.6. Het beleid in de extramurale geestelijke gezondheidszorg | 29 |
| 2.7. Het beschermde woonvormen-beleid | 30 |
| 2.8. De RIGG-vorming | 31 |
| 2.9. Enkele stromingen binnen de psychiatrie | 31 |
| 3. HET ONDERZOEKSGBIED ALMERE | 35 |
| 3.1. Voorgeschiedenis | 35 |
| 3.2. Almere; de ontwikkeling van een stad | 36 |
| 3.3. De stedelijke voorzieningen | 40 |
| 3.4. De demografische ontwikkeling | 41 |
| 4. DE GEZONDHEIDSZORG IN ALMERE | 47 |
| 4.1. Geschiedenis | 47 |
| 4.2. <i>De huidige situatie in de gezondheidszorg</i> | 48 |
| 4.3. Het beleidskader | 50 |
| 5. DE ONDERZOEKSRAPPORTAGE | 55 |
| 5.1. Het onderzoeksdoel | 55 |
| 5.2. Verantwoording van de werkwijze | 55 |
| 5.3. De interviewresultaten | 58 |
| 5.4. Conclusies | 71 |
| 6. EEN MODEL VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN ALMERE | 73 |
| 6.1. De randvoorwaarden | 73 |
| 6.2. De geestelijke gezondheidszorg in Almere tot 1990 | 73 |
| 6.3. Samenvatting en aanbevelingen | 81 |
| 6.4. Het model op langere termijn | 82 |
| Lijst van gebruikte afkortingen | 87 |
| Literatuurlijst | 89 |
| Bijlagen | |

1. Inleiding

Geleidelijk hebben zich in Nederland ingrijpende veranderingen voltrokken. Omstreeks de helft van deze eeuw werd de liberale rechtsstaat vervangen door een verzorgingsstaat, waarin men van de wieg tot het graf gebruik kan maken van allerlei voorzieningen. Dit proces speelde zich niet alleen in Nederland af, maar in de gehele westerse wereld (Stijnenbosch, 1978).

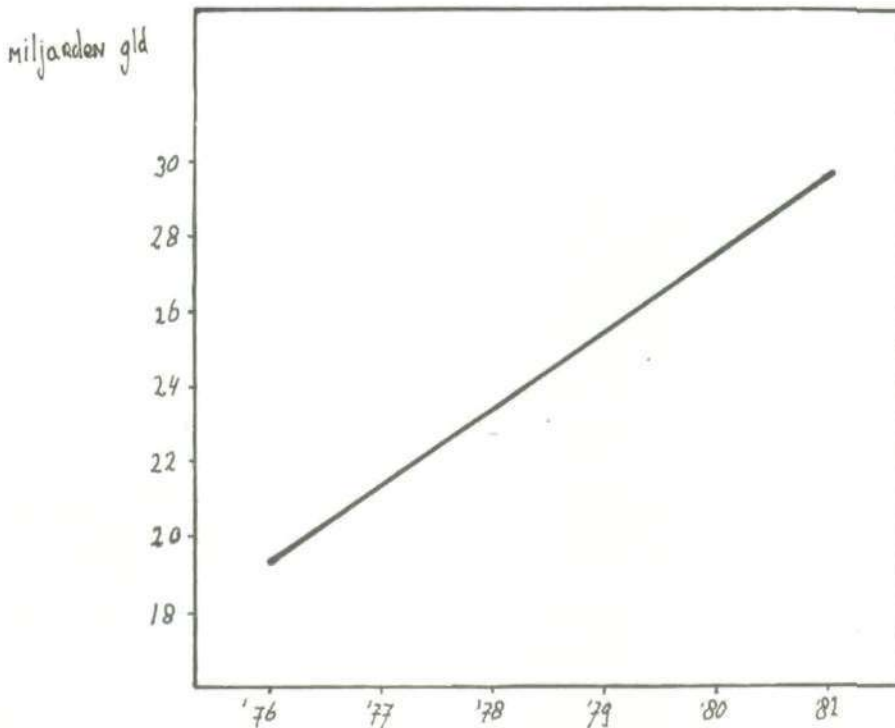
De staat is in toenemende mate verantwoordelijk geworden voor het leveren van diverse goederen en diensten, die vroeger door particulieren verzorgd werden. Dat deze zogenaamde openbare voorzieningen een belangrijke rol zijn gaan spelen in het leven van ieder individu, moge wel blijken uit het volgende citaat:

"Modern man is born in a publicly financed hospital, receives his education in a publicly supported school and university, spends a good part of his life travelling on publicly built transportation facilities, communicates through the postoffice or the quasi-public telephone-system, drinks his public water, disposes of his carbage through the public removal system, reads his public library books, picnics in his public parks, is protected by his public policy, fire and health systems; eventually he dies again in a hospital and may even be buried in a public cemetery" (Teitz, 1968).

De financiële middelen voor de vorming van de verzorgingsstaat werden verschaft door de enorme produktiviteits- en welvaartsgroei. Ook de gezondheidszorg is in toenemende mate een zaak van de overheid geworden. Stijnenbosch stelt terecht dat de gezondheidszorg, hoewel opgezet als vrije marktsector, momenteel zodanige kenmerken vertoont, dat zij tot de non-profit sector moet worden gerekend (Stijnenbosch, 1983, blz. 78). Eén van de belangrijkste kenmerken van de non-profit sector is dat de wet van vraag en aanbod niet goed functioneert. De in de hoogconjunctuur gestarte processen hebben ook in de gezondheidszorg geleid tot ten eerste een wildgroei van voorzieningen, die een onsamenhangend, versnipperd en elkaar overlappend karakter vertonen en ten tweede tot een explosieve groei van de kosten van de gezondheidszorg en de machteloosheid van de overheid greep hierop te krijgen.

De kosten van de gezondheidszorg hebben de laatste jaren een fantastische omvang aangenomen. Jaarlijks nemen de kosten met zo'n 10% toe (zie grafiek 1.1.). De verwachtingen zijn dat in 1983 meer dan 10% van ons nationaal bruto produkt aan gezondheidszorg zal worden uitgegeven. De overheid, zich het een en ander beseffende, kwam in 1974 met de Struatuurnota Gezondheidszorg van Staatsecretaris Hendriks. Hierin worden voorstellen gedaan om de gezondheidszorgvoorzieningen op elkaar af te stemmen en te stroomlijnen. Tevens worden er voorstellen gedaan die tot kostenbesparingen in de gezondheidszorg zouden moeten leiden. In het kort komen deze voorstellen neer op regionalisering - de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert - en echelonnering - een echelon is een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen - (zie schema 2.1). Ook de financieringsstructuur van de gezondheidszorg dient aan deze regionalisering maar vooral aan de echelonnering aangepast te worden. De effecten die de Nota op de gezondheidszorg heeft gehad en nog heeft zijn ingrijpend te noemen, hoewel dat op grond van grafiek 1.1. voor de kosten van de gezondheidszorg nog niet blijkt.

Grafiek 1.1. Kosten van de gezondheidszorg in Nederland 1976-1981



bron: Ministerie van VoMil, 1982

Het functioneren van het non-profit-mechanisme op de gezondheidszorg is niet alleen van invloed geweest op een ongebreidelde groei van de aanbodzijde, maar heeft ook de nodige effecten gehad op de vraagzijde, welke enorm is toegenomen. Dit laatste beïnvloedde ook weer de kostengroei. Om een paar voorbeelden te geven: per jaar verlenen de huisartsen zo'n 47 miljoen consulten, gemiddeld voor elke vrouw, ongeacht de leeftijd, vier maal per jaar en voor elke man drie maal per jaar; per jaar worden 1,6 miljoen mensen gemiddeld voor 14 dagen opgenomen in een ziekenhuis, 60.000 verblijven er het gehele jaar; gemiddeld verblijven er per jaar 23.000 mensen in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor deze toename van de vraagzijde is de vergrijzing van de Nederlandse bevolking een belangrijke factor. Daarnaast is uit verschillende onderzoeken gebleken dat veel maatschappelijke problemen de oorzaak zijn dat mensen zich niet wel voelen. Dit wordt vertaald in lichamelijke klachten, met als gevolg een bezoek aan een huisarts of specialist. Dergelijke maatschappelijke factoren zijn b.v. werkloosheid en relatieproblemen. Vroeger deden de mensen die dergelijke problemen hadden veelal een beroep op de dominee, pastoor, buren of familieleden. De maatschappelijke functie die deze mensen hadden is langzaam maar zeker overgenomen door de gezondheidszorg. Van Eyk vat deze hele tendens samen met de term "verdoktering" (Van Eyk, 1983).

Ook in de geestelijke gezondheidszorg zijn gevolgen waar te nemen van de vorming van de verzorgingsstaat. Met name in de ambulante geestelijke gezondheidszorg is na de tweede wereldoorlog een veelheid aan voorzieningen ontstaan. Elk instituut of instelling had zijn eigen ontstaanswijze, doelgroep, werkwijze, financiering en ontwikkelde zich autonoom,

onafhankelijk van andere instanties. Dit leidde tot een verwarrende situatie, waarin zowel de patiënt/cliënt als de verwijzende instantie geen zicht meer had welke voorziening nu het beste de gevraagde hulp kon verlenen. Dit werd nog versterkt door de gescheiden ontwikkeling waardoor zowel geografisch als bij het soort hulpverlening een forse overlap ontstond.

Als gevolg van de regionaliserings- en echelonneringsprincipes uit de Struktuurnota Gezondheidszorg is hier een einde aan gekomen door de vorming van Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's). Per 1 januari 1983 zijn de meeste ambulante werksoorten opgegaan in de zestig daarvoor opgerichte RIAGG's.

In de steeds perfecter wordende maatschappij is in toenemende mate minder plaats voor mensen, die zich "afwijkend" gedragen. Het zonder meer hospitaliseren van deze mensen stuit op een steeds groter wordende stroom kritiek. Vooral de opkomst van de Psychiatrische Tegenbeweging in het begin van de jaren zeventig, heeft hiertoe belangrijk bijgedragen. De Beweging heeft zich hoofdzakelijk geconcentreerd op de intramurale geestelijke gezondheidszorg, waarbij altijd voor het belang van de patiënt/cliënt werd opgekomen.

De Psychiatrische Tegenbeweging heeft zich in enkele landen zo krachtig ontwikkeld, dat dit heeft geleid tot de sluiting van alle psychiatrische ziekenhuizen in die landen.

Het steeds verder institutionaliseren van de geestelijke gezondheidszorg heeft, gezien de toenemende kritiek, bepaald niet in alle gevallen geleid tot een optimale zorg. Dit en het feit dat de zorg op zich welhaast onbetaalbaar is geworden, noopt ons te zoeken naar nieuwe wegen. Wegen die moeten leiden tot een zorg die beter is afgestemd op de behoefte en de problemen, die zich in de maatschappij voordoen, preventief en extramuraal gericht is, overzichtelijk en vooral betaalbaar is.

Bij het zoeken naar nieuwe mogelijkheden kan de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de polder, en met name in Almere, een belangrijke rol spelen. Ten eerste is Almere op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg nagenoeg blanco, zodat deze vanaf de basis moet worden opgebouwd. Ten tweede zal Almere naar alle verwachtingen uitgroeien tot een stad van 250.000 inwoners, zodat de geestelijke gezondheidszorg zich er in alle facetten zal kunnen manifesteren en ontplooiën.

Hierbij zijn we ook bij het doel van dit rapport aangekomen. Het doel is te komen tot een voorstel voor een systeem voor de geestelijke gezondheidszorg in Almere. Het systeem zal gebaseerd moeten zijn op het door de jaren heen te verwachten inwonertal. Tevens zal het als richtlijn dienen voor een meer concretere planning ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen tot 1990, omdat tot die tijd de omvang van de bevolking van Almere vrij nauwkeurig te voorspellen is. De uitwerking van zowel het systeem als van de concretere planning tot 1990 zijn in hoofdstuk 6 te vinden.

Hieraan voorafgaand zal in hoofdstuk 2 worden ingegaan op de voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg die thans in Nederland functioneren. Van de belangrijkste extramurale-, semimurale- en intramurale voorzieningen zullen beknopt geschiedenis, werkwijze, spreiding e.d. aan de orde komen. In het tweede gedeelte van hoofdstuk 2 komt het regeringsbeleid aan bod. Eerst zal worden ingegaan op de veranderde wetgeving inzake de geestelijke gezondheidszorg en het financiële kader waarbinnen deze opereert. Daarna zal wat dieper ingegaan worden op het regeringsbeleid ten aanzien van enkele specifieke onderwerpen, die voor de toe-

komstige ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg van belang zijn. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte kennismaking van enkele moderne stromingen binnen de psychiatrie.

In het derde hoofdstuk zal een inleiding worden gegeven op het onderzoeksgebied Almere. De demografische ontwikkeling van Almere zal daarbij speciale aandacht krijgen.

Het vierde hoofdstuk handelt over de gezondheidszorg in Almere. Naast een schets van de ontwikkeling van de gezondheidszorg en een beschrijving van de huidige gezondheidszorgvoorzieningen, zal de nadruk komen te liggen op het beleidskader waarbinnen met name de geestelijke gezondheidszorg zich in Almere zal kunnen ontwikkelen.

In het kader van dit onderzoek zijn in januari/februari 1983 een aantal interviews gehouden, waarvan in hoofdstuk 5 een verslag wordt gegeven. Het doel van de interviews was het destilleren van aanwezig tendenzen in de ideeën, visies en richtingen waarin de geestelijke gezondheidszorg zich in Almere zou moeten ontwikkelen. Hiertoe zijn 22 personen geïnterviewd, die globaal in 3 groepen zijn verdeeld, te weten representanten van instellingen die direct bij de hulpverlening in Almere betrokken zijn; vertegenwoordigers van de plaatselijke politieke partijen, alsmede het voor de gezondheidszorg verantwoordelijke lid van het dagelijks-adviescollege; personen die op indirecte manier betrokken zijn met de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in Almere.

De conclusies, waarmee hoofdstuk 5 zal worden afgesloten, zullen samen met de theoretische overwegingen in de daar voorafgaande hoofdstukken, de basis vormen van het in hoofdstuk 6 voorgestelde systeem voor de geestelijke gezondheidszorg in Almere.

De psychogeriatrie en het gehele veld van de zwakzinnigenzorg zullen, hoewel ze een wezenlijk onderdeel uitmaken van de geestelijke gezondheidszorg, in dit rapport buiten beschouwing gelaten worden. Binnen het beperkte tijdsbestek waarin dit rapport tot stand moest komen, kon niet ontkomen worden aan een zekere afbakening van het onderwerp. Zowel de psychogeriatrie als de zwakzinnigenzorg hebben beide zozeer een eigen achtergrond en problematiek, dat ze binnen dit kader onvoldoende aan bod zouden zijn gekomen; daar zijn beide te belangrijk voor! Zij zouden eerder onderwerp moeten zijn van aparte studies, die zich met deze ontwikkelingen in Almere gaan bezighouden.

2. De geestelijke gezondheidszorg in beweging

De krankzinnigenwet uit 1841 is van groot belang geweest voor de aard en de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een direct gevolg van de wet was het ontstaan van verschillende psychiatrische inrichtingen in de tweede helft van de vorige eeuw. De provinciale besturen kregen volgens deze wet de verantwoordelijkheid voor de stichting van deze inrichtingen. Men was in die tijd overtuigd dat een doeltreffende therapie alleen in rustige en bosrijke gebieden kon plaatsvinden. De meeste inrichtingen uit die tijd zijn dan ook in gebieden gesitueerd ver weg van grote bevolkingsconcentraties (Romme, 1978). Aan de ene kant werd door de wet de krankzinnige erkent als zieke, aan de andere kant echter werd er een strikt onderscheid gemaakt tussen een krankzinnige-zieke en een niet krankzinnige-zieke. Beide categorieën moesten ook strikt gescheiden verpleegd worden. Pas later zijn er binnen de psychiatrische inrichtingen aparte afdelingen voor zwakzinnigen gecreëerd.

Door het maatschappelijke isoleren van krankzinnige-zieken ontstond de noodzaak voor opvang voor patiënten die ontslagen werden en terug moesten keren in de maatschappij. Mede hierdoor ontstonden, zij het pas aan het begin van deze eeuw, verschillende extramurale voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg, zoals de sociaal psychiatrische dienst (S.P.D.), het medisch opvoedkundig bureau (M.O.B.) e.d. Ook "de wortel" van de semimurale voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg vloeit in feite voort uit het zoeken naar een adequate nazorg voor de uit een psychiatrische inrichting komende patiënt. De gezinsverpleging, waarbij men patiënten uit psychiatrische inrichtingen in gezinnen plaatste, waar zij in gezinsverband konden leven en worden verzorgd, kan zelfs als de oudste vorm van nazorg worden beschouwd (Romme, 1978). De ontwikkelingen van de psychiatrie tot aan de Tweede Wereldoorlog worden door sommigen gekarakteriseerd onder de term "opbergpsychiatrie" (Actiegroep Medicijnen Nijmegen, 1973).

Na de Tweede Wereldoorlog ontstaat er een meer gedragswetenschappelijke stroming in de psychiatrie en wordt de psychiatrische zieke meer en meer gezien als een mens met levensproblemen.

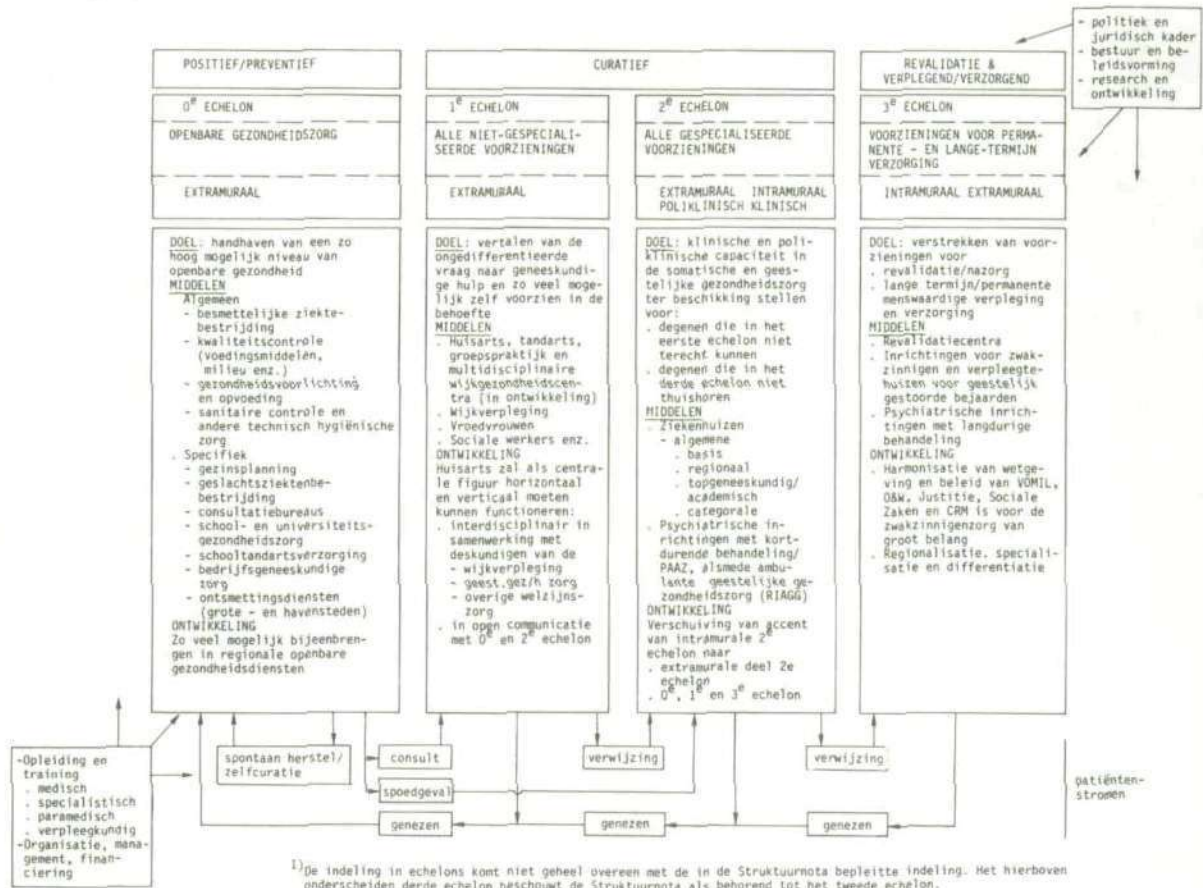
Er is van vele kanten fundamentele kritiek op de psychiatrie geuit. Niet alleen de opkomst van de psychiatrische tegenbeweging heeft hiertoe bijgedragen, maar ook van de zijde van werkers in de geestelijke gezondheidszorg is kritiek gekomen. Ook de overheid heeft via de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974, hieraan bijgedragen. Deze kritiek richtte zich o.a. op de weinig patiënt gerichte benadering, de onsamenvangende organisatie van de verschillende soorten voorzieningen en de financiële onbeheersbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op de voorzieningestructuur van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Achtereenvolgens zullen de belangrijkste extra-, intra- en de semi-murale voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg, aan de orde komen. Hierbij is veel gebruik gemaakt van de informatie zoals deze te vinden is in de Gids Geestelijke Gezondheidszorg van het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (N.C.G.V., 1982).

In het tweede gedeelte zal worden ingegaan op het overheidsbeleid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

Met name zal worden ingegaan op de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (W.Z.V.), de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en het financiële beleid zoals dat door de overheid gevoerd wordt.

Schema 2.1.



2.1. De extramurale voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg

Onder extramurale gezondheidszorgvoorzieningen verstaan we voorzieningen die op werkdagen tussen 9.00 en 17.00 uur hulp bieden aan personen met psychiatrische, psychische en sociale problemen. Een klein aantal kent de 24 uur bereikbaarheidsdienst.

De meeste extramurale geestelijke gezondheidszorg(ggz)-voorzieningen zijn algemeen; een klein gedeelte is categoriaal en is gericht op bepaalde leeftijdsgroepen of probleemgroepen.

Tot de extramurale ggz-voorzieningen worden gerekend: de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (aggz), hiertoe worden gerekend: de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke gezondheidszorg (RIagg's) en de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (C.A.D.'s); poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen; zelfstandig gevestigde psychiaters en zenuwartsen.

De extramurale voorzieningen behoren formeel tot de tweedelijns gezondheidszorg en kunnen in principe alleen personen hulp bieden, die door de eerste lijn, de huisarts, de wijkverpleging of het maatschappelijk werk, doorverwezen zijn. (zie schema 2.1.). In de praktijk echter kunnen patiënten/cliënten zich ook direct aanmelden bij de meeste instellingen.

De eerste lijn wordt dan wel, wanneer de patiënt/cliënt daarmee instemt, door de desbetreffende instelling op de hoogte gebracht.

Om een indruk te krijgen wat het aandeel is van de extramurale (AGGZ, psychiatrische poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters) ggz in de totale ggz, is in tabel 2.1. een vergelijking gemaakt tussen de intra-, semi- en extramurale ggz wat betreft de exploitatiekosten, het aantal arbeidsplaatsen op basis van een veertig-urige werkweek en het aantal ingeschreven patiënten/cliënten in 1980.

Tabel 2.1. De intra-, semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg naar gemiddeld aantal arbeidsplaatsen, exploitatiekosten en aantal ingeschreven patiënten/cliënten in 1980

| | arbeidsplaatsen | | cliënten | | exploitatiekosten | |
|-------------|-----------------|-----|----------|-----|-------------------|-----|
| | pers. | % | pers. | % | milj.f | % |
| intramuraal | 28.000 | 85 | 46.552 | 16 | 1.783 | 76 |
| semimuraal | 830 | 2 | 5.108 | 2 | 105 | 4 |
| extramuraal | 4.250 | 13 | 237.500 | 82 | 463 | 20 |
| ggz totaal | 33.080 | 100 | 289.160 | 100 | 2.351 | 100 |

Bron: N.C.G.V. 1982

Het aantal arbeidsplaatsen in de extramurale ggz is 13% van het totale aantal arbeidsplaatsen in de ggz. Voor de intramurale ggz is dit percentage 85%. Het aantal ingeschreven patiënten/cliënten in de extramurale ggz is daarentegen 82% van het totaal bij de ggz ingeschreven patiënten/cliënten; voor de intramurale ggz is dit 16%. In 1980 bedroegen de totale exploitatiekosten voor de ggz 2.351 miljoen gulden. Van dit bedrag ging 20% naar de extramurale ggz en 76% naar de intramurale ggz. De semimurale ggz speelde in 1980 nog geen rol van betekenis in vergelijking met de intra- en extramurale ggz.

De extramurale zorg kenmerkt zich doordat met relatief lage exploitatiekosten en arbeidsplaatsen in vergelijking met de intramurale ggz, veel ingeschreven patiënten/cliënten kent. De verklaring hiervoor is hoofdzakelijk te wijten aan het feit dat in de intramurale ggz de patiënten/cliënten niet alleen behandeld moeten worden, maar ook verzorgd moeten worden.

2.1.1. De aggz-voorzieningen

Op dit moment bevinden de A.G.G.Z.-instellingen zich in een ingrijpende reorganisatie. Sinds 1 januari 1983 zijn de Sociaal Psychiatrische Diensten (SPD's), de Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB's), de Instellingen voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP's) en de bureaus voor Levens- en Gezinsvraagstukken (LGV's), opgegaan in Regionale Instellingen voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's). De Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs hebben zich vooralsnog buiten de reorganisatie gehouden. Zij hebben een samenwerkingsovereenkomst met de RIAGG's.

Kaart 2.1. DE A.G.G.Z.-REGIO'S IN NEDERLAND



Thans zijn er 63 RIAGG's in Nederland werkzaam, die elk een verzorgingsgebied hebben van 150.000-300.000 inwoners (zie kaart 2.1). De RIAGG's zijn in feite een effectuering van de voorstellen omtrent echelonnering en regionalisering uit de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 van de toenmalige staatssecretaris Hendriks.

Door deze RIAGG-vorming is tegemoet gekomen aan de jarenlange kritiek ten aanzien van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze zou te veel een onsamenhangend karakter, doublures en overlappingsen, voor zowel de hulpverlening als het werkgebied, vertonen.

De taken van de RIAGG vallen uiteen in drie categorieën: hulpverlening, dienstverlening en preventie. De hulpverlening bestaat o.a. uit intake, doorverwijzing en advisering/bemiddeling en behandeling van personen in psychiatrische en psycho-sociale nood.

De dienstverlening bestaat hoofdzakelijk uit consultatie van de eerstelijns gezondheidszorg. De preventie richt zich met name op het bevorderen van zelfhulp en mantelhulp.

Binnen haar verzorgingsgebied is de RIAGG verantwoordelijk voor deze taken.

De organisatie van de RIAGG-hulpverlening kan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de demografische kenmerken van en bevolkingsdichtheid binnen haar werkingsgebied. Ook de reeds aanwezige overige voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg in dat gebied, spelen hierbij een rol.

Globaal zijn drie organisatievormen te onderscheiden, te weten:

1. Er is één intake-adres, door de teams gemeenschappelijk georganiseerd. Na de intake komt de cliënt in behandeling bij één van de teams, gespecialiseerd in een bepaalde hulpverleningsvorm.
2. De RIAGG kent een afdeling jeugdzorg, een afdeling volwassenenzorg en een afdeling bejaardenzorg. Iedere afdeling verzorgt haar eigen intake.
3. De RIAGG werkt met gedecentraliseerde "veldteams". Deze veldteams zijn verspreid over de gehele regio en werken voor alle leeftijdscategorieën. Zij verlenen "eerste hulp", doen kortdurende behandelingen en verlenen consultatie. Blijkt iemand voor langer durende behandelingen in aanmerking te komen, dan kan het veldteam een beroep doen op specialistische teams.

Alle RIAGG's worden binnenkort verplicht een 7x24 uur bereikbaarheidsdienst te organiseren, zodat ook buiten de kantooruren in crisissituaties hulp geboden kan worden.

Eind 1980 bedroeg het aantal aggz-instellingen in Nederland 129, deze hadden in het totaal 321 vestigingen op 453 locaties (C.B.S., 1982). In de periode 1976-1981 zijn de aggz-instellingen zowel wat betreft kosten als bezette arbeidsplaatsen sterk gegroeid; namelijk met 84% en 46% (zie tabel 2.2). Voor de totale gezondheidszorg bedroegen deze cijfers voor dezelfde periode respectievelijk 54 en 15%. Binnen de totale gezondheidszorg blijkt er sprake te zijn van een relatief sterke toename van de kosten en de bezette arbeidsplaatsen van de aggz-instellingen. Eén van de belangrijkste oorzaken hiervoor is het regeeringsbeleid, dat gericht is op een stimulering van de extramurale zorg, o.a. door middel van het toewijzen van formatieplaatsen en het terugdringen van de kosten van de intramurale zorg.

Tabel 2.2. Aantal arbeidsplaatsen en kosten binnen de totale gezondheidszorg en de aggz-instellingen, 1976-1981.

| jaar | arbeidsplaatsen | | | | kosten ² | | | |
|------|-----------------|--------------------|-----------|--------------------|---------------------|--------------------|----------|--------------------|
| | aggz | | tot. gez. | | aggz | | tot gez. | |
| | abs. | perc. ¹ | abs. | perc. ¹ | abs. | perc. ¹ | abs. | perc. ¹ |
| 1976 | 3124 | - | 264.319 | - | 227 | - | 19.228 | - |
| 1977 | 3324 | 6.3 | 272.880 | 3.2 | 260 | 14.5 | 21.289 | 10.7 |
| 1978 | 3599 | 8.3 | 279.899 | 2.6 | 304 | 16.9 | 23.400 | 9.9 |
| 1979 | 3947 | 9.7 | 290.112 | 3.6 | 349 | 14.8 | 25.443 | 8.7 |
| 1980 | 4339 | 9.9 | 298.470 | 2.9 | 389 | 11.5 | 27.716 | 8.9 |
| 1981 | 4579 | 5.5 | 306.570 | 2.7 | 418 | 7.5 | 29.605 | 6.8 |

1. percentuele toename t.o.v. het voorgaande jaar

2. in miljoenen gulden

bron: Min. van VoMil, 1983

Het C.B.S. heeft in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) voor het jaar 1980 een onderzoek verricht onder verschillende AGGZ-instellingen. Het doel van het onderzoek was o.a. meer gegevens te verkrijgen over het cliëntenbestand. In het onderzoek zijn de gegevens van 78 instellingen verwerkt, waarbij in totaal 73.743 cliëntsystemen betrokken waren. Onder een cliëntstelsysteem wordt een eenheid van cliënten verstaan, die een gezamenlijke problematiek hebben. Een cliëntstelsysteem kan uit één of meerdere personen (b.v. een gezin of een echtpaar) bestaan.

Van alle cliëntsystemen werd 51% bij de onderzochte instellingen ingeschreven, na doorverwijzing van de eerstelijns gezondheidszorg (zie tabel 2.3.). Via "diversen", w.o. alternatieve hulp, politie, school, op eigen initiatief, werd 36% doorverwezen. Doorverwijzing vanuit de intramurale geestelijke gezondheidszorg kwam relatief weinig voor. Uit deze groep kwam 5% van de cliëntsystemen in contact met de betreffende instellingen.

Tabel 2.3. Verwijzingen van cliëntsystemen van en naar aggz-instellingen, 1980

| | verwezen door | verwezen naar |
|-----------------|---------------|---------------|
| eerstelijns | 51 | 13 |
| aggz | 8 | 30 |
| intramurale ggz | 5 | 47 |
| diversen | 36 | 8 |
| totaal in % | 100 | 100 |
| totaal absoluut | 73.743 | 51.021 |

bron: C.B.S., 1983

Van de 73.743 werden 15.021 cliëntsystemen, na ingeschreven te zijn geweest, doorverwezen door de onderzochte instellingen. Het grootste ge-

deelte werd naar de intramurale ggz doorverwezen: 47%. Naar andere AGGZ-instellingen werd 30% doorverwezen. Dit relatief hoge percentage is te verklaren, doordat in 1980 de RIAGG-vorming nauwelijks had plaatsgevonden. De taken en functies van veel AGGZ-instellingen waren onoverzichtelijk, waardoor veel cliënten in eerste instantie bij een verkeerde instelling terecht kwamen. Blijkbaar was de taak van de eerstelijns gezondheidszorg bij eventuele nazorg gering; slechts 13% werd na de eerstelijns verwezen.

Van de 73.743 cliëntsystemen heeft in 1980 54% zich op een reguliere manier uitgeschreven, hetgeen betekent dat dit percentage in voldoende mate baat heeft gevonden in de aangeboden hulp,

Wanneer de leeftijdsopbouw van de bij de cliëntsystemen betrokken personen wordt bekeken, dan blijkt dat de groep personen tussen de 30 en 39 jaar verreweg de best vertegenwoordigde groep te zijn. Van alle personen uit de cliëntsystemen kwam 27% uit deze groep (zie tabel 2.4.). Dit is voor een deel te verklaren uit het feit dat in deze groep veel personen betrokken zijn bij de problematiek van de centrale persoon uit het cliëntstelsel. Is b.v. een kind de centrale persoon, dan zitten eventueel beide ouders in dat cliëntstelsel.

Wanneer verschillende leeftijdsgroepen bij elkaar worden genomen, dan blijkt dat bijna driekwart (73%) van de tot de cliëntsystemen behorende personen uit de groep van 10-49 jarigen te komen.

Tabel 2.4. Percentuele leeftijdsopbouw van de bij de cliëntsystemen betrokken personen van aggz-instellingen

| | |
|--------------|-----------|
| 0- 9 jaar | 6 |
| 10-19 jaar | 13 |
| 20-29 jaar | 16 |
| 30-39 jaar | 27 |
| 40-49 jaar | 17 |
| 50-59 jaar | 9 |
| 60-69 jaar | 4 |
| 70-79 jaar | 4 |
| 80-89 jaar | 3 |
| 90-99 jaar | 1 |
| <hr/> totaal | <hr/> 100 |

bron: C.B.S., 1983

Uit de cliëntsystemen blijkt dat maar 12% uit de groep van 60 jaar en ouder komt (C.B.S., 1983).

2.1.2. De overige extra-murale voorzieningen

- De zelfstandig opererende psychiater en zenuwarts.

Van de ongeveer 500 vrijgestelde psychiaters/zenuwartsen heeft 75% tevens een baan bij een ziekenhuis, een aggz-instelling of een andere organisatie. Het aantal puur solitair werkende psychiaters en zenuwartsen zal, gezien de ontwikkelingen binnen de ggz, in de toekomst vermoedelijk nog verder afnemen. Ook zij zullen binnen de RIAGG's hun taak krijgen. Doorverwijzingen naar de aggz-instellingen, waar het thans nog

wel eens aan ontbreekt, zullen dan veel makkelijker gaan verlopen (Romme, 1978).

- De polikliniek van het psychiatrisch ziekenhuis.

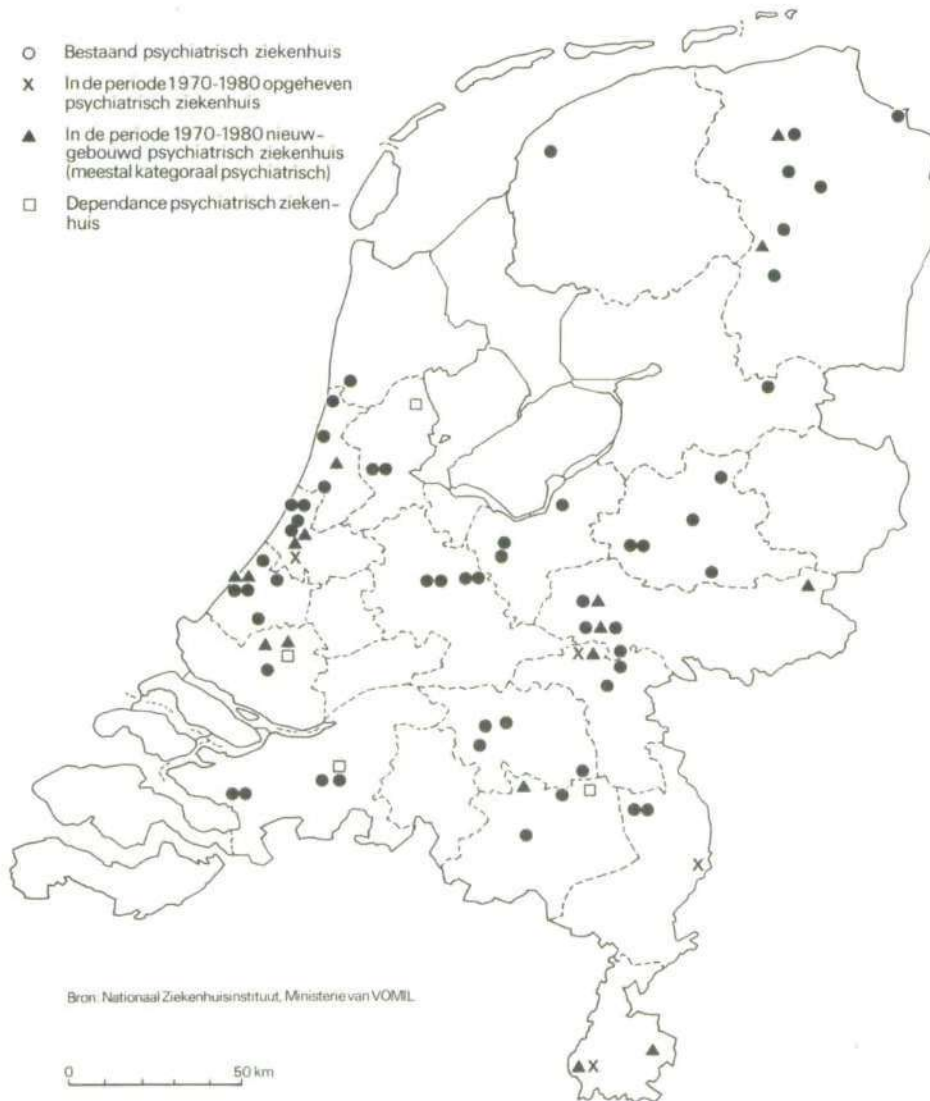
Vrijwel alle 41 algemeen psychiatrische ziekenhuizen in Nederland hebben een polikliniek, waar hoofdzakelijk personen, die door de eerstelijns instellingen doorverwezen zijn, behandeld worden. Hun klachten zijn vaak niet van dien aard, dat een opname noodzakelijk is. De polikliniek wordt ook wel gebruikt om patiënten/cliënten, die uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen zijn, een nabehandeling te geven. De polikliniek is in bijna alle gevallen organisatorisch verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis, maar hoeft niet op het terrein van het ziekenhuis gesitueerd te zijn. In dat geval spreekt men van een buitenpolikliniek. Omdat ze organisatorisch aan het ziekenhuis verbonden zijn, hebben vrijwel alle poliklinieken een 24 uren bereikbaarheidsdienst. Deze in feite intramurale poot binnen de extra-murale geestelijke gezondheidszorg, moet in zijn grootte niet worden onderschat. Dat wordt onder andere geïllustreerd door het feit dat 38.000 van de in totaal 237.500 bij de extra-murale ggz ingeschreven patiënten/cliënten, bij een polikliniek in behandeling zijn. Dit komt neer op 16% (Van der Wilk, 1982).

2.2. De voorzieningen voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg

De belangrijkste voorzieningen, die binnen dit kader behandeld zullen worden zijn het psychiatrisch ziekenhuis en de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis (PAAZ). Bij de psychiatrische ziekenhuizen kan men een onderscheid maken tussen het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) en het categoriaal psychiatrisch ziekenhuis (CPZ). De CPZ's richten zich met name op een bepaalde groep mensen (b.v. jongeren, psychiatrische delinquenten) of op bepaalde klachten of aandoeningen (Epileptiecentra en verslavingsklinieken worden hiertoe gerekend). De CPZ's zijn in het algemeen kleinschalig van opzet. In 1981 bedroeg het gemiddelde aantal bedden van de toen 30 CPZ's in Nederland 55 (Lorsheijd, 1982).

Dit in tegenstelling tot het APZ. Van de in 1981 41 APZ's in Nederland bedroeg het gemiddelde aantal bedden 560. Deze grootschalige opzet heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat het APZ de oudste medische voorziening voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland is. Dat dit ook van invloed was op de spreiding van de APZ's over Nederland, moge wel blijken uit het locatiepatroon ervan (zie kaart 2.2.). Het locatiepatroon van de APZ's is zeer onregelmatig te noemen, zeker wanneer de spreiding van de Nederlandse bevolking in ogenschouw wordt genomen. Omdat ze dicht bij elkaar, meestal in rustige bosrijke gebieden gesitueerd zijn, met concentraties op de Veluwe, het duingebied, Drentse zandgebieden en Midden-Brabant, hebben ze sterk overlappende verzorgingsgebieden. Er is echter nu sprake van een spreidingsbeleid en een afname van de grootte van APZ's (zie Stijnenbosch, 1983). De spreiding van de CPZ's, waarvan de meeste de laatste tien jaar gebouwd zijn, is veel gunstiger te noemen. Het locatiepatroon daarvan is zich nog aan het ontwikkelen. Alle APZ's hebben een 24 uren bereikbaarheid. Een patiënt/cliënt kan enerzijds vrijwillig, maar meestal na doorverwijzing van een huisarts of een aggz-instelling, worden opgenomen. Anderzijds kent men ook de ge-

Kaart 2.2. Locatiepatroon van algemene- en categorale psychiatrische ziekenhuizen, 1970-1980



uit: Stijnenbosch, 1983

dwongen opname, met een machtiging van de rechter of in spoedgevallen één van de burgemeester, de zogenaamde K.Z.-verklaring.

De PAAZ.

Deze afdeling vormt één van de specialistische afdelingen van het algemene ziekenhuis. Als zodanig kan de PAAZ ook gebruik maken van alle andere specialismen, die in het algemene ziekenhuis worden bedreven en andersom. Dit maakt de PAAZ uitermate geschikt voor behandeling van patiënten/cliënten, die naast psychische ook somatische klachten hebben. De behandelingsmogelijkheden bij een PAAZ zijn gericht op een maximale verblijfsduur van 2 à 3 maanden. Bij een eventueel langere behandelingsduur is de patiënt/cliënt aangewezen op een psychiatrisch ziekenhuis. In 1980 waren er in Nederland 53 PAAZ'en. Doordat de PAAZ een specialistische afdeling van een algemeen ziekenhuis is, is het locatiepatroon

van de PAAZ veel evenwichtiger dan die van het psychiatrisch ziekenhuis (zie kaart 2.3.).

De locatie van het algemeen ziekenhuis is immers, geografisch gezien, veel meer gericht op zijn verzorgingsgebied. Mede door een 24 uurs bereikbaarheid en omdat zij veelal een gunstige ligging ten opzichte van hun verzorgingsgebied hebben zijn de PAAZ'en geschikt om aan crisis-interventie te doen. Patiënten/cliënten kunnen naar een PAAZ worden doorverwezen door de eerstelijns, de aggz-instellingen en via de andere afdelingen van het algemene ziekenhuis.

Kaart 2.3. Locatiepatroon psychiatrische afdelingen van het algemene ziekenhuis, 1980



uit: Stijnenbosch, 1983

2.3. De semimurale voorzieningen

Semimurale voorzieningen zijn tussenvoorzieningen waar hulp wordt geboden aan personen voor wie extra-murale behandeling, om verschillende redenen ongeschikt is en opname in een intramurale geestelijke gezondheidsvoorziening nog niet of niet meer noodzakelijk is. Grofweg kunnen we twee soorten semimurale voorzieningen onderscheiden, nl. de psychiatrische dag-, avond- en nachtbehandeling en de beschermde woonvormen. In 1964 ontstonden in Nederland de eerste psychiatrische dagcentra. Zij waren aanvankelijk bedoeld om de overgang te vergemakkelijken, die ligt tussen het bescherming gevende psychiatrische ziekenhuis en de maatschappij voor pas ontslagen patiënten/cliënten. Daarom zijn organisatorisch gezien de meeste dagcentra verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis. Daarna is men in de dagcentra personen gaan behandelen, waarbij de klachten niet van dien aard waren, dat het nodig was ze in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen. Vanuit het eigen woonmilieu kunnen patiënten/cliënten doeltreffend worden behandeld, terwijl een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, met alle gevolgen van dien, in veel gevallen voorkomen kan worden.

In 1969 ontstonden in Nederland de eerste instituten voor psychiatrische avond- en nachtbehandeling. In tegenstelling tot de dagcentra, die alleen op werkdagen tussen 9 en 5 uur geopend zijn, zijn deze instituten alleen 's avonds en 's nachts geopend. De thans 5 erkende instituten voor avond- en nachtbehandeling verschillen nogal van doelstelling en werkwijze van elkaar. Dit zijn: "De Sluis" te Amsterdam, de "Therapeutische gemeenschap" te Den Haag en 3 afdelingen voor avond- en nachtbehandeling van het APZ te Castricum, Heerlen en Venraij.

De belangrijkste beschermde woonvormen zijn het psychiatrisch hostel en het pensiontehuis.

Het hoofddoel van dergelijke beschutte woonvormen is personen die niet meer of nog niet in staat zijn zelfstandig te wonen, de mogelijkheid te bieden zoveel mogelijk een normaal bestaan te leiden. Het idee hierachter is het stimuleren van de zelfhulp/mantelhulp. Beschermde woonvormen dienen dan ook gesitueerd te worden in bestaande bevolkingsconcentraties. De bewoners van beschutte woonvormen kunnen dan worden geïntegreerd en in staat worden gesteld een eigen sociaal netwerk op te bouwen.

Deze hostels en pensiontehuizen zijn, net als vele andere voorzieningen voor de ggz in Nederland, ontstaan uit het particulier initiatief. De vorm, werkwijze en financieringsbron is dan ook vaak verschillend. Dat is ook de belangrijkste reden geweest voor de instelling in februari 1979 van een interdepartementale werkgroep beschermde woonvormen. In het in april 1981 uitgebrachte rapport geeft de werkgroep aanbevelingen over de inpassing van de beschermde woonvormen in het bestaande beleids- en financieringskaders. Tevens doet de werkgroep in haar rapport voorstellen ten aanzien van de doelstellingen, selectiecriteria, samenhang met de andere voorzieningen voor de ggz e.d. (Ministerie van C.R.M., 1981).

2.4. Het overheidsbeleid

Vanaf de Volksgezondheidsnota 1966 en in diverse overheidsstukken daarna, vinden we de volgende gedachtengang: sinds de westerse samenleving het recht op gezondheidszorg als sociaal recht heeft geaccepteerd, berust op de overheid de plicht zorg te dragen, dat ten behoeve van elke burger dié gezondheidszorgvoorzieningen geo-

grafisch beschikbaar en financieel bereikbaar zijn, waaraan behoefte is (Volksgezondheidsnota, 1966). Kortom, de opkomst van de verzorgingsstaat. De Volksgezondheidsnota plaatst de gezondheidszorg in een breder maatschappelijk kader, waarbij het belang van de patiënt/cliënt voorop staat. Een eerste uitwerking van deze nieuwe koers wordt in de Nota Kruisinga (Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1970) gegeven. In deze nota worden de doelstellingen van de overheid verder uitgewerkt. De ordeningsprincipes regionalisatie - het indelen van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert - en echelonnering - het opdelen van de gezondheidszorg in sectoren waarbinnen dié voorzieningen zijn samengebracht die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen - worden in deze nota voor het eerst geïntroduceerd. Met deze ordeningsprincipes had men voor ogen een einde te maken aan het sterk verbrokkelende en veel dublures vertonende karakter van met name de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In de welbekende Structuurnota Gezondheidszorg 1974 van Staatssecretaris Hendriks worden de ordeningsprincipes getransponeerd op de gehele gezondheidszorg. In tegenstelling tot de Nota Kruisinga, waar de zorg om de patiënt/cliënt centraal stond, was het centrale punt in de Structuurnota Hendriks het functioneren van de gezondheidszorg zelf. Het belangrijkste motief hiervoor was de vooruitziende blik inzake de zorgwekkende en explosieve groei van de kosten van de gezondheidszorg.

In de Structuurnota wil men de gezondheidszorg zodanig structureren dat er één samenhangend, gecoördineerd systeem van voorzieningen ontstaat, welke trapsgewijs is opgebouwd en voorzien is van stuur- en beheersinstrumenten (Structuurnota gezondheidszorg, Ministerie van VoMil, 1974). Om dit te kunnen bewerkstelligen zoekt men ook hier de oplossing in het ordenen van de voorzieningen volgens de beginselen van de regionalisering en echelonnering. Voorts had men naast het planmatig reorganiseren en ontwikkelen van de gezondheidszorg, ook een herziening van de tarieven- en honoreringssystemen voor ogen.

De Structuurnota is niet alleen een belangwekkende nota geweest omdat daarin de gezondheidszorg integraal benaderd wordt, maar ook omdat van een duidelijke visie uitgegaan wordt.

Deze nota is nog in hoge mate richtinggevend voor het te voeren regeringsbeleid.

De al eerder genoemde RIAGG-vorming is hiervan al min of meer een gevolg. Tevens heeft dit geleid tot de herziening van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) en het invoeren van twee ingrijpende wetten t.w.: de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

2.4.1. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen

De WZV, die in 1971 in werking trad en pas goed is gaan functioneren na een wijziging in 1979, is voor de planning en bouw van de intramurale gezondheidszorgvoorzieningen van groot belang. De WZV vindt zijn oorsprong in het feit dat na de Tweede Wereldoorlog er een groot tekort aan ziekenhuisvoorzieningen was. Om deze achterstand snel in te halen en in goede banen te leiden, moest voor de bouw van een nieuwe ziekenhuisinrichting toestemming aan de minister worden gevraagd. Toen in de jaren zestig het ziekenhuisbestand weer op peil was, was de wens van alle be-

trokkenen, de bouw van nieuwe ziekenhuizen toch niet vrij te laten. Dit en het ontstaan in die tijd van verschillende superspecialismen, met de daarbij samenhangende kostbare apparatuur, leidde ertoe dat men zocht naar een planningskader voor ziekenhuisinrichtingen. Zo ontstond de WZV in 1971. De wet ging er van uit dat de provincies plannen zouden opstellen waarin de omvang en de behoefte aan ziekenhuizen binnen de provincies zou worden aangegeven. Tevens zouden zij aangeven op welke wijze in dié behoefte kon worden voorzien. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, een voortzetting van het oude ziekenhuiswezen, kreeg de taak om de verschillende plannen te beoordelen en met elkaar in verband te brengen. Het ontwerpen van een landelijk ziekenhuisplan was het uiteindelijke doel.

Spoedig bleek evenwel dat het onmogelijk was een dergelijk landelijk plan te realiseren, omdat de ontwikkelingsdynamiek van de ziekenhuisinrichtingen sneller verliep dan het ontwikkelen van een ziekenhuisplan! Ook was een landelijk plan te inflexibel om snel te kunnen inspringen op maatschappelijke veranderingen.

In 1979 werd de WZV gewijzigd. Het landelijk plan was geheel van de baan en de Provincies kregen de taak plannen te ontwikkelen voor door de minister aangegeven gebieden via van tevoren vastgestelde richtlijnen. Wanneer een plangebied delen van verschillende provincies zou omvatten, moesten die Provincies een gezamenlijk plan voor dat gebied opstellen. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen werd geacht de deelplannen te toetsen en de minister daarover te adviseren. Momenteel zijn de provincies bezig de eerste plannen op te stellen.

2.4.2. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) werd in september 1982 in het Staatsblad gepubliceerd. Formeel zal de wet in de loop van 1983 in werking treden. De invoering van de WVG zal geleidelijk aan in fasen geschieden. Dit om de verschillende overheden de gelegenheid te geven om de nodige infrastructuur op te bouwen, die noodzakelijk is voor de uitvoering van de wet. Het ligt in de bedoeling met de invoering van de WVG aan te vangen met de extra-murale gezondheidszorg. De intramurale gezondheidszorg zal pas later onder de werking van de WVG komen. Tot die tijd zal voor de intramurale zorg de thans vigerende Wet Ziekenhuisvoorzieningen van toepassing zijn.

De WVG heeft een 3-ledige doelstelling. De eerste doelstelling is het bevorderen van de samenhang in en de beheersing van de gezondheidszorgvoorzieningen. Door een gebrek aan samenhang en afstemming van de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen, leidt dit tot een inefficiënt gebruik van de personele, financiële en materiële middelen. Tevens is er sprake van een onevenwichtige spreiding van de voorzieningen, zowel geografisch als functioneel (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1982).

In de WVG heeft men de echelonnering- en regionalisatieoplossing, zoals deze in de Struktuurnota reeds werd aangedragen, proberen te concretiseren. Binnen en tussen de echelons, die tegenwoordig ook wel lijnen worden genoemd, dient een grotere samenhang nagestreefd te worden. De WVG onderscheidt 4 echelons: het basis-, eerste-, tweede- en eventuele derde echelon. Hiertoe behoren respectievelijk de basisgezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg, de tweedelijnsgezondheidszorg en de zeer specialistische derdelijnsgezondheidszorgvoorzieningen.

Onder regionalisatie wordt in de WVG verstaan het doen afstemmen van voorzieningen tussen en binnen echelons in een begrensd geografisch gebied, een regio. Voor de regio's die tussen de 250.000 en 300.000 inwoners moet omvatten, dient een allesomvattend gezondheidsplan gemaakt te worden.

De tweede doelstelling van de WVG is de democratisering en decentralisatie van de gezondheidszorg. De wet wil de bevolking, de potentiële gebruikers van de gezondheidszorg, meer invloed en inspraakmogelijkheden geven op de beleidsbepaling. De lagere overheden, de gemeenten en provincies kunnen, doordat hun invloed op de gezondheidszorg wordt vergroot, de voorwaarden scheppen voor inspraakmogelijkheden voor de bevolking en de eventueel op te richten gebruikersverenigingen.

De derde doelstelling is harmonisatie met de wetgeving op het terrein van het specifiek welzijn. Dit t.b.v. een geïntegreerd welzijnsbeleid. De Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW), die hiervoor in het leven is geroepen, beoogt een wettelijk kader te scheppen voor de verschillende facetten van het specifiek welzijn, waartoe de gezondheidszorg ook behoort. De WVG zal naar wordt verwacht tussen 1995 en 1999 geheel opgenomen zijn in de KSW.

Eén van de belangrijkste structureringsmiddelen die de WVG voorschrijft is de verplichting voor het Rijk, de Provincie en de Gemeente vierjarenplannen te maken voor dié gezondheidszorgvoorzieningen, die tot hun bemoeiing gaan behoren. In deze plannen zal de behoefte aan en de samenhang van de verschillende voorzieningen worden neergelegd. Tevens zal er in worden aangegeven welke wijzigingen en aanvullingen er in de planperiode gerealiseerd moeten worden. De plannen zullen steeds door het direct hogere overheidsniveau getoetst en op elkaar afgestemd worden. Het hogere overheidsniveau heeft de mogelijkheid beschikkingen af te geven aan het directe lagere niveau.

Als gevolg van de WVG zullen de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen worden samengevoegd tot de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Deze Nationale Raad zal o.a. adviezen uitbrengen omtrent de vierjarenplannen die door het Rijk gemaakt zullen worden.

2.4.3. Het financiële kader

Eén van de belangrijkste drijfveren van het gevoerde en nog te voeren regeringsbeleid is de financiële onbeheersbaarheid en de explosieve kostenontwikkeling van de gezondheidszorg vanaf 1965. De Structuurnota Gezondheidszorg constateert dat hierover in het land grote ongerustheid is ontstaan. In de Structuurnota stelt men vast dat de kosten voor de gezondheidszorg in de periode 1968-1972 een stijging te zien gaven van 5 naar 10 miljard, hetgeen overeenkomt met een percentage van het bruto nationaal produkt van 5,5% naar 6,7%. Dat de in de nota geconstateerde tendens zich heeft doorgezet blijkt uit het feit dat in 1976 in vergelijking met 1972, de kosten voor de gezondheidszorg bijna verdubbeld waren (zie tabel 2.5.). In de periode 1976-1980 stegen de kosten met ruim 10% per jaar en was het percentage van het nationaal bruto produkt opgelopen tot 8,3%. De cijfers voor 1981 en 1982 geven een lichte daling van het stijgingspercentage te zien. De verwachting voor 1983 is dat de stijging van kosten t.o.v. 1982 nog maar 2,8% zal zijn; dit mede onder invloed van de voorgestelde bezuinigingen.

Tabel 2.5. Kosten van de gezondheidszorg in Nederland 1976-1981 en als percentage van het nationaal bruto produkt en de geraamde kosten voor 1982-1983

| jaar | mln | % van NBP | stijgingspercentage t.o.v. voorgaand jaar |
|------|-------|-----------|--|
| 1976 | 19228 | 7,6 | - |
| 1977 | 21289 | 7,7 | 10,7 |
| 1978 | 23400 | 7,9 | 10,9 |
| 1979 | 25443 | 8,1 | 9,2 |
| 1980 | 27716 | 8,3 | 10,2 |
| 1981 | 29605 | 8,5 | 8,2 |
| 1982 | 31678 | - | 7,0 |
| 1983 | 32556 | - | 2,8 |

Bron: Ministerie van VoMil, zitting 1982/1983

Het ligt in de lijn der verwachtingen dat het percentage van het BNP in 1983 de 10% zal overschrijden. Mede omdat de groei van het BNP minder zal zijn door de huidige economische crisis.

De gezondheidszorg werd in de periode 1976-1981 gefinancierd uit verschillende bronnen (zie tabel 2.6.). De verdeling over de verschillende financiers blijkt in die periode vrij stabiel te zijn. Er valt een lichte tendens waar te nemen in een toename van het aandeel in de kostenbijdrage via de ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ); dit is respectievelijk 1% en 2,9%. Een afname valt te constateren in de particuliere bijdragen en de totale Rijks-, Provinciale en Gemeentelijke subsidies, resp. 1,5% en 1,8%.

Tabel 2.6. De financiering van de gezondheidszorg 1976-1981

| Soort financier | in mln gld | | | | | |
|-----------------|--------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 ¹⁾ |
| ziekenfondswet | 8216 | 9158 | 10124 | 10998 | 11942 | 12934 |
| AWBZ | 4663 | 5223 | 5806 | 6325 | 7437 | 8037 |
| part. bijdragen | 4927 | 5356 | 5777 | 6249 | 6262 | 7147 |
| subs. overheid | 1271 | 1380 | 1587 | 1699 | 1470 | 1419 |
| overige | 151 | 172 | 106 | 172 | 205 | 69 |
| totaal | 19228 | 21289 | 23400 | 25443 | 27716 | 29605 |
| | in procenten | | | | | |
| ziekenfondswet | 42.7 | 43.0 | 43.3 | 43.2 | 43.2 | 43.7 |
| AWBZ | 24.3 | 24.5 | 24.8 | 24.8 | 26.8 | 27.2 |
| part. bijdragen | 25.6 | 25.2 | 24.7 | 24.6 | 24.0 | 24.1 |
| subs. overheid | 6.6 | 6.5 | 6.8 | 6.7 | 5.3 | 4.8 |
| totaal | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Bron: Ministerie van VoMil, 1982/1983

1) voorlopige cijfers

De belangrijkste financiers van de gezondheidszorg zijn de Sociale Verzekeringen, die gezamenlijk ca. 70% van de kosten voor hun rekening nemen, wat in 1981 neerkomt op bijna 21 miljard gulden.

De ziekenfondswet en de AWBZ zijn de belangrijkste wetten uit de sociale verzekering. De ziekenfondswet geeft de verzekerden wat betreft de geestelijke gezondheidszorg, recht op behandeling, verpleging en verzorging gedurende één jaar in een APZ en een PAAZ. Ook een psychiatrische dag- en nachtbehandeling en een behandeling van de zelfstandig gevestigde psychiater/zenuwarts wordt door deze verzekering betaald.

De AWBZ uit 1967 beoogt de gehele bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten, welke onder meer een gevolg zijn van het verblijf in een inrichting voor verpleging, behandeling en verzorging voor langdurig zieken en lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten. Dus bij voorbeeld een opname in een psychiatrisch ziekenhuis voor langer dan één jaar wordt door de AWBZ betaald.

De AWBZ is bij de RIAGG-vorming in 1982 ook zodanig aangepast, dat alle hulpverlening van de RIAGG onder de wet valt. Dit betekent in principe dat alle RIAGG-hulp gratis is, behoudens een beperkte eigen bijdrage voor psychotherapie.

Het grootste deel van de kosten van de gezondheidszorg wordt via de tarieven verdeeld, hetzij direct doordat ze aan particulieren in rekening worden gebracht, hetzij indirect in de hoogte van de verzekeringspremie. In de Structuurnota Gezondheidszorg kwam men reeds tot de conclusie:

"dat zowel de tarief- als de honoreringssystemen te weinig overzichtelijk, te sterk verbrokkeld en nauwelijks samenhangend zijn. Met het oog op de financiële beheersbaarheid is stroomlijning, uniformering en afstemming op elkaar van beide systemen noodzakelijk" (Min. VoMil, 1974, pag. 25). Min of meer voortvloeiende uit deze stelling is in februari 1982 de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) tot stand gekomen. In de WTG worden de tarieven bepaald voor zowel de intra-, semi- en de extramurale zorg. Een belangrijke rol in de bepaling hiervan speelt het speciaal hiervoor in het leven geroepen Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

Het COTG heeft o.a. tot taak alle tarieven en honoraria die in het kader van de gezondheidszorg in rekening worden gebracht te gaan beoordelen. Het COTG beslist dan of het vastgestelde tarief wordt goedgekeurd. Naast een adviserende taak aan de betrokken minister, stellen zij richtlijnen op inzake de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief.

Het Centraal Orgaan bestaat uit 18 leden, die allen worden benoemd door de minister van WVC; zes leden op voordracht van de minister zelf, de overigen op voordracht van werkgevers- en werknemersorganisaties, ziektekostenverzekeraars en gezondheidszorgorganisaties.

In de WTG heeft de regering de mogelijkheid aanwijzingen aan het COTG te geven. Hierdoor en door het feit dat de minister de door het COTG opgestelde richtlijnen moet goedkeuren, probeert de overheid meer greep te krijgen op de kostenontwikkelingen binnen de gezondheidszorg.

De ontwikkeling van de kosten voor de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg zijn in de periode gemiddeld per jaar respectievelijk 13% en 8% toegenomen (zie tabel 2.7.). De ramingen voor 1982 en 1983 geven een verdere groei in 1982 te zien en een scherpe daling van de groei in 1983. Deze verwachtingen zijn onder meer gebaseerd op eventuele loonmaatregelen, stabilisering van het aantal verpleegdagen en personeel per bed en een temporisering van de ook door de regering gewenste groei van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 2.7. De kostenontwikkeling van de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg 1976-1981 en ramingen voor 1982 en 1983

| | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
|--------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|
| | in mln gld | | | | | | | |
| psychiatrisch ziekenhuis | 1213 | 1319 | 1431 | 1537 | 1651 | 1789 | 1959 | 2025 |
| AGGZ | 227 | 260 | 304 | 349 | 389 | 418 | 463 | 491 |
| | Toename in procenten t.o.v. voorgaande jaar | | | | | | | |
| psychiatrisch ziekenhuis | - | 8.7 | 8.5 | 7.4 | 7.4 | 8.4 | 9.5 | 3.4 |
| AGGZ | - | 14.5 | 16.9 | 14.8 | 11.5 | 7.5 | 10.9 | 6.0 |

2.5. Het psychiatriebeleid

Uit een inventarisatie van het College van Ziekenhuisvoorzieningen in 1978 was gebleken dat in principe 14.892 psychiatrie-bedden, van de in totaal ruim 24.000 bedden, voor vervanging dan wel renovatie in aanmerking kwamen. Hiervan werden 8.275 bedden als "slecht" en 6.617 als "matig" gekarakteriseerd. De actie herhuisvesting psychiatrie-bedden verloopt in twee fasen.

Fase I omvat dié bedden die zonder planningsproblemen gerealiseerd kunnen worden, op de terreinen van de reeds bestaande psychiatrische ziekenhuizen.

In fase II komen dié bedden in aanmerking waarbij de verbetering van de huisvesting dient te geschieden met inachtneming van de planningsaspecten; b.v. spreiden van het aantal plaatsen.

De vervangende voorzieningen hoeven niet altijd gerealiseerd te worden op de terreinen van bestaande psychiatrische ziekenhuizen. Deze plaatsen kunnen ook worden gerealiseerd worden in de vorm van:

- nieuwe APZ'en
- beschermde woonvormen
- voorzieningen t.b.v. geestelijk gehandicapten
- voorzieningen t.b.v. psychogeriatrische patiënten
- verbetering van de ambulante zorg
- uitbreiding van de psychiatrische dagbehandeling.

Veel bedden zijn sinds de actie herhuisvesting psychiatrie-bedden in 1979 startte, al vernieuwd of gerenoveerd. In november 1982 waren dat er 4.924 en voor 1.896 plaatsen was al vergunning verleend (zie tabel 2.8.).

Tabel 2.8. Stand van zaken per 30 november 1982 van de actie herhuisvesting psychiatrische bedden

| stadium waar project zich in bevindt | aantal plaatsen | | totaal |
|--------------------------------------|-----------------|---------|--------|
| | fase I | fase II | |
| in voorbereiding | 884 | 2211 | 3095 |
| vergunning verleend | 1285 | 611 | 1896 |
| gereed | 4069 | 855 | 4924 |

Bron: Ministerie van W.V.C., 1983

Tegen de verdere voortzetting van deze herhuisvestingsplannen is nogal wat verzet gekomen. Een initiatiefgroep, waar o.a. de heren Romme, Trimbos en Van der Wilk deel van uitmaken, heeft voorgesteld de verdere ver- en nieuwbouw met onmiddellijke ingang stop te zetten. De argumentatie hiervoor richt zich met name op het feit dat in de reeds gerealiseerde plannen te weinig de ambulante, de semi-murale en de eerstelijns zorg betrokken zijn. Hierdoor, zo stelt de initiatiefgroep in een brief van 28 januari 1983 aan de minister, is het gevaar groot dat de, ook door de overheid zo gewenste integratie en afstemming van taken van en door voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg geen reële kans meer krijgt. De groep verzoekt de minister dan ook dat voor de verdere

realisering van de plannen de WVG toegepast zal worden. Met toepassing van de WVG zijn er garanties dat de planning vanuit een integrale visie tot stand komt. De groep is niet tegen psychiatrische ziekenhuizen als zodanig, maar ze wil tot een geïntegreerde hulpverlening komen, die erop gericht is de patiënt/cliënt zoveel mogelijk vanuit zijn thuissituatie te behandelen en hospitalisering zoveel mogelijk tracht te vermijden.

Door de vele miljoenen die nu in de intramurale geestelijke gezondheidszorg worden geïnvesteerd en zouden gaan worden, zal de bestaande situatie weer voor tientallen jaren vast komen te liggen. Dit terwijl er van meerdere kanten op gewezen is dat veel patiënten/cliënten ten onrechte in een psychiatrische inrichting verblijven. Dergelijke patiënten zouden beter en adequater in een relatief goedkopere semi- of extramurale instelling geholpen kunnen worden.

De groep heeft in zoverre succes gehad, dat bij behandeling van hun voorstel door de Kamercommissie voor volksgezondheid in februari 1983, besloten is alleen dié plannen doorgang te laten vinden waar reeds een vergunning voor verleend was. De in voorbereiding zijnde plannen zullen voorlopig in de ijskast worden geplaatst, hetgeen in het kader van de algemene bouwstop goed van pas komt.

2.6. Het beleid in de extramurale geestelijke gezondheidszorg

De al eerder genoemde RIAGG-vorming is een uiting van het regionalisatiebeleid, zoals deze in de Structuurnota van Hendriks omschreven is. De extramurale geestelijke gezondheidszorg omvat echter meer werkvormen dan de 4 soorten (SPD, LGV, IMP en MOB) die thans in de RIAGG zijn opgenomen. Een belangrijke werkvorm in de extramurale zorg is de vrijgevestigde psychiater. Zeker wanneer we naar het aantal ingeschreven cliënten kijken voor 1980, dan blijkt de zelfstandig gevestigde psychiater met 100.000 het hoogste aantal cliënten te hebben (zie tabel 2.9.).

Tabel 2.9. Aantallen ingeschreven patiënten/cliënten in de extramurale geestelijke gezondheidszorg in 1980

| | |
|---|---------|
| ambulante geestelijke gezondheidszorg incl. CAD | 99.500 |
| poliklinieken APZ/PAAZ/PUK ¹⁾ | 38.000 |
| zelfstandig gevestigd psychiater | 100.000 |
| totaal | 237.500 |

Bron: de Haen, 1982

1) PUK - Psychiatrische universiteitskliniek

De Nota Hendriks spreekt de wens uit deze beroepsgroep in de RIAGG's te integreren. Enerzijds omdat zij in vele opzichten t.a.v. de werkvormen in de RIAGG complementair werk kan verrichten, anderzijds omdat de RIAGG verantwoordelijk moet zijn voor de totale ambulante geestelijke gezondheidszorg in een bepaald gebied. De vrijgevestigde psychiater zou ook tot deze ambulante zorg gerekend moeten worden. De verantwoordelijkheid voor een bepaald deel van de zorg in een bepaald gebied is tevens een van de in de Structuurnota gegeven doelstellingen voor de thans

reeds gevormde RIAGG's. De Nota geeft nog enkele andere doelstellingen t.w.:

- Zeer velen in de samenleving hebben psychiatrische problemen, die door de somatische gezondheidszorg niet voldoende geholpen kunnen worden. Een RIAGG zou door middel van een breed scala van activiteiten deze problematiek kunnen aanpakken.
- Het is gewenst dat de RIAGG's betrokken worden bij het onderzoek naar de sociale en ruimtelijke factoren, die van invloed zijn op de psychische gezondheid. Deze doelstelling kan het beste worden uitgevoerd in samenwerking met andere instellingen uit de welzijnszorg (Struktuurnota gezondheidszorg, VoMil, 1974, pag. 50).

Het overheidsbeleid heeft volgens J. van Londen in zijn toespraak "De ambulante geestelijke gezondheidszorg in reconstructie uit 1980, verschillende consequenties voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg". Volgens Van Londen moeten de relaties tussen de AGGZ en de maatschappelijke dienstverlening veel intensiever worden. Afspraken zullen gemaakt moeten worden over intake, samenwerking in behandeling, de 7 x 24 uren bereikbaarheid en afspraken over preventie.

Ook moeten de relaties tussen de AGGZ en de eerstelijns enerzijds en de relaties met de intra- en semimurale geestelijke gezondheidszorg anderzijds sterk worden verbeterd. De AGGZ moet de belangrijkste schakel worden tussen de eerstelijns en de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Ten slotte moet, volgens Van Londen, aandacht worden besteed aan de relatie tussen AGGZ en de bevolking. De AGGZ dient haar hulpverlening zo dicht mogelijk bij de bevolking te brengen. Hij acht dit mogelijk door het houden van open spreekuren op meerdere locaties.

2.7. Het beschermde woonvormen-beleid

Ten aanzien van beschermde woonvormen heeft de regering een voorlopig standpunt ingenomen. Twee typen woonvormen en een daarvan afgeleide woonvorm, worden daarin onderscheiden; het psychiatrisch hostel, waarbij de nadruk ligt op sociaal-psychiatrische behandeling en het pensiontehuis, waar het accent meer op begeleiding ligt. Van de laatste kent men een afgeleide vorm, de dependance van een pensiontehuis, die werkt zonder permanent aanwezige staf. Beide typen woonvormen zullen onder de AWBZ-financiering komen te vallen, waarbij de bewoners een eigen bijdrage in de kosten moeten leveren.

De planning van de residentiële voorzieningen zullen integraal geschieden, waarbij voorlopig gebruik gemaakt gaat worden van een planningskader op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.

In verband met het plaatsingsbeleid dienen goede relaties en samenwerkingsverbanden opgebouwd te worden met APZ, AGGZ, CPZ en PAAZ (Aanbevelingen voor een beleid t.a.v. hostels enz., 1982).

Het ligt in de bedoeling de beschermde woonvormen binnen een bepaald gebied samen te bundelen in een "Regionaal Instituut Beschermde Woonvormen" (RIBW). Het RIWB zal dan voor haar verzorgingsgebied verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de huizen, het plaatsingsbeleid, de personeelsvoorziening enz.

Het Instituut zal dan eventueel later samen met o.a. het RIAGG onderdeel moeten gaan uitmaken van het RIGG (Ministerie van W.V.C., 1983).

2.8. De RIGG-vorming

Mede als gevolg van het regionalisatieprincipe uit de Struktuurnota gezondheidszorg, vloeien de eventueel in de toekomst te vormen regionale instituten voor de geestelijke gezondheidszorg (RIGG's) voort. Binnen een bepaald afgebakend geografisch gebied dienen alle instanties die medeverantwoordelijk zijn voor de geestelijke gezondheidszorg voor dat gebied, vertegenwoordigd te zijn in de RIGG, Volgens de minister moet de RIGG een platvorm worden waar overleg plaatsvindt dat gepaard gaat met het aangaan van wederzijdse verplichtingen t.a.v. de ontwikkeling en het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg in een bepaald gebied (Ministerie van W.V.C., 1982/1983). Primair dient de RIGG de samenhang en samenwerking van de verschillende voorzieningen te bewerkstelligen. Daarnaast acht de minister het "niet ondenkbaar" dat de RIGG ook enige uitvoerende taken moet krijgen. De regering streeft ernaar in de toekomst alle RIGG's een afgerond pakket voorzieningen voor algemene psychiatrische hulpverlening te kunnen aanbieden. Een aantal speciale voorzieningen zullen meerdere RIGG-gebieden gaan bedienen; b.v. categorale psychiatrische ziekenhuizen. Hoe de afbakening en omvang van de RIGG-gebieden zal gaan worden, is thans - voorjaar 1983 - nog niet bekend. Het lijkt wel aannemelijk dat ook rekening gehouden zal worden met de reeds bestaande RIAGG-gebieden en gezondheidsregio's.

2.9. Enkele stromingen binnen de psychiatrie

de antipsychiatrie

De antipsychiatrie is een beweging die zich afzet tegen het heersende denken in de psychiatrie, dat gebaseerd is op een eenduidige oorzaak-gevolg leerstelling, inherent aan het ziekte-model. Het ziekte-model gaat uit van een individuele patiënt-benadering, waarbij de omgeving van de patiënt buiten beschouwing wordt gelaten (Trimbos, 1978). In de antipsychiatrie hangt men meer het psycho-sociale model aan, waarbij de oorzaak van een stoornis een gevolg is van de context van de patiënt (de mens als produkt van zijn omgeving) (v.d. Hoofdakker, 1978). De benadering volgens het ziekte-model wordt door de antipsychiatrie geheel verworpen. De antipsychiatrie gaat er van uit dat invloeden van buitenaf worden geïntegreerd in het gedrag van individuen. Afwijkend gedrag is een gevolg van een normatief functionerende maatschappij. De normen en waarden die in een bepaalde maatschappij of gemeenschap gelden, stellen vast wat deviant gedrag is (Ziekemeyer, 1983). Een volgend element van de antipsychiatrie sluit hierop aan: het verwerpen van de inrichtingspsychiatrie en van het interneren van psychiatrische patiënten in het algemeen. Door een individu met een afwijkend gedrag te interneren en zodoende maatschappelijk te isoleren, wordt de diagnosestelling van deviant gedrag meer en meer bevestigd. Internering leidt daarom ook tot verdere stigmatisering en maakt de patiënt afhankelijk van zijn "nieuwe omgeving" (hospitalisering). In de antipsychiatrie is men van mening dat de psychiatrie gebruikt wordt als sociaal controle-middel, wat in handen is van de machthebber. De psychiatrie als middel om sociale sancties uit te voeren, wordt door de antipsychiatrie verworpen.

De antipsychiatrie wil een positieve benadering van de krankzinnigheid bewerkstelligen tegenover de negatieve waardering van de huidige psychiatrie.

Samenvattend kan gesteld worden dat in de antipsychiatrie het ontstaan en het blijven bestaan van psychische problemen geweten wordt aan maatschappelijke omstandigheden, terwijl het opplakken van het etiket "psychiatrisch patiënt" en het opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis eerder negatief dan positief zouden werken (Ziekemeyer, 1983).

de democratische psychiatrie

De democratische psychiatrie is in feite een beweging van Italiaanse oorsprong, die momenteel in Nederland nogal in de belangstelling staat. Het ontstaan van de democratische psychiatrie moet ook worden gezien tegen de achtergrond van de Italiaanse psychiatrie. De geestelijke gezondheidszorg in Italië was, zeker in vergelijking met de landen in West-Europa, zeer slecht te noemen. De inrichtingen waren er sterk verouderd en te groot van omvang. Het aantal chronische patiënten was er hoog; lichamelijke verzorging liet te wensen over en psychische hulp was niet aanwezig.

"De beweging voor democratische psychiatrie" stelt zich ten doel inrichtingspsychiatrie terug te dringen en een einde te maken aan vormen van therapie en begeleiding, die psychische problemen loskoppelen van hun samenhang.

Als centraal uitgangspunt geldt het voorkomen van opnamen en het ontpsi-chiatiseren van psychisch lijden. In tegenstelling tot de antipsychiatrie is de theorievorming van de democratische psychiatrie zeer gering. Voor een groot deel is dit een gevolg van het feit dat de meeste aanhangers van de democratische psychiatrie uit de praktijk komen. Zij vormen hun ideeën niet los van de praktijk waarmee ze dagelijks te maken hebben. Omdat die praktijk in Italië op verschillende plaatsen zo verschillend is, zijn de ideeën over wat hulp is en hoe die het beste kan worden geboden, niet overal dezelfde (Ziekemeyer, 1983).

Een ander belangrijk verschil met de antipsychiatrie is, dat de anti-psychiatrie zich concentreert op de ideologische kritiek op de heersende psychiatrie en de maatschappelijke en politieke context van de psychiatrie geheel negeert. De praktijk van de antipsychiatrie beperkt zich dan ook door het opzetten van therapeutische gemeenschappen en alternatieve woongemeenschappen, die eilandjes binnen de samenleving vormen. De democratische psychiatrie echter is er altijd van overtuigd geweest dat de fundamentele veranderingen in de hulpverleningspraktijk niet mogelijk zijn zonder samenwerking en ondersteuning van organisaties en bewegingen in andere sectoren van de maatschappij (politieke partijen, welzijnsorganisaties, vakbonden e.d.). Op deze manier kan getracht worden de institutie van de psychiatrische inrichting bij haar materiële, politieke en ideologische basis aan te pakken en te kunnen veranderen.

Oplossingen worden gezocht in regionale en lokale veranderingen, kleinschaligheid en mantelzorg. De politieke activiteiten van de beweging van democratische psychiatrie in Italië richt zich o.a. op het opheffen van hiërarchische beslissingsstructuren, het scheppen van zelfbestuur door patiënten en het opheffen van psychiatrische inrichtingen (Ziekemeyer, 1983).

trie nooit echt goed aangeslagen. Wel hebben deze stromingen een duidelijk effect gehad op het ontstaan en de ontwikkeling van de cliëntenbeweging. In vergelijking met andere landen heeft de cliëntenbeweging zich in Nederland sterk ontwikkeld.

Aanvankelijk zijn zowel de antipsychiatrie als de democratische psychiatrie in Nederland niet goed aangeslagen. Wel hadden zij een heel duidelijk effect op het ontstaan en de ontwikkeling van de cliëntenbeweging. Pas na 1980, toen in Haarlem het eerste wegloophuis in Nederland werd geopend, bleek met name de democratische psychiatrie wel degelijk invloed te hebben gehad. Dit blijkt vooral uit de snelle groei van het aantal wegloophuizen na 1980. In de periode maart 1980 - mei 1983 zijn er in Nederland 15 wegloophuizen in werking dan wel in oprichting!

In een wegloophuis kunnen patiënten/cliënten die uit een psychiatrische inrichting zijn weggelopen, tijdelijk onderdak krijgen.

De meeste wegloophuizen werken met vrijwillige hulpverleners. De hulpverlening richt zich met name op het ombuigen van een situatie van afhankelijkheid naar een situatie van zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid.

3. Het onderzoeksgebied Almere

In dit hoofdstuk zal wat dieper worden ingegaan op het ontstaan van de Zuiderzeepolders en in het bijzonder van Almere. Naast de motieven en achtergronden voor de vorming van de stad zal aandacht worden besteed aan de verwachte demografische ontwikkelingen en de toekomstige voorzieningen voor welzijn en zorg.

3.1. Voorgeschiedenis

Toen het plan van Dr. Ir. C. Lely in 1918 zijn wettelijke basis kreeg, had men met de gedeeltelijke drooglegging van de Zuiderzee 3 doeleinden voor ogen. Deze waren naast het geven van een grotere veiligheid tegen overstromingen en het creëren van een betere waterhuishouding, de uitbreiding van het landbouwareaal en de daarmee gepaard gaande vergroting van de agrarische werkgelegenheid. Vooral de geïsoleerde positie van Nederland in de Eerste Wereldoorlog, waarbij Nederland weer hoofdzakelijk op zijn eigen voedselproductie was aangewezen, is mede van grote betekenis voor het Zuiderzeeproject geweest.

Het plan Lely omvatte naast de afsluiting van de Zuiderzee door de Afsluitdijk, de droogmaking van 5 polders (zie tabel 3.1.).

Tabel 3.1. De polders van het Zuiderzeeproject

| polders | opp. in ha | dijkbouw | ontwikkelingsperiode |
|-----------------|------------|------------------------------|----------------------|
| Wieringermeer | 20.000 | 1927-1929 | 1930-1940 |
| Noordoostpolder | 48.000 | 1936-1940 | 1942-1962 |
| O-Flevoland | 54.000 | 1950-1956 | 1957-1976 |
| Z-Flevoland | 43.000 | 1959-1968 | 1968-.... |
| Markerwaard | 41.000 | in studie (beleidsvoornemen) | |

Bron: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders

Door het leggen van de Afsluitdijk van Noord-Holland naar Friesland werd aan de eerste twee doelstellingen voldaan. Met de vorming van de 5 polders zou aan de laatste doelstelling tegemoet worden gekomen.

Echter de explosieve bevolkingsgroei en het toenemende ruimtegebrek na de Tweede Wereldoorlog leidde in de jaren vijftig tot andere inzichten wat betreft het inrichten van de polders. De Wieringermeer en de Noordoostpolder hadden inmiddels hun agrarische bestemming gekregen. Dit blijkt ook duidelijk uit het feit dat 87% van beide polders uit landbouwgebied bestaat (zie tabel 3.2.). De veranderde inzichten komen bij de ontwikkeling van Oostelijk-Flevoland voor het eerst tot uiting. Lelystad, die in de toekomst aan 100.000 mensen woonruimte moet bieden, is hiervan een exponent.

Onder invloed van de eerste en tweede Nota Ruimtelijke Ordening kwam men tot de conclusie dat in Zuidelijk-Flevoland een grote stad gepland moest worden. Deze stad, het latere Almere, zou de sterke bevolkingsdruk van het noordelijk deel van de randstad op moeten vangen. Hiermee zou tevens de expansie, die de centrale open ruimte in de randstad bedreigde,

afgeleid worden in een buitenwaartse groei in noordelijke richting. Het verschuivende accent van landbouw- naar woongebieden komt in Zuidelijk-Flevoland heel sterk tot uiting. In Zuidelijk-Flevoland is 11% van de totale oppervlakte bestemd voor woningbouw, zonder daarbij de geplande kernen Almere-Oost en Almere-Pampus te rekenen (zie tabel 3.2.). In Oostelijk Flevoland was dit 8% en in de Noordoospolder en de Wieringermeer slechts 1%. Ook de toenemende behoefte aan recreatie- en stiltegebieden komt tot uiting in het veranderende ruimtegebruik van de verschillende polders. Lag de oppervlakte, gereserveerd of gebruikt voor recreatieve doeleinden bij de eerste polders nog onder de 5%, bij Oostelijk-Flevoland was dit reeds 11% en bij Zuidelijk-Flevoland zelfs 35%.

Tabel 3.2. Ruimtegebruik IJsselmeerpolders in procenten van het totaaloppervlak

| | Wieringermeer | N.O.P. | O-F | Z-F* |
|-------------------------|---------------|--------|-----|------|
| landbouwgrond | 87 | 87 | 75 | 49 |
| woongebied | 1 | 1 | 8 | 11 |
| recreatie-/natuurgebied | 3 | 5 | 11 | 35 |
| infrastructuur | 9 | 7 | 6 | 5 |

Bron: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders, 1978B.

*cijfers tot 1990 (zonder Almere-Oost en Almere-Pampus)

3.2. Almere; de ontwikkeling van een stad

Almere was in eerste instantie bedoeld om de bevolkingsdruk van het noordelijk deel van de randstad te ontlasten. De eerste stappen in de realisering van deze stad vonden plaats in het rapport "Verkenningen omtrent de ontwikkeling van de nieuwe stad Almere in Flevoland" uit 1971. In dit rapport ging men er van uit dat Almere omstreeks de eeuwwisseling tussen de 125.000 en 250.000 inwoners zou moeten huisvesten. Tevens had men voor ogen dat de stad een polynucleaire opzet zou krijgen. Tussen de verschillende kernen zouden open stukken "groen" ontstaan. In datzelfde jaar 1971 werd door de regering besloten Almere definitief te gaan bouwen. De eerste start zou gemaakt worden aan het randmeer tegenover Huizen en Naarden.

In het studierapport "Almere 1985" uit 1974 werd een verdere uitwerking voorgesteld voor de totstandkoming van Almere, op basis van een bevolkingsomvang van tussen de 125.000 en 250.000 in het jaar 2000. In "Almere 1985" worden een aantal doelstellingen geformuleerd, die er voor moeten zorgen dat Almere haar eigen identiteit zal krijgen, o.a. om te voldoen aan de verwachtingen die aan Almere gesteld zijn in het kader van de randstadplanologie. Deze doelstellingen, die tot aan de dag van vandaag overeind zijn blijven staan, zijn als volgt geformuleerd:

1. Almere dient een directe bijdrage te leveren aan het oplossen van de regionale, maatschappelijke en ruimtelijke problemen van vandaag.
2. Almere dient mogelijkheden open te houden voor morgen.
3. Almere dient plaats te bieden aan een ieder.
4. Almere dient de individuele ontplooiing van hen die er verblijven, te stimuleren.

5. Almere dient een bijdrage te leveren aan het ontstaan en behoud van een "gezond" milieu.
6. Almere dient een bijdrage te leveren aan het behoud en de verdere ontwikkeling van de stedelijke cultuur.

Deze ruim opgestelde en veelomvattende doelstellingen worden in het studierapport uit 1974 verder uitgewerkt.

Ook werden voor de polynucleaire conceptie verschillende modellen ontwikkeld. In het Ontwerp Struktuurplan Almere uit 1978 heeft men gekozen voor een kernenpatroon dat uitging van een centrale kern van 90.000 inwoners, twee kernen van 50.000 en drie van 20.000 inwoners. De verschillende inwoneraantallen zijn er op gebaseerd om een voldoende draagvlak te creëren voor een bepaald voorzieningeniveau. De samenhang tussen de verschillende kernen moet tot stand komen via een uitgebreide infrastructuur en een hiërarchisch opgebouwd voorzieningenpatroon.

Het uiteindelijke resultaat was dat Almere-Stad de centrale kern zou worden. Almere-Buiten en Almere-Pampus de twee middelgrote kernen van respectievelijk 40.000 en 60.000 inwoners. Almere-Haven en Almere-Oost zouden de kleinere kernen vormen, waarbij de laatste een conglomeraat zou kunnen worden van kernen van 5.000 en 10.000 inwoners. De verschillende kernen zouden allen een eigen karakter krijgen binnen de Almeerse regio (zie kaart 3.1.).

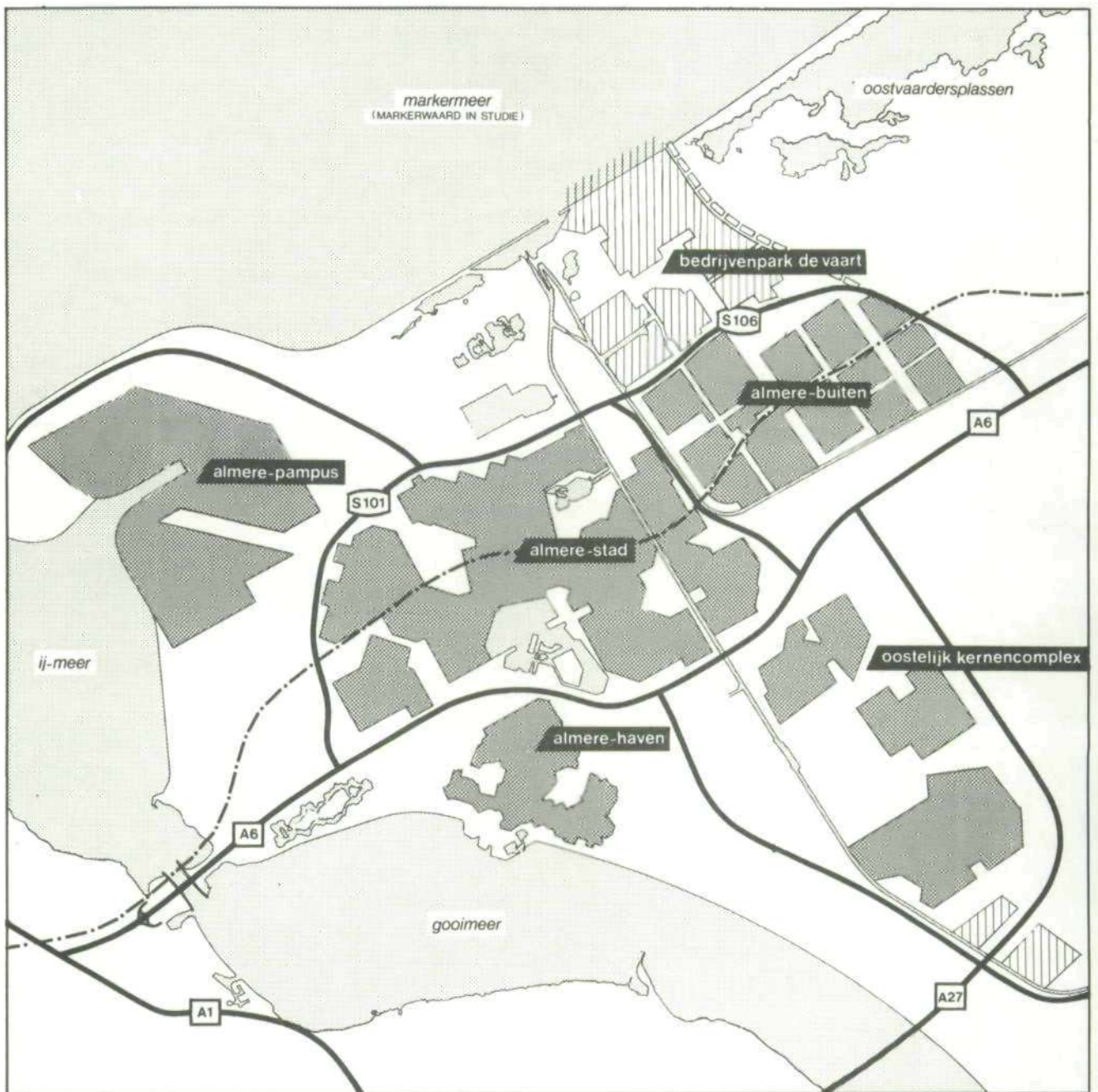
Het meest kenmerkende van deze meerkernige stedenbouwkundige structuur is de ruimte tussen en om de verschillende kernen: de zogenaamde Buitenruimte. Deze Buitenruimte heeft verschillende functies. Naast het feit dat deze ruimte vanuit alle woongebieden gemakkelijk bereikbaar is, zet het tevens een rem op de recreatiemobiliteit (de Algemene Buitenruimte als interventie opportunity). Ook brengt het een verhoging van de beleving van het stedelijk landschap teweeg (Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders, 1978A).

De bouw van Almere startte reeds in 1975. Aangevangen werd met Almere-Haven aan de rand van het Gooimeer. In 1985, wanneer Almere-Haven gereed is, wonen er naar schatting 22.000 mensen. Met de bouw van Almere-Stad, de centrale kern, werd in 1977 aangevangen. Volgens het "Ontwerp Struktuurplan Almere deel II" zullen er minimaal 100.000 en maximaal 112.000 mensen komen te wonen. Met Almere-Buiten zal in mei 1983 een start worden gemaakt. De ontwikkeling van de kernen Almere-Pampus en Almere-Oost is voorlopig door de regering in de ijskast gezet. Over het al dan niet doorgaan van deze kernen zal pas omstreeks 1990 een beslissing worden genomen, wanneer meer inzicht is verkregen omtrent verschillende maatschappelijke ontwikkelingen.

Om tegemoet te komen aan de wens Almere een eigen identiteit te laten krijgen, tracht men de werkgelegenheid in dat gebied krachtig te stimuleren. Vooral door de gunstige regionale en nationale ligging van Almere, de ontsluiting via de A 6 en de te verwachten raillijnverbinding in 1987, zijn hiervoor een aantal belangrijke vestigingsvoorwaarden voor bedrijven ontstaan (zie kaart 3.2.).

Tot slot iets over het bestuur van Almere. Het bestuur van Almere valt nu nog onder het openbaar lichaam "Zuidelijke IJsselmeerpolders". Aan het hoofd hiervan staat de landdrost. Sinds 1978 kent Almere een door de bevolking gekozen adviesraad, die uit 25 personen bestaat. Uit deze raad zijn personen gekozen voor het dagelijks adviescollege. De raad en het college zijn te vergelijken met een gemeenteraad en het college van B en W. Aan deze bijzondere bestuursvorm zal voor Almere op 1

Kaart 3.1. Almere, meerkernige opzet

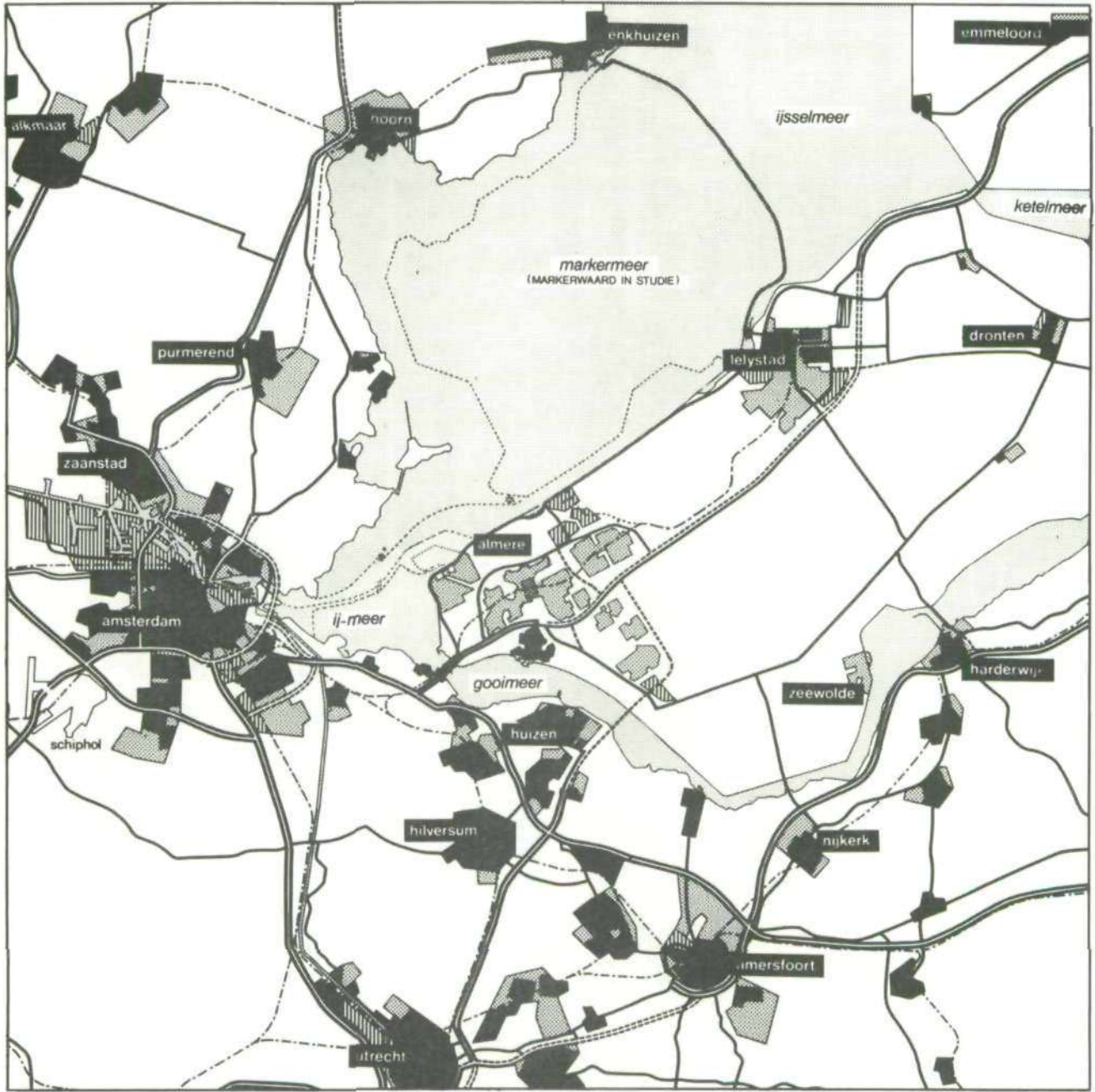


-  water
-  stedelijk gebied
-  bedrijvenpark
-  wegen
-  spoorlijn

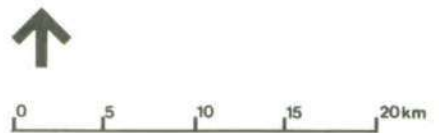


0 1 2 3 4 km

Kaart 3.2. Almere in de regio



-  water
-  huidige en toekomstige stedelijke bebouwing
-  werkgebieden
-  wegen
-  spoorlijn



Bron: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders 1982A

januari 1984 een einde komen, omdat op die datum Almere een zelfstandige gemeente zal worden.

Voorlopig is Flevoland niet provinciaal ingedeeld. Het ontbreken van dit zogenaamde tweede bestuursniveau heeft tot gevolg dat het openbaar lichaam alswel de reeds bestaande gemeenten Dronten en Lelystad onder directe provinciale verantwoording van de Minister van Binnenlandse Zaken valt. Dit heeft ook consequenties voor de gezondheidsplannen die in het kader van de WVG in de nabije toekomst gemaakt zullen gaan worden. Wel heeft de Minister in de Tweede Kamer de toezegging gedaan, dat er per 1 januari 1986 in het IJsselmeergebied (Noordoostpolder, Urk, Dronten, Lelystad, Almere en Zeewolde) een nieuwe provincie zal worden gevormd, wel van beperkte omvang maar gestoeld op de Provinciewet.

3.3. De stedelijke voorzieningen

In het Ontwerp Structuurplan Almere verstaat men onder voorzieningen "elementen, die ten doel hebben materiële en immateriële diensten te verlenen om in de behoefte van (delen van) de bevolking te voorzien". De omvang en de aard van de voorzieningen hangen zeer nauw samen met de omvang en de samenstelling van de bevolking naar sociale, culturele en economische kenmerken. Dit naast de meerkernige opzet van Almere, maakt de planning van de verschillende voorzieningen geen eenvoudige zaak. In het Structuurplan onderscheidt men vijf groepen voorzieningen: winkel/horeca, welzijn en zorg, onderwijs, kunst en cultuur en recreatie. Omdat de geestelijke gezondheidszorg onder de groep welzijn en zorg valt, wordt op deze groep dieper ingegaan.

In het reeds goedgekeurde Ontwerp Structuurplan gaat men er van uit dat de overheid wat betreft het welzijn, voorwaarde-scheppend en stimulerend bezig moet zijn. De toetsings- en werkcriteria zijn:

- samenhang tussen overheden, particulier initiatief en voorzieningen;
- bereikbaarheid van voorzieningen; bereikbaar voor iedereen, financieel en geografisch;
- democratische participatie: openbaarheid en doorzichtigheid van het beleid;
- rechtszekerheid ten aanzien van de werkers en werk;
- flexibiliteit: men moet kunnen inspelen op de steeds veranderende behoefte bij de bevolking.

Deze uitgangspunten leiden onder meer naar zelfwerkzaamheid van de burgers en decentralisatie van de voorzieningen.

In het Ontwerp Structuurplan worden al deze voorwaarden vertaald in het creëren van ruimte en accommodaties, die als een minimum te beschouwen zijn om de samenleving voldoende ontplooiingsmogelijkheden te bieden. Voorzieningen die een draagvlak hebben van 90.000 inwoners of meer, zullen uiteraard in de centrale kern worden gesitueerd, bij voorbeeld een algemeen ziekenhuis. Voorzieningen met een lager draagvlak, maar niet lager dan 40.000 potentiële gebruikers, zullen in de middelgrote kernen worden gecreëerd. Essentiële basisvoorzieningen dienen in elke kern of op wijkniveau gesitueerd te worden. Voorbeelden hiervoor zijn gezondheidscentra, poliklinieken (zie tabel 3.3.).

In tabel 3.3., die overgenomen is uit het Ontwerp Structuurplan, wordt een overzicht gegeven van de voorzieningen op het gebied van de zorg met hun mogelijke spreiding. De aantallen voorzieningen zijn gebaseerd

op het maximale inwonertal van 250.000. De in de tabel genoemde voorzieningen zijn nog onderwerp van studie.

Tabel 3.3. Voorzieningen op het gebied van de zorg in aantallen en locaties

| aard voorziening | aantal | mogelijke locaties |
|------------------------------|--------|--|
| ziekenhuis met PAAZ | 2 | Almere-Stad, grotere kernen |
| psychiatrisch ziekenhuis | 1 | ergens in Flevoland in een grote kern |
| polikliniek | 5 | in elke kern |
| districtgeneesk. dienst | 5 | een hoofdvestiging in Flevoland één per kern |
| zwakzinnigeninrichting | 1 | in een grotere kern |
| revalidatiecentrum | 1 | 1 in Flevoland, Almere-Oost of Almere-Buiten |
| crisiscentrum | 1 | Almere-Stad |
| opvangcentra | 3 | alle kernen |
| dagverblijven | 7 | alle kernen |
| sociale werkvoorziening | 1 | Almere-Stad |
| welzijnscentra buitenlanders | 3 | grotere kernen |
| woonwagencentra | 5 | in elke kern |

Bron: Ontwerp Struktuurnota Almere deel III

3.4. De demografische ontwikkeling

Tot slot van dit hoofdstuk zal kort worden ingegaan op de verwachte bevolkingsontwikkeling van de drie Almeerse kernen. Dit met het oog op het feit dat de fasering, de omvang en de aard van verschillende voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, hiervan afhankelijk zijn. Eén van de belangrijkste stuurmechanismen voor het bepalen van de toekomstige omvang van de Almeerse bevolking is het aantal te bouwen woningen. Ultimo 1982 heeft men het heugelijke feit gevierd met het gereedkomen van de 10.000ste woning.

Voorts staat het vrijwel vast, dat Almere tot 1990 24.000-28.000 woningen mag gaan bouwen. Wat er met de toewijzing van het woningcontingent na 1990 gaat gebeuren is thans niet duidelijk. Te meer daar ook de beslissing over de bouw van Almere-Oost en Almere-Pampus tot omstreeks die tijd is uitgesteld.

Op basis van het aantal te bouwen huizen is er tot 1990 voor Almere-Stad, Almere-Haven en Almere-Buiten een bevolkingsprognose gemaakt (zie tabel 3.4.). Eind 1982 woonden er in Almere-Haven 17.373 mensen en in Almere-Stad 9.343. Met Almere-Buiten zal in mei 1983 met de bouw worden aangevangen, zodat in 1984 daar de eerste bewoners te verwachten zijn.

Tabel 3.4. Realisering en raming van de inwoneraantallen van Almere-Stad, Almere-Haven en Almere-Buiten

| jaar per 31/12 | Almere-Haven | Almere-Stad | Almere-Buiten | Almere totaal p.j. | totaal cumulatief |
|-------------------|--------------|-------------|---------------|-----------------------|----------------------|
| 1975 | 18 | | | 18 | 18 |
| 1976 | 174 | | | 156 | 174 |
| 1977 | 1.554 | | | 1.380 | 1.554 |
| 1978 | 4.151 | | | 2.597 | 4.151 |
| 1979 | 6.569 | | | 2.418 | 6.569 |
| 1980 | 10.637 | 1.079 | | 5.147 | 11.716 |
| 1981 | 14.860 | 5.202 | | 8.346 | 20.062 |
| 1982 | 17.373 | 9.343 | | 6.654 | 26.716 |
| 1983 | 19.600 | 12.800 | | 5.700 | 32.400 |
| 1984 | 20.900 | 16.300 | 1.400 | 6.200 | 38.600 |
| 1985 | 21.700 | 20.900 | 3.600 | 7.600 | 46.200 |
| 1986 | 22.000 | 25.800 | 6.300 | 7.900 | 54.100 |
| 1987 | 22.000 | 30.700 | 9.300 | 7.900 | 62.000 |
| 1988 | 22.000 | 36.100 | 12.500 | 8.600 | 70.600 |
| 1989 | 22.000 | 41.500 | 16.000 | 8.900 | 79.500 |

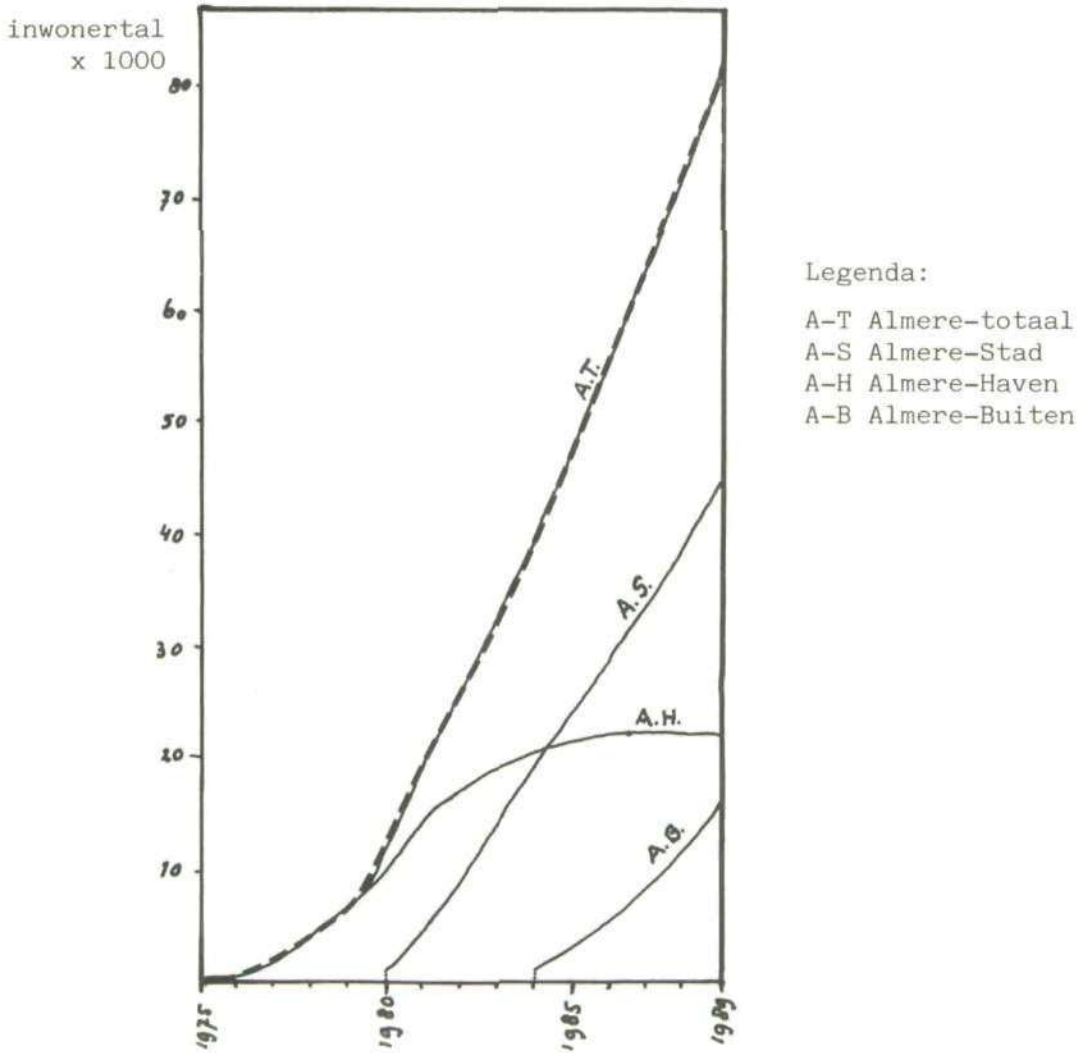
Bron: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders

Volgens de prognoses zullen er op 31 december 1989 in Almere ruim 79.000 mensen wonen. Hiervan zullen er zo'n 22.000 in Almere-Haven, 41.000 in Almere-Stad en 16.000 in Almere-Buiten gehuisvest zijn. Vanaf 1981 tot 1989 zullen er in Almere per jaar 7.000 tot bijna 9.000 mensen toegevoegd worden aan het inwoneraantal. In grafiek 3.1. wordt deze snelle jaarlijkse toename van de bevolking gevisualiseerd. Het moge duidelijk zijn dat bij een dergelijke jaarlijkse bevolkingstoename de planning van allerlei voorzieningen en ook de essentiële gezondheidszorgvoorzieningen, een bijzondere programmering en een tijdige planning vraagt.

Wanneer we de bevolkingsopbouw van Almere bekijken, dan blijkt Almere een relatief jonge bevolkingsopbouw te hebben (zie grafiek 3.2.). Eind 1981 was slechts 5,2% van de bevolking van Almere 60 jaar of ouder; voor Nederland was dat percentage 15,9%. Een verschil van maar liefst 10,7%. In datzelfde jaar was het percentage in de leeftijdscategorie van 0-19 jaar, 36%. Voor Nederland was dit 30,9%. De prognoses voor 1989 en het jaar 2000 voor Nederland en voor Almere dat er een significant verschil blijft tussen de bevolkingsopbouw van Nederland en Almere.

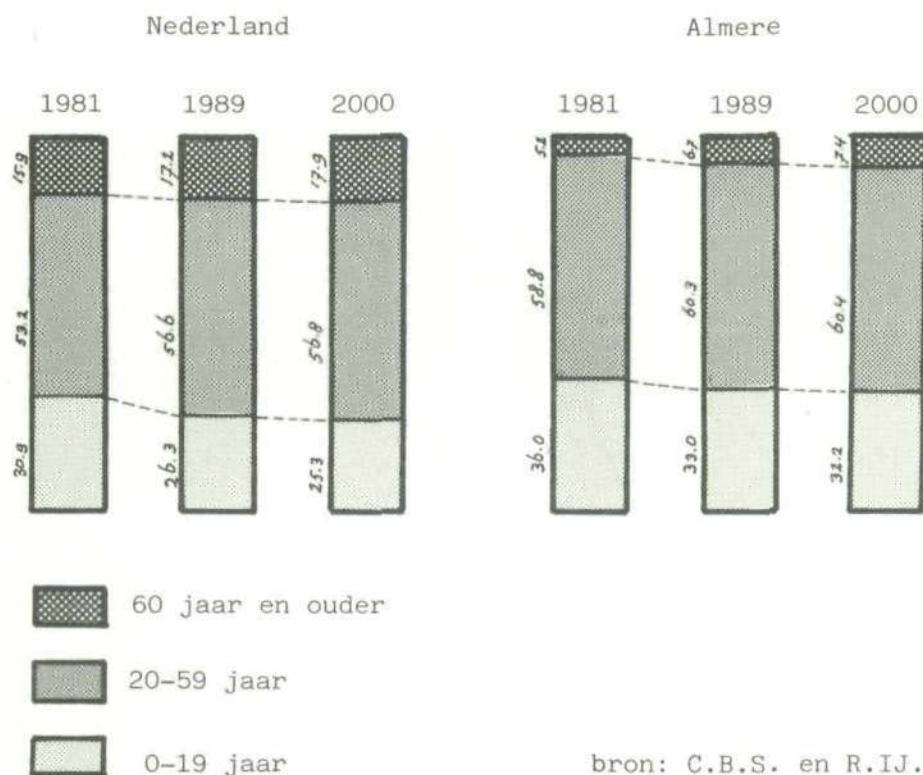
Het percentage personen van 60 jaar en ouder neemt in de periode 1981-2000 in Nederland toe met 2% en in Almere met 2,2%. De relatieve ondervertegenwoordiging van het aantal personen van 60 jaar en ouder in Almere neemt volgens deze prognose maar met 0,2% af, in een periode van 20 jaar. De relatieve oververtegenwoordiging van het aantal jongeren tot 20 jaar in Almere, neemt in de periode 1981-2000 zelfs nog toe. In 1981 was in deze leeftijdscategorie in Almere een oververtegenwoordiging van 5,1% in het jaar 2000 zou dit uitgegroeid zijn tot 6,9%.

Grafiek 3.1. Ontwikkeling inwonertal van Almere-Stad, Almere-Haven en Almere-Buiten 1975-1981 en de verwachte ontwikkeling voor 1982-1989



bron: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders

Grafiek 3.2. De bevolkingssamenstelling in drie leeftijdsgroepen voor Nederland en Almere voor 1981 en de prognose voor 1989 en 2000, in procenten



Waar komen de mensen vandaan die Almere bevolken? Naast de natuurlijke bevolkingsaanwas, die in feite de eerste Almeerse autochtonen zijn, bestaat het overgrote deel uit allochtonen (zie tabel 3.5.). In de periode van 1979-1982 was het geboorte-overschot als percentage van de totale bevolkingstoename gemiddeld 5,2%.

Tabel 3.5. Het vestigings- en geboorte-overschot van Almere voor de periode 1979-1982

| Jaar | vestigingsoverschot | geboorte-overschot |
|--------|---------------------|-------------------------|
| 1979 | 2303 | 114 4,7 ¹ |
| 1980 | 4927 | 190 3,7 |
| 1981 | 7980 | 386 4,6 |
| 1982 | 6152 | 495 7,4 |
| totaal | 21362 | 1185 5,2 |

1) geboorte-overschot als percentage van de totale bevolkingstoename in dat jaar

Wanneer we de taakstelling voor Almere bekijken, die door de Stuurgroep Noordelijk Deel Randstad gemaakt is, dan blijkt Almere t/m 1984 voor de toewijzing van de netto-woningvermeerdering voor de volgende taak gesteld te zijn:

Voor woningzoekenden uit Amsterdam 64%, uit het Gooi 16% en Almere en overig Nederland 20%. Deze percentages gelden voor de eerste 2200 woningen, die jaarlijks worden gebouwd. Voor het aantal woningen boven de 2200 geldt een toewijzing van 80% uit Amsterdam en 20% uit de rest van Nederland.

Voor de huursector, die 2/3 van de gehele woningproductie uitmaakt, geldt bovendien dat de woningzoekenden uit het Gooi en Amsterdam vooral moeten komen uit de categorie stadsvernieuwingsurgenten. Tot het voorjaar 1983 konden zij aangedragen worden door de desbetreffende diensten voor volkshuisvesting en zijn dan als zodanig in het bezit van een urgentie-verklaring.

In een in januari 1983 gepubliceerd onderzoek van de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam (SEO), naar de financiën van Almere op lange termijn, wordt verwacht, dat uitgaande van een maximale bouwvariant (tot 1990 is deze reeds door de Minister toegezegd) het beroep op het Maatschappelijk werk en de sociale dienst meer dan proportioneel zal stijgen vanwege de instroom uit Amsterdam (SEO, jan. 1983, blz. 62).

Mede op grond hiervan verwachten de onderzoekers een tekort op de begroting van Almere van 24 miljoen in 1990. Het verwachte hoge percentage bijstandstrekkers zal een extra belasting kunnen geven de gezondheidsvoorzieningen en de voorzieningen die zorgdragen voor de geestelijke gezondheid.

Samenvattend kan worden gesteld dat het hoofduitgangspunt voor de bouw kan Almere - het verkrijgen van een eigen identiteit - sneller bewaarheid zal worden, dan men verwacht had. Almere zal in de komende jaren gekenmerkt worden door een snel groeiende met name allochtone bevolking, die voor het grootste gedeelte uit Amsterdam afkomstig zullen zijn. Voorts zal de bevolking een relatieve jonge opbouw kennen.

4. De gezondheidszorg in Almere

4.1. Geschiedenis

Toen in 1976 de eerste huizen in Almere bewoond werden, kwam het formele bestuur van de jonge stad snel onder de hoede van de Z.IJ.P. Op dat moment had de Z.IJ.P. met het opzetten van een gezondheidszorgsysteem al ervaringen opgedaan in Oostelijk Flevoland. In het proefschrift van T. Landheer, "Gezondheidszorg in een nieuw gebied" uit 1978, wordt hiervan een nauwkeurige beschrijving gegeven. Een geheel "blanco" gebied was Almere niet te noemen, want naast de bedoelingen die de Z.IJ.P. met zich meebracht, vestigden zich ook, op verzoek van de Z.IJ.P. op basis van zeer voorlopige afspraken, de vanuit Oostelijk Flevoland opererende organisaties als de Kruisvereniging Flevoland en de Maatschappelijke Dienst Flevoland (MadiF).

In 1978 worden in Almere de verkiezingen gehouden voor de adviesraad. Tot dan had er een adviescommissie gefunctioneerd.

Dat het opzetten van een gezondheidszorgsysteem ook een politieke aangelegenheid is, bleek al spoedig uit het eerste werkprogramma van de adviesraad. In de paragraaf gezondheidszorg werd een duidelijke visie op de gezondheidszorg gegeven. Gezamenlijke dienstverbanden in kleine gezondheidscentra, bewonersparticipatie, het streven naar een dienstverband voor de werkers, met vooruitlopend hierop een actief vestigingsbeleid, (poli)-klinische zorg in dienst van de eerste lijn, zijn kernpunten daarin (Doorgeest, 1982). Door de Z.IJ.P. wordt een breed opgezette werkgroep ingesteld, die de gewenste ontwikkeling van de gezondheidszorg verder moet uitwerken.

Deze werkgroep komt tot de conclusie dat de eerstelijns gezondheidszorg moet plaatsvinden in een netwerk van gezondheidscentra, die beheerd worden door een overkoepelende stichting met zoveel mogelijk behoud van de gebruikelijke organisatievorm van vrije beroepsbeoefenaren, kruisvereniging, maatschappelijk werk etc. Vooral dit vasthouden aan de traditionele organisatievormen, botste met de door de adviesraad in meerderheid gewenste loondienstverbanden voor de werkers in de gezondheidszorg. Na een periode van politiek touwtrekken, wordt in het begin van 1980 de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) opgericht. De SMGA zou alle gezondheidscentra in beheer nemen en de medewerkers voor de centra in loondienst aantrekken. Inmiddels was het gezondheidscentrum "De Haak" in Almere-Haven al opgericht. Dat gezondheidscentrum was opgezet op basis van een samenwerkingsovereenkomst tussen de Kruisvereniging, de Maatschappelijke dienst en vrije beroepsbeoefenaren. Dit was niet in overeenkomst met wat de adviesraad met de SMGA voor ogen had.

Nieuwe politieke problemen ontstonden nadat er medio 1980 nieuwe verkiezingen zijn geweest (de adviesraad wordt elke twee jaar opnieuw gekozen). De PvdA-meerderheid werd omgezet in een programcollege van PvdA, CDA, VVD en CPN. In het nieuwe werkprogramma kwam de SMGA niet meer voor en ook over de steun aan de gezondheidscentra werd niet meer gerept. De vrijheid in artsenkeuze diende, volgens het programma, gewaarborgd te worden.

Het adviescollege wilde wel dat er een onderzoek ingesteld zou worden naar alle organisatievormen waarin de eerstelijns gezondheidszorg gerealiseerd zou kunnen worden. Het onderzoek werd verricht door het Samenwerkingsproject Eerstelijns (S1).

In de rapportage van S1 eind 1981, kwam als hoofdconclusie naar voren, dat de drie hoofdorganisaties die in de gezondheidszorg in Almere werkzaam zijn, de SMGA, de Kruisvereniging en de Maatschappelijke dienst

zich moeten hergroeperen tot één integrale organisatie, waarbij de verschillende disciplines zoveel mogelijk eenzelfde dienstverband hebben, bij voorkeur loondienst. Ondanks het feit dat deze conclusie niet in overeenstemming was met het programma van het adviescollege, werd het advies van S1 toch als raadsvoorstel overgenomen.

Ook de door de Z.I.J.P. gemaakte Doelstellingennota, waarin een algemeen beleidskader voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Almere voor midden en lange termijn werd gepresenteerd, werd door de adviesraad aangenomen. Met het aannemen van het S1-advies en de Doelstellingennota heeft Almere een belangrijke beslissing genomen in de toekomstige ontwikkeling van de gezondheidszorg.

4.2. De huidige situatie in de gezondheidszorg

Aan het begin van 1983 is de situatie in de eerstelijns gezondheidszorg dat er vijf gezondheidscentra in Almere door de SMGA geëxploiteerd worden. De medewerkers van deze centra zijn in loondienst van de SMGA, de verpleegkundigen en de maatschappelijk werkers kennen een samenwerkingsovereenkomst en zijn gedelegeerd. Daarnaast heeft Almere nog het gezondheidscentrum "De Haak", welke door de Kruisvereniging Flevoland wordt geëxploiteerd.

Dit centrum kent (nog) wel vrije beroepsbeoefenaren. Strikt genomen is het onmogelijk dat beroepsbeoefenaren zich vrij vestigen los functionerend van een samenwerkingsverband (Projectplan Almere, 1983). Formeel echter kan dit nog wel.

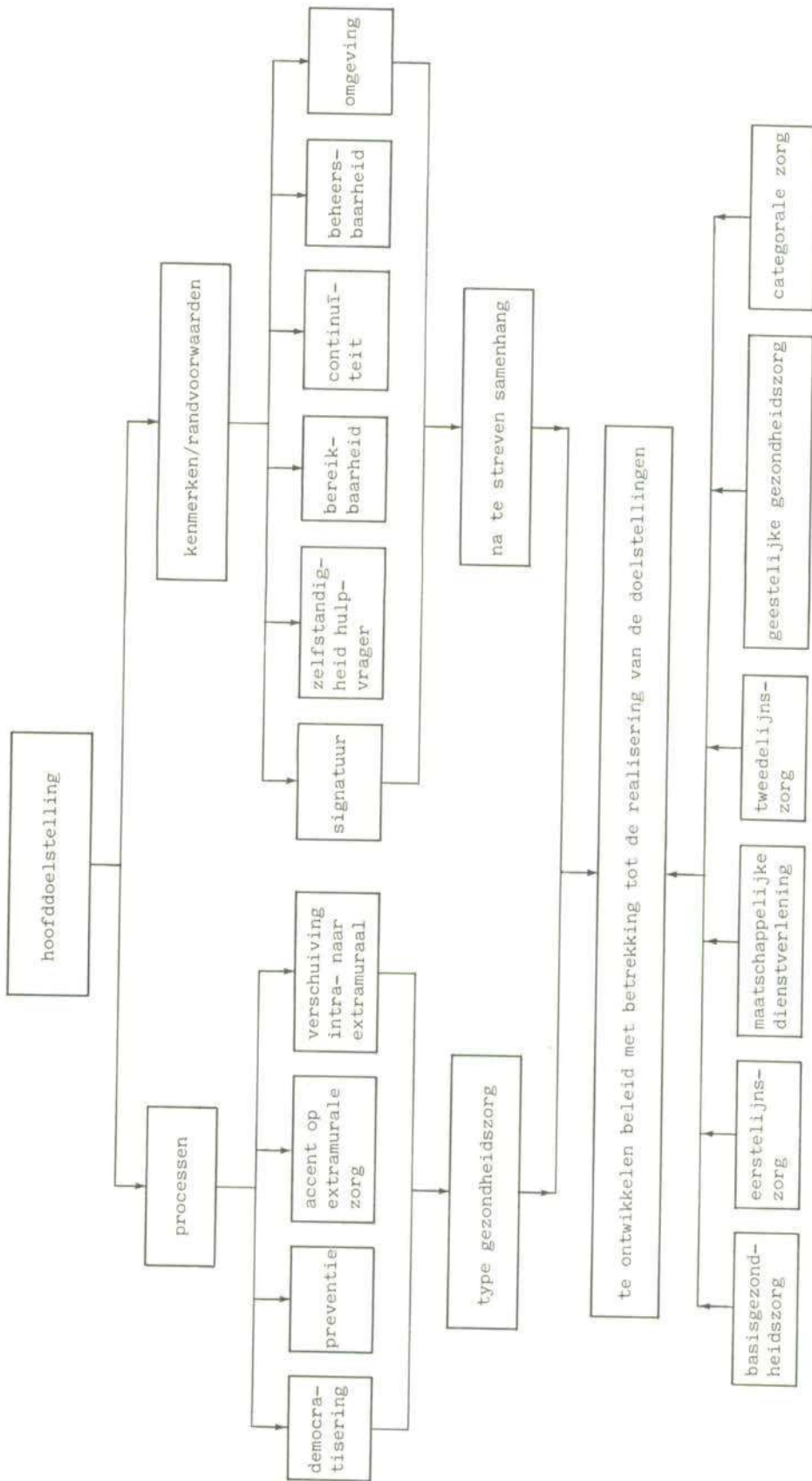
Voorts is er een Eerstelijns Vereniging Almere (EVA) in oprichting. In de EVA zullen de SMGA, de afdeling Almere van de kruisvereniging Flevoland en de afdeling Almere van de Maatschappelijke dienst Flevoland in elkaar opgaan. Wanneer de bevolking van Almere in de toekomst verder toe zal nemen, zal de EVA zich in meerdere geografisch opgedeelde verenigingen opsplitsen, die door een federatie overkoepeld gaan worden. Dit voor Nederland unieke gebeuren heeft als uiteindelijk doel een betere organisatorische structuur van de eerstelijns gezondheidszorg te bewerkstelligen, waarbij de volgende disciplines tenminste bij betrokken zijn: huisartsengeneeskunde, wijkverpleging, maatschappelijk werk, fysiotherapie en apotheek (Voorstel tot ondersteuning..., 1982).

In de tweedelijns gezondheidszorg (zie schema 2.1.) is voor wat betreft de somatische gezondheidszorg een samenwerkingsverband aangegaan met de Vereniging Burgerziekenhuis te Amsterdam, voor de realisering van een ziekenhuis met een uiteindelijk omvang van 450 bedden. De Minister heeft in principe toestemming gegeven voor 240 bedden, 10 wiegen en 15 dagverplegingsbedden. Vooruitlopend hierop zal in Almere-Stad in 1983 reeds een polikliniek geopend worden. Deze polikliniek zal zeker in het begin enige concurrentie ondervinden van ziekenhuizen in 't Gooi, omdat huisartsen in met name Almere-Haven daarmee in de loop der tijd een goede informele samenwerking hebben opgebouwd.

Voor wat betreft de geestelijke gezondheidszorg houdt de RIAGG-Flevoland, die zetelt in Lelystad, spreekuur in Almere. Voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg is er een samenwerkingsovereenkomst gesloten met het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Santpoort (Projectplan Almere, 1983).

De derdelijns gezondheidszorg bevindt zich in een initieel stadium. Voor de vorming van een verpleeghuis in Almere van 150 plaatsen, waarvan 90 voor somatische zieken en 60 ten behoeve van de psychogeriatric, heeft

Schema 4.1. Overzicht doelstellingenstructuur



bron: Doelstellingsnota, openbaar lichaam "Z.I.J.P."

het openbaar lichaam Z.IJ.P. een verklaring van "geen bezwaar" in haar bezit.

4.3. Het beleidskader

Voor het opzetten van een nieuw gezondheidszorgsysteem in een snel groeiende stad, is het noodzakelijk dat er een beleid op lange termijn wordt ontwikkeld. Daarvoor moeten doelstellingen worden geformuleerd. Het o.l. Z.IJ.P. nam eind 1980 de taak op zich dit te doen. In april 1982 kwam het resultaat op tafel in de vorm van de Doelstellingennota Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening. In de Nota wordt een beleidskader aangegeven, die de basis vormt voor de planning en het beleid van de gezondheidszorg op lange termijn.

De hoofddoelstelling in de nota is: "...het instandhouden c.q. bereiken van gezondheid van de bevolking, waarbij onder gezondheid verstaan moet worden: een toestand waarin sprake is van een algemeen lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van individuen en groepen in relatie tot hun maatschappelijke, fysieke en materiële omgeving." (Doelstellingennota Z.IJ.P., 1982, blz. 42). Deze zeer algemene doelstelling is te realiseren door te streven naar enerzijds een type gezondheidszorg en anderzijds een na te streven samenhang. Deze twee elementen zijn te operationaliseren in verschillende specifieke doelstellingen (zie schema 4.1.).

Het type gezondheidszorg kan worden bereikt:

- te streven naar democratisering van de gezondheidszorg;
- het bevorderen van de preventie en gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- het accent te leggen op de extramurale zorg;
- het bevorderen van een verschuiving van klinische zorg naar poliklinische en ambulante zorg.

Het tweede element - de samenhang - kan bereikt worden door te streven naar:

- voorzieningen met een algemene levensbeschouwelijke signatuur;
- het bevorderen danwel handhaven van de zelfstandigheid van de hulpvrager;
- een zorg die zowel psychologisch, geografisch als financieel goed bereikbaar is;
- continuïteit in de zorgverlening zowel in tijd als in ruimte;
- het bevorderen van de beheersbaarheid en de bestuurbaarheid van de zorg;
- het voorkomen of het wegnemen van maatschappelijke factoren welke belangrijke oorzaken zijn van ziekte(n) (Doelstellingennota Z.IJ.P., 1982).

In de genoemde nota worden deze specifieke doelstellingen per echelon en soort zorg bekeken om na te gaan welk concreet beleid er door de plaatselijke overheid moet worden gevoerd.

Als soort zorg wordt ook de geestelijke gezondheidszorg onderscheiden en in twee echelons ingedeeld, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg.

De subdoelstellingen die moeten leiden tot het type gezondheidszorg geven voor de algemene gezondheidszorg globaal het volgende beleid te zien:

- democratisering; men stelt dat het uitgangspunt van het beleid in het belang van de huidige en de potentiële cliënten moet zijn. Dit leidt tot twee principes. Ten eerste dat de behoefte aan hulp het aanbod bepaalt. Dit betekent dat de organisatie van de hulpverlening moet worden afgestemd op de specifieke eigenschappen van het gebied waar ze werkzaam is en niet wordt bepaald door een bepaald promillage van de bevolking die voor het gehele land gelijk is. Ten tweede dat een integrale hulpverlening noodzakelijk is. Hiermee bedoelt men een integratie zowel binnen hetzelfde echelon, alswel tussen de verschillende echelons van een soort zorg. Deze twee principes zijn de randvoorwaarden om te komen tot een democratische zorg. Andere voorwaarden, die genoemd worden zijn participatie van cliënten op bestuursniveau en het stimuleren van zelfhulp en mantelhulp.
- preventie; preventie en het verlenen van hulp zijn moeilijk van elkaar te scheiden, hetgeen ook niet moet gebeuren. Ook de preventie dient integraal aangepakt te worden, waarbij de aggz nauw samen moet werken met het maatschappelijke werk.
- accent op extramurale zorg; uitgangspunt is de cliënt zolang als zinvol is ambulante hulp te verlenen. Hiertoe dienen onder andere goede samenwerkingsverbanden tussen de aggz en het APZ te bestaan.
- verschuiving van intra- naar extramurale zorg. Men dient onnodige medicalisering en hospitalisatie te voorkomen. In geval van een crisis moet goed worden bekeken welk soort zorg de meest adequate hulp kan bieden.

De subdoelstellingen die moeten leiden tot een samenhang in de zorg geven voor de aggz de volgende beleidsvoornemens weer:

- de aggz moet een algemene signatuur krijgen;
- de aggz-hulpverlening dient op wijkniveau, rondom het eigen woonmilieu van de cliënten georganiseerd te zijn;
- wat betreft de bereikbaarheid dient de aggz in principe zonder doorverwijzing van de eerstelijns, vrij toegankelijk te zijn. Eventueel gebeurt dit in overleg met de eerstelijns. Het is daarom wenselijk dat de aggz in het gezondheidscentrum op één of andere manier participeert, bij voorbeeld door middel van het geven van spreekuren in de centra. Hierdoor zal met name het contact met het maatschappelijk werk worden bevorderd en de consultatieve taak van de aggz naar de eerstelijns sterk kunnen worden verbeterd. De 7x24 uren bereikbaarheid zal tot stand moeten komen in een samenwerkingsverband tussen de eerstelijns, de aggz en de intramurale geestelijke gezondheidszorg (inclusief de PAAZ);
- de continuïteit van de hulpverlening kan worden bevorderd door de mobiliteit van de hulpverlener zoveel mogelijk te vergroten en de hulpvrager wanneer dat kan daar te helpen waar hij of zij zich aanmeldt;
- de beheersbaarheid; de RIAGG-vorming is een noodzakelijke voorwaarde, waarbij de ordening van het hulpaanbod geschiedt op basis van bij voorbeeld probleem- of leeftijdscategorieën.

Ten slotte stelt men in de Doelstellingennota dat de RIAGG een centrale intake moet hebben, die gedecentraliseerd werkzaam moet zijn, bij voorbeeld op wijk- of buurniveau. Tussen de RIAGG en de semimurale voorzieningen dient een goede afstemming te worden nagestreefd.

De intramurale geestelijke gezondheidszorg krijgt in de Doelstellingennota minder aandacht, omdat op dit terrein de zorg nog grotendeels vorm moet krijgen. Wel probeert men een globale schets te geven van hoe de intramurale geestelijke gezondheidszorg, met name een APZ, er in Almere uit moet gaan zien.

Het APZ dient een algemeen signatuur te hebben, met een minimale omvang van 200 bedden. Het ziekenhuis moet gedecentraliseerd en kleinschalig van opzet zijn. De hoofdonderdelen zullen in Almere-Buiten en Almere-Stad moeten worden gesitueerd (Doelstellingnota, 1982, p. 87). Een APZ in Almere zal verantwoordelijk zijn voor alle geïndiceerde opnames uit de regio, dus ook voor de moeilijk plaatsbare sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten (sga-patiënten).

In principe zal de APZ deel uitmaken van de te vormen RIGG. Een goede samenwerking en samenhang met de RIAGG, PAAZ en eerstelijnsgezondheidszorg dient te worden nagestreefd.

Voor de totstandkoming van een gezondheidszorg zoals in de Doelstellingnota geschetst, zal veel afhangen in hoeverre en plaatselijk en/of regionaal "bescherming" (zowel juridisch als praktisch) van de Nederlandse gezondheidswetgeving wordt geboden.

4.4. Het projectplan

Eén van de laatste ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg in Almere is de instelling van het Projectplan Gezondheidszorg Almere in maart 1983.

De overwegingen voor de instelling voor een dergelijk projectplan waren: "... dat het wenselijk is om een in bestuurlijk, structureel en functioneel opzicht samenhangend geheel van zorgvoorzieningen tot stand te brengen, welke aan de bevolking van Almere een op de behoefte en wensen afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit en tegen aanvaardbare kosten."

Vooraf het kostenaspect is een nieuw element in de zorg om de gezondheidszorg in Almere.

Een andere overweging is dat de eerstelijnsgezondheidszorg het fundament moet zijn van de gehele gezondheidszorg. De overige "lijnen" dienen hieraan een ondersteunende en aanvullende taak te krijgen (Projectplan Almere Z.I.J.P., 1983).

In het kader van het projectplan is er een stuurgroep Gezondheidszorg ingesteld. In de stuurgroep zijn de verschillende bij de gezondheidszorg in Almere betrokken partijen samengebundeld (overheden, financierders, hulpverleners, bewoners, inspectie). De stuurgroep krijgt als belangrijkste taak het projectplan tot uitvoering te brengen, te coördineren, te adviseren e.d.. De stuurgroep zal voor het uitwerken van de verschillende onderdelen van het plan, verscheidene subgroepen instellen. Op deze manier tracht men meer specialistische kennis op een bepaald gebied in het projectplan te betrekken.

Tot slot is er nog een projectteam. Dit team, waarvoor de deskundigen door het Ministerie van W.V.C. geleverd worden, zal fungeren als een algemeen secretariaat voor de stuurgroep en zal als zodanig de besluiten van de stuurgroep voorbereiden en tot uitvoering brengen. Het project zal gefaseerd worden uitgevoerd.

De eerste fase is ingesteld op 4 jaar.

De kaders, waarbinnen het project plaatsvindt, vallen binnen de hierboven beschreven randvoorwaarden van de Doelstellingnota. Ook zullen

in het project de adviezen van het S1 project en de Schets Eerstelijnsgezondheidszorg als inhoudelijk kader worden gehanteerd.

De ontwikkeling van de gezondheidszorg in Almere blijft niet hangen in een idealistische planfase, maar wordt nu door het projectplan uitgetild naar een niveau, waarop men zich concreet met de organisatie van de gezondheidszorg kan bezighouden.

In veel opzichten is dit een voor Nederland unieke ontwikkeling, niet alleen voor Almere is dat gunstig, maar ook landelijk gezien kan het één en ander als voorbeeld, als try-out zijn diensten bewijzen. Dit blijkt uit de ondersteuning die het project gekregen heeft van de minister van W.V.C.

Gehoopt mag worden dat dit mede ertoe zal leiden, dat deze unieke ontwikkeling landelijk wordt afgeschermd en veiliggesteld. Immers, vrije vestiging in plaats van collectieve aanpak zou de realisering van de doelstellingen met vele jaren vertragen.

5. De onderzoeksrapportage

In de voorgaande hoofdstukken is een beschrijving gegeven van verschillende ontwikkelingen die in nauw verband staan met en van invloed kunnen zijn op de toekomstige geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Almere. Naast deze meer theoretische benadering is in de opzet van dit rapport tevens gekozen voor een praktische benadering. Hiertoe zijn in januari en februari 1983 een aantal interviews afgenomen, waarvan in dit hoofdstuk een verslag wordt gegeven.

5.1. Het onderzoeksdoel

Om tot de formulering van een plan voor de ggz in Almere te komen is het wenselijk om ook de meningen en visies van een aantal betrokken personen hierbij te betrekken.

Een beter inzicht kan zo worden verkregen in de lokale verhoudingen en onder werkers in de gezondheidszorg ten aanzien van de ggz. Het hoofddoelis echter: het destilleren van aanwezige tendenzen in de ideeën, visies en de richting waarin de ggz zich in Almere zou moeten ontwikkelen.

5.2. Verantwoording van de werkwijze

Gezien het doel van het onderzoek kon het beste worden gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. De gegevens zijn verzameld door middel van interviews, waarbij gebruik gemaakt werd van een semi-gestructureerde vragenlijst. Bij deze interview-techniek wordt gebruik gemaakt van bepaalde thema's en onderwerpen, die al dan niet in een vraag-vorm aan de geïnterviewde worden voorgelegd. Hierbij gaat het niet zozeer om de exacte formulering van de vraag zoals b.v. bij een gestandaardiseerd interview, maar om de onderwerpen die aan de orde komen (Segers, 1977). De gekozen methode en techniek had tevens als voordeel, dat de te verwachten verschillen in kennisniveau, de verschillen van invalshoek en de mate van inzicht omtrent het onderzoeksonderwerp, van de te interviewen personen niet tot onoverkomelijke problemen zou leiden bij het verwerken van de reacties.

De persoonskeuze

De keuze welke personen in aanmerking zouden komen om geïnterviewd te worden, diende te worden voorafgegaan door een keuze uit de organisaties, instellingen, groeperingen etc., die op een of andere wijze betrokken zijn bij de totstandkoming van de ggz in Almere. Mede om een dergelijke keus te vergemakkelijken zijn de betrokken organisaties, instellingen etc. in drie groepen ingedeeld.

- A. Groep 1 omvat groeperingen, instellingen, organisaties die direct met de uitvoering van de gezondheidszorg in Almere en de regio betrokken zijn. In deze groep zouden dan moeten zitten: Huisartsengeneeskunde, Kruisvereniging, Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere e.d. (zie schema 5.1.). Deze groep wordt verder aangeduid als: directe hulpverleners.
- B. Groep 2 omvat groepen die de direct belanghebbenden, de toekomstige gebruikers, vertegenwoordigden en verantwoordelijk zijn voor de beleidsvorming en uitvoering ten aanzien van de gezondheidszorg in

Almere. Deze groep zou dus bestaan uit alle politieke partijen die in de Almeerse adviesraad vertegenwoordigd zijn en het lid van het dagelijks adviescollege, verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in Almere. Deze groep wordt verder aangeduid met: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid (lid van het dagelijks adviescollege).

- C. Groep C omvat die groepen, instellingen en organisaties die op een indirecte wijze betrokken zijn bij de ontwikkeling van de ggz in Almere. In deze groep zitten bij voorbeeld het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Hoofdafdeling Geestelijke Gezondheidszorg van het Ministerie van W.V.C. Deze groep wordt verder aangeduid met de term "landelijke beleidsmakers".

In totaal zijn 24 organisaties, groeperingen en instellingen aangeschreven. Hiervan hebben twee geweigerd hun medewerking te verlenen. Totaal werkten dus 22 groeperingen mee. Hiervan waren er acht uit de eerste groep, zes uit de tweede en de acht uit de derde groep.

Uit elke instantie is een persoon uitgekozen waarvan te verwachten was dat deze op grond van zijn positie of functie binnen de betreffende groepering, een persoonlijke visie of mening zou hebben gevormd omtrent de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen of de ontwikkelingen daarvan in Almere. Het ging bij de interviews niet zozeer om de visie of de mening van de groepering zelf, maar om de persoonlijke mening of visie van een representant van een dergelijke groepering. Hiervoor waren verschillende redenen aanwezig.

Door een representant op persoonlijke titel te interviewen, zou deze de mogelijkheid hebben openlijker op de onderwerpen te kunnen reageren.

Voor een groepering is dat niet altijd mogelijk.

Voorts was niet te verwachten dat de invalshoek waarmee tegen een bepaalde problematiek wordt aangekeken, wezenlijk zal verschillen tussen een groepering en een representant van die groepering. Bij de bepaling van degenen die in aanmerking zouden komen om geïnterviewd te worden zijn dus twee keuzen gemaakt. Ten eerste welke groepering en ten tweede welke persoon uit die groepering.

Aan de personen die aan het interview hebben meegewerkt is beloofd, dat de door hun gegeven informatie anoniem zou worden verwerkt. Hierdoor werd de geïnterviewde nog meer in de gelegenheid gesteld vrij op de naar voren gebrachte onderwerpen te reageren, zonder dat dit voor diegene persoonlijke gevolgen zou kunnen hebben.

Schema 5.1. Lijst van geïnterviewde personen en organisatie, instelling of groepering waartoe zij behoren, verdeeld in drie groepen

groep 1

| | |
|---------------|---|
| J.A. van Aken | Hoofdleider maatschappelijke werk van de Maatschappelijke Dienst Flevoland |
| M. Buskop | Hoofdwijkverpleegkundige in het gezondheidscentrum "de Spil" in Almere |
| A.J. Dost | Directeur van het RIAGG-Zwolle |
| M.N. Ferwerda | Adjunct-directeur van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs te Zwolle |
| Jac. Holten | Directeur van de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere |
| H.J.W. Luykx | Voorzitter van de Kruisvereniging Flevoland |
| A. Meidam | Coördinatrice van het in oprichting zijnde RIAGG-Flevoland |
| B. Terluin | Huisarts in het gezondheidscentrum "de Spil" in Almere |

groep 2

| | |
|----------------------|---|
| J.W. Blok | Fractievoorzitter van het C.D.A. in Almere, lid van de commissie gezondheidszorg en economische zaken |
| M.J.M. Bregman-Kaaks | Fractielid van de V.V.D. in Almere, lid van de commissie gezondheidszorg en economische zaken |
| A.J. Goedhart | Fractievoorzitter van de P.P.R./P.S.P. in Almere |
| J. van Gosliga | Fractievoorzitter van D'66 in Almere, lid van de commissie gezondheidszorg en economische zaken |
| J.W. van der Pijll | Fractielid van de C.P.N. Almere, lid van de commissie gezondheidszorg en economische zaken |
| A.J.S. Tierie | Lid van Dagelijks Adviescollege, voorzitter van de commissie gezondheidszorg en economische zaken |

groep 3

| | |
|-------------|---|
| C.P. Bruins | Huisarts, deel-secretaris van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid |
| E. Dekker | Hoofd van de Hoofdafdeling Geestelijke Gezondheidszorg van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur |

| | |
|------------------|--|
| A.G.W. Hilberink | Voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, directeur van de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Maastricht |
| H.E.J. Jacobs | Onderzoeksmedewerker van het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid |
| H.R. Pleiter | Regionaal inspecteur van de Geneeskundige Inspectie voor Overijssel, Gelderland, Dronten en Lelystad en het gebied van het openbaar lichaam "Zuidelijke IJsselmeerpolders" |
| M.A.J. Romme | Hoogleraar sociale psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Limburg |
| J. Verhoeff | Plv. Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid, lid van de Gemengde Commissie voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg |
| H. van der Wilk | Voorzitter van de Cliëntenbond, directeur van de Stichting Pandorra |

De onderwerpen

Bij het kiezen van de onderwerpen die bij de interviews naar voren zouden worden gebracht, is getracht deze zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de in de voorgaande hoofdstukken behandelde thema's. Voorts is geprobeerd de onderwerpen aan te laten sluiten op eventueel te nemen planningsbeslissingen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg in Almere.

Wijze van verwerking

De door de respondenten gegeven reacties zullen per groep worden gepresenteerd. Belangrijke of markante individuele uitspraken zullen zoveel mogelijk letterlijk worden geciteerd. Per onderwerp zal een korte samenvatting worden gegeven.

5.3. De interviewresultaten

Onderwerp I

De kritiek op de huidige geestelijke gezondheidszorg in Nederland. De geïnterviewden konden hier hun belangrijkste kritiek, voor zover deze aanwezig op de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, naar voren brengen.

Groep 1: directe hulpverleners

De helft van de respondenten uit deze groep noemde als belangrijkste kritiekpunt het sterk verbrokkelde karakter van de ggz. Met name de slechte samenwerking tussen de aggz en de eerstelijns en in het bijzonder het maatschappelijk werk, te meer omdat deze instelling met de aggz een

overeenkomstig cliëntenbestand heeft. Deze kritiek slaat ook op de relatie tussen de intra- en extramurale ggz. De oorzaak van het versnipperde karakter werd gezocht in de verschillende financieringsstelsels en het ontbreken van een goede werkbare definitie wat de ggz nu eigenlijk is, waardoor de verschillende werkvormen "in elkaars vaarwater" opereren. De overige respondenten uit deze groep hadden meer inhoudelijke kritiek op de ggz. Deze zou te elitair zijn en alleen hulp verlenen aan bepaalde categorieën cliënten. Te snel en te veel cliënten worden opgenomen, waardoor deze worden geïsoleerd van het maatschappelijk gebeuren. Met de privacy van de patiënten wordt lichtzinnig omgegaan. Eén van de respondenten vond dat er te weinig aan het stimuleren van zelfhulp en mantelhulp werd gedaan.

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

Ook in deze groep vond de helft van de respondenten de versnipperdheid en de onsamenhangendheid van de ggz het belangrijkste kritiekpunt. Eén hiervan zocht de oorzaak in de warrige financiering van de ggz. Daarnaast werd meer inhoudelijke kritiek geuit. Deze richtte zich o.a. op het feit dat de intramurale zorg tot onnodige hospitalisatie zou leiden. Een ander kritiekpunt was dat in Nederland de ggz niet afgestemd is op de behoefte. Vervolgens is de ggz-hulpverlening te hoogdrempelig, dit werd met name veroorzaakt door de taboesfeer die daar nog steeds omheen hangt.

Groep 3: landelijke beleidsmakers

Het versnipperde karakter van de ggz werd ook in deze groep door vier respondenten genoemd. Twee hiervan vonden dat de drie stromen in de ggz (intra-, semi- en extramurale zorg) elkaar beconcurreren, hetgeen voor de zorg in zijn geheel een zeer slechte zaak is.

De inhoudelijke kritiek van de overige respondenten is:

- niemand heeft de eindverantwoordelijkheid in de ggz;
- in de ggz is het precies omgekeerd als bij de somatische zorg; "de zwaarste patiënten geven we de slechtste zorg";
- de extramurale zorg houdt zich met "te lichte" gevallen bezig, hierdoor raakt de extramurale hulpverlening verstopt. Hiervan dreigen de zwaarderlijkende cliënten de dupe te worden; zij worden te snel opgenomen;
- de ggz in Nederland is zowel geografisch als psychologisch moeilijk bereikbaar.

Eén respondent vindt dat er een ongelijke machtssituatie bestaat tussen de cliënt en de hulpverlener. Deze machtsongelijkheid leidt tot een wantrouwen bij de cliënten. Vaak zijn ook de therapieën ondoorzichtig, waardoor de cliënt het verband tussen de ziekte en de therapie niet kan leggen.

In het algemeen wordt door de drie groepen de ggz op zichzelf niet als slecht bestempeld. Opvallend is wel dat de helft van de respondenten in de drie groepen de versnipperde en de onsamenhangende organisatie als belangrijkste kritiekpunt zien. De overige kritiepunten zijn meer inhoudelijk van aard en zijn nogal verschillend van elkaar, hetgeen te verwachten was.

Onderwerp II

Het psychiatriebeleid, zoals dat in Nederland wordt gevoerd. Als ingang werd onder andere de kritiek op het psychiatriebeleid van de initiatiefgroep "Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen", gebruikt.

Groep 1: directe hulpverleners

De kritiek op het huidige psychiatriebeleid, zoals deze door de initiatiefgroep "Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen" wordt geuit, wordt door zes van de uit acht personen bestaande groep min of meer onderschreven. Wel worden er door een aantal enige kanttekeningen bij geplaatst.

De overige twee respondenten konden geen oordeel vormen, omdat ze te slecht op de hoogte waren van de beweegredenen van de initiatiefgroep. Eén van deze vond overigens wel dat er door de regering een tweesporig beleid wordt gevoerd; een RIAGG-RIGG beleid en een los daarvan staand psychiatriebeleid.

Alle respondenten waren het erover eens dat er in de toekomst in Almere enige klinische capaciteit moet komen. Vier respondenten vonden dat eerst, op basis van een goed plan van de ggz, de extra- en semimurale zorg zorgvuldig moet worden uitgebouwd. Pas daarna zal kunnen worden bepaald hoeveel bedden er in Almere nodig zijn. Tot die tijd zullen de opnamen voor een behandeling elders moeten geschieden. Wanneer een APZ te snel in Almere wordt gevestigd, krijgt de opbouw van de met name de extramurale zorg geen reële kans: "Wanneer zo'n ding er staat zit hij vol ook".

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

In deze groep waren drie respondenten vóór het Moratorium. De andere drie waren er tegen en vonden dat het tweesporigenbeleid, zoals de regering dit voert, een heel verstandig beleid is: "je moet altijd een tweesporigenbeleid voeren, dan blijf je flexibel en kun je snel inspringen op elke verandering".

Alle respondenten vonden dat Almere zo snel mogelijk een APZ diende te krijgen. Dit APZ zou dan wel kleinschalig van opzet moeten zijn, vonden vier respondenten. Eén respondent was van mening dat een APZ zich zou moeten opsplitsen in meerdere gebouwen op meerdere plaatsen. De groei van het APZ zou dan gemakkelijk gelijke tred kunnen houden met de toename van de Almeerse bevolking.

Groep 3: landelijke beleidsmakers

Van groep 3 onderschrijft de helft het Moratorium. Vanaf de basis moet een nieuw geïntegreerd beleid worden gevoerd. Daarna moet er worden gekeken hoeveel klinische capaciteit er in een gebied nodig is. Een voorstander wijst erop dat bij de APZen de hotelfunctie moet worden losgekoppeld van de behandelfunctie. Het APZ zou dan een instelling voor dag-, avond- of nachtbehandeling worden. De hotelfunctie kan in een ander gebouw op een andere locatie plaatsvinden. De overgang naar een beschutte woonvorm is dan heel klein geworden. De vier die het Moratorium niet onderschrijven hebben de volgende opmerkingen geplaatst:

- "We moeten er wel mee doorgaan anders raken we het geld kwijt"
- "De regering kan de patiënten niet in de kou laten staan; wordt de extramuralisatie een mislukking dan loopt alles spaak"
- "Wanneer de regeringsuitspraken goed geïnterpreteerd worden, dan blijkt dat deze plannen overeenkomen met wat de Initiatiefgroep in feite wil. Alleen de afstemming van de beleidsuitvoering klopt niet altijd. Dat is waar"
- "Er zijn zoveel slechte bedden in Nederland"

Groep 1 staat overwegend achter het Moratorium en vindt het psychiatrie-beleid in Nederland dubbelzinnig. Deze groep is overigens wel van mening dat er in de toekomst in Almere enige klinische capaciteit moet komen. Groep 2 vindt dat er zo snel mogelijk een APZ in Almere moet worden gevestigd. Wat betreft een afkeuring van het psychiatrie-beleid is deze groep verdeeld. Ook groep 3 is hierover verdeeld. Bij de tegenstanders hiervan staat de bezorgdheid om de patiënt centraal.

Onderwerp III

De explosieve kostenstijging en financiële onbeheersbaarheid van de gezondheidszorg. Het tegengaan van dit feit wordt door velen gezien als één van de belangrijkste motieven van het regeringsbeleid. Met name werd ingegaan op de legitimiteit hiervan.

Groep 1: directe hulpverleners

Zeven respondenten uit deze groep vinden het volkomen legitiem dat het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg het belangrijkste beleidsmotief is. Men is wel van mening dat dit vanuit een achterliggende visie dient te gebeuren. Vier respondenten zijn van mening dat een goed beleid alléén kan worden gevoerd met een financieel plaatje erbij. Ook vier respondenten zien een oplossing in budgetfinanciëring. Men kan dan lokaal of regionaal beslissen welke prioriteiten er worden gesteld.

- "Vooral binnen de aggz moet je normen gaan stellen aan de behandelings-tijd, zodat er ook eens tijd aan de andere doelstellingen besteed kan worden".
- "Wanneer bezuinigingen gericht zijn op de zelfstandig opererende specialisten, dan vind ik kostenbeheersing zeer legitiem."

Eén respondent vindt het heel jammer dat het kostenaspect de boventoon gaat voeren. Een goede gezondheidszorg wordt door deze respondent als zeer belangrijk gezien.

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

Vier respondenten uit deze groep vinden het heel legitiem, zelfs noodzakelijk, dat de kosten van de gezondheidszorg d.m.v. een beleid worden teruggedrongen. Er moet een bepaalde verhouding blijven tussen wat iets kost en wat je ervoor terugkrijgt. Wel moet er worden gezorgd dat bepaalde groepen in de samenleving niet de dupe worden. Zowel de hulpverlener als de cliënt moeten bewuster worden gemaakt, zodat zorgvuldiger met de hulpvraag en de hulpverlening zal worden omgegaan.

Twee respondenten staan ambivalent tegenover de overheersing van het kostenaspect. Zij zijn echter wel van mening dat de zorg enigszins in verhouding moet staan tot de kosten die daarvoor worden gemaakt.

Groep 3: landelijke beleidsmakers

In groep 3 vinden zeven personen het heel legitiem dat het overheidsbeleid gericht is op het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg. Drie respondenten vinden dat er in Nederland eens een fundamentele discussie gevoerd moet gaan worden over de hoogte van het percentage van ons nationaal inkomen wat we voor de gezondheidszorg willen gaan uitgeven.

- "In Nederland is jarenlang geld gepompt in de gezondheidszorg zonder enig beleid. Nu hebben we wel een goed beleid maar bezuinigen blijft moeilijk."
- "Vooral de somatische zorg is veel te ver ontwikkeld. Dat heeft absoluut geen zin meer. Wat kost dat allemaal niet."
- "We moeten naar een systeem van budgetfinanciëring. Er hoeven dan geen extra en onnodige behandelingen plaats te vinden. Iedereen werkt dan veertig uur en krijgt daarvoor een vaste vergoeding."

De laatste respondent is het er niet mee eens dat de overheid het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg als hoofdmotief voor haar beleid hanteert: "De kosten komen de laatste tijd wel om de hoek kijken. Maar neem nu de aggz, die heeft in 1982 een volumegroei van zes procent gehad en dit jaar vier procent. Dat krijgen ze nooit op."

In alle groepen is men het grotendeels eens met de legitimiteit van het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg. In het algemeen wordt gevonden dat bezuinigingen alleen dan kunnen plaatsvinden vanuit een achterliggende visie. In groep 1 en 3 zien een aantal respondenten een oplossing in budgetfinanciëring van de gezondheidszorg.

Onderwerp IV

De eventuele vorming van een Regionaal Instituut Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). Hoe staat men tegenover een dergelijke centralisering van bestuur? Hoe zou een RIGG moeten worden georganiseerd? Moet een RIGG naast een samenhang bevorderende en coördinerende taak ook nog een uitvoerende taak krijgen?

Groep 1: directe hulpverleners

Vier respondenten uit deze groep zijn zonder meer voor de komst van het RIGG. Wel stelt één dat eerst de samenwerking tussen de RIAGG en de eerstelijns tot stand moet komen. Binnen het RIGG zal de RIAGG geneigd zijn zich naar de tweede lijn te richten. Drie van deze vier respondenten vinden dat de RIGG ook uitvoerende taken dient te krijgen, waarbij ze in ieder geval de 7x24 uren bereikbaarheid willen rekenen. Eén wil zelfs zover gaan dat alle hulpverleners ook in dienst moeten komen van het RIGG. De overigen vinden dat er een zekere mate van autonomie moet blijven bij de verschillende ggz-sectoren.

Van de respondenten die niet voor een RIGG zijn, zijn drie personen die niet goed kunnen overzien wat het RIGG moet gaan inhouden. Eén respondent is voorstander van een ROGG (regionaal overleg geestelijke gezondheidszorg).

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

In deze groep zijn drie personen voorstander van het RIGG, waarvan er twee vinden dat het RIGG ook uitvoerende taken dient te krijgen. Beiden

noemen de 7x24 uur bereikbaarheid als zekere taak. De derde is van mening dat de RIGG alleen de samenhang en de coördinatie van de ggz voor zijn rekening moet nemen.

Van de overigen is één überhaupt een tegenstander van grote organisatiestructuren. De laatste respondent is meer voor een vrijblijvende ROGG. De tweede respondent is bevreesd dat binnen het RIGG het lokale belang ondergeschikt zal raken aan het regionale .

Groep 3: landelijke beleidsmakers

Zeven respondenten zijn een voorstander van een RIGG waarvan vier ook vinden dat het RIGG uitvoerende taken moet krijgen. Eén stelt dat het RIGG zonder uitvoerende taken een zinloze organisatie is. De taken die door de verschillende respondenten worden genoemd zijn naast de 7x24 uur bereikbaarheid de intake en de psychotherapie. De argumenten die voor de voorstanders van een RIGG met uitvoerende taken worden aangedragen zijn:

- hierdoor kan een autonome ontwikkeling van de extra- en intramurale ggz gestopt worden
- het verkrijgen van een continue zorg
- binnen het RIGG kunnen verschillende zorgcircuits ontstaan (b.v. een jongerencircuit). Elk circuit krijgt dan zijn eigen extra- en intramurale voorzieningen, die dan sterk op elkaar aansluiten.

De andere drie RIGG-voorstanders willen het RIGG alleen een coördinerende en samenhang-bevorderende taak geven. De verschillende samenstellende delen moeten dan wel een stukje van hun autonomie inleveren.

Eén respondent weet niet goed wat hij met de RIGG aan moet: "Je moet weten wat je gaat organiseren. Van bovenaf opgelegde organisatiestructuren werken niet, dan heb je binnen de kortste keren een chaos. Je moet van onderaf beginnen en langzaam zoeken naar de juiste weg."

Bij dit onderwerp is het opvallend dat met name zich in de laatste groep veel RIGG-voorstanders bevinden. In groep 1 ontbreekt het aan kennis en inzicht omtrent het RIGG. De tegenstanders van het RIGG in groep 2 zijn vooral bevreesd voor een logge en bureaucratische organisatiestructuur die het RIGG in hun ogen kan worden. Wanneer het RIGG uitvoerende taken zou krijgen, moet hierbij vooral aan de 7x24 uur bereikbaarheid worden gedacht.

Onderwerp V

De decentralisering van taken binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Vooruitlopend op de vorming van RIGG's zijn in Nederland 33 regio's geformeerd. Per 1 januari 1983 is elke regio verplicht een Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) te hebben opgericht. In de RIAGG's is het overgrote deel van de ambulante geestelijke gezondheidszorg-(aggz)-voorzieningen, die binnen die regio werkten, samengebundeld.

Het onderwerp spitste zich toe in hoeverre een RIAGG in Almere gedecentraliseerd en kleinschalig kan worden gerealiseerd, terwijl toech een zo'n optimale hulp kan worden verleend.

Groep 1: directe hulpverleners

Vijf respondenten waren van mening dat in Almere de RIAGG gedecentrali-

ceerd zou moeten worden opgezet. Alle vijf kwamen met een opzet die er globaal als volgt uitziet:

Een centraal punt waar de RIAGG haar specialistische taken (b.v. psychotherapie) zou kunnen uitvoeren. Deze specialistische teams werken ondersteunend voor de basisunits die elk veel algemener van aard zijn en een werkgebied hebben van drie à vier gezondheidscentra. In deze gezondheidscentra kunnen ze d.m.v. het geven van vaste spreekuren een goed contact met de buurt en de hometeams opbouwen.

Eén respondent vindt dat het RIAGG in Almere gemakkelijk vanuit één centraal punt opgezet kan worden, zeker wanneer dit punt goed bereikbaar is. De RIAGG-hulpverlening is te specialistisch om zich te decentraliseren. De twee overige respondenten hebben over dit onderwerp geen uitgesproken mening.

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

Twee personen uit deze groep volgden globaal dezelfde redenering als het grootste deel van groep 1 - gespecialiseerde functies centraal, de basisfuncties decentraal over de wijken.

Drie respondenten vinden de RIAGG's op zichzelf al te specialistisch om te decentraliseren. Decentraliseren zou leiden tot een verlies van kwaliteit van de zorg. Zij zien de RIAGG het liefst vanuit één goed geoutilleerd centrum opereren. Hierdoor blijft de RIAGG-hulpverlening een zekere drempel behouden, waardoor de hulpverlening zich kan toelagen op de meer serieuze gevallen.

Groep 3: landelijk beleidsmakers

Vijf respondenten vinden dat de RIAGG over de wijken gedecentraliseerd kan werken. De grootte van het zorggebied moet minimaal tussen de 30.000 en 50.000 inwoners liggen. Bij een verdere decentralisatie bestaat de kans dat teveel van lokale figuren af gaat hangen, die allemaal hun eigen methoden van hulp gaan ontwikkelen.

Er moet vanuit een team met een zekere omvang worden gewerkt.

Twee respondenten vinden dat er alleen maar met een gedecentraliseerde allround team moet worden gewerkt, waarbinnen eventueel een onderscheid in leeftijdscategorieën wordt gemaakt. Verdere specialisaties binnen het RIAGG vinden zij niet noodzakelijk. Een van deze twee is een groot voorstander van een algemene opleiding van RIAGG-medewerkers.

Drie respondenten zijn van mening dat het moeilijk is te bepalen welk werksoort op welke schaal moet worden georganiseerd. Er moet worden voorkomen dat binnen het RIAGG te veel doorverwijzingen plaatsvinden.

Vooral in groep 1 wordt vrij gemakkelijk gedacht over het decentraliseren van de RIAGG-hulpverlening. Groep 2 is daar veel gereserveerder over. De neiging in deze groep is meer de RIAGG als specialisme op zich te beschouwen. Wanneer je een dergelijk specialisme gaat decentraliseren loop je de kans dat dit specialisme in gevaar komt. Patiënten die juist de RIAGG-hulpverlening het hardst nodig hebben kunnen daarvan de dupe worden. In groep 1 en 3 vindt het idee aanhang om, zoals dat in Maastricht is georganiseerd, te werken met veldteams, die een verzorgingsgebied hebben van 30.000 tot 50.000 inwoners. Deze veldteams zijn allround van opzet en worden ondersteund door specialistische teams.

Onderwerp VI

De integratie van de RIAGG/RIGG en de eerstelijns gezondheidszorg. Moet de RIAGG/RIGG in de toekomst ook duidelijk eerstelijns taken krijgen en zonder doorverwijzing toegankelijk worden? Zou de RIAGG-hulpverlening binnen een gezondheidscentrum, zoals deze in Almere werkzaam zijn, kunnen functioneren? In hoeverre is een integratie tussen RIAGG/RIGG en eerstelijns "Überhaupt wenselijk?"

Groep 1: directe hulpverleners

Twee respondenten uit deze groep zijn van mening dat de RIAGG ook een eerstelijns taak moet krijgen en als zodanig moet worden opgenomen in de gezondheidscentra. Eén van deze twee respondenten vindt het noodzakelijk dat een psycholoog aan de hometeams wordt toegevoegd. Deze zou dan verantwoording moeten dragen voor de geestelijke gezondheidszorg in de betreffende wijk. De psycholoog zou de functie hebben overeenkomstig met die van een fysiotherapeut in de centra. De andere gebruikte als argument dat de helft van de klachten die een huisarts behandelt van psychische aard zijn, terwijl de kennis van een huisarts zich richt op somatische klachten.

De overige zes respondenten zijn wel voor een betere integratie tussen de RIAGG en de eerstelijns. Deze zou b.v. tot stand kunnen komen door het houden van spreekuren door RIAGG-medewerkers in de gezondheidscentra. Argumenten die werden gebruikt tegen het uitvoeren van eerstelijns taken door het RIAGG waren o.a.:

- RIAGG in de eerstelijns werkt stigmatiserend
- eerstelijns hulp zou daardoor "verpsychologiseren"
- RIAGG-hulpverlening zou te snel dichtslippen doordat hun aandacht te veel gericht zou zijn op de "lichte" gevallen, die gemakkelijk door het maatschappelijk werk of de huisarts geholpen zouden kunnen worden.

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

Deze groep telt één voorstander om de RIAGG in de eerstelijns op te nemen. De toegankelijkheid van de RIAGG-hulpverlening zou daardoor gemakkelijker worden, waardoor het stigmatiserende effect juist zou verminderen.

Vijf respondenten waren geen voorstander om de RIAGG ook eerstelijns-taken te geven. Hierdoor zouden de taken van de huisarts en het maatschappelijk werk worden uitgehold. Voorts zou een gezondheidscentrum een te klein draagvlak hebben om RIAGG-hulpverlening in haar pakket op te nemen.

Twee respondenten wilden dat de RIAGG door middel van het houden van spreekuren in gezondheidscentra een betere integratie van beide tot stand zou brengen.

Groep 3: landelijke beleidsmakers

De helft van deze groep was voorstander om de RIAGG binnen de eerstelijns en als vast onderdeel van het gezondheidscentrum op te nemen. Hierdoor zou de hulpverlening van de RIAGG de kans krijgen out-reaching te kunnen gaan werken. De RIAGG-hulpverleners in de centra moeten

dan wel allround zijn en zich naast een consulterende taak, ook met kortdurende therapieën en preventie moeten bezighouden.

De vier tegenstanders vonden, dat wanneer de RIAGG ook eerstelijns-taken zou krijgen:

- ~ de toegang tot de RIAGG te laagdrempelig zou worden;
- ~ de eerstelijnsproblematiek zou verpsychologiseren;
- ~ de eerstelijns zou worden uitgehold.

Wel waren alle vier voorstander van het houden van spreekuren.

Eén respondent wees op het feit dat voorlopig niet al te veel veranderingen binnen het RIAGG te verwachten zijn. De RIAGG is nog bezig zich te organiseren.

De RIAGG eerstelijns-taken te laten uitvoeren en op te nemen in gezondheidscentra vinden het overgrote deel van groep 1 en 2 niet wenselijk. Groep 3 staat daar iets positiever tegenover. Het geven van spreekuren door de RIAGG in de centra wordt door de meeste respondenten wel wenselijk geacht.

Onderwerp VII

De toekomst van de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). Met name werd toegespijst op de functie die een PAAZ zou kunnen hebben een geestelijk gezondheidszorg-systeem.

Groep 1: directe hulpverleners

De toekomst van de PAAZ wordt door zes respondenten als zeer positief gezien. Vooral de lage drempel, de weinig stigmatiserende werking en het verband met de somatische klachten worden als goede argumenten gezien voor de vestiging van een PAAZ in Almere. De PAAZ zou zich expliciet moeten gaan bezighouden met crisisopvang en crisisinterventie, de 7x24 uur bereikbaarheid, kortdurende behandelingen en dagbehandeling. Drie respondenten hiervan waren van mening dat de PAAZ een veel centralere functie binnen de ggz moet krijgen. Zij zouden het liefst zien dat alle opnamen van niet-chronische patiënten bij het PAAZ zouden plaatsvinden. In hun mening is de PAAZ dan geschikt om algemene intake, patiëntscreening en observering te verrichten. De polikliniek van de PAAZ zou gezamenlijk met de RIAGG moeten worden opgezet. Ook de beschutte woonvormen zouden aan de PAAZ kunnen worden gekoppeld.

De twee overige respondenten hadden gaan uitgesproken toekomstbeeld omtrent de PAAZ.

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

Vier personen vinden dat de PAAZ in Almere goed zou kunnen functioneren, waarbij zij dezelfde argumenten aandragen als in groep 1.

Twee respondenten zouden de PAAZ een meer centrale functie binnen de ggz willen geven, waarvan er één door middel van verschillende buitenpoliklinieken de PAAZ naar de wijken toe wil uitbouwen.

Eén respondent vindt dat de PAAZ in Almere geen toekomst heeft. Deze ziet meer heil in een sterk gedecentraliseerde APZ, die goede contacten moet hebben met het algemene ziekenhuis, maar daar bestuurlijk helemaal los van moet staan.

Groep 3: landelijke beleidsmakers

Een goede toekomstverwachting voor de PAAZ hebben zes respondenten. Tevens zouden zij de PAAZ een meer centrale functie binnen de ggz willen geven.

Enkele kanttekeningen die hierbij werden gemaakt:

- een PAAZ mag APZ nooit in zijn geheel vervangen; hierdoor zou de positie van de ggz in gevaar komen;
- bij een centrale functie van de PAAZ moet je oppassen voor een medicalisering van de patiënten;
- tachtig procent van de patiënten uit de intramurale ggz zou door een PAAZ kunnen worden behandeld;
- de PAAZ moet dan wel een opnameverplichting krijgen.

Eén respondent ziet grote bestuurlijke en organisatorische problemen wanneer de PAAZ een meer centrale positie in de ggz verwerft.

De laatste respondent is van mening dat de PAAZ zich moet richten op het ziekenhuis waarvan het onderdeel uitmaakt.

De PAAZ lijkt in de visie van de meeste respondenten een goede toekomst tegemoet te gaan. Ook wat betreft een eventuele vestiging van een PAAZ in Almere. De PAAZ is volgens een aantal van de respondenten goed geschikt om een meer centralere positie in het ggz-veld in te nemen dan tot op heden het geval was.

Onderwerp VIII

Beschutte woonvormen. In hoeverre zijn ze wenselijk en hoe zouden ze kunnen worden georganiseerd?

Groep 1: directe hulpverleners

Unaniem is de groep van mening dat het aantal beschutte woonvormen in Nederland moet worden uitgebreid en dat het beleid in Almere er op gericht moet zijn deze sector goed te ontwikkelen. Zeker wanneer dit zal leiden tot een vermindering van het aantal APZ-bedden, vinden vier respondenten. Zeer veel patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis horen in feite thuis in een dergelijke woonvorm. Andere voordelen die genoemd worden:

- De eerstelijns zal, wanneer dergelijke huizen in de wijken komen, veel meer betrokken raken bij hulpverlening van de bewoners.
- Hierdoor zal zowel de mantelzorg als de zelfzorg worden gestimuleerd.
- Beschutte woonvormen zullen goed ingepast kunnen worden in de circuitbenadering.

Twee respondenten stellen als voorwaarde dat beschutte woonvormen alleen dan kunnen worden gerealiseerd wanneer er mogelijkheden voor dagbehandeling aanwezig zijn.

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

Ook deze groep is in zijn geheel voorstander van een zo groot mogelijke toepassing van de beschermde woonvormen in Almere.

Twee respondenten vinden dat deze dan moeten worden gekoppeld aan een APZ. Een ander vindt dat deze juist geheel los moeten komen te staan.

Als belangrijkste voordelen worden genoemd de lage kosten, zeker in vergelijking tot de kosten van een APZ-bed.

Ook het positief effect wat dergelijke woningen zullen hebben op de overige bewoners van de wijk wordt als zeer positief ervaren.

Groep 3: landelijke beleidsmakers

Ook alle respondenten van deze groep zijn sterk voor het gebruik van beschutte woonvormen. Vier respondenten zijn van mening dat de organisatie van beschutte woonvormen in een gebied onder de verantwoording van één stichting of instelling moet staan, die hiervoor in het leven wordt geroepen. Eén stelt voor om zo snel mogelijk te komen tot de oprichting van een Regionaal Instituut voor Beschermd Woonvormen (RIBW). Voordelen die voor een onafhankelijke instelling of stichting worden genoemd zijn:

- er ontstaat een aanspreekbare rechtspersoon;
- een overkoepelende instelling kan personeel gemakkelijk uitwisselen, waardoor een beschutte woning niet afhankelijk wordt van één of twee hulpverleners;
- patiënten kunnen gemakkelijker geplaatst worden in een voor hen geschikte woning;
- ook de aggz kan dan veel gemakkelijker patiënten plaatsen, waardoor eventuele opnamen kunnen worden voorkomen;
- eventuele dagbehandeling moet niet door die instelling worden verzorgd, anders ontstaat er een ongewenste functievermenging.

Ten aanzien van beschutte woonvormen en de eventuele toepassing daarvan in Almere wordt door alle groepen zeer positief gereageerd. Voorwaarde moet wel zijn, vinden enkelen, dat dit in combinatie met *dagbehandelingsmogelijkheden* gebeurt. In groep 3 ligt de aandacht bij een deel van de respondenten op de organisatie van beschutte woonvormen. Alle beschutte woonvormen zouden onder een overkoepelende en onafhankelijke organisatie moeten vallen, die een regionaal werkgebied heeft.

Onderwerp IX

De ideale vorm van de geestelijke gezondheidszorg. Hoe zagen de respondenten deze voor een stad als Almere wanneer zijn 180.000 inwoners heeft? Met dit onderwerp werd gelegenheid gegeven de eerder geuite kritiek, meningen en visies nogmaals te geven en samen te vatten in een voor hem ideaal beeld van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), waarbij werd uitgegaan van een blanco situatie.

(Kort zal van elke respondent een karakteristiek van de reactie worden gegeven.)

Groep 1: directe hulpverleners

- De ggz moet gericht zijn op de eerstelijns. Eventueel in later stadium kijken of er een klinische capaciteit nodig is.
- De ggz moet kleinschalig worden opgebouwd. Beginnend met een goede ambulante zorg, crisiscentra en andere tussenvoorzieningen. In de jaren negentig kijken of een APZ nodig is.

- We moeten de mensen weer leren zichzelf en anderen te helpen. Daar moet de ggz zich op richten.
- De ggz moet zich op de eerstelijnsgezondheidszorg richten, waarbij de preventieve en ondersteunende taken goed moeten worden ontwikkeld. Pas veel later klinische capaciteit.
- Een ggz, die zich richt op het voorkomen van opnamen.
- Een beter evenwicht in de hulpverlening tussen RIAGG en eerstelijns, die in overeenstemming is met de behoefte.
- De ggz zou in circuits moeten gaan opereren, waar alle gelijkgerichte voorzieningen bij elkaar worden gevoegd.
- Een ggz, die zich concentreert op de eerstelijns en doorstroming naar de hogere echelons zoveel mogelijk beperkt.

Groep 2: lokale politieke partijen en d.a.c.-lid

- Een ggz, die voorkomt dat je iemand opbergt.
- De hulpverlening zo individueel en de organisatie zo centraal mogelijk.
- Een ggz, die flexibel en zo pluriform mogelijk is.
- Beter iets te weinig ggz-voorzieningen dan te veel. Je moet probleemgericht bezig zijn, niet probleemzoekend.
- Een gedecentraliseerde ggz, die wijkgebonden en kleinschalig is opgezet.
- Een ggz, die breed en decentraal is opgebouwd, waarbij alle mogelijkheden voor andere ontwikkelingen opengehouden moeten worden; flexibel.

Groep 3: landelijke beleidsmakers

- Een vanuit de wijk opgebouwde ggz. Per wijk een klein team met een vaste intaker en eventueel twee à drie klinische bedden voor acute en kortdurende hulp. Specialistische functies op stadsniveau.
- Binnen de eerstelijns een gereed ggz-aanbod. Een post waar direct hulp kan worden verleend.
- Ambulante ggz binnen de eerstelijns halen en goede afspraken maken wie voor wat verantwoordelijk is.
- Een sterk gedecentraliseerde ggz, die bestuurd wordt vanuit een RIGG. Een APZ nooit in één gebouw, maar in vijf à zes kleinere, die elk een eigen functie hebben (behandelingen, eten, sporten etc.).
- Aggz in samenhang opbouwen met eerstelijns en andere socioculturele voorzieningen. Dit in combinatie met een goed uitgebouwde semimurale ggz. Pas later bepalen hoeveel klinische capaciteit nodig is, die dan bij voorkeur door een PAAZ moet worden verzorgd.
- Als experiment in Almere een ggz zonder APZ. Opbouwen vanaf de basis met een sterke extra- en semimurale sector. Dan kun je gaan vergelijken wat voor een effect dat op het aantal opnamen heeft.
- Een RIGG, die drie poten heeft te weten RIAGG, RIBW en APZ (en eventueel een PAAZ). RIAGG decentraal opbouwen met drie à vier vestigingen. APZ niet te snel realiseren, maar zeker niet te laat.
- Sterke uitbouw ambulante zorg, die georganiseerd is in veldteams, bestaand uit breed opgeleide ggz-hulpverleners. Minimale werkgebied moet ten minste 30.000 inwoners tellen.

Wat vinden de respondenten in de groepen de belangrijkste elementen die in hun ogen bijdragen tot een ideaal ggz-systeem?

In groep 1 wordt meerdere malen de gerichtheid op de eerstelijnsgezondheidszorg naar voren gehaald. Hiermee doelt men op een ggz die een goede samenhang en ondersteuning kan verlenen aan de eerstelijns. De realisering van een APZ in Almere moet niet te snel gebeuren, hierdoor kan de richting van ontwikkeling van de intra- en extramurale ggz negatief worden beïnvloed.

In groep 2 is men in het algemeen iets bezorgder over de kwaliteit van de zorg. Er mogen geen hulpvragenden tussen de wal en het schip vallen, de ggz moet daarom flexibel en pluriform zijn.

In groep 3 is de aandacht weer gericht op de organisatie van de ggz. Deze zou vanaf de basis moeten worden opgebouwd. Beginnend bij de ambulante zorg en eindigend bij een APZ, waarbij de samenhang van de voorzieningen optimaal moet zijn. De richting van de zorg moet extramuraal zijn.

In alle groepen spelen begrippen als decentraliseren en kleinschaligheid een belangrijke rol. Men doelt hier vooral op de hulpverlening. De organisatie daarentegen moet zo centraal mogelijk zijn.

5.4. Conclusies

DE REACTIES DIE DOOR DE VERSCHILLENDE RESPONDENTEN OP DE ONDERWERPEN GEGEVEN ZIJN, ZIJN VAAK MOEILIK VERGELIJKBAAR OMDAT ELKE CORRESPONDENT VANUIT ZIJN EIGEN REFERENTIEKADER EN OPTIEK SPRAK.

OOK DE VERSCHILLEN IN KENNISNIVEAU OMTRENT BEPAALDE ONDERWERPEN OF DELEN DAARVAN, SPELEN HIERBIJ EEN ROL.

HET EEN EN ANDER KWAM OOK TOT UITING IN DE REACTIES VAN DE GROEPEN.

DE EERSTE GROEP, WAARIN DE HULPVERLENERS EN DE NAUW-BETROKKENEN BIJ DE UITVOERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG WAREN VERTEGENWOORDIGD, SPRAKEN VAAK VANUIT EEN EMOTIONELE BINDING MET DE GEZONDHEIDSZORG. DE BELEIDSMAKERS EN DE VERTEGENWOORDIGERS VAN DE BELANGHEBBENDEN IN GROEP 2 WERDEN NIET ALTIJD GEHINDERD IN HUN REACTIES DOOR EERDER OPGEDANE ERVARINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG. DE WIL OM IN ALMERE EEN GOEDE EN VOLWAARDIGE GEZONDHEIDSZORG TE KRIJGEN WAS VAAK EEN BELANGRIJKE DRIJFVEER.

DE MEER INDIRECT BETROKKENEN BIJ DE GGZ IN GROEP 3 REAGEERDEN MEESTAL WEL VANUIT EEN BEPAALDE ERVARING MET DE GGZ. ZIJ HADDEN ECHTER WEER GEEN BINDING OF ERVARINGEN MET HET OPZETTEN EN UITVOEREN VAN EEN GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM IN EEN NIEUW GEBIED.

DESONDANKS KUNNEN WE TOCH EEN AANTAL TENDENSEN IN DE MENINGEN, IDEEN EN DE RICHTING WAARIN DE GGZ ZICH IN ALMERE ZOU MOETEN ONTWIKKELEN, WAARNEMEN. DEZE TENDENSEN MOETEN GEZIEN HET EXPLORATIEVE KARAKTER VAN DE OPZET EN DE DAARMEE SAMENHANGENDE INTERPRETATIE EN VERWERKING VAN DE GEGEVENS, MET DE NODIGE VOORZICHTIGHEID WORDEN GEHANTEERD.

- DE GGZ IN ALMERE MOET EEN SAMENHANGEND EN OP ELKAAR AFGESTEMD KARAKTER KRIJGEN.
- ER IS EEN EXTRAMURALISATIETENDENS.
- DE AFWEGING EN DE BEREKENING VAN DE KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG WORDEN ZEER LEGITIEM GEACHT. EEN BUDGETFINANCIERING ZOU EEN BELANGRIJKE BIJDRAGE KUNNEN LEVEREN VOOR HET OPLOSSEN VAN DE FINANCIËLE PROBLEMEN.
- DE VORMING VAN EEN RIGG ZAL MET DE NODIGE VOORZICHTIGHEID MOETEN GESCHIEDEN. HET RIGG ZAL IN IEDER GEVAL EEN SAMENHANGBEVORDERENDE EN COORDINERENDE TAAK DIENEN TE KRIJGEN.

- HET RIGG ZAL TIJDIG MOETEN WORDEN GEREALISEERD, ZODAT DE GROEI VAN HET INSTITUUT GELIJKE TRED KAN WORDEN GEHOUDEN MET DE TOENAME VAN DE BEVOLKING EN DE DAARMEE SAMENHANGENDE VERDERE UITBOUW VAN DE GGZ-VOORZIENINGEN. BIJ EEN DERGELIJKE GELEIDELIJKE OPBOUW VAN HET RIGG ZIJN DE MOGELIJKHEDEN AANWEZIG DEZE ONTWIKKELING ZODANIG TE STUREN EN RICHTING TE GEVEN, DAT DE WERKING ERVAN FLEXIBEL EN ACCURAAT ZAL ZIJN.
- DE AGGZ MOET STERK WORDEN UITGEBOUWD, WAARBIJ BIJZONDERE AANDACHT MOET WORDEN BESTEED AAN DE SAMENHANG MET EN DE ONDERSTEUNING VAN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG.
 - HET IS WENSELIJK DE RIAAG TE ORGANISEREN OP BASIS VAN GEDECENTRALISEERDE, ALLROUND HULPVERLENINGSTEAMS. DEZE TEAMS MOETEN EEN VERZORGINGSGEBIED HEBBEN VAN MINIMAAL 30.000 INWONERS. DOOR MIDDEL VAN HET HOUDEN VAN SPREKUREN OP VASTE TIJDEN IN DE GEZONDHEIDSCENTRA KAN EEN GOED CONTACT MET DE EERSTELIJN WORDEN BEWERKSTELLIGD. DE VELDTEAMS WORDEN ONDERSTEUND DOOR CENTRAAL GEORGANISEERDE, SPECIALISTISCHE TEAMS.
 - EEN STERKE ONTWIKKELING VAN HET AANTAL BESCHUTTE WOONVORMEN, WAARBIJ DE DIRECTE SAMENHANG MET DE AGGZ ALS EEN BELANGRIJK FACET WORDT GEZIEN.
 - AAN DE GGZ-HULPVERLENING VIA EEN PAAZ WORDEN IN HET ALGEMEEN VEEL VOORDELEN AAN TOEGEKEND; MET NAME DE MINDER STIGMATISERENDE WERKING, DE CRISISINTERVENTIE, DE KORTDURENDE BEHANDELINGEN EN DE 7X24 BEREIKBAARHEID DRAGEN HIERTOE BIJ. DE TENDENS IS AANWEZIG DE PAAZ EEN MEER CENTRALE FUNCTIE BINNEN DE GGZ-HULPVERLENING TE LATEN INNEMEN.
 - EEN TE SNELLE KOMST VAN EEN APZ IN ALMERE KAN VAN NEGATIEVE INVLOED ZIJN OP DE SAMENHANG TUSSEN DE RIAAG EN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG EN DE ALGEMENE RICHTING, WAARIN DE GGZ ZICH IN ALMERE ZOU MOETEN ONTWIKKELLEN.

6. Een model voor de geestelijke gezondheidszorg in Almere

In dit hoofdstuk zal een voorstel worden gedaan voor een model voor de geestelijke gezondheidszorg in Almere. Eerst zal een korte omschrijving worden gegeven van de belangrijkste randvoorwaarden. Voorts zal worden aangegeven welke concrete geestelijke gezondheidsvoorzieningen er in de periode 1983-1990 in Almere gerealiseerd moeten worden. Na een samenvatting en aanbevelingen omtrent de planning ervan, zullen de geschetste lijnen tot 1990 doorgetrokken worden naar een model voor de langere termijn. Bij de beschrijving van dit "ideale" model voor de ggz, zal er van uitgegaan worden, dat Almere zich in de toekomst zal ontwikkelen tot een stad van formaat.

6.1. De randvoorwaarden

Voor de ontwikkeling van een model voor de ggz zullen naast de doelstellingen zoals deze in de Doelstellingennota van het openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders zijn geformuleerd, de hoofddoelstelling van het Projectplan Gezondheidszorg Almere, alsmede de conclusies, die zijn voortgevloeid uit de interviewreeks, het grootste gedeelte van de randvoorwaarden bepalen. Het overige deel van de randvoorwaarden zullen mede worden bepaald door de planningsvoorschriften voor ggz-voorzieningen, welke in de WVG en de WZV omschreven zijn. De doelstellingen uit de Doelstellingennota zijn in hoofdstuk 4 reeds uitvoerig belicht. De belangrijkste waren:

1. - het leggen van het accent op de extramurale zorg;
 - het bevorderen van de verschuiving van klinische zorg naar poliklinische zorg en ambulante zorg;
 - een zorg die zowel psychologisch, geografisch als financieel goed bereikbaar is;
 - het bevorderen van de beheersbaarheid en de bestuurbaarheid van de zorg.
2. De doelstelling uit het Projectplan (zie hoofdstuk 4) blijft voorlopig beperkt tot één hoofddoelstelling: - het tot stand brengen en in stand houden van een in bestuurlijk, structureel en in functioneel opzicht samenhangend geheel van voorzieningen, welke aan de bevolking een op haar behoefte afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit tegen acceptabele kosten.
3. De conclusies uit hoofdstuk 5, die niet in strijd zijn met deze doelstellingen, zullen zoveel mogelijk worden ingepast in het model.

6.2. De geestelijke gezondheidszorg in Almere tot 1990

Tot 1990 is de bevolkingsontwikkeling van Almere vrij nauwkeurig te voorspellen (zie paragraaf 3.4.), omdat de beslissingen die hieraan ten grondslag liggen reeds genomen zijn. In 1990 zal de bevolkingsomvang volgens de prognose 79.500 zijn (zie tabel 6.1.). Daarvan zullen er 22.000 in Almere-Haven, 41.500 in Almere-Stad en 16.000 in Almere-Buiten wonen.

Tabel 6.1. Bevolkingsprognose voor Almere-Haven, Almere-Stad en Almere-Buiten voor 1983, 1985 en 1989.

| | 31-12 | 1983 | 1985 | 1989 |
|---------------|-------|--------|--------|--------|
| Almere-Haven | | 19.600 | 21.700 | 22.000 |
| Almere-Stad | | 12.800 | 20.900 | 41.500 |
| Almere-Buiten | | -- | 3.600 | 16.000 |
| Almere-totaal | | 32.400 | 46.200 | 79.500 |

Bron: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders.

WELKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN KUNNEN ER TOT 1990 IN ALMERE WORDEN GEREALISEERD, BINNEN DE RICHTLIJNEN VAN MET NAME DE WZV EN DE REEDS GEGEVEN RANDVOORWAARDEN.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg

Voor de vorming van een Almeerse RIAGG is zeker tot 1990 nog onvoldoende draagvlak aanwezig. Het minimale inwonertal voor een RIAGG is 150.000. De RIAGG-hulpverlening in Almere zal dus voorlopig worden verzorgd door de RIAGG-Flevoland.

Met het oog op het feit dat in Flevoland de bevolkingsconcentraties zich hoofdzakelijk in twee kernen bevindt, de afstand tussen deze kernen aanzienlijk is en dat de overige delen van het verzorgingsgebied dunbevolkt en uitgestrekt zijn, leent de RIAGG-Flevoland zich er goed voor om zich te reorganiseren in een veldteam-specialistisch team-systeem. Een dergelijke reorganisatie zou de relaties tussen de plaatsgebonden veldteams en de daar werkzame overige gezondheidszorg-hulpverleners, met name uit de eerstelijns sterk kunnen verbeteren.

De veldteams hebben ook de mogelijkheid beter te kunnen inspelen op de specifieke problemen in hun verzorgingsgebied, waardoor de zo belangrijke preventieve functie zich duidelijk kan richten op deze problematiek. De psychosociale problematiek in de polder verschilt immers tussen het landelijke gebied en het stedelijke gebied van Almere. De aanpak hiervan moet daarom ook geheel verschillend zijn.

Almere zou in 1983 al voldoende draagvlak hebben voor de vestiging van één veldteam. Uitgaande van de door de AWBZ gehanteerde vuistregel-normering (een officiële richtlijn bestaat nog niet) van 967 RIAGG-arbeidsuren per week per 100.000 inwoners, kan Almere dit jaar nog een veldteam formeren bestaande uit 5 à 6 hulpverleners op basis van een 40-urige werkweek. Dan blijft er nog 1,5 à 2,5 formatieplaats over, die kan worden gebruikt voor de specialistische teams, die regionaal blijven opereren en waarbij het starten met een psychotherapeutisch team de voorkeur geniet. De specialistische teams kunnen op vaste tijden bij de veldteams behandelingen uitvoeren, zodat de patiënten/cliënten niet naar de specialistische teams voor een behandeling hoeven. Dit zal een betere geografische bereikbaarheid tot gevolg hebben. Een drempelverlagende werking wordt ook sterk bevorderd.

Het eerste veldteam in Almere zou in Almere-Haven kunnen worden gevestigd. Dit veldteam zal als werkgebied hebben Almere-Haven, Almere-Stad en eind 1984 ook Almere-Buiten. Aan het einde van 1985 kan dit team zich splitsen in twee teams, waarbij één team Almere-Haven als verzorgingsgebied

krijgt en het andere Stad en Buiten (zie schema 6.1.). Almere-Haven is weliswaar met ruim 21.000 inwoners kleiner dan de reeds eerder gestelde 30.000, maar omdat Haven een goed afgeronde en van de andere kernen gescheiden kern is, wegen de voordelen voor een eigen team voor Almere-Haven op tegen de nadelen ervan.

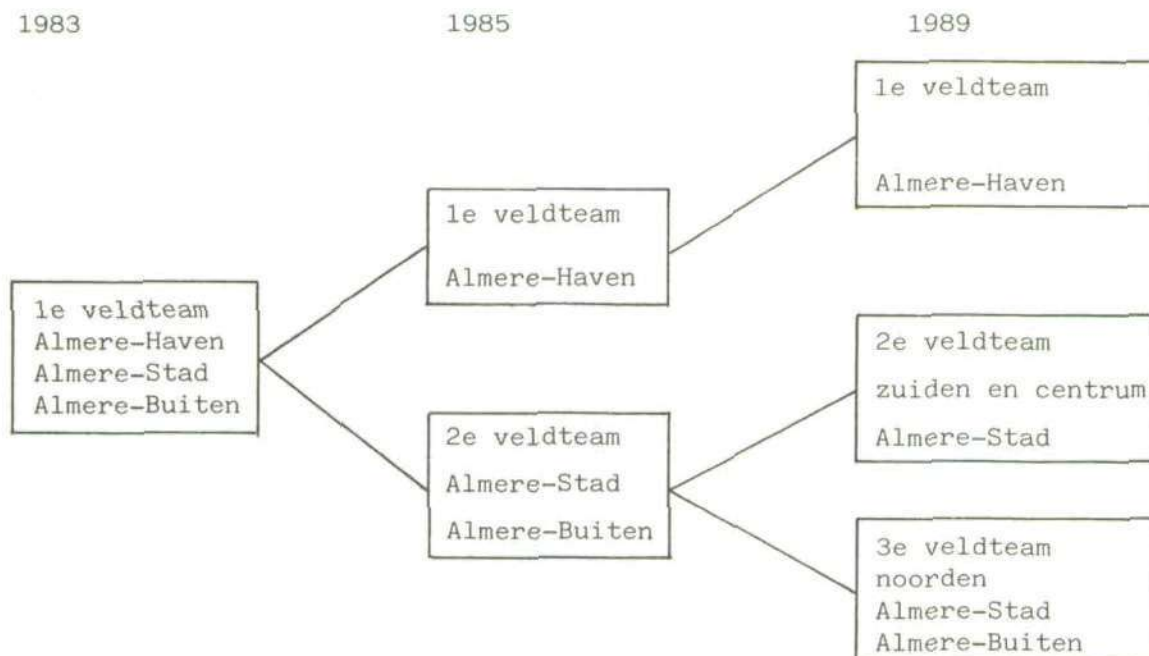
In 1989 zal het tweede team opsplitsen in twee afzonderlijke veldteams. Eén voor het zuiden en centrum van Almere-Stad en één voor het noorden van Almere-Stad en Almere-Buiten. Deze planning garandeert dat bij een snelle bevolkingstoename, geen ernstige hiaten ontstaan.

De werkgebieden van de veldteams dienen overeen te komen met de werkgebieden van 3 à 4 gezondheidscentra. Voor het eerste veldteam zouden dit in eerste instantie 6 centra zijn. Na afsplitsing in 1984 worden dit voor het veldteam voor Almere-Haven 3 gezondheidscentra.

De taken van de veldteams zullen vooralsnog afhangen van de taken die door de specialistische teams verzorgd zullen gaan worden. Wat in ieder geval wel tot hun taken gaat behoren zijn: preventie, intake, onderzoek en eerste diagnostiek, kortdurende behandelingen, ondersteunende en consulterende taken naar de eerstelijns e.d. (zie groslijst kerntaken AGGZ, bijlage 1). Met name een goede relatie, ondersteuning en samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg, wordt als zeer belangrijk gezien (Doelstellingennota en interviews).

De toepassing van het veldteam-specialistenteam-systeem heeft deze mogelijkheden in zich, zeker wanneer de veldteams op vaste tijden spreekuren gaan houden in de gezondheidscentra die binnen hun werkgebied liggen. Naast een drempelverlagend effect en een betere toegankelijkheid, heeft dit ook een positieve werking op de persoonlijke contacten tussen de RIAGG-hulpverleners en de medewerkers uit de gezondheidscentra. Door regelmatig in de centra aanwezig te zijn, zal ook de signalerende taak t.b.v. de preventieve activiteiten van de veldteams, sterk kunnen worden verbeterd.

Schema 6.1. De ontwikkeling van veldteams in Almere naar tijd en naar werkgebied tot 1990



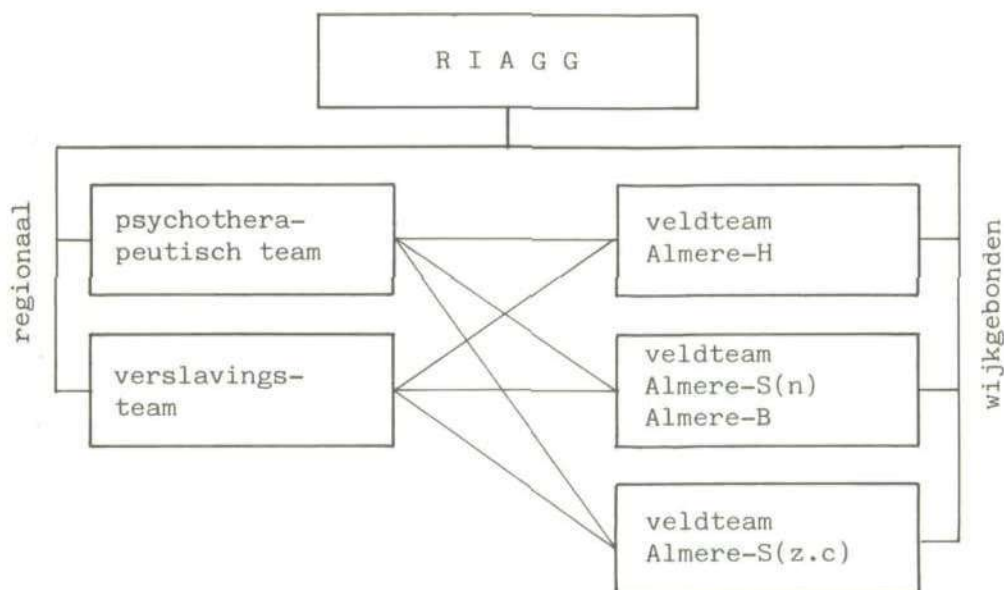
Voor het realiseren van een dergelijke opzet zal veel afhangen van de wil van de RIAGG-Flevoland om zich te reorganiseren in veldteams en specialistische teams. Argumenten voor reorganisatie zijn er in voldoende mate aanwezig. De belangrijkste zijn:

- de aanwezigheid van een uitgestrekte en dunbevolkte RIAGG-regio, waar de bevolking zich hoofdzakelijk in twee kernen concentreert, die op geruime afstand van elkaar zijn gesitueerd;
- de verschillen in psychosociale problematiek tussen de dichtbevolkte en dunbevolkte gedeelten van de regio zijn aanzienlijk en vereisen een totaal van elkaar verschillende aanpak;
- een bijzondere gezondheidszorg-opzet in Almere die wijkgebonden en naar de eerstelijns toe gericht is;
- een reële kans dat Almere in de toekomst uit zal groeien tot een stad, die voldoende draagvlak heeft voor de vorming van een eigen RIAGG;
- de wens om in Almere een goed op elkaar afgestemd en samenhangend ggz-systeem op te bouwen.

Het CAD kent thans alleen maar een samenwerkingsverband met de RIAGG, welke in de nabije toekomst wellicht wordt omgezet in een geheel opgaan van het CAD binnen het RIAGG. Om hierop vooruit te lopen kan aan het CAD worden voorgesteld voor Flevoland reeds te starten met een verslavings-team, welke gaat functioneren als één van de specialistische teams van het RIAGG.

In 1990 zal de RIAGG-Flevoland in Almere dus werken met 3 veldteams, één voor Almere-Haven, één voor het zuiden en centrum van Almere-Stad en één voor het noorden van Almere-Stad en Almere-Buiten (zie schema 6.2.). Voorts zullen ten minste twee specialistische teams kunnen functioneren, die regionaal georganiseerd zijn. Deze teams verlenen de veldteams ondersteuning en dragen zorg voor de behandelingen binnen hun specialisme. Naast een psychotherapeutisch team is het wenselijk een verslavingsteam te formeren, welke in eerste instantie door het CAD verzorgd kunnen worden.

Schema 6.2. Opbouw RIAGG in 1990, Almere



De semimurale geestelijke gezondheidszorg

De realisering van beschermde woonvormen in Almere wordt als zeer wenselijk beschouwd (zie conclusies hoofdstuk 5). Ook de extramuralisatietendens en het willen voorkomen van hospitalisatie-verschijnselen, wijzen in deze richting.

Wanneer we echter kijken naar de capaciteit van beschermde woonvormen in de gezondheidszorgregio 't Gooi-Flevoland (zie bijlage II), een regionale indeling waarmee de WZV werkt, dan blijkt er in 1980 sprake van een overcapaciteit van vijf plaatsen te zijn (De Haan, 1982).

De door de WZV gehanteerde richtlijnen voor het aantal plaatsen per 1000 inwoners voor beschermde woonvormen zijn voor het psychiatrisch hostel 0,05 ‰ en voor pensiontehuizen en hun dependances 0,2 ‰. Het hostel moet volgens de richtlijnen een minimum omvang hebben van 16-24 plaatsen, die eventueel opgesplitst kunnen worden in 2 à 3 eenheden van 6 tot 12 plaatsen. Ook voor het pensiontehuis geldt een capaciteit van tussen de 16-24 plaatsen, welke bij voorkeur worden gerealiseerd in 2 à 3 eenheden van elk 8 plaatsen. Per pensiontehuis kunnen maximaal twee dependances aangesloten zijn, die elk een maximale capaciteit van 10 plaatsen mogen hebben.

Ten gevolge van deze door de WZV opgestelde normen en uitgaande van het verwachte inwonertal in Almere, zal pas in 1989 het eerste pensiontehuis in Almere kunnen worden gerealiseerd. De vestiging van een psychiatrisch hostel zal op grond hiervan voorlopig niet haalbaar zijn. Gaan we uit van de gezondheidsregio 't Gooi-Flevoland, dan blijkt naast de al eerder genoemde overcapaciteit aan beschermde woonvormen, er een ondercapaciteit van 286 psychiatrische bedden te zijn (De Haan, 1982).

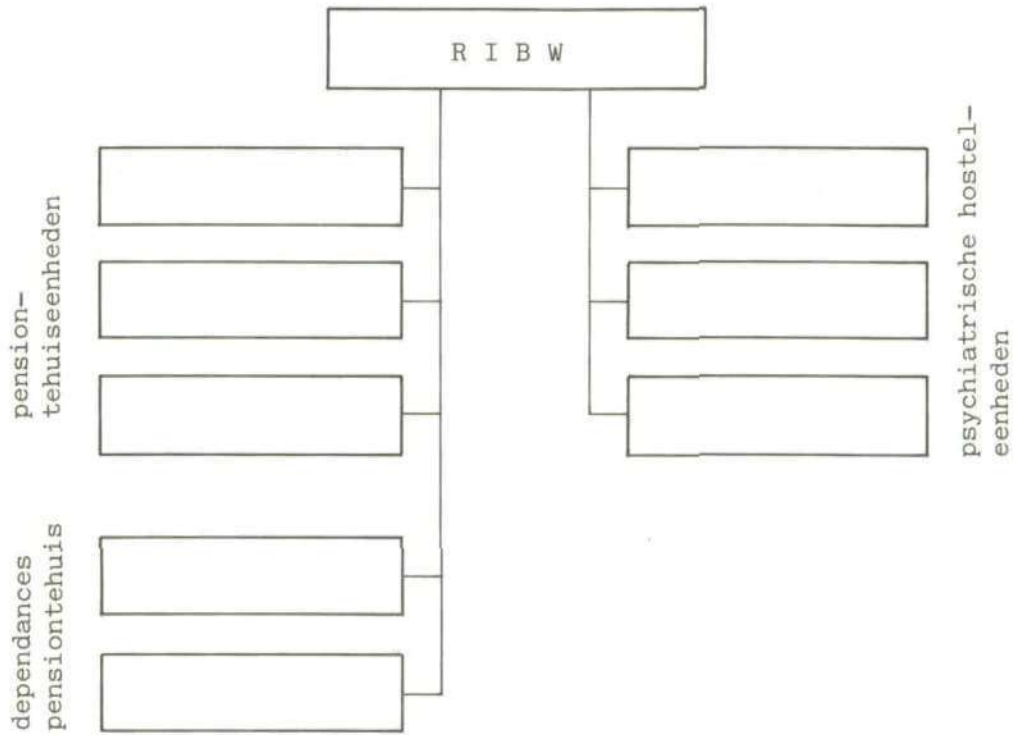
Volgens een publikatie van het voormalige Ministerie voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Notitie Psychiatriebeleid, 1982) kunnen nieuwe psychiatriebedden o.a. ook worden gerealiseerd in de vorm van beschermde woonvormen. Dit beleidsvoornemen schept mogelijkheden voor de realisering van een pensiontehuis en een hostel in een veel eerder stadium dan mogelijk is volgens de WZV-richtlijnen, zeker wanneer dit gebeurt vanuit een geïntegreerd ontwikkelingsplan voor de ggz, waarbij de samengang en samenwerking met andere ggz-voorzieningen is gewaarborgd. Op grond hiervan kan worden gestreefd naar de realisering van een pensiontehuis in 1985/1986. Hierbij moet worden gekozen voor de meest kleinschalige variant van 3 eenheden, die maximaal 8 plaatsen mogen hebben. Dit vooral met het oog om de integratie van bewoners van de pensions en de overige bewoners van de wijk een optimale kans te bieden. Het pensiontehuis kan eventueel met twee dependances worden uitgebreid. De locaties voor de verschillende pensiontehuis-eenheden kunnen het best worden gekozen in de nog nieuw te bouwen wijken van Almere-Stad en Almere-Buiten. Bouwkundig kunnen de eenheden dan worden ingepast en kunnen de bewoners gelijktijdig met de overige bewoners hun intrek nemen, zodat er een geleidelijk gewenningsproces zal kunnen optreden.

Wanneer het pensiontehuis functioneert kan gewerkt worden aan de realisering van een psychiatrisch hostel.

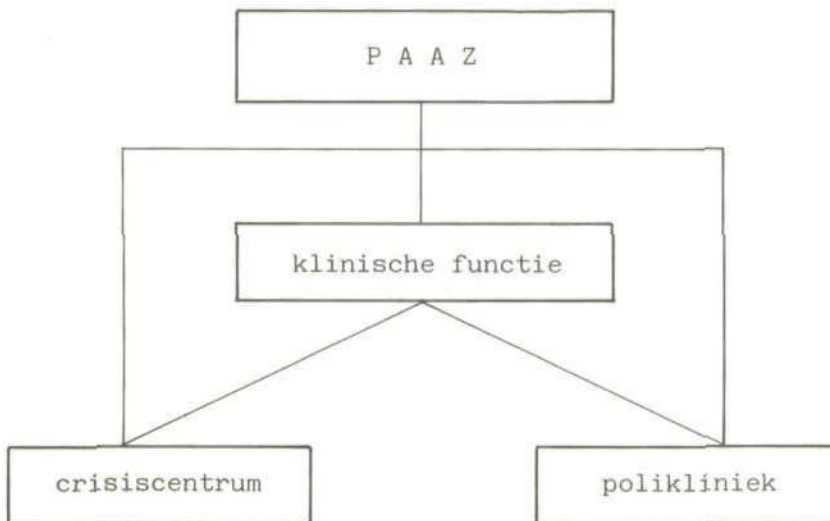
De vorming van een RIBW dient dan wel eerst gestalte te hebben gekregen, omdat direct gekozen moet worden voor een zelfde bestuur voor het beheer van het hostel als voor die van het pensiontehuis (zie schema 6.3).

Ook voor het hostel dient gekozen te worden voor een kleinschalige aanpak, waardoor tevens de diversiteit van de plaatsingsmogelijkheden van de patiënten/cliënten aanmerkelijk wordt vergroot.

Schema 6.3. Opbouw van beschutte woonvormen in Almere 1990



Schema 6.4. Opbouw PAAZ in Almere, 1990



In tegenstelling tot de pensiontehuizen zijn hostels tijdelijke onderkomens, met een maximale verblijfsduur van 2 jaar. Daarom moet men met bouwkundige integratie van de hostel-eenheden enigszins terughoudender zijn dan bij de pensiontehuizen, waarbij in alle opzichten gekozen moet worden voor een optimale integratie.

Voor de locaties van de hostel-eenheden dient daarom te worden worden gekozen voor goed bereikbare plaatsen aan de rand van woonwijken of in de centrumwijken van een van de drie kernen. Voor het kiezen van locaties voor zowel pensiontehuizen, hun dependances en hostel-eenheden dient ook rekening te worden gehouden met de posities van de eenheden ten opzichte van elkaar. Een goede spreiding over de verschillende wijken geniet de voorkeur, waardoor de kans dat de bewoners van de eenheden worden opgenomen in het wijkgebeuren zo groot mogelijk zal zijn.

Met name de realisering van een pensiontehuis dient in nauw overleg te geschieden met de veldteams, omdat deze teams betrokken zullen zijn bij de begeleiding van de bewoners. De realisering van een psychiatrisch hostel zal bij voorkeur gepaard moeten gaan met dagbehandelingsmogelijkheden. De komst van een dagbehandelingskliniek in 1987/1988 zou daarom wenselijk zijn. Deze kliniek moet organisatorisch los staan van de beschermde woonvormen en kan vooruitlopend op de vestiging van een APZ in Almere daar een onderdeel van gaan uitmaken. Intramuraal gestarte behandelingen kunnen dan, wanneer dat mogelijk is worden voortgezet in de dagkliniek. De cliënten kunnen weer naar huis of worden geplaatst in een hostel. In de dagkliniek kunnen ook cliënten vanuit de RIAGG worden geplaatst, waardoor een eventuele opname voorkomen kan worden. Gezien de functie van een dagbehandelingskliniek moet de locatie ervan zo centraal mogelijk zijn, zodat deze vanuit geheel Almere goed bereikbaar is. Het centrum van Almere-Stad zou hiervoor een geschikte locatie zijn, waar gelet moet worden op de positie ten opzichte van verschillende vervoersbanen.

De capaciteit van de dagkliniek kan, zeker in aanvang, 8 à 10 plaatsen bedragen. Wel moet er rekening worden gehouden met een eventuele uitbreiding met een avond- en nachtkliniek, waardoor de totale capaciteit op zeker 25 à 30 plaatsen kan komen.

Een avond- en nachtkliniek kan voor een groot deel gebruik maken van dezelfde interne voorzieningen als de dagkliniek. Het draagvlak voor de realisering van een avond- en nachtkliniek is tot 1990 in Almere nog onvoldoende. Met het kiezen van een locatie moet men hier echter al wel rekening mee houden.

Een crisiscentrum zal, wanneer wordt gestreefd naar een op elkaar afgestemde ggz, niet mogen ontbreken. Het crisiscentrum vormt een essentieel onderdeel van de ggz, zeker daar waar sprake is van een psychosociale of psychiatrische problematiek die nauw verbonden is met grootstedelijke gebieden. Een problematiek die aan Almere niet voorbij zal gaan.

Een crisiscentrum voor Almere kan in 1985/1986 worden gerealiseerd en zal hulp moeten gaan bieden aan personen uit alle leeftijdscategorieën, die in acute psychiatrische en psychosociale nood verkeren. Het centrum zal 7x24 uur bereikbaar moeten zijn.

De aan het centrum verbonden klinische capaciteit kan met 8 à 10 bedden gering van omvang zijn.

De locatie van het centrum zal zo moeten worden gekozen dat het optimaal bereikbaar is. Het is wenselijk het crisiscentrum organisatorisch onder te brengen bij de in Almere te vestigen PAAZ. Zowel de PAAZ als het

crisiscentrum kunnen gebruik maken van dezelfde klinische capaciteit; deze moet dan wel worden opgevoerd tot 15 à 20 bedden. Ook de 7x24 uurs-hulp kan gecombineerd worden opgezet.

De intramurale geestelijke gezondheidszorg

Een APZ dient niet in een te vroeg stadium in Almere te worden gevestigd. Dit kan een negatieve invloed hebben op de extramurale gerichtheid van de ggz in Almere (zie conclusies hoofdstuk 5). Te meer wanneer men beseft dat een APZ een minimum omvang van 200 bedden dient te krijgen. De zuigkracht die van een dergelijk instituut uit zal gaan zal groot zijn. De effecten hiervan staan haaks op verschillende doelstellingen uit de Doelstellingennota. Ook een door velen gewenste kleinschalige opzet van een APZ zal hieraan weinig veranderen.

Een APZ dient pas in Almere te worden gevestigd, wanneer de overige ggz-voorzieningen zich goed uitgekristalliseerd en ontwikkeld hebben. Een APZ kan dan als sluitstuk op de ggz in Almere worden gezien. De realisering van een APZ zal in dit licht pas in de tweede helft van de jaren negentig aan de orde zijn. Deze kan kan afgestemd op maat en naar karakter van de dan aanwezige ggz-voorzieningen worden opgezet. De eventueel dan te vestigen APZ kan echter al veel eerder starten met een dagbehandelingskliniek in 1987/1988.

De vestiging van een PAAZ in Almere met een daarbij beperkte klinische capaciteit, kan tegelijk met de komst van het Burgerziekenhuis in Almere worden gerealiseerd. Een PAAZ blijft tenslotte een afdeling van een algemeen ziekenhuis en heeft naar dat ziekenhuis toe ook een duidelijke functie. Bij de komst van een PAAZ moet direct een daarbij behorende polikliniek worden ontwikkeld. Deze kan in nauwe samenwerking met de veldteams nazorg verlenen aan cliënten, die bij de PAAZ klinisch behandeld zijn geweest. De PAAZ moet zich met name richten op kort durende behandelingen. Voorts kan in combinatie met het aan de PAAZ verbonden crisiscentrum de 7x24 uur bereikbaarheid worden opgezet. Andere functies van de PAAZ zullen zijn: crisisinterventie, detoxificatie e.d.

De locatie en de tijd van vestiging zullen in belangrijke mate afhangen van de plaats en de tijd van vestiging van het Burgerziekenhuis in Almere. Het is wenselijk de PAAZ op het terrein van het algemene ziekenhuis te situeren, omdat anders de liaisonfunctie van de PAAZ tussen psychische en somatische klachten in gevaar dreigt te komen.

De vorming van een RIGG in Almere, waarin alle voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg een organisatorisch onderdeel van gaan uitmaken, dient zo snel mogelijk zijn beslag te krijgen. Een tijdige totstandkoming van een RIGG in Almere is én essentieel én noodzakelijk voor een goede ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg. Bij de realisering van de eerste voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg in Almere in 1984, moet het RIGG in feite al aanwezig zijn, zodat van begin af, aan de afstemming en de samenhang van de verschillende voorzieningen, kan worden gewerkt.

In aanvang zal het RIGG dus nauwelijks voorzieningen in zich bergen. Het voordeel van het starten met een dergelijke "lege" RIGG is, dat voorwaarden kunnen worden gesteld aan de nog te realiseren ggz-voorzieningen. Uitgaande van de "blanco" situatie in Almere lijkt dit de beste strategie

om te komen tot een geestelijk gezondheidszorgsysteem welke aan de randvoorwaarden kan voldoen.

Vanuit het RIGG moeten ook de initiatieven worden genomen voor de verdere ontwikkeling van de ggz in Almere. Tevens dient gewerkt te worden aan een zo spoedig mogelijke totstandkoming van een budgetfinanciering voor de geestelijke gezondheidszorg in Almere. Het RIGG kan en moet daarin een belangrijke rol spelen in het sturen van de geldstromen en het stellen van de prioriteiten waar deze naar toe dienen te gaan.

Voor de positie van de PAAZ binnen het RIGG, zullen tijdig organisatorische aanpassingen moeten worden genomen, omdat de PAAZ onderdeel uitmaakt van een organisatie die buiten de ggz werkzaam is.

6.3. Samenvatting en aanbevelingen

Ten behoeve van de realisering van ggz-voorzieningen tot 1990 in Almere kunnen de volgende aanbevelingen en conclusies worden gegeven:

1. Via reorganisatie bij de RIAGG-Flevoland komen tot een veldteam-specialistisch-team-systeem. In Almere is aan het einde van 1983 genoeg ruimte voor de vorming van een veldteam, welke moet worden gesitueerd in Almere-Haven en die als werkgebied Almere-Haven en Almere-Stad dient te krijgen. Medio 1985 is er in Almere voldoende draagvlak voor een tweede veldteam, die zich afsplitst van het eerste team en die gevestigd moet worden in het oosten van Almere-Stad. Het werkgebied van dit team wordt Almere-Stad en Almere-Buiten, het andere team Almere-Haven. In 1989 splitst het team voor Almere-Stad en Almere-Buiten zich in een team voor Almere-Stad-Oost en een team voor het westen van Almere-Stad en Almere-Buiten.
2. De werkgebieden van de veldteams komen overeen met de verzorgingsgebieden van 3 à 4 gezondheidscentra. In de gezondheidscentra worden op vaste tijden spreekuren gehouden door het veldteam dat verantwoordelijk is voor het desbetreffende gebied.
3. De specialistische teams, waaronder een psychotherapeutisch en een eventueel door het CAD verzorgd verslavingsteam, komen voor het geven van behandelingen en voor het geven van consultaties aan de veldteam- en eerstelijns-hulpverleners, naar de werkgebieden van de veldteams.
4. Gestreefd moet worden naar de vestiging van een pensiontehuis met dependances in 1985/1986 te Almere-Stad en Buiten. Het pensiontehuis moet kleinschalig van opzet zijn en dient daarom opgebouwd te zijn uit drie eenheden van elk 6 tot 8 plaatsen en 2 dependances van het pensiontehuis van een vergelijkbare omvang.
5. De pensiontehuiseenheden en hun dependances moeten worden gesitueerd midden in de woonwijken, tussen andere woningen in. Om ze optimaal in de wijken te integreren en in te passen, kunnen ze het beste worden gelokaliseerd in de nog te bouwen woonwijken van Almere-Stad en Almere-Buiten, waarbij de verschillende eenheden in verschillende wijken dienen te liggen.
6. De realisering van een psychiatrisch hostel kan het beste na de vorming van het pensiontehuis tot stand komen. Ook voor het hostel

moet worden gekozen voor een zo'n kleinschalig mogelijke opzet, mede met het oog op een verhoging van de diversiteit van de plaatsingsmogelijkheden. Het psychiatrisch hostel dient daarom opgebouwd te zijn uit drie eenheden met elk 6 tot 8 plaatsen. Voor het kiezen van locaties voor de eenheden dient rekening te worden gehouden met een steeds wisselende samenstelling van de bewoners van de eenheden (het verblijf in een hostel is, in tegenstelling tot een pensioentehuis, gebonden aan maximum tijd van 2 jaar).

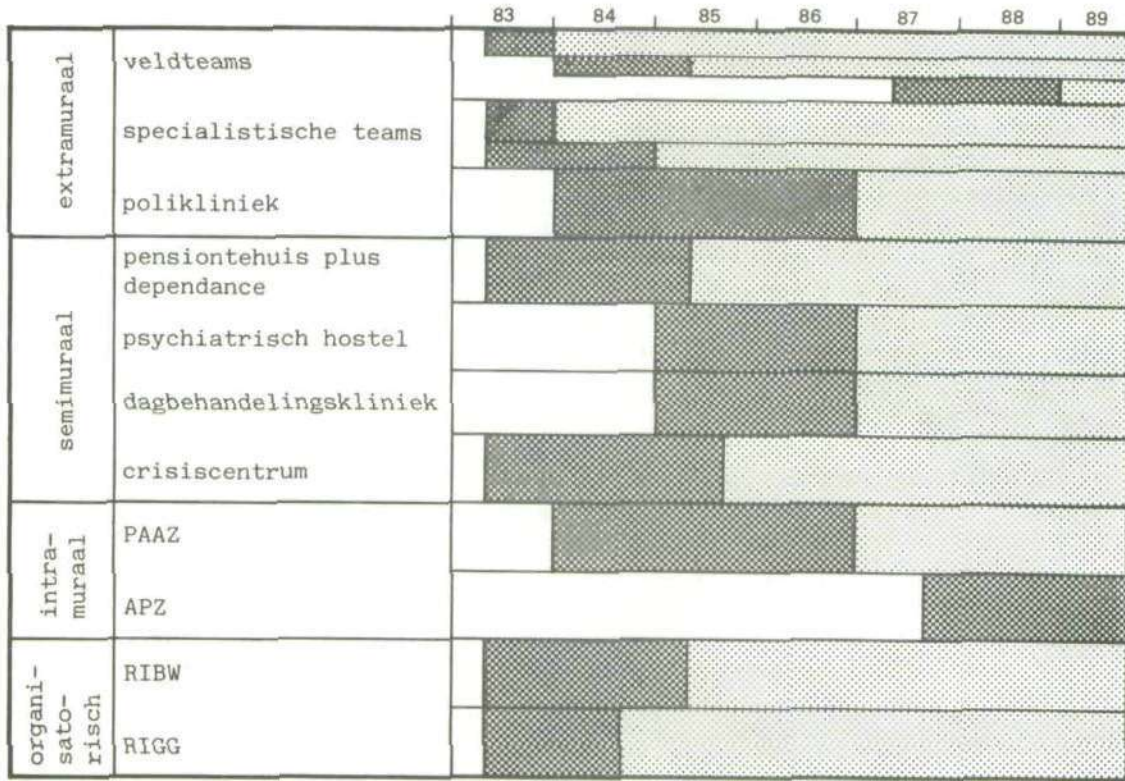
7. Het bestuur en beheer van het pensioentehuis en het psychiatrisch hostel moet in handen van één organisatie komen. Deze organisatie dient een voorlopige RIBW te zijn.
8. Een dagbehandelingskliniek van 8 à 10 plaatsen dient in ieder geval gerealiseerd te zijn voor de vorming van een hostel. De locatie van de dagbehandelingskliniek moet centraal zijn en ook gemakkelijk per openbaar vervoer bereikbaar zijn. In of nabij het centrum van Almere-Stad lijkt hiervoor een juiste locatie.
9. De dagkliniek moet los staan van de beschermde woonvormen. De kliniek moet een organisatorisch onderdeel gaan uitmaken van een eventueel in de jaren negentig te realiseren APZ.
10. De realisering van een APZ in een te vroeg stadium zal ongewenste negatieve effecten hebben op de ontwikkeling van de ggz in Almere. Als gevolg van de door het Ministerie gestelde minimum omvang van 200 bedden voor een APZ zal dat een intramurale gerichtheid van de ggz in Almere teweeg brengen, hetgeen niet in overeenstemming is met de doelstellingen uit de Doelstellingsnota. Pas in de loop van het volgende decenium, wanneer de overige ggz-voorzieningen voldoende ontwikkeld en uitgekristalliseerd zijn, is een daarop in karakter afgestemd APZ wenselijk.
11. De realisering van een crisiscentrum in 1985/1986 eventueel gelijktijdig met de vorming van een PAAZ, als onderdeel van de komst van het Burgerziekenhuis in Almere. Het crisiscentrum en de PAAZ kunnen gebruik maken van een gecombineerde klinische capaciteit van 15 tot 20 bedden. Ook de 7x24 bereikbaarheidsdienst dient vanuit deze combinatie te worden verzorgd. De PAAZ dient tevens een polikliniek op te zetten.

Schema 6.5. geeft een overzicht van wanneer de voorbereidingen en procedures moeten worden gestart ten behoeve van de realisering van verschillende voorzieningen voor de ggz. Tevens wordt aangegeven wanneer deze voorzieningen moeten functioneren.

6.4. Het model voor Almere op langere termijn

Hoe zullen de voorzieningen voor de ggz zoals in 6.2. geschetst in de toekomst organisatorisch met elkaar verbonden zijn? Kortom in welke richting dient de ggz zich in Almere verder te ontwikkelen, zodat een optimaal systeem voor de ggz ontstaat. Hierbij is er vanuitgegaan dat Almere zich in de toekomst zal ontwikkelen tot een stad met een voldoende draagvlak voor alle essentiële voorzieningen voor de ggz.

Schema 6.5. Te realiseren voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg in Almere, 1983-1990.

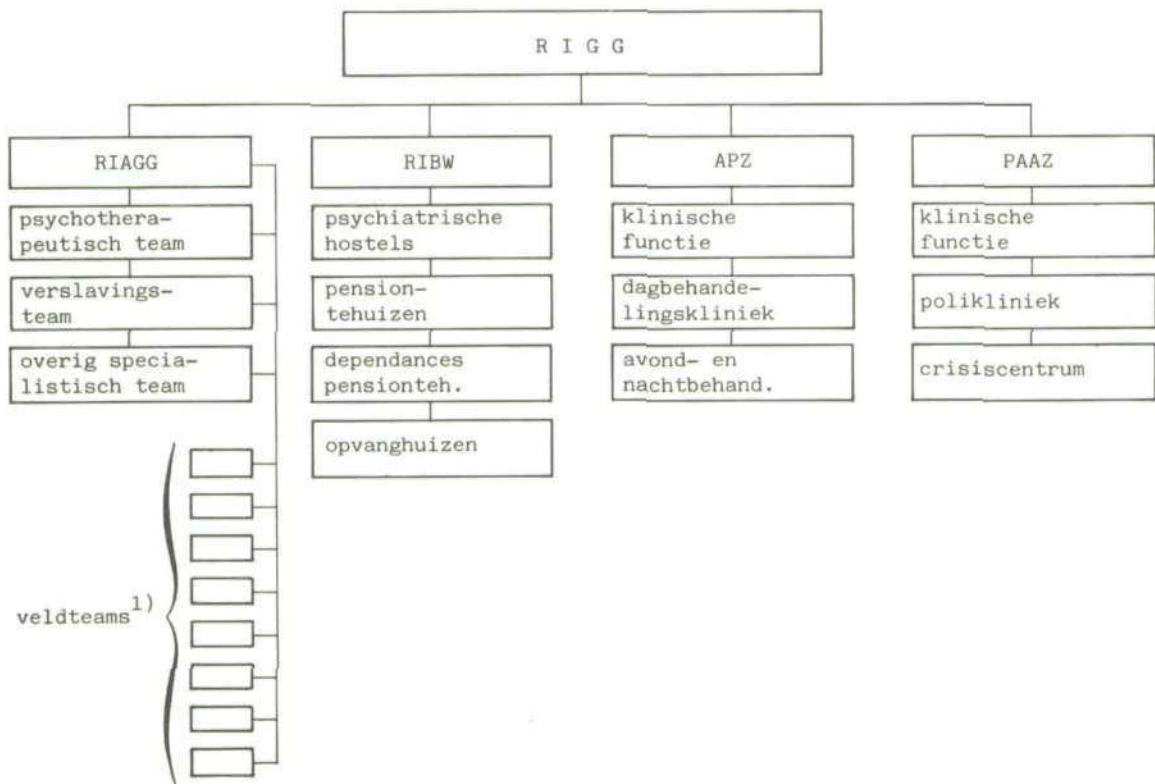


Om een samenhangend stelsel zowel op het gebied van organisatie, structuur en hulpverlening te krijgen, is het noodzakelijk dat er een overkoepelend instituut in het leven wordt geroepen (zie schema 6.6.). Dit instituut is het Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). Het RIGG zou naast een samenhangbevorderende en coördinerende taak ook een administratieve taak moeten krijgen. Zij zou de aangewezen organisatie zijn om, wanneer de ggz via budgetten zal worden gefinancierd, deze budgetten te gaan beheren en te verdelen. Het RIGG zal zijn opgebouwd uit vier verschillende onderdelen. Alle uitvoerende taken met betrekking tot de ggz dienen door het RIGG gedelegeerd te worden naar één van deze vier samenstellende delen. Elk onderdeel heeft zijn eigen bestuur. Afgevaardigden of delen van deze besturen vormen gezamenlijk het RIGG-bestuur. Het RIGG blijft de eindverantwoordelijkheid houden voor de ggz in haar werkgebied. Voor de toegewezen taken is elk onderdeel verantwoordelijk verschuldigd aan het RIGG. Het RIGG is in dit model de officiële rechtspersoon. Voor een goed functioneren van een dergelijke organisatie en voor het eventueel toepassen van budgetfinanciering is het noodzakelijk dat alle hulpverleners bij het RIGG in een loondienstverband werkzaam zijn.

De vier samenstellende delen van de RIGG zijn op hun beurt ook weer opgebouwd uit verschillende onderdelen, die elk weer een eigen taak hebben.

1. Het eerste samenstellende deel is het RIAGG (zie schema 6.6.). Het RIAGG is opgebouwd uit verschillende specialistische teams. Hierbij valt te denken aan een psychotherapeutisch team, een verslavings-team e.d.. Deze teams verlenen specialistische ondersteuning aan de veldteams. De veldteams hebben elk een werkgebied van ongeveer 30.000 inwoners, dit in tegenstelling tot de specialistische teams, die een werkgebied hebben gelijk aan de RIAGG-regio. De veldteams zijn all round van samenstelling. Tot hun taken behoren onder andere het geven van kortdurende behandelingen, intake, preventie en ondersteuning en consultatie naar de eerstelijnszorg. Een goede samenwerking en relatie tussen de veldteams en de eerstelijnsgezondheidszorg kan tot stand komen door de werkgebieden van de veldteams te laten samenvallen met de verzorgingsgebieden van 3 à 4 gezondheidscentra. In de gezondheidscentra kunnen dan door het betreffende veldteam op vaste tijden spreekuren worden gehouden. De veldteams bestaan uit 6 à 8 hulpverleners, waaronder enige taakverdeling denkbaar is, bij voorbeeld leeftijdscategorische verdeling. De voorkeur gaat uit naar een werkgebied voor de veldteams van ongeveer 30.000 inwoners, omdat bij dat aantal het team uit voldoende

Schema 6.6. Toekomstig model voor de geestelijke gezondheidszorg voor Almere.



1) met elk een verzorgingsgebied van 3 à 4 gezondheidscentra, overeenkomend met ± 30.000 inwoners.

hulpverleners kan bestaan, waardoor niet de kans bestaat dat verschillende hulpverleners solistisch zullen gaan werken en niet als team opereren.

De RIAGG moet sterk worden ontwikkeld, hetgeen ook tot uiting komt uit de Doelstellingennota.

Door de vorming van wijkgebonden veldteams zijn de mogelijkheden hiervoor optimaal, waardoor ook aan het geografische en psychologische bereikbaarheidsprincipe tegemoet kan worden gekomen.

2. Het tweede samenstellende deel is het Regionale Instituut Beschermd Woonvormen (RIBW). Dit instituut zal zorgen voor het beheer van alle psychiatrische hostels, pensiontehuizen en hun dependances en de eventueel te vormen opvanghuizen, die tijdelijk woonruimte kunnen bieden voor bij voorbeeld mishandelde vrouwen met hun kinderen, weggelopen jongeren e.d., die binnen het werkgebied zijn gesitueerd. Voordeel van een dergelijk centraal beheer voor beschermde woonvormen zijn door een interne coördinatie onder andere het beter en gemakkelijker kunnen plaatsnemen van cliënten, doordat bij één organisatie meerdere plaatsingsmogelijkheden zijn. Ook het personeel in de verschillende huizen zal hierdoor gemakkelijk uitwisselbaar zijn. Een zelfstandig opererend instituut zoals het RIBW, maakt het mogelijk dat vanuit de extramurale zorg veel meer cliënten kunnen instromen, dan wanneer een beschermde woonvorm aan bij voorbeeld een APZ is verbonden, zoals dat nu vaak het geval is.
3. Het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) vormt het derde onderdeel van de RIGG. Haar werkgebied zal zich over de gehele regio uitstrekken, waaronder Flevoland en eventueel 't Gooi gerekend moeten worden. De klinische functie van het APZ is de belangrijkste functie. Deze zal vooral moeten worden gereserveerd voor het geven van behandelingen aan chronische patiënten, middel- en langdurige behandelingen. Andere onderdelen zijn een dagbehandelingskliniek en eventueel een kliniek voor avond- en nachtbehandeling. Deze beide kunnen ook vrij eenvoudig in één kliniek worden ondergebracht, waarbij van dezelfde interne voorzieningen gebruik kan worden gemaakt. De daar behandelde patiënten/cliënten wonen of gewoon thuis of in een beschermde woonvorm. Door de dag-, avond- en nachtkliniek organisatorisch bij een APZ te voegen, zullen de behandelingen van de cliënten, welke aangevangen zijn in het klinische gedeelte van het APZ, gemakkelijker en sneller kunnen worden voortgezet. Getracht kan worden om onnodig langdurige opnames te voorkomen.
4. Het laatste onderdeel van de RIGG wordt gevormd door de PAAZ. De functie die de PAAZ zal moeten hebben zal gericht zijn op het geven van kortdurende behandelingen, crisisinterventie, detoxificatie e.d.. Een onderdeel van de PAAZ is het crisiscentrum. Personen, die in acute psychiatrische of psychosociale nood verkeren kunnen 7x24 uur hulp krijgen. De klinische capaciteit van de PAAZ kan dan worden gebruikt om deze personen voor een korte tijd op te kunnen nemen. De poliklinische functie is een ander onderdeel van de PAAZ. De polikliniek kan naast het verlenen van nazorg van de in PAAZ opgenomen cliënten, medicameuze behandelingen geven en ondersteuning

verlenen een de specialistische- en veldteams van de RIAGG. Een nauwe samenwerking tussen de polikliniek en de RIAGG-teams is noodzakelijk en kan gestalte krijgen voor van het begin af RIAGG-medewerkers bij de hulpverlening vanuit de polikliniek te betrekken.

Lijst van gebruikte afkortingen

| | |
|---------|---|
| aggz | ambulante geestelijke gezondheidszorg |
| AMW | Algemeen Maatschappelijk Werk |
| APZ | Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten |
| CAD | Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs |
| COTG | Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg |
| CPZ | Categorisch Psychiatrisch Ziekenhuis |
| EVA | Eerstelijns Vereniging Almere |
| ggz | geestelijke gezondheidszorg |
| IMP | Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie |
| LGV | Bureau voor Levens- en Gezinsvraagstukken |
| MADI-F | Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland |
| MOB | Medisch Opvoedkundig Bureau |
| NCGV | Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid |
| NVAGG | Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg |
| PAAZ | Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis |
| RIAGG | Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg |
| RIBW | Regionaal Instituut Beschermd Woonvormen |
| RIGG | Regionaal Instituut Geestelijke Gezondheidszorg |
| ROGG | Regionaal Overleg Geestelijke Gezondheidszorg |
| R.IJ.P. | Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders |
| SMGA | Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere |
| SPD | Sociaal Psychiatrische Dienst |
| VoMil | Ministerie voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne |
| WTG | Wet Tarieven Gezondheidszorg |
| WVC | Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur |
| WVG | Wet Voorzieningen Gezondheidszorg |

WZV Wet Ziekenhuisvoorzieningen

Z.I.J.P. openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders

Literatuurlijst

- Aktiegroep Medicijnen Nijmegen - Gezondheidszorg in Nederland; Nijmegen, 1973
- Beugen, M. van (Red) - Hulpverleners in de eerstelijns; Assen, 1979
- Bierenbroodspot, P. - De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis; Meppel, 1976
- Biesheuvel, A. et al - Sociaal ruimtelijke ongelijkheid en extramurale gezondheidszorg; Utrecht, 1981
- Boer, J. de - Ambulante geestelijke gezondheidszorg: van lappendeken tot dekbed. In: Toets en Taak, 65e jaargang, no. 3272, blz. 1044-1046
- Centraal Bureau voor de Statistiek - Intramurale gezondheidszorg in Nederland 1972-1978; Den Haag, 1980
- Centraal Bureau voor de Statistiek - Vademecum gezondheidszorgstatistiek Nederland 1981; Den Haag, 1981
- Centraal Bureau voor de Statistiek - Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland in 1979; Den Haag, 1982
- Centraal Bureau voor de Statistiek - Sociaal-cultureel kwartaalbericht 1983, Jaargang 5 no. 1; Den Haag, 1983
- Cliëntenbond, Denk- en Doelplan - Beleidsnota; Utrecht, 1982
- College van Ziekenhuisvoorzieningen - De spreiding van psychiatrische voorzieningen; Verslag van een interne studiedag op 30 november 1981; Utrecht, 1981
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen - Rapport van de subcommissie psychiatrische dagbehandeling; Utrecht, 1982
- Dear, M.J. - Locational analyses for public mental health facilities; Pennsylvania, 1974
- Dear, M.J. - A paradigm for public facility location theory. In: S. Gale & E. Moore; The manipulated city; Chicago, 1976
- Doorgeest, K. - De moeizame eerstelijns exploratie van het nieuwe land. In: De Eerste Lijn, okt. 1982

- Eyk, P. van de - Verdoktering van Nederland; Utrecht/Antwerpen, 1983
- Gadourek, I. - Sociologische onderzoekstechnieken; Deventer, 1972
- Gemengde Commissie voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg - Een systeem van ambulante geestelijke gezondheidszorg; Interim-rapport; Leidschendam, 1978
- Haen, F. de & E. Schretlen - In plaats van een bed, hoeveel bedden kunnen worden vervangen door plaatsen in hostels; Een onderzoek-verslag. Uitg. N.C.G.V., 1981
- Haen, F. de - Gezondheidszorg in getallen - 1980; Uitg. van N.C.G.V., Utrecht, 1982
- Hattinga Verschure, J.C.M. (Red) - Gezondheidszorg in een turbulente cultuur afbraak of opbouw? Lochem, 1981
- Health research Group - Contemporary perspectives on health and health care; Occasional paper no. 20, Department of Geography, Queen Mary College, University of London, 1982
- Heide, T. van der - Een verkennende studie naar de organisatievorm voor een gedecentraliseerd Delta II; Rijswijk, 1981
- Herbert, D.T. & D.M. Smith - Social problems and the city; Oxford, 1979
- Hoofdakker, R.H. van den - Antipsychiatrie. In: D. Geerlings et al, Het medisch jaar 1978; Utrecht 1978
- Initiatiefgroep "Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen" - Open brief aan de Minister en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en aan de voorzitter en leden van de Vaste Kamercommissie gezondheidszorg van januari 1983, Amsterdam
- Kuiper, J.P. (red) - Hoe kan een geografische ordening de integratie van gezondheidszorg bevorderen? Lochem, 1981
- Landheer, T. - Gezondheidszorg in de polders; Herziene uitgave, Zwolle, 1971
- Landheer, T. - Gezondheidszorg in een nieuw gebied; Proefschrift, 1978

- Londen, J. van - De ambulante geestelijke gezondheidszorg in reconstructie. Toespraak van de Directeur Generaal van de Volksgezondheid bij de opening van de flat Groenhove; Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 15 oktober 1980
- Lorsheijd, J.G. - Bedbezetting 1981. Uitg. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1982
- Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland - Instellingsplan; Beleidsvoornemens en wensen over de jaren 1982-1986, Lelystad, 1982
- Meer, D. van der - Zorg om gezondheidszorg; Lochem, 1982
- Ministerie van Binnenlandse Zaken - Decentralisatieplan van Rijkstaken, Deel I; Den Haag, 1982
- Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - Rapport van de Werkgroep Beschermde Woonvormen; Den Haag, 1981
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - Handleiding bij de toepassing van artikel 29, eerste lid, Wet Ziekenhuisvoorzieningen; Den Haag, 1979
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - Schets eerstelijns gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nrs 1 en 2
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - Structuurnota gezondheidszorg; Den Haag, 1974
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - Brief van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17600, hoofdstuk XVII, no. 10
- Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken - Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 11059, nr. 1-3, 1970
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur - Psychiatriebeleid. Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17394, no. 6
- Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid - Gids geestelijke gezondheidszorg, 1982/1983; Baarn, 1982
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid - Concept-advies inzake samenwerking in en met de eerstelijns gezondheidszorg; Rijswijk, 1983

- Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg - Jaarverslag 1981; Utrecht, 1982
- Nederlandse Vereniging van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg - Kaart van de RIAGG-regio's; Utrecht, 1981
- Nederlandse Vereniging van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg - Groslijst taken A992 per regio (RIAGG), Def. no. 814027+ Utrecht, 1982
- Noord, P. van & R. Zoutendijk - De ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Zuidelijke IJsselmeerpolders; (On)mogelijkheden van planning aan de hand van een voorbeeld. Uitg. van Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO; Leiden, 1979
- Praag, H.M. van - Psychiatrie. In: Zo ver is de wetenschap, onder red. van H. Bergman & H.J. Schoo; Utrecht, 1982
- Psychiatrie is geen kunst, de gek, de beweging en de discussie. Uitg. van de documentatie en informatiecentrale van de Horstink; Amersfoort, 1982
- Romme, M.A.J. (red.) - Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, 1978
- Roscam Abbink, E.W. (red) - Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland; Utrecht, 1979
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders - Verkenningen omtrent de ontwikkeling van een nieuwe stad Almere in Flevoland, Lelystad 1971
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders - "Almere 1985", aanzet tot een ontwikkelingsstrategie 1970-1985-2000; Lelystad, 1974
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders - Ontwerp Almere-Stad; Lelystad, 1978
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders - Ontwerp Structuurplan Almere, Lelystad, 1978A
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders - Flevoland, feiten en cijfers; Lelystad, 1978B
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders - Almere 1982, 10.000 woningen, Lelystad, 1982A

- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders - Statistisch overzicht 1981 van de Zuidelijke IJsselmeerpolders, Lelystad, 1982B
- Samenwerkingsproject eerste-
lijn - Onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere, Fase I t/m IV, Bunnik, 1981
- Santema, S. - Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg, structuur, werkzaamheden en raakvlakken, Assen/Amsterdam, 1976
- Segers, J.H.G. - Sociologische onderzoeksmethoden, Assen/Amsterdam, 1977
- Smith, C.J. - Distance and location of community mental health facilities: A divergent viewpoint. In: Economic Geography, vol. 52, 1976
- Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere - Jaarverslag 1981/1982, Almere, 1982
- Stichting Studiecentrum Integratie Gezondheidszorg - Integratie als doelstelling en middel binnen de gezondheidszorg, Lochem, 1978
- Stichting voor economisch onderzoek der Universiteit van Amsterdam - Financiën van Almere op lange termijn, Amsterdam, 1983
- Studiegroep bewoners Almere - Vervolgnota over de gezondheidszorg in Almere: van thuiszorg tot ziekenzorg, Almere-Haven, 1981
- Stijnenbosch, M.H. - Een geografische visie op de non-profit sektor, Utrechtse Geografische Studies no. 9, Utrecht, 1978
- Stijnenbosch, M.H. - Non-profit sektor en intramurale gezondheidszorg; een sociaal-geografische analyse, proefschrift, Utrecht, 1983
- Teitz, M. - Towards a theory of urban public facility location. Papers of the Regional Science Association 35, blz. 31-51
- Trimbos, C. - Antipsychiatrie, een overzicht, Deventer, 1978

- Vaste commissie voor de Volksgezondheid
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Voorstel voor aanpak van en ondersteuning bij de oprichting van een Eerstelijns Vereniging Almere. Uitg. Madi-Flevoland, SMGA, Kruisvereniging Flevoland, Afdeling Almere, Almere, 1982
- Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
- Wilk, H. van der en R. Rijksschroef
- Ziekemeyer, M.A. en J.C. Kense
- Zuidelijke IJsselmeerpolders o.l.
- Zuidelijke IJsselmeerpolders o.l.
- Onderdeel Psychiatrie van de begroting van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur voor 1983, Nota Psychiatriebeleid, Tweede Kamer, Zitting 1982-1983, UCV 12, 7 februari 1983
 - Informatie over de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Bijlage Welzijnsinfo, 1982, no. 3
 - Wet van 8 september 1982, houdende regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg, Staatsblad, 1982, nr. 563.
 - Het netwerk van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Uitg. Kongrescommissie "Psychiatrie en werkelijkheid", Amsterdam, 1982
 - Stromingen in de Psychiatrie, een literatuuronderzoek aangaande enkele onderwerpen betreffende psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, uit. Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1983
 - Doelstellingennota Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening, Almere, 1982
 - Projektplan Gezondheidszorg Almere, Almere/Leidschendam, 1983

GROSLIJST VAN TAKEN AGGZ PER REGIO (RIAGG)

Door de NVAGG-ledenvergadering d.d. 28-6-1978 vastgestelde tekst.

Kerntaak 1. PREVENTIE

| TAKEN | OMSCHRIJVING |
|--|--|
| 1.1. Signaleren | - Systematisch opsporen van kondities die een bevorderende c.q. belemmerende invloed hebben op de geestelijke gezondheid. - Vroegtijdige onderkenning van problematiek bij aanwijsbare risikolopende groepen en individuen. |
| 1.2. Doorgeven van signalen | - Doorgeven van gesignaleerde problematiek aan de daartoe geëigende instanties en/of personen. |
| 1.3. Voorbereiden van preventieve activiteiten | - Hieronder valt o.a.: het bepalen van doelen van concrete preventieve activiteiten en het kiezen van de daarbij passende middelen; het treffen van alle voorbereidende maatregelen. |
| 1.4. Uitvoering | - Hieronder wordt verstaan de uitvoering van alle preventieve activiteiten. Deze activiteiten kunnen liggen in de sfeer van voorlichting, vorming, training, konsultatie, agogisch advieswerk en sociale aktie. |
| 1.5. Bewaking van de kontinuïteit en complementariteit van de preventieve activiteiten | - Het afstemmen van de eigen preventieve werkzaamheden op en in samenhang brengen met de hulpverlenings- en overige relevante activiteiten, zowel binnen als buiten de eigen instelling. |
| 1.6. Overleg, correspondentie | - Overleg met verwijzers, kollega's, individueel of in teamverband, in relatie tot alle voorgaande activiteiten. |

Kerntaak 2. HULPVERLENING

| TAKEN | OMSCHRIJVING |
|--|--|
| 2.1. Intake | - Alle activiteiten, gesprekken en overleg ter bepaling van de te verlenen hulp naar aard, duur en intensiteit t.b.v. de cliënt. |
| 2.1.1. Receptie | - Eerste contact van de instelling met of over de (potentiële) cliënt(en). |
| 2.1.2. Onderzoek en eerste diagnostiek | |
| 2.1.3. Selektie | |

| TAKEN | OMSCHRIJVING |
|--|--|
| 2.2. Doorverwijzing, bemiddeling en/of advisering | |
| 2.3. Behandeling | |
| 2.3.1. Krisis-opvang, hulp bij acute nood | - Krisisinterventie, acute psychiatrie, 24-uurs bereikbaarheid. |
| 2.3.2. Op motivering gerichte behandeling | - Het geleiden van een nog ongestructureerde hulpvraag tot een vraag waaraan een veranderingsproces kan worden verbonden. |
| 2.3.3. Kortdurende behandeling | - Een korte serie gesprekken van inzichtgevend en probleemoplossend karakter. |
| 2.3.4. Langerdurende op begeleiding gerichte behandeling | - Indien veranderingsmogelijkheden lijken te ontbreken, de hulpvrager ondersteunen in zijn levenssituatie. |
| 2.3.5. Langerdurende op verandering gerichte behandeling | - Het volgens bepaalde methoden bevorderen van veranderingsprocessen bij de cliënt. |
| 2.3.6. Medicamenteuze behandeling of ondersteuning | - Ter ondersteuning van het behandelingsproces. |
| 2.4. Bewaking van de continuïteit en complementariteit | - Het voortdurend, in samenhang met preventieve activiteiten, afstemmen van de eigen hulpverleningsactiviteiten onderling en op die van andere hulpverleners en hulpverlenende instanties. |
| 2.5. Overleg, correspondentie | - Overleg met verwijzers, kollega's, individueel of in teamverband, in relatie tot alle voorgaande activiteiten. |

Kerntaak 3. DIENSTVERLENING

| TAKEN | OMSCHRIJVING |
|--|--|
| 3.1. Dienstverlening aan instellingen, professionele hulpverleners en vrijwilligers | - Hieronder worden begrepen bijdragen aan het hele hulpverleningsproces en de preventie van de professionele en andere hulpverleners buiten de eigen instelling als: supervisie, consultatie, advisering en konsult. |
| 3.2. Dienstverlening in het kader van de opleiding van professionele hulpverleners en training van vrijwilligers | - Hieronder worden verstaan activiteiten zoals: gastdocentschappen, bijdragen aan trainingen, krusussen in het kader van opleidingen van hulpverleners, stageverleningen. |
| 3.3. Advisering over het bestaan van hiaten in de hulpverlening en het eventueel (helpen) invullen ervan | |

Voorwaardenscheppende taak 4. ONDERSTEUNENDE TAKEN

| TAKEN | OMSCHRIJVING |
|---|--|
| 4.1. Deskundigheidsbevordering | - Het bevorderen van de deskundigheid van aggz-medewerkers, gericht op de taakvervulling binnen de instellingen door middel van het volgen van cursussen, trainingen, supervisie, het bestuderen van vakliteratuur en het bijwonen van congressen en het ten behoeve daarvan zelf verzorgen van cursussen, trainingen, supervisie en intervisie. |
| 4.2. Onderzoek | |
| 4.2.1. Dokumentatie | - Het aanleggen, omschrijven en bijhouden van een dokumentatiesysteem betreffende de resultaten van reeds uitgevoerd onderzoek en overigens relevante studies. |
| 4.2.2. Het maken van een onderzoeksplan | - Het afleiden van onderzoeksvragen uit de praktijk van het uitvoerende werk en op basis daarvan formuleren van een onderzoeksbeleidsplan. |
| 4.2.3. Het doen of stimuleren van marktonderzoek | - Het onderzoeken in hoeverre het hulpaanbod is afgestemd op de hulpvraag d.m.v. probleeminventarisatie in de intake-fase en d.m.v. contacten met de 1e en 2e lijn en met potentiële cliënten uit het verzorgingsgebied. Het o.a. onderzoeken óf en in hoeverre beoogde resultaten bereikt worden door de gebruikte werkvormen bij preventie, hulpverlening en externe dienstverlening. |
| 4.2.4. Het coördineren van verschillende onderzoeksactiviteiten | - Het op elkaar afstemmen van vragen op onderzoeksterrein binnen de aggz en voorgestelde onderzoeksactiviteiten door mensen van binnen en buiten aggz-instelling: het begeleiden van uitvoerders van onderzoek binnen de eigen aggz-instelling. |
| 4.3. Administratie | |
| 4.3.1. Administratie, dokumentatie en registratie | - Hieronder worden verstaan alle activiteiten die in verband staan met de cliëntenadministratie zoals dossiervorming, archivering, registratie. |
| 4.3.2. Financiën | - Hieronder wordt verstaan de financiële administratie van de instelling. |
| 4.3.3. Personeelszaken | - Hieronder wordt het uitvoering geven aan het personeelsbeleid van de instelling waaronder rechtspositionele zaken enz.. |
| 4.3.4. Huisvesting en outillage | - Verwerving, onderhoud en beheer van panden, inventaris, enz. ten behoeve van de uitvoering van de dienstverlening. |

Voorwaardenscheppende taak 5. KOÖRDINERENDE TAKEN

TAKEN

Het geheel van de
dagelijkse leiding
van de instelling;
teamleiding

OMSCHRIJVING

- Tot deze taak behoort de beleidsbepaling ad hoc, het (doen) uitvoeren van bestuursbesluiten en het bewaken van een democratische beleidsvorming.

Voorts kwaliteitsbewaking, externe vertegenwoordiging, begrotingsbewaking, personeelswerving en -selectie.

Deze taken komen ten dele ook op teamniveau voor.

Voorwaardenscheppende taak 6. BELEIDSVORMENDE TAAK

TAKEN

6.1. Beleidsvoorbe-
reiding, -vast-
stelling en
-evaluatie,
inclusief alle
noodzakelijke
bestuurlijke
activiteiten

OMSCHRIJVING

- Het ontwikkelen van al die activiteiten, waaronder ook onderzoeksactiviteiten, die leiden tot een systematisch proces van beleidsontwikkeling, met name op lange en middellange termijn. Externe afstemming van de hulpverlening m.b.t. de regionale situatie, waaronder het medebevorderen van de totstandkoming van een sluitend circuit van voorzieningen.

6.2. Bestuur

- Ontwikkelen van een beleid op lange termijn. Externe afstemming van de hulpverlening m.b.t. de regionale situatie.

GEZONDHEIDSZORGREGIO'S IN NEDERLAND



1. Groningen-Drenthe
2. Friesland
3. Zwolle
4. Twente
5. Stedendriehoek
6. Arnhem
7. Nijmegen
8. Amersfoort
9. Utrecht
10. 't Gooi-Flevoland
11. Alkmaar
12. Kennemerland
13. Amsterdam
14. Leiden
15. 's Gravenhage
16. Gouda
17. Rijnmond
18. Dordrecht
19. Zeeland
20. Breda
21. Tilburg
22. 's Hertogenbosch
23. Eindhoven
24. Noord-Limburg
25. Zuid-Limburg