

Aan: De Vaste Tweede Kamercommissie voor VWS
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum: 24 november 2017

Kenmerk: 17-113 md/mt/nvdw

Onderwerp: AO GGZ 27 november 2017

Contact: Mirjam Drost; E: mirjam.drost@wijzijnmind.nl; M 06 19973092

Geachte leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS,

Op 29 november debatteert u met staatssecretaris Blokhuis over de geestelijke gezondheidszorg (ggz). MIND vindt het verheugend dat er nu één coördinerend bewindspersoon is voor de ggz. Wij zien dit als een erkenning van de noodzaak voor een meer integrale benadering, met name voor de groep mensen met complexe en langdurende psychische problematiek. Cliënten worden nog steeds geconfronteerd met lange wachttijden, hulpverleners die onvoldoende samenwerken en loketten die gesloten blijven of alleen maar naar elkaar verwijzen. Hierdoor neemt het psychisch lijden toe, wordt de omgeving extra zwaar belast, ontstaan meer crisissituaties en stijgen uiteindelijk de zorgkosten. Wij constateren bovendien dat het grensvlak tussen zorg en beveiliging steeds meer vervaagt. Ook bij mensen zonder juridische titel raakt de zorgvraag soms op de achtergrond en richt de focus zich op het (vermeende) gevaar voor de samenleving. Een aantal incidenten die inderdaad zeer ernstig waren hebben deze ontwikkeling versterkt. Het risico is groot dat mensen door de eenzijdige focus op veiligheid niet de zorg krijgen die nodig is.

In deze brief willen wij op hoofdlijnen een aantal voorstellen doen om de negatieve spiraal in de langdurende ggz te doorbreken.

Samenwerking

Het schakelteam personen met verward gedrag is niet optimistisch over de vorderingen van de afgelopen twee jaar en beoordeelt de problematiek terecht als 'onverminderd urgent'. Het systeem en de deelbelangen van partijen die daarin opereren zijn nog steeds leidend. Hierdoor is de zorg voor mensen met complexe problematiek nog steeds versnipperd. Keer op keer wordt geconstateerd dat de opbouw van ambulante ggz stagneert; tegelijk is er een forse onderbesteding in het Zvw-budget voor de ggz (in 2016 288 miljoen euro). Er zijn grote problemen bij op- en afschalen van curatieve zorg en bij de verbindingen tussen behandeling, begeleiding en ondersteuning vanuit het sociale domein. Ook de aansluiting met voorzieningen voor wonen, werk en participatie laat veel te wensen over.

MIND pleit voor:

- Versnelde invoering van de lokale en regionale doorzettingsmacht, zoals is vermeld in het Regeerakkoord. Een doorzettingsmacht is een onafhankelijke persoon of instantie. Hij of zij helpt de

cliënt met een complexe zorgvraag wanneer deze vastloopt in het systeem en te lang moet wachten op passende zorg en ondersteuning.

- Eén meerjarig programma voor opbouw van ambulante zorg en het realiseren van de voorwaarden van de commissie Dannenberg voor beschermd wonen. Hierbij kan worden voortgebouwd op de werkwijze van het schakelteam: een landelijk richtinggevend kader dat regionaal vertaald wordt in concrete prestatiedoelen die weer landelijk gemonitord worden.
- Spoedige besluitvorming en wetswijziging voor toegang ggz cliënten tot de Wlz.
- Integrale en persoonsvolgende bekostiging van de zorg en ondersteuning voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Analoog aan het experiment en ervaringen met het integraal-PGB zou op korte termijn in een aantal gemeenten gestart moeten worden met pilots voor integrale persoonsvolgende bekostiging in de brede ggz. Bij gebleken succes zou deze integrale benadering op termijn de huidige versnipperde bekostiging kunnen vervangen.

Preventie en vroegtijdige hulp

Er gaat nog steeds veel aandacht uit naar het oplossen van problemen in de acute ggz. De implementatie van de generieke module acute ggz is daarin van groot belang. MIND betreurt echter dat er verhoudingsgewijs weinig aandacht is voor het voorkómen van acute problematiek. Kenmerkend is dat het aantal dwangopnames in de ggz jaar in jaar uit toeneemt, terwijl een vrijwillige opname voor veel cliënten onbereikbaar is. Op individueel niveau zien wij nog steeds dat situaties escaleren, omdat in een eerder stadium signalen genegeerd zijn of hulpvragen onbeantwoord bleven. Ook het ontbreken van een sociaal netwerk en een zingevend perspectief in het leven van alledag draagt vaak bij aan verergering van psychische problematiek.

MIND pleit voor:

- Meer voorzieningen die (een escalatie van) crisissituaties kunnen helpen voorkómen. We denken daarbij aan time-outvoorzieningen en meer inzet van intensieve zorg in de thuissituatie (bijvoorbeeld teams voor intensive home treatment)
- Een 24/7-meldpunt voor meldingen van personen met verward gedrag die niet acuut zijn en bereikbaar is voor burgers. Een persoon die acuut verward gedrag vertoont, heeft vaak tijdens de voorfase al signalen van verward gedrag afgegeven.
- Laagdrempelige voorzieningen in elke regio voor ontmoeting, herstel en participatie met inzet van ervaringsdeskundigheid

Wachttijden

MIND heeft vooral in het afgelopen jaar veel aandacht gevraagd voor de lange wachttijden in de ggz. We zijn blij met de afspraken die het veld afgelopen zomer met minister Schippers heeft gemaakt om die wachttijden aan te pakken. En we zijn ook blij met de ambities die uit het regeerakkoord en de woorden van de huidige Staatssecretaris spreken. MIND werkt momenteel hard samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, ook gesteund door beroepsgroepen, aan een programma om de wachttijden terug te dringen. MIND waarschuwt echter om niet alleen te gaan voor het snelle succes.

De lange wachttijden zijn een symptoom van een systeem dat op veel punten is vastgelopen. Het probleem kan niet duurzaam worden opgelost zonder maatregelen op het gebied van samenwerking, preventie en vroegtijdige hulp zoals we die hierboven geschetst hebben.

Treeknormen zijn maar cijfers. Ze vormen weliswaar een belangrijke graadmeter, maar zijn niet heiligmakend. Volgens de normen mogen nu maximaal 14 weken zitten tussen eerste aanmelding en start van de behandeling. In sommige gevallen is dat veel te lang, omdat in de tussentijd de problematiek verergert, het gezin ontwricht raakt of iemand zijn werk niet meer kan doen. Uiteindelijk gaat het om individueel maatwerk: wat houdt voor deze persoon passende en tijdige zorg in? En hoe zorgen we dat die persoon niet aan zijn lot wordt overgelaten als die zorg nog even op zich laat wachten?

Afsluitend

Momenteel is de wet verplichte GGz (Wvggz) is behandeling bij de Eerste Kamer. In deze wet wordt het mogelijk om ook ambulante (gedwongen) behandeling te geven. MIND pleit voor een snelle invoering van de Wvggz, maar wel onder de voorwaarde dat deze wet goed gemonitord wordt. We zien namelijk een stijging in de cijfers van gedwongen zorg. Ervaringen van cliënten en familie zijn daarom nodig om te evalueren hoe de wet in de praktijk uitpakt. Ook cijfers rondom dwangzorg per jaar, in regio's en instellingen moeten onderdeel van deze monitor worden. De slechte toegang en beschikbaarheid van vrijwillige zorg mag niet leiden tot meer gedwongen zorg. Uiteindelijk zullen de cijfers van dwangmaatregelen daarom in samenhang moeten worden gezien met de cijfers rondom beschikbare vrijwillige zorg (zoals wachttijden en ambulante opbouw), zodat we inzicht krijgen in de kwaliteit van de ggz zorg.

Met vriendelijk groet,



Marjan ter Avest,

Directeur MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid