

Stand van zaken

Het provinciale in de geestelijke gezondheidszorg

Rick Kwekkeboom

Mw.dr.ir. M.H. Kwekkeboom is wetenschappelijk medewerker van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Zij publiceerde eerder op het terrein van de informele zorgverlening en het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Zij promoveerde december jongstleden op een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, *Zo gewoon mogelijk*.

Samenvatting

In deze bijdrage wordt aandacht besteed aan de rol van de provinciale overheid in de (regionale) geestelijke gezondheidszorg. De informatie is gebaseerd op de uitkomsten van een onderzoek dat onderdeel uitmaakte van het SCP-project 'Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg'. Voor dit onderzoek zijn open vraaggelassen gesprekken gevoerd met ambtenaren die binnen de provincies verantwoordelijk zijn voor het beleid in deze sector. De taken van de provinciale overheid ten aanzien van het gezondheidszorgbeleid zijn beperkt en slechts een enkele ervan kent een wettelijke verankering. In het regeerakkoord van het tweede Paarse kabinet is vastgelegd, dat de provincie een initiërende en besluitvormende rol dient te spelen bij het totstandkomen van de zogenoemde Regiovisies Zorg. Uit het onderzoek komt naar voren dat het grootste deel van de voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid beschikbare formatie-ruimte momenteel inderdaad besteed wordt aan het overleg over en het schrijven van de regiovisies voor deze sector. Ook een groot deel van het (bescheiden) budget dat voor geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is, wordt ingezet voor activiteiten die rechtstreeks uit de regiovisies voortvloeien.

In zowel het overleg rond de regiovisie als in de toekenning van projectsubsidies wordt door de provincies veel aandacht gegeven aan de versterking van de positie van de zorgvragers. Tevens wordt geprobeerd om in de ontwikkeling van het geestelijke gezondheidszorgbeleid afstemming te realiseren op zowel het algemene zorgbeleid in de provincies als op ontwikkelingen op andere relevante beleidsterreinen als wonen, arbeid en economie.

1 Inleiding

Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft in de jaren 1997-2001 onderzoek gedaan naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Vermaatschappelijking houdt onder andere in dat mensen met psychische problemen in staat moeten worden gesteld een 'zo gewoon mogelijk' leven te leiden. Dit betekent dat zij voor hun dagelijkse behoeften een beroep moeten kunnen doen op de algemene voorzieningen en dat opnames zo veel mogelijk worden voorkomen. Om dit te bereiken is het gewenst dat de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg samenwerken met de algemene instellingen op de terreinen zorg, wonen en werk en dat al deze partijen onder de regie van zorgkanto-

ren en lokale overheden overleggen over een gezamenlijke ontwikkeling van het beleid. Samenwerking en overleg zouden moeten leiden tot de vorming van circuits waarbinnen op regionaal niveau een integraal voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problematiek wordt gerealiseerd (TK 1998/1999).

Vanuit een bestuurskundige optiek is de in de geestelijke gezondheidszorg gewenste circuitvorming op te vatten als de totstandkoming van regionale beleidsnetwerken, waarbinnen de actoren van elkaar afhankelijk zijn voor de realisatie van de gezamenlijke beleidsdoelen (Kwekkeboom 2001). Daarom is voor het onderzoek naar de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg aangesloten bij de bestuurskundige theorie van de beleidsnetwerkbenadering (zie o.m. Koppenjan, De Bruijn en Kickert 1993).

De mate waarin het vermaatschappelijkingsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg is gerealiseerd is onderzocht door na te gaan of en in hoeverre de diverse partijen (actoren) gezamenlijk een regionaal beleidsnetwerk vormen en binnen dit netwerk hun beleid gezamenlijk vormgeven. Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst waarin onder meer gevraagd werd naar de mate waarin en de wijze waarop de diverse actoren binnen de regio met elkaar samenwerken voor hun voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen (voor een uitgebreide beschrijving van dit deel van het onderzoek wordt verwezen naar de integrale publicatie hierover: Kwekkeboom 2001).

De plannen voor het door de actoren gezamenlijk – het beleidsnetwerk – te ontwikkelen beleid dienen te worden vastgelegd in zogenoemde regiovisies, die door de provinciale overheden moeten worden vastgesteld. Van de provincies wordt ook verwacht dat zij de totstandkoming van de Visies stimuleren en erop toezien dat alle relevante partijen (aanbieders, financiers en gebruikers) bij het overleg betrokken zijn (TK 1998/1999).

De provincies zijn dus wel betrokken bij het (eventueel) totstandkomen van regionale beleidsnetwerken, maar zij maken er zelf geen deel van uit. Het was dan ook niet zinvol hun dezelfde standaardvragenlijst voor te leggen. Daarom is besloten de rol van de provinciale overheden in het geestelijke gezondheidszorgbeleid – in het bijzonder in de

totstandkoming van de regiovisies – apart te onderzoeken via open vraaggesprekken met ambtelijke vertegenwoordigers. In de gesprekken is niet alleen ingegaan op de voortgang ten aanzien van de regiovisies geestelijke gezondheidszorg en de provinciale visie op de totstandkoming van de regionale netwerken, maar is ook aandacht gegeven aan eventueel ‘eigen’ provinciaal beleid binnen deze sector van de gezondheidszorg.

In deze bijdrage wordt verslag gedaan van de uitkomsten van dit deelonderzoek, dat is uitgevoerd in de periode juli-december 2000. Daarbij zal eerst een beschrijving worden gegeven van de formele rol van de provincies in het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Vervolgens wordt ingegaan op de manier waarop de provinciale overheden anno 2000 deze rol invullen. Dit artikel wordt afgesloten met enkele conclusies over de bijdrage die de provinciale overheden hebben geleverd en kunnen leveren aan ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

2 Het provinciale geestelijke gezondheidszorgbeleid: de taken op papier

De rol van de provinciale overheden in het geestelijke gezondheidszorgbeleid is momenteel alleen wettelijk vastgelegd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (wzv). Deze wet maakt de provincie verantwoordelijk voor het ontwerpen van plannen voor ‘ziekenhuisvoorzieningen’. Daarvoor is het land opgedeeld in totaal 27 regio's, waarbinnen een op de regionale vraag aansluitend aanbod gerealiseerd moet worden.¹ De (algemene) psychiatrische ziekenhuizen en de Regionale Instellingen voor Beschermde Wonen worden ook tot de ‘ziekenhuisvoorzieningen’ gerekend en dus zijn de provincies rechtstreeks betrokken bij de ontwikkeling van het aanbod van deze voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg.²

De bemoeienis van de provincie met de geestelijke gezondheidszorg gaat echter verder terug dan de invoering van de wzv in 1971. Ook blijkt zij in de praktijk altijd heel wat meer omvat te hebben dan alleen die planningstaak. Provincies namen zelf het initiatief tot het stichten en instandhouden van ‘eigen’ psychiatrische ziekenhuizen en waren soms betrokken bij het opzetten van sociaal-psychiatrische voorzieningen (Van der Grinten 1986; De Wit

1991). Vrijwel alle provincies droegen financieel bij aan de exploitatie van de intramurale geestelijke gezondheidszorg, meer dan waartoe zij op basis van de toenmalige wetgeving verplicht waren. De betrokkenheid en het aandeel in de financiering van de zorg liepen per provincie wel sterk uiteen. Deze verschillen hadden vaak een historische achtergrond – bijvoorbeeld het ontbreken van particulier initiatief in de krankzinnigenzorg -, maar werden ook bepaald door de persoonlijke betrokkenheid bij deze zorg van een of meer gedeputeerden (De Wit 1991).

Interprovinciale verschillen hebben zich tot nu toe ook voorgedaan bij de invulling van de planningstaak. Zeker nadat door een wijziging van de wzv in 1979 de invloed van de provincies op de planning van de ziekenhuisvoorzieningen was toegevoegd, werden de verschillen tussen deze provincies steeds groter. Sommige provincies sloten in hun advisering vrijwel naadloos aan op de voorstellen van de geestelijke gezondheidszorginstellingen, maar andere ontwikkelden een geheel eigen beleidsvisie, waarnaar de instellingen zich hadden te voegen. De provincies hadden wel met elkaar gemeen dat zij, via subsidieverlening, een belangrijke bijdrage leverden aan de ontwikkeling van alternatieve voorzieningen: wegloophuizen, dagopvangvoorzieningen, rehabilitatieprojecten enzovoort (De Wit 1991).

Anno 2000 vormt de wzv-taak een relatief bescheiden onderdeel van de provinciale bemoeienis met het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Van de provincie wordt daarentegen in toenemende mate verwacht dat zij een spilfunctie vervult in een regionaal georiënteerde ontwikkeling van voorzieningenaanbod en beleid in de sector. Dit zou tot uiting moeten komen in het opstellen van zogenoemde regiovisies, door alle betrokken partijen gezamenlijk op te stellen toekomstvisies voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid op regionaal niveau. Van dergelijke regiovisies werd voor het eerst gewag gemaakt in de overheidsnota 'Onder anderen', waarin de lijnen voor een 'verdere vermaatschappelijking van de zorg' worden uitgezet (TK 1992/1993). Over de regiovisies wordt in de nota verder nog opgemerkt dat enkele provincies, 'vooruitlopend op de wettelijke vormgeving van de regiovisie' al bezig zijn met het opstellen ervan, vaak in het verlengde van de actualisatie van de wzv-plannen. Ook in de

'Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg' uit 1998 wordt gesproken van de regiovisie en van 'de initiërende en stimulerende functie' van de provincies bij de totstandkoming daarvan (TK 1998/1999).

Eerder was in datzelfde jaar de regiovisie als instrument voor de meerjarige, regionaal georiënteerde beleidsontwikkeling op het terrein van de zorg in brede zin in het regeerakkoord opgenomen. In dit akkoord wordt de regiovisie omschreven als

'een beleidskader op hoofdlijnen dat binnen de budgettaire kaders tot stand komt met betrokkenheid van het zorgkantoor, de patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten en wordt vastgesteld door de provincie' (Ouweland e.a. 1999).

Voor de Regiovisies Geestelijke Gezondheidszorg bestaat echter geen wettelijk kader, wat erop neer komt dat in deze sector 'de regiovisie een consensusdocument is en als zodanig geen (publiekrechtelijke) rechtsgevolgen heeft' (TK 1998/1999). Het ontbreken van een wettelijke basis is voor de meeste provincies echter geen reden geweest om af te zien van het opstellen van een regiovisie voor de geestelijke gezondheidszorg. Uit diverse inventarisaties blijkt dat al voor 1998 in een groot deel van de regio's begonnen was met overleg en dat in dat jaar ook al een aantal visies was vastgesteld (Ouweland e.a. 1999; Van Wijngaarden en Huijsman 1999).

De opvatting dat de provincie een centrale rol zou moeten vervullen in de regionale beleidsontwikkeling komt opnieuw tot uitdrukking in de (gedeeltelijke) decentralisatie van het patiënten- en consumentenbeleid in 1994. Vanaf dat jaar zijn de provincies verantwoordelijk voor de financiering en instandhouding van de op het niveau van de wzv-regio's ingestelde Regionale Patiënten- en Consumentenplatforms, de RPCP's. De decentralisatie wordt gemotiveerd door te wijzen op het belang van regionale beleidsontwikkeling in de zorg en het decentrale karakter van het overleg tussen zorgaanbieders en -gebruikers (TK 1994/1995).

Vooruitlopend op de vaststelling van nota over het patiënten- en consumentenbeleid werd in de nota 'Onder anderen' de provincie al een belangrijke taak toegekend in de versterking van de positie van de cliënten van de geestelijke gezondheidszorg

(TK 1992/1993). Die taak werd, in combinatie met de kennis bij de provinciale overheid over andere zorgvelden en over andere beleidsterreinen, zoals volkshuisvesting en ruimtelijke ordening, juist ook aangegrepen als aanleiding om de provincie aan te wijzen als de aangewezen instantie voor het opstellen van een gezaghebbende regiovisie.

3 Het provinciale geestelijke gezondheidszorg-beleid: de uitvoering in de praktijk

De formatieve ruimte die de provincies in kunnen zetten voor de ontwikkeling en implementatie van een 'eigen' geestelijke gezondheidszorgbeleid is afhankelijk van de grootte van de provincie en varieert van 0,2 tot 3 fte. De ambtenaren die zich met dit beleidsterrein bezighouden, doen dit vaak in combinatie met werk op andere deelterreinen binnen de zorg: verpleging en verzorging, verstandelijk gehandicaptenzorg, ziekenhuisbeleid, enzovoort. In de praktijk blijkt dat de hoeveelheid tijd die aan het geestelijke gezondheidszorgbeleid besteed kan worden niet zelden wordt bepaald door de hoeveelheid tijd die nodig is voor de andere deel-terreinen.

De budgettaire ruimte voor de ontwikkeling van 'eigen' beleid is beperkt. De provincie krijgt geen 'geoomerkte' middelen voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid zodat een eventueel budget voor geestelijke gezondheidszorgbeleid ten laste komt van de eigen middelen van de provincie en dus afhankelijk is van de politieke besluitvorming binnen de Provinciale Staten. Aanvankelijk bestond er weinig politieke aandacht voor het beleid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. De sector kwam pas echt op de politieke agenda te staan, toen als gevolg van de vermaatschappelijking de voorzieningen moesten worden verplaatst en de intramurale capaciteit moest worden teruggebracht. De aandacht groeide, toen in het kader van het integrale zorgbeleid ook regiovisies voor de geestelijke gezondheidszorg werden ontwikkeld. Dit heeft als direct gevolg dat nu ook voor de toch wat achtergebleven geestelijke gezondheidszorg-sector meer middelen beschikbaar zijn gekomen. Desondanks blijft de bemoeienis van Gedeputeerde en Provinciale Staten met de geestelijke gezondheidszorg achter bij die voor andere sectoren binnen de zorg.

In de afgelopen jaren is een groot deel van de

provinciale beleidsaandacht en van de middelen besteed aan het opzetten en faciliteren van het overleg rond de Regiovisies Geestelijke Gezondheidszorg. Omdat deze visies een belangrijke rol hebben gespeeld in de gedachtevorming rond dit beleid en vaak ook een weerspiegeling vormen van de opvattingen die bij de provincie zelf daarover leven, wordt nu eerst ingegaan op de gang van zaken in dit visieoverleg. De overige aandachtspunten in het provinciale geestelijke gezondheidszorgbeleid komen daarna aan de orde.

De gang van zaken rond de regiovisies

In alle provincies blijkt het grootste deel van de formatieve ruimte die beschikbaar is voor geestelijke gezondheidszorgbeleid, momenteel besteed te worden aan het overleg rond respectievelijk het schrijven van de regiovisies. In vrijwel alle provincies is bij het in gang zetten van het regiovisieoverleg hetzelfde stramien gevolgd: de Provincie bracht een startnotitie uit over het (gewenste) geestelijke gezondheidszorgbeleid, al of niet als onderdeel van een notitie over gewenste ontwikkelingen in de zorgsector als geheel.³ Vervolgens werd er een startconferentie georganiseerd, waarvoor vertegenwoordigers van de overige beoogde deelnemers aan het visieoverleg werden uitgenodigd.

De beoogde deelnemers zijn grofweg te karakteriseren als: 'de aanbieders', 'de gebruikers', de 'financiers' en 'de lokale overheden'. Hoe breed deze partijen worden gedefinieerd, met name waar het de aanbieders, de zorgvragers en de lokale overheden betreft, is per provincie verschillend. De provincies die het vroegst gestart zijn met het regiovisieoverleg, beperkten zich meestal tot de aanbieders van AWBZ-zorg, soms aangevuld met een vertegenwoordiging van de huisartsen.⁴ Ook in provincies waar de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg niet enthousiast bleken over het provinciale initiatief, werd 'volstaan' met de kring van AWBZ-aanbieders en werden dus geen aanpalende sectoren of alternatieve aanbieders voor deelname aan het overleg benaderd.

Als vertegenwoordiging van de zorgvragers werden standaard de RPCP's uitgenodigd. Daar dit niet altijd naar de zin was van de cliënten van de geestelijke gezondheidszorg zelf, werd in sommige provincies de cliëntvertegenwoordiging uitgebreid met afvaardigingen van categoriale cliënt- en familieor-

ganisaties, al of niet verenigd in lokale/regionale Platforms. Dit had dan soms wel weer tot gevolg dat de inbreng in het overleg van zorgvragerszijde niet altijd eenduidig was.

Namens de lokale overheden namen meestal alleen de grotere gemeenten (vaak ook centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg) deel aan het overleg. In een enkele regio zijn alleen gemeenten die vestigingsplaats voor (intramurale) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn, voor deelname uitgenodigd. Deze oplossingen bleken in de praktijk niet geheel zonder problemen. De niet-deelnemende gemeenten klaagden soms over de gebrekkige terugkoppeling uit het overleg of stelden zich op het standpunt dat lokale overheden gezien hun autonomie nooit door andere overheden vertegenwoordigd kunnen worden. Sommige provincies proberen daar nu een oplossing voor te vinden door voor deelname door de lokale overheden, ook de kleinere, een 'getrapt' traject af te lopen. Daarvoor worden dan alle lokale overheden in de regio voor informatie en overleg uitgenodigd, waarna een afvaardiging daarvan dan deelneemt aan de visiebesprekingen zelf.

De startconferenties zijn door de provincies vooral gebruikt om binnen de regio's te peilen hoe de betrokken partijen denken over enerzijds het beoogde provinciale beleid en anderzijds het instrument regiovisie. Tevens kon zo een indruk worden gekregen van de mogelijke hinderpalen en van de meest geëigende manier om die weg te nemen.

De weg naar een Regiovisie Geestelijke Gezondheidszorg blijkt in de meeste provincies heel wat hobbels en wegversperringen te kennen. Een greep uit de gerapporteerde problemen:

- de provinciale overheden hadden zich in de ogen van de geestelijke gezondheidszorginstellingen tot dan toe weinig beziggehouden met hun sector en werden daarom door hen met de nodige reserve tegemoet getreden;
- voor de bemoeienis van de provincie met een Regiovisie Geestelijke Gezondheidszorg bestaat geen wettelijke basis en niet alle betrokken partijen waren er daarom van overtuigd dat deelname van de provincie een meerwaarde kon hebben;
- de onderlinge verhouding tussen de geestelijke gezondheidszorgaanbieders in de betrokken regio was niet zo geweldig en men had er geen behoefte

aan om met elkaar afspraken te moeten gaan maken;

- tegelijkertijd met het opstarten van het regiovisieoverleg speelde de discussie over de capaciteitsafbouw en/of de besteding van de gelden uit de Vrije Margeregeling. Deze discussie legde een druk op het visieoverleg, niet in de laatste plaats omdat de provinciale overheid partij was in de beslissingen over de toekenning van capaciteit en gelden;
- ten tijde van het regiovisieoverleg waren aanbieders (of een deel ervan) in onderhandeling over onderlinge fusies en was deze partij meer bezig met de interne organisatie dan met afstemming op het beleid van andere belanghebbenden;
- zorgkantoren hadden geen behoefte aan regiovisies met alle partijen samen en schreven liever, samen met de aanbieders, een eigen beleidsvisie;
- de onderlinge verhouding tussen zorgkantoren en provinciale overheid was niet duidelijk;
- cliënten/zorgvragers voelden zich niet/ verkeerd/onvoldoende vertegenwoordigd in het overleg;
- lokale overheden (i.c. de grotere gemeenten) waren van mening dat de regiefunctie voor het regionale beleid hun en niet de provincie toekwam;
- lokale overheden (i.c. de kleinere gemeenten) voelden zich niet betrokken bij het geestelijke gezondheidszorgbeleid en zagen het nut van deelname niet in;
- de verhouding tussen de provinciale overheden en de in hun gebied vallende Grote Steden (beide verantwoordelijk voor een regiovisie) was niet altijd duidelijk;
- niet alle (beoogde) deelnemers aan het overleg waren het eens over de reikwijdte van de op te stellen visie: wel of niet alleen maar AWBZ-voorzieningen;
- de grenzen tussen werkingsgebieden van de geestelijke gezondheidszorginstellingen, tussen provincies en tussen wzv-regio's vallen vaak niet samen.

Bovengenoemde problemen hebben zich trouwens niet alle in alle provincies voorgedaan. En ook binnen de provincies zelf konden, per wzv-regio of zelfs per subregio, verschillen in bereidheid tot medewerking worden vastgesteld.

Een probleem dat zich in het merendeel van de provincies heeft voorgedaan was dat van de afbake-

ning van de geografische reikwijdte van de op te stellen visies. Waar de startconferentie (soms) nog wel op provinciaal niveau wordt gehouden, moest voor het overleg zelf per definitie altijd het niveau van de regio worden aangehouden. Maar de wzv-indeling komt niet altijd overeen met die binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf. Ook lopen de grenzen van de regio's – volgens welke indeling dan ook – niet altijd parallel aan de provinciegrenzen. Om van start te kunnen gaan, was het dus noodzakelijk eerst tot overeenstemming te komen over de te hanteren gebiedsindeling. In een deel van de provincies is voor het visieoverleg aangesloten bij de werkingsgebieden van de instellingen, zodat er in ieder geval een begin kan worden gemaakt. Men hoopt dat het na verloop van tijd toch mogelijk zal worden om een eventuele tweede visie dan wel op wzv-niveau te kunnen vaststellen. In andere provincies wordt wel de wzv-indeling aangehouden, al dan niet onder protest van de overige deelnemers.⁵

Voor het overleg zelf zijn in de meeste regio's of subregio's zogenoemde stuurgroepen ingesteld. In deze stuurgroepen, die alle een onafhankelijk voorzitter hebben, zijn de deelnemende partijen met een of meer zetels vertegenwoordigd. Het secretariaat van deze stuurgroepen ligt soms in handen van een provinciaal ambtenaar en wordt soms uitbesteed aan een adviesbureau of provinciaal ondersteuningspunt. De deelname door de provincie zelf aan het visieoverleg was echter niet altijd voor iedereen vanzelfsprekend. De provincies zagen zich daardoor genoodzaakt uiterst behoedzaam op te treden en alle schijn van sturing of bepaling te vermijden. In die gevallen waar de provincie zelf optrad als penvoerder voor het visieoverleg, zijn dan ook allerlei constructies (bv. detachement) bedacht om maar te benadrukken dat de ambtelijk secretaris weliswaar wordt betaald door de provincie, maar in dienst is van de betrokken stuurgroep.

De stuurgroep wordt meestal 'gevoed' door werkgroepen, die de diverse onderdelen van de visie voorbereiden. De samenstelling van deze werkgroepen is, zeker bij meer recente regiovisies, meestal breder dan die van de stuurgroep, zodat in deze werkgroepen de aanpalende sectoren en categoriale cliëntorganisaties vaak wel vertegenwoordigd zijn.

De regiovisies zelf mondden, na inventarisatie van aanbod, vraag en knelpunten, meestal uit in een actieprogramma of lijst met actiepunten. In de oudste visies bleef het vaak daarbij, in de jongere visies wordt vaak ook een implementatieplan opgenomen, waarin staat aangegeven wie wat wanneer gedaan zou moeten hebben. In een deel van de provincies wordt deze implementatie bewaakt en wordt ook na de vaststelling van de regiovisie aan de stuurgroep gerapporteerd over de stand van zaken.

In de meeste provincies worden de regiovisies, na vaststelling door de Provinciale Staten, breed verspreid, ook onder partijen die niet aan het overleg hebben deelgenomen maar mogelijk wel een rol zouden kunnen spelen in het voorzieningen-aanbod voor (ex-)cliënten van de geestelijke gezondheidszorg.

Uit de regiovisies zelf blijkt dat het denken over een dergelijke visie in de afgelopen jaren flink is veranderd. De eerste visies lijken zich toch vooral te kenmerken door een beperkte reikwijdte – alleen AWBZ-voorzieningen – en een even beperkte inhoud – er wordt alleen ingegaan op de nabije toekomst van deze AWBZ-voorzieningen. Die visies roepen daarom nu veel kritiek op, verrassenderwijs ook bij de partijen die zich aanvankelijk tegen een bredere visie verzetten. De meest recente visies, waarvan sommige al van de 'tweede generatie' zijn, zijn vaak breder opgezet en er is door een groter aantal deelnemers over overlegd. Ook de aan de visies verbonden actieprogramma's omvatten meer onderwerpen dan die uit de oudere visies en de voortgang hiervan wordt consequenter bewaakt.

Het instrument 'regiovisie' lijkt daarom in de loop der jaren aan invloed en respect te hebben gewonnen. Ook hebben het overleg rond en het schrijven van de Regiovisies Geestelijke Gezondheidszorg een belangrijke bijdrage geleverd aan de regionale netwerkvorming en de ontwikkeling van een integraal voorzieningenaanbod.

Die netwerkvorming en dat integrale aanbod vormen in de meeste provincies inmiddels de centrale doelstellingen van het 'eigen' provinciaal beleid. Dit eigen beleid staat in een deel van de provincies verwoord in afzonderlijke beleidsnota's, die meestal het gehele zorgterrein bestrijken. De provinciale uitgangspunten voor het zorgbeleid komen vrijwel letterlijk overeen met die van de natio-

nale overheid: vermaatschappelijking, extramuralisatie, zorg op maat, integratie en emancipatie van de zorgvragers enzovoort. Deze uitgangspunten vormen dan ook vrijwel altijd de 'toetsingscriteria' voor de Provinciale Staten bij de vaststelling van de (concept-)regiovisies.

Om de doelen van regiovisie respectievelijk beleidsnota dichterbij realisatie te brengen, hebben de provincies allemaal een additioneel budget beschikbaar gesteld.⁶ De omvang van deze aanvullende budgetten loopt uiteen van tweehonderdduizend tot twee miljoen gulden, afhankelijk van de grootte en rijkdom van de betrokken provincie. Projecten die voortkomen uit de actieprogramma's kunnen voor (gedeeltelijke) subsidiëring vanuit dit budget in aanmerking komen.

Overig provinciaal beleid

De inhoud van de regiovisies komt dus in toenemende mate overeen met de uitgangspunten en doelstellingen die de provincies voor zichzelf hebben geformuleerd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een groot deel van de diverse stimuleringsbudgetten besteed wordt aan actieprogramma's en/of projecten die rechtstreeks voortkomen uit de diverse regiovisies.

Daarnaast hebben de provincies elk ook hun meer specifieke aandachtspunten. Die worden voor een deel bepaald door de geografische omstandigheden. Zo zijn in de meer landelijke delen van Nederland de provinciale overheden erg actief in het stimuleren van de ontwikkeling van zorgboerderijen, ook voor de doelgroepen van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. In de meer verstedelijkte gebieden gaat de aandacht van de Provincie juist uit naar arbeidsintegratieprojecten in de kleinmetaal of horeca.

Voor de ontwikkeling van de eigen provinciale voorzieningen wordt vaak binnen het provinciaal ambtelijk apparaat de samenwerking gezocht met andere diensten/afdelingen, zoals Economie en Werkgelegenheid en Landbouw. Op vergelijkbare wijze wordt er door de betrokken provinciale diensten ook samengewerkt rond het beleid voor wonen en zorg en wordt door diensten samen nagedacht over de gevolgen van het deconcentratiebeleid in de zorg voor de ruimtelijke ontwikkeling. De hiervoor genoemde integrale zorgnota's die een deel van de provincies heeft uitgebracht of binnenkort gaat uit-

brengen, zijn dan ook bijna alle een product van verschillende provinciale diensten samen.

De provincies besteden verder zelf veel aandacht aan het versterken van de positie van de zorgvrager. Dit vloeit natuurlijk voort uit de wettelijke verplichting van de provinciale overheid in dezen, maar de betrokkenheid blijkt een bredere basis te hebben dan alleen de teksten van de wet. De provinciale overheid rekent het nadrukkelijk tot haar verantwoordelijkheid om de zwakkeren in de samenleving te beschermen en te ondersteunen. Daarom hebben heel wat provincies in het kader van het regiovisieoverleg extra geld gestoken in de begeleiding van de belangenbehartigingsorganisaties van de cliënten, deze geholpen bij het in kaart brengen van de (kwalitatieve) zorgvraag en in sommige gevallen zelfs een cursus vergaderen aangeboden. Ook projectaanvragen van cliëntorganisaties kunnen in het algemeen op een welwillend onthaal rekenen. Verder hebben vrijwel alle provincies er, via subsidievoorwaarden, op 'aangedrongen' dat de RPCP's meer aandacht geven aan de belangenbehartiging van geestelijke gezondheidszorg cliënten, bijvoorbeeld door het instellen van een aparte sectie geestelijke gezondheidszorg en/of het aanstellen van een specifieke vertegenwoordiger van de geestelijke gezondheidszorgcliënten.

De grote hoeveelheid tijd en aandacht die besteed wordt aan het overleg rond de regiovisies maakt dat de wettelijke planningstaak van de provincie relatief weinig aandacht krijgt. Toch heeft juist deze wzv-taak de provincie een sleutel in handen gegeven om het vermaatschappelijkingsproces in de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. De in de richtlijn ex artikel 3 van de wzv opgenomen tekst beschrijft immers vrij nauwkeurig aan welke eisen de (nieuwe) voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg hebben te voldoen. Deze eisen komen, uiteraard, overeen met de doelen die de rijksoverheid nastreeft (Buijs 1998). Als de provincie zou oordelen dat voorstellen van geestelijke gezondheidszorginstellingen zelf niet aan deze eisen voldoen, dan hadden deze voorstellen niet gerealiseerd kunnen worden.

De plannen van de rijksoverheid om de wzv op te heffen en op te laten volgen door de Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen (wez), waarin de planningstaak wordt overgedragen aan de zorgkantoren (TK 2000/2001), zullen echter tot gevolg hebben

dat de provinciale overheden hun sleutelpositie in de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg gaan verliezen.

4 Conclusies

Uit de hierboven beschreven uitkomsten komt naar voren dat de provincies in hun beleid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg opnieuw (of nog steeds) heel wat meer doen dan wettelijk van hen gevraagd wordt. Sterker nog, de wettelijke taken krijgen minder aandacht dan de activiteiten waartoe de provincies niet per wet verplicht zijn.

Ook wijzen de uitkomsten erop dat anno 2000 de provinciale overheden zich in hun geestelijke gezondheidszorgbeleid vooral sterk maken voor de zorgvrager. Zowel in hun aanpak van de op te stellen regiovisies als in hun (wettelijk verplichte) patiënten- en consumentenbeleid als in de besteding van hun 'eigen' middelen, besteden de provincies nadrukkelijk en apart aandacht aan de positie van de cliënt. De mate waarin deze provinciale aandacht de positie van de geestelijke gezondheidszorgcliënt daadwerkelijk versterkt heeft, is natuurlijk niet met zekerheid vast te stellen, maar het lijkt

niet onverantwoord om te constateren dat het gevoerde provinciale beleid zeker heeft bijgedragen aan een versteviging van de inbreng van de gebruikers van de zorg.

Iets dergelijks kan ook zeker beweerd worden voor de rol van de provincies bij het totstandkomen van de Regiovisies Geestelijke Gezondheidszorg. Zonder het provinciale initiatief zou een groot deel van de regiovisies niet, of later, of binnen een veel beperkter kring tot stand zijn gekomen. De zo gewenste ontwikkeling van een regionaal georiënteerd en integraal, onderling samenhangend aanbod van geestelijke gezondheidszorgbeleid zou daardoor in een deel van de regio's heel wat moeilijker gerealiseerd kunnen worden.

Het is dan ook toe te juichen dat de rijksoverheid van plan is om de regiovisie en de rol van de provinciale overheden op te nemen in de nieuwe WEZ en zo een wettelijke verankering te geven (TK 2000-2001). De praktijk zal verder moeten uitwijzen of die wettelijke basis voor de provinciale bemoeienis voldoende is om alle betrokken partijen in de regio tot een structureel afstemmingsoverleg te bewegen.

Noten

1 Naast (of binnen) deze regio's zijn de vier Grote Steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) als afzonderlijke planningsgebieden aangewezen.

2 In de richtlijnen ex art 3 van de wvz wordt er overigens op gewezen dat andere geestelijke gezondheidszorginstellingen als RIAGG of 'projecten dagstructurering' weliswaar niet onder de wvz ressorteren, maar gezien hun samenhang met de andere voorzieningen wel in de plannen moeten worden opgenomen. De provincie is daarmee dus betrokken bij de plannen voor het gehele geestelijke gezondheidszorgaanbod in het eigen werkgebied.

3 In elf van de twaalf provincie is (tot nu toe) gekozen voor het opstellen van de 'subsectorale' of categoriale regiovisies. Deze worden wel vaak 'overkoepeld' door een voor de gehele sector voorgenomen beleidsontwikkeling, maar de visie zelf beperkt zich tot het categoriale beleid. De meerderheid van de provincies is overigens wel voornemens om in de tweede

of volgende generatie regiovisies de subsectoren binnen de zorg te integreren.

4 Deze vertegenwoordiging bleek na verloop van tijd overigens vrijwel altijd te resulteren in een deelname op persoonlijke titel; het onderlinge verschil van inzichten binnen de betrokken DHV's maakte een mandaat onmogelijk.

5 Vergelijkbare problemen deden zich ook voor bij de vaststelling van de samenwerkingsgebieden voor de lokale overheden. De wvz-regio-indeling is immers ook niet gelijk aan die voor de Wet Gemeenschappelijke Regelingen, op basis waarvan lokale overheden samenwerkingsrelaties kunnen aangaan. De problemen met deze gebiedsindeling bleken echter minder zwaar te wegen dan met die in de geestelijke gezondheidszorg zelf.

6 Het gaat hier dus om middelen die beschikbaar worden gesteld naast de provinciale bijdrage voor het faciliteren van het visieoverleg.

Literatuur

- Buijs, G.J. (red.), 1998, *Wet Ziekenhuisvoorzieningen*. (Editie Schuurman & Jordens), Deventer: Uitgeverij Kluwer bv.
- Van der Grinten, T.E.D., 1986, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: Een historisch beleidsonderzoek*. Baarn: Ambo (dissertatie).
- Koppenjan, J.F.M., J.A. de Bruijn en W.J.M. Kickert (red.), 1993, *Netwerkmanagement in het openbaar bestuur: Over de mogelijkheid van overheidssturing in beleidsnetwerken*. 's Gravenhage: VUGA Uitgeverij B.V.
- Kwekkeboom, M.H., 2001, *Zo gewoon mogelijk: Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SCP.
- Ouwehand, L.M.C. e.a., 1999, *Regiovisie, verzilveren van het regeerakkoord!* Gouda: ICS Adviseurs.
- Regiegroep, 1999, *Regiovisie 1999: Regiovisie met kwaliteit*. (Nieuwsbrief nr. 3), IPO + G4. Gouda: Regiegroep/ICS Adviseurs.
- tk 1992/1993, *Onder anderen: Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 23 067, nr. 2.
- tk 1994/1995, *Patiënten/Consumentenbeleid*, Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 22702, nr. 11.
- tk 1998/1999, *Geestelijke gezondheidszorg*, Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 25424, nr. 6.
- tk 2000/2001, *Herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen* (Wet exploitatie zorginstellingen). Voorstel van wet + memorie van toelichting, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27 659, nrs. 1-3. SCP, 2000, *Werkprogramma 2000-2001*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wit, J. de, 1991, *Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale overheden bij de GGZ, 1884-1991*. Utrecht: NCGV.
- Wijngaarden, J.D.H. van en R. Huijsman, 1999, *De regiovisie geïnventariseerd: Een overzicht van proces en inhoud*. Den Haag: IPO.