

Aan: Tweede Kamer, Commissie VWS

Datum: 3 juni 2020

Kenmerk: 20-039

Onderwerp: Maatschappelijke opvang en suïcidepreventie

Contact: Mirjam Drost, mirjam.drost@wijzijnmind.nl; 06 - 199 73 092

Geachte Kamerleden,

Met deze brief ontvangt u onze inbreng voor het AO GGZ op 8 juni a.s. van de Vaste Kamercommissie VWS. Naast GGZ staat ook maatschappelijke opvang en suïcidepreventie op de agenda.

De afgelopen maanden is ook in de ggz veel aandacht uitgegaan naar het gevaar van het coronavirus en de coronamaatregelen die getroffen zijn. We hopen dat ervaringen die in deze crisis worden opgedaan benut worden om structurele tekortkomingen in de ggz op te lossen. In deze brief zullen we ingaan op een aantal van die structurele tekortkomingen.

Wachlijsten en zorgvraag

Tijdens de coronacrisis heeft MIND vele signalen ontvangen dat het probleem van de wachlijsten zichzelf geheel of gedeeltelijk oploste. Omdat de toestroom van nieuwe cliënten de eerste twee maanden voor een belangrijk deel stil viel, hebben zorgaanbieders geïnvesteerd in het wekwerken van de wachlijsten. Harde cijfers hierover zijn echter nog niet beschikbaar. De vraag is ook hoe duurzaam het effect zal zijn, want er zijn ook verwachtingen dat er een stuwmeer aan zorgvragen is ontstaan en dat het beroep op de ggz straks juist veel groter zal zijn dan voorheen. Veel mensen hebben tijdelijk afgezien van ggz-zorg, omdat zij bang waren voor besmetting of omdat de zorg alleen geboden kon worden op afstand (bijvoorbeeld beeldbellen) en dat voor hen niet passend is. Uit het ggz-panel van MIND blijkt dat 65% van de cliënten een toename van psychische klachten ervaart. Daarnaast is het zeer aannemelijk dat de coronacrisis leidt tot een nieuwe groep burgers met psychische problematiek.

MIND heeft behoefte aan duidelijke cijfers en een grondige analyse: zijn de wachttijden inderdaad sterk teruggelopen? Geldt dat voor alle regio's? Geldt dat ook voor cliëntgroepen waar het probleem van de wachttijden het grootst is, bijvoorbeeld autisme, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen.

Nog belangrijker is dat we naast een beeld van de wachttijden een beeld van de (latente) zorgvraag krijgen. De coronacrisis zal waarschijnlijk juist leiden tot extra zorgvragen. Door een goede triage moet bepaald worden welke zorgvragen bij de specialistische ggz thuis horen en welke elders (bijvoorbeeld basis-ggz of sociaal domein) beantwoord kunnen worden. Wanneer de druk op de specialistische ggz toeneemt, zal ook extra capaciteit beschikbaar gesteld moeten worden.

Ten tweede vindt MIND het belangrijk dat de winst die tijdens de coronacrisis waarschijnlijk geboekt is niet verloren gaat. Als de ggz qua wachttijden met een schone lei kan beginnen, is dit het moment voor zorgaanbieders om hun bedrijfsvoering aan te passen en structurele knelpunten definitief op te lossen. Een voorbeeld van zo'n knelpunt is de lange aanmeldwachttijd. Wanneer in elke regio ervoor gezorgd wordt dat alle nieuwe cliënten een snelle en kwalitatief goede intake krijgen, plukken cliënten en hulpverleners daar in het hele verdere zorgtraject de vruchten van. Een ander knelpunt is het feit dat juist cliënten met zware problematiek doorgaans het langst moeten wachten. Als het in coronatijd mogelijk was hen wel te helpen, moet dat in de toekomst ook kunnen. Een laatste leerpunt is dat in coronatijd is gebleken dat zorgaanbieders actiever kunnen zijn in het contact leggen en houden met mensen op de wachtlijst en hun verwijzers.

Ten slotte vindt MIND dat zorgvuldig moet worden omgegaan met de zorginhoudelijke ervaringen die tijdens de coronatijd zijn opgedaan. Zorgaanbieders zijn massaal overgestapt op andere behandelvormen zoals beeldbellen. Uit resultaten van onderzoek onder het ggz-panel van MIND en het panel Psychisch Gezien van het Trimbos-instituut blijkt dat het merendeel van de cliënten daar niet gelukkig mee was, zeker wanneer hier geen overleg over had plaatsgevonden. Over de effecten van deze nieuwe behandelvormen is ook nog weinig bekend. MIND vreest dat sommige zorgverzekeraars nieuwe behandelvormen als beeldbellen nu te snel en te rigouros willen doorvoeren. MIND is geen tegenstander van digitale vormen van zorg, maar principes als maatwerk en overleg met de cliënt (shared decision making) moeten leidend blijven. Anders gaan kosten zwaarder wegen dan kwaliteit van zorg.

Kan de staatssecretaris op korte termijn een analyse geven van de ontwikkeling van wachttijden in het eerste half jaar van 2020 in relatie tot de ontwikkeling van de zorgvraag.

Welke lessen wil de staatssecretaris trekken uit de ontwikkeling van wachttijden tijdens de coronacrisis? Hoe wil hij de structurele problemen rond aanmeldwachttijden en specifieke cliëntgroepen aanpakken?

Is de staatssecretaris bereid om extra capaciteit vrij te maken als blijkt dat de zorgvraag (opnieuw) substantieel toeneemt?

Hoe staat de secretaris tegenover plannen van zorgverzekeraars om in de contractering voor 2021 massaal aan te sturen op vervanging van face-to-face behandelingen door behandelingen via beeldbellen en dergelijke?

Hoogcomplexere zorg

MIND heeft vanaf het begin duidelijk gemaakt teleurgesteld te zijn over het plan van aanpak hoogcomplexere zorg dat door ZN en GGZ Nederland op verzoek van de staatssecretaris ontwikkeld is. Het plan richt zich op een zeer beperkte groep van 250-300 cliënten, terwijl het aantal mensen met complexe zorgvragen dat vastloopt in het systeem aanmerkelijk hoger ligt. Een tweede punt van kritiek is dat de VNG niet bij de ontwikkeling van dit plan betrokken is. De focus ligt daarom eenzijdig op medisch-specialistische problematiek, terwijl psychosociale problematiek onderbelicht blijft. Het is een gemiste kans dat de VNG niet vanaf het eerste moment gevraagd is mee te denken. De staatssecretaris heeft aangegeven dat de VNG nu met een eigen plan komt dat zal moeten aansluiten op het plan van GGZ Nederland en ZN. Ten slotte biedt

het plan een mogelijkheid aan zorgaanbieders om complexe casuïstiek te melden als zij vastlopen, maar cliënten en naasten hebben die mogelijkheid nog steeds niet.

MIND ziet een patroon in hoe de overheid en de ggz-sector complexe problemen aanpakken. Eerst wordt het probleem heel klein gemaakt, zodat een zeer beperkte doelgroep overblijft. De keuze voor het nieuwe begrip 'hoogcomplex' is daar een voorbeeld van. Vervolgens wordt aan veldpartijen gevraagd met een oplossing te komen, maar worden ze het over de uitvoering in de praktijk niet eens. Zo is het ook gegaan met de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde zorg. Daarvoor zijn vier pilots gestart met integrale zorg en begeleiding voor mensen die een gevaar voor hun omgeving. Het gaat om een paar honderd mensen, maar zelfs deze pilots dreigen stuk te lopen omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars het niet eens kunnen worden over de voorwaarden.

Doorzettingsmacht borgen – afspraak regeerakkoord

Aan de vrijblijvendheid waarmee regio's nu gevraagd worden om samen te werken rond complexe casuïstiek moet een eind komen, evenals aan lange wachtlijsten en het gebrek aan tijdige passende integrale zorg en hulp. In het regeerakkoord is de doorzettingsmacht al genoemd om tijdig passende en integrale zorg af te dwingen.

Dit betekent dat mensen met complexe zorgvragen die eindeloos van het kastje naar de muur worden gestuurd, terecht kunnen bij een persoon met doorzettingsmacht. Deze persoon zorgt er voor dat (in overleg met de cliënt) op hele korte termijn passende integrale zorg en hulp beschikbaar is. De doorzettingsmacht is in alle regio's belegd bij een persoon die telefonisch goed bereikbaar is voor cliënten die wanhopig zijn in het vinden van passende zorg en hulp.

Tijdens het AO GGZ van 29 januari jl. heeft staatssecretaris Blokhuis toegezegd dat de doorzettingsmacht uiterlijk voor het zomerreces in alle regio's zal zijn geïmplementeerd. Tevens zegde de staatssecretaris toe dit wettelijk proberen te regelen. Dit onderwerp is tijdens alle AO's GGZ de afgelopen jaren aan de orde geweest. Het geeft aan dat het een zeer belangrijk punt is voor MIND, omdat we dagelijks geconfronteerd worden met patiënten die van het kastje naar de muur worden gestuurd of te maken krijgen met exclusiecriteria van hulpinstellingen. zonder dat een alternatief wordt geboden. Dit leidt regelmatig tot ernstige crisissituaties en zelfs suïcidepogingen. Een doorzettingsmacht kan in deze situaties de impasse doorbreken.

De staatssecretaris heeft na veelvuldig aandringen door de Tweede Kamer begin dit jaar de toezegging gedaan om nog voor de zomer de doorzettingsmacht goed te implementeren en te borgen. Het is MIND niet bekend hoe hij deze toezegging wil waarmaken.

Op welke wijze gaat de staatssecretaris de aanpak van complexe zorg verbeteren, waarbij ook gemeenten betrokken zijn en waar de doelgroep aanzienlijk groter is dan 250—300 personen?

Op welke wijze zal de doorzettingsmacht in alle regio's geïmplementeerd worden en hoe wordt deze wettelijk geborgd?

Ambulantisering

Enkele maanden geleden heeft MIND zijn teleurstelling uitgesproken over de reactie van staatssecretaris Blokhuis op de monitorrapportage ambulantisering en langdurige ggz van het Trimbos-instituut. Wij misten in die reactie een gevoel voor urgentie. Nu ligt er een rapportage van het IGJ over de ambulante ggz met onder meer zes aanbevelingen voor de rijksoverheid. De staatssecretaris verwijst in zijn reactie naar de visie op het zorglandschap ggz die hij dit najaar zal presenteren. Wij vragen ons af waarom het zo lang moet duren. De belangrijkste aanbevelingen van het IGJ zijn eerder al in vele toonaarden geuit, onder meer in het rapport van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid over de EPA-doelgroep: er is meer regie nodig op regionale samenwerking; er moet extra regelruimte komen voor samenwerking tussen ggz en sociaal domein; en financiële prikkels die ten nadele werken van mensen met ernstige psychische aandoeningen moeten verdwijnen. Het heeft er alle schijn van dat de staatssecretaris de ambulantisering in zijn ambtsperiode als een afgesloten dossier beschouwt. In de praktijk betekent dit zeker twee nieuwe verloren jaren om de ambulantisering op het goede spoor te krijgen.

Het vraagstuk van ambulantisering is echter zeer urgent. Vele cliënten met ernstige psychiatrische problematiek leiden nu een marginaal bestaan dat getekend wordt door eenzaamheid, gebrek aan perspectief, en onvoldoende zorg en begeleiding. Door gebrek aan regie en samenhang in beleid verandert er weinig aan hun situatie. Het draagvlak voor ambulantisering dreigt af te nemen. De VNG heeft bij monde van wethouder Sven de Langen van Rotterdam vorig jaar zelfs aangegeven dat de ambulantisering beter stopgezet kan worden. Het is geen optie om de oplossing voor deze impasse verder naar de toekomst te verschuiven.

MIND vindt dat staatssecretaris duidelijk moet uitspreken dat hij de doelstelling van ambulantisering nog steeds onderschrijft en dat hij bereid is de noodzakelijke maatregelen te nemen om de ambulantisering te laten slagen. Concreet betekent dit: een positief antwoord geven op de aanbevelingen van de IGJ en hierop zelf de regie nemen. Daarnaast is dringend een financiële investering gewenst voor zorg, begeleiding en participatie bij ambulantisering. In het verleden (aanpak wachttijden zomer 2017) zijn met toenmalig minister Schippers afspraken gemaakt dat de onderbesteding in het ZVW-kader van bijna 300 miljoen euro hiervoor zou worden aangewend. Dit is nooit gebeurd en die bijna 300 miljoen euro is uit het ZVW-kader verdwenen. In plaats daarvan is alleen een bedrag van 90 miljoen euro gekomen, dat op basis van het hoofdlijnenakkoord ggz is toegevoegd is aan het Gemeentefonds. Er is dus een tekort van zeker 200 miljoen euro.

Welke acties wil de staatssecretaris in zijn ambtsperiode nemen om invulling te geven aan de aanbevelingen van het IGJ ten aanzien van de ambulante ggz?

Is het kabinet bereid om voor de begroting 2021 een substantieel bedrag vrij te maken om ambulantisering in de ggz te stimuleren en ruimte te scheppen voor een integrale inzet van (extra) financiële middelen?

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Op de agenda van het AO GGZ staat tevens de Wet verplichte ggz. Hiervoor heeft MIND u op



28 mei een separate brief gestuurd, kenmerk 20-038. Deze brief voegen we voor de volledigheid nogmaals bij.

Wet zorgcontractering

Voor het AO van 8 juni a.s. zult u van ons nog een aparte brief ontvangen over de Wet zorgcontractering. We verzoeken u om hier aandachtig kennis van te nemen. Deze wet heeft namelijk grote gevolgen voor patiënten met complexe problematiek die vaak al een laag inkomen hebben: de toegang tot zorg wordt hiermee nog verder bemoeilijkt. MIND heeft zich richting de staatssecretaris negatief uitgesproken over de invoering van dit wetsvoorstel.

Wij hebben de indruk dat het ministerie van VWS ten tijde van de huidige coronacrisis het wetsvoorstel snel indient, waardoor deze wetwijziging die ingrijpende gevolgen heeft voor de keuzevrijheid van patiënten, zonder een zorgvuldig debat in de Tweede Kamer snel zou kunnen worden aangenomen. MIND stelt voor om de behandeling van het wetsvoorstel uit te stellen tot eind van het jaar of na de verkiezingen.

Maatschappelijke Opvang

MIND is positief over de inzet van 200 miljoen euro extra om de problematiek van dak- en thuisloosheid aan te pakken. Voor de uitvoering van het plan van aanpak vragen wij extra aandacht voor preventie in de betekenis van het bieden van bestaanszekerheid en toekomstperspectief voor kwetsbare burgers. Daarnaast dringen we aan op een goede monitoring en het gericht aanspreken van centrumgemeenten die achterblijven in hun (preventieve) aanpak van dakloosheid. Ten slotte pleiten we voor een sterke rol voor cliëntorganisaties en ervaringsdeskundigen bij de uitvoering van het plan van aanpak.

Wij verwijzen voor een uitgebreidere reactie op de plannen van de staatssecretaris naar de brief die Valente u voor dit AO heeft toegestuurd.

Suïcidepreventie

Preventie van suïcide mag niet alleen aan hulpverleners worden overgelaten; de samenwerking met cliënten en naasten is nodig om succesvol te zijn. Cliënten, naasten en hun vertegenwoordigers zijn een onmisbare partner in suïcide preventie. Betrek hun kennis en ondersteun hen waar nodig.

MIND wil een significante rol spelen in de preventie van suïcide. Naast voorlichting en hulplijnen is het belangrijk dat de reguliere zorg en ondersteuning voor mensen met suïcidale gevoelens op peil zijn. Daar maken we ons iedere dag hard voor: door de druk op te voeren bij partijen die hiervoor verantwoordelijk zijn, zoals aanbieders, gemeenten en verzekeraars. Maar ook door hier aandacht voor te vragen via de media en via de politiek.

We willen beter zichtbaar maken wat er aan ervaringskennis is bij cliënten- en familie-organisaties rond het thema suïcidepreventie en suïcidaliteit. Wij zijn er van overtuigd dat de inbreng van deze ervaringskennis bijdraagt aan het verbeteren van de huidige aanpak van suïcidepreventie en (daarmee) aan het waarborgen van een passend zorgaanbod voor mensen met suïcidale gedachten en hun naasten.

We werken nauw samen met landelijke lidorganisaties en regionale cliëntenorganisaties van MIND om dit doel te bewerkstelligen. Binnen de landelijke aanpak voor suïcidepreventie werken we samen met verschillende partijen, waaronder 113 online. Met hen en andere partners zal MIND zich in de komende periode sterk maken voor:



- Een regionale aanpak, o.a. door het opbouwen van een netwerk van samenwerkende ervaringsdeskundigen die op dit gebied actief zijn
- Specifieke aandacht voor de jeugd, onder meer door de aanbevelingen uit onderzoek naar de stijging van het aantal zelfdodingen onder jongeren in de praktijk te realiseren
- Ondersteuning van mensen met suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag
- Ondersteuning van naasten van iemand met suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag.

Wij zijn uiteraard zeer bereid u een nadere toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,

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