

De eigen bijdrage in de GGZ

Een realistische beleidsevaluatie naar de
korte termijn effecten

29 juni 2012

Masterscriptie

Auteur	: Hilde Koelmans
Studentnummer	: 3417301
Begeleider en eerste beoordelaar	: Rense Corten
Tweede beoordelaar	: Jessica Pass
Opdrachtgever	: Tweede Kamerfractie SP

Master 'Vraagstukken van Beleid en Organisatie'

Vakgroep Sociologie, Universiteit Utrecht

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Hoofdstuk 1. Inleiding	7
§1.1 De eigen bijdrage in de GGZ	7
§1.2 Beleidsproces	8
§1.3 Probleemstelling	10
§1.4 Relevantie	11
Hoofdstuk 2. Probleemanalyse en theoretische uitgangspunten	12
§2.1 Causale beleidstheorie	12
§2.2 Alternatieve theorie	14
§2.3 Verwachtingen	17
Hoofdstuk 3. Methoden en data	20
§3.1 Realistische beleidsevaluatie	20
§3.2 Onderzoeksmethoden	21
§3.3 Selectiemethoden	24
§3.4 Operationalisering	24
§3.5 Analysemethoden	30
Hoofdstuk 4. Analyse en resultaten	32
§4.1 Respons	32
§4.2 Kenmerken respondenten	32
§4.3 Vraaguitval	34
§4.4 Kenmerken en motivatie van cliënten	36

§4.5 Alternatieven	40
§4.6 Gevolgen cliënten, praktijken en instellingen	44
§4.7 Gevolgen Leefbaarheid.....	48
§4.8 Financieringssysteem	49
Hoofdstuk 5. Conclusies & discussie	51
§5.1 Conclusies.....	51
§5.2 Discussie	54
Hoofdstuk 6. Aanbevelingen	55
Hoofdstuk 7. Geraadpleegde bronnen.....	57
Bijlage 1: Interviews	59
Bijlage 2: Enquête.....	61
Bijlage 3: Labelingssysteem.....	65
Bijlage 4: categorieënindeling Peilingen SP.....	68

Voorwoord

Een afstudeerscriptie schrijven over de effecten van de eigen bijdrage in de GGZ, een goed excuus om vijf maanden lang rond te mogen lopen bij de Tweede Kamerfractie van de SP in Den Haag! Het was bijzonder interessant om kennis te maken met de landelijke politiek van dichtbij. De timing was dan ook behoorlijk goed te noemen. Mijn stage- en afstudeerfase vielen precies samen met de Catshuisonderhandelingen, de val van Kabinet Rutte, het Lente-akkoord, het vertrek van Brinkman uit de PVV-fractie, lijsttrekkersverkiezingen bij de PvdA, het CDA en Groenlinks en de campagne voor de Tweede Kamerverkiezingen. Een spannende tijd, waarin de SP onder leiding van Emile Roemer, groeit in de peilingen.

Zonder de steun en medewerking van heel wat mensen was dit onderzoek niet tot stand gekomen. Allereerst bedank ik alle mensen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek: de zorgverleners in de GGZ die hebben deelgenomen aan de interviews of de enquête en de cliënten en huisartsen die hebben deelgenomen aan de peilingen.

Ik bedank de SP fractie, en de fractie Zorg in het bijzonder (Eva, Hanne en Sjoerd) voor de steun en de fijne samenwerking. Renske, mijn stagebegeleidster, en Ineke bedank ik voor hun heldere inzichten en feedback. De professionaliteit van deze twee mensen is bewonderenswaardig.

Mijn afstudeerbegeleider Rense bedank ik voor zijn motiverende, optimistische en kritische begeleiding. Ik heb het schrijven van de scriptie, mede dankzij hem, altijd leuk blijven vinden.

Ik bedank ook de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht. Dankzij de flexibele houding die mijn leidinggevenden en mijn directe collega's altijd hebben gehad, kon ik mijn baan als begeleider combineren met de studie. Hans, Suzan, collega's van Utrecht Noord: dank jullie wel, ik had mijn werk niet willen missen.

Ten slotte bedank ik mijn ouders, zusjes en mijn hele familie, die mij altijd hebben gesteund in mijn enthousiasme voor school en studeren. En Wander, die mij jarenlang de benodigde tijd gunde om te kunnen studeren. Zeker voor het laatste jaar, een periode van verhuizen en verbouwen, ben ik hem veel dank verschuldigd.

Haal eruit wat erin zit, dat is mijn motto. Met deze instelling ben ik van de Havo naar het VWO gegaan, en van het HBO naar de Universiteit. Maar het was me nooit gelukt, als ik daarvoor de ruimte niet had gekregen. Nogmaals, iedereen, bedankt!

Samenvatting

De kosten in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) stijgen te hard, volgens het regeerakkoord tussen VVD en CDA. Daarom zag minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich genoodzaakt om maatregelen te nemen, onder andere in de vorm van een eigen bijdrage. Vanaf 1 januari 2012 betalen cliënten voor een behandeling in de tweede lijn eenmalig 200 euro per jaar voor Diagnose Behandelcombinaties (DBC's) langer dan 100 minuten. Voor een DBC korter dan 100 minuten is de eigen bijdrage 100 euro. Voor een behandeling in de eerste lijn wordt de eigen bijdrage verhoogd van 10 euro naar 20 euro per gesprek. Daarnaast geldt voortaan een maximum van vijf gedeeltelijk vergoede gesprekken per jaar, in plaats van acht gesprekken per jaar. De eigen bijdrage in beide lijnen geldt alleen voor volwassenen vanaf achttien jaar. Hulpverlening aan jongeren onder de achttien, crisisopnames tot 30 dagen evenals bemoeizorgtrajecten en gedwongen hulpverlening worden uitgezonderd van de maatregel.

Er is veel verzet geweest tegen de maatregel, van zowel cliënten als zorgverleners. De angst bestaat dat veel cliënten zullen afzien van noodzakelijke zorg. Dat zou ertoe kunnen leiden dat de gezondheid van een groep cliënten achteruit zal gaan en dat de kosten daarvan uiteindelijk hoger zullen worden voor de maatschappij in zijn geheel. Het was daarom nodig om vóór de Tweede Kamerverkiezingen wetenschappelijk onderzoek te doen naar de effecten van de eigen bijdrage in de GGZ. Met de resultaten van dit onderzoek kan een onderbouwd besluit worden genomen over een eventuele voortzetting van het beleid.

Om de benodigde data te verzamelen is gebruik gemaakt van expertinterviews met zorgverleners in de vier grote steden. Het betreft zowel GGZ instellingen met een breed zorgaanbod als GGZ instellingen met een gespecialiseerd aanbod en zowel vrijevestigde praktijken in de eerste lijn als vrijevestigde praktijken in de tweede lijn. Daarnaast is gebruik gemaakt van twee peilingen die de SP heeft uitgezet onder cliënten en onder huisartsen. Met deze mix van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden is een realistische beleidsevaluatie uitgevoerd. Hierbij zijn mechanismen en contexten in kaart gebracht, die ingrijpen op de werking van de maatregel.

De vraaguitval ligt bij de GGZ instellingen tussen de 10% en 33% met een gemiddelde van ongeveer 20%. Bij de vrijevestigde praktijken ligt de vraaguitval tussen de 0% en 80%, met een gemiddelde van ongeveer 25%. Deze vraaguitval is wellicht nog een onderschatting van het daadwerkelijke effect van de beleidsmaatregel, omdat in ogenschouw moet worden genomen dat verschillende partijen (gemeente, instellingen) de eigen bijdrage in sommige gevallen overnemen van een beperkte groep cliënten. Aan de andere kant is de vraaguitval wellicht een overschatting, omdat er met name uitspraken zijn gedaan over cliënten in de grote steden. In de grote steden zijn de effecten eerder te signaleren en iets sterker dan in de omliggende gebieden. Daarnaast was er in het begin van de maatregel veel weerstand en onzekerheid. Het zou kunnen dat een latere evaluatie een andere vraaguitval concludeert.

De cliënten die afzien van zorg zijn voor het merendeel cliënten die onvoldoende financiële middelen hebben om de eigen bijdrage te kunnen betalen. Het gaat hierbij met name om koopkracht, niet zozeer over het daadwerkelijke inkomen. Een klein gedeelte van de cliënten die afzien van zorg heeft onvoldoende motivatie of ziekte-inzicht om de eigen bijdrage te betalen. De probleemzwaarte heeft volgens de benaderde respondenten geen invloed op de beslissing van cliënten om de eigen bijdrage

wel of niet te betalen. Dat is in strijd met de beleidstheorie, zoals impliciet gesteld door minister Schippers, die ervan uit ging dat de mensen met de meest lichte problemen zouden afzien van zorg.

De consequenties hiervan zijn groot voor de cliënten zelf, voor de GGZ sector en naar verwachting ook voor de samenleving als geheel. Volgens de zorgverleners hebben de cliënten die afzien van zorg de GGZ namelijk wel nodig om hun psychische en fysieke gezondheid stabiel te kunnen houden. Voor de cliënten die afzien van GGZ geldt dat zij en hun zorgverleners verwachten dat hun gezondheid ernstig achteruit zal gaan (o.a. toename crises, dakloosheid, lichamelijke kwalen). Voor de GGZ sector geldt dat zij, vanwege de vraaguitval, bezuinigingsmaatregelen moeten treffen, zoals personeel boventallig maken, vastgoed afstoten en afdelingen sluiten.

Daarnaast vind er geen substitutie plaats van tweedelijns GGZ naar eerstelijns GGZ. Het aanbod eerstelijns GGZ is te beperkt. Bovendien geldt dat de kosten voor eerstelijns GGZ al na zes gesprekken hoger zijn voor de cliënt dan wanneer hij tweedelijns GGZ ontvangt. De keuze van cliënten en zorgverleners valt dan ook niet snel op eerstelijns GGZ.

De samenleving als geheel krijgt naar verwachting te maken met een stijging van kosten voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Hierbij valt te denken aan de vermindering van hun arbeidsproductiviteit, een toename van crisisopnames en een toename van justitiële kosten vanwege overlast.

Deze resultaten geven aanleiding om een negatief advies uit te brengen over eventuele voortzetting van dit beleid. Het verdient de aanbeveling om de eigen bijdrage zo snel mogelijk af te schaffen. Het blijkt lastig een besparing in de GGZ te bewerkstelligen via de cliënten die er gebruik van maken, wegens beperkte financieringsmogelijkheden. Een alternatief zou zijn om (veel) meer eerstelijns GGZ aan te bieden tegen een lagere prijs dan de huidige. De verhoging van de eigen bijdrage in de eerste lijn zal omwille van deze ontwikkeling teruggedraaid of, indien mogelijk, helemaal afgeschaft moeten worden. Het aanbieden van eerstelijns GGZ zal door de overheid gestimuleerd moeten worden, opdat instellingen en vrijgevestigde praktijken de financiële mogelijkheden krijgen dit aan te bieden.

Een resultaat dat in beginsel buiten de kaders van dit onderzoek valt, is het gegeven dat bijna alle geïnterviewde zorgverleners aangeven dat het financieringssysteem in de GGZ (Diagnose Behandelcombinaties) ten eerste niet goed bevalt en ten tweede uitnodigt te frauderen. Het is aan te bevelen om uitgebreider wetenschappelijk onderzoek te doen naar het systeem, opdat het systeem op minder tegenzin van de beroepsgroep kan rekenen en minder fraudegevoelig gemaakt kan worden.

Hoofdstuk 1. Inleiding

“Een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is cruciaal voor een samenleving. Mensen hebben recht op de beste zorg die er is.” Regeerakkoord 2010, p.17.

Met deze woorden begint het hoofdstuk ‘gezondheid’ in het regeerakkoord van de VVD en het CDA. Vervolgens wordt gesproken over de noodzaak om een aantal problemen in de zorg aan te pakken, namelijk de onevenredig stijgende kosten, een dreigend personeelstekort en de noodzaak om de kwaliteit te verbeteren. Voor de sector Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wordt vooral gefocust op de sterk stijgende kosten. Om deze kosten een halt toe te roepen, worden enkele ingrijpende bezuinigingen doorgevoerd. De bezuinigingsmaatregel die op veel verzet kon rekenen (protesten, media-aandacht en felle debatten in de Tweede Kamer) is het voorstel waar het in deze scriptie om draait: de eigen bijdrage in de GGZ.

§1.1 DE EIGEN BIJDRAGE IN DE GGZ

Het idee van een eigen bijdrage is niet nieuw. Onder andere oud-minister Klink, in het vorige kabinet verantwoordelijk voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), heeft in zijn regeerperiode plannen gemaakt om cliënten in de GGZ te laten meebetalen aan de zorg. Klink verwoordde zijn motivatie als volgt: *“De totale uitgaven van de GGZ zijn met bijna 100% gestegen van circa € 2,6 miljard in 2000 naar circa € 5,1 miljard in 2009. (...) Een eigen bijdrage is mijns inziens gerechtvaardigd, aangezien de vraag naar de GGZ de afgelopen jaren fors is gegroeid. Bovendien noodzaakt de financiële situatie nu de introductie van een eigen bijdrage”* (Kamerstukken II 2010/11, 29 428, nr.133) Met deze laatste opmerking doelde Klink op de financiële crisis waar Nederland mee te maken had en heeft. Destijds (2010) zijn deze plannen niet doorgezet, omdat er geen Kamermeerderheid was vóór invoering.

Minister Schippers van VWS volgt de redenering van haar voorganger en vindt daarnaast een Kamermeerderheid vóór invoering vanaf januari 2012. Minister Schippers stelt de Tweede Kamer met een brief op 10 juni 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 118) op de hoogte van haar plannen met de GGZ. De eigen bijdrage maakt onderdeel uit van een pakket aan bezuinigingsmaatregelen in de GGZ met een totaalomvang van bijna 600 miljoen euro. In dit onderzoek wordt ervoor gekozen drie specifieke onderdelen uit dit omvangrijke pakket te belichten. Deze drie onderdelen, die samen een besparing moeten opleveren van 161 miljoen euro (p.78, begroting) zijn de volgende:

- Invoering eigen bijdrage tweedelijns GGZ¹ (besparing: € 144,2 miljoen)
- Verhoging van bestaande eigen bijdrage eerstelijns GGZ² (besparing: € 6,8 miljoen)
- Verlaging aantal zittingen eerstelijns GGZ (besparing: €10 miljoen)

¹ Tweedelijns GGZ is specialistisch en wordt gegeven door professionals, zoals psychiaters en klinisch psychologen-psychotherapeuten die een opleiding hebben gevolgd voor een specifieke vorm van therapie. De zorg is gericht op mensen met relatief zware problematiek (Trimbos, 2006).

² Eerstelijns GGZ is generalistisch, laagdrempelig en heeft een preventief karakter. De zorg wordt gegeven door huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen. De zorg is gericht op mensen met relatief lichte problematiek (Trimbos, 2006).

Vanaf 1 januari 2012 wordt de eigen bijdrage voor eerstelijns GGZ verhoogd van 10 euro naar 20 euro per gesprek. Een gesprek kost gemiddeld ongeveer 85 euro, de overgebleven 65 euro betaalt de zorgverzekering. Daarnaast geldt voortaan een maximum van vijf gedeeltelijk vergoede gesprekken per jaar, in plaats van acht gesprekken per jaar. In de tweede lijn betalen cliënten voor een behandeling eenmalig 200 euro per jaar voor Diagnose Behandelcombinaties (DBC's) langer dan 100 minuten. Voor een DBC korter dan 100 minuten is de eigen bijdrage 100 euro. Honderd minuten is ongeveer gelijk aan een intakegesprek met bijbehorende administratieve werkzaamheden. De maatregel wordt voortaan in dit stuk kortweg aangeduid als 'eigen bijdrage'.

De eigen bijdrage in beide lijnen geldt alleen voor volwassenen vanaf achttien jaar. Jongeren onder de achttien, crisisopnames tot 30 dagen evenals bemoeizorgtrajecten en gedwongen hulpverlening worden uitgezonderd van de eigen bijdrage (Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 130). Volgens GGZ Nederland, de koepelorganisatie van zorgverleners in de GGZ, maakten in 2009 ongeveer 656.500 cliënten van achttien jaar en ouder gebruik van tweedelijns GGZ, voor de eerstelijns GGZ wordt uitgegaan van ongeveer 125.000 cliënten (GGZ Nederland, 2010). Een groot gedeelte van de GGZ wordt gefinancierd door de Zorgverzekeringswet (ZVW). Hieronder vallen vooral de interventies die gericht zijn op behandeling. De interventies die voornamelijk gericht zijn op begeleiding, worden gefinancierd door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Er gold al een eigen bijdrage voor GGZ dat gefinancierd werd door de AWBZ, met de nieuwe maatregel krijgt de GGZ, gefinancierd vanuit de ZVW, hier dus ook mee te maken.

§1.2 BELEIDSPROCES

Theodore Lowi verdeelt beleid in drie typen: verdelend, herverdelend en regulerend beleid (Birkland, 2010, H.6). De eigen bijdrage is een voorbeeld van verdelend beleid in de vorm van een heffing. De eigen bijdrage komt ten laste van een specifieke groep in de samenleving, namelijk mensen die gebruik willen maken van GGZ. Verdelend beleid van dit type is controversieel, vanwege de keuze om alleen de groep psychiatrische patiënten te belasten en niet alle inwoners van Nederland. Daarnaast is het controversieel, omdat het wel voor psychische zorg geldt en niet voor somatische zorg. Er wordt een verschil gemaakt en dat kan leiden tot controverse. In dit geval gebeurde dat ook. Besluitvormers, zorgverleners, gemeentebestuurders, politie en cliënten hebben zich verenigd in coalities vóór of tegen de eigen bijdrage.

Voorstanders

De politieke partijen die de regeringscoalitie vormden tijdens de besluitvormingsfase van het beleid, waren CDA en VVD (met gedoogsteun van PVV). Deze drie partijen (76 zetels) waren voorstanders van de invoering van de eigen bijdrage. Ook de SGP gaf steun (2 zetels) aan het beleid. In de Tweede Kamer was er vanwege deze verdeling een meerderheid vóór invoering van de eigen bijdrage.

Tegenstanders

De oppositiepartijen PvdA, SP, GroenLinks, D66, CU en PvdD waren tegen de eigen bijdrage, maar waren met 72 zetels in de minderheid. Er werd buiten het parlement echter behoorlijk druk gezet vanuit andere hoeken, om meer politieke steun te vinden tegen de invoering van de eigen bijdrage. Er is een lobby tussen verschillende belanghebbenden op gang gekomen, om te protesteren tegen de invoering. GGZ instellingen, psychiaters, psychologen, cliënten, politie en gemeentebestuurders bundelden de krachten. Zo is psychiater Herman Groen een online petitie begonnen tegen de eigen

bijdrage, die bijna 28 duizend keer is ondertekend door professionals in de zorg en door cliënten (Spijkerman, 2012). Op woensdag 29 juni 2011 is met duizenden mensen geprotesteerd op het Malieveld in Den Haag (Vos, 2011). Verschillende koepelorganisaties in de GGZ, waaronder de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) hebben brieven naar de Tweede Kamer gestuurd, waarin zij uitleggen waarom de maatregel volgens hen, niet goed is (www.parlis.nl, geraadpleegd op 18 januari 2012). De NVVP schrijft dat zij verwachten dat de maatregel leidt tot uitvoeringsproblemen, verminderde toegankelijkheid van zorg en stigmatisering. De NVVP vreest dat het uitstellen en mijden van zorg, leidt tot verergering van de problematiek. De koepelorganisatie van cliënten- en familieorganisaties, het Landelijk Platform GGZ, is een rechtszaak gestart tegen Minister Schippers, omdat de maatregel discriminerend zou zijn (Spijkerman, 2012). De gedachtegang is dat een patiënt met een gebroken been geen eigen bijdrage moet betalen, terwijl een patiënt met een psychische aandoening dat wel moet doen. Gemeentebestuurders en politiekorpsen uitten zich eveneens kritisch. Zo voorzien de verantwoordelijke wethouders van de vier grote steden dat zwervers, verslaafden en psychisch gestoorden op straat komen te staan door de bezuinigingen. Dat is niet alleen vervelend voor de mensen die op straat komen te staan, maar vaak ook voor hun omgeving. De wethouders vrezen voor meer overlast en onveiligheid op straat. De Amsterdamse wethouder Van der Brug (VVD) laat bijvoorbeeld in NRC next weten: “Juist bij deze kwetsbare groep werken de bezuinigingen contraproductief (...) Investerings in de daklozenopvang leveren grote besparingen op bij terreinen als politie, justitie en veiligheid (...) Nu winst pakken is op termijn ernstig verlies lijden” (Wittenberg, 2011).

Druk op de politieke besluitvormers

De tegenstanders slagen er met hun acties veelvuldig in de media te bereiken. Vóór de invoering in januari werd vooral bericht over de zorgen voor cliënten die de eigen bijdrage niet zouden kunnen betalen. Landelijke kranten plaatsten zo'n 50 berichten over de eigen bijdrage in de periode juni tot en met december 2011 (bron: Centraal Informatiepunt (CIP), Tweede Kamer). Ook over de demonstratie op het Malieveld wordt uitvoerig bericht. In de Tweede Kamer wordt een debat aangevraagd, waarin verschillende moties worden ingediend. Een moties vóór opschorting van de geplande maatregelen (Kamerstukken 2010/11, 25 424, nr.128), ingediend door de oppositie, haalt geen meerderheid. Daarnaast worden verschillende moties ingediend waarin gevraagd wordt om kwetsbare groepen uit te zonderen van de eigen bijdrage. Deze kwetsbare groepen zijn bijvoorbeeld dementerende ouderen, of mensen onder een bepaald inkomen. De motie die de regering oproept zorgmijders uit te sluiten van de maatregel (Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr.123) is daarvan de enige die op een meerderheid in de Kamer kan rekenen. Voor andere groepen zegt Minister Schippers geen uitzondering te kunnen maken, vanwege de onuitvoerbaarheid hiervan (Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 130). Al met al is het de tegenstanders niet gelukt om de eigen bijdrage van tafel te krijgen. Op 1 januari wordt de maatregel daarom toch ingevoerd.

Na de invoering blijven de tegenstanders aanhouden. Instellingen berichten over schrijnende gevallen waarin cliënten de eigen bijdrage voor noodzakelijke hulp niet kunnen betalen. In de uitzending van 'Een Vandaag' op 20 maart 2012 wordt bericht over de vraaguitval bij de GGZ en de mogelijke gevolgen daarvan (www.eenvandaag.nl). De Amsterdamse korpschef Pieter-Jan Aalbersberg zegt in Psy (2012) dat hij verwacht dat het aantal incidenten (overlast) waar psychiatrisch patiënten een rol spelen toe zal nemen door de bezuinigingen in de GGZ. Ook Fred Teeven, staatssecretaris van Veiligheid en Justitie (VVD) schaart zich achter de tegenstanders. Ook hij

is bang voor een toename van kosten in het justitiële apparaat. De partijen blijven de media opzoeken en blijven pleiten voor afschaffing. Tegelijkertijd zoeken zij naar oplossingen voor cliënten. Verschillende partijen doen daarbij aanspraak op hun eigen reserves. Onder andere de gemeenten Rotterdam, Amsterdam en Utrecht stellen compensatieregelingen beschikbaar voor de laagste inkomensgroepen.

Kabinetscrisis

In april valt het kabinet Rutte en sindsdien is het onzeker wat er met de eigen bijdrage gebeurt vanaf 2013. Een aantal partijen ('Lente-coalitie') wil de maatregel 'verzachten', door bepaalde groepen uit te zonderen van de maatregel. Andere partijen willen de maatregel in zijn geheel afschaffen en de overige partijen willen de maatregel handhaven of hebben nog geen standpunt. Het zal onder meer afhangen van de zetelverdeling in een nieuwe coalitie na de verkiezingen op 12 september 2012.

§1.3 PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling bestaat uit de doelstelling en de vraagstelling van deze scriptie.

Doelstelling

Met mijn scriptie wil ik door middel van een realistische beleidsevaluatie de korte termijn effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ in kaart brengen. Op basis van het onderzoek zal ik een rapport inclusief onderbouwd beleidsadvies schrijven voor mijn opdrachtgever, de Socialistische Partij (SP).

Vraagstelling

De vraagstelling bestaat uit de onderzoeksvraag en deelvragen. De onderzoeksvraag van deze scriptie luidt als volgt:

Wat zijn de korte termijn effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ in de G4 voor cliënten, instellingen en leefbaarheid?

Met de korte termijn wordt in deze scriptie bedoeld op het jaar 2012. Ik beperk mij hierbij tot de vier grote steden (G4: Den Haag, Utrecht, Rotterdam en Amsterdam). Ik verwacht dat hier de effecten het snelst te observeren zijn. In de grote steden zitten de meeste zorgverleners in de GGZ en ook de meeste cliënten. Om de onderzoeksvraag verder te specificeren en af te bakenen zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Welke veranderingen in aantallen treden in 2012 op in zorgconsumptie van cliënten in eerste- en tweedelijns GGZ ten opzichte van 2011?
2. Wat zijn de kenmerken van de cliënten die afzien van zorg?
3. Welke gevolgen heeft de vraaguitval voor cliënten en zorgverleners in de GGZ?
4. In hoeverre zijn ongewenste effecten van de maatregel in termen van overlast te verwachten en te meten?

§1.4 RELEVANTIE

Met dit onderzoek zal kennis worden vergaard over de gevolgen van het instellen van een financiële prikkel voor cliënten in de GGZ. Empirisch onderzoek hiernaar is nooit eerder in Nederland uitgevoerd. Voor- en tegenstanders van de maatregel hadden geen betrouwbare bronnen op basis waarvan zij uitspraken konden doen over eventuele negatieve gevolgen. De maatregel is toch doorgezet en ingevoerd in januari 2012. Door ontstane kritiek en alarmerende uitspraken van de GGZ sector is het onzeker of de eigen bijdrage na de verkiezingen gehandhaafd blijft. Om een goed besluit te kunnen nemen moet er op korte termijn (in ieder geval vóór 12 september 2012) wetenschappelijk inzicht komen in de effecten van de maatregel. De korte termijn effecten kunnen alleen in beeld gebracht worden, op het moment dat de maatregel van kracht is.

Maatschappelijk gezien is deze scriptie relevant, omdat de maatregel geldt voor een grote groep mensen met psychiatrische problemen. Er zijn veel mensen in de samenleving die psychisch niet gezond zijn. Dat beperkt hun kwaliteit van leven, hun arbeidsproductiviteit en het heeft een negatieve invloed op hun omgeving. Dat brengt maatschappelijke kosten met zich mee. Met de heffing van een eigen bijdrage wordt een klein deel van deze kosten opgebracht door de cliënten zelf. De vraag is in hoeverre zij hiertoe bereid / in staat zijn. Zoals eerder aangegeven leeft de angst dat veel cliënten zullen afzien van noodzakelijke zorg. Dat zou ertoe kunnen leiden dat de gezondheid van een groep cliënten achteruit zal gaan en dat de kosten daarvan uiteindelijk hoger zullen worden voor de maatschappij in zijn geheel. Om deze angsten te kunnen bevestigen dan wel te ontkrachten is het nodig dit onderzoek te doen.

Hoofdstuk 2. Probleemanalyse en theoretische uitgangspunten

Deze scriptie heeft de vorm van een beleidsevaluatie die theoriegestuurd is. Volgens Clarke en Dawson (1999, p.31) is een evaluatie theoriegestuurd, wanneer deze gebaseerd is op een model, theorie of filosofie over hoe de beleidsmaatregel werkt. Minister Schippers heeft een argumentatie om aan te nemen waarom haar oplossing de juiste is. Deze theorie is soms duidelijk geëxpliciteerd, maar meestal niet. De theorie over hoe een maatregel werkt, is gebaseerd op een analyse van oorzaken van de kostenstijging in de GGZ. Dit wordt de causale beleidstheorie genoemd (Van Heffen, 2003, H.10). De causale beleidstheorie zal eerst worden uitgeschreven, alsmede de alternatieve theorie. Daarna worden verwachtingen met betrekkingen tot de maatregel besproken.

§2.1 CAUSALE BELEIDSTHEORIE

Volgens minister Schippers is geldverspilling aan te intensieve zorgtrajecten de kern van de oorzaak van het probleem van de stijgende kosten in de GGZ. De oorzaakgevolg relaties worden uitgewerkt in de brief van het ministerie van VWS (Kamerstukken II, 25 424, nr. 118, p.2) en zijn mede gebaseerd op verkenningen van het Trimbos-instituut (Lokkerbol & Smit, 2011).

Moral Hazard

Het Trimbos-instituut (Lokkerbol & Smit, 2011, p.9) geeft de eerste mogelijke oorzaak van verspilling aan, namelijk *moral hazard* gedrag. De theorie stelt dat verzekeringen, bedoeld om de consument te beschermen tegen financieel risico, als bijeffect hebben dat verzekerde mensen meer risico gaan nemen en meer gaan claimen. Het Trimbos-instituut verwoordt moral hazard als volgt: *“Verzekeringen hebben als bijeffect dat het consumenten de prikkel ontnemt om een gematigde zorgconsumptie na te streven. De wellicht overmatige zorgconsumptie volgt uit het feit dat na betaling van de verzekeringspremie de kosten voor de consument voor extra zorg minimaal zijn.”* (Lokkerbol & Smit, 2011, p.9). Iets is *overmatig*, als het geen noodzaak heeft, dus *onnodig* is. Er zou, met andere woorden, (te intensieve) GGZ gegeven worden aan mensen die aan minder genoeg zouden hebben. Schippers zelf zegt in het Nederlands Dagblad: *“De gezondheidszorg moet er alleen zijn voor zieke mensen”* (Mat, 2011). Ook minister Schippers neemt hiermee impliciet aan dat GGZ wordt verspild aan mensen die geen hulp nodig hebben. Blijkbaar worden deze mensen wel als ziek erkend door professionals. Anders zouden huisartsen hen immers niet doorsturen en zouden GGZ-hulpverleners hen niet behandelen. De verborgen aannames in deze theorie zijn dus dat huisartsen te veel mensen doorsturen en dat GGZ-hulpverleners overdiagnosticeren.

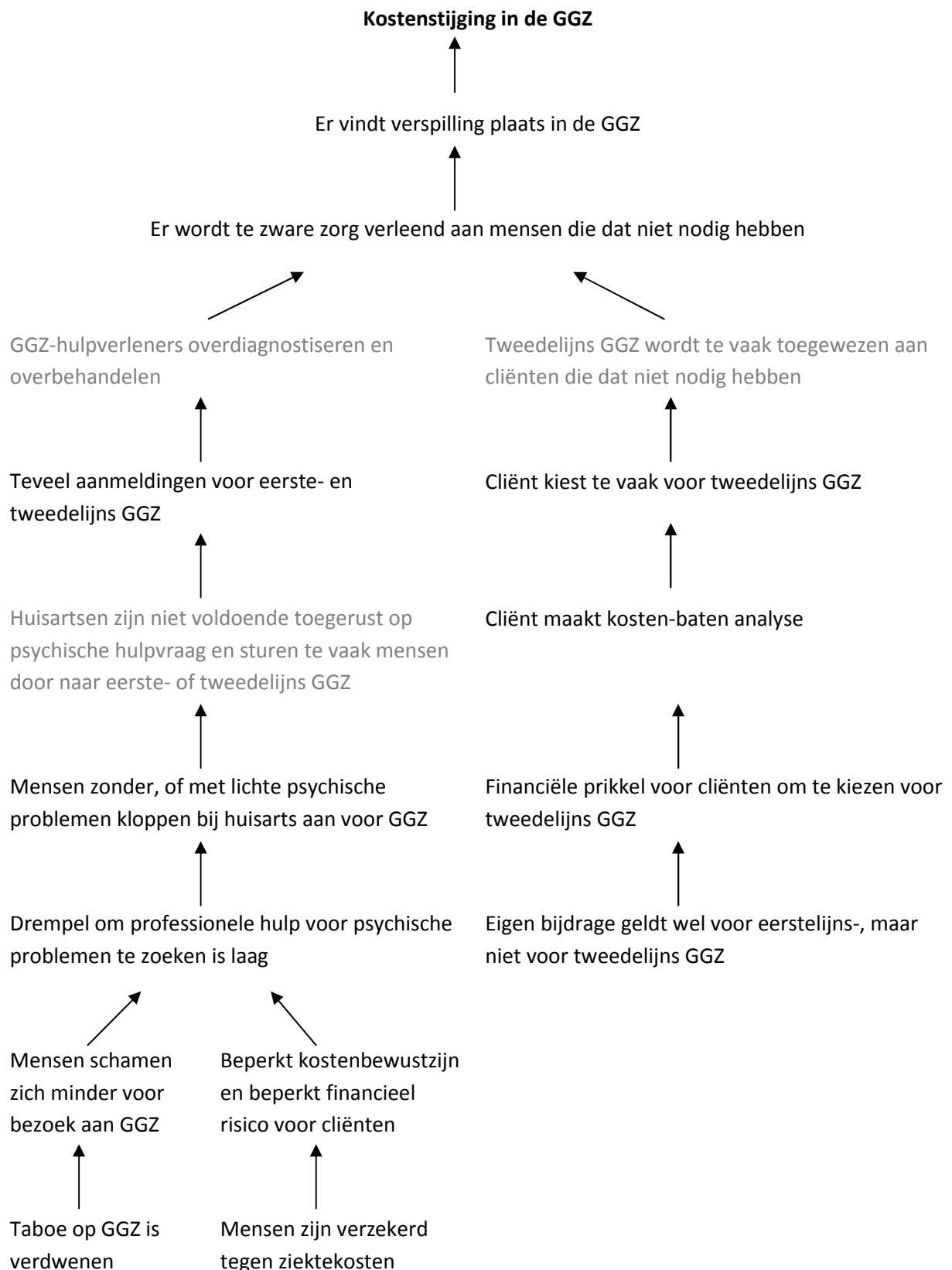
Taboe verdwenen

Minister Schippers stelt in het Nederlands Dagblad nog een andere oorzaak aan de kaak: *“Doordat het taboe er af is, wordt de GGZ ook gebruikt door mensen met problemen die zij in eigen kring kunnen oplossen”* (Mat, 2011). Deze oorzaakgevolg relatie bevat een aantal veronderstellingen: wanneer het taboe op psychiatrische hulpverlening er af is, zullen mensen zich er minder voor schamen dat zij bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater bezoeken. Wanneer er geen schaamte meer is, wordt de drempel om naar de GGZ te gaan lager. Als de drempel laag is, zullen mensen te snel professionele hulp inroepen. Ook in deze theorie wordt ervan uitgegaan dat mensen de hulp van de GGZ onnodig en te snel inroepen.

Eigen bijdrage slechts in eerste lijn

Schippers geeft aan dat er met het heffen van een eigen bijdrage in eerstelijns GGZ een financiële prikkel is ingesteld voor cliënten om te kiezen voor tweedelijns GGZ in plaats van eerstelijns GGZ (Kamerstukken II, 25 424, nr. 118, p.2). Dit komt, omdat bij de eerstelijns GGZ vóór 2012 wel een eigen bijdrage gold en voor de tweedelijns niet. Doordat het voor cliënten voordeliger was, gebruik te maken van tweedelijns GGZ dan van eerstelijns GGZ, kozen zij vaker voor tweedelijns GGZ. Volgens haar werkte dit overmatig gebruik van tweedelijns GGZ in de hand. Dit is volgens Schippers ongunstig, omdat de GGZ in de tweede lijn voor de overheid veel duurder is dan GGZ in de eerste lijn. Hierdoor zijn de kosten in de GGZ dus hoger dan nodig. Er wordt in deze theorie aangenomen dat cliënten een kosten-batenanalyse maken bij hun afweging voor het type GGZ. Daarbij wordt de impliciete aanname gedaan dat hun keuze te vaak gehonoreerd wordt door de huisartsen en GGZ-hulpverleners.

Concluderend kan gezegd worden dat de beleidstheorie ervan uitgaat dat er te zware zorg wordt verleend bij lichte problematiek. Het mechanisme dat hiervoor verantwoordelijk is, kan samengevat worden als een prikkel voor cliënten om te snel te dure zorg af te nemen. In figuur 2.1 is de causale beleidstheorie uitgewerkt.



Figuur 2.1: Causale beleidstheorie. (Tekst in het zwart is expliciet benoemde aanname, tekst in het grijs is impliciete aanname).

§2.2 ALTERNATIEVE THEORIE

Volgens de SP wordt er in de GGZ geld verspild doordat de (goedkopere) eerstelijns GGZ op dit moment geen goed alternatief is naast de tweedelijns GGZ en doordat de marktwerking de GGZ onnodig duur heeft gemaakt. Deze oorzaakgevolg relaties worden kenbaar gemaakt in debatten die de SP voert en in rapporten die de SP uitbrengt (onder andere Palm e.a, 2008).

Onaantrekkelijke eerstelijns GGZ

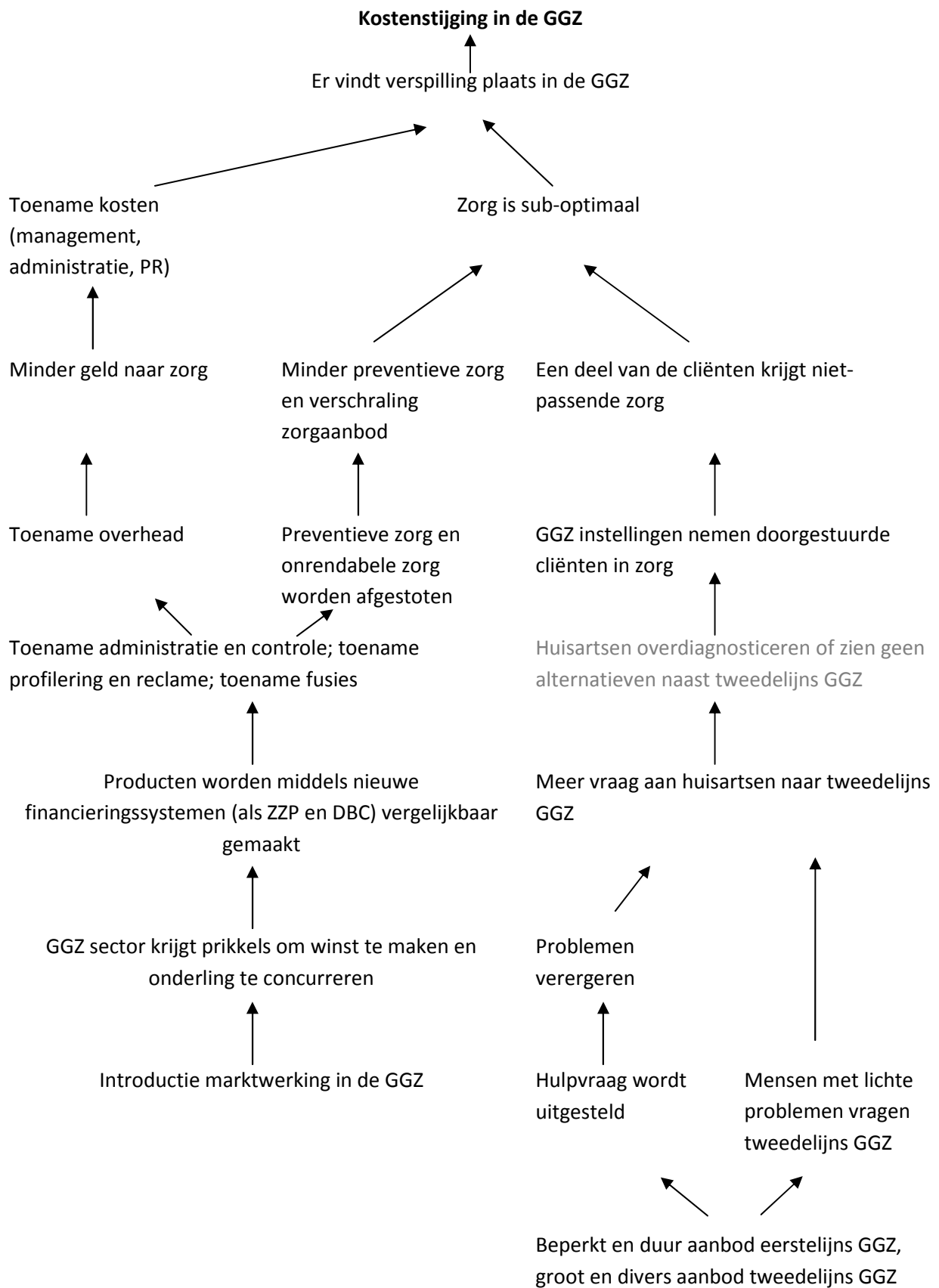
De eerstelijns GGZ is voor cliënten onaantrekkelijk in vergelijking met tweedelijns GGZ. De SP deelt deze zienswijze met Schippers. De SP geeft echter aan dat de prikkel om vervolgens te dure zorg af te nemen, niet vanuit de cliënten zelf komt, maar vanuit de GGZ sector. Op dit moment is verreweg het grootste GGZ aanbod tweedelijns. Het leveren van tweedelijns GGZ is voor instellingen rendabeler van het leveren van eerstelijns GGZ. Een onaantrekkelijke eerstelijns GGZ leidt volgens de SP enerzijds tot een onevenredig hoge vraag naar tweedelijns GGZ. Anderzijds kan het leiden tot het uitstellen van hulp. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut (2010, p.27) blijkt dat van de groep volwassenen met een psychische stoornis, gemiddeld 5,6 procent zegt wel graag professionele hulp te willen ontvangen, terwijl geen enkele hulp is gezocht. Door hulp uit te stellen kan de psychische gesteldheid van cliënten achteruit gaan. Op deze manier kan uiteindelijk een grotere vraag naar tweedelijns GGZ gecreëerd worden dan oorspronkelijk noodzakelijk.

Marktwerking in de GGZ

Volgens de SP is de geïntroduceerde marktwerking een oorzaak van geldverspilling in de GGZ. Om concurrentie tussen zorgaanbieders mogelijk te maken, moesten producten vergelijkbaar worden gemaakt. Hiervoor zijn systemen aangepast en is de financiering grotendeels gelijkgetrokken. Voor alle tweedelijns zorg geldt dat er vanaf 2008 gewerkt wordt met Diagnose Behandelcombinaties (DBC's). Naast de kosten van de invoering van dit nieuwe systeem, zijn kosten gemaakt door zorgverleners om volgens het nieuwe systeem te registreren. Volgens de SP is de hoeveelheid administratie erdoor toegenomen. Daarnaast heeft de introductie van marktwerking ertoe geleid dat instellingen zich moesten profileren en onderscheiden. Omdat GGZ instellingen voortaan winst moesten maken, hebben zij geïnvesteerd in zorg waarbij dit het best mogelijk was. Bij zorg waar moeilijk winst te behalen is, werd minder geïnvesteerd. Dit kan er echter toe leiden dat het zorgaanbod verschaalt en dat er minder passende hulp wordt gegeven. Kortom, door de marktwerking hebben instellingen veel geld moeten uitgeven aan zaken die niet (rechtstreeks) ten goede kwamen aan de zorg, zoals administratie, reclame en management.

Samengevat, de alternatieve theorie gaat ervan uit dat er te weinig eerstelijns GGZ wordt aangeboden en dat de introductie van marktwerking in GGZ kostenverhogend heeft gewerkt. Het mechanisme dat verantwoordelijk is voor de kostentoeename, kan samengevat worden als een prikkel voor GGZ instellingen om zorg aan te bieden die voor de overheid duur is.

In figuur 2.2 is de alternatieve theorie in een pijlenschema uitgewerkt.



Figuur 2.2: Alternatieve theorie. (Tekst in het zwart is expliciet benoemde aanname, tekst in het grijs is impliciete aanname).

§2.3 VERWACHTINGEN

De oplossing van het probleem ligt er al: het invoeren van de eigen bijdrage. De vraag is welke effecten er worden verwacht van de eigen bijdrage en waar deze op gebaseerd zijn.

Verwachtingen vanuit eerder onderzoek

Onderzoek dat zich specifiek richt op de effecten van deze specifieke maatregel is op dit moment zeer schaars. Er is bijvoorbeeld nog geen beleidsevaluatie naar deze maatregel gedaan. Dat is te verklaren wanneer de beperkte looptijd van de maatregel in ogenschouw wordt genomen. Indien binnen een breder kader gezocht wordt, vindt men ook onderzoeken naar effecten van de invoering van een eigen bijdrage en effecten van een eigen risico in de algemene gezondheidszorg in Nederland (Van der Maat & de Jong, 2010) en België (Schokkaert e.a., 2004). Echter, het is de vraag in hoeverre deze onderzoeken generaliseerbaar zijn op deze specifieke situatie. Het is bijvoorbeeld de vraag of het 'rem-effect' in de algemene gezondheidszorg even groot is als in de GGZ. Daarom is ervoor gekozen de scenarioanalyse van het Trimbos-instituut als uitgangspunt te nemen (Lokkerbol & Smit, 2011). Het Trimbos-instituut is een landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg. In de scenarioanalyse zijn de hoeken van het speelveld verkend, door de meest extreme effecten van de nog in te voeren eigen bijdrage in de GGZ in kaart te brengen. De studie neemt als vertrekpunt een theorie over prijselasticiteit. *"Prijselasticiteit is een maatstaf die aangeeft hoeveel procent de vraag naar zorg verandert, wanneer de prijs voor consumenten met 1 procent toeneemt"* (Lokkerbol & Smit, 2011, p.11). Na een verkenning van de beperkte beschikbare literatuur over prijselasticiteit in de zorg wordt besloten -0,15 als uitgangspunt te nemen. Dat betekent dat de vraag met 0,15% zakt, per 1,00% prijsverhoging. Met de invoering van de eigen bijdrage in 2012 zal er een behoorlijke prijsverhoging plaatsvinden. Indien deze prijsverhoging als uitgangspunt genomen wordt, kan een vraagdaling naar de gehele GGZ van 6,4% in 2012 voorspeld worden. Dat komt neer op een flinke kostenbesparing in de GGZ van ongeveer vijfhonderd miljoen.

Het Trimbos heeft vervolgens drie verschillende scenario's uitgewerkt. Deze drie scenario's maken onderscheid in de kenmerken van groep mensen die besluiten van zorg af te zien. Het scenario *'gemiddeld'* gaat er van uit dat de groep die verantwoordelijk is voor de vraagdaling, een gemiddelde ziektelast en een gemiddeld inkomen heeft in vergelijking met de totale groep mensen die gebruik maakt van de GGZ. Lokkerbol en Smit (2011) redeneren vervolgens dat er onder de groep mensen die besluiten van zorg af te zien, mensen zitten die vanwege het missen van zorg een slechtere gezondheid zullen hebben en minder productief zullen zijn. De opbrengsten van de lagere zorgvraag, zullen daarom voor een groot gedeelte teniet worden gedaan door verlies van gezonde levensjaren en productiviteit van een groep cliënten (Lokkerbol & Smit, 2011, p.19). Het scenario *'koopkracht'* gaat ervan uit dat de groep mensen die besluiten af te zien van zorg, geheel bestaat uit de groep mensen met de minste koopkracht, vertegenwoordigd door de werkloze populatie. De uitkomsten verschillen volgens Lokkerbol en Smit (2011) nauwelijks van het scenario *'gemiddeld'*. Ook hier zullen de verwachte inkomsten bijna geheel teniet worden gedaan door de stijgende kostenposten in de zin van productiviteitsverlies en ongezonde levensjaren. Het scenario *'gezondheid'* voorspelt de meest gunstige uitkomst. Namelijk een behoorlijke kostendaling in de GGZ, terwijl ziektelast en productiviteit (onder andere arbeid) van cliënten niet achteruit gaat. (Lokkerbol & Smit, 2011, p.25). Hierbij worden een aantal aannames gedaan (Lokkerbol & Smit, 2011, p.22). Zo wordt aangenomen dat de groep die besluit niet of niet langer gebruik te maken van GGZ bestaat uit mensen met de

minst ernstige psychische klachten. Er is daarbij gerekend met de extreme aanname dat de groep *geen* psychische klachten heeft. Mensen die geen klachten hebben, zullen geen negatieve effecten ondervinden van het missen van zorg. Deze zorg was voor hen immers onnodig. Het Trimbos-instituut benadrukt dat de aannames binnen alle scenario's zeer extreem zijn, en bovendien gebaseerd op gebrekkige wetenschappelijke peilers (Lokkerbol & Smit, 2011. p.13). Bovendien zijn de daadwerkelijke effecten afhankelijk van vele, met elkaar samenhangende, processen in de samenleving.

Verwachtingen voorstanders

Minister Schippers gaat uit van een iets genuanceerde versie van het meest gunstige scenario (*gezondheid*) van het Trimbos-instituut. Haar verwachting is dat de eigen bijdrage leidt tot een vraagdaling in de totale GGZ. Hoe groot deze vraagdaling volgens minister Schippers zal zijn, wordt niet geëxpliciteerd. Wel wordt een bedrag genoemd, namelijk een besparing van 161 miljoen. Dat is een lager bedrag dan waar het Trimbos-instituut in het meest gunstige scenario vanuit gaan, daarom ben ik ervan uit gegaan dat Schippers een lagere vraaguitval verwacht dan het Trimbos-instituut:

Hypothese 1: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van minder dan 6,4%.

De voorstanders gaan er (in lijn met het scenario 'gezondheid') van uit dat de groep mensen die door de heffing van een eigen bijdrage zal afzien van tweedelijns GGZ, voornamelijk bestaat uit mensen met lichte psychische problemen. Zij zullen eerder dan mensen met zware problemen afzien van zorg:

Hypothese 2: De zorgzwaarte van cliënten heeft in het keuzeprocess de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun financiële situatie.

De gevolgen voor cliënten die afzien van behandeling zullen volgens de voorstanders beperkt blijven. Omdat de groep mensen die afhaakt, voor het grootste gedeelte zal bestaan uit mensen met lichte problemen, zullen zij de hulp ook het minst nodig hebben gehad. Het missen van de hulp zal dan ook niet zoveel gevolgen hebben:

Hypothese 3: De gezondheid van de cliënten die de eigen bijdrage niet betalen blijft in 2012 stabiel ten opzichte van 2011.

De mensen met lichte psychische problemen die door de eigen bijdrage zullen afzien van tweedelijns GGZ kunnen (zo nodig) als alternatief terecht bij goedkopere of gratis vormen van hulp. Goedkopere zorgsoorten zijn bijvoorbeeld eerstelijns GGZ, e-health (hulpverlening via internet), consulten bij de huisarts en medicatieverstrekking via de huisarts. Bij gratis hulp kun je denken aan gesprekken met naasten of mantelzorgers. De verschuivingen bij verschillende vormen van hulpverlening kunnen (gezien de omvang van deze scriptie) niet allemaal getoetst worden. Ik heb ervoor gekozen de volgende hypothese te toetsen:

Hypothese 4: In 2012 zullen meer mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.

Verwachtingen tegenstanders

De tegenstanders gaan, in tegenstelling tot de voorstanders, uit van het scenario *koopkracht*, zoals omschreven in het rapport van het Trimbos instituut (Lokkerbol & Smit, 2011). Dit scenario gaat ervan uit dat de groep mensen die besluit af te zien van zorg, voor het grootste gedeelte bestaat uit

mensen met de minste koopkracht. Zij zullen eerder afzien van zorg dan mensen met meer koopkracht.

Hypothese 5: De financiële situatie heeft in het keuzeproses de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun zorgzwaarte.

Aangezien een groot gedeelte van de cliënten in de GGZ bestaat uit mensen met een laag inkomen of een uitkering, zal een grote groep mensen besluiten af te zien van GGZ. De tegenstanders gaan daarom uit van een sterkere vraagdaling dan de voorstanders en dan het Trimbos-instituut:

Hypothese 6: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van meer dan 6,4%.

De tegenstanders verwachten daarnaast dat mensen die de eigen bijdrage niet kunnen betalen, uit beeld zullen raken van de hulpverlening. Dat kan tot gevolg hebben dat de gezondheid van een grote groep mensen verder achteruit zal gaan, wat kan leiden tot een toename van ziekteverzuim, crisisopnamen en overlast in de maatschappij. Gezien de afbakening van deze scriptie is ervoor gekozen niet al deze mogelijke gevolgen te toetsen, maar slechts de volgende:

Hypothese 7: De gezondheid van mensen die besluiten van zorg af te zien, zal in 2012 verslechteren.

Hypothese 8: In 2012 zullen er meer meldingen worden gedaan van overlast door psychiatrische patiënten dan in 2011.

De SP spreekt daarnaast tegen dat er een substitutie zal plaatsvinden van tweedelijns GGZ naar eerstelijns GGZ. Hierin wordt de SP gesteund door de koepelorganisaties van vrijevestigde GGZ professionals: "Als de minister het aantal zittingen terugdringt tot vijf, zullen meer mensen een beroep doen op de veel duurdere tweedelijns specialistische zorg of de alsmaar uitdijende huisartsenzorg." Hieruit komen de laatste twee hypothesen naar voren:

Hypothese 9: In 2012 zullen minder mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.

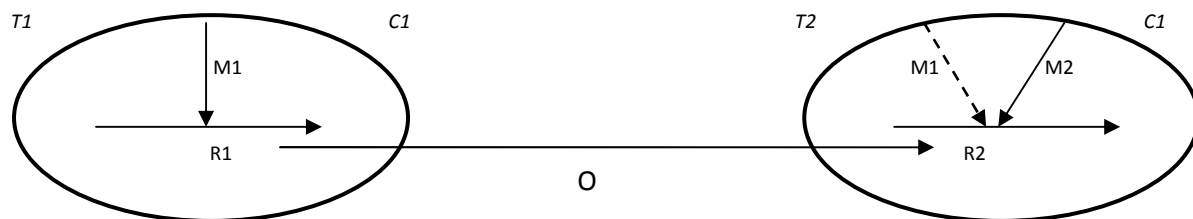
Hypothese 10: In 2012 zullen mensen met psychische klachten vaker een beroep doen op huisartsen dan in 2011.

Hoofdstuk 3. Methoden en data

Gezien de beschrijvende en verklarende vraagstelling naar effecten van een pas ingevoerde beleidsmaatregel is gekozen voor een 'realistische beleidsevaluatie'. Hierbij wordt een mix van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden ingezet. In dit hoofdstuk zal uiteen worden gezet hoe het onderzoek precies vorm wordt gegeven.

§3.1 REALISTISCHE BELEIDSEVALUATIE

Bij een realistische beleidsevaluatie worden niet alleen de effecten en uitwerkingen van een maatregel getoetst, maar wordt ook antwoord gegeven op de vraag *waardoor* en *onder welke omstandigheden* de maatregel wel of niet werkt: *"Causal outcomes follow from mechanisms acting in contexts"* (Pawson & Tilley, 1997, p.58). De vraag naar effecten is namelijk niet erg interessant, indien niet duidelijk is hoe en waarom de maatregel precies werkt. Als de mechanismen en contexten bij een beleidsevaluatie in beeld gebracht zijn kunnen gerichte aanbevelingen worden gedaan. Een CMO-configuratie is een manier om in beeld te kunnen brengen hoe het beleidsprogramma ingrijpt in mechanismen en contexten (figuur 3.1) (Pawson & Tilley, 1997, p.77). De C staat hierin voor de context, de M voor de mechanismen en de O voor Outcome (effecten).



Figuur 3.1 CMO-configuratie. Bron: Pawson & Tilley (1997, p.77).

In de figuur kan een aantal factoren worden onderscheiden, die op elkaar inwerken in de beleidsomgeving. De invoering van nieuw beleid moet een bepaalde regelmatigheid, het sociale probleem (R), oplossen of verlichten dat bestaat op tijdstip 1 (T1 = 2011). Op tijdstip 2 (T2 = 2012) wordt dit beleid geëvalueerd op de effecten. Op beide tijdstippen werken mechanismen (M) en context (C) in op het sociale probleem.

Mechanismen worden door Pawson en Tilley (1997, p.65) omschreven als verklaringen die dieper liggen dan het observeerbare gedrag. Indien een beleid succesvol wordt geïmplementeerd en uitgevoerd, zal het mechanisme (M1) dat verantwoordelijk was voor het probleem op tijdstip T1, op tijdstip T2 worden *vervangen* door een nieuw mechanisme (M2). Belangrijk hierbij zijn de omstandigheden, de context (C) op beide tijdstippen. Indien de omstandigheden op T1 en T2 verschillend zijn, kunnen beleidsuitkomsten behoorlijk beïnvloed worden. Het slagen van een beleidsmaatregel is voor een gedeelte afhankelijk van contextgerelateerde factoren, zoals de juiste mensen, een bepaalde mate van samenwerking, maatschappelijk draagvlak en de juiste fysieke plaats. In deze beleidsevaluatie staat R voor de verspilling van geld in de GGZ. In hoofdstuk 2 zijn in paragraaf 2.1 en 2.2 al mogelijke mechanismen omschreven die werkzaam zijn op tijdstip 1. In paragraaf 2.3 zijn mogelijke mechanismen omschreven die op tijdstip 2 werkzaam zouden kunnen zijn ten tijde van de uitvoering van het nieuwe beleid.

§3.2 ONDERZOEKSMETHODEN

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Een mix van onderzoeksmethoden wordt in 't Hart, Boeije en Hox (2005, p.286) 'methodetriangulatie' genoemd. Het doel hiervan is tweeledig, enerzijds wordt geprobeerd zoveel mogelijk aspecten te belichten, anderzijds wordt geprobeerd de waarnemingen te herhalen. Met de interviews en peilingen (kwalitatief) is geprobeerd zo veel mogelijk facetten van de observeerbare verschijnselen (bijvoorbeeld vraaguitval) in kaart te brengen. Mechanismen en context zijn hierbij opgehelderd. Met de enquêtes (kwantitatief) is vervolgens geprobeerd de waarnemingen te herhalen. Hieronder wordt per deelvraag beschreven welke eenheden, databronnen en methoden zijn gebruikt.

- **Deelvraag 1: Welke veranderingen in aantallen treden in 2012 op in zorgconsumptie van cliënten in eerste- en tweedelijns GGZ ten opzichte van 2011?**

Onderzoekseenheden

De onderzoekseenheden vormen in deze deelvraag de cliënten die eerste- of tweedelijns GGZ afnemen.

Databronnen

Ik heb ervoor gekozen zowel vertegenwoordigers van vrijgevestigde praktijken als vertegenwoordigers van grote GGZ instellingen uit de vier grote steden te bevragen. Daarnaast zijn huisartsen benaderd door de SP. Door deze brede groep zorgverleners in eerste- en tweede lijn als bron te gebruiken, ontstaat een behoorlijk compleet beeld van de veranderingen in zorgconsumptie.

Onderzoeksmethoden

De zorgverleners hebben een uitnodiging gekregen om deel te nemen aan een expertinterview, een enquête of een peiling. De SP heeft in april een peiling gedaan onder huisartsen, waarbij gevraagd werd naar ervaringen met de eigen bijdrage. Deze open vraag heeft uiteenlopende antwoorden opgeleverd, die achteraf gestructureerd zijn in een aantal categorieën (bijlage 4). De peiling is exploratief gebruikt, om in de expertinterviews en in de enquête meer gestructureerd te werk te kunnen gaan. Bij de expertinterviews zijn vragen gesteld aan een groep vertegenwoordigers van vrijgevestigde praktijken en aan vertegenwoordigers van grotere GGZ instellingen. Het expertinterview was semi-gestructureerd van aard ('t Hart, Boeije & Hox, 2005, hoofdstuk 8); de (voornamelijk open) vragen lagen van te voren vast. De vraagvolgorde evenals de manier waarop de vragen gesteld werden, lagen niet vast. In bijlage 1 is het interview opgenomen. De meeste interviews zijn face-to-face afgenomen, twee interviews zijn telefonisch afgenomen. Met behulp van deze kwalitatieve dataverzameling zijn context en mechanismen van de onderzoekseenheden opgehelderd. Daarnaast heb ik de expertinterviews gebruikt om de enquête te valideren. Door in het begin een zo compleet mogelijk plaatje te maken, kon ik in de enquête nog meer gestructureerd te werk gaan. Ook heb ik daardoor die vragen kunnen stellen, die door de respondenten goed te beantwoorden waren. De digitale enquête is verstuurd naar vertegenwoordigers van vrijgevestigde praktijken voor psychologie en psychotherapie. In de enquêtes lagen de voornamelijk gesloten vragen en de volgorde van de vragen vast. Er zijn minimaal 9 en maximaal 24 vragen gesteld (afhankelijk van de routing). In bijlage 2 is de enquête opgenomen. De enquête onder vrijgevestigden is het belangrijkste instrument om tijdens interviews gevonden resultaten te herhalen. Ik heb de

enquête niet bij de GGZ instellingen uitgezet. Ik verwachtte met interviews gedetailleerdere informatie te verkrijgen en bovendien was het aantal van vijf instellingen klein genoeg om binnen het tijdsbestek te kunnen interviewen.

- **Deelvraag 2: Wat zijn de kenmerken van de cliënten die afzien van zorg of goedkopere zorgsoorten kiezen?**

Onderzoekseenheden

In deelvraag 2 vormen de cliënten die afzien van zorg of goedkopere zorgsoorten kiezen de onderzoekseenheden.

Databronnen

Ik heb ervoor gekozen om niet de cliënten zelf te vragen naar deze kenmerken maar hun zorgverleners (vrijgevestigden en grotere instellingen in de vier grote steden). Ik heb hiervoor gekozen, omdat ik algemene gegevens nodig heb over grotere groepen cliënten, en geen cliënt-specifieke informatie. Deze indirecte meting heeft als nadeel dat het de betrouwbaarheid verlaagt.

Onderzoeksmethoden

De zorgverleners hebben met betrekking tot deze deelvraag een uitnodiging gekregen voor het face-to-face interview of de enquête, zoals beschreven bij deelvraag 1.

- **Deelvraag 3: Welke gevolgen heeft de invoering van de eigen bijdrage voor cliënten en personeel in de GGZ?**

Onderzoekseenheden

Bij deelvraag 3 zijn de onderzoekseenheden de cliënten die afzien van zorg en de zorgverleners in de GGZ.

Databronnen

Voor deze deelvraag zijn zowel zorgverleners als cliënten geraadpleegd. Aan zorgverleners is gevraagd naar de gevolgen voor hun praktijk of instelling en voor hun cliënten. De cliënten hebben gevolgen voor henzelf en hun directe omgeving omschreven.

Onderzoeksmethoden

De SP heeft in februari een peiling onder cliënten en GGZ personeel gedaan. Met een oproepje zijn zij uitgenodigd om hun ervaringen met betrekking tot de eigen bijdrage te delen. Hierbij zijn vele gevolgen gerapporteerd door cliënten en zorgverleners, die vervolgens door mij zijn gecategoriseerd. Bij de interviews en enquêtes is steeds meer gestructureerd gevraagd naar de gevolgen.

- **Deelvraag 4: In hoeverre zijn ongewenste effecten van de maatregel in termen van overlast te verwachten en te meten in de vier grote steden?**

Onderzoekseenheden

In deelvraag 4 vormen de cliënten die betrokken zijn bij meldingen van overlast de onderzoekseenheden.

Databronnen

De meldingen waarbij cliënten betrokken zijn worden onder de code 'E33' geregistreerd door politieagenten (convenant Politie-GGZ, 2011). Om deze gegevens te verzamelen is gebruik gemaakt van een informant (Jelle van Veen, coördinator van het samenwerkingsverband tussen de psychiatrie en de politie in de vier grote steden). Daarnaast zijn cijfers opgevraagd bij de afdelingen Werk & Inkomen van de G4 over dak- en thuisloosheid.

Onderzoeksmethoden

Ik heb de bovengenoemde databronnen telefonisch of per e-mail benaderd en een aantal open vragen aan hen gesteld met betrekking tot overlast waarbij psychiatrisch patiënten waren betrokken.

Omdat de er veel verschillende onderzoeksmethoden en databronnen zijn gebruikt in dit onderzoek, staat in tabel 3.2 een schematisch overzicht per deelvraag.

Tabel 3.2: Schematische weergave onderzoeksmethoden

Deelvraag	Onderzoekseenheden	Databronnen	Onderzoeksmethoden
1: Welke veranderingen in aantallen treden in 2012 op in zorgconsumptie van cliënten in eerste- en tweedelijns GGZ ten opzichte van 2011?	Cliënten	- vrijgevestigde praktijken uit G4 - GGZ instellingen uit G4 - huisartsen, uit heel Nederland	- interviews - enquête - peiling huisartsen
2: Wat zijn de kenmerken van de cliënten die afzien van?	Cliënten	- vrijgevestigde praktijken uit G4 - GGZ instellingen uit G4	- interviews - enquête
3: Welke gevolgen heeft de vraaguitval voor cliënten en zorgverleners in de GGZ?	Cliënten en zorgaanbieders	- vrijgevestigde praktijken uit G4 - GGZ instellingen uit G4 - cliënten uit heel Nederland	- interviews - enquête - peiling cliënten en professionals
4: In hoeverre zijn ongewenste effecten van de maatregel in termen van overlast te verwachten en te meten?	Cliënten	- Vertegenwoordigers politiekorpsen G4	- telefonische interviews

§3.3 SELECTIEMETHODEN

Bij de gebruikte databronnen is steeds afgewogen in hoeverre de data bruikbaar, representatief en toegankelijk waren. Dit heeft tot keuzes voor specifieke respondenten en informanten geleid en tot specifieke manieren om hen te benaderen.

Kennis over onderzoekseenheden

Ik heb die mensen benaderd die mij, vanuit hun specifieke rol, het meest konden vertellen over de onderzoekseenheden. Dat betekent voor de vrijgevestigden dat ik psychologen, psychiaters en psychotherapeuten heb benaderd. Bij de instellingen waren het in de meeste gevallen communicatieadviseurs of leden van een raad van bestuur. Voor de vertegenwoordigers van de politiekorpsen geldt dat zij allen contactpersoon waren voor hun regio inzake de samenwerking tussen GGZ en politie.

Steekproefmethoden

Bij de GGZ instellingen heb ik de mensen die ik heb geïnterviewd niet zelf geselecteerd. Ik heb aan de telefoon gevraagd naar de persoon die mij het meeste kon vertellen over de effecten van de eigen bijdrage in de GGZ. Nadat ik hiermee verbonden was, heb ik gevraagd of diegene wil meewerken aan het onderzoek.

De vrijgevestigde praktijken zijn eerst geselecteerd op lidmaatschap van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) of de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP). Deze twee beroepsverenigingen zijn de grootste beroepsverenigingen in eerste- respectievelijk tweedelijns GGZ. Op hun sites staan per plaats de beschikbare praktijken op een rijtje, waardoor de databronnen goed toegankelijk zijn. Daarna is een enkelvoudig aselechte steekproef uitgevoerd. Dat betekent dat de respondenten op volstrekt willekeurige wijze uit de populatie zijn genomen ('t Hart, Boeije & Hox, 2005, hoofdstuk 7). In dit geval zijn de respondenten genummerd van 1 tot 296, waarna een computer 20 toevalsgetallen heeft gegenereerd.

Voor de zorgverleners en cliënten die hebben deelgenomen aan de eerste SP peiling (uitgezet in februari) geldt dat zij zichzelf hebben geselecteerd. Zij hebben via de SP site en via de nieuwssite nu.nl een oproep van de SP beantwoord. Het nadeel van deze peiling is dat de mensen die negatief tegen de maatregel aankijken, zich waarschijnlijk veel vaker zullen melden dan mensen die er positief tegen aan kijken. De mensen die tegen de maatregel zijn, zullen daarom oververtegenwoordigd zijn. Voor de huisartsen die zijn benaderd voor de tweede peiling (uitgezet in april) geldt dat zij in 2010 hebben deelgenomen aan een (SP)-onderzoek naar werkomstandigheden. Deze 1000 huisartsen zijn gemaïld door de SP met een vraag naar hun ervaringen met de eigen bijdrage. Deze steekproef is dus niet aselekt. De twee peilingen zijn minder representatief. Ik heb de peilingen dan ook vooral exploratief gebruikt. Op basis van de informatie uit deze twee peilingen heb ik een keuze kunnen maken in interviewvragen en voorlopige enquêtevragen.

§3.4 OPERATIONALISERING

In deze paragraaf wordt een vertaalslag gemaakt van de abstracte begrippen in de onderzoeksvragen, naar specifieke omschrijvingen die zo concreet zijn dat ze waarneembaar, dus onderzoekbaar zijn. Voor dit proces van operationaliseren, zoals beschreven in 't Hart, Boeije & Hox

(2005, hoofdstuk 5), worden de gestelde hypothesen als startpunt genomen. Deze hypothesen zijn gerelateerd aan de deelvragen. In tabel 3.4 worden deelvragen en bijbehorende hypothesen schematisch weergegeven. Daarna wordt per hypothese besproken hoe deze onderzocht is.

Tabel 3.4: Schematische weergave deelvragen & hypothesen

Deelvraag	Hypothesen beleidstheorie	Hypothesen alternatieve theorie
1) Welke veranderingen in aantallen treden in 2012 op in zorgconsumptie van cliënten in eerste- en tweedelijns GGZ ten opzichte van 2011?	<p>1) In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van minder dan 6,4%.</p> <p>3) In 2012 zullen meer mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.</p>	<p>6) In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van meer dan 6,4%.</p> <p>9) In 2012 zullen minder mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.</p> <p>10) In 2012 zullen mensen met psychische klachten vaker een beroep doen op het huisartsensprekeuur dan in 2011.</p>
2) Wat zijn de kenmerken van de cliënten die afzien van zorg?	2) De zorgzwaarte van cliënten heeft in het keuzeproces de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun financiële situatie.	5) De financiële situatie heeft in het keuzeproces de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun zorgzwaarte.
3) Welke gevolgen heeft de invoering van de eigen bijdrage voor cliënten en zorgverleners in de GGZ?	<p>4) De gezondheid van de cliënten die de eigen bijdrage niet betalen blijft in 2012 stabiel ten opzichte van 2011.</p> <p>1) In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van minder dan 6,4%.</p>	<p>7) De gezondheid van de cliënten die de eigen bijdrage niet betalen, zal in 2012 verslechteren ten opzichte van 2011.</p> <p>6) In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van meer dan 6,4%.</p>
4) In hoeverre zijn ongewenste effecten van de maatregel in termen van overlast te verwachten en te meten?		8) In 2012 zullen er meer meldingen worden gedaan van overlast door psychiatrische patiënten dan in 2011.

Vraaguitval

- Hypothese 1: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van minder dan 6,4%.
- Hypothese 6: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van meer dan 6,4%.

Deze hypothesen zijn tegengesteld en worden daarom in de toetsing samengenomen.

Met een *vraagdaling* wordt bedoeld; een afname van cliënten die staan ingeschreven bij een zorgverlener in de GGZ, hetzij door minder aanmeldingen, hetzij door voortijdig stoppen met de behandeling. Voorwaarde is dat deze vraagdaling verband houdt met de eigen bijdrage. Vraagdaling wordt op verschillende manieren gemeten. In de interviews zijn de volgende vragen gesteld:

“Kunt u iets vertellen over het aantal aanmeldingen in vergelijking met vorig jaar? (Indien verschil): Zijn deze verschillen in aantallen volgens u een gevolg van de eigen bijdrage?”

“Kunt u iets vertellen over het aantal cliënten dat hun behandeling voortijdig stopt vanwege de eigen bijdrage?”

In de enquête is de volgende vraag gesteld:

“Heeft u het idee dat cliënten zich minder snel aanmelden en / of voortijdig stoppen met hun behandeling vanwege de invoering van de eigen bijdrage?” De respondenten kunnen vervolgens kiezen uit de volgende antwoordcategorieën: ‘Ja’, ‘nee’, ‘weet niet, geen antwoord’. (indien ja): “Vul schatting van het percentage in:”

De vraagdaling wordt op deze manier ingeschat volgens zelfrapportage. De antwoorden van de vrijgevestigden en praktijken worden afzonderlijk geanalyseerd. Niet alleen het percentage is van belang, maar ook de combinatie met kenmerken van zowel de zorgverlener als de cliënt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om vestigingsplaats en zorgaanbod van de zorgverleners en om sociaaleconomische achtergrond van de cliënten. Op deze manier wordt geprobeerd inzicht te krijgen in de mechanismen en contexten die een rol spelen bij de vraagdaling.

Verschuivingen

- Hypothese 3: In 2012 zullen meer mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.
- Hypothese 9: In 2012 zullen minder mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.
- Hypothese 10: In 2012 zullen mensen met psychische klachten vaker een beroep doen op het huisartsensprekeuur dan in 2011.

Om deze hypothesen te toetsen wordt in de interviews met eerstelijns psychologen gevraagd naar het aantal aanmeldingen in vergelijking met vorig jaar en naar verwijsgedrag van zowel eerste- als tweedelijns zorgverleners:

“Kunt u iets vertellen over het aantal aanmeldingen in vergelijking met vorig jaar? (Indien verschil): Zijn deze verschillen in aantallen volgens u een gevolg van de eigen bijdrage?”

“Verwijst u cliënten die besluiten niet bij u in zorg te komen vanwege de eigen bijdrage, naar andere vormen van hulpverlening? Zo ja, welke?”

Daarnaast wordt in de enquête gevraagd naar aanmeldingen en verwijsgedrag:

“Heeft u het idee dat cliënten zich minder snel aanmelden en / of voortijdig stoppen met hun behandeling vanwege de invoering van de eigen bijdrage?” De respondenten kunnen vervolgens kiezen uit de volgende antwoordcategorieën: ‘Ja’, ‘nee’, ‘weet niet, geen antwoord’. (indien ja): “Vul schatting van het percentage in:”

“Worden cliënten die vanwege de eigen bijdrage afzien van de behandeling, door u verwezen naar andere vormen van hulpverlening?” De respondenten kunnen vervolgens kiezen uit de volgende antwoordcategorieën: ‘ja’, of ‘nee, omdat’. Indien ja: “Waarheen verwijst u door?”. De respondenten konden vervolgens kiezen uit de volgende antwoordcategorieën: ‘naar eerste lijn’, ‘naar tweede lijn’, ‘naar huisarts’ ‘anders, namelijk’.

Eerst zullen de verschuivingen tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners worden geanalyseerd. Daarna worden gegevens over verwijsgedrag geanalyseerd. Met deze laatste gegevens worden mechanismen over welke zorgverleners waarheen verwijzen en waarom. Hierbij wordt ook de context opgehelderd.

Voor hypothese 10 wordt eerst geput uit de antwoorden op de vragen, zoals gesteld bij hypothesen 3 en 9. Daarnaast wordt geput uit antwoorden op de vraag die de SP heeft gemaakd aan ongeveer duizend huisartsen:

“Wat zijn uw ervaringen met de eigen bijdrage in de GGZ?”

De vraag is niet direct gekoppeld aan het aantal keer dat iemand met psychische klachten een beroep doet op het huisartsensprekuur. De huisartsen die een toename in hun praktijk signaleren, zullen dat eerder noemen dan de huisartsen die geen toename of een afname zien. Met deze vraag kunnen daarom geen harde uitspraken worden gedaan met betrekking tot de hypothese. De gegevens over verwijsgedrag, verkregen van andere zorgverleners, zijn sterker.

Kenmerken en motivatie van cliënten

- Hypothese 2: De zorgzwaarte van cliënten heeft in het keuzeprocess de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun financiële situatie.
- Hypothese 5: De financiële situatie heeft in het keuzeprocess de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun zorgzwaarte.

Deze hypothesen spreken elkaar tegen, daarom worden zij samengenomen in de toetsing. De invloed van de *zwaarte van iemands problematiek* dan wel de *financiële situatie* op diens *beslissing* wordt in de interviews gemeten met de volgende vragen:

“Kunt u iets vertellen over de probleemzwaarte van uw cliënten?”

“Kunt u iets vertellen over het de financiële situatie van uw cliënten?”

“Wat zijn redenen voor cliënten om te stoppen of zich toch niet aan te melden?”

“Heeft de zwaarte van iemands problematiek volgens u invloed op de beslissing wel of niet te betalen? Zo ja, op welke manier?”

“Heeft het inkomen van cliënten volgens u invloed op de beslissing wel of niet te betalen? Zo ja, op welke manier?”

In de enquête wordt hier als volgt naar gevraagd:

“Hoe schat u het (gezins)-inkomen in van de meeste van uw cliënten?” Antwoordcategorieën: ‘laag inkomen (uitkering / laag betaald werd / schulden)’, ‘modaal inkomen’, ‘bovenmodaal inkomen’, ‘gemixt’, ‘weet niet / geen antwoord’.

“Welke cliënten melden zich naar uw idee minder snel aan en/of stoppen voortijdig met hun behandeling?” Antwoordcategorieën: ‘voornamelijk cliënten met een lichte zorgvraag (bijvoorbeeld relatieproblemen, rouwprocessen, burn-out, werk/studiegerelateerde problemen)’, ‘voornamelijk cliënten met een zware zorgvraag (bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, depressie, angst, schizofrenie)’, ‘er is geen verschil tussen deze groepen cliënten op te merken’, ‘weet niet / geen antwoord’.

“Welke cliënten melden zich naar uw idee minder snel aan en/of stoppen voortijdig met hun behandeling?” Antwoordcategorieën: ‘voornamelijk cliënten met een laag (gezins)inkomen (uitkering, schulden of laagbetaald werk)’, ‘voornamelijk cliënten met een hoger (gezins) inkomen (bovenmodaal inkomen, goed pensioen)’, ‘er is geen verschil tussen deze groepen cliënten op te merken’, ‘weet niet / geen antwoord’.

“Wat speelt, volgens u, een doorslaggevende rol in de beslissing voor cliënten om de eigen bijdrage te betalen of niet?” Antwoordcategorieën: ‘het beschikken over voldoende geld’, ‘het beschikken over voldoende motivatie’, ‘het aantal consulten dat de cliënt nodig heeft / denkt nodig te hebben’, ‘de verwachting dat de behandeling werkt’, ‘anders’, ‘weet niet/geen antwoord’.

Gevolgen cliënten, instellingen en praktijken

- Hypothese 4: De gezondheid van de cliënten die de eigen bijdrage niet betalen blijft in 2012 stabiel ten opzichte van 2011.
- Hypothese 7: De gezondheid van de cliënten die de eigen bijdrage niet betalen, zal in 2012 verslechteren ten opzichte van 2011.

Deze hypothesen zijn tegengesteld aan elkaar, daarom worden zij bij de toetsing samengenomen.

Een *cliënt* is gedefinieerd als een persoon die vanwege psychische problemen hulp vraagt of ontvangt.

De *gezondheid* van de cliënten wordt gemeten door in de enquête en interviews aan zorgverleners te vragen naar hun verwachtingen en hun daadwerkelijke observaties van de psychische en lichamelijke gesteldheid van de cliënten. Daarnaast wordt geput uit de ervaringen van cliënten zelf, die zijn verzameld met de SP peiling.

Interviewvraag:

“Wat denkt u dat de gevolgen zijn voor cliënten die besluiten niet te betalen?”

Enquêtevragen:

“Wat verwacht u dat de gevolgen zijn voor cliënten die besluiten van zorg af te zien?” De respondenten kunnen kiezen uit de volgende antwoordmogelijkheden: ‘geen gevolgen’, ‘positieve gevolgen’, ‘negatieve gevolgen’, ‘weet niet / geen antwoord’.

“Welke positieve gevolgen verwacht u? (meerdere antwoorden mogelijk)”. Respondenten konden kiezen uit de volgende antwoordmogelijkheden: ‘meer eigen verantwoordelijkheid’, ‘zelfredzaamheid’, ‘verbetering / herstel psychische klachten’, ‘anders, namelijk’, ‘weet niet / geen antwoord’.

“Welke negatieve gevolgen verwacht u? (meerdere antwoorden mogelijk)”. Respondenten konden kiezen uit de volgende antwoordmogelijkheden: ‘minder passende hulpverlening’, ‘verslechtering psychische gezondheid’, ‘toename crisissituaties’, ‘toename dakloosheid’, ‘toename suïcidepogingen’, ‘verslechtering lichamelijke gezondheid’, ‘vermindering arbeidsparticipatie’, ‘vermindering maatschappelijke participatie’, ‘verslechtering gezinssituatie’, ‘anders, namelijk’, ‘weet niet / geen antwoord’.

“Welke van deze gevolgen heeft u daadwerkelijk gesignaleerd?” (met daarna keuze uit dezelfde antwoordmogelijkheden als de vorige vragen.

De SP peiling onder zorgverleners en cliënten, die is uitgezet met de volgende oproep (www.sp.nl).

“Juist het bundelen van alle ervaringen en gevolgen van de eigen bijdrage is nu erg belangrijk. Dus ik hoop van harte dat iedereen zijn ervaring wil mailen. Natuurlijk gaan we vertrouwelijk om met de gegevens en alle ervaringen zijn welkom, ook als die positief zijn”.

De antwoorden en reacties van de zorgverleners en de cliënten over de gezondheid van cliënten die afzien van zorg worden gezamenlijk kwalitatief geanalyseerd, waarbij gekeken wordt met welke kenmerken van cliënten of zorgverleners gezondheid samengaan. Op deze manier worden context en mechanismen inzichtelijk gemaakt.

- Hypothese 1: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van minder dan 6,4%.
- Hypothese 6: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van meer dan 6,4%.

De hypothesen zijn niet rechtstreeks gekoppeld aan de gevolgen voor de praktijken en instellingen, maar indirect: door de vraaguitval moeten zij wellicht maatregelen nemen. Hoe hoger de vraaguitval, hoe waarschijnlijker dat is. De vraaguitval wordt getoetst zoals eerder beschreven. Daarnaast wordt met een aantal volgende vragen getoetst in hoeverre maatregelen noodzakelijk zijn en welke dat zijn:

Interviewvragen:

“Houdt deze praktijk / instelling rekening met de gevolgen van de eigen bijdrage voor deze praktijk / instelling zelf?”

“Welke gevolgen verwacht u?”

“Heeft u nagedacht over mogelijke oplossingsrichtingen? Zo ja, welke zijn dat?”

Vragen die in de enquête gesteld zijn:

“Verwacht u dat u maatregelen moet nemen, vanwege de eigen bijdrage?”

Zo ja: “Welke maatregelen verwacht u te moeten nemen?” Antwoordmogelijkheden: ‘personeelsstop’, ‘personeel ontslaan’, ‘reclame maken’, ‘richten op andere doelgroep’, ‘bijscholing / specialisatie’, ‘anders namelijk’.

Gevolgen leefbaarheid

- Hypothese 8: In 2012 zullen er meer meldingen worden gedaan van overlast door psychiatrische patiënten dan in 2011.

De politie houdt overlastmeldingen waarbij psychiatrische patiënten betrokken zijn bij door deze meldingen te door agenten te laten coderen als ‘E33’. Naar deze gegevens is geïnformeerd bij de politiekorpsen van de vier grote steden, maar hierop kwam geen respons. Daarom is met de volgende vragen aan de politie uiteindelijk geprobeerd de hypothese te toetsen:

“Signaleert u effecten van de eigen bijdrage in uw stad/regio? Welke zijn dat?”

“Merkt u vanaf januari een toename/afname in meldingen van overlast veroorzaakt door psychiatrische patiënten?”

“Waar schrijft u een eventuele toename/afname aan toe?”

Daarnaast is aan gemeentefunctionarissen in de G4 gevraagd naar cijfers over dak- en thuisloosheid:

“De Tweede Kamerfractie van de SP is op zoek naar cijfers over dak- en thuislozen over 2011 en 2012. Kunt u cijfers geven van het aantal daklozen in 2011 en in 2012?”

§3.5 ANALYSEMETHODEN

Kwalitatieve analyse

De interviews zijn allen opgenomen met een voicerecorder. Daarna zijn alle interviews woordelijk uitgetypt. Met in het achterhoofd de onderzoeksvraag, de deelvragen en de gestelde hypothesen, is een ordening aangebracht van de informatie uit de interviews, op de manier zoals beschreven in Baarda, de Goede & Teunissen (2009, H11). Alle niet-relevante informatie is uit de teksten geschrapt, waarna relevante tekstfragmenten zijn overgebleven. Deze tekstfragmenten zijn gelabeld volgens het labelingsysteem, opgenomen in bijlage 4. Dit systeem is steeds verder verfijnd naarmate meer interviews werden gefragmenteerd en gelabeld. Daarna zijn verbanden tussen labels geanalyseerd. Hierbij is onderzocht welke combinaties van labels voorkomen, zodat verklaringen gegeven kunnen worden. De peilingen van de SP (onder huisartsen en onder cliënten en zorgverleners) zijn ook kwalitatief geanalyseerd. De teksten in de e-mails zijn gefragmenteerd en gelabeld volgens

categorieën (bijlage 5). Gezien de explorerende bedoeling van deze peilingen, zijn alleen beschrijvende analyses gedaan over de meest kenmerkende situaties.

Ik ben mij bij deze kwalitatieve analyse bewust geweest van het gevaar van vooroordelen voorafgaande aan de interpretatie van de onderzoeksgegevens. Ik heb daarom mijn meetinstrumenten en labelingsysteem door meerdere deskundigen laten beoordelen, ook wel 'peer-debriefing' genoemd (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009, p.194). Ook zijn de meetinstrumenten en het labelingsysteem opgenomen in de bijlagen.

Kwantitatieve analyse

De ingevulde enquêtes zijn geëxporteerd naar SPSS. De variabelen zijn gehercodeerd, zodat er statistische berekeningen mee konden worden uitgevoerd. Per hypothese is bekeken welke statistische analyse het meest bruikbaar was.

Hoofdstuk 4. Analyse en resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek uiteengezet. De verzamelde data zijn voor een gedeelte kwalitatief en voor een gedeelte kwantitatief. Eerst worden de respons en de kenmerken van de respondenten weergegeven, daarna worden de resultaten van achtereenvolgens de kwalitatieve en de kwantitatieve analyse per onderwerp beschreven.

§4.1 RESPONS

Interviews

De vijf benaderde instellingen wilden allen meewerken aan het onderzoek. De respons bij de GGZ instellingen is daarom 100 procent. De steekproef bij de vrijevestigde praktijken voor psychologie en psychotherapie bestond uit 20 praktijken, daarvan zijn 16 bereikt, waarvan 15 wilden meedoen. Hiervan heeft nog één praktijk afgezegd, het lukt niet een andere datum te plannen. Het aantal interviews met vrijevestigden is daarom uitgekomen op 14. De respons is $14/20 = 70\%$.

Enquêtes

De enquête is digitaal uitgezet. Het totaal aantal verstuurde enquêtes is uitgekomen op 296 (alle vrijevestigde praktijken uit de G4, aangesloten bij hun beroepsverenigingen minus de respondenten zonder een e-mailadres vermeld op de website van NVVP of LVE.). Daarvan zijn 113 enquêtes volledig ingevuld en geschikt bevonden voor de toetsing. De respons van de enquête is $113/96 = 38\%$.

§4.2 KENMERKEN RESPONDENTEN

Kenmerken geïnterviewde instellingen en praktijken

Voor de instellingen geldt dat ik de grootste generalistische GGZ aanbieders in de vier grote steden heb benaderd voor een interview aangevuld met een grote specialist in verslavingspsychiatrie en een grote specialist in forensische zorg. Wegens privacyoverwegingen worden de instellingen niet bij naam genoemd. Ik heb gekozen voor de grotere instellingen, vanwege de vollediger dekking die ik hiermee heb verkregen qua cliëntenaantallen en diversiteit van zorgaanbod. Deze vijf grote instellingen bieden gezamenlijk zorg aan ongeveer 250 duizend cliënten, dat komt neer op ongeveer een derde van het totale aantal cliënten in de tweedelijns GGZ. De instellingen hebben de hoofdvestiging in één of meer van de vier grote steden (G4), maar zij verlenen zorg over een groter werkgebied in Nederland. Voor drie van de vijf instellingen geldt dat zij een breed behandelaanbod hebben, waarvan verreweg het grootste gedeelte tweedelijns zorg betreft. De zorg varieert van residentieel (bijvoorbeeld langere opnames), semi-residentieel (bijvoorbeeld dagbehandelingen) en extramuraal (ambulante behandelingen). Daarnaast hebben zij ook nog een (relatief kleine) forensische tak. Voor twee van de vijf instellingen geldt dat zij zich gespecialiseerd hebben in een specifieke zorgtak, namelijk verslavingspsychiatrie of forensische zorg. De specialist in verslavingspsychiatrie hanteert een integrale aanpak van de verslaving en bijbehorende (andere) psychische problematiek. De specialist in forensische zorg biedt behandelingen aan in gedwongen en vrijwillig kader. Voor deze vrijwillige groep geldt de eigen bijdrage in de GGZ. Hierbij gaat het om

ongeveer 60 procent van de totale populatie. Het gaat in deze gevallen om mensen die strafbaar gedrag vertonen (huiselijk geweld, misbruik, stalking enzovoort), waarbij géén aangifte is gedaan.

De vrijgevestigde praktijken zijn allen gevestigd in de G4 en aangesloten bij hun beroepsvereniging. Van de 14 geïnterviewde vrijgevestigden werkten er 9 in de tweede lijn, 3 in de eerste lijn en 2 in zowel de eerste als de tweede lijn. De eerstelijns praktijken zijn hiermee ondervertegenwoordigd ten opzichte van de tweedelijns praktijken. De problematiek is over het algemeen zwaarder in de tweede lijn, dan in de eerste lijn. Hierbij moet worden aangetekend dat de problematiek die door psychotherapeuten behandeld wordt in de tweede lijn in veel gevallen wel lichter is dan bij de GGZ instellingen. Dat heeft te maken met de behandelmethode, waarbij het noodzakelijk is dat de cliënt enige inzicht heeft in de problematiek. De praktijken zijn in 7 gevallen eenmans en in 7 gevallen wordt door meerdere psychologen/psychotherapeuten gewerkt dezelfde praktijk. De meeste praktijken behandelen hoofdzakelijk volwassenen en hebben zich niet in één bepaalde doelgroep of behandelmethode gespecialiseerd. Twee praktijken richten zich op jongeren, twee praktijken richten zich op traumabehandelingen en één praktijk richt zich op arbeidsproblematiek. De praktijken verschillen in grootte, zo zien de meeste eenmanspraktijken tussen de 10 en 35 cliënten per week, meermanpraktijken zien tussen de 30 en 100 cliënten per week. Wegens privacyoverwegingen worden de geïnterviewde personen en praktijken niet bij naam genoemd.

Kenmerken geënquêteerde vrijgevestigden

De per e-mail benaderde vrijgevestigde praktijken zijn allen gevestigd in de G4 en aangesloten bij hun beroepsvereniging (NVVP of LVE). De mail is gestuurd naar 220 praktijken, aangesloten bij de NVVP (hoofdzakelijk tweedelijns), en naar 76 praktijken, aangesloten bij de LVE (alleen eerstelijns). De mail is niet verstuurd naar de praktijken die al hebben meegewerkt aan het expertinterview.

De enquête is in 53% van de gevallen ingevuld door tweedelijns praktijken, in 33% door eerstelijns praktijken en in 14% door praktijken, actief in beide lijnen. Deze verhouding bij de ingevulde enquêtes is ongeveer gelijk aan de verhouding eerste- en tweedelijns praktijken bij de verstuurde enquêtes. Beide lijnen zijn dus voldoende gerepresenteerd.

Kenmerken cliënten en zorgverleners SP meldpunten

Bij het meldpunt voor zorgverleners en cliënten in de GGZ hebben zich 234 mensen gemeld. Daarvan is 54% cliënt of iemand uit zijn of haar naaste omgeving en is 46% zorgverlener.

Van de 1000 benaderde huisartsen heeft de SP een paar honderd reacties gekregen. Er werden echter meer vragen gesteld over de gezondheidszorg. Het aantal huisartsen dat de vraag over de ervaringen met de eigen bijdrage heeft beantwoord is 61.

§4.3 VRAAGUITVAL

Bijbehorende hypothesen

- Hypothese 1: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van minder dan 6,4%
- Hypothese 6: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van meer dan 6,4%.

Kwalitatieve resultaten hypothesen 1 en 6

De hoogte van de vraaguitval varieert bij de verschillende instellingen en vrijgevestigde praktijken. De verklaring hiervoor ligt in de verschillende mechanismen (M) en contexten (C) die de geïnterviewden naar voren brengen.

De geïnterviewde instellingen met een breed zorgaanbod (drie van de vijf), geven aan dat de vraaguitval bij hen tussen de 13% en 20% ligt. Voor de instelling, gespecialiseerd in verslavingspsychiatrie, geldt dat de vraaguitval wat lager is dan bij de instellingen met een breder aanbod, namelijk 10%. Voor de specialist in forensische zorg geldt dat de vraaguitval juist veel groter is dan bij de instellingen met een breed zorgaanbod, namelijk tussen de 20% en 33%. De specialist in verslavingspsychiatrie denkt dat de lagere vraaguitval bij hen, vergeleken met de vraaguitval bij de GGZ instellingen met een breed zorgaanbod, onder andere te maken heeft met de klanttevredenheid. De specialist denkt dat deze bij hen hoger is dan bij de andere instellingen, waardoor cliënten gemotiveerder zijn en minder snel hun behandeling afbreken vanwege de eigen bijdrage. De specialist in forensische zorg geeft als verklaring voor de vraaguitval, die bij hen groter is dan bij de instellingen met een breed zorgaanbod, aan dat het waarschijnlijk te maken heeft met een gebrek aan motivatie voor forensische zorg:

“De meesten hebben ook geen interne lijdensdruk. Als je een depressie hebt, ga je naar de GGZ om het lijden te verminderen. Maar deze mensen lijden er niet direct zelf onder. Ze worden vaak gestuurd door familie. En dan moet je 200 euro eigen bijdrage betalen. Voor iets wat je eigenlijk helemaal niet wil! Dat is echt veel geld. En dan zeg je ‘laat maar zitten’.” Specialist in forensische zorg.

Bij de geïnterviewde vrijgevestigde praktijken is een sterk variërende vraagdaling te signaleren. Enkele praktijken merken helemaal geen verschil in aanmeldingen in vergelijking met vorig jaar, anderen merkten slechts in het begin van het jaar een afname. De verklaring die hiervoor werd gegeven is dat cliënten in het begin een beetje bang zijn, vanwege de onzekerheid over de precieze inhoud van de maatregel. Zodra daar wat meer duidelijkheid over kwam, stroomden de aanvragen weer binnen. De meeste praktijken (10 van de 14) signaleren echter een aanhoudende vraaguitval, die varieert van een klein percentage tot tientallen procenten:

“Vanaf november vorig jaar heb ik geen één aanmeldingen binnengekregen. Zelfs geen informatieverzoeken”. Vrijgevestigde 3, Amsterdam.

Daarnaast geven de praktijken ook een wisselend beeld in het aantal cliënten dat met de lopende

behandeling stopt in verband met de eigen bijdrage. Zo geeft ongeveer de helft van de geïnterviewde praktijken aan dat zij geen of slechts enkele cliënten hebben moeten uitschrijven, terwijl zowel cliënt als therapeut vond dat de behandeling nog niet was afgerond. Deze cliënten zijn wel gestopt, omdat zij de eigen bijdrage niet konden/wilden betalen. De andere helft van de geïnterviewde praktijken meldden een wat groter aantal cliënten dat voortijdig stopt met hun behandeling, zij noemen percentages van 10 á 15 van hun caseload.

Samengevat, grote instellingen met een breed zorgaanbod zien een gemiddelde vraaguitval van de 13 tot 20 procent. Bij de specialist in verslavingszorg is de vraaguitval iets minder hoog, gemiddeld 10 procent en bij de specialist in forensische zorg hoger, tussen de 20 en 33 procent. Bij de vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten is een grotere variatie in vraaguitval te signaleren dan bij de GGZ instellingen. Bijna alle geïnterviewde praktijken geven aan dat zij een in meer of mindere mate een terugloop signaleren van het aantal aanmeldingen sinds januari. Ongeveer de helft van de vrijgevestigden geeft aan dat hij of zij signaleert dat hun cliënten voortijdig stoppen met de behandeling. Bij vrijwel alle zorgverleners die geïnterviewd zijn, ligt de vraaguitval hoger dan 6,4%, zoals het Trimbos-instituut verwachtte.

De werkzame mechanismen en contexten die zijn opgehelderd worden in tabel 4.3.1 weergegeven.

Tabel 4.3.1: Vraaguitval: mechanismen en contexten

Vraaguitval	
Mechanismen	Contexten
Het ervaren van interne lijdensdruk zorgt ervoor dat mensen gemotiveerd zijn voor behandeling en dus niet snel zullen afzien van zorg.	Cliënten in de 'vrijwillige' forensische zorg ervaren veel minder interne lijdensdruk dan cliënten in de reguliere GGZ.
Onzekerheid over de inning van de eigen bijdrage zorgt voor angst, waardoor mensen de neiging hebben te gaan ontwijken en dus af zullen zien van zorg.	In het begin van het jaar was er veel onzekerheid over de inning van de eigen bijdrage.

Kwantitatieve resultaten hypothesen 1 en 6

Uit de enquête blijkt dat de gemiddelde gesignaleerde vraaguitval bij de vrijgevestigde praktijken 27% bedraagt, met een minimum van 0% en een maximum van 80%. De standaarddeviatie is 20. De vraaguitval bij eerstelijns praktijken is gemiddeld groter dan de vraaguitval bij tweedelijns praktijken. Bij eerstelijns praktijken is deze namelijk gemiddeld 37% en bij de tweedelijns praktijken 18%. Verreweg de meeste geënquêteerden (85%) signaleren een grotere vraaguitval dan 6,4%. Hiermee wordt de kwalitatieve analyse bevestigd.

Hypothese 6 : geverifieerd.

Hypothese 1 : gefalsifieerd.

§4.4 KENMERKEN EN MOTIVATIE VAN CLIËNTEN

Bijbehorende hypothesen

- Hypothese 2: De zorgzwaarte van cliënten heeft in het keuzeproces de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun financiële situatie.
- Hypothese 5: De financiële situatie heeft in het keuzeproces de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun zorgzwaarte.

Kwalitatieve resultaten hypothesen 2 en 5

Om inzicht te krijgen in de beweegredenen van cliënten om de eigen bijdrage wel of niet te betalen is allereerst geput uit de reacties die de cliënten zelf hebben geuit, bij de peiling van de SP in februari. Daarbij geven cliënten aan dat zij moeite hebben om de eigen bijdrage te kunnen betalen.

“Januari slaat nu al jaren meteen een krater in ons budget, maar nog nooit zo groot als nu. Naast allerlei andere instanties die aan het begin van het jaar hun inningen komen doen, zoals gemeentelijke heffingen en belastingen (à 600 euro), moet ik nu voor alle gezinsleden naast het eigen risico de 200 euro eigen bijdrage GGZ betalen. Dit is ruim meer dan in er in januari aan salaris binnenkomt.” Marjan uit V.

Er zijn geen reacties binnen gekomen van cliënten die zeggen de eigen bijdrage niet te willen betalen, omdat zij de zorg niet nodig zouden hebben. In de interviews zijn zorgverleners bevraagd naar de kenmerken van hun cliënten. De verschillen in vraaguitval per praktijk of instelling zijn te verklaren wanneer wordt gekeken naar verschillende (combinaties van) factoren. De geïnterviewde zorgverleners noemen dat een aantal cliënten beschikt over onvoldoende financiële middelen, onvoldoende ziekte-inzicht of onvoldoende motivatie. Voor wat betreft de financiële situatie geldt dat de instellingen en de meeste vrijgevestigden deze als meest verklarende factor zien.

“De portemonnee is altijd leidraad”, Vrijgevestigde 8, Amsterdam.

“Het belangrijkste is geld. Voor sommigen is het gewoonweg niet op te brengen. Dat zijn hele schrijnende gevallen”. Instelling met breed zorgaanbod 1.

Opvallend is dat de drie instellingen met een breed zorgaanbod aangeven dat bij de seniorenpsychiatrie en bij de chronische psychiatrie de vraaguitval hoger is dan bij de andere afdelingen. Deze instellingen geven aan niet precies te weten waardoor dit komt. Zij opperen dat het misschien te maken heeft met de hoogte van het inkomen. Ouderen hebben bijvoorbeeld vaak een klein pensioen en mensen met chronische psychiatrische problemen hebben in de meeste gevallen een uitkering. Opvallend is dat er geen aanwijzingen zijn dat mensen met lichte problemen eerder zouden afzien van hulp. Het feit dat de vraaguitval bij de afdelingen voor chronische psychiatrie juist hoger ligt dan gemiddeld, duidt eerder op het tegenovergestelde. Ik heb ook rechtstreeks gevraagd naar het veronderstelde mechanisme in de beleidstheorie met de volgende vraag: “Heeft u wel eens

het idee dat mensen te snel uw hulp inroepen?" Een vrijgevestigde therapeut meldde dat dit een enkele keer gebeurt en dat zij in zulke gevallen terugverwijst naar de huisarts. In de overige gevallen werd door de geïnterviewden geantwoord dat zij dit beeld niet herkennen.

"Mensen hikken er enorm tegen aan om echt hulp te zoeken. Als ze een drempel kunnen verzinnen om het niet te doen, dan doen ze dat. Ik hoor zo vaak van mensen die hier in behandeling zijn, dat men voor de stap naar mijn kamer, heel lang hebben uitgesteld. Soms maanden, of een jaar." Vrijgevestigde 6, Amsterdam.

"Therapie is niet leuk, niemand gaat voor zijn lol naar therapie. Dus het slaat helemaal nergens op." Vrijgevestigde 10, Den Haag.

Praktijken waarbij een grotere vraaguitval is gesignaleerd dan bij de andere praktijken, blijken vaker dan de anderen aan te geven dat de inkomensverdeling van hun cliënten ongeveer gelijk is aan die in de Nederlandse samenleving. Ook geven zij vaker dan andere praktijken dat veel mensen in hun praktijk werkloos zijn. Praktijken waarbij een kleinere vraaguitval is gesignaleerd dan bij de andere praktijken, geven vaker dan de anderen aan dat het inkomen van hun cliënten meestal hoger is dan gemiddeld in de samenleving:

"Sociaal-economisch zijn het ook niet de mensen die er het slechtst voor staan. Voor de mensen die hier komen is het zo'n heel groot probleem. Daar maken ze geen groot drama van." Vrijgevestigde 9, Utrecht.

Bijna alle vrijgevestigde praktijken geven aan dat hoger opgeleide cliënten in hun praktijk oververtegenwoordigd zijn in vergelijking met de verhouding in de Nederlandse samenleving. Dit wil echter nog niet zeggen dat al deze mensen ook een sterke financiële positie hebben:

"Er komen hier heel veel HBO en HBO+ binnen. Maar, lang niet altijd met geld! Ik heb heel veel mensen die werkloos zijn, arbeidsongeschikt zijn. Dus een uitkering hebben." Vrijgevestigde 2, Amsterdam.

Wat volgens de geïnterviewden ook meespeelt bij de beslissing voor cliënten om de eigen bijdrage wel of niet te betalen, zijn de factoren motivatie voor de behandeling en de frequentie van gesprekken.

"Ik denk eigenlijk toch dat motivatie het meest doorslaggevend is. Voordat ik voor mezelf begon, werkte ik alleen maar op particuliere basis, mensen betaalden zelf. En toen zat ik binnen een maand vol, niet alleen maar met rijke mensen. Mensen spaarden ervoor en waren gemotiveerd." Vrijgevestigde 7, Rotterdam.

De laatste verklarende factor die in de interviews naar voren komt, is de factor ziekte-inzicht:

“Mensen hebben vaak ook niet een goed ziektebeeld. Als je moet betalen voor iets waarvan je vindt dat je het niet nodig hebt, dan is dat lastig.” Instelling met breed zorgaanbod 1.

Samengevat, mensen zien af van zorg wanneer één of meer van de volgende aspecten een rol spelen: motivatie, ziekte-inzicht, financiële middelen. Het wel of niet hebben van financiële middelen is hierbij doorslaggevend. De zwaarte van de problematiek (hoe lichter, hoe sneller men afhaakt), speelt volgens de geïnterviewden geen rol. In figuur 4.4 staan de belangrijkste mechanismen en contexten opgesomd.

Tabel 4.4: kenmerken en motivatie: mechanismen en contexten

Kenmerken en motivatie	
Mechanismen	Contexten
Tevredenheid over de behandeling, interne lijdensdruk, ziekte-inzicht en een gevoel van eigenwaarde vergroten de motivatie van cliënten om zich te laten behandelen.	Cliënten in de forensische psychiatrie ervaren meestal geen interne lijdensdruk. Reguliere cliënten beschikken soms over weinig ziekte-inzicht en weinig eigenwaarde.
De financiële situatie van cliënten bepaalt of de cliënt in staat is de behandeling te volgen.	Cliënten en in het bijzonder oudere en chronische cliënten ontvangen meestal een uitkering, waardoor zij over beperkte financiële middelen beschikken.

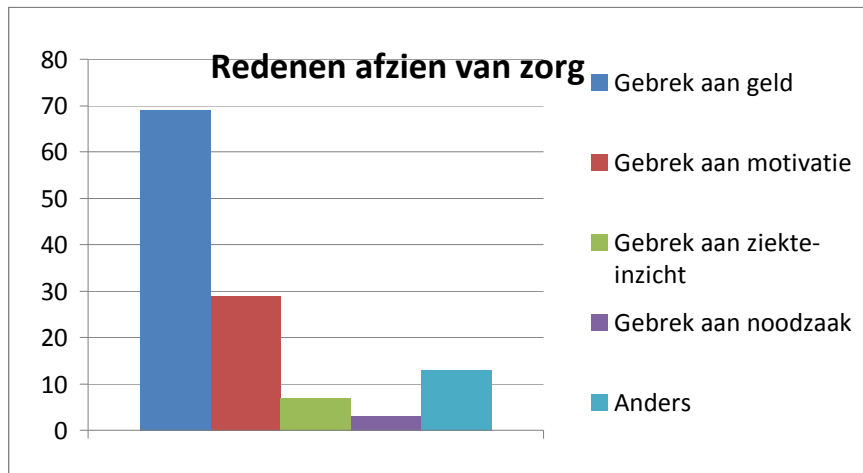
Kwantitatieve resultaten hypothesen 2 en 5

In de enquête is aan vrijgevestigden gevraagd een schatting te geven van het inkomen van de meeste van hun cliënten. De respondenten konden kiezen tussen vier antwoordcategorieën, waarvan de categorie ‘gemixt’ er één was. De overige categorieën zijn gehercodeerd tot ‘laag’, ‘modaal’ of ‘bovenmodaal’ (zie tabel 4.4). Omdat de meeste respondenten gekozen hebben voor de categorie ‘gemixt’ zijn op basis van deze verdeling geen betrouwbare uitspraken te doen over een eventuele samenhang tussen inkomen en vraaguitval. Onderstaande tabel (4.4) laat zien dat er geen consistent verband is af te leiden uit de gegevens. Een consistent verband zou er zijn wanneer de vraaguitval het laagst zou zijn bij de inkomenscategorie ‘laag’, in plaats van ‘modaal’. De resultaten waren wellicht anders geweest wanneer geen inkomenscategorie ‘gemixt’ was opgenomen in de enquête.

Tabel 4.4: Inkomen cliënten en gemiddelde vraaguitval.

Inkomen	Gemiddelde vraaguitval	N	Standaardafwijking
Laag	27,8	9	13,0
Modaal	30,3	31	21,2
Gemixt	25,2	53	20,5
Bovenmodaal	23,0	6	17,2

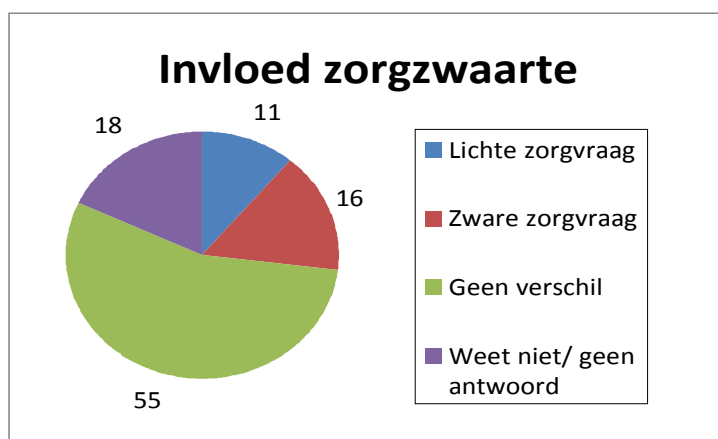
Om de hypothese te toetsen zijn in de enquête zijn nog drie vragen gesteld over kenmerken en motivatie van cliënten. Zo is gevraagd welke redenen cliënten die afzien van zorg geven tegenover hun zorgverleners. Uit onderstaand figuur (4.4.1) valt op te maken dat de meeste cliënten een gebrek aan geld als reden opgeven om hun behandeling te stoppen. Hierbij wordt aangetekend dat de gegevens indirect zijn, dus niet afkomstig van de cliënten zelf. Het zou kunnen dat de cliënten tegenover hun behandelaar een andere reden opgeven dan de eigenlijk reden.



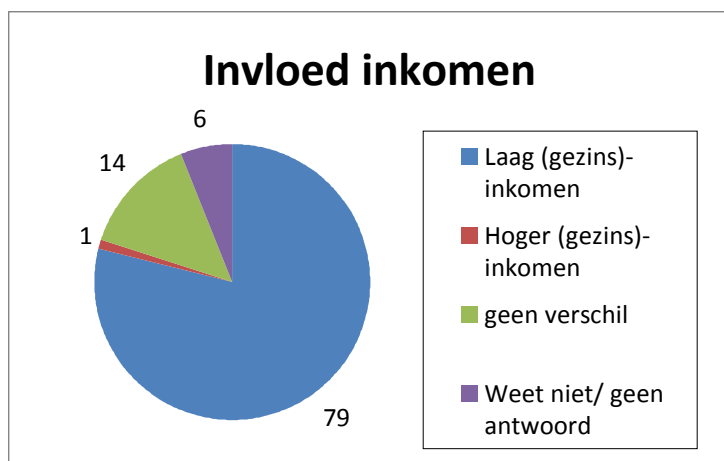
Figuur 4.4.1: Redenen afzien van zorg (in %).

Wanneer in de enquête gevraagd wordt naar de meest doorslaggevende reden voor cliënten om de eigen bijdrage wel of niet te betalen (één antwoord mogelijk), geven zij in 72% van de gevallen aan dat het hebben van voldoende geld het meest doorslaggevend is. In 10% van de gevallen wordt het hebben van voldoende motivatie als meest doorslaggevend gezien en in 7% wordt het aantal gesprekken dat de cliënten nodig denkt te hebben als meest doorslaggevend gezien. In 1% van de gevallen wordt de verwachting dat de behandeling werkt aangevinkt. In de overige gevallen (10%) noemen zij dat een combinatie van meerdere van de genoemde redenen doorslaggevend zijn.

Daarnaast is in de enquête aan vrijgevestigde gevraagd welke cliënten volgens de zorgverleners eerder/vaker afzien van zorg (zie operationalisering, paragraaf 3.4). Daarbij is eerst naar de invloed van zorgzwaarte gevraagd (figuur 4.4.2) en vervolgens naar de invloed van het inkomen (figuur 4.4.3).



Figuur 4.4.2: Zorgzwaarte cliënten die afzien van zorg (in %).



Figuur 4.4.3: *Inkomen cliënten die afzien van zorg (in %).*

Uit de figuren valt op te maken dat zorgverleners niet denken dat de zorgzwaarte invloed heeft op de afweging van cliënten. Zij denken wel dat de hoogte van het inkomen invloed uitoefent op deze afweging. Deze kwantitatieve resultaten bevestigen de kwalitatieve resultaten. Volgens de vertegenwoordigers van de vrijgevestigde praktijken heeft de financiële situatie in het keuzeprocess de eigen bijdrage wel of niet te betalen meer voorspellende kracht dan hun motivatie en/of hun zorgzwaarte.

Hypothese 2 : gefalsifieerd.

Hypothese 5 : geverifieerd.

§4.5 ALTERNATIEVEN

Bijbehorende hypothesen

- Hypothese 3: In 2012 zullen meer mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.
- Hypothese 9: In 2012 zullen minder mensen gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg dan in 2011.
- Hypothese 10: In 2012 zullen mensen met psychische klachten vaker een beroep doen op het huisartsensprekuur dan in 2011.

Kwalitatieve resultaten hypothesen 3, 9 en 10

Zorgverleners geven aan dat het lastig is te signaleren wat er met de cliënten gebeurt die besluiten af te zien van hulp. De mensen die zich niet aanmelden worden meestal niet gesproken, slechts de mensen die (bijvoorbeeld telefonisch) informeren naar een behandeling. Over hen en over de mensen die hun lopende behandeling stopzetten, kunnen wel uitspraken gedaan worden. Instellingen en vrijgevestigde praktijken geven aan dat veel cliënten terug naar hun huisarts gaan, soms voor een behandeling (gesprekken of medicatie) en soms voor een advies over hoe zij zorg kunnen ontvangen zonder geld te hoeven betalen. Voor zowel eerstelijns als tweedelijns praktijken wordt de huisarts echter als ongeschikt alternatief gezien:

“Nee, daar wordt de huisarts niet vrolijk van, denk ik. Daar heeft hij ook de kennis en de tijd niet voor.” Vrijgevestigde 4, Utrecht.

Uit de SP peiling onder huisartsen blijkt dat 28 van de 62 huisartsen aangeeft te merken dat zij meer patiënten met een psychische hulpvraag op hun spreekuur zien. Sommige huisartsen hebben hier geen problemen mee, zij proberen de gesprekken zo goed mogelijk over te nemen. In de meeste gevallen melden zij echter dat zij hier wel problemen mee hebben, omdat zij er geen tijd voor hebben en/of omdat zij er te weinig expertise voor in huis hebben.

“Verschillende chronische psychiatrische patiënten, die meestal van een uitkering leven, hebben hun behandeling in de GGZ stopgezet. Nu komen ze bij mij voor hun recepten. Hier zitten soms zware antipsychotica tussen waar ik als huisarts niet erg mee vertrouwd ben en die ik dus ook liever aan de psychiater had willen overlaten.” Huisarts.

In de interviews is gevraagd naar verschillende alternatieven die de zorg van de instellingen en vrijgevestigden zouden kunnen overnemen. Voor de vrijgevestigden geldt dat alle geïnterviewden aangeven dat zij het erg lastig vinden om een geschikt (en betaalbaar) alternatief te kunnen aanbieden. Voor instellingen en praktijken die in de tweede lijn actief zijn, geldt dat er weinig enthousiasme is om door te verwijzen naar de eerste lijn, wanneer cliënten de eigen bijdrage niet willen of kunnen betalen. De strekking van het verhaal is dat cliënten in de eerste lijn niet beter af zouden zijn. De zorg is volgens hen niet passend, waardoor cliënten niets aan de zorg zouden hebben. Daarnaast is tweedelijns GGZ al vanaf het zevende gesprek bij een eerstelijns psycholoog, goedkoper dan de eerste lijn. Immers, voor 5 gesprekken betalen zij 100 euro, daarna per gesprek á gemiddeld 85 euro. Na het zevende gesprek zijn de kosten dan opgelopen tot 270 euro, dat is 70 euro meer dan de eenmalige bijdrage voor tweedelijns GGZ.

“Niet dat eerstelijns psychologen slecht werken, dat bedoel ik niet. Maar onder die condities.. ze kunnen niet in vijf keer al iets betekenen. Dus dan is het weggegooid geld. Voor de patiënt, maar ook weggegooide tijd van de psycholoog.” Vrijgevestigde 1, Amsterdam.

Andersom geldt dat eerstelijns psychologen aangeven juist iets meer door te verwijzen naar de tweede lijn. Hiervoor geven zij dezelfde redenen als de behandelaars in de tweede lijn:

“Ik ben natuurlijk vreeselijk goed in mijn vak en mijn collega’s ook, maar wij kunnen niet toveren en vijf gesprekken zijn erg weinig. Dus moeten we mensen verwijzen naar de tweede lijn.” Vrijgevestigde.

Een aantal geïnterviewde praktijken geeft aan dat de problematiek van hun cliënten soms wel behandeld zou kunnen worden in de eerste lijn, mits daar meer gesprekken vergoed zouden worden:

“Soms is het eigenlijk wel meer eerstelijns problematiek, maar vijf sessies is echt veel te kort.”
Vrijgevestigde 7, Rotterdam.

Ik heb de instellingen gevraagd of al hun cliënten in de tweede lijn bij hen de meest passende zorg krijgen, en of er niet meer cliënten naar de eerste lijn zouden kunnen. Dit werd door de instellingen niet herkend:

“Dat zou betekenen dat we hier oneigenlijk zouden behandelen. Maar mensen die hier binnenkomen, die zijn echt 2^e lijns.” Instelling met breed zorgaanbod 1.

Zowel de instellingen als de vrijgevestigde praktijken proberen er alles aan te doen om de cliënt die zorg uitstelt of zorg mijdt toch in zorg te nemen, wegens gebrek aan alternatieven. Dat kan op verschillende manieren. Sommige instellingen en praktijken nemen de eigen bijdrage over in gevallen waarbij cliënten de eigen bijdrage echt niet kunnen betalen:

“Wij hebben besloten dat we de eigen bijdrage van cliënten die het niet kunnen betalen, in 2012 overnemen. Wij vinden namelijk dat mensen die zorg nodig hebben, zorg moeten krijgen.”
Specialist in verslavingspsychiatrie.

In andere gevallen wijzen instellingen en praktijken op potjes bij de gemeente of bij fondsen:

“Wij wijzen hen op alle mogelijkheden die er zijn om toch een vergoeding te krijgen, bijvoorbeeld via werkgever, via gemeente of via fondsen met wie wij intensief samenwerken. Die zijn dan bereid om de eigen bijdrage voor hen voor hun rekening te nemen.” Instelling met breed zorgaanbod 2.

De instellingen die de eigen bijdrage niet overnemen geven aan niet erg verheugd te zijn geweest, toen bekend werd dat enkele zorgverleners de eigen bijdrage voor hun rekening namen, omdat de gezamenlijke lobby tegen de maatregel hiermee verzwakt wordt. Anderzijds legt het ook druk op de andere instellingen en op de gemeenten om de eigen bijdrage óók te betalen.

“De minister doet hier alleen maar haar voordeel mee, het is een bevestiging van de aanname dat instellingen dus blijkbaar nog wel wat reserves hebben. Dat is een ontkrachting van onze lobby.” Instelling met breed zorgaanbod 1.

Wanneer deze alternatieven niet opgaan, wordt bij twee van de drie instellingen met een breed zorgaanbod, gekeken naar behandeling in het kader van bemoeizorg, welke is uitgezonderd van de eigen bijdrage:

“We proberen die criteria voor bemoeizorg zo ruim mogelijk te nemen. Met als risico dat we daar een hele hoop gedonder mee krijgen met de zvw.” Instelling met breed zorgaanbod 2.

Kortom, instellingen en praktijken zien de zorg die zij leveren in de meeste gevallen als noodzakelijk en onmisbaar. Zij proberen er alles aan te doen om de cliënten in zorg te kunnen houden. Zorgverleners in de tweede lijn verwijzen amper naar de eerste lijn, terwijl andersom wel doorverwijzingen plaatsvinden. Hoewel de huisarts niet als een geschikt alternatief wordt gezien, wordt hier wel naar (terug) verwezen door eerste- en tweedelijns instellingen en praktijken. Behandeling door de huisarts wordt gezien als beter dan geen behandeling. Ook wordt naar de huisarts verwezen, opdat deze wellicht over meer alternatieven beschikt dan hen om de cliënt verder te verwijzen. Deze kwalitatieve resultaten geven aanleiding om hypothesen 9 en 10 te bevestigen en hypothese 3 te ontcrachten. In tabel 4.3.2 staan de mechanismen en contexten die de geïnterviewden hebben gegeven.

Tabel 4.3.2: Verwijzen: mechanismen en contexten

Vraaguitval	
Mechanismen	Contexten
Eigen behandeling wordt gezien als meest geschikt, waardoor zeer beperkt wordt verwezen naar andere zorgtypen.	Beperkt aanbod van alternatieven naast de gegeven behandeling.
Eerstelijns behandelingen zijn al bij 7 ^e sessie duurder voor cliënt dan tweedelijns behandeling, waardoor eerste lijn geen populair alternatief is boven tweede lijn.	Eerstelijns GGZ is niet goedkoper dan de tweedelijns GGZ.
Omdat behandelaars niet weten wat de alternatieven zouden kunnen zijn, verwijzen zij terug naar de huisarts.	Beperkt aanbod van alternatieven naast de gegeven behandeling.
Vanwege aanhoudende druk van samenwerkingspartners en zorgen om de cliënten, betalen sommige zorgverleners eigen bijdrage zelf.	Zorgverleners ervaren veel druk van samenwerkingspartners en maken zich in sommige gevallen veel zorgen om de gezondheid van de cliënt.

Kwantitatieve resultaten hypothesen 3,9 en 10

De respondenten geven aan dat zij cliënten die afzien van behandeling, meestal (in 71% van de gevallen) *niet* doorverwijzen naar andere vormen van hulpverlening. In 44% geven zij aan dat er geen betaalbare alternatieven zijn. In 23% van de gevallen geven zij aan dat ze niet weten waar ze dan naar moeten verwijzen. In 17% van de gevallen geven zij als reden dat zij niet kunnen doorverwijzen, omdat ze de mensen die afzien van behandeling niet, of niet meer spreken. Het overige percentage (16%) van de respondenten heeft overige redenen ingevuld, zoals ‘andere hulpverlening is niet passend’.

In de gevallen dat de geënquêteerde vrijgevestigden wel doorverwijzen (29%) verwijzen zij in de 46% van de gevallen van de eerste lijn naar de tweede lijn en in 8% van de tweede lijn naar de eerste lijn. In 31% verwijzen zij naar de huisarts.

Het beeld dat in de interviews naar voren kwam wordt met de enquête bevestigd; er worden weinig geschikte alternatieven gezien voor de zorg die de cliënten nu ontvangen. Er vindt geen of nauwelijks substitutie plaats van tweedelijns GGZ naar eerstelijns GGZ, terwijl er wel andersom een substitutie plaatsvindt. Daarnaast wordt verwezen naar de huisarts. Dat betekent voor de hypothesen 3,9 & 10 het volgende:

Hypothese 3 : gefalsifieerd.

Hypothese 9 : geverifieerd.

Hypothese 10 : geverifieerd.

§4.6 GEVOLGEN CLIËNTEN, PRAKTIJKEN EN INSTELLINGEN

Bijbehorende hypothesen

- Hypothese 4: De gezondheid van de cliënten die de eigen bijdrage niet betalen blijft in 2012 stabiel ten opzichte van 2011.
- Hypothese 7: De gezondheid van de cliënten die de eigen bijdrage niet betalen, zal in 2012 verslechteren ten opzichte van 2011.
- Hypothese 1: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van minder dan 6,4%
- Hypothese 6: In 2012 vindt een algehele vraagdaling in de GGZ plaats van meer dan 6,4%.

Hypothesen 1 en 6 zijn in paragraaf 4.3 getoetst. Gezien het feit dat de gevolgen voor praktijken en instellingen afhankelijk zijn van de omvang van de vraaguitval, worden deze hier nogmaals genoemd.

Kwalitatieve resultaten hypothesen 4 en 7

De cliënten en zorgverleners die een reactie hebben gegeven op de SP peiling zijn, evenals de geïnterviewde instellingen en praktijken eensgezind over de gevolgen die zij verwachten voor cliënten die afzien van zorg. Bijna alle cliënten die hebben gereageerd op de SP peiling geven aan dat zij verwachten dat hun problematiek verergert, wanneer zij zouden afzien van zorg.

“Het verlies van werk en gezinsleven ervaar ik als een groot trauma. Ik erken dit, en zoek adequate psychische hulpverlening. Echter, de eigen bijdrage, plus de vele opstapelingen van andere bezuinigingen, weerhouden mij ervan om echt de stap naar hulp te kunnen zetten. Ik moet blijikbaar eerst ontsporen.” Henk K.

Instellingen benadrukken echter dat het nu nog te vroeg is om deze effecten daadwerkelijk te signaleren. De negatieve gevolgen voor de psychische gesteldheid van de cliënten (en hun gezin) staan bij de instellingen en praktijken op de voorgrond. Zij verwachten dat de meeste cliënten niet

zonder GGZ kunnen en daarom terug zullen keren in de GGZ. De verwachting is dat de problematiek bij terugkomst is verergerd:

“Het is wachten op de boemerang, want deze mensen zijn ziek en het uitstellen van de behandeling, maakt het nodeloos kostbaar. Om nog maar te zwijgen over de gevolgen van de kwaliteit van leven van deze mensen.” Instelling met breed zorgaanbod 3.

“Die redden het gewoon niet. Dan zakken ze gewoon helemaal weg en uiteindelijk denk ik dat die in een opname terechtkomen.” Vrijgevestigde 5, Utrecht.

De specialist in forensische zorg verwacht dat cliënten die zich niet meer vrijwillig laten behandelen zullen terugvallen in strafbaar gedrag, met negatieve consequenties voor het gezin of zijn of haar omgeving:

“Dan heb je het over zedendelinquenten, huiselijk geweldplegers, enzovoort. Dan gaan we wachten tot het nog erger is met alle gevolgen van dien voor het gezin!” Specialist in forensische zorg.

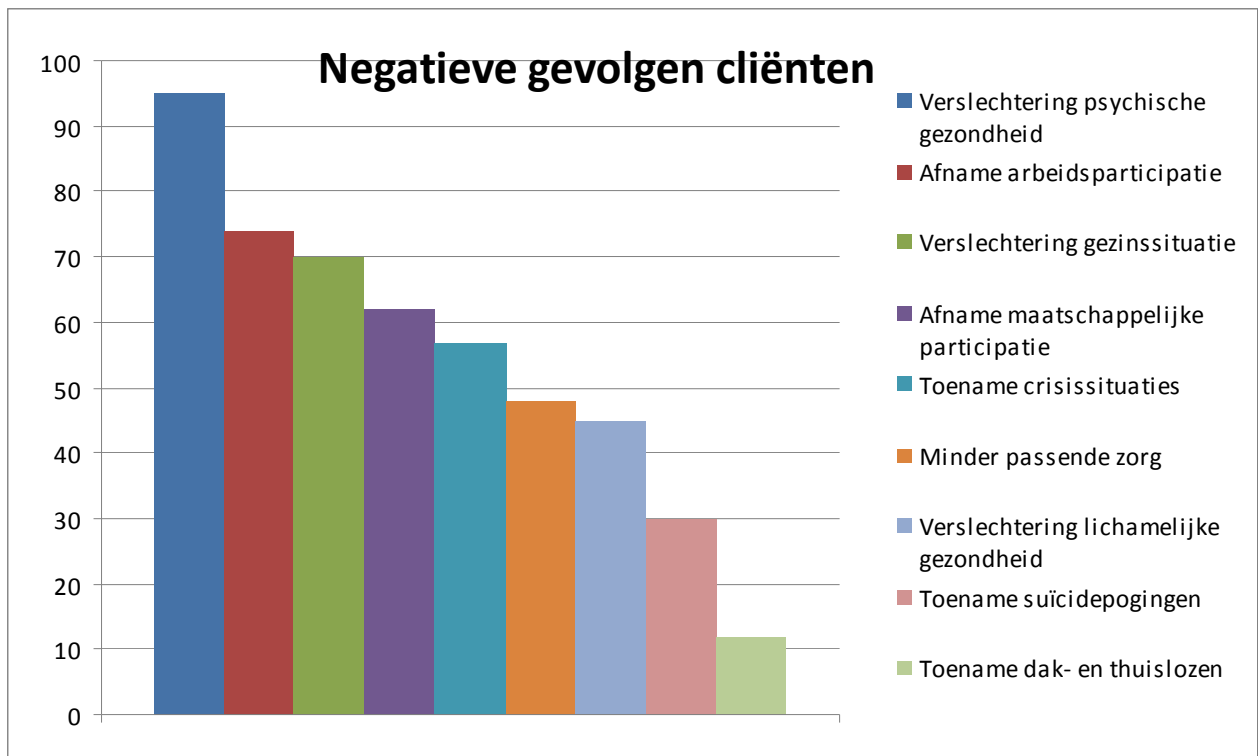
Een aantal geïnterviewden vreest naast de negatieve gevolgen op het psychische vlak ook voor negatieve gevolgen op het fysieke vlak. Zij geven aan dat vooral mensen in de lagere inkomensgroepen geneigd zijn te somatiseren en dus meer bij de huisarts terecht zullen komen. Huisartsen herkennen dit.

“Somatisatie wordt op die manier bevorderd: als ze met pijn op de borst per ambulance naar de EHBO worden afgevoerd krijgen ze ook de nodige (dure) aandacht, maar zonder eigen bijdrage.” Huisarts.

Kort gezegd, alle geïnterviewden *verwachten* dat met name de psychische gezondheid van cliënten die geen zorg meer ontvangen wegens de eigen bijdrage, achteruit zal gaan. De geïnterviewden hebben nog geen cliënten daadwerkelijk zien terugkeren bij hun instelling of praktijk.

Kwantitatieve resultaten hypothesen 4 en 7

In de enquête is gevraagd naar te verwachten gevolgen en naar daadwerkelijk gesignaleerde gevolgen. 93% van de respondenten verwacht dat cliënten negatieve gevolgen ondervinden, wanneer zij van zorg zullen afzien vanwege de eigen bijdrage. De overige 7% heeft weet niet/ geen antwoord ingevuld. Geen van de respondenten heeft de keuzemogelijkheid ‘positieve gevolgen’ aangevinkt. De negatieve gevolgen zijn verdeeld in categorieën, waarbij de respondenten verschillende keuzemogelijkheden konden aanvinken. In de volgende staafdiagram (figuur 4.6) worden de antwoorden gevisualiseerd.



Figuur 4.6.1: Negatieve effecten cliënten

Respondenten signaleren in mindere mate daadwerkelijke negatieve gevolgen voor cliënten. 23% van de respondenten geeft aan dat zij een verslechtering van de psychische gezondheid daadwerkelijk hebben opgemerkt van de cliënten die met de behandeling zijn gestopt vanwege de eigen bijdrage. 13% heeft een verslechtering van de gezinssituatie van deze cliënten gesignaleerd, 9% heeft een vermindering van de arbeidsparticipatie gesignaleerd. Echter, de meeste respondenten hebben aangegeven dat zij (nog) geen negatieve gevolgen hebben gesignaleerd.

Gezien de beperkte looptijd van de maatregel kunnen nog geen harde uitspraken worden gedaan over de gestelde hypothesen over de gezondheid van de cliënten die wegens de eigen bijdrage afzien van behandeling. Er zijn redenen om aan te nemen dat de (vooral psychische) gezondheid van cliënten achteruit zal gaan. Maar deze verwachtingen zijn onvoldoende toetsbaar op dit moment.

Hypothese 4 : niet gefalsificeerd, niet geverifieerd.

Hypothese 7 : niet gefalsificeerd, niet geverifieerd.

Kwalitatieve resultaten hypothesen 1 en 6

deelvraag over de gevolgen van de eigen bijdrage voor instellingen en praktijken is breder dan de gestelde hypothesen. De verwachting is dat de hoogte van de vraaguitval samenhangt met het moeten nemen van maatregelen. Instellingen geven aan dat zij al langere tijd worden gekort op de budgetten. Dat heeft ertoe geleid dat er eerder maatregelen genomen zijn. Zo hebben instellingen een aantal personeelsleden boventallig gemaakt en is er vastgoed afgestoten. Instellingen hebben voor de invoering van de eigen bijdrage prognoses gemaakt, waarin gekeken werd naar de verwachte vraaguitval en de financiële consequenties. Omdat de daadwerkelijke vraaguitval hoger uitvalt dan van tevoren was verwacht, maken instellingen plannen hun capaciteit op termijn af te bouwen.

“Misschien moeten we op langere termijn onze capaciteit noodgedwongen afbouwen. Daar hebben we wel plannen voor, maar waar we erg bang voor zijn is dat cliënten later alsnog terugkomen met zwaardere problematiek. Dan moeten we ineens weer personeel gaan aannemen. We hebben dan de capaciteit nog niet klaarstaan.” Instelling met breed zorgaanbod 2.

Gezien de onzekerheid over de gevolgen van de maatregel en de eventuele handhaving van de maatregel, worden de plannen zo lang mogelijk uitgesteld. Voor de verslavingspecialist is deze onzekerheid een extra reden om de eigen bijdrage van cliënten die het niet kunnen betalen, over te nemen in 2012. Zij zijn op deze manier verzekerd van een stabielere vraag. De kosten van het betalen van de eigen bijdrage schatten zij op ongeveer een miljoen euro in 2012. Zij besluiten deze miljoen af te halen van het budget dat voor innovatie was begroot. Dit heeft daarom niet direct gevolgen voor het personeelsbestand, als wel voor hun financiële draagkracht en behandeltechnieken.

De forensische zorgspecialisten verwachten geen nadelige financiële gevolgen. Zij geven aan de keuze te kunnen maken om zich meer te richten op de cliënten die een behandeling volgen in opdracht van justitie. Dat leidt tot meer kosten voor justitie, niet voor hen.

De geïnterviewde vrijevestigde praktijken zien zich in ongeveer de helft van de gevallen genooddaakt om maatregelen te treffen, wegens de vraaguitval:

“Ik werk al 15 jaar voor mezelf, en ik heb werkelijk nog nooit iets aan reclame hoeven doen. Ik nu voor het eerst moet ik daar over nadenken.” Vrijgevestigde 7, Rotterdam.

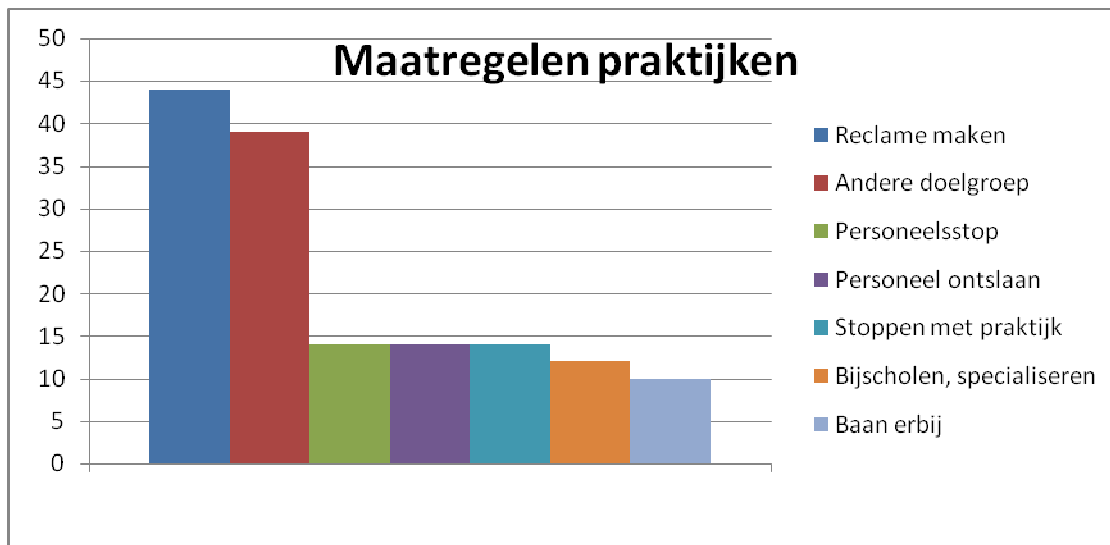
De ervaren vraaguitval heeft echter niet altijd tot gevolg dat de vrijevestigden minder cliënten per week zien. Een aantal praktijken hanteert wachtlijsten en zitten nog steeds ‘vol’.

Samengevat, de instellingen gaan ervan uit dat wanneer de eigen bijdrage gehandhaafd wordt door de politiek, zij op de langere termijn hun capaciteit moeten afbouwen en/ of hun zorgaanbod moeten aanpassen. Dit heeft gevolgen voor cliënten en personeel, omdat het zorgaanbod wordt afgebouwd. Voor ongeveer de helft van de geïnterviewde praktijken geldt dat zij geen negatieve gevolgen verwachten voor hun praktijk. Zij hebben nog een wachtlijst, of signaleren geen of slechts beperkte vraaguitval. De overigen zijn van plan meer reclame te gaan maken of zich te gaan richten op een andere doelgroep. Een klein aantal praktijken denkt erover in dat geval werk ernaast te doen, bijvoorbeeld intervisie geven.

Kwantitatieve resultaten hypotheses 1 en 6

In deze paragraaf gaat het niet om de daadwerkelijke vraaguitval (al getoetst in paragraaf 4.3), maar om de gevolgen van de vraaguitval voor vrijevestigde praktijken. In de enquête is gevraagd naar maatregelen die praktijken wel of niet verwachten te moeten nemen. Meer dan de helft van de vrijevestigde praktijken (55%) geeft aan te verwachten maatregelen te moeten nemen, vanwege de invoering van de eigen bijdrage. 32% van de respondenten geeft aan niet te weten of zijn of haar praktijk maatregelen moet nemen en 13% van de respondenten geeft aan te verwachten geen

maatregelen te moeten nemen. In onderstaande figuur (4.6.2) valt af te lezen welke maatregelen de praktijken verwachten te moeten nemen, wanneer de eigen bijdrage gehandhaafd wordt in 2013.



4.6.2: Negatieve effecten praktijken.

Kortom, een meerderheid van de vrijgevestigde praktijken verwacht maatregelen te moeten nemen, wanneer de vraaguitval doorzet. In de meeste gevallen wordt verwacht dat de praktijk zich met wat meer reclame en wellicht een andere doelgroep kan handhaven. In een klein gedeelte van de gevallen worden aanvullende maatregelen verwacht.

§4.7 GEVOLGEN LEEFBAARHEID

Bijbehorende hypothese

- Hypothese 8: In 2012 zullen er meer meldingen worden gedaan van overlast door psychiatrische patiënten dan in 2011.

Kwalitatieve resultaten hypothese 8

De geïnterviewde instellingen geven aan verschillende negatieve gevolgen voor de maatschappij te verwachten, vanwege de eigen bijdrage. De instellingen geven aan deze gevolgen nog niet daadwerkelijk te signaleren, maar dat deze op de langere termijn wel voor de hand liggen. De instellingen noemen bijvoorbeeld een afname van maatschappelijke participatie, een toename van zelfverwaarlozing van cliënten, en een toename van de totale kosten voor de GGZ sector en de justitiële sector:

“Mocht die persoon al werken aan het begin van het verhaal, dan weet je zeker dat hij daarna niet meer werkt. De participatie zal omlaag gaan.” Instelling met breed zorgaanbod 1.

“Als je gaat uitstellen en wachten, dan hebben mensen op een gegeven moment veel intensievere, langere zorg nodig. Opnames, gesloten settings, crisisdiensten, die kosten goud geld. Dat is echt water naar de zee dragen, dit hele beleid. Dit gaat veel meer kosten dan het ooit zal opleveren, zo ervaren wij dat in de praktijk.” Specialist in verslavingspsychiatrie.

De specialist in forensische psychiatrie voorziet een toename van gevaar in de samenleving:

“En wie wordt uiteindelijk de dupe? De burger! Bij onze doelgroep is het levensbedreigend. Er zijn mensen waarbij een groot risico bestaat voor ernstig delictgedrag, die niet meer komen voor een behandeling.” Specialist in forensische zorg.

Kwantitatieve resultaten hypothese 8

De gegevens die ik van de politiekorpsen in de G4 heb gekregen zijn onvoldoende toereikend om uitspraken te doen over een eventuele toename van overlast. Hoewel deze mij eerder zijn toegezegd, zijn ruwe data over E33 coderingen niet verstrekt. Daarom is besloten te focussen op dak- en thuisloosheid. In de enquête voor vrijgevestigden is een vraag naar gevolgen voor cliënten gesteld, waarbij ‘toename dakloosheid’ een antwoordcategorie was. Geen van de respondenten heeft een toename van dakloosheid daadwerkelijk gesignaleerd, 12% van de respondenten verwacht een dergelijke toename wel. Deze gegevens gaven aanleiding om te informeren bij de afdelingen Werk en Inkomen bij de G4. Hieruit kunnen echter geen conclusies worden getrokken. De kwalitatieve analyse biedt eveneens onvoldoende houvast om harde conclusies over overlast te trekken.

Hypothese 8: niet gefalsifieerd, niet geverifieerd.

§4.8 FINANCIERINGSSYSTEEM

Kwalitatieve analyse financieringssysteem

Bij deze paragraaf zijn geen hypothesen te toetsen. Gedurende de interviews werd echter duidelijk dat het financieringssysteem dat gebruikt wordt in de tweedelijns GGZ (het DBC systeem) tot onvrede leidt bij de vrijgevestigde praktijken. Ik heb daarom gedurende de dataverzameling vragen opgenomen in de interviews en in de enquête. Het systeem standaardiseert verschillende behandelingen en koppelt deze aan een bepaalde diagnose. Het gaat te ver om hier verder inhoudelijk op in te gaan (voor meer informatie zie Visiedocument GGZ (GGZ Nederland, 2011)). De vrijgevestigden geven aan dat het DBC systeem hen erg veel tijd kost, vanwege de uitgebreide administratieve werkzaamheden. Al erkennen zij ook dat de administratiedruk in het algemeen groter is geworden (dus niet alleen gekoppeld is aan het DBC-systeem). De geïnterviewde vrijgevestigden geven aan ongeveer 20% van hun tijd aan administratie kwijt te zijn. Daarnaast geven 12 van de 14 geïnterviewde vrijgevestigden zelf aan dat zij in sommige gevallen ‘creatief boekhouden’. Dat kan op verschillende manieren. Sommige therapeuten geven aan dat zij bij het

diagnosticeren hun financiële belang laten meespelen (de ene diagnose levert meer geld op dan de andere). Zij benadrukken dit alleen te doen, wanneer beide diagnoses even goed gegeven zouden kunnen worden op grond van de problematiek. Een meer gebruikte manier is het schrijven van extra minuten (ook wel 'strategisch gedrag' of 'upcoding' genoemd). Vrijgevestigden geven aan dat er een bepaald geldbedrag uitgekeerd wordt per tijdsinterval. In de productomschrijvingen van de ambulante productgroepen (DBC GGZ, 2006, p.31) blijkt dat er maximaal vijf intervallen zijn. Twee intervallen lopen bijvoorbeeld vanaf 250 tot 800 minuten en vanaf 800 tot 1800 minuten. Voor 801 minuten behandelen krijgt de aanbieder bijna twee maal zoveel uitbetaald dan voor 799 minuten.

"De intervallen van de DBC's, die zijn achterlijk. Vroeger, als je 20 gesprekken had gevoerd, dan ging je echt niet nog een 21^e gesprek doen, tenzij dat gewoon nodig was. Want dat leverde slechts 80 euro op. Deze intervallen vragen om overschrijdingen." Vrijgevestigde 10, Den Haag.

Kwantitatieve analyse financieringssysteem

In de enquêtes is gevraagd naar de voorkeur van behandelaars met betrekking tot het financieringssysteem. Een minderheid van 11% wil het DBC systeem in de huidige vorm handhaven. 32% wil het DBC handhaven in aangepaste vorm. 23% wil terug naar het oude systeem onder de Algemene Wet bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De overige 34% wil een ander systeem. Er zijn geen vragen opgenomen over fraude, vanwege de gevoeligheid van dit thema en de mogelijke negatieve consequenties van deze vraag op de respons van de enquête.

Hoofdstuk 5. Conclusies & discussie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies gegeven en verklaard middels CMO configuraties. Daarna wordt de scriptie bediscussieerd op gebruikte methodes en data.

§5.1 CONCLUSIES

De verspilling in GGZ tegengaan, dat was het doel van het invoeren van de eigen bijdrage in de GGZ. De beleidsmaatregel, ingevoerd door Minister Schippers, is met deze scriptie geëvalueerd op korte termijn effecten. Daarbij zijn mechanismen en contexten opgehelderd, waardoor de gevonden effecten kunnen worden uitgelegd. Met de CMO-configuratie (figuur 5.1.1) wordt in het kort gevisualiseerd hoe het beleid had moeten uitwerken volgens de beleidstheorie van de voorstanders van de eigen bijdrage.



Figuur 5.1.1 CMO-configuratie geplande uitwerking

R1: Het probleem waar de beleidsmaker vanuit ging is het probleem dat de cliënt te snel en onnodig te zware (en dure) zorg afneemt.

C1: De context die werd geschetst wordt gekenmerkt door een laag taboe-gehalte op GGZ, een grote mate van keuzevrijheid van de cliënt, een onaantrekkelijk aanbod eerstelijns GGZ, een aantrekkelijk aanbod tweedelijns GGZ en een geneigdheid van zorgverleners om te overdiagnosticeren en te overbehandelen.

M1: Het eerste mechanisme dat verantwoordelijk zou zijn voor het probleem is dat cliënten geen drempels ervaren om te snel te dure zorg af te nemen.

M2: Het tweede mechanisme dat verantwoordelijk is voor het probleem (R1) is dat mensen worden gestimuleerd om tweedelijns- in plaats van eerstelijns zorg af te nemen. Dat zou komen, doordat er in de eerste lijn wel een eigen bijdrage gold en in de tweede lijn niet.

M3: Mechanisme dat door invoering van de eigen bijdrage mechanismen M1 en M2 moest vervangen: cliënten met lichte problematiek door een financiële prikkel worden geremd om te zware (en dure) zorg af te nemen.

O: Indien succesvol, zouden de beide mechanismen M1 en M2 geheel vervangen worden door mechanisme M3. De uitkomst zou zijn een vermindering van het probleem (R1) dat op tijdstip 1 bestond. De vermindering zou de vorm hebben van een besparing van 161 miljoen euro.

Naar aanleiding van de resultaten van deze scriptie kan geconcludeerd worden dat het beleid niet zal leiden tot een vermindering van het probleem. De resultaten brengen een ander beeld van mechanismen en contexten naar voren. Door de belangrijkste mechanismen en contexten voor wat betreft de drempel en stimulering van tweedelijns GGZ te construeren wordt inzichtelijk gemaakt waarom dit niet zo is gegaan.



Figuur 5.1.2 CMO-configuratie daadwerkelijke uitwerking

M1: Allereerst wordt het veronderstelde mechanisme (M1) ter discussie gesteld. Er wordt gesteld dat de cliënten geen drempels ervaren te veel en te dure zorg af te nemen. Uit de resultaten blijkt dat dit beeld niet herkend wordt door de zorgverleners. Zij geven aan dat de cliënten die bij hen in behandeling zijn, deze behandeling nodig hebben en vaak juist lang uitgesteld hebben.

M2: Het veronderstelde mechanisme dat mensen gestimuleerd worden om tweedelijns zorg af te nemen in plaats van eerstelijns zorg, is empirisch wel bevestigd. M2 blijft in de nieuwe CMO-configuratie daarom staan.

C2: De context, zoals geschetst in C1 is niet overeenkomstig met de resultaten van dit onderzoek. Wanneer de gemiddelde financiële situatie van cliënten wordt vergeleken met die van de gemiddelde Nederlander, valt op dat die van de cliënten minder goed is dan die van de gemiddelde Nederlander. Dat heeft consequenties voor de mogelijkheid om de eigen bijdrage te betalen. Daarnaast ervaren sommige cliënten een gebrek aan ziekte-inzicht en een gebrek aan interne lijdensdruk, waardoor de motivatie om de eigen bijdrage te betalen verlaagd wordt. De GGZ sector kenmerkt zich door een klein aanbod eerstelijns GGZ in vergelijking met het aanbod tweedelijns GGZ en instellingen worden financieel gestimuleerd tweedelijns GGZ aan te bieden. De factor die in C1 geschetst wordt 'tweedelijns GGZ aantrekkelijk, eerstelijns GGZ niet', blijft (hoewel ongewenst) juist bestaan. Door de invoering van de maatregel werd eerstelijns GGZ voor cliënten *niet* goedkoper indien meer dan zes gesprekken per jaar nodig zijn. Dat maakte de tweede lijn voor cliënten nog aantrekkelijker dan voor invoering het geval was. Daarnaast is de context ook aan veranderingen onderhevig. Genoemd moet worden dat er met de komst van de maatregel weerstand werd gegeven vanuit cliënten en zorgverleners. Er is geprotesteerd; professionals en cliënten waren boos dat de maatregel werd ingevoerd. Daarnaast was er in het begin van het jaar veel onzekerheid over de precieze inhoud van de maatregel. Een andere contextgerelateerde factor die van invloed kan zijn op de uitwerking van de maatregel is het besluit van derde partijen (gemeenten, zorgverleners) om de eigen bijdrage over te nemen van een groep cliënten.

M3: Dan is er de vraag welke mechanismen de maatregel daadwerkelijk in gang heeft gezet. Het mechanisme dat verwacht werd (M3) is niet empirisch aangetoond. Geen van de benaderde zorgverleners herkent dat de groep mensen dat besluit af te zien van zorg, bestaat uit mensen met lichte psychische problemen. De financiële situatie van cliënten blijkt leidend te zijn in de beslissing van cliënten om wel of geen eigen bijdrage te betalen. Dat betekent dat cliënten met beperkte financiële middelen worden geremd om zorg af te nemen, in plaats van de cliënten met een lichte zorgvraag. Dit mechanisme wordt M4 genoemd. Daarnaast spelen motivatie en ziekte-inzicht een rol. De cliënten met weinig motivatie worden geremd om zorg af te nemen (M5) evenals cliënten met weinig ziekte-inzicht (M6). Mechanismen M4, M5 en M6 komen naast M2 te staan op tijdstip 2. Deze mechanismen houden geen rechtstreeks verband met M2, en zullen M2 daarom ook niet vervangen.

M2 (mensen worden gestimuleerd om tweedelijns- in plaats van eerstelijns zorg af te nemen) wordt niet aangepakt met de maatregel. De zorgverleners in de tweede lijn zien de eerste lijn namelijk niet als een geschikt alternatief. Zij vinden hun eigen behandeling geschikter of zij vinden de eerste lijn niet toereikend (M7). Zij verwijzen daarom niet naar de eerste lijn. Andersom vindt echter wel substitutie plaats: voor eerstelijns zorgverleners geldt dat zij vaker verwijzen naar de tweede lijn, omdat een behandeling in de tweede lijn na zes gesprekken in de eerste lijn goedkoper is (M8). De meeste cliënten hebben meer dan zes gesprekken nodig. Mechanismen M7 en M8 komen naast mechanisme M2 te staan op tijdstip 2. M3 (cliënten met lichte problematiek door worden door een financiële prikkel geremd om tweedelijns GGZ zorg af te nemen) blijkt daardoor niet plaats te vinden.

Deze conclusies brengen een aantal implicaties met zich mee. De groep die afziet van GGZ bestaat uit de mensen met de minste koopkracht. Hiermee wordt duidelijk dat het scenario 'koopkracht' van onderzoek van het Trimbosinstituut (2011), meer voorspellende waarde had dan het scenario 'gezondheid'. Niet de mensen met de meest lichte problemen zien af van zorg, maar mensen met in de eerste plaats het minste geld en in de tweede plaats mensen met minder motivatie of minder ziekte-inzicht. Het Trimbosinstituut verwacht dat hun arbeidsproductiviteit en het aantal gezonde levensjaren daalt. Deze verwachting wordt door de geïnterviewde en geënquêteerde zorgverleners gedeeld. Ook cliënten zelf gaven in de SP peiling aan te verwachten dat hun gezondheid behoorlijk achteruit zal gaan, wanneer zij de GGZ moeten missen. Door verslechtering van hun psychische en lichamelijke gezondheid, verwachten zorgverleners en cliënten onder meer een toename van crisissituaties, dakloosheid en suïcidepogingen en een afname van arbeidsparticipatie en maatschappelijke participatie. De vraagdaling in de GGZ impliceert ook gevolgen voor de instellingen en praktijken die de zorg leveren. Voor de meeste instellingen geldt dat zij bij een aanhoudende vraaguitval, moeten bezuinigen. Dat betekent bijvoorbeeld dat zij vastgoed moeten afstoten, personeel boventallig moeten maken en afdelingen moeten sluiten. De gevolgen voor vrijgevestigde praktijken zijn in de meeste gevallen kleiner. Ongeveer de helft van de praktijken geeft aan geen maatregelen te hoeven nemen, omdat bij hen de vraaguitval beperkt is of omdat zij een nog een grote wachtlijst hebben. Voor de andere helft geldt dat zij maatregelen moeten nemen, zoals meer reclame maken, zich richten op andere doelgroepen, zich bijscholen of specialiseren. Voor een klein gedeelte geldt dat zij bij een aanhoudende vraaguitval verwachten hun praktijk te moeten sluiten.

Het trimbos-instituut voorspelt in het scenario 'koopkracht' dat deze negatieve bij-effecten voor cliënten en de zorgverleners, kosten voor de samenleving met zich meebrengen. Hierbij noemen zij een beperking van de arbeidsproductiviteit van cliënten en een toegenomen ziektelast. Het Trimbos-instituut voorspelt in dit scenario dat deze bij-effecten ervoor zorgen dat de miljoenenbesparing uitblijft. De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding deze laatste voorspelling zeer serieus te nemen. De uitkomsten (O) zal dus geen vermindering van het probleem (R) betekenen. De besparing van 161 miljoen zal *niet* plaatsvinden.

De frase uit het regeeringsakkoord met betrekking tot de gezondheidszorg waarmee ik mijn scriptie begon (Regeerakkoord 2010, p.17): *“Een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is cruciaal voor een samenleving. Mensen hebben recht op de beste zorg die er is.”* staat op gespannen voet met het beleid dat is ingezet.

§5.2 DISCUSSIE

Het eerste discussiepunt is het feit dat bij deze evaluatie gebruik is gemaakt van indirecte gegevens. Ik heb ervoor gekozen de zorgverleners te benaderen en niet de cliënten. Deze indirecte metingen zijn over het algemeen minder betrouwbaar dan directe metingen. Het zou kunnen zijn dat zorgverleners andere interpretaties hebben van het gedrag van cliënten dan de cliënten zelf.

Daarnaast zou het kunnen zijn dat de vraaguitval in dit onderzoek een overschatting is van de werkelijke vraaguitval. In het begin van het jaar heerste veel onzekerheid en weerstand tegen de maatregel. Dat zou kunnen leiden tot meer vraaguitval aan het begin van het jaar, terwijl deze later in het jaar weer zou kunnen afnemen. Ook kan een meting bij cliënten uit het hele land (in plaats van de G4 en omliggende gemeenten) een vraaguitval constateren die iets lager ligt dan de gemeten vraaguitval. Een breed opgezette evaluatie later in dit jaar, zou dit kunnen toetsen. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat de vraaguitval, juist is onderschat. Andere partijen dan de cliënt hebben in sommige gevallen de eigen bijdrage voor hun rekening genomen, zodat de cliënten toch in zorg konden komen. Hiermee is een wellicht nog hogere vraaguitval voorkómen.

Daarnaast moet worden aangetekend dat deze evaluatie een zeer vroege is. Dat heeft consequenties gehad voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van benodigde gegevens. De meest objectieve informatie met betrekking tot zorgconsumptie in de tweede lijn zou de informatie zijn, afkomstig van het DIS (DBC Informatie Systeem). Van deze database heb ik geen gebruik kunnen maken, omdat de informatie op het moment van schrijven nog niet beschikbaar was. Pas wanneer een DBC is afgesloten, wordt de informatie bij het DIS aangeleverd. DBC's worden afgesloten voor de looptijd van een jaar. Dat betekent dat DBC's die bijvoorbeeld geopend zijn in december 2011, worden afgesloten in december 2012. Pas in december 2012 wordt de informatie over dat DBC bij het DIS aangeleverd. Iets minder objectief is informatie van de praktijken en instellingen zelf. Ik heb de vertegenwoordigers hiervan naar een schatting gevraagd en niet naar feitelijke gegevens. Ook hiervoor geldt dat ik afhankelijk was van de toegankelijkheid hiervan. Tijdens de interviews bleek dat praktijken en instellingen geen precieze aantallen konden vermelden. De gegevens werden bij de meeste praktijken niet bijgehouden en bij de instellingen waren deze (nog) niet precies paraat.

Om beschikking te krijgen over de gegevens over overlast is geen gebruik gemaakt van objectieve gegevens die worden bijgehouden door de politie. Deze gegevens zijn mij niet verstrekt, ondanks een eerdere toezegging. De reden hiervoor was tevens de beperkte looptijd van de maatregel, waardoor volgens de politie nog geen conclusies konden worden getrokken uit de overlastmeldingen. Gegevens over dakloosheid bleken niet toereikend om de vraag over leefbaarheid / overlast te beantwoorden.

Hoewel deze evaluatie wellicht vroeg komt, ben ik van mening dat deze wel op dit moment gedaan moest worden. Gezien de onzekere situatie over handhaving van de maatregel na de verkiezingen, was het nodig aan te tonen welke korte termijn effecten een dergelijke maatregel heeft.

Hoofdstuk 6. Aanbevelingen

In de interviews en de enquêtes heb ik zorgverleners geraadpleegd over alternatieven voor de eigen bijdrage en manieren om de geplande besparing in de GGZ door te kunnen voeren. De zorgverleners hebben echter verschillende belangen, waardoor zij ook verschillende antwoorden geven. Grotere GGZ instellingen met een breed zorgaanbod pleiten er bijvoorbeeld voor dat de eigen bijdrage per direct wordt afgeschaft. De instelling die forensische cliënten behandelt, wil dat er een uitzondering gaat komen voor de mensen die binnen een vrijwillig kader worden behandeld voor strafbaar gedrag. De meeste vrijgevestigde praktijken willen de eigen bijdrage inkomensafhankelijk maken.

Het uitsluiten van bepaalde groepen cliënten van de eigen bijdrage is onwenselijk vanwege verschillende nadelen. Uitzonderingen leiden tot uitvoeringsproblemen (hoe worden de groepen gecompenseerd) en tot controverses (waarom zouden bijvoorbeeld forensische cliënten wel uitgezonderd worden en oudere cliënten niet). Daarnaast is het de vraag of het inkomensafhankelijk maken van de eigen bijdrage leidt tot (veel) minder vraaguitval. Er zijn ook veel cliënten waarbij het inkomen niet zozeer problematisch is, als wel hun uitgavenpatroon ten gevolge van drugsgebruik, afbetaling van schulden enzovoort. Daarom doe ik de volgende aanbeveling:

1. Schaf de eigen bijdrage in de GGZ zo snel mogelijk af voor iedereen

De vraaguitval is behoorlijk groot. De mensen die afzien van zorg, zijn voornamelijk mensen met een beperkte financiële situatie en in mindere mate cliënten met beperkte motivatie voor behandeling. De vraaguitval is het hoogst bij oudere cliënten, chronische cliënten en forensische cliënten. Wanneer deze cliënten geen zorg ontvangen, is het aannemelijk dat hun gezondheid achteruit zal gaan. De gevolgen hiervan zullen zeer waarschijnlijk zijn dat zij uiteindelijk een beroep moeten doen op zwaardere (en duurder) zorg dan oorspronkelijk nodig was. De ziektelast van de groep cliënten neemt toe en hun (arbeids)productiviteit zal afnemen. Hierdoor zal de beoogde besparing van 161 miljoen aan eigen bijdrage in de GGZ, niet gehaald worden. Het beleid is niet effectief en heeft negatieve bij-effecten.

Het afschaffen van de eigen bijdrage heeft als nadeel dat op korte termijn het begrotingstekort in de GGZ zal oplopen. Er zal op korte termijn met de sector gezocht moeten worden naar andere manieren van bezuinigen.

In de interviews met zorgverleners in de eerste- en tweede lijn heb ik gevraagd naar bezuinigingsmogelijkheden. Instellingen geven aan te willen bezuinigen door onder andere efficiënter te gaan werken, samenwerkingsprocessen te verbeteren en te ambulantiseren. Vrijgevestigde praktijken geven aan dat zij denken dat het aanpassen of vernieuwen van het financieringssysteem tot bezuinigen leidt. Ongeveer de helft van de benaderde vrijgevestigden ziet het invoeren van een behandellimiet als een manier om te bezuinigen. Daarnaast geven zorgverleners in eerste en tweede lijn aan dat er meer behandeld zou moeten worden in de eerste lijn. Omdat eerstelijns GGZ goedkoper is dan tweedelijns GGZ beveel ik het volgende aan.

2. *Stimuleer en faciliteer een groter aanbod en gebruik van eerstelijns GGZ*

In samenspraak met een expertgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van eerstelijns praktijken, tweedelijns praktijken, generalistische GGZ-instellingen en gespecialiseerde GGZ-instellingen, moet gekeken worden naar een werkbare afbakening van eerste- en tweedelijns GGZ. Qua financiële voorwaarden zou het aanbieden van eerstelijns GGZ vergelijkbaar moeten zijn met tweedelijns GGZ, opdat meer zorgverleners eerstelijns GGZ zullen aanbieden. Daarnaast zouden cliënten gestimuleerd moeten worden gebruik te maken van eerstelijns GGZ, indien sprake is van lichte problematiek. Het aanbod dient hiervoor groter en laagdrempeliger moeten zijn. Door de eerstelijns GGZ te stimuleren en te faciliteren, zal de sector kunnen besparen op de langere termijn.

3. *Laat vervolgonderzoek doen*

Deze beleidsevaluatie heeft korte termijn effecten in kaart gebracht, gezien vanuit het perspectief van de zorgverleners. Ongeacht de politieke ontwikkelingen (en eventuele afschaffing van de maatregel) verdient het aanbeveling om aan het einde van 2012 toetsend vervolgonderzoek te doen naar de langere termijn effecten van de maatregel vanuit meerdere perspectieven (waaronder ook dat van de cliënten). Op deze manier kan inzichtelijk worden gemaakt welke gevolgen de vraaguitval heeft voor cliënten, instellingen en praktijken en voor de samenleving in zijn geheel. De monitor die in opdracht van het Ministerie van VWS wordt uitgevoerd door KPMG Plexus biedt hiervoor wel enig houvast, maar is te beperkt om alle te verwachten effecten te toetsen.

Naast beleidsinhoudelijk onderzoek verdient het aanbeveling om vervolgonderzoek te doen naar het financieringssysteem in de tweedelijns GGZ. Wat voor systeem is werkbaar en betaalbaar voor zoveel mogelijk partijen (cliënten, zorgverleners, overheid, zorgverzekeraars)?

Hoofdstuk 7. Geraadpleegde bronnen

Literatuur

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Birkland, T. A. (2010). *An introduction to the policy process. Theories, concepts, and models of public policy making*. New York: M.E. Sharpe, Inc.
- Braspenning, J.C.C., Schellevis, F.G. & Grol, R.P.T.M. (2004), *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL.
- Clarke, A. & Dawson, R. (1999). *Evaluation Research. An introduction tot principles, methods and practice*. Londen: SAGE.
- Convenant Politie – GGZ (2011). Vereniging GGZ Nederland en Raad van Korpschefs. *Convenant Politie-GGZ 2012* [Elektronische versie]. Den Haag.
- DBC GGZ (2006). *Tweede Versie Productstructuur DBC GGZ*. Utrecht: DBC GGZ.
- Dijk, S. van, Knispel, A & Nuijen, J. (2010). *GGZ in tabellen, 2010*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Elfeddali, I. & Knispel, A. (2006). *Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen* [Elektronische versie]. Utrecht: Trimbos-instituut.
- GGZ Nederland (2011). *DBC GGZ: een probleemanalyse en oplossingsrichtingen. Visiedocument van de commissie financiering & bekostiging* [Elektronische versie]. Amersfoort: GGZ Nederland.
- 't Hart, H., Boeije H. & Hox, J. 2005. *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Heffen van, O. (2003). Beleidstheorieën uit de beleidspraktijk. In O. van Heffen., A. Hoogerwerf & M. Herweijer. (Red.). *Een inleiding in de beleidswetenschap*. (p.225-240). Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- Lokkerbol, J. & Smit, F. (2011). *Eigen bijdrage in de GGZ*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Maat, M.J.P. van der & Jong, J.D. de (2010). *Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerdenperspectief*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL
- Mat, J. (2011, 11 juni). Niet bij elk wissel naar de psychiater; Patiënten met psychische problemen gaan eigen bijdrage betalen, patiënten met lichamelijke kwalen niet. *Nederlands Dagblad*.
- Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Egmond, V. van & Zeegers, S. (2008). *De GGZ ontwricht: een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: Wetenschappelijk bureau SP / actiegroep Zorg Geen Markt.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Londen: SAGE.
- Regeerakkoord Den Haag (2010). CDA, VVD. *Vrijheid en verantwoordelijkheid*. (30-09-2010). Den Haag.

- Schokkaert, E., Graeve, D. de, Camp, G. van, Ourti, T. van & Voorde, C. van de (2004).
Maximumfactuur en kleine risico's: verdeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg in België. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid, jaargang 46, nr.2.*
- Sectorrapport GGZ 2010 (2010), *Zorg op waarde geschat, update* [Elektronische versie]. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Spijkerman, C. Eigen bijdrage veroorzaakt onrust en onmacht, *Psy, jaargang 16, nr 3, maart 2012.*
- Vos, C. (2011, 1 juli). Psychiaters op de bres. *De Volkskrant, p.28.*
- Wittenberg, D. (2011, 10 november). De daklozen staan weer op straat. *NRC next, p.9.*
- Wolters, W. & Graaf, N.D. de (2009). *Maatschappelijke Problemen. Beschrijvingen en verklaringen.* Den Haag: Boom.

Internetsites:

- Motie Bouwmeester s.c. inzake de eigen bijdrage GGZ, via
<http://parlisweb/parlis/zaak.aspx?id=e00b894d-d24f-487f-9a88-52b4c974e24a>. geraadpleegd op 24 februari 2012.
- Brief NVVP aan Ministerie VWS, 9 september 2010 Betreft Eigen Bijdrage GGZ, via
<http://parlisweb/parlis/document.aspx?id=822513db-9d46-470d-87d8-c93c089e7838&zaak=3ab7f2a0-2af5-4330-966b-8e31f067da3d>, geraadpleegd op 24 februari 2012.
- Protest beroepsverenigingen GGZ inzake eigen bijdrage GGZ, via
<http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni001259>, geraadpleegd op 14 maart 2012.
- Peiling SP onder zorgprofessionals en cliënten, via
http://www.sp.nl/zorg/nieuwsberichten/11380/120215sp_start_onderzoek_naar_gevolgen_eigen_bijdrage_in_ggz.html, geraadpleegd op 20 februari 2012.
- Uitzending over bezuinigingen in de GGZ,
via http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/40024/werken_de_bezuinigingen_op_geestelijke_gezondheidszorg_, geraadpleegd op 21 maart 2012.

Kamerstukken:

- Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 118.
- Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 123.
- Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 130.
- Kamerstukken II 2010/11, 29 428, nr. 133.

Bijlage 1: Interviews

Interview 1: vrijgevestigde praktijken

Introductie:

Dit onderzoek gaat om de maatregel waarbij de eigen bijdrage in de eerstelijns GGZ is verhoogd en een nieuwe eigen bijdrage in de tweedelijns is ingevoerd.

Met dit onderzoek proberen wij erachter te komen wat de effecten van de maatregel zijn, voor cliënten en praktijken. Wij hopen dat u hier, als professional, meer inzicht in kan geven.

Ik zou het interview graag willen opnemen. Heeft u hier bezwaar tegen?

Vragen:

1. Wat is uw functie? Doorvragen naar eventuele specialisatie.
2. Is dit een eenmans- of meermans praktijk? Indien meermans: hoeveel FTE?
3. Hoeveel cliënten zijn ongeveer in behandeling in deze praktijk?
4. Werken jullie in de eerste of in de tweede lijn?
5. Kunt u iets zeggen over de sociaal-economische achtergrond van jullie cliënten?
6. Wat is uw mening over de eigen bijdrage in de GGZ?
7. Hoe is de informatieverschaffing aan cliënten geregeld in deze praktijk?
8. Hoe reageren cliënten wanneer ze op de hoogte worden gesteld?
9. Kunt u iets vertellen over het aantal aanmeldingen in vergelijking met vorig jaar?
10. 7b. Indien verschil: Zijn deze verschillen in aantallen volgens u een gevolg van de eigen bijdrage?
11. Kunt u iets vertellen over het aantal cliënten die behandeling voortijdig stoppen vanwege de eigen bijdrage?
12. Wat denkt u dat de gevolgen zijn voor cliënten die besluiten niet te betalen? Doorvragen wat voor gevolgen.
13. Wat denkt u dat de gevolgen hiervan zijn voor deze praktijk? Doorvragen wat voor gevolgen.
14. Verwacht u maatregelen te moeten nemen bij een aanhoudende vraaguitval? Doorvragen wat voor maatregelen.
15. Wat zijn redenen voor cliënten om te stoppen of zich toch niet aan te melden?
16. Heeft de zwaarte van iemands problematiek volgens u invloed op de beslissing wel of niet te betalen? Zo ja, op welke manier?
17. Heeft het inkomen van cliënten volgens u invloed op de beslissing wel of niet te betalen? Zo ja, op welke manier?
18. Wat is uw advies aan cliënten wanneer zij besluiten af te zien van hulp?
19. Verwijst u cliënten die besluiten niet bij u in zorg te komen vanwege de eigen bijdrage, naar andere vormen van hulpverlening?
20. Indien tweedelijns: verwijzen jullie nu meer door naar de 1^e lijn?
21. Indien eerstelijns: verwijzen jullie nu meer door naar de 2^e lijn?
22. Hoe zouden vrijgevestigde praktijken kunnen bezuinigen?
23. Wat vinden jullie van het DBC systeem? (later in het onderzoek toegevoegd).

Interview 2: Instellingen

Introductie:

Dit onderzoek gaat om de maatregel waarbij de eigen bijdrage in de eerstelijns GGZ is verhoogd en een nieuwe eigen bijdrage in de tweedelijns is ingevoerd.

Met dit onderzoek proberen wij erachter te komen wat de effecten van de maatregel zijn, voor cliënten en praktijken. Wij hopen dat u hier, als professional, meer inzicht in kan geven.

Ik zou het interview graag willen opnemen. Heeft u hier bezwaar tegen?

Vragen:

1. Wat is uw functie?
2. Hoeveel cliënten heeft de instelling in totaal?
3. Hoeveel personeelsleden werken hier?
4. Kunt u iets vertellen over het aanbod van deze instelling?
5. Kunt u iets zeggen over de sociaal-economische achtergrond van jullie cliënten?
6. Wat is de mening van deze instelling over de eigen bijdrage in de GGZ?
7. Hoe is de informatieverschaffing aan cliënten geregeld in deze instelling?
8. Hoe reageren cliënten wanneer ze op de hoogte worden gesteld?
9. Kunt u iets vertellen over het aantal aanmeldingen in vergelijking met vorig jaar?
Indien verschil: Zijn deze verschillen in aantallen volgens u een gevolg van de eigen bijdrage?
10. Kunt u iets vertellen over het aantal cliënten die behandeling voortijdig stoppen vanwege de eigen bijdrage?
11. Wat denkt u dat de gevolgen zijn voor cliënten die besluiten niet te betalen?
12. Wat denkt u dat de gevolgen hiervan zijn voor deze instelling?
13. Wat missen jullie aan inkomsten als mensen afhaken?
14. Een zorginstelling in Rotterdam betaalt de eigen bijdrage zelf, jullie niet. Kunnen jullie je keuze motiveren?
15. Wat heeft de vraaguitval voor gevolgen voor deze instelling? Doorvragen over gevolgen.
16. Wat zou u zien als mogelijke oplossingen voor deze instelling?
17. Wat zijn redenen voor cliënten om te stoppen of zich toch niet aan te melden?
18. Heeft de zwaarte van iemands problematiek volgens u invloed op de beslissing wel of niet te betalen? Zo ja, op welke manier?
19. Heeft het inkomen van cliënten volgens u invloed op de beslissing wel of niet te betalen?
Zo ja, op welke manier?
20. Wat is uw advies aan cliënten wanneer zij besluiten af te zien van hulp?
21. Verwijst u cliënten die besluiten niet bij u in zorg te komen vanwege de eigen bijdrage, naar andere vormen van hulpverlening?
21. Verwijzen jullie nu meer door naar de 1^e lijn?
22. Hoe zouden instellingen kunnen besparen?
23. Wat vinden jullie van het DBC systeem? (later in het onderzoek toegevoegd).

Bijlage 2: Enquête

Uitnodigingstekst:

Geachte heer / mevrouw,

De Tweede Kamerfractie van de SP doet samen met een masterstudent Sociologie (Universiteit Utrecht) een wetenschappelijk onderzoek naar de eigen bijdrage in de GGZ. Het doel van het onderzoek is het zo nauwkeurig mogelijk in kaart brengen wat de gevolgen zijn voor cliënten en de GGZ in zijn geheel. Ondanks dat deze regeling nu (gedeeltelijk) van de baan is, vinden wij het toch zeer belangrijk om hier onderzoek naar te doen. Nu de eigen bijdrage in de GGZ nog geldt, is het belangrijk snel alle gevolgen in kaart te brengen. Daarom is een korte enquête opgesteld. Ik vraag u deze vóór 18 mei in te vullen. Het gaat uiteraard om vertrouwelijke gegevens. Daarom wordt in de verwerking van de cijfers de praktijknaam en de vestiging niet opgenomen. Bovendien worden de gegevens gezamenlijk, dus niet per praktijk, geanalyseerd, waardoor deze strikt anoniem blijven.

Vertrouwende op uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Renske Leijten, Tweede Kamerlid SP & Hilde Koelmans, student Universiteit Utrecht

Introductie:

Eerst volgt een klein aantal achtergrondvragen. Daarna worden vragen gesteld over de gevolgen van de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ. Hierbij gaat het om uw eigen inschatting als professional. **Gaat u er bij beantwoording vanuit dat de eigen bijdrage, zoals ingevoerd in januari, in 2012 en 2013 van kracht blijft!**

Vragen:

1) *Verleent u zorg in de 1^e of 2^e lijn?*

- eerste lijn (vraag 22 vervalt voor hen)
- tweede lijn
- beide

2) *Is de praktijk waarbij u werkzaam bent, gericht op een specifieke doelgroep of ziektebeeld?*

- ja, namelijk....
- nee

3) *Hoe schat u het (gezins)-inkomen in van de meeste van uw cliënten?*

- laag inkomen (uitkering / laag betaald werk / schulden)
- modaal inkomen
- bovenmodaal inkomen
- gemixt
- weet niet / geen antwoord

4) Heeft u het idee dat cliënten zich minder snel aanmelden en / of voortijdig stoppen met hun behandeling **vanwege de invoering van de eigen bijdrage?**

- [0] ja, namelijk met (vul schatting van het percentage in)
- [0] nee (routing, vraag 20)
- [0] weet niet / geen antwoord (routing, vraag 20)

5) Verwacht u dat uw praktijk maatregelen moet nemen, vanwege de eigen bijdrage in de GGZ?

- [0] nee (routing, vraag 7)
- [0] ja
- [0] weet niet / geen antwoord (routing, vraag 7)

6) Welke maatregelen verwacht u te moeten nemen, vanwege de eigen bijdrage in de GGZ? (meerdere antwoorden mogelijk)

- [0] personeelsstop
- [0] personeel ontslaan
- [0] reclame maken
- [0] andere doelgroep aanboren
- [0] bijscholing, specialisatie
- [0] anders, namelijk.....

7) Zijn de beweegredenen van cliënten die afzien van behandeling vanwege de eigen bijdrage, bij u bekend?

- [0] meestal wel
- [0] soms wel
- [0] nee (routing, vraag 9)

8) Welke redenen geven cliënten die vanwege de eigen bijdrage afzien van behandeling?(meerdere antwoorden mogelijk)

- [0] cliënten hebben geen geld voor de eigen bijdrage
- [0] cliënten hebben het er niet voor over
- [0] cliënten denken de hulp niet nodig te hebben
- [0] cliënten weigeren uit principe
- [0] anders, namelijk.....

9) Welke cliënten melden zich **naar uw idee** minder snel aan en/of stoppen voortijdig met hun behandeling?

- [0] voornamelijk cliënten met een lichte zorgvraag (bijvoorbeeld relatieproblemen, rouwprocessen, burn-out, werk/studiegerelateerde problemen)
- [0] voornamelijk cliënten met een zware zorgvraag (bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, depressie, angst, schizofrenie)
- [0] er is geen verschil tussen deze groepen cliënten op te merken
- [0] weet niet / geen antwoord

10) Welke cliënten melden zich **naar uw idee** minder snel aan en/of stoppen voortijdig met hun behandeling?

- [0] voornamelijk cliënten die minder dan eens per twee weken een consult hebben
- [0] voornamelijk cliënten die vaker dan eens per twee weken een consult hebben
- [0] er is geen verschil tussen deze groepen cliënten op te merken
- [0] weet niet / geen antwoord

11) Welke cliënten melden zich **naar uw idee** minder snel aan en/of stoppen voortijdig met hun behandeling?

- [0] voornamelijk cliënten met een laag (gezins)inkomen (uitkering, schulden of laagbetaald werk)
- [0] voornamelijk cliënten met een hoger (gezins) inkomen (bovenmodaal inkomen, goed pensioen)
- [0] er is geen verschil tussen deze groepen cliënten op te merken
- [0] weet niet / geen antwoord

12) Wat speelt, volgens u, een doorslaggevende rol in de beslissing voor cliënten om de eigen bijdrage te betalen of niet?

- [0] het beschikken over voldoende geld

- [0] het beschikken over voldoende motivatie
- [0] het aantal consulten dat de cliënt nodig heeft / denkt nodig te hebben
- [0] de verwachting dat de behandeling werkt
- [0] anders, namelijk.....
- [0] weet niet / geen antwoord

13) *Wat verwacht u dat de gevolgen zijn voor cliënten die besluiten van zorg af te zien?*

- [0] geen gevolgen (routing, vraag 18)
- [0] positieve gevolgen
- [0] negatieve gevolgen (routing, vraag 15)
- [0] weet niet / geen antwoord (routing, vraag 18)

14) *Welke positieve gevolgen verwacht u? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- [0] meer eigen verantwoordelijkheid (routing, vraag 16)
- [0] zelfredzaamheid (routing, vraag 16)
- [0] verbetering / herstel psychische klachten (routing, vraag 16)
- [0] anders, namelijk..... (routing, vraag 16)
- [0] weet niet / geen antwoord (routing, vraag 18)

15) *Welke negatieve gevolgen verwacht u? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- [0] minder passende hulpverlening (routing, vraag 17)
- [0] verslechtering psychische gezondheid (routing, vraag 17)
- [0] toename crisissituaties (routing, vraag 17)
- [0] toename dakloosheid (routing, vraag 17)
- [0] toename suïcidepogingen (routing, vraag 17)
- [0] verslechtering lichamelijke gezondheid (routing, vraag 17)
- [0] vermindering arbeidsparticipatie (routing, vraag 17)
- [0] vermindering maatschappelijke participatie (routing, vraag 17)
- [0] verslechtering gezinssituatie (routing, vraag 17)
- [0] anders, namelijk..... (routing, vraag 17)
- [0] weet niet / geen antwoord (routing, vraag 18)

16) *Welke gevolgen heeft u **daadwerkelijk gesignaleerd** bij cliënten in uw praktijk?*

- [0] meer eigen verantwoordelijkheid
- [0] zelfredzaamheid
- [0] verbetering / herstel psychische klachten
- [0] anders, namelijk.....
- [0] weet niet / geen antwoord

17) *Welke gevolgen heeft u **daadwerkelijk gesignaleerd** bij cliënten in uw praktijk?*

- [0] minder passende hulpverlening
- [0] verslechtering psychische gezondheid
- [0] toename crisissituaties
- [0] toename dakloosheid
- [0] toename suïcidepogingen
- [0] verslechtering lichamelijke gezondheid
- [0] vermindering arbeidsparticipatie
- [0] vermindering maatschappelijke participatie
- [0] verslechtering gezinssituatie
- [0] weet niet / geen antwoord
- [0] anders, namelijk.....

18) *Worden cliënten die vanwege de eigen bijdrage afzien van de behandeling, door u verwezen naar andere vormen van hulpverlening?*

- [0] nee, omdat.... (routing, vraag 20)
- [0] ja

19) Naar welke vormen van hulpverlening verwijst u door? (meerdere antwoorden mogelijk)

- mantelzorg
- zelfhulp
- welzijnswerk
- huisarts
- praktijkondersteuner huisarts
- eerstelijns psycholoog
- maatschappelijk werk
- GGZ-instelling
- psychiater (vrijgevestigd)
- psychotherapeut (vrijgevestigd)
- anders, namelijk:.....

20) Welke van de volgende opties heeft uw voorkeur?

- eigen bijdrage zoals deze nu is
- inkomensafhankelijke eigen bijdrage
- geen eigen bijdrage

21) Welke van de volgende opties heeft uw voorkeur?

- een bepaald maximum aantal zittingen per jaar, namelijk....
- ongelimiteerd aantal zittingen per jaar

22) Welke van de volgende opties heeft uw voorkeur?

- DBC systeem handhaven
- terug naar AWBZ
- nieuw systeem invoeren
- DBC systeem aanpassen
- anders, namelijk:.....

23) Ruimte voor opmerkingen

.....

.....

24) Stelt u prijs op de resultaten van dit onderzoek?

- ja, mijn e-mailadres is:
- nee

Zeer bedankt voor uw waardevolle bijdrage.

Bijlage 3: Labelingsysteem

Kernthema	Thema	Label	
Kenmerken praktijk / instelling	Lijn	Eerste lijn	
		Tweede lijn	
		Eerste- en tweede lijn	
	Functie(s)	Psychotherapeut/psychiater	
		Psycholoog	
	Specialisatie	Kinder-jeugd	
		Geen: volwassen	
		Trauma	
		Persoonlijkheidsstoornis	
		Forensische zorg	
		Verslavingspsychiatrie	
	Grootte	Cliënten	
		Personeel	
	Kenmerken cliënten	SES	Hoog
			Laag
Gemixt			
Zorgzwaarte		Licht	
		Zwaar	
Herkomst		Afkomst	
		Inkomen	
		Opleidingsniveau	
Vraaguitval		Vroegtijdig stoppen met behandeling	Motivatie: SES
	Motivatie: zorgzwaarte		
	Motivatie: motivatie		

	Minder aanmeldingen	Motivatie: SES
		Motivatie: zorgzwaarte
		Motivatie: motivatie
	Geen verandering	Cliënten hebben geld
		Cliënten worden goed geholpen
		Kunnen niet zonder
Gevolgen cliënten	Psychische gesteldheid	Crisis
		Opnames
		Suicide
		Terugvallen
	Fysieke gesteldheid	Somatiseren
	Gezinssituatie	Belasting gezin
	Financiële situatie	Geldproblemen
	Delictrisico	Gevaar gezin
		Gevaar zichzelf
		Gevaar omgeving
Gevolgen praktijken / instellingen	Personeel instellingen	Personeelsstop
		Personeel ontslaan / boventallig maken
	Personeel vrijgevestigden	Stoppen
		Personeel ontslaan
	Verandering aanbod	Specialisatie
	Financiële gevolgen	Missen cliënten
		Betalen e.b.
	Verandering doelgroep	Reclame
Nieuwe doelgroep		
Gevolgen maatschappij	Omgeving cliënten	Vervuiling/verwaarlozing
		Relaties

		Dakloosheid
	Kosten	Toename kosten
	Overlast	Overlast
	Delict risico	Gevaar
Verwijzen	Eerste lijn	Psycholoog
		Maatschappelijk werk
	Tweede lijn	Instelling
	Huisarts	Huisarts
	Anders	Niet verwijzen
Bezuinigen	Efficiëntie	Samenwerking
		Kwaliteit van behandeling omhoog
	Budgetkorting	Budgetkorting
	Overbehandeling	Overbehandeling
	Preventie	Preventie
	Overbehandelen	Limiteren zittingen
		Teveel behandelen
	Benutten potentieel cliënt	Nuttig maken in maatschappij
	Aanpassingsstoornis	Aanpassingsstoornis
	Administratie	Uren administratie
		Toename
Systeem	Financiering	Uurtje factuurtje
		Rechtsreeks zorgverzekering
	Eigen bijdrage	Zoals hij nu is
		Inkomensafhankelijk
		Geen eigen bijdrage
	DBC	Fraude
		Ander systeem
		Aanpassen DBC

Bijlage 4: categorieënindeling peilingen SP

Peiling professionals en cliënten

Wervingstekst (zoals te lezen was op www.sp.nl en www.nu.nl):

“De SP is een onderzoek gestart naar de gevolgen van de eigen bijdrage in de GGZ. Juist het bundelen van alle ervaringen en gevolgen van de eigen bijdrage is nu erg belangrijk. Dus ik hoop van harte dat iedereen zijn ervaring wil mailen. Natuurlijk gaan we vertrouwelijk om met de gegevens en alle ervaringen zijn welkom, ook als die positief zijn”.

Categorieën (zoals achteraf ingedeeld)

- gevoelens en percepties ten aanzien van de maatregel
- gevolgen cliënten en hun omgeving
- gevolgen praktijken en instellingen
- verwachte gevolgen voor de maatschappij

Peiling huisartsen

Wervingstekst (per e-mail):

“Wat zijn uw ervaringen met de eigen bijdrage in de GGZ?”

Categorieën (zoals achteraf ingedeeld)

- geen gevolgen gesignaleerd
- toename psychische hulpvraag op spreekuur
- toename voorschrijven psychiatrische medicatie
- gevolgen van toename
- kwalificatie huisarts/ POH GGZ
- verwachtingen effecten voor cliënten
- verwachtingen effecten voor samenleving