



Aan: de Kamercommissie voor VWS
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG
E cie.vws@tweedekamer.nl

Datum: 21 januari 2020
Kenmerk: 20-008
Onderwerp: AO GGZ d.d. 29 januari 2020
Contact: Menno Tusschenbroek E menno.tusschenbroek@wijzijnmind.nl

Geachte leden van de commissie voor VWS,

Uw commissie heeft voor de vergadering van 29 januari aanstaande een groot aantal onderwerpen geagendeerd. Deze onderwerpen raken tienduizenden mensen die op een of andere manier een (acuut) probleem hebben met hun psychische gezondheid en ook hun naasten. Namens deze mensen, onder meer verenigd in MIND vragen wij uw aandacht voor met de urgente problemen met wachttijden, ambulantisering en een aantal onderwerpen rond mensen met verward gedrag.

Vooraf: belofte maakt schuld

In diverse verkiezingsprogramma's lezen wij als kiezers dat de gezondheidszorg in Nederland een van de beste ter wereld is. Dat mag zo zijn, maar voor heel veel mensen met een psychisch probleem is die zorg slecht of soms helemaal niet bereikbaar. Of te laat, met als gevolg dat er zelfs mensen overgaan tot zelfdoding. Zoals u heeft kunnen lezen in recent verschenen onderzoek naar zelfdoding onder jongeren is 'de wachtlijst' daar ook een factor van belang. In dezelfde verkiezingsprogramma's is ons als burgers beloofd dat 'de mens centraal moet staan' en zijn / haar vraag leidend is bij de organisatie van het aanbod. Niet het stelsel en het systeem moeten dicteren, maar de behoefte van de patiënt en cliënt. Eens, maar dat lukt ons in Nederland nog niet.

Iedere dag melden zich bij ons mensen die vastlopen in het systeem, die van kast naar de muur worden gestuurd en vervolgens tussen wal en schip vallen. Het maakt hen niet uit welke partij of wie daar wat aan gaat doen, als er maar wat gebeurt.

Wij roepen u allen op om samen met de staatssecretaris de problemen grondig aan te pakken en uw beloftes in te lossen of daaraan mee te werken. Goedbedoelde intenties, vergadertafels en het maken van plannen zijn niet genoeg gebleken. Er moeten partijen worden aangewezen in de regio die verantwoordelijkheid dragen voor de probleemoplossing. Er moeten regionale resultaatsafspraken komen. Patiënten en naasten hebben recht op een doorzettingsmacht die naast hen, dwars door alle systemen heen, de zorg regelt die nodig is.

Laat iedereen zijn verantwoordelijkheid pakken: in Den Haag en in de regio!

1. Wachttijden: nog even lang en urgent

“Ik heb autisme en PTSS. Ik word van het kastje naar de muur gestuurd en heb te maken met wachtlijsten. Instelling A en B verwijzen naar elkaar. De vraag is steeds wat moet eerst: behandeling autisme of PTSS? Intussen worden termijnen overschreden: 11 maanden voor een intake en dan weer 18 maanden wachten.”

Meldingen over lange wachttijden en over uitsluiting van noodzakelijke zorg blijven met grote regelmaat bij MIND binnenkomen. **Tweeënhalf jaar na de start van de landelijke aanpak wachttijden zijn de wachttijden nog even lang en is de urgentie onverminderd hoog.** Het leven van een groot aantal mensen raakt ontwricht omdat ze niet tijdig de juiste hulp krijgen. Hun psychische problemen verergeren en dat heeft zijn weerslag op hun werk, hun gezin, hun toekomstperspectief.

Een positief aspect van de aanpak wachttijden is dat de transparantie toeneemt. We kunnen per regio en per instelling zien wat de wachttijden zijn en sinds kort weten we dankzij de landelijke stuurgroep ook welke regio's het goed en slecht doen in de samenwerking om wachttijden terug te dringen. Daarnaast benoemt de NZa nu met naam en toenaam welke zorgverzekeraars nog tekortschieten in de aanpak van wachttijden. Dit alles kan leiden tot gerichte acties vanuit de IGJ, de NZa en de staatssecretaris.

MIND waardeert dat het ministerie van VWS ook op andere terreinen de druk opvoert. In een gezamenlijke brief van de bewindslieden over wachttijden wordt een duidelijke norm gesteld: zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten hun onderhandelingen over bijcontractering en patiëntenstops niet meer over hoofden van cliënten heen in de media uitvechten. Het is dezelfde boodschap die MIND de afgelopen maanden tot twee keer toe heeft moeten uitdragen, waarbij we achter de schermen hebben meegewerkt aan het doorbreken van de impasse tussen aanbieders en zorgverzekeraars, in het belang van de patiënten die dringend zorg nodig hebben.

De verschillen in wachttijden tussen regio's zijn groot. De vraag is nu hoe we een doorbraak kunnen forceren in regio's die achterlopen. Contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn een instrument, maar dat instrument heeft zijn beperkingen. De precieze afspraken tussen verzekeraar en aanbieder zijn voor de cliënt ondoorzichtig. Brancheorganisaties wijzen op de contractering als instrument. MIND acht dit instrument onvoldoende. Gaandeweg het jaar kunnen wachttijden bij één instelling sterk uiteenlopen per verzekeraar, zonder dat de cliënt dit had kunnen voorzien. Huisartsen en gemeenten als cliëntorganisaties hebben geen zicht op het contracteringsproces, terwijl de aanpak van wachttijden juist om een integrale aanpak vraagt. Ten slotte maken zorgaanbieders en verzekeraars vaak afspraken over plannen om wachttijden terug te dringen, maar verbinden ze daar geen concrete resultaten aan.

ACTIE - Focus op resultaat per regio en zorg o.a. voor regionale doorzettingsmacht

MIND wil niet alleen plannen, maar ook resultaatafspraken per regio om de grootste knelpunten op te lossen:

- Het terugdringen van aanmeldwachttijden binnen de Treeknorm en het verhogen van kwaliteit van de toegang. Een goed voorbeeld is de herstelondersteunende intake in Noord-Holland Noord. Daar worden mensen die zich aanmelden voor de ggz op tijd gezien; door de brede intake met inzet van ervaringsdeskundigen wordt bovendien direct duidelijk of iemand misschien (ook) hulp op een ander terrein nodig heeft. Landelijk gezien ligt de gemiddelde wachttijd tot de eerste intake ver boven de norm van vier

weken. De problematiek is dan vaak al verergerd en men blijft het gehele zorgtraject achter de feiten aanlopen.

- Het terugdringen van lange wachttijden voor specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld pervasieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en gedrags- en aandachtstoornissen. Dit vraagt onder meer een gerichte inzet van middelen door zorgverzekeraars en van capaciteit door zorgaanbieders. Het principe van gemiddelde-prijs-per-cliënt gaat in de praktijk ten koste van cliëntgroepen met een zware of langdurige zorgvraag.
- Het bevorderen van een tijdige en verantwoorde uitstroom uit de (specialistische) ggz en de bijbehorende nazorg. Hiervoor is een goede samenwerking nodig van ggz met huisartsen en het sociaal domein. Ondersteuning bij herstel en zelfregie moet breder beschikbaar komen en beter benut worden. In het hoofdlijnenakkoord ggz zijn afspraken gemaakt over versterking van herstelacademies en zelfregiecentra. In hetzelfde akkoord staan ook afspraken over een 'terugkeergarantie' bij het afschalen van zorg voor de EPA-doelgroep. Deze afspraken worden nog niet systematisch nagekomen.
- Het oplossen van acute en complexe casuïstiek. Lange wachttijden zijn niet uniek voor de ggz. Wel uniek is dat in de ggz juist mensen met zware, complexe problemen er het meeste last van hebben. Zij krijgen dikwijls te maken met gebrek aan samenwerking in de ggz, exclusiecriteria, risicomijding. Het is voor hen heel moeilijk om op vrijwillige basis de hulp te krijgen die nodig is. Dit leidt tot een toename van escalaties, crisissituaties en dwangmaatregelen. In elke regio zijn afspraken nodig om complexe casuïstiek op te lossen volgens het principe 'leaving no one behind'. Het sluitstuk van die afspraken is wat MIND betreft een regionale doorzettingsmacht die over domeinen heen een beslissing kan forceren in het belang van de cliënt-burger.

Wij vragen u in het overleg met de staatssecretaris aandacht te besteden aan de volgende vragen:

- *Welke maatregelen wil de staatssecretaris nemen om een eind te maken aan de systematische overschrijding van de aanmeldwachttijden in de ggz?*
- *Welke maatregelen neemt de staatssecretaris om de aanpak van wachttijden in een breder kader te plaatsen van juiste zorg op de juiste plek en om de druk op de specialistische ggz te verminderen door de rol van gemeenten en zelfinitiatieven te versterken?*
- *Is de staatssecretaris het eens met de constatering dat er veel meer inspanning nodig is om te waarborgen dat mensen met complexe zorgvragen niet buiten zorg en ondersteuning vallen? En zo ja, wat gaat hij doen en op welke termijn garandeert hij patiënten en naasten dat mensen de zorg krijgen waar ze recht op hebben?*
- *Hoe wil hij de benodigde samenwerking, regie en doorzettingsmacht daarvoor organiseren?*

2. Ambulantisering

In december verscheen de monitorrapportage ambulantisering van het Trimbos-instituut. **Deze rapportage geeft een dramatisch beeld: er is geen substantiële progressie geboekt in het proces van ambulantisering; de maatschappelijke positie van mensen met ernstige psychische aandoeningen is onverminderd slecht.** Het gebrek aan integrale financiering is een blijvend struikelblok. En waar sprake is van een algemene groei van ggz-uitgaven zien we dat mensen met psychotische en/of ernstige psychische aandoeningen – een belangrijke patiëntengroep in de ambulantisering – relatief minder klinische én ambulante zorg krijgt.

De kamerbrief die staatssecretaris Blokhuis met de monitorrapportage heeft meegestuurd is oppervlakkig en selectief. De brief gaat voorbij aan de belangrijkste conclusies van het rapport en aan de principiële vraag wat ambulantisering cliënten en hun naasten nu heeft opgeleverd. Dit staat in schril contrast met de aandacht die uitgaat naar onderwerpen als verward gedrag en gedwongen zorg. MIND is ervan overtuigd dat het nodig is om de basis van wonen, meedoen, goede zorg en ondersteuning voor mensen met ernstig psychische aandoeningen op orde te brengen. Zolang dat niet gebeurt en we de doelgroep blijven benaderen vanuit het perspectief van overlast en veiligheid zal het beleid reactief en incident-gedreven zijn.

ACTIE - Benader deze mensen niet langer vanuit het perspectief van overlast en veiligheid. Neem echte maatregelen: ga over tot een integrale aanpak en financiering en investeer echt in preventie.

MIND staat in algemene zin staan achter de doelstelling van ambulantisering, maar er zijn ingrijpende maatregelen nodig om het proces in goede banen te lijden. Allereerst is een integrale aanpak en financiering nodig van de zorg en ondersteuning voor de EPA-doelgroep. De monitor ambulantisering wijst al jaren achtereen in die richting. De Onderzoeksraad voor de Veiligheid heeft dit geadviseerd. Er ligt genoeg bewijslast dat een bijstelling van het stelsel noodzakelijk is.

Daarnaast is een forse investering in preventie nodig, zodat mensen met EPA-problematiek meer bestaanszekerheid en levensperspectief krijgen. Dit betekent ook investeren in mogelijkheden voor zelfregie, herstel en participatie en in ondersteuning van naastbetrokkenen. Zorg voor: zingeving, dagbesteding, vrijwilligerswerk, sociaal netwerk.

Te lang is eenzijdig naar de (curatieve) ggz gekeken alsof daar de enige sleutel voor een oplossing zou liggen. We constateren echter dat er een grote druk ligt op de middelen van het sociaal domein. De middelen schieten tekort voor het bieden van een maatschappelijk steunsysteem voor mensen die psychisch en sociaal kwetsbaar zijn.

Daarnaast constateren we een terughoudendheid bij gemeenten om te investeren in preventie, zolang de baten daarvan voor een groot deel in het zorgdomein terecht komen. Belangrijke initiatieven zoals bijvoorbeeld respijthuizen dreigen daardoor weer om te vallen, zodra tijdelijke subsidies vanuit ZonMW stoppen. Wij zien de investering in preventie ook als een noodzakelijke basis van de aanpak dakloosheid die de staatssecretaris heeft aangekondigd en waarvoor gemeenten nu plannen schrijven.

Ten slotte is een investering nodig in onafhankelijke cliëntondersteuning voor de EPA-doelgroep. Die cliëntondersteuning is vooral nodig bij transitiemomenten zoals de overgang van kliniek naar thuis, van behandeling naar levensbrede ondersteuning, van Wmo of Zvw naar Wlz. Het belang van onafhankelijke cliëntondersteuning ggz is al in vele contexten benadrukt, maar tot nu toe krijgt de doelgroep geen prioriteit bij de inzet van de 55 miljoen extra middelen voor cliëntondersteuning.

Wij vragen u in het overleg met de staatssecretaris aandacht te besteden aan de volgende vragen:

- *Wil de staatssecretaris in het kader van de contourennota in gesprek met ggz-partijen over een eenvoudigere en meer integrale vorm van financiering?*
- *Is het kabinet bereid om een forse investering te doen in levensbrede ondersteuning en preventie ten behoeve van de EPA-doelgroep? En op welke manier wil het kabinet borgen dat extra middelen ook daadwerkelijk aan de doelgroep ten goede komen?*
- *Is de staatssecretaris bereid om met zijn collega minister De Jonge de EPA-doelgroep toe te voegen aan de doelgroepen die extra aandacht krijgen in het kader van het programma cliëntondersteuning?*

3. Vervoer van mensen met verward gedrag

Voor mensen met verward gedrag die in crisis geraken, maar ook voor hun naasten, is een confrontatie met de politie soms zeer ingrijpend, niet passend en onnodig stigmatiserend. Vervoer met een politieauto naar of van een ggz-instelling draagt meestal niet bij aan herstel. Ambulancevervoer is vooral ingericht voor somatisch zieke patiënten en sluit ook niet volledig aan bij de situatie van een angstige of verwarde patiënt. MIND vindt het belangrijk dat er snel passend vervoer komt. We staan dan ook positief tegenover de verkenning of vervoer met psychiatrische hulpverlening na de psychiatrische beoordeling vrijgegeven kan worden voor andere aanbieders. Cliënten vinden achteraf vaak dat vervoer met een ambulance niet noodzakelijk was en dat het vervoer net zo goed met een gewone auto had gekund.

In het advies van de NZa staat dat zij de zorgverzekeraars en RAV's volgen in hun toezegging dat zij passend vervoer gaan aanbieden aan de betreffende cliënten. De NZa constateert echter ook dat tot op heden de passendheid van het vervoer, althans buiten de kaders van een aantal regio-experimenten, te wensen over laat. MIND wil, net als dat NZa, dat er nu echt passende oplossingen tot stand komen. We maken ons zorgen over de snelheid van het proces. We merken dat er in het veld veel discussie en weinig consensus is gezien de diverse belangen die er spelen. Dit komt bijvoorbeeld terug in het advies van de NZa over bekostiging van passend vervoer met psychiatrische hulpverlening. We snappen de belangen die gemoeid zijn met het vrijgeven van de markt, maar vinden ook dat de tijd van polderen voorbij is.

ACTIE – Neem de regie

We roepen de staatssecretaris op regie te nemen over het proces en geen vertraging meer te accepteren. Als het veld er niet op korte termijn met elkaar uitkomt zal de staatssecretaris een beslissing moeten forceren.

Wij vragen u in het overleg met de staatssecretaris aandacht te besteden aan de volgende vraag:

- *Wil de staatssecretaris het voortouw nemen in het versnellen en afronden van dit proces?*

4. Wet verplichte ggz

De Wet verplichte ggz (Wvggz) is per 1 januari 2020 in werking getreden. Afgelopen jaren heeft MIND zich ervoor ingezet dat de wet zo goed mogelijk geïmplementeerd wordt. MIND dringt aan op uiterste zorgvuldigheid bij de toepassing van verplichte zorg: deze mag alléén worden gegeven als er géén andere mogelijkheden meer zijn. De Wvggz beoogt onder meer om de zorgvuldigheid van de besluitvorming rondom dwang in de ggz te verbeteren en dwang zoveel mogelijk te voorkomen. Wij verwachten daarom enorm veel inzet van zorgaanbieders om de alternatieven die er voor dwang bestaan toe te passen en dwang te voorkomen. Zoals bijvoorbeeld gastvrije zorg, bemoeizorg en respijtzorg. Ook van de overheid verwachten wij veel van haar belofte dat de nieuwe wet meer gericht is op het voorkómen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang. Structurele investeringen in preventie en aanbod van vrijwillige zorg zijn dan ook beslist noodzakelijk om verplichte zorg te voorkomen.

ACTIE – Goed volgen van de uitvoering van de wet en houd hierbij de doelen scherp in het oog

De staatssecretaris schrijft in zijn stand van zaken brief wat betreft de Wvggz dat het van belang is dat de uitvoering van de Wvggz wordt gemonitord en eventuele uitvoeringsproblemen worden aangepakt. Hij heeft toegezegd niet te wachten met reparatiewetgeving tot de wetsevaluatie, als die na 1 januari 2020 nodig blijkt te zijn. MIND heeft hier begrip voor maar wil tegelijkertijd oproepen om niet de doelen van de wet uit het zicht te verliezen bij de reparatiewetgeving.

MIND vindt het bovendien belangrijk een goed beeld te krijgen van hoe de wet gaat landen in de praktijk. We willen rechtstreeks horen van cliënten en hun naasten wat hun ervaringen zijn met de wet via een op te richten meldpunt ervaringenmonitor Wet verplichte ggz. Hier kunnen de mensen die te maken hebben gehad met Wvggz hun ervaringen (positief of negatief) delen. Wij zullen deze uitkomsten t.z.t. met u delen. In de Tweede Kamer is bovendien ook afgesproken dat de ervaringen van cliënten en hun naasten deel zijn van de evaluatie van de wet: gewijzigde motie lid Pia Dijkstra (2 februari 2017 / 32399-72).

Wij vragen u in het overleg met de staatssecretaris aandacht te besteden aan de volgende vraag:

- *Wilt u de staatssecretaris vragen tijdens reparatiewetgeving de beoogde doelen van de wet niet uit het zicht te verliezen? MIND kijkt hier graag in mee.*
- *Wilt u bovendien de staatssecretaris attent maken op de motie van mevrouw Dijkstra (D66) over het monitoren van de ervaringen van de client en zijn naasten.*

5. Preventieakkoord Psychische Gezondheid

MIND heeft al eerder gepleit voor de noodzaak van een breed, nationaal preventieakkoord voor de psychische gezondheid. Vergelijkbaar met het Nationaal Preventieakkoord voor onder andere roken en overgewicht.

Psychische aandoeningen, zoals angst en depressie, hebben een groot effect op mens en samenleving. Alleen als we vol inzetten op preventie, begeleiding en herstel - dicht bij mensen thuis - kan de ggz uit de crisis geraken. Een crisis die niet alleen financieel, maar vooral menselijk is. Wat je iedereen met een psychische kwetsbaarheid toewent is dat opname of behandeling een incident is - en blijft - in zijn of haar leven. Immers, ondanks de lange wachtlijsten en de wanhoop die dat tot gevolg heeft, zal iedere wachtende liever géén behandeling nodig hebben. Dit en erger voorkomen heeft daarom de hoogste prioriteit. Het RIVM berekende dat als de groei van patiënten in dit tempo doorgaat, één op de vier mensen een opgeleide zorgwerknemer moet zijn.

Het kabinet kan veel meer inzetten op het voorkomen van psychische aandoeningen en het bevorderen van de geestelijke gezondheid. Op dit moment wordt alleen ingezet op de preventie van depressie en suïcide, dit is te smal als we echt het verschil willen maken.

- *Wilt u de staatssecretaris vragen om een nationaal Preventieakkoord Psychische Gezondheid op te richten en daar geld voor te alloceren?*

Wij wensen u een vruchtbaar overleg en verzoeken u onze vragen in te brengen.

Met vriendelijke groet,



Drs. M.J. ter Avest
Directeur MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid