



De mogelijke invloed van **de eigen
bijdrage** op de instroom van patiënten in de
forensische zorg en het gevangeniswezen

Een quickscan onder Nederlandse deskundigen
en internationale onderzoeksliteratuur

De mogelijke invloed van de eigen bijdrage op de instroom van patiënten in de forensische zorg en het gevangeniswezen

Dit rapport is verschenen in opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen,
Sector Gevangeniswezen.

Uitgever: Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag & Impact R&D, Amsterdam.
Auteurs: J. Plaisier, J. van Ditzhuijzen, M. Mol en M. van der Giessen
Impact R&D, Prins Hendrikkade 120, 1011 AM Amsterdam, www.mpct.eu
©2012, DJI & Impact R&D, auteursrechten voorbehouden.

Inhoudsopgave

	Pagina
Dankwoord	1
Samenvatting	2
Inleiding en aanpak	7
1 Inleiding en onderzoeksvraag	8
2 Methode	13
Resultaten	17
3 Het meten van mogelijke effecten van de eigen bijdrage	18
4 Ervaringen en inschattingen van Nederlandse deskundigen	21
5 Kennis uit wetenschappelijk onderzoek	29
Conclusies	38
6 Conclusies	39
Bestudeerde literatuur en documenten	44
Bijlagen	47
Bijlage 1 Aanwezig bij expermeetings	48

Dankwoord

Deze quickscan is tot stand gekomen met de hulp van een aantal deskundige en behulpzame mensen. Voor het overleg over de voorbereidingen en de uitvoering danken wij van harte Chris van der Meer van Palier; Arie van den Hurk en Anita Johannisse van de Dienst Justitiële Inrichtingen; Rianne Kasander, Eddy Faber, Monique Strijdonck en Dung Ngo van GGZ Nederland en Karin Lemmens van KPMG Plexus. Alle behandelaars en managers van (forensische) poliklinieken, ACT-teams en crisisdiensten danken wij voor hun informatie en constructieve medewerking.

Amsterdam, 3 september 2012

Janine Plaisier

Samenvatting

INLEIDING

De eigen bijdrage van €200 voor behandeling van psychische klachten

Sinds 1 januari 2012 moeten mensen een eigen bijdrage betalen voor de behandeling van psychische klachten in de ambulante tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Het doel van deze eigen bijdrage is het tegengaan van de stijgende kosten in de GGZ en het stimuleren van bewuster en efficiënter gebruik van zorg door patiënten. De eigen bijdrage voor psychische behandeling betreft €200 per jaar. De eigen bijdrage komt bovenop het eigen risico voor de zorgverzekering, dat in 2013 wordt verhoogd naar €350 per jaar. Mensen die onder dwang behandeling volgen, hoeven de eigen bijdrage niet te betalen, evenals mensen die behandeling onder drang krijgen (via crisis- of bemoeizorg). In juni 2012 is een wetsvoorstel ingediend waarin voorgesteld wordt om vanaf 2013 de eigen bijdrage te compenseren voor mensen met lage inkomens (tot max. 110% van het sociale minimum).

De quickscan

De vraag voor deze quickscan was: *Wat is de verwachte invloed van de invoering van de eigen bijdrage op de instroom van patiënten in de forensische zorg en in het gevangeniswezen, in het bijzonder de PPC's: afdelingen waarin gedetineerden met ernstige psychiatrische problematiek worden opgenomen?*

De quickscan werd uitgevoerd op verzoek van (demissionair) staatssecretaris Teeven, omdat hij zich zorgen maakte over een mogelijk toenemende instroom van psychiatrische patiënten in het gevangeniswezen en de PPC's als gevolg van de eigen bijdrage. In deze PPC's wordt psychiatrische zorg verleend aan gedetineerden en die (nog) niet doorgeplaatst kunnen worden naar de GGZ en bij wie de problematiek zo ernstig is dat er geen juiste zorg of behandeling kan worden verleend binnen het reguliere zorgaanbod van penitentiaire inrichtingen. Gekozen werd voor onderzoeksmethoden die uitvoerbaar waren in een korte periode (mei t/m augustus 2012) en die een onderbouwde inschatting konden opleveren. Daarbij is een afbakening gemaakt bij forensische poliklinieken. Het onderzoek is dus gericht op een subgroep (forensische patiënten) en niet op de veel grotere groep reguliere GGZ-patiënten. Er werden twee expertmeetings gehouden waarin deskundigen uit de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) werden bevroegd. Aanwezig waren vooral behandelaars en managers van forensische poliklinieken, poliklinieken voor verslavingszorg, acute psychiatrie, ACT-teams en OGGZ-teams. Daarnaast werden

instroomcijfers en casuïstiek opgevraagd en werd een internationale literatuurscan uitgevoerd.

RESULTATEN

Instroomcijfers geven (nog) geen goed beeld

Uit de quickscan komt ten eerste naar voren dat instroomcijfers op dit moment nog geen goed beeld kunnen geven van mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage. De meetperiode is te kort om eventuele effecten op de instroom van patiënten in de forensische psychiatrie te meten, en er zijn er te veel beïnvloedende factoren waardoor de mogelijke effecten (nog) niet zichtbaar zijn in de registraties van zorginstellingen. Zo vergoeden inmiddels veel gemeenten en behandelinstellingen de eigen bijdrage voor sommige patiënten, waardoor mogelijk effecten van de eigen bijdrage onzichtbaar worden in de registraties. Er zal in de toekomst worden voorzien in langer lopend onderzoek door een monitor die wordt uitgevoerd door in opdracht van het ministerie van VWS door KPMG Plexus. De eerste tussenreportage wordt eind september verwacht (KPMG Plexus, 2012). Hoewel de monitor niet specifiek is gericht op de instroom in het gevangeniswezen (maar op de totale groep patiënten, dus een veel bredere, algemene groep) wordt het onderzoek wel gericht op de mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage op kwetsbare groepen.

Deskundigen zien grote risico's bij vrijwillige forensische patiënten

Alle bevroegde deskundigen zien in hun dagelijks werk minder vrijwillige aanmeldingen van forensische patiënten sinds de eigen bijdrage is ingevoerd. Hierbij gaat het met name om mensen die moeilijk te motiveren zijn tot behandeling, maar deze wel nodig hebben. Er wordt een extra drempel opgeworpen om vrijwillig in behandeling te gaan en de continuïteit van de zorg aan forensische patiënten is hierdoor in het gedrang. Mensen die normaal gesproken 'op de deur zouden kloppen', doen dat nu minder. Er wordt onderscheid gemaakt in twee groepen: 'vrijwillig forensische patiënten' en 'strafrechtelijk forensische patiënten'. In de vrijwillige zorg stromen minder patiënten in als zij horen dat zij de eigen bijdrage moeten betalen (bijvoorbeeld daders van huiselijk geweld die een huisverbod hebben gekregen (een bestuurlijke maatregel) bij wie de huisarts of politie aandringen op behandeling). Ook patiënten die al jaren vrijwillig in behandeling zijn bij een forensische polikliniek, haken eerder af nu zij moeten betalen. Als deze patiënten geen behandeling krijgen neemt de kans toe dat zij een strafbaar feit zullen plegen. De andere groep zijn de strafrechtelijk forensische patiënten, die al veroordeeld zijn en gedwongen behandeling krijgen. Zij hoeven geen eigen bijdrage te betalen. Tijdens de gedwongen behandeling is hier dan ook geen probleem op dat punt. Vaak echter is het na de gedwongen behandeling nodig om alsnog vrijwillige behandeling te krijgen om recidive te voorkomen (bijvoorbeeld bij zedendelinquenten). De

deskundigen zien in hun praktijk dat, vergeleken met voorgaande jaren, minder ex-delinquenten overgaan van verplichte op vrijwillige behandeling, omdat zij vanaf dat moment de eigen bijdrage moeten gaan betalen. Ook wordt verwacht dat gedetineerden die uitstromen uit gevangenissen en dan zorg nodig hebben, die niet zoeken vanwege de kosten.

Lang niet alle mensen met psychische problematiek die geen of onvoldoende behandeling krijgen zullen echter strafbare feiten gaan plegen. Bij patiënten van de forensische poliklinieken worden echter wel grote risico's ingeschat. Bij deze groep is de kans op herhaling van delictgedrag sowieso al groot. Wanneer behandeling van psychische stoornissen bij deze groep uitblijft, wordt verwacht dat het recidiverisico nog verder toeneemt. Als risicofactoren voor het niet nemen van zorg als gevolg van de eigen bijdrage zijn genoemd weinig tot geen probleembesef/ziekte-inzicht en motivatie, een laag inkomen, en chronische problematiek. Veel forensische patiënten hebben (een combinatie van) deze risicofactoren. De invoering van de eigen bijdrage vergroot dus de kans op zorguitval bij deze groepen, waardoor de kans op delictgedrag vergroot wordt. Delinquenten die één of meer van de risicofactoren hebben zijn volgens de deskundigen daders met zedenproblematiek, agressieproblematiek (huiselijk geweld), verslavingsproblematiek en/of verstandelijke handicaps.

Compensatie van de eigen bijdrage voor de mensen met lagere inkomens zal de kans op zorguitval maar deels verminderen, omdat een andere grote risicofactor voor zorguitval blijft bestaan, namelijk het gebrek aan probleembesef/ziekte-inzicht en/of motivatie bij deze patiënten.

Literatuurscan ondersteunt verwachtingen van deskundigen

De onderzoeksliteratuur bevestigt de verwachting van de behandelaars die in dit onderzoek betrokken waren, dat de grootste zorguitval zal optreden bij patiënten met een laag inkomen en bij patiënten met chronische problematiek. Over de invloed van probleembesef/ziekte-inzicht en/of motivatie op zorgvraag (in combinatie met eigen betalingen) is geen onderzoek gevonden. Uit het buitenlandse onderzoek (dat veelal gaat over betaling voor medische zorg) blijkt consistent dat de mate waarin mensen zorg zoeken beïnvloed wordt door de prijs, maar dat het onwaarschijnlijk is dat eigen betalingen de kosten van de gezondheidszorg significant zullen afremmen.

Ook op theoretische gronden mag verwacht worden dat de eigen bijdrage niet het beoogde remmende effect zal hebben voor de groep vrijwillige forensische patiënten, omdat de veronderstelling over het werkzame effect van de eigen bijdrage - dat mensen te vaak om psychische behandeling vragen terwijl dat niet echt nodig is - niet opgaat voor deze groep.

Deze patiënten vragen namelijk doorgaans juist *niet* om behandeling maar doen dat na aandringen van de omgeving. Bij deze groep is het al uiterst moeilijk om behandeling tot stand te brengen, en zal de kans dat de patiënt wil meewerken alleen maar nog kleiner worden op het moment dat hij of zij moet gaan betalen. De deskundigen wijzen ook op een ander punt: doordat de eigen bijdrage alleen geldt voor behandeling van psychische klachten wordt tevens gesuggereerd dat mensen vaker om onnodige psychische behandeling vragen dan om onnodige behandeling van lichamelijke klachten. De deskundigen ondersteunen deze suggestie niet.

Continuïteit van zorg is het sleutelwoord bij veel van deze patiënten. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat er een grote groep patiënten is die heen en weer gaat in de keten van zorg en justitie (zie een recent rapport en achtergrondstudies van de Raad voor de Volksgezondheid en zorg, een eerste screening van de Top 600 (jong)volwassen criminelen in Amsterdam en onderzoeken naar "Penrose Law", zie hoofdstuk 5). De continuïteit van zorg die essentieel is voor deze patiënten, komt door de eigen bijdrage in gevaar.

Grote gevolgen voor de samenleving

Behandelaars benadrukken dat het uitblijven van behandeling niet alleen een grotere lijdensdruk voor de patiënt met zich meebrengt. Het zal ook leiden tot meer overlast en criminaliteit, gevangnissen met steeds meer psychiatrische patiënten, lijden in de omgeving en, last but not least, meer slachtoffers van soms zeer ernstige delicten. De besparingen op de korte termijn keren dus later als een boemerang terug naar de maatschappij, aldus de deskundigen.

CONCLUSIE

Hoewel de quickscan geen kwantitatieve resultaten oplevert geeft wijzen de verschillende deskundigen en de onderzoeksliteratuur in dezelfde richting. Er zijn serieuze aanwijzingen dat de eigen bijdrage voor de groep vrijwillige forensische patiënten averechts zal werken en kan leiden tot zorguitval in de GGZ, op langere termijn gevolgd door een instroom van psychiatrische patiënten in het gevangeniswezen. De veronderstelling van de invoering van de eigen bijdrage, dat mensen soms onnodig om psychische behandeling vragen, gaat niet op voor vrijwillige forensische patiënten, die doorgaans juist geen behandeling willen terwijl hun omgeving en behandelaars dat wel degelijk noodzakelijk achten. Het gaat daarbij dus niet om mensen die gedwongen behandeling krijgen (zij hoeven geen eigen bijdrage te betalen) maar om behandeling voor mensen bij wie een delict dreigt. Over de omvang van de mogelijke omvang van een verhoogde instroom in het gevangeniswezen en de PPC's kunnen op grond van dit onderzoek geen uitspraken gedaan worden. Wel geven behandelaars aan dat het niet alleen gaat om het aantal delicten, maar ook om de impact van de delicten, die zeer groot

kan zijn.

Hoewel de eigen bijdrage op korte termijn een besparing zou kunnen opleveren, zal dit zich volgens de betrokkenen in de toekomst vertalen in maatschappelijke schade, onnodige slachtoffers en hogere zorgkosten. Hoewel nooit voor 100% voorkomen kan worden dat patiënten (opnieuw) een strafbaar feit plegen, kan de kans daarop wel verkleind worden. Bij de forensische patiënten is daarvoor bij velen van hen langdurige (ambulante) begeleiding en zorg nodig. Terwijl veel inspanningen van zowel GGZ als justitiële organisaties zijn gericht op het bereiken van continuïteit van zorg voor de grote groep patiënten met ernstige psychische problematiek, brengt de eigen bijdrage deze continuïteit van zorg in gevaar, met alle geschetste risico's van dien voor de patiënten en de samenleving.

Inleiding en aanpak

1 Inleiding en onderzoeksvraag

1.1 De invoering eigen bijdrage voor behandeling in de tweedelijns GGZ

Met ingang van 1 januari 2012 moeten patiënten een eigen bijdrage betalen voor tweedelijns GGZ-zorg¹. Het doel van de eigen bijdrage is het tegengaan van de stijgende kosten in de GGZ en het stimuleren van bewuster en efficiënter gebruik van zorg door patiënten.

De eigen bijdrage betreft €200 per jaar voor ambulante tweedelijns GGZ-zorg². De *eigen bijdrage* komt bovenop het *eigen risico*: iedereen betaalt eerst een eigen bijdrage aan zorgkosten terug aan de zorgverzekeraar (niet alleen kosten van geestelijke gezondheidszorg maar ook kosten van medische zorg en medicijnen). Het eigen risico is in 2012 verhoogd van €170 naar €220. Dit wordt met ingang van 2013 verhoogd naar €350 per jaar.

Mensen die met een crisis worden opgenomen of waarbij aanleiding tot bemoeizorg³ is, hoeven geen eigen bijdrage te betalen. Ook jongeren onder de 18 en mensen die onvrijwillig worden opgenomen op basis van de wet BOPZ (met een inbewaringstelling of rechtelijke machtiging) hoeven geen eigen bijdrage te betalen. Mensen die de eigen bijdrage niet kunnen opbrengen kunnen bijzondere bijstand aanvragen (Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, 27 februari 2011, CZ/CGGZ-3106210; zie ook Factsheet maatregelen curatieve GGZ, ministerie van VWS, 21 december 2011).

De (demissionair) staatssecretaris van Veiligheid & Justitie ziet risico's bij de invoering van de eigen bijdrage. Hij vreest dat de invoering van de eigen bijdrage zal leiden tot een hogere

¹ Eerste lijn: behandeling van lichte klachten door de huisarts, gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Tweede lijn: behandeling van (lichte en) zwaardere psychische klachten door de psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater.

² De verzekerde betaalt voor behandeling korter dan 100 minuten een eigen bijdrage van €100. Voor behandeling vanaf 100 minuten geldt een eigen bijdrage van €200. Over een kalenderjaar betaalt de verzekerde aan de eigen bijdrage tweedelijns ggz niet meer dan € 200 (factsheet maatregelen curatieve GGZ, VWS). Dit is exclusief kosten voor opname. Voor opname wordt €145 per maand eigen bijdrage gevraagd. Dit rapport is beperkt tot de eigen bijdrage voor behandeling.

³ "Bemoeizorg" = Contacten die een instelling heeft met een patiënt en/of zijn omgeving (waarbij omgeving in ruime zin dient te worden opgevat), zonder dat in de optiek van de patiënt (c.q. ouders/ voogd) sprake hoeft te zijn van een geëxpliciteerde hulpvraag. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg.

"Bemoeizorg (OGGZ – openbare geestelijke gezondheidszorg)" = De ongevraagde bemoeienis van hulpverleners met zorgwekkende zorgmijders (woordenboek voor de GGZ-sector, <http://www.ggznederland.nl/informatiebeleid/woordenboek-ggz-v2.pdf>).

instroom van patiënten in de (strafrechtelijke) forensische zorg⁴ en het gevangeniswezen, in het bijzonder de Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's). In deze PPC's wordt psychiatrische zorg verleend aan gedetineerden en die (nog) niet doorgeplaatst kunnen worden naar de GGZ en bij wie de problematiek zo ernstig is dat er geen juiste zorg of behandeling kan worden verleend binnen het reguliere zorgaanbod van penitentiaire inrichtingen. Sinds 2009 beschikt de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over vijf PPC's.

De verwachting is dat een aantal mensen die psychiatrische behandeling nodig hebben maar deze niet nemen omdat zij de eigen bijdrage niet kunnen betalen, steeds ernstiger problemen en stoornissen zal krijgen, meer sociale problemen zal krijgen op het gebied van werk, wonen en sociale contacten, met alle mogelijke negatieve gevolgen van dien. Een andere verwachting is dat een aantal mensen die gedwongen psychiatrische behandeling gehad heeft, maar deze niet vrijwillig voortzet vanwege de eigen bijdrage, meer kans heeft dat de situatie zozeer verslechtert dat dan weer van voren af aan begonnen kan worden met een gedwongen opname. Bij beide typen mensen die behandeling nodig hebben en deze niet krijgen, kan de problematiek dusdanig oplopen dat zij strafbare feiten gaan plegen en in de gevangenis terecht kunnen komen.

Om hier meer zicht op te krijgen heeft de directeur Gevangeniswezen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) verzocht om een onderbouwde inschatting van de mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage. Impact R&D is verzocht om deze analyse te maken. De quickscan is uitgevoerd in de periode mei t/m augustus 2012, in samenwerking met GGZ Nederland. Beleidsmedewerkers van GGZ Nederland hebben geholpen bij de voorbereiding van het onderzoek en het benaderen van (forensische) poliklinieken; tevens is het concept-rapport met hen besproken.

1.2 Compensatie van de eigen bijdrage

Na de start van de quickscan in mei 2012 zijn er voorstellen gedaan om de gevolgen van de eigen bijdrage te verzachten. Omdat tijdens het onderzoek nog niet zeker was welke besluiten genomen zouden worden, is besloten om de quickscan volgens plan af te ronden. Het rapport zou ondersteuning kunnen bieden voor de discussie, in 2012, en/of in de toekomst, mocht een eigen bijdrage opnieuw ter discussie worden gesteld.

⁴ In dit rapport wordt onderscheid gemaakt tussen forensische zorg en strafrechtelijke forensische zorg. Forensische zorg is zorg aan mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd of dreigen te gaan plegen. Dit kan gedwongen zijn, door de rechter opgelegd (=strafrechtelijke forensische zorg) en vrijwillig (=forensische zorg). Vrijwillige forensische zorg wordt bijvoorbeeld gegeven naast een bestuursrechtelijke maatregel (bijvoorbeeld daders van huiselijk geweld bij wie de burgemeester een huisverbod oplegt en daarnaast vrijwillig in behandeling gaan; of nadat verplichte behandeling is afgerond).

In juni 2012 legde het ministerie van VWS een wetsvoorstel voor aan de Tweede Kamer waarin verzachting van de eigen bijdrage werd voorgesteld: het compenseren van de kosten van de eigen bijdrage voor mensen met inkomens tot maximaal 110% van het sociale minimum met ingang van januari 2013⁵. Ook wordt voorgesteld de kosten voor de verhoging van het verplichte eigen risico volledig te compenseren voor inkomens tot 110% van het sociale minimum.

Bij de uitwerking van de verzachting eigen bijdrage GGZ is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij vergelijkbare regelingen uitgevoerd door het CAK (Centraal Administratie Kantoor) (zoals de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en de eigen bijdrage voor de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)). De verzekerde behoeft de eigen bijdrage pas te betalen nadat de zorgaanbieder de afgesloten DBC⁶ bij zijn zorgverzekeraar heeft gedeclareerd en die zorgverzekeraar die declaratie heeft verwerkt. De zorgverzekeraar verstrekt vervolgens de benodigde gegevens van de verzekerde aan het CAK. Het CAK kent de tegemoetkoming toe en verstrekt de tegemoetkoming (<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/06/06/voorstel-tijdelijke-wet-stabiliteitsprogramma-zorg-2013.html>). De algemene maatregel van bestuur behorende bij de wet is nog niet beschikbaar ten tijde van het opstellen van dit rapport.

1.3 Onderzoeksvraag

De vraag voor de quickscan luidt:

Wat is de verwachte invloed van de invoering van de eigen bijdrage op de instroom van patiënten in de forensische zorg en in het gevangeniswezen, in het bijzonder de PPC's?

Er zijn verschillende hypothesen die ten grondslag liggen aan de quickscan. Nagegaan wordt in hoeverre er aanwijzingen voor ondersteuning dan wel verwerping van de hypothesen zijn.

De basishypothese luidt: de eigen bijdrage zal leiden tot minder aanmeldingen van patiënten in de (vrijwillige) GGZ en een toenemende instroom in de gevangenissen en meer gedwongen opnames. De verwachtingen hierbij zijn als volgt.

⁵ De verzachting van de eigen bijdrage geldt voor behandeling, niet voor opname.

⁶ DBC's = Diagnose-behandelcombinatie (de wijze waarop een reguliere behandeling wordt geregistreerd door GGZ-behandelaars). DBBC = verplicht diagnose-behandelcombinatie (de wijze waarop een door de rechter verplichte behandeling wordt geregistreerd).

1. Een deel van de mensen start geen behandeling. Een deel van de mensen die een behandeling moet starten in de reguliere GGZ voor psychische problematiek, start die behandeling niet omdat men €200 eigen bijdrage moeten betalen. Deze mensen kunnen hiervan de volgende gevolgen ondervinden.

- a. Een deel van de mensen die geen behandeling start door de eigen bijdrage zal spontaan herstellen. Resultaat: lagere instroom in de GGZ, geen negatieve bijwerkingen.
- b. Bij een ander deel van deze mensen die geen behandeling start als gevolg van de eigen bijdrage verergert de problematiek. De lijdensdruk neemt toe maar men zoekt in eerste instantie geen zorg. Wellicht komen zij in een latere fase, wanneer hun problematiek zodanig is verergerd dat zorg onvermijdelijk is, alsnog in de GGZ terecht. De kans bestaat dat behandeling dan moeilijker is dan wanneer die in een veel vroeger stadium was gestart, en daarmee nemen de kosten toe. Resultaat: in eerste instantie lagere instroom in de GGZ, op langere termijn alsnog instroom in de GGZ, met hogere kosten doordat de problematiek is verergerd.
- c. Van nog een ander deel van de mensen die geen behandeling start als gevolg van de eigen bijdrage zal de problematiek ernstig toenemen. Mogelijke gevolgen zijn: ontslag, schulden, dakloosheid, verergering van de psychische problematiek, crimineel gedrag, wat uiteindelijk kan leiden tot veroordeling (of verdacht van een strafbaar feit) en opname in het gevangeniswezen en de strafrechtelijke forensische zorg. De patiënt kan dan, afhankelijk van de problematiek en strafrechtelijke titel, in uiteenlopende forensische settings terecht komen, zoals bijvoorbeeld een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK), een reguliere Penitentiare Inrichting (PI) of een PPC (Penitentiair Psychiatrisch Centrum. Resultaat: op korte termijn lagere instroom in GGZ, op langere termijn hogere instroom in de strafrechtelijke forensische zorg en gevangenissen.

2. Een deel van de mensen zet de behandeling niet voort.

- a. Van de mensen die in 2011 in behandeling is gegaan, zal een deel van hen behandeling langer dan een jaar nodig hebben. In dat geval moet een nieuw DBC gestart worden. Bij een deel van hen verergert de problematiek. Resultaat: op korte termijn minder mensen in behandeling, op langere termijn hogere instroom alsnog instroom.
- b. Van de mensen die met een strafrechtelijke titel verplichte behandeling in forensische poliklinieken heeft gekregen, gaat een deel nadat de strafrechtelijke titel is afgelopen niet over op vrijwillige behandeling terwijl dat wel nodig is. Het risico is dat de problematiek weer verergert en het risico op delictgedrag vergroot wordt. Resultaat: op korte termijn minder mensen die overgaan van verplichte naar vrijwillige zorg, op

langere termijn hogere instroom in de strafrechtelijke forensische zorg en gevangenissen.

1.4 Definities

Voordat we verder gaan lichten we een aantal definities toe.

Vrijwillige forensische zorg en strafrechtelijke forensische zorg: In de GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen 'forensische zorg' en 'strafrechtelijke forensische zorg'. Forensische zorg is zorg aan mensen die een delict hebben gepleegd of dreigen te gaan plegen. Dit kan vrijwillig of gedwongen zijn. Bij gedwongen zorg (door de rechter opgelegd) wordt de term 'strafrechtelijke forensische zorg' gebruikt. Vrijwillige zorg wordt bijvoorbeeld gegeven aan bij daders van huiselijk geweld bij wie de burgemeester een huisverbod heeft opgelegd (bestuurlijke maatregel) en die daarnaast vrijwillig (en/of onder een zekere mate van drang) in behandeling gaan. Ook wordt vrijwillige behandeling gegeven aan daders wiens verplichte behandeling al is afgerond maar die ook daarna behandeling nodig heft.

DBC's en DBBC's: deze afkortingen worden gebruikt voor registratie van behandeling door GGZ-behandelaars ten behoeve van financiering door de zorgverzekeraars. Een DBC is een 'Diagnose-behandelcombinatie'; de wijze waarop een reguliere behandeling wordt geregistreerd door GGZ-behandelaars. Een DBBC is een Diagnose-behandel- en beveiligingscombinatie; de wijze waarop een door de rechter verplichte behandeling wordt geregistreerd. Een DBC is dus voor vrijwillige zorg (al dan niet forensisch); een DBBC is voor strafrechtelijke forensische zorg.

2 Methode

2.1 Inleiding

Om in korte tijd (mei t/m augustus 2012) een onderbouwde inschatting te krijgen van de mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage is gekozen voor een quickscan met verschillende onderzoeksmethoden die in korte tijd konden worden uitgevoerd. Er zijn twee expertmeetings georganiseerd met deskundigen uit de forensische zorg en het gevangeniswezen, er zijn instroomcijfers en casuïstiek opgevraagd en is een beperkte internationale literatuurstudie uitgevoerd.

2.2 Expertmeetings

In de eerste expertmeeting (20 juni 2012) werd gesproken over alle mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage. Daarbij werd gevraagd naar een inschatting van gevolgen voor verschillende subgroepen. Na de expertmeeting zijn aanvullende vragen uitgezocht, is de literatuurstudie uitgevoerd en is een conceptnotitie opgesteld. Dit concept is besproken in een tweede expertmeeting (31 augustus 2012), waarna het definitieve rapport is opgesteld.

Via het Forensisch Netwerk van GGZ Nederland (een overleg waarbij een vertegenwoordiging deelneemt namens alle forensische GGZ-instellingen) werd een aantal deskundigen uitgenodigd voor de twee expertmeetings. Het betrof medewerkers van forensische poliklinieken en poliklinieken voor verslavingszorg uit de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht). Daarnaast werden via de sneeuwbalmethode deskundigen uitgenodigd van crisisdiensten, ACT-teams⁷, OGGZ-teams⁸ en veiligheidshuizen. Gevraagd werd om medewerkers van klinieken die zicht hebben op instroom en de patiënten kennen. Daarnaast waren GGZ Nederland en DJI uitgenodigd. In bijlage 1 zijn de namen van de aanwezigen vermeld. Er werd voor gekozen om alleen de vier grote steden te benaderen voor de expertmeetings. Omdat de meerderheid van de gedetineerden afkomstig is uit deze steden zou hiermee op dit moment voldoende eerste zicht op de grootste groep worden verkregen. Het betekent wel dat de resultaten wellicht niet generaliseerbaar zijn naar alle delen van het land.

⁷ ACT-teams = zorgverleningsteams die het Assertive Community Treatment-model gebruiken voor patiënten met ernstige problemen en beperkingen op uiteenlopende gebieden zoals dak- en thuisloosheid, verslavingsproblematiek, problemen met justitie en politie en die vaak geen hulp willen).

⁸ OGGZ-teams = zorgverleningsteams die (ongevraagd) zorg geven mensen die zorg nodig hebben en over wie anderen zich zorgen maken, maar die zelf geen zorg willen.

2.3 Instroomcijfers

Impact R&D heeft na overleg met de opdrachtgever en GGZ Nederland via het overleg van het Forensisch Netwerk aan alle forensische poliklinieken en poliklinieken van de verslavingszorg verzocht om de volgende instroomcijfers aan te leveren voor dezelfde periode (eerste twee kwartalen⁹) in 2009, 2010, 2011 en 2012:

- a. aantal vrijwillig gestarte behandelingen (DBC's)
- b. aantal beëindigde door de rechter opgelegde behandelingen (DBBC's¹⁰)
- c. aantal beëindigde door de rechter opgelegde behandelingen dat vervolgens overging op vrijwillige behandeling
- d. aantal beëindigde door de rechter opgelegde behandelingen dat geen vervolgzorg ontving.

Deze cijfers zouden enige indicatie kunnen geven of er sprake was van een trendbreuk sinds de invoering van de eigen bijdrage: een eventuele daling van instroom van nieuwe patiënten en minder patiënten die overgaan van verplichte naar vrijwillige behandeling bij forensische poliklinieken of klinieken voor verslavingszorg. Gedurende de quickscan werd duidelijk dat deze instroomcijfers geen goed beeld – mogelijk zelfs een verkeerd beeld – zouden kunnen geven van de mogelijke effecten van de eigen bijdrage. De betrokken experts noemden een groot aantal variabelen die de registraties zouden 'vertoebelen'. Aan de hand van deze bevindingen is in overleg met de experts, GGZ Nederland en de opdrachtgever dan ook besloten om het cijfermateriaal met betrekking tot de instroomcijfers niet mee te nemen in de analyse. De genoemde beïnvloedende factoren zijn opgenomen als een resultaat van deze quickscan en zullen derhalve worden besproken bij de resultaten (hoofdstuk 3).

Er zal in de toekomst worden voorzien in langer lopend onderzoek waarin ook kwantitatieve gegevens worden verzameld, doordat een monitor wordt uitgevoerd naar de gevolgen van de eigen bijdrage door KPMG Plexus, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De monitor wordt uitgevoerd in de periode van anderhalf jaar (2012 – medio 2013). De monitor is gericht op zorguitval, zorgmijding en zorgverplaatsing bij drie GGZ-instellingen en twee forensische instellingen. Hoewel de monitor niet specifiek is gericht op de instroom in de PPC's (maar op de totale groep patiënten, dus een veel bredere, algemene groep) wordt het onderzoek wel gericht op de mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage op kwetsbare groepen en zal hieruit naar verwachting ook bruikbare algemene informatie voor de PPC's volgen. De meer kwantitatieve monitor en de meer kwalitatieve analyse in het voorliggende rapport kunnen elkaar dan ook inhoudelijk aanvullen^{11 12}.

⁹ Het tweede kwartaal 2012 zou opgevraagd worden in augustus 2012 omdat registratie niet eerder beschikbaar zou zijn.

¹⁰ Zie voetnoot 6.

¹¹ Daarnaast voert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een marktscan uit waarbij de

2.4 Casuïstiek

De genodigde experts werden gevraagd om hun ervaringen met eventuele gevolgen van de invoering van de eigen bijdrage tot nu toe in te brengen en deze schriftelijk te illustreren met casuïstiek. Van forensische poliklinieken werden acht casussen ontvangen en van een PPC één casus. Experts van andere instellingen lieten weten dat men geen ervaring heeft met gevolgen van de eigen bijdrage (een andere PPC) en/of niet beschikt over (voldoende specifieke) registraties (politie en een polikliniek) van effecten van de eigen bijdrage op behandelinstroom.

Niet alleen van de deskundigen die aanwezig waren bij de expertmeeting werd casuïstiek verkregen; dit gebeurde ook via de voorzitter van het landelijk platform OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg) die eerder zelf casussen verzamelde en deze ter beschikking stelde. Hieruit kwamen vijf casussen naar voren (maatschappelijke opvang: 1; ACT-teams: 4).

De mate van detail waarin de casussen werden beschreven verschilde van heel summier naar vrij uitgebreid. De casussen zijn opgenomen in dit rapport tenzij de tekst te summier was of tenzij de tekst weinig toevoegde aan de andere, meer uitgebreide casussen. De aangeleverde teksten zijn vrijwel identiek overgenomen (hier werd een daar een niet-inhoudelijke wijziging aangebracht).

2.5 Literatuurstudie

Als aanvulling op de ervaring van de deskundigen in de Nederlandse forensische zorg is een beknopte literatuurstudie uitgevoerd. Hierbij werd gezocht naar (inter)nationale publicaties over onderzoek naar effecten van overheidsingrijpen en financieringssystemen op het gebruik van zorg door patiënten.

De literatuursearch is gedaan met universitaire zoekmachines in databases als PsycInfo, ScienceDirect, Academic Search Premier, Psychiatry Online, PubMed, Web of Science e.d., evenals met google scholar. Als eerste is gezocht naar overzichtsstudies, zoals reviews, meta-

markstructuur, het marktgedrag en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg systematisch in beeld wordt gebracht. De nulmeting voor de forensische zorg met een strafrechtelijke titel is in juni 2012 verschenen. In dat rapport konden nog geen precieze cijfers worden gegeven over het aantal opgelegde strafrechtelijke titels (behalve voor TBS met dwangverpleging) en de bezetting van plaatsen in de forensische zorg. Deze worden wel verwacht voor de volgende marktscan (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012).

¹² Ook heeft Significant recent een studie uitgevoerd voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg naar het forensische zorgstelsel en de effecten van de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet forensische zorg op de GGZ-sector (Bouman, Riphagen, Jongebreur, en Veeke, 2012). De conclusies uit deze studie zijn voor zover relevant voor de eigen bijdrage opgenomen in het resultaatendeel van dit rapport.

analyses en onderzoekstheses, omdat daarin kennis over meerdere experimenten en onderzoeken wordt samengebracht en vergelijkingen worden gemaakt. Daarna is zo nodig doorgezocht naar artikelen over afzonderlijke studies en experimenten. Een afbakening is gemaakt bij het jaar 2000, tenzij zeer interessante publicaties van voor die tijd werden gevonden. De volgende zoektermen werden gebruikt: eigen bijdrage (in combinatie met behandeling, geestelijke gezondheidszorg, forensische, psycho, hogere, invloed, tandheelkunde), co-payment, cost sharing (in combinatie met forensic, treatment, psycho, dental). Verder werd via de sneeuwbalmethode van artikel naar artikel doorgezicht. Daarnaast werd literatuur verkregen van GGZ Nederland, die een korte scan had uitgevoerd naar literatuur over prijselasticiteit en inkomenselasticiteit (de invloed van hogere kosten c.q. een lager besteedbaar inkomen op de zorgvraag van patiënten en de kosten voor de zorginstellingen). De bestudeerde literatuur is opgenomen in de literatuurlijst.

2.6 Reikwijdte

De methoden die bij deze korte quickscan gebruikt konden worden brengen met zich mee dat de resultaten vooral een kwalitatieve indruk geven van de mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage. De conclusies zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op inschattingen van Nederlandse behandelaars. Hun inschattingen kunnen op dit moment niet onderbouwd worden met kwantitatieve gegevens en er kan sprake zijn van subjectieve of selectieve waarnemingen. De literatuurstudie die ook wordt gerapporteerd is wel gebaseerd op kwantitatief wetenschappelijk onderzoek. Omdat het meeste onderzoek in het buitenland is uitgevoerd zijn mogelijk niet alle resultaten toepasbaar voor de Nederlandse situatie.

De behandelaars die bij dit onderzoek betrokken waren werken grotendeels voor forensische poliklinieken. Zij komen dus in aanraking met een specifieke groep patiënten, namelijk mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd en/of waarbij het risico op het plegen van een strafbaar feit groot is. Dit is een klein deel van de totale groep patiënten die gevolgen kan ondervinden van de eigen bijdrage. De resultaten moeten dan ook in dit licht gezien worden: bij de patiëntengroep die in het voorliggende onderzoek centraal staat zullen grotere risico's op crimineel gedrag (en slachtoffers) verwacht worden dan wanneer onderzoek gedaan wordt onder de gehele patiëntenpopulatie in Nederland.

Resultaten

3 Het meten van mogelijke effecten van de eigen bijdrage

3.1 Inleiding

Tijdens de expertmeetings werd gesproken over de ervaringen van de deskundigen en werd om casuïstiek gevraagd. In de eerste expertmeeting werd daarnaast besproken in hoeverre registraties zicht zouden geven op mogelijke invloeden van de eigen bijdrage. De aanwezige deskundigen gaven een groot aantal redenen aan waarom de eigen bijdrage (nog) niet goed zichtbaar is in registraties van patiënten van forensische poliklinieken. In dit hoofdstuk wordt ten eerste ingegaan op deze redenen. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de ervaringen van de deskundigen en casuïstiek.

3.2 Beïnvloedende variabelen

Op dit moment kan volgens de deskundigen (nog) niet worden gemeten wat eventuele effecten van de eigen bijdrage zijn op de instroom in de zorg. Dit omdat er veel variabelen zijn die het eventuele effect van de eigen bijdrage beïnvloeden. Deze worden hieronder beschreven.

1. Korte meetperiode.

De eigen bijdrage is ingevoerd op 1 januari 2012, nog maar een half jaar geleden. Op dit moment is de meetperiode veel te kort om eventuele effecten op de forensische psychiatrie te constateren. Het proces waarin stoornissen verergeren doordat sommige mensen geen behandeling nemen, hun problematiek toeneemt, waardoor enkele van hen strafbare feiten gaan plegen, opgepakt worden en in de PPC terecht komen duurt enige tijd, mogelijk zelfs enkele jaren. Ook zijn nog niet alle cijfers beschikbaar: volledige registratie van behandelingen gebeurt vaak pas nadat een behandeling is afgerond, wat soms meer dan een jaar kan duren. Niet alle patiënten hebben nog te maken met de eigen bijdrage; de rekening komt pas na afronding van de behandeling. Binnen de onderzoeksperiode kan daardoor mogelijk wel een dalende instroom in de reguliere GGZesignaleerd worden maar nog geen verhoogde instroom in de forensische zorg, terwijl dat proces wel aan de gang is.

2. Verhoging van andere kosten voor patiënten.

Gelijktijdig met de eigen bijdrage is ook het eigen *risico* voor behandeling verhoogd van €170 naar €220 (en in 2013 naar €350). De mogelijke invloed van de eigen bijdrage kan niet afgezonderd gemeten worden.

3. Algemene bezuinigingen in de GGZ.

In de GGZ zijn algemene bezuinigingen doorgevoerd die van invloed kunnen zijn op de

situatie van patiënten, zoals mogelijk minder personeel, minder bedden, minder mogelijkheden voor opvang van patiënten, etc. Dit zou er volgens de deskundigen ook toe kunnen leiden dat de resultaten van instroomcijfers niet goed te interpreteren zijn.

4. *Landelijke factoren.*

Landelijke variabelen zijn ook van invloed op de situatie van patiënten, zoals toenemende armoede. Ook dit zou kunnen leiden tot verergering van problematiek, ongeacht de eigen bijdrage.

5. *Capaciteit van instellingen.*

De instroom van patiënten hangt ook samen met capaciteit (aantal medewerkers per zorginstelling). Die is niet altijd gelijk. Wanneer het aantal fte's van een instelling toeneemt kunnen meer patiënten behandeld worden waardoor het mogelijke effect van een eigen bijdrage onzichtbaar raakt wanneer de capaciteit niet wordt meegenomen.

6. *Nieuwe wetgeving.*

Door nieuwe wetgeving (bijvoorbeeld op het gebied van huiselijk geweld) kan het aantal behandelingen van daders toenemen. Meer gedwongen zorg kan leiden tot hogere instroomcijfers die een mogelijk effect van de eigen bijdrage (van vrijwillige zorg) onzichtbaar maken.

7. *Minder wachtlijstdruk.*

Het is mogelijk dat de eigen bijdrage leidt tot minder nieuwe patiënten, waardoor ruimte ontstaat op wachtlijsten van sommige organisaties, waardoor mensen (die de eigen bijdrage wel kunnen betalen) sneller geholpen kunnen worden en er bij deze mensen ernstiger problematiek voorkomen wordt. De eigen bijdrage zou in dat geval leiden tot lagere instroomcijfers en verbetering van de situatie voor degenen die de eigen bijdrage kunnen betalen. De groep die echter niet bereikt wordt kan op langere termijn zichtbaar worden.

8. *Tegenmaatregelen.*

Ook zijn er tegenmaatregelen die worden getroffen om een negatief effect van de eigen bijdrage tegen te gaan, zoals:

- a. *Zorginstellingen en gemeenten* betalen de eigen bijdrage voor patiënten bij wie de eigen bijdrage een obstakel voor behandeling vormt (bv. daklozen) zodat er voor deze patiënten geen gevolgen zijn. Deze organisaties doen dit omdat zij een te groot risico op terugval en recidive zien. Zij achten de kans op recidive te groot wanneer er geen behandeling zou zijn.
- b. *Behandelaars proberen patiënten te overtuigen om behandeling te starten of voort te zetten.* Inmiddels informeren niet alle behandelaars patiënten meer over de eigen bijdrage, zodat het gesprek hierover bij de start van behandeling geen obstakel vormt (mogelijk wel zodra de patiënt de kosten te horen krijgt). Andere behandelaars doen extra moeite om patiënten te overtuigen toch de eigen bijdrage te betalen en er is meer outreachende zorg waarbij patiënten bijvoorbeeld thuis worden opgezocht door behandelaars (wat ten koste gaat van de behandeling van andere patiënten).

- c. *Behandelaars registreren patiënten eerder en/of langer als zijnde onder verplichte behandeling of bemoeizorg, voor zover dat mogelijk is* (registratie onder de titel 'bemoeizorg' in plaats van vrijwillige zorg; of verlenging van verplichte zorg; of verlenging van de proeftijd adviseren, met name bij zedendelinquenten die medicatie nodig hebben) omdat patiënten dan geen eigen bijdrage hoeven te betalen en er anders naar mening van de behandelaars te veel risico is op terugval. Soms vragen patiënten zelf om verplichte behandeling ('mag ik bemoeizorg?' of 'ik wil graag verlenging van mijn TBS-maatregel') omdat zij dan zelf niet hoeven te betalen¹³.
- d. Reclasseringsmedewerkers adviseren volgens de bevroegde deskundigen de rechter vaker om *behandeling op te leggen als bijzondere voorwaarde* bij een straf voor patiënten van wie verwacht wordt dat zij geen vrijwillige behandeling zullen nemen als zij daarvoor de eigen bijdrage moeten betalen.

Door al deze beïnvloedende factoren is de invloed van enkel de invoering van de eigen bijdrage niet goed zichtbaar in de registraties van de poliklinieken. Daarvoor zou het nodig zijn om langdurige onderzoek te doen. Wel hebben de bevroegde behandelaars effecten van de eigen bijdrage in hun dagelijkse praktijk waargenomen. Hoewel deze dus op dit moment lastig onderbouwd kunnen worden met eenduidig interpreteerbare cijfers, gaan we in het volgende hoofdstuk in op de waarnemingen van de deskundigen.

¹³ Voor medicatie geldt de invoering van de eigen bijdrage niet. Dit valt onder het eigen risico. De medicijnen die de huisarts of specialist voorschrijft, worden meestal vergoed uit de basisverzekering. Soms moet een (ander type) eigen bijdrage betaald worden voor een medicijn of vergoedt de verzekeraar alleen de goedkoopste variant van een medicijn volledig. Medicijnen die zijn opgenomen in de basisverzekering tellen mee voor het eigen risico. Medicijnen vallen onder de farmaceutische zorg in de basisverzekering. (<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/zijn-genesmiddelen-en-verbandmiddelen-opgenomen-in-het-basispakket.html>).

Voor patiënten die medicatie voorgeschreven krijgen voor hun psychische problematiek worden echter wel risico's gezien die verband houden met de eigen bijdrage. Namelijk als door de eigen bijdrage behandeling wordt stopgezet vervalt daarmee ook de medicatie die de behandelaar (bv. een psychiater) voorschrijft. De huisarts kan het voorschrijven van medicatie soms overnemen maar niet in alle gevallen, bijvoorbeeld wanneer begeleiding bij de medicatie door de psychiater nodig is.

4 Ervaringen en inschattingen van Nederlandse deskundigen

4.1 Waargenomen effecten op het aantal patiënten

Alle bevraagde deskundigen (met name dus uit de forensische poliklinieken en klinieken voor verslavingszorg) geven aan dat zij minder aanmeldingen bij de vrijwillige zorg constateren. Mensen die normaal gesproken 'op de deur zouden kloppen' doen dat nu minder. Ook zien de deskundigen in hun praktijk dat, vergeleken met voorgaande jaren, minder patiënten overgaan van verplichte op vrijwillige behandeling, omdat zij dan de eigen bijdrage moeten betalen. Het gaat dus om zowel 'niet starters' als 'afhakkers'. De deskundigen geven allerlei voorbeelden. Hieronder worden een aantal korte beschrijvingen van ontvangen casuïstiek weergegeven.

Casussen: niet starters

*Een man van 42 is na langdurige pogingen van een bemoeizorgteam en dringend advies van de Arbodienst bereid tot medicamenteuze behandeling. Na de verwijzing van de huisarts haakt hij toch af, doordat hij de eigen bijdrage niet kan betalen (ACT-team).

*Een jongen van 22 komt in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum terecht. De problematiek is onduidelijk, hij heeft een lange detentiegeschiedenis en had voor opname in de PPC reguliere behandeling. Hij voldeed aan de criteria voor een ACT-behandeling, maar heeft deze niet gekregen omdat hij de eigen bijdrage niet kon betalen (PPC).

Uit deze voorbeelden blijkt dat het gaat om mensen bij wie vaak veel pogingen van hun omgeving en behandelaars gedaan zijn om behandeling te starten of voort te zetten, omdat niet zozeer de patiënt risico's ziet, maar zijn omgeving wel. Omdat de patiënten zelf al niet zo'n noodzaak voor behandeling zien is het erg moeilijk om ze zover te krijgen dat ze wel starten met behandelen. Het betalen van een eigen bijdrage maakt dit extra moeilijk. Zolang patiënten onder de titel bemoeizorg of crisiszorg worden geregistreerd hoeven zij geen eigen bijdrage te betalen, maar dit is niet altijd het geval, bijvoorbeeld bij ex-delinquenten. De volgende casus illustreert het afhaken van een patiënt omdat hij de eigen bijdrage niet kan betalen.

Casus: afhaker

*Een man, veroordeeld voor ernstig geweld, chronisch psychotisch, geen ziekte inzicht, zegt de eigen bijdrage niet te betalen. Een andere man heeft geen ziekte inzicht en wil ook niet betalen. Deze cliënten hebben geen netwerk en geen familie die bereid is om de eigen bijdrage te betalen (forensische polikliniek, ACT-team).

Hoewel de meeste voorbeelden die de deskundigen aandragen gaan over het feit dat patiënten behandeling niet starten of stopzetten, worden ook voorbeelden genoemd waarbij patiënten de behandeling wel willen en juist een strafbaar feit gaan plegen om geen eigen bijdrage te hoeven betalen. *'In de wandelgangen horen we patiënten voortdurend met elkaar smoezen om een manier te vinden onder de eigen bijdrage uit te komen, bijvoorbeeld een winkeldiefstalletje'.*

4.2 Risico's die de deskundigen inschatten

De deskundigen geven aan dat het niet starten of niet voortzetten van behandeling bij mensen met psychiatrische stoornissen risico's betekent. Het stoppen van behandeling (en medicatie¹⁴) kan bij hen zeer vergaande gevolgen hebben, niet alleen voor henzelf maar ook voor anderen zoals potentiële slachtoffers en familieleden. Deze risico's gelden voor iedereen die niet behandeld wordt, maar zijn het duidelijkst bij mensen die al eerder een strafbaar feit hebben gepleegd en mede daardoor verplichte behandeling in de GGZ hebben. Van de groep delinquenten is bekend dat zij een grote kans op recidive hebben (zie publicaties van het WODC, zoals van Wartna, Tollenaar, Blom, Alma, Bregman, & Essers (2011)). Vaak hebben delinquenten met psychische problematiek blijvende medicatie en zorg nodig. Op het moment dat de strafrechtelijke titel afloopt en de patiënt geen verplichte behandeling hoeft te volgen, is nog wel vrijwillig gebruik van behandeling en/of medicatie nodig om de situatie stabiel te blijven houden.

Voorbeelden die hierbij vaak genoemd worden zijn zedendelinquenten en daders van huiselijk geweld. Zedendelinquenten hebben vaak zeer langdurige behandeling en medicatie nodig om terugval te voorkomen. Ook na afronding van de TBS-behandeling en proefverlof kan nog vrijwillige zorg nodig zijn. Ook delinquenten wiens gevangenisstraf is voltooid kunnen vrijwillige zorg nodig hebben. Daders van huiselijk geweld krijgen vaak een huisverbod en/of enige tijd vrijwillige behandeling danwel verplichte behandeling en reclasseringstoezicht (als bijzondere voorwaarde) maar hebben ook na afloop van de verplichte behandeltermijn vaak vrijwillige behandeling nodig (bijvoorbeeld individuele therapie of relatietherapie) om niet terug te vallen, zo geven de deskundigen aan.

¹⁴ Zie voetnoot 13.

Ook worden risico's gesignaleerd bij verstandelijk gehandicapten. Wanneer mensen met een verstandelijke beperking stoppen met begeleiding, terwijl zij dit continu nodig hebben, is de kans volgens de deskundigen groot dat de problematiek op ieder levensgebied groter wordt (daar waar geen sociaal netwerk dit over kan nemen).

4.3 Toekomstig straatbeeld in de grote steden

De deskundigen schetsen de risico's in een toekomstig straatbeeld in de grote steden. Dit wordt geïllustreerd met het volgende citaat.

"We verwachten dat het straatbeeld van tien, vijftien jaar geleden weer zal terugkeren in de grote steden in Nederland. De verwarde mannen met baarden op straat, die je nog altijd in Parijs op de straatroosters ziet en waar je kinderen dan van schrikken omdat ze dat nog nooit gezien hebben in Nederland. Die mannen hadden we tot tien, vijftien jaar geleden ook hier. We waren zo blij dat we ze eindelijk in zorg hadden, maar al die inspanningen gaan nu weer teloor, dat straatbeeld komt straks weer terug" (Crisisdienst).

4.4 De grootste risicogroepen

De deskundigen zijn gevraagd bij welk type patiënten zij de kans het grootst achten dat deze geen behandeling starten of voortzetten als ze een eigen bijdrage moeten betalen. De deskundigen gaven aan dat zij de grootste risico's zien bij patiënten met psychiatrische stoornissen en een of meerdere van de volgende risicofactoren:

- A. weinig motivatie voor behandeling en weinig probleembesef/ziekte-inzicht
- B. een (zeer) laag inkomen
- C. chronische problematiek.

Dit wordt hieronder toegelicht.

A. Patiënten met weinig motivatie voor behandeling en weinig probleembesef/ziekte-inzicht

De eerste belangrijke groep waarbij zorguitval zal optreden is volgens de experts de groep patiënten met weinig motivatie voor behandeling en weinig probleembesef/ziekte-inzicht. Hoe minder probleembesef/ziekte-inzicht en hoe minder motivatie voor behandeling, hoe minder hulp gezocht zal worden. En als er een combinatie is van een laag inkomen, weinig probleembesef/ziekte-inzicht en weinig motivatie voor behandeling, wat vaak voorkomt bij patiënten met psychiatrische en verslavingsproblemen zal de patiënt niet geneigd zijn om een eigen bijdrage te betalen: de omgeving van de patiënt ziet weliswaar duidelijke reden voor de noodzaak tot behandeling, maar men wil zelf helemaal géén behandeling, dus laat staan als men er voor moet betalen. De eigen bijdrage is een extra drempel in het toch al moeilijke proces om mensen te verleiden tot behandeling. Als daarbij ook sprake is van een antisociale attitude en

impulsiviteit, zoals vaak voorkomt bij mensen die overlast veroorzaken maar zelf geen ziekte-inzicht hebben, is de kans op nog kleiner dat men in behandeling gaat of blijft. Veelplegers hebben vaak verslavingsproblematiek in combinatie met psychiatrische problemen en/of een verstandelijke beperking, en weinig probleembesef/ziekte-inzicht.

Onder de groep met weinig probleembesef/ziekte-inzicht doen zich volgens de bevroegde deskundigen relatief veel daders van huiselijk geweld voor. De deskundigen verwachten dat een groot deel van deze mensen geen vrijwillige behandeling zal nemen, doordat hier vaak de problematiek gebagatelliseerd wordt. Het gaat hier dus niet altijd om lage inkomens (dat is ook zeker niet altijd het geval bij daders van huiselijk geweld) maar om weinig probleembesef/ziekte-inzicht (of om combinaties). De kans op herhaling van huiselijk geweld is groot, en daarmee de kans dat de daders op langere termijn terugkeert bij politie, justitie en behandelinstellingen. De instroom in gevangenen zal niet direct toenemen omdat de meeste daders niet direct een gevangenisstraf krijgen, maar vermoedelijk zal er wel een toename komen van huisverboden en op langere termijn van verplichte behandeling (bijzondere voorwaarden). De langere termijn effecten hebben als ook als groot nadeel dat in de tussentijd meer slachtoffers zullen vallen, die daarna ook behandeling nodig hebben.

Ook worden zedendelinquenten (inclusief ex-TBS-patiënten) als risicogroep gezien die door een laag inkomen en gebrekkige ziekte-inzicht geen medicatie en/of behandeling voortzetten nadat de verplichte behandelperiode is afgerond. Deze groep vormt een groot risico vanwege de mogelijke ernst van de recidive, de grote impact van delicten op slachtoffers en maatschappelijke onrust.

De volgende casussen illustreren de mogelijke effecten van het eigen risico op patiënten die weinig probleembesef/ziekte-inzicht hebben, mogelijk in combinatie met een laag inkomen.

Casussen: eigen bijdrage extra drempel voor behandeling, door weinig probleembesef/ziekte-inzicht en mogelijk in combinatie met een laag inkomen.

*Een 30-jarige man krijgt een huisverbod in verband met huiselijk geweld. Onder invloed van ADHD en een verslavingsprobleem lopen de problemen thuis zo hoog op dat het regelmatig leidt tot heftige ruzies thuis waar twee jonge kinderen getuige van zijn. Hij meldt zich op advies van de politie bij een polikliniek voor forensische psychiatrie. Bij het horen van de eigen bijdrage voor de behandeling ziet hij af van hulp. De behandelaar ziet risico's voor de veiligheid van het gezin en traumatisering van de kinderen (forensische polikliniek).

*Een man van 52 jaar wordt aangemeld werd vanwege seksueel misbruik. Bij hem wordt de diagnose pedofilie gesteld. Er is sprake van een verstandelijke beperking. Naast gesprekken met een behandelaar krijgt hij ook langdurig medicatie. Hij stopt de behandeling op het moment dat hij de eigen bijdrage moet betalen (forensische

polikliniek).

*Een 40-jarige man is veroordeeld voor pedofilie en krijgt na gevangenisstraf een poliklinische behandeling. Hij wordt tevens ingesteld op libidoremmende medicatie. Het innemen van de medicatie vermindert het gevaar op terugval aanzienlijk en het gaat al een aantal jaren goed. Nu hij echter sinds 1 januari de eigen bijdrage moet betalen besluit hij om te stoppen met de gesprekken en de medicatie. De behandelaar vindt het onverantwoord en is bang dat het stoppen van de behandeling gaat leiden tot recidive (forensische polikliniek).

*Een 22-jarige man van Ghanese afkomst heeft een lang detentieverleden. Hij wordt vanuit een huis van bewaring overgeplaatst naar een Penitentiair Psychiatrisch Centrum in verband met herbelevingen, angsten, agressie en een gestoorde impulscontrole. Als hij medicatie neemt kalmeert hij. Stopt hij medicatie weer omdat hij er suf van wordt, dan wordt hij weer meer angstig en achterdochtig, somber en in zichzelf gekeerd. Als hij zich laat overhalen weer medicatie te nemen dan gaat het al snel weer beter. Tijdens detentie leek sprake te zijn van een paranoïde psychotisch toestandbeeld mogelijk voortkomend uit een psychotische depressie of schizofrenie. Tevens is sprake van een traumatische beleving in het verleden en van een impulsstoornis. Hij is bekend met automutilatie, suïcidale gedachten. Bij ontslag maakt de man een zeer rustige indruk, geeft aan gemotiveerd te zijn voor verdere behandeling en hij heeft plannen voor de toekomst en zijn vader ondersteunt hem. De PPC verzoekt de GGZ om de man ambulant in zorg te nemen met het oog op behandeling en begeleiding middels medicatie, algemene ondersteuning, mogelijke terugval in middelengebruik en hulp bij praktische zaken. Ondanks de getoonde motivatie tijdens detentie en ondersteuning van vader blijkt de man moeilijk in zorg te krijgen. De reden daarvan werd niet geheel duidelijk maar tijdens een van de bezoeken van de ambulante hulpverlener nadat er weer een afspraak gemist werd, wordt de eigen bijdrage als belangrijke reden genoemd door de patiënt en diens vader. Of dit de enige reden is kan niet met zekerheid gezegd worden daar het regelmatig gebeurt dat ex-gedetineerden de zorg gaan mijden en niet meer op afspraken komen. Mogelijk heeft schaamte meegespeeld, weerstand tegen hulpverlening etc. In elk geval heeft de eigen bijdrage een rol gespeeld bij het niet komen op afspraken (PPC).

B. Patiënten met (zeer) lage inkomens

De tweede belangrijke groep die geen behandeling zal nemen als gevolg van de eigen bijdrage is volgens de deskundigen de groep mensen met zeer lage inkomens, zoals veel (maar niet alle) van de patiënten van de forensische poliklinieken, patiënten die met bemoeizorg te maken krijgen en ex-delinquenten. De meest kwetsbare groep heeft (door hun problematiek) geen inkomen en vaak veel schulden, heeft bewindvoerders en zeer weinig geld om van rond te komen, waarbij gedacht moet worden aan ca. 30 euro per week. In dergelijke gevallen is het onmogelijk om een eigen bijdrage te betalen.

De volgende casussen illustreren patiënten die behandeling stopzetten doordat zij de kosten van de eigen bijdrage niet kunnen betalen.

Casussen: geen behandeling om financiële redenen

*Een man van 53 jaar oud heeft een angststoornis en een alcoholverslaving. Behandeling leek veelbelovend. Begin 2012 heeft hij zich onttrokken aan zorg doordat hij de eigen bijdrage niet kan betalen. Nu is er een constante stroom van crises (forensische polikliniek).

*Een 49-jarige Nederlandse man is veroordeeld voor mishandeling van zijn partner in 2009. De man, zijn partner, haar kinderen en oma wonen samen in hetzelfde huis. De man heeft geen regulier, vast werk, wel hoge schulden. Hij staat open voor hulp en behandeling om herhaling te voorkomen. Hij is snel agressief, krijgt de diagnose depressie (matig), paniekstoornis, stoornis in de impulscontrole. Hij heeft wekelijks gesprekken met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, en gebruikt medicatie en wordt ondersteund door een casemanager. Hij geeft aan veel baat te hebben bij de gesprekken, vooral als die samen met zijn partner worden gevoerd. Zij praten de sessies nog vaak na en dat geeft rust. Na afloop van het reclasseringstoezicht beëindigt hij de behandeling omdat hij de eigen bijdrage niet kan betalen. Hij heeft al veel schulden. De kans op terugval in agressie tegen zijn partner en/of de kinderen is groot (forensische polikliniek).

*Een man van 41 wordt aangemeld vanwege huiselijk geweld. Hij volgt zowel individuele behandeling, als partnerrelatiegesprekken om de veiligheid van de kinderen te waarborgen. De betrokkenen zetten zich in voor behandeling. Er is geen inkomen. De man stopt de behandelingen omdat hij de eigen bijdrage niet kan betalen. Veiligheid van betrokkenen en traumatisering van kinderen zou het gevolg kunnen zijn (forensische polikliniek).

*Een man van 41 wordt aangemeld vanwege exhibitionisme en heeft een lange groepsbehandeling gehad bij De Waag. Er is sprake van een verstandelijke beperking. Het netwerk is betrokken bij de behandeling om toezicht en controle te houden. Er is contact met de psychiater in verband met het voorschrijven van libidoremmende medicatie. De man breekt de behandeling af vanwege de eigen bijdrage. Daarmee stopt ook het gestructureerde toezicht en controle door het netwerk. Het is onduidelijk of de huisarts de medicatie zal willen voorschrijven (forensische polikliniek).

C. Patiënten met chronische problematiek

Ten slotte worden ook *chronische* patiënten als risicogroep gezien door de deskundigen. Het betreft mensen met chronische psychotische stoornissen, chronische verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsstoornissen en een verstandelijke beperking, waarbij genezing niet mogelijk is en die om die reden geen eigen bijdrage willen betalen of niet voortdurend. Veel van de gedetineerden in de ISD's (Instellingen voor stelselmatige daders) en de PPC's worden als chronische patiënt gezien. Er werd geen casuïstiek ontvangen over de invloed van de eigen bijdrage op chronische patiënten.

4.5 Tot slot

Tot slot worden hieronder twee voorbeelden gegeven van patiënten van ACT-teams (patiënten met ernstige problemen en beperkingen op uiteenlopende gebieden zoals dak- en thuisloosheid, verslavingsproblematiek, problemen met justitie en politie en die vaak geen hulp willen). Het gaat om een meer persoonlijke beschrijving van twee cliënten. De tekst is onverkort opgenomen omdat zij een langdurige geschiedenis schetsen en in die zin illustratief zijn voor gevolgen van hogere kosten voor patiënten die zeer weinig financiële middelen maar wel diverse en langdurige problemen hebben. Het gaat niet alleen om de invloed van de eigen bijdrage maar om diverse extra kosten voor zorg van mensen die al grote schulden en weinig inkomen hebben.

Casus ACT-team: langdurige zorg stopt om financiële redenen

Ik zou jullie graag voorstellen aan Daniël, 35. Een opvallende man: net iets te groot, net iets te luidruchtig, net iets te wit. Een dierenvriend die al zijn liefde aan zijn twee parkieten en zijn poes kwijt kan. Dat is maar goed ook, want menselijke contacten heeft Daniël niet.

Daniël werd al op zijn tweede uit het gezin gehaald vanwege gedragsproblematiek en heeft sindsdien een *bumpy ride* achter de rug langs allerlei internaten en de tbs-kliniek. Vier jaar geleden werd hij eindelijk 'vrijgelaten'. Daar stond 'ie dan. Er was geen zorgtraject opgezet. Hij moest het maar zien te redden in de buitenwereld. Helaas, met de buitenwereld kon Daniël niet veel. En parkietjes had 'ie toen nog niet.

Gelukkig kwam het ACT team in zijn leven. Zij investeerden jarenlang in het contact met Daniël, net zo lang tot er iets van vertrouwen was ontstaan. Nu ziet het team hem twee keer per week. Dit jaar is het eindelijk gelukt om Daniël onder bewindvoering te krijgen, zodat er toezicht is op zijn financiën.

Dat is maar goed ook. Daniël komt soms namelijk financieel in de problemen, doordat hij te goed van vertrouwen is en geld weggeeft aan mensen die misbruik van hem maken. Ook heeft hij een zeer menselijke behoefte aan seks, die hij natuurlijk niet makkelijk kwijt kan in een 'normale' relatie en lang via het prostitutiecircuit heeft ingelost. Hierdoor heeft hij een behoorlijke schuld opgebouwd.

Daniëls redding is eigenlijk zijn eigen woning. Hij woont nu zelfstandig, veilig voor de 'grote boze buitenwereld' – Daniël leeft namelijk in zijn eigen waansysteem en is mede door zijn internaatverleden en tbs verhoogd alert. Wel jammer dat hij zich daardoor nogal afzondert. Maar gelukkig zijn er dan die parkieten en die poes.

Het ACT team helpt hem deze veilige haven in stand te houden, onder andere dus met zijn financiële situatie. Hoe die eruit ziet?

Daniël is nu bijna schuldenvrij. Hij krijgt 30 euro per week; maandag en vrijdag 15 euro. Zijn uitkering is 870 euro; daar gaat dan 413 euro huur vanaf, 100 euro voor de ziektekostenverzekering en 150 euro voor de afbetalingsregelingen aan diverse instanties.

Daarnaast betaalt Daniël nog 100 euro per maand aan zijn bewindvoerder. Dat zou eigenlijk 30 euro moeten zijn; de gemeente heeft een tegemoetkomingsregeling.

Helaas komt die regeling maar niet op gang. Heel vervelend. Zeker omdat de bewindvoerder al zes keer een brief heeft geschreven aan de gemeente.

Onder deze omstandigheden blijft er niet veel geld om Daniëls huisdieren van te voeren. Daarom betaalt het ACT team het voer maar. Zijn dieren betekenen alles voor Daniël – daar kun je hem toch niet van scheiden? Naast voer voor de poes en de parkieten, betaalt het ACT team ook regelmatig maaltijden en kleding voor Daniël. Niemand weet waar het geld daarvoor anders vandaan zou moeten komen. Het ACT team schrijft regelmatig fondsen aan. Kattenvoer kopen is niet bepaald hun kerntaak – maar ja, als je iemand kopje onder ziet gaan, trek je hem toch op het droge?

Casus ACT-team: na langdurige zorg stopt om financiële redenen

Mario is 34 jaar en nu drie jaar bij het ACT team in behandeling. Het gaat relatief goed met hem: hij heeft een woning en is op zoek naar werk. Toch heeft 'ie het niet makkelijk gehad. Zijn moeder en oma zijn allebei recent overleden en Mario heeft nu geen sociale relaties meer. Nou ja: zijn tante is er nog en een buurjongen. Door dommigheid en het niet betalen van boetes is Mario ook flink in de problemen gekomen. Die financiële problemen komen nog bij zijn psychische problematiek.

Mario's situatie is als volgt: een uitkering van 850 euro, waar 550 euro vaste lasten vanaf gaan. Daarnaast heeft Mario 20.000 euro aan schulden, waarvan hij 140 euro per maand afbetaalt. Dan blijft er nog 40 euro per week over om van te leven. Mario moet daarvan zijn bordje macaroni kopen, maar ook zijn nieuwe sokken, een plantje voor in de vensterbank. Ga maar na waar Mario de 440 euro voor zijn eigen bijdrage en eigen risico vandaan zou moeten halen.

Het ACT team helpt Mario flink: hij krijgt op dit moment agressietraining en een psycholoog helpt hem bij de rouwverwerking om zijn moeder en oma. Die waren zijn steun en toeverlaat. Daarnaast zijn maatschappelijk werk en een reïntegratiecoach met hem samen bezig om werk te vinden. Hij heeft ook de bewindvoering over zijn financiële situatie net opgestart.

Als Mario de benodigde 440 euro niet ergens vandaan weet te halen, valt al deze hulp weg. En oma en moeder – die zijn er immers niet meer.

Mario trekt zich dan terug in zijn woning. Hij voelt zich gestresst, kan nergens heen met zijn verdriet. Hij gaat met de stress om zoals hij altijd heeft gedaan: door weer meer te gaan blowen. Zijn impulsen kan hij steeds slechter beheersen. Dat betekent de kans op een geweldsdelict, met als gevolg veel schade voor de maatschappij en voor Mario zelf. Geen werkgever die 'm dan nog een kans zal willen geven. Zit Mario weer thuis. Zonder doel, zonder richting. Niemand die alle ingewikkelde blauwe enveloppen voor hem openmaakt. Zijn schulden lopen weer op. Geen wonder dat hij wegzakt in verwaarlozing, eenzaamheid, depressie en verslaving.

Mario gaat op dit moment net niet kopje onder; hij is er iets beter aan toe dan Daniël. Mario dobbert als het ware rond op een vlot. Het ACT team probeert het vlot nu een roer te geven, zodat Mario wat beter kan sturen en kan bepalen waar hij eigenlijk heen wil. Als het team wegblijft valt ook Mario weer in de golven. Hoe lang kan iemand blijven dobberen vóór 'ie kopje onder gaat?

5 Kennis uit wetenschappelijk onderzoek

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke kennis blijkt uit (inter)nationaal onderzoek. Omdat er in Nederland weinig onderzoek is gedaan naar de gevolgen van de invoering van een eigen bijdrage is ook naar andere landen gekeken. Hierbij werd gezocht naar publicaties over onderzoek naar effecten van overheidsingrijpen en financieringssystemen op het gebruik van zorg door patiënten. Daarbij is niet alleen gezocht naar effecten voor verhoging van kosten van behandeling van psychische problematiek, maar ook naar effecten voor andere soorten behandeling en zorg, zoals behandeling door artsen of tandartsen. In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op onderzoek in Nederland, daarna op onderzoek in andere landen.

5.2 Onderzoek naar de eigen bijdrage in Nederland

In Nederland zijn een aantal onderzoeken uitgevoerd die hebben nagegaan welke gevolgen de invoering van de eigen bijdrage of het eigen risico verwacht mogen worden. Het gaat dus om geschetste risico's en scenario's.

GGZ Nederland heeft recent twee onderzoeken laten uitvoeren onder GGZ-instellingen en onder cliënten. Deze schetsen een zorgwekkend beeld. Het eerste onderzoek, onder 96 instellingen van GGZ Nederland (GGZ Nederland, 2012) laat zien dat de instellingen verwachten dat bijna 60% van de patiënten zal stoppen met behandelingen en aanmeldingen als gevolg van de eigen bijdrage. Ruim 90% van de instellingen verwacht de komende twee jaar vraaguitval als gevolg van deze eigen bijdrage: men verwacht 11% vraaguitval voor ambulante zorg in 2012 en 5% vraaguitval voor klinische zorg.

Het tweede onderzoek, onder patiënten, werd gedaan door het Nivel (Koopmans & Verhaak, 2012). Hieruit komt naar voren dat 70% van de (ruim 5000 bevraagde) patiënten (die al in zorg zijn) aangeeft door de invoering van de eigen bijdrage het zorggebruik te gaan minderen. 40% geeft aan zelfs te zullen stoppen.

De mate van ervaren ernst van de klachten en de ervaren noodzaak van de zorg blijkt in dit onderzoek nauwelijks een rol te spelen in de overweging het zorggebruik te veranderen. Cliënten laten zich vooral leiden door hun inkomenssituatie. Vooral de mensen met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau geven aan dat ze geen of minder gebruik van zorg gaan maken. Er is enig verschil tussen verschillende aandoeningen. Cliënten met schizofrenie zijn

minder geneigd geen of minder gebruik van zorg te gaan maken dan mensen met verslavingsproblemen (die zich relatief vaak voordoen bij delinquenten). Cliënten die het meest aangeven het zorggebruik te gaan minderen na de invoering van de eigen bijdrage zijn te vinden onder adolescenten en in de verslavingszorg. De ernst van de problematiek is niet van invloed op het gebruik gaan maken van zorg: mensen met ernstige klachten geven in dezelfde mate aan minder zorg te gaan gebruiken door de eigen bijdrage als mensen die hun klachten niet zo ernstig vinden. Hoewel de uitkomsten van de enquêtes gebaseerd zijn op verwachtingen en onderhevig zijn aan subjectiviteit, geven ze met name aan dat de invoering van de eigen bijdrage een kwetsbare groep treft. De conclusie die wordt getrokken is dat het niet de mensen met lichte problemen zijn die inschatten dat ze zorg gaan mijden, maar de mensen met weinig geld.

Ook een intern onderzoek van GGZ Nederland naar de invloed van de eigen bijdrage op vraaguitval onder patiënten voorspelt een vraaguitval van overall 7,9% (GGZ Nederland, 15 november 2011). Dit percentage is aanzienlijk lager dan de 40% uitval die het Nivel vond (2012) maar in het Nivel-onderzoek zaten veel (bijna 90%) patiënten die al tweedelijnszorg hadden; terwijl de 7,9% verwachte vraaguitval over de totale populatie gaat.

In het algemeen wordt verwacht dat hoe hoger het besteedbaar inkomen is, hoe lager de vraaguitval zal zijn. Uit de berekeningen van GGZ Nederland komt tevens naar voren dat 33% van de GGZ-patiënten een besteedbaar inkomen heeft dat lager ligt dan 50 euro netto per maand. De grootste uitval wordt verwacht bij degenen met een (zeer) laag inkomen in combinatie met een (zeer) lage noodzaak voor zorg. Als we dit spiegelen aan de verwachtingen van de deskundigen die in het vorige hoofdstuk aangeven dat weinig probleembesef/ziekte-inzicht een rol speelt in het (niet) starten van behandeling dan mogen we verwachten dat de grootste vraaguitval zich niet alleen voor zal doen bij degenen met een werkelijk lage noodzaak voor zorg, maar ook bij een subjectief, door de patiënt waargenomen lage noodzaak voor zorg.

Het onderzoek van GGZ Nederland voorspelt dat degenen met een (zeer) laag inkomen en een hoge noodzaak, die reeds zorg ontvangen, voornamelijk gebruik zullen blijven maken van zorg, wat wel betekent dat hun schulden zullen verschuiven naar andere domeinen. Dit komt niet geheel overeen met de casuïstiek die de deskundigen ons gaven, waaruit naar voren kwam dat sommigen met een laag inkomen en een hoge noodzaak toch stopten met behandeling, maar misschien gaat het hier om een hoge noodzaak zoals waargenomen door de behandelaar, en niet door de patiënt. Ook voorspelt dit onderzoek dat degenen met een (zeer) laag inkomen en een hoge noodzaak die nog geen zorg ontvangen, de zorg zullen gaan mijden (GGZ Nederland, 15 november 2011).

Het Trimbos-instituut heeft scenario's opgesteld van effecten van de eigen bijdrage in de GGZ op zorguitgaven, zorggebruik en arbeidsproductiviteit. De scenario's laten zien dat hoewel de eigen bijdrage leidt tot een daling in zorguitgaven, dit effect grotendeels teniet kan worden gedaan door een verschuiving naar andere kosten, doordat kosten van ziektelast en arbeidsproductiviteit toenemen (Lokkerbol en Smit, 2011). De onderzoekers concluderen dat hoewel het goed is om kostenbewustzijn te stimuleren, voorkomen moet worden dat de verkeerde patiënten de dupe worden en dat het daarom van belang is dat de eigen bijdrage wordt voorzien van flankerende maatregelen. Een voorbeeld van flankerend beleid dat we inmiddels hebben gezien is het wetsvoorstel tot compensatie van de eigen bijdrage voor de lagere inkomens.

Ook is voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een studie gedaan naar het forensische zorgstelsel en de effecten van de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) en de Wet forensische zorg (WFZ) op de GGZ-sector (Bouman, Riphagen, Jongebreur & Veeke, 2012). Hieruit wordt geconcludeerd dat het (huidige) economische en politieke klimaat kan leiden tot hogere instroom van de forensische doelgroep. "Het beroep op de zelfredzaamheid wordt groter, met als gevolg dat degenen die dit niet kunnen mogelijkwijs in de criminaliteit belanden en/of verplichte zorg nodig hebben. [...] De invoering van de eigen bijdrage in de GGZ gaat naar verwachting leiden tot meer overlast en criminaliteit van de groep cliënten die de zorg hard nodig hebben, maar de eigen bijdrage niet kunnen/willen betalen. De verplichte GGZ kan hierin wel een oplossing bieden, omdat er geen eigen bijdrage geldt als er een zorgmachtiging wordt afgegeven" (p. 43/44).

In een evaluatie van Ecorys in opdracht van het ministerie van VWS (2011) over het effect van de invoering van het eigen *risico* in Nederland wordt aangenomen dat het eigen risico weinig tot geen negatieve effecten heeft op de gezondheid. De onderzoekers halen literatuur aan waaruit naar voren komt dat er geen effecten worden gevonden van de eigen betalingen op de gezondheid van mensen. De effecten van eigen betalingen zijn echter groter voor verzekerden met een laag inkomen (Zweifel & Manning, 2000; in Ecorys, 2011). Ook wordt verwacht dat gezondheidsschade pas op langere termijn zichtbaar wordt door hogere en duurdere zorgconsumptie (eerste hulp, ziekenhuisopnamen) (Chandra, 2007; Tamblyn et al., 2001; in Ecorys, 2011).

5.3 Onderzoek naar financiën en zorg onder patiënten met psychische ziekten en onder gedetineerden

Over de financiële situatie van patiënten in Nederland kan het volgende vermeld worden. Veel van de *patiënten met psychische ziekten* hebben een lager inkomen dan gemiddeld. 83% van de mensen met een ernstige psychische aandoening moet rondkomen van een minimum inkomen

(Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 28 september 2011).

Ook veel mensen met een *strafrechtelijk verleden* hebben een laag inkomen. Uit de 'monitor nazorg gedetineerden' van het WODC (Weijters en More, 2010) blijkt het volgende:

- Bijna 25% van de onderzochte gedetineerden had voorafgaand aan detentie geen inkomen. Van de gedetineerden die wel een inkomen had, had 46% inkomen uit arbeid, 32 % had een bijstandsuitkering en 14% zat in de WIA of Wajong. Direct na detentie heeft ca. 41% van de gedetineerden geen inkomen.
- Het meest voorkomende probleem onder gedetineerden is het hebben van schulden. Van de gedetineerden heeft 70% schulden voor detentie. Ongeveer een derde (34%) van de gedetineerden met schulden heeft een schuld van 10.000 euro of meer.
- Cijfers over zorgbehoefte zijn niet bekend. Wel blijkt dat bijna 30% van de gedetineerden direct voor detentie contact had met een zorginstelling. Problematiek op de leefgebieden voor detentie komt vaker voor onder de maatschappelijke opvanggroep. Dit zijn daklozen die door hun zwerfgedrag en verloederde staat vaak overlast veroorzaken in de openbare ruimte of criminaliteit plegen.

Van gedetineerden uit PPC's (dus gedetineerden met (ernstige) psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek, anders dan alle gedetineerden waar de hier boven beschreven monitor nazorg over ging) blijkt dat ruim 50% van de gedetineerden met psychiatrische problematiek die de PPC verlaat dat doet zonder strafrechtelijke titel (stroomgegevens Gevangeniswezen/Forensisch Netwerk, juni 2012). Veel van deze gedetineerden hebben naar verwachting langdurige behandeling nodig, nadat hun straf is afgerond. Daarnaast heeft ook een deel van de gedetineerden die niet in een PPC is opgenomen maar in een reguliere PI, vermoedelijk zorg nodig na detentie.

5.4 Internationaal onderzoek

Ook in andere landen is onderzoek gedaan naar de vraag wat de gevolgen zijn van hogere kosten voor gezondheidszorg. In de internationale literatuur wordt gesproken over 'deductibles', 'co-payments' en 'cost-sharing'. Deze maatregelen zijn te vergelijken met de eigen bijdrage danwel het eigen risico en komen allen neer op hogere kosten danwel een lager besteedbaar inkomen voor patiënten. Voor de leesbaarheid scharen wij al dit soort maatregelen onder de term 'eigen betalingen'.

5.4.1 Invloed van eigen betalingen op zorgvraag en zorgkosten

Vooral in de Verenigde Staten is veel onderzoek gedaan naar de invloed van kosten op de zorgvraag van patiënten en de effecten op de kosten voor de zorginstellingen. In de VS is veel

onderzoek gedaan omdat hier tussen 1974 en 1982 een groot experiment werd gedaan, "het RAND Health Insurance Experiment" (HIE), waarbij 2000 gezinnen willekeurig werden toegewezen aan een verzekering met variërende vormen van eigen betalingen, waarna hun gedrag werd gevolgd (Lokkerbol en Smit, 2011). Gegevens uit dit onderzoek zijn veel gebruikt in onderzoek naar prijsgevoeligheid van verschillende zorgvormen (McGuire, 1981; Ellis & McGuire, 1986; Taube et al., 1986; Horgan, 1986; Keelr et al., 1988; Manning et al., 1989; allen in: Lokkerbol en Smit, 2011). Globaal gezien wijzen alle onderzoeken uit het experiment naar de conclusie dat de vraag naar GGZ niet zeer prijsgevoelig is (verandering in vraag zijn minder sterk dan veranderingen in prijs) maar wel prijsgevoeliger dan andere zorgvormen.

De onderzoekers geven aan dat de resultaten niet zonder meer van toepassing zijn in Nederland door allerlei verschillen tussen de bestudeerde systemen, modelaannamen, verzekeringsvormen e.d. In Nederland is weinig onderzoek gedaan naar prijselasticiteit van de GGZ doordat de curatieve (of geneeskundige) GGZ tot 2008 onder de AWBZ viel.

5.4.2 Effecten voor de kosten van de gezondheidszorg

In een recente onderzoekssynthese waarin meerdere onderzoeken bestudeerd en met elkaar vergeleken zijn (met name sinds de jaren midden 1990) (Swartz, 2010) blijkt dat onderzoek consistent laat zien dat de mate waarin mensen zorg zoeken beïnvloed wordt door de prijs, maar dat het onwaarschijnlijk is dat eigen betalingen de kosten van de gezondheidszorg significant zullen afremmen. De helft van de kosten in de gezondheidszorg worden volgens dit onderzoek gemaakt door 5% van de patiënten die ernstige medische condities heeft.

Ook in een studie waarin eigen betalingen werden verlaagd voor sommige medicijnen (Goldman, Joyce en Karaca-Mandic, in: Swartz, 2010) bleek dat géén eigen betalingen voor cholesterolverlagende medicijnen voor mensen met een matig tot hoog risico op hartziekten leidde tot een beter medicijngebruik, wat leidde tot minder bezoek aan de eerste hulp en ziekenhuisopnames en daarmee tot een kostenbesparing van meer dan een biljoen dollar per jaar. Deze resultaten komen overeen met die van Chandra et al. (in: Swartz, 2010). Hoewel zij de besparingen niet specificeren geven de resultaten aan dat chronisch zieke patiënten meer kans lopen op ziekenhuisopnames en dat de kosten significant hoger uitkomen.

Uit ander onderzoek naar de gevolgen van verhoging van eigen betalingen onder ouderen blijkt dat de zorgkosten van oudere mensen met een chronische ziekte stijgen als de eigen bijdrage toeneemt (Chandra et al., 2007; in Van der Maat & De Jong, 2010). Doordat ouderen dan minder naar de arts gingen en minder medicijnen gingen gebruiken werden ze vaker in het ziekenhuis opgenomen, waardoor de besparing voor een groot deel teniet werd gedaan (Chandra et al., 2007; Kok en Houkes, 2009; in Van der Maat & De Jong, 2010). Daaruit

concluderen Kok en Houkes dat een hoge eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen en een chronische ziekte per saldo nauwelijks tot lagere zorgkosten zal leiden (Van der Maat & De Jong, 2010).

Ook Goldman et al. (2007) beschrijven in een review dat een verhoging van eigen betalingen zijn doel voorbijgaat. In eerste instantie blijkt namelijk dat het gewenste doel wordt behaald: eigen betalingen zorgen voor minder medicatiegebruik, maar later volgen de kosten voor andere (en vaak duurdere) vormen van zorg. Daarnaast leidt het echter ook een slechtere omgang met medicatie door bestaande gebruikers en tot meer frequente discontinuïteit van behandeling. De onderzoekers trekken in een publicatie enkele jaren later op basis van een aantal nieuwe onderzoeken vergelijkbare conclusies (Goldman et al., 2009):

- Lagere kosten voor medicatie door een verlaging van eigen betalingen is een krachtige manier om de naleving van medicatie te verbeteren en de behandeling van de chronisch te zieken te managen.
- Een verhoging van eigen betalingen in samenspel met hogere prijzen voor medicatie kan een ongunstig effect hebben op de gezondheid van patiënten en in sommige gevallen zelfs de algemene kosten van de gezondheidszorg verhogen.

5.4.3 Risicofactoren

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat mensen met *een laag inkomen* er eerder voor kiezen om geen gebruik te maken van zorg als gevolg van een eigen betaling, dan mensen met een hoger inkomen (een research synthese van Swartz, 2010; Goldman, Joyce & Zheng, 2007; Newhouse, 1993; in Van der Maat & De Jong, 2010). Het lage inkomen blijkt de grootste voorspeller van het niet nemen van zorg. Voor de gemiddelde mensen zal een verhoging van eigen betalingen niet leiden tot negatieve gezondheidstoestand, maar voor kwetsbare populaties wel. Mensen met lagere inkomens worden disproportioneel benadeeld door verhoogde eigen betalingen, zo blijkt ook uit deze onderzoekssynthese. Sterker nog, mensen met lagere inkomens hebben kans op negatievere gezondheidsresultaten, zoals verhoogd gebruik van de eerste hulp in ziekenhuizen, ziekenhuisopnames, opname in verpleeghuizen en overlijden, als verhoogde eigen betalingen hen noodzaken om minder zorg te nemen, in het bijzonder medicatie.

Met name mensen in chronische condities en ouderen lopen een groot risico. Dit soort uitkomsten werden bijvoorbeeld gemeten in de Canadese provincie Quebec, waar na een significante toename van eigen betalingen voor voorgeschreven medicatie, een significante toename was in eerste hulp-bezoeken, ziekenhuisopnames en langdurige zorgopnames (Tamblyn et al, in: Swartz, 2010).

Minder *medicatiegebruik* hoeft geen gezondheidsrisico's met zich mee te brengen (Austvoll-Dahlgren et al., 2009), maar substantiële verminderingen in het gebruik van medicatie voor *chronische* aandoeningen kunnen wel negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid en kan zorgen voor een toename in het zorggebruik. Sommige onderzoekers waarschuwen voor de mogelijke gevolgen van eigen betalingen en de invloed op keuze en kosten van medicatie (Van der Does, 2004). Hoe hoger de kosten van de medicatie, des te groter de kans dat men stopt met het innemen van medicatie¹⁵. Van der Does geeft aan dat dit schadelijke gevolgen kan hebben, zeker wanneer het gaat om preventieve medicatie. Ook Wagner, Heisler en Peitte (2008) vonden een verband tussen hogere betalingen voor geneesmiddelen en een te lage inname van medicatie bij patiënten met een chronische aandoening. Voor de mensen met chronische aandoeningen (zoals hartafwijkingen, diabetes en schizofrenie) worden eigen betalingen in verband gebracht met een verschuiving van zorg. Zij maken dan weliswaar minder gebruik van behandeling of medicatie, maar maken meer gebruik van andere vormen van gezondheidszorg (opnamen in ziekenhuis), waardoor potentiële financiële besparingen teniet worden gedaan (Goldman, Joyce en Zheng, 2007). Hoewel het onderzoek oud is laat het zien wat de invloed van hogere kosten op zorg kunnen zijn, in dit geval kosten voor de tandarts. Uit het onderzoek blijkt dat hoe lager de eigen betalingen voor de tandarts waren, hoe beter de orale gezondheid van mensen onder de 35 jaar was (Bailit et al., 1985). Ook bleek dat hoe lager de eigen betalingen zijn, des te meer mensen gebruik gingen maken van mondzorg (Manning, Bailit, Benjamin & Newhouse, 1986). Uit dit onderzoek blijkt ook dat mensen met een laag inkomen duurdere mondzorg nodig hebben dan mensen met een hoog inkomen.

Eigen betalingen lijken ook van invloed te zijn op het initiëren van behandeling voor depressie (Fishman et al., 2012). Mensen die hun eigen risico (tussen de 100 en 500 dollar) nog niet hadden opgemaakt waren significant minder geneigd om te starten met behandeling, dan mensen die hun eigen risico al hadden opgemaakt. Dit geldt ook voor patiënten die recent te horen hebben gekregen dat zij een chronische ziekte hebben (Solomon, Goldman, Joyce, & Escarce, 2009). Bij hoge eigen betalingen zijn deze mensen minder snel geneigd om de starten met behandeling. Wanneer deze mensen geen ervaring hebben met het gebruik van medicatie wordt de tijd tussen diagnose en behandeling alleen nog maar groter.

Bij mensen met chronische *psychische* stoornissen dient men daarbij rekening te houden dat er gemiddeld vijf jaar zit tussen het ontstaan en de diagnose van (ernstige) psychische stoornissen (Wang et al, 2004; in McLaughlin, 2004). Wanneer mensen met psychische stoornissen zorg dienen te krijgen is het vanwege deze grote vertraging van belang dat zij snel geholpen worden in plaats van afgeremd te worden.

¹⁵ Zie voetnoot 13.

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat er een negatieve correlatie is tussen psychische stoornissen en inkomen (Frank & McGuire, 1999; in McLaughlin, 2004). Psychische stoornissen komen vaker voor bij mensen met een lager inkomen. En mensen met psychische stoornissen hebben een slechtere fysieke gezondheid en meer chronische aandoeningen (Frank & McGuire, 1999, McAlpine & Mechanic, 2000, Hadley, 2002; in McLaughlin, 2004) zodat de kans groter is dat zij zorg nodig hebben, terwijl door hun lage inkomen de kans kleiner is dat ze die nemen als ze daarvoor zelf moeten betalen.

De vraag blijft wat de gevolgen zullen zijn van een vertraagde of onderbroken behandeling en minder medicatiegebruik bij mensen met psychische stoornissen. De hiervoor beschreven literatuur maakt duidelijk dat bij een verhoging van eigen betalingen bij kwetsbare groepen (mensen met lage inkomens, chronische ziekten en stoornissen, ouderen en kinderen) zorg eerder wordt gemeden en de kans groot is dat zij pas zorg zoeken in tijden van crisis, bij de crisisdienst en eerste hulp aankloppen en opgenomen moeten worden in het (psychiatrisch) ziekenhuis.

Een interessante theorie die hiermee verband houdt is 'Penrose Law' (Penrose, 1939). Deze al oude theorie blijkt ook recent nog in de praktijk te gelden. Penrose Law stelt dat er een negatieve relatie is tussen het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen en plekken in gevangenissen. Hoe meer mensen in de gevangenis zitten, des te minder de bezetting is in psychiatrische ziekenhuizen, en andersom. De verklaringen hiervoor zijn verschillend, maar de relatie is sindsdien meerdere keren aangetoond in Australië (Biles & Mulligan, 1973), Engeland en Wales (Gunn, 2000), Noorwegen (Hartvig & Kjelsberg, 2009) en tamelijk recent in Amerika (Palermo, Smit, & Liska, 1991). Een van de verklaringen is dat mensen met psychiatrische stoornissen onterecht terecht komen in gevangenissen doordat zij daarvoor niet de zorg kregen die zij nodig hadden.

Continuïteit van zorg is het sleutelwoord bij veel van deze patiënten, en uit het vorige hoofdstuk bleek dat behandelaars vrezen dat de (soms met veel moeite tot stand gekomen) continuïteit gevaar loopt als gevolg van de eigen bijdrage. Ook uit een recent rapport van de Raad voor Gezondheid en Zorg (mei 2012) komt naar voren dat patiënten in de forensische zorg en de reguliere GGZ nagenoeg vergelijkbaar zijn. Er zijn veel gemeenschappelijke kenmerken en het is vaak toeval of een patiënt bij justitie of in de zorg terecht komt. Het gaat om patiënten met ernstige problemen, die niet van voorbijgaande aard zijn en die gecoördineerde interventies van zorgnetwerken/professionals vereisen. De Raad schat de omvang van deze groep op 160.000-180.000 patiënten en pleit voor een samenwerking in een geïntegreerde keten en vrijwaring van de eigen bijdrage voor deze groep. Ook bleek recent uit een eerste screening van de 'top 600'

(jong) volwassen delinquenten in Amsterdam dat bij meer dan 80% van de gescreende cliënten aanwijzingen werden gevonden voor psychiatrische aandoeningen (waaronder veel alcohol- en drugsproblematiek, persoonlijkheidsproblematiek en verstandelijke beperkingen). Vrijwel alle Top 600 cliënten (97%) hebben van kinds af aan langdurige hulpverleningscontacten. Ook deze groep gaat dus heen en weer tussen zorg en justitie. Ook in een achtergrondstudie voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg van Neijmeijer, Rijkaart & Kroon (2012) wordt aangegeven dat continuïteit van zorg van groot belang is voor deze doelgroep. Hoewel niet voor 100% voorkomen dat een psychiatrisch patiënt een delict pleegt kan het delict risico mogelijk wel verkleind worden. Daarvoor is langdurende (ambulante) begeleiding en zorg nodig, om toe te zien op medicatiegebruik, alcohol- en drugsmisbruik zoveel mogelijk te beperken, (psychotische) symptomen op tijd te behandelen, maar ook om de kwetsbare patiënt te ondersteunen bij het weer op orde krijgen van zijn leven en hem vaardigheden aan te reiken om beter met stresssituaties en het hanteren van emoties en agressie om te leren gaan (Neijmeijer et al., 2012).

Conclusies

6 Conclusies

6.1 Inleiding

De onderzoeksvraag van deze quickscan was: *Wat is de verwachte invloed van de invoering van de eigen bijdrage op de instroom van patiënten in de forensische zorg en in het gevangeniswezen, in het bijzonder de PPC's?* De verwachting was dat de eigen bijdrage zal leiden tot minder aanmeldingen van patiënten in de (vrijwillige) GGZ en juist een toenemende instroom in de gevangnissen en meer gedwongen opnames.

De quickscan werd uitgevoerd door middel van het bevragen van deskundigen van zorginstellingen (met name behandelaars en managers van forensische poliklinieken, poliklinieken voor verslavingszorg, acute psychiatrie, ACT-teams en OGGZ-teams), het opvragen van instroomcijfers en casuïstiek en een beknopte internationale literatuurstudie. Uit de quickscan kwam ten eerste naar voren dat instroomcijfers op dit moment nog geen goed beeld kunnen geven van de mogelijke gevolgen van de eigen bijdrage op het aantal patiënten in de forensische zorg. De meetperiode is daarvoor te kort en er zijn te veel beïnvloedende factoren die goed zicht op mogelijk effecten wegnemen, zoals bijvoorbeeld tegenmaatregelen die zijn genomen door gemeenten en behandelinstellingen die de eigen bijdrage voor sommige patiënten vergoeden (zie hoofdstuk 3).

Wel worden in de praktijk risico's gesignaleerd voor kwetsbare groepen, die worden ondersteund door internationale onderzoeksliteratuur. De inschattingen van de bevroegde deskundigen en de resultaten van internationaal onderzoek wijzen grotendeels dezelfde kant op. Hoewel de onderzoeksresultaten voornamelijk uit andere landen afkomstig zijn, het niet altijd eigen bijdragen betreft maar ook andere typen kostenverhoging en ook andere vormen van zorg onderzocht zijn (bv. medische behandeling), gaat de verkregen informatie dezelfde richting op. Hieronder wordt een en ander samenvattend weergegeven.

6.2 Resultaten uit de praktijk

Behandelaars van de forensische poliklinieken in de vier grote steden merken dat er minder instroom van patiënten is en dat mensen die behandeling willen starten zich bedenken op het moment dat zij horen dat zij de eigen bijdrage moeten betalen. Ook wordt waargenomen dat ex-delinquenten die behandeling volgden in het kader van hun straf, niet overgaan op vrijwillige behandeling na de straf, terwijl dat volgens behandelaars wel nodig is om terugval te voorkomen. Er zijn dus zowel 'niet starters' als 'afhakkers' als gevolg van de eigen bijdrage.

Anderzijds is het mogelijk dat wachtlijsten korter worden, doordat er minder patiënten instromen. Daardoor kunnen mensen sneller behandeld worden en kan het aantal crisisopnamen op korte termijn verminderd worden. Verwacht wordt echter dat de kwetsbare groep die niet bij de zorg aanklopt op langere termijn zichtbaar wordt. Niet alle forensische klinieken hebben echter wachtlijsten.

Behandelaars zien de grootste risico's bij de volgende groepen patiënten met psychiatrische problematiek:

1. met weinig probleembesef/ziekte-inzicht en weinig motivatie voor behandeling,
2. mensen met een (zeer) laag inkomen en
3. mensen met chronische (psychiatrische) stoornissen, inclusief licht verstandelijk gehandicapten.

Lang niet alle mensen uit deze risicogroepen zullen strafbare feiten gaan plegen. Welke mensen dat zullen gaan doen is lastig te voorspellen. De kans is groot bij degenen die dat al eerder hebben gedaan: ex-delinquenten. Van delinquenten is bekend dat de kans op recidive groot is. Delinquenten die binnen bovengenoemde risicogroepen vallen en bij wie behandelaars een groot risico op zorguitval zien, zijn delinquenten met psychiatrische problematiek in combinatie met verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke handicap, vooral vanwege het gebrek aan ziekte-inzicht of probleembesef. De meest zorgelijke groep patiënten zijn de zedendelinquenten die van verplichte naar vrijwillige behandeling overgaan, vanwege de impact van eventuele delicten. Daarnaast zijn er veel zorgen over patiënten met agressieproblematiek met name daders van huiselijk geweld die hun problematiek bagatelliseren. Zij volgen vaak vrijwillige behandeling (naast een huisverbod) maar de behandelaars vrezen dat velen van hen geen behandeling volgen als zij de eigen bijdrage moeten betalen (ongeacht hun inkomen). Uit de casuïstiek blijkt dat zorguitval van deze groepen al zijn geconstateerd. Hoewel eventuele maatschappelijke schade binnen dit onderzoek niet kon worden vastgesteld, is deze volgens de experts naar verwachting ernstig.

Doordat bij forensische patiënten vaak sprake is van één of meer risicofactoren (psychiatrische problematiek in combinatie met een laag inkomen, weinig probleembesef/ziekte-inzicht en/of chronische problematiek), is de kans groot dat zij geen behandeling zullen nemen als zij een eigen bijdrage moeten betalen. Bij hen spelen echter wel zoveel risico's dat de kans groot is dat hun problematiek verergert en dat sommigen opnieuw strafbare feiten zullen plegen als zij geen (vervolg)behandeling nemen. Bekend is dat delinquenten een grote kans op recidive hebben, terwijl ook bekend is dat behandeling en gedragsinterventies die kans kunnen verkleinen. Continuïteit van zorg is het sleutelwoord bij veel van deze patiënten, en behandelaars vrezen dat de (soms met veel moeite tot stand gekomen) continuïteit gevaar loopt als gevolg van de

eigen bijdrage. Dit laatste wordt ook ondersteund in een recent rapport en achtergrondstudies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012; Neijmeijer et al., 2012).

6.3 Resultaten uit onderzoeksliteratuur

De bestudeerde onderzoeksliteratuur ondersteunt veel van de inschattingen van de deskundigen. Het beschreven onderzoek toont aan dat vooral mensen met een *laag inkomen* en mensen met *chronische problematiek* minder zorg nemen als zij daar meer voor moeten betalen. Het bestudeerde onderzoek was vooral gericht op medische zorg (tandarts, somatische aandoeningen, medicatie) en niet op psychische behandeling. De processen bij de verschillende typen zorg kunnen verschillen zodat de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. De hypothese van de deskundigen dat de risico's het grootst zijn bij mensen met een laag inkomen en chronische problematiek lijkt echter te worden ondersteund.

Er is geen onderzoek gevonden dat zich op de vraag heeft gericht of wat de rol is van laag ziekte-inzicht en motivatie. Wellicht is de rol van ziekte-inzicht niet onderzocht bij de onderzoeken naar medische zorg omdat ziekte-inzicht een grotere rol speelt bij psychologische behandeling: wellicht gaan mensen eerder naar de huisarts met een lichamelijk probleem dan met een psychische probleem.

Ook is geen onderzoek gevonden naar de invloed van eigen betalingen op de zorgvraag van delinquenten. Wel schat de studie van het Nivel (2012) in dat verslaafde patiënten een groot risico lopen. Ook wijst al het overige bestudeerde onderzoek erop dat de 'gemiddelde mens' niet zo zeer zal leiden onder de invoering van een eigen bijdrage maar dat het vooral de kwetsbare mensen zijn. Mensen met lagere inkomens worden disproportioneel benadeeld en lopen risico op een slechtere gezondheid en verhoogd gebruik van duurdere zorg. Ex-delinquenten hebben bijvoorbeeld al een hoge kans op recidive en die kans zal toenemen wanneer ernstige psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek niet of onvoldoende behandeld wordt.

Op grond van internationaal onderzoek kan verwacht worden dat invoering van een eigen bijdrage op korte termijn zal leiden tot een afname van patiënten en daarmee een afname van kosten, maar daarna zal een toename ontstaan in andere en duurdere zorgkosten. De zorgkosten die in eerste instantie lager worden nemen elders dus weer toe, zodat het netto effect op de besparing van zorgkosten zeer klein zal zijn. Daarnaast kan ingeschat worden dat een klein deel van de mensen die risico's lopen strafbare feiten gaat plegen, wat niet alleen leidt tot hoge kosten maar ook tot meer slachtoffers.

6.4 Verwachte gevolgen van de eigen bijdrage

De belangrijkste hypothese in deze quickscan was: de eigen bijdrage zal leiden tot minder aanmeldingen van patiënten in de (vrijwillige) GGZ en een toenemende instroom in de gevangenissen en meer gedwongen opnames. Deze hypothese wordt ondersteund door Nederlandse deskundigen en internationale onderzoeksliteratuur, met daarbij de aanmerking dat de verhoogde instroom in het gevangeniswezen klein zal zijn, terwijl de impact voor de patiënten en voor slachtoffers groot zal zijn.

Een deel van de patiënten zal spontaan herstellen, ook als geen behandeling verkregen wordt. Anderen zoeken op langere termijn alsnog hulp, waarvan de kans groot is dat dit duurdere zorg zal zijn (crisisdienst, eerste hulp en ziekenhuizen). Hoewel maar een klein aantal patiënten met psychische problematiek uiteindelijk strafbare feiten zal gaan plegen lopen met name patiënten van de forensische poliklinieken risico. Het gaat dan niet om patiënten die gedwongen behandeld worden (zij hoeven geen eigen bijdrage te betalen), maar om patiënten die vrijwillig in behandeling zijn of zouden moeten gaan; en om patiënten die na een gedwongen behandeling overgaan op vrijwillige zorg. Bij deze mensen is de kans op herhaling van het gedrag sowieso al groot, vooral als zij geen behandeling voor psychische problematiek nemen. Hierdoor zal een deel van de mensen (opnieuw) in de gevangenissen en in gedwongen opnamen terecht komen.

De eigen bijdrage, die is ingesteld als bezuinigingsmaatregel en om patiënten meer bewust te maken van de kosten, zal dit doel wellicht bereiken bij een andere patiënten (hoewel ook daar kans bestaat op hogere kosten op de langere termijn), maar zal juist bij de groep vrijwillige forensische patiënten haar doel voorbij schieten. De veronderstelling die ten grondslag ligt aan de invoering van de eigen bijdrage is dat patiënten soms onnodig snel om behandeling vragen en zich in zo'n geval zullen bedenken als zij zelf moeten meebetalen. Doordat de eigen bijdrage alleen geldt voor behandeling van psychische klachten (ambulante tweedelijns GGZ) wordt tevens gesuggereerd dat mensen vaker om onnodige psychische behandeling vragen dan om behandeling van lichamelijke klachten. Deze veronderstellingen gaan volgens de deskundigen in het geheel niet op bij de groep vrijwillige forensische patiënten. Deze groep vraagt doorgaans juist *niet* om behandeling maar doet dat na drang vanuit de omgeving, en wil juist *geen* vrijwillige voortzetting van behandeling die eerder verplicht was, terwijl dat volgens hun omgeving en behandelaars juist wel nodig is. Bij deze groep is het al uiterst mogelijk om de behandeling tot stand te brengen, en zal de kans dat de patiënt wil meewerken alleen maar nog kleiner worden op het moment dat hij of zij moet meebetalen.

De groep daders van huiselijk geweld zal niet zozeer leiden tot een hogere instroom in gevangenissen omdat meestal geen gevangenisstraf gegeven wordt maar bijvoorbeeld een huisverbod en (vrijwillige) behandeling. Hoewel herhaling van het huiselijk geweld dus niet

direct zal leiden tot hogere instroom in het gevangeniswezen, zal het wel leiden tot meer werk voor politie, Openbaar Ministerie, reclassering en forensische poliklinieken. Het leidt dus tot herhaling van strafbare feiten, extra kosten, verschuiving van kosten naar justitie en extra slachtoffers, terwijl de kans op escalatie door behandeling verkleind kan worden.

6.5 Gevolgen voor de samenleving

Concluderend kan gesteld worden dat deze quickscan laat zien dat er gegronde angst is dat de invoering van een eigen bijdrage weliswaar op korte termijn leidt tot besparingen in de tweedelijns GGZ, maar op langere termijn als een boemerang zal terugkeren in grotere problemen en hogere kosten voor de samenleving.

Behandelaars geven aan dat de laatste jaren juist door allerlei organisaties samen is gewerkt om patiënten die grote risico's voor de maatschappij betekenen in zorg te krijgen, en dat deze inspanningen door de eigen bijdrage in korte tijd teniet gedaan worden. Wanneer deze groep kwetsbare mensen een eigen bijdrage moet betalen wordt verwacht dat zij nog minder bereid zullen zijn om zorg te aanvaarden, zodat de kans sterk vergroot wordt dat zij opnieuw bij politie en justitie komen. Dit zal niet alleen leiden tot uiteindelijk hogere kosten voor behandeling en werkdruk bij de justitie-organisaties, maar ook tot een groter aantal slachtoffers dat voorkomen had kunnen worden. Waar het gaat om ernstige delicten, zoals zedendelicten en huiselijk geweld waarbij vrouwen en kinderen het slachtoffer zijn, zullen leiden tot grote maatschappelijke onrust en tot een daling van het vertrouwen in de overheid. Hoewel nooit voor 100% voorkomen kan worden dat patiënten (opnieuw) een strafbaar feit plegen kan de kans daarop wel verkleind worden. Bij veel forensische patiënten is daarvoor langdurige (ambulante) begeleiding en zorg nodig. Terwijl veel inspanningen van zowel GGZ als justitiële organisaties zijn gericht op het bereiken van continuïteit van zorg voor de grote groep patiënten met ernstige psychische problematiek, brengt de eigen bijdrage deze continuïteit in zorg in gevaar, met alle geschetste risico's voor de patiënten en de samenleving.

Bestudeerde literatuur en documenten

- Austvoll-Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G. E., Ramsay, C., Oxman, A. D., Sturm, H., Kösters, J. P., Vernby, Å. (2008). Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Bailit, H., Newhouse, J., Brook, R., Duan, N., Collins, C., Hanley, J., Chisick, M., & Goidberg, G. (1986). Dental Insurance and Oral Health of Pre-School Children. *Journal of the American Dental Association*, 113, 773-776.
- Biles, D., & Mulligan, G. (1973). Mad or bad? The enduring dilemma. *Britisch Journal of Criminology*, 13, 275-279.
- Bouman, G., Riphagen, B., Jongebreur, W., & Veeke, R. (2012). *Het forensische zorgstelsel. Beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg*. Barneveld: Significant. Verkregen van: http://significant-production.assets.holder.nl/system/documents/attachment_properties/88/original/Achtergrondstudie___Het_forensische_zorgstelsel.pdf.
- GGZ Nederland (2011). Memo over consequenties eigen bijdrage op de vraag. 15 november 2011.
- Does, E. van der (2004). Eigen bijdrage van invloed op keuze en kosten van geneesmiddelen. *Medisch Farmaceutische Mededelingen*, 42, 185-186.
- Ecorys (2011). *Evaluatie naar het verplicht eigen risico*. Rotterdam, 25 mei 2011.
- Factsheet maatregelen curatieve zorg (2011). Verkregen van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2011/12/08/factsheet-maatregelen-curatieve-ggz.html>.
- Fishman, P. A., Ding, V., Hubbard, R., Ludman, E. J., Pabiniak, C., Stewart, C., Morales, L., & Simon, G. E. (2012), Impact of Deductibles on Initiation and Continuation of Psychotherapy for Treatment of Depression. *Health Services Research*, 47, 1561-1579.
- GGD Amsterdam (2012). "De brede blik als specialisme". Tussentijdse resultaten van de sociaal-psychiatrische screening Top 600. Amsterdam: GGZ, Epidemiologie, Documentatie & Gezondheidsbevordering.
- GGZ Nederland (2012). *Resultaten Quick Scan Bezuinigingsmaatregelen GGZ*. 30 maart 2012. Verkregen van: <http://www.panteia.nl/nl/Projecten-AZW/PESTLE/Politiek-en-beleid/~/media/GGZ%20Nederland%202012%20%20Resultaten%20quick%20scan%20bezuinigingmaatregelen%20GGZ.ashx>
- Goldman D. P., Joyce G. F., & Zheng, Y. (2007). Prescription Drug Cost Sharing: Associations with Medication and Medical Utilization and Spending and Health. *Journal of the American Medical Association*, 298, 61-69.

- Goldman, D.P., Joyce, G. F., Karaca-Mandic, P., Vogt, W. B., Sun, E., Jena, A. B., Escarce, J. J., Pace, J. E., Solomon, M. D., Landsman, P. B., Laouri, M., Teutsch, S. M., & Zheng, Y. (2009). Prescription Drug Cost Sharing: A Powerful Policy Lever to Use with Care. Santa Monica, CA: RAND Corporation. http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9474.
- Gunn, J. (2000). Future directions for treatment in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 176, 332-338.
- Hartvig, P., & Kjelsberg, E. (2009). Penrose's Law revisited: The relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 51-56.
- Karaca-Mandic, P, Jena, A. B., Joyce, G. F., Goldman, D. P. (2012). Out-of-Pocket Medication Costs and Use of Medications and Health Care Services Among Children With Asthma. *The Journal of the American Medical Association*, 307, 1284-1291.
- Koopmans, B., & Verhaak, P. (2012). *Verwacht zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ*. Utrecht: Nivel.
- KPMG Plexus (2012). *Monitor Effecten Eigen Bijdrage GGZ. Eerste tussenrapportage: 2009 - juli 2012*. Breukelen: KPMG Plexus.
- Lokkerbol, J., & Smit, F. (2011). *Eigen bijdrage in de ggz. Scenario's van effecten op zorguitgaven, zorggebruik en arbeidsproductiviteit. Strategische verkenning*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Maat, M. J. P. van der, & Jong, J. D. de (2010). *Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg*. Utrecht: Nivel.
- Manning, W., Bailit, H., Benjamin, B., & Newhouse, J. (1985). The demand for Dental Care: Evidence from a Randomized Trial in Health Insurance. *Journal of American Dental Association*, 110, 895-902.
- McLaughlin, C. G. (2004). Delays in treatment for mental disorders and health insurance coverage. *Health Services Research*, 39(2): 221-224.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2011). *Brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Per e-mail, 28 september 2011.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Marktscan Forensische zorg met strafrechtelijke titel. Weergave van de markt 2008-2012*. Juni 2012. Verkregen van: http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Forensische_zorg_met_strafrechtelijke_titel.pdf
- Neijmeijer, L, Rijkkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Stoornis en delict. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid.

- Palermo, G. B., Smith, M. B., & Liska, F. J. (1991). Jails versus mental hospitals: A social dilemma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35, 97-105.
- Penrose, L. S. (1939). Mental disease and crime: Outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical Psychology*, 18, 1-15.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Stoornis en delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten. Den Haag: RVZ.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Bregman, I.M., Essers, A.A.M. (2011). Recidivebericht 2002-2008. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van Nederlandse justitiabelen. Den Haag: WODC.

Bijlagen

Bijlage 1

Aanwezigen bij expertmeetings

Forensische zorg:

- [] Amsterdam: Jan Neeleman, Arkin Amsterdam, psychiater**¹⁶
Sifra Tigchelaar, Arkin Amsterdam, psycholoog/consulent reclassering**
Menno Stiksma, De Waag Amsterdam, vestigingsmanager*
René Zegerius, Arkin, ACT-team Amsterdam, bestuursadviseur**
- [] Den Haag: Monique de Beaufort, De Waag Den Haag, coördinator huiselijk geweld*
Martine Blok, Parnassia (Palier-FPA) Den Haag, GZ-psycholoog**
Siger Snieder, Parnassia (Palier) Den Haag, verslavingsarts/psycholoog**
Wim Pontier, De Waag Den Haag, vestigingsmanager***
- [] Utrecht: Laila Assa, De Waag Utrecht, vestigingsmanager*
Bram Vink, De Waag Utrecht, psychiater*
- [] Rotterdam: Ellie Leenaars, Kijvelanden/Het Dok Rotterdam, klinisch psycholoog*
Birgit Deneer, De Waag Rotterdam, vestigingsmanager ***
- [] Oost-Nederland: Agnes de Vries, Tactus Verslavingszorg, accountmanager*

Politie: Hans Slijpen, Politie Utrecht, Accountmanager gezondheidszorg Politie**

GGZ Nederland: Rianne Kasander, Beleidsadviseur forensische psychiatrie***
Monique Strijdonck, Beleidsadviseur financiering en arbeidszaken***

PPC's: Esther Beekmans, PPC Vught, GZ-psycholoog**
Ingrid Telkamp, PPC Amsterdam, SPV/Coördinator nazorg**

DJI: Anita Johannisse, projectleider PPC's**
Arie van den Hurk, onderzoekadviseur DJI**
Nienke Tenney, beleidsadviseur directie forensische zorg***

Crisisdienst: Ed van Leeuwen, Arkin, Spoedeisende psychiatrie, manager****
Jeroen Zoeteman, Arkin, Spoedeisende psychiatrie psychiater****

Bemoeizorg: Gerard Lohuis (voorzitter landelijk platform OGGZ)*****

¹⁶ * = was aanwezig bij de eerste expertmeeting (in juni 2012).

** = was aanwezig bij zowel de eerste als de tweede expertmeeting (in augustus 2012).

*** = was aanwezig bij de tweede expertmeeting.

**** = contact via individueel gesprek

***** = contact via telefoon en e-mail

WHICH
INTERVENTIONS
REALLY HAVE AN
IMPACT ON HUMAN
BEHAVIOUR?