

Aan de leden van de vaste Kamercommissie voor VWS
Postbus 20018
2500 EA Den Haag
E cie.vws@tweedekamer.nl

Datum: 13 november 2020
Kenmerk: 20-066
Onderwerp: Notaoverleg GGZ, 19 november 2020
Contact: Mirjam Drost E Mirjam.drost@wijzijnmind.nl M 06 19973092

Geachte leden van de vaste Kamercommissie voor VWS,

Op 19 november a.s. vergadert de commissie VWS over de wachtlijsten in de ggz, maatschappelijke opvang en suïcidepreventie.

Resultaten in de aanpak van wachttijden moeten nu echt gaan komen

Ondanks alle inspanningen van de afgelopen jaren is een oplossing voor de wachttijden ggz nog niet binnen handbereik. Volgens de Treeknorm dienen alle mensen die zich aanmelden voor de ggz een intakegesprek binnen vier weken te krijgen. De gemiddelde aanmeldwachttijd voor de specialistische ggz is helaas nog ongeveer twee keer zo lang. De wachttijd voor start van de behandeling is bij enkele aandoeningen bijna niet in aantal weken uit te drukken. Mensen met bijvoorbeeld autisme worden soms geconfronteerd met behandelwachttijden van een jaar. De cijfers zijn dus nog steeds erg hoog en daarachter gaan schrijnende verhalen schuil van mensen die geen zorg krijgen en hun problemen zien verergeren.

De nieuwe aanpak van de stuurgroep wachttijden heeft belangrijke, positieve elementen. Wij zien een sterk gevoel van urgentie bij de Staatssecretaris. MIND draagt ook zelf met tijd, mankracht en overtuiging bij aan deze aanpak. Het is nu zaak om door te pakken, zodat patiënten en naasten echt resultaten gaan zien. Dat betekent: kortere wachttijden, maar ook dat de patiënt in het gehele traject na verwijzing gezien en gehoord wordt en maximaal eigen regie kan voeren.

MIND is blij dat de stuurgroep de 'Patiëntenreis' als leidraad voor de aanpak van de wachttijden wil kiezen. Ook op het gebied van de regionale doorzettingsmacht ziet MIND positieve ontwikkelingen.

De aanpak wachttijden concentreert zich nu sterk op 8 probleemregio's. De hotspotrapportages van Vektis laten zien dat er regelmatig verschuivingen zijn in de top 5 en de top 10 van regio's met de langste wachttijden. MIND wil een waarschuwing afgeven dat partijen de andere regio's niet uit het oog mogen verliezen. Om duurzaam succes te hebben is het belangrijk om goede praktijken systematisch over heel Nederland te verspreiden.

Hieronder gaan we in op een aantal specifieke aspecten van de aanpak wachttijden.

Terugloop zorgvraag heeft niet geleid tot kortere wachttijden

De NZa berekende dat in de coronatijd het aantal verwijzingen naar de ggz met 76.000 is gedaald. Dit heeft echter niet geleid tot een significante daling in de wachttijden. Voor het uitblijven van een effect op de wachttijden zijn verschillende verklaringen gegeven, zoals het hoge aantal verwijzingen in de eerste maanden van 2020 en het beperkte aantal face to face intakes in het voorjaar.

Mogelijk zou ook sprake zijn van een uitgesteld effect op de wachttijden. Desalniettemin blijft MIND met twee belangrijke vragen zitten: was de daling van het aantal verwijzingen in coronatijd niet een kans geweest om juist de diagnosegroepen met de langste wachttijden sneller te helpen? En: kunnen we alsnog een positief effect op de wachttijden verwachten?

Heeft de Staatssecretaris een sluitende verklaring voor het feit dat tijdens de Coronacrisis de wachttijden onverminderd lang zijn gebleven? Is hij het eens met de stelling dat de terugloop in het aantal verwijzingen juist een kans is (geweest) om de langste wachttijden terug te dringen?

Verspreiding goede praktijken bij afschaling van zorg

Tijdig afschalen van zorg kan alleen als er zorgvuldige afspraken zijn met huisartsen en sociaal domein. Goede praktijken op dit gebied dienen systematisch verspreid te worden. Wij geven twee voorbeelden:

1. Herstelinitiatieven als vast onderdeel van het aanbod voor nazorg (bijvoorbeeld Stichting JIJ in Rotterdam of Kompasie in Den Haag). In het hoofdlijnenakkoord ggz (HLA ggz) zijn afspraken opgenomen over versterking van initiatieven voor herstel en zelfregie.
2. Een terugkeergarantie van de ggz voor EPA-patiënten die na afsluiting van de behandeling een terugval krijgen. Ook hierover is in het HLA ggz een duidelijke afspraak gemaakt, maar deze wordt nog te weinig nagekomen.

Is de Staatssecretaris het ermee eens dat bovengenoemde afspraken uit het hoofdlijnenakkoord ggz essentieel zijn voor een goede en verantwoorde afschaling van specialistische ggz? Wat doet de Staatssecretaris om de HLA ggz-partijen aan te spreken op de uitvoering van deze afspraken?

Doorbraak in regio Rotterdam nog onzeker

In de regio Rotterdam is een transfertafel ingesteld om cliënten die te lang op de wachtlijst staan over te brengen naar andere aanbieders. De Staatssecretaris heeft deze transfertafel in zijn laatste Kamerbrief over de wachttijden genoemd als goed voorbeeld en de landelijke stuurgroep wachttijden wil de transfertafel en andere transfermechanismen inzetten bij de acht probleemregio's. MIND ziet de transfertafel als een belangrijk instrument om de wachttijden terug te dringen en omarmen dit initiatief, destijds vanuit VGZ gestart. We krijgen uiteenlopende signalen binnen over het resultaat van de transfertafel in de regio Rotterdam en de verschillende bereidheid van de ggz hierin maximaal te participeren. In de hotspotrapportage wachttijden van Vektis over september 2020 prijkt de regio Rotterdam nog altijd bovenaan met de langste wachttijden in heel Nederland. MIND wil graag dat inzet van ggz-partijen en verzekeraars en de behaalde resultaten bij de transfertafels in elke regio transparant zijn. Ook vinden we het belangrijk dat alle patiënten die op een wachtlijst staan goed geïnformeerd worden en in de richting van een transfertafel worden begeleid. Ook willen we graag inzicht wat het effect is van het transfermechanisme op de diagnosegroepen met de langste wachttijden

Kan de Staatssecretaris een verklaring geven voor de aanhoudend lange wachttijden in de regio Rotterdam? Is het mogelijk dat de IGJ en de NZa in hun gezamenlijk toezicht extra aandacht aan de regio Rotterdam schenken en daarover rapporteren?

Verwarring over wachttijd cijfers

Begin november publiceerde Zorgdomein gegevens over wachttijden in de ggz die sterk afwijken van de cijfers die zorgaanbieders zelf aanleveren bij Vektis. De gemiddelde aanmeldwachttijd zou al een half jaar onder de vier weken liggen. Volgens Vektis lopen de gemiddelde wachttijden uiteen van 5,3 weken (basis ggz) tot 13,6 weken (pervasieve stoornissen) (<https://blog.zorgdomein.com/9-verwijzingen-ggz-vindt-niet-plaats/>). Hoe kan het dat de cijfers van

Zorgdomein zo sterk afwijken van de cijfers die ggz-aanbieders zelf bij Vektis aanleveren? Het is verwarrend en niet bevorderend voor een effectieve aanpak van wachttijden als er zulke uiteenlopende cijfers worden gepubliceerd. Getwist over cijfers leidt ook af van de nood die mensen die veel te lang wachten op zorg ervaren.

Hoe betrouwbaar acht de Staatssecretaris de cijfers die Zorgdomein over wachttijden gepubliceerd heeft? Hoe verklaart hij de verschillen met de Vektis-cijfers?

Onvoldoende capaciteit in ggz voor complexe zorgvragen

Wachttijden in de ggz zijn niet alleen een logistiek probleem (zorgaanbieders moeten hun bedrijfsvoering op orde hebben) en een verdeelprobleem (zorgaanbieders moeten goed samenwerken met verwijzers en andere zorgaanbieders), maar ook een capaciteitsprobleem (er is meer capaciteit nodig voor behandeling van complexe aandoeningen). De wachttijden voor complexe ggz zijn niet alleen te lang, het is soms überhaupt moeilijk een geschikte plek te vinden. Mensen krijgen afwijzing na afwijzing omdat hun problematiek te complex zou zijn. Vaak hebben deze patiënten behoefte aan zorg waarin ruimte is voor veiligheid, structuur en het opbouwen van een langdurige vertrouwensrelatie. Binnen de huidige gespecialiseerde ggz en het financiële kader van de Zorgverzekeringswet is deze zorg moeilijk te realiseren. Voor de Wlz komen deze patiënten meestal ook niet in aanmerking, omdat er nog sprake is van behandelperspectief.

Is de Staatssecretaris bereid om in het toekomstig zorglandschap ggz ook een kwalitatieve en kwantitatieve analyse op te nemen van passend aanbod of passende behandelplekken in de ggz?

Toegang ggz moet op orde zijn. Mogelijke extra toestroom als gevolg van coronacrisis maakt dit alleen maar urgenter.

De terugloop in het aantal verwijzingen naar de ggz tijdens de coronacrisis is mogelijk een stilte voor de storm. Onder meer de Nederlandse ggz vreest als gevolg van de coronacrisis op langere termijn een extra groei van de vraag naar psychische hulp. De capaciteit in de ggz komt dan extra onder druk te staan. MIND heeft eerder gewaarschuwd voor het medicaliseren van problemen die mensen als gevolg van corona ervaren. De ggz is geen oplossing voor eenzaamheid of sociale en financiële onzekerheid. Tegelijk zal de ggz wel klaar moeten staan voor mensen die werkelijk psychische aandoeningen ontwikkelen als gevolg van ervaringen tijdens corona.

Een zorgpunt is dat de toegang van de ggz in veel regio's nog niet goed op orde is om een extra toestroom van zorgvragen op te vangen. Het gaat daarbij niet alleen om wachttijden, maar ook om de kwaliteit van de toegang. MIND pleit voor een landelijke implementatie van de principes van herstelondersteunende intake. Dit betekent een grote inzet van deskundigheid (psychiater en ervaringsdeskundige) en een levensbrede intake die ook toegang biedt tot herstelgroepen en begeleiding vanuit sociaal domein, zodat de (specialistische) ggz niet nodeloos belast wordt. MIND heeft veel goede ervaringen met zelfregiecentra, zelfhulporganisaties en lotgenotencontactgroepen. Organisaties als bijvoorbeeld Kernkracht in Gouda, Kompasie in Den Haag en Ixta Noa in meerdere regio's leveren een belangrijke bijdrage aan het ondersteunen van mensen met een zorg- en hulpvraag in de regio en het aanbieden van overbruggingshulp. In veel regio's ontbreken echter zelfregiecentra omdat de randvoorwaarden ontbreken om dergelijke voorzieningen tot bloei te laten komen, ook ontbreekt hiervoor structurele financiering.

Vindt de Staatssecretaris dat de ggz voldoende toegerust is om een extra zorgvraag als gevolg van corona op te vangen? Wil hij met de stuurgroep wachttijden in gesprek over het systematisch invoeren van principes van de herstelondersteunende intake in 2021?

Investing in sociale inclusie gewenst

Net als wachttijden zijn ambulantisering en sociale inclusie terreinen waarop in de afgelopen jaren te weinig vooruitgang is geboekt. Het aantal bedden in de ggz is wel afgenomen, maar de ambulante zorg is te weinig opgebouwd en de maatschappelijke positie van veel mensen met ernstig psychische aandoeningen is nog steeds marginaal. Er is veel eenzaamheid, weinig participatie en veel cliënten ervaren problemen op het gebied van inkomen of huisvesting. Met name op het gebied van schuldenproblematiek zien we dat het kabinet nu een voortvarend beleid voert. Maar er is meer nodig om sociale inclusie te versterken en mensen met psychische kwetsbaarheid meer toekomstperspectief en bestaanszekerheid te bieden. Op twee aspecten gaan we nader in.

Verschuif negatieve focus op verward gedrag naar positieve focus op sociale inclusie

Het overheidsbeleid t.a.v. ambulantisering wordt sterk gekleurd vanuit het perspectief van verward gedrag. Hierdoor gaat veel aandacht uit naar het voorkómen van overlast voor de omgeving. De groep cliënten die geen overlast veroorzaakt, maar wel gebukt gaat onder maatschappelijke uitsluiting raakt dan buiten beeld. Een voorbeeld is de brief waarin het kabinet reageert op het verslag van de werkgroep Halsema en het manifest van 15 burgemeesters. Hierin staat dat extra huisvesting wordt gerealiseerd voor 'dak- en thuislozen en mensen met ernstig verward en risicovol gedrag'. Is deze extra huisvesting ook bedoeld voor al die andere mensen met psychische problematiek die niet kunnen doorstromen van ggz-kliniek of beschermd wonen naar zelfstandige huisvesting?

Welke nieuwe voorstellen wil de Staatssecretaris doen om sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid te vergroten?

Zijn de extra maatregelen voor huisvesting van kwetsbare groepen, zoals aangekondigd in de kabinetsbrief als reactie op het verslag van de werkgroep Halsema, ook bedoeld voor mensen met psychische kwetsbaarheid zonder ernstig verward en risicovol gedrag?

Extra investering in ambulantisering

In de beantwoording bij het schriftelijk overleg over wachttijden en het rapport van de Algemene Rekenkamer verwijst de Staatssecretaris regelmatig naar de 95 miljoen euro die extra geïnvesteerd is in het sociaal domein om de ambities op het gebied van ambulantisering waar te maken. MIND is van mening dat een veel hoger bedrag nodig is. In bestuurlijke afspraken van 2017 was nog sprake van een bedrag van 288 miljoen euro vanuit het financiële kader van de Zorgverzekeringswet dat kon worden ingezet om de ambulantisering en enkele andere knelpunten op te lossen. Dat geld is toen echter op de plank blijven liggen omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars het niet eens konden worden over goede plannen. Vervolgens is dit bedrag met het Hoofdlijnenakkoord ggz onttrokken aan het financiële kader van de Zorgverzekeringswet. Per saldo is dus circa 200 miljoen euro minder beschikbaar voor ambulantisering dan in 2017 beoogd was; geld dat in onze ogen hard nodig is om de ambulantisering vlot te trekken. MIND is daarnaast van mening dat een investering gewenst is in een breed programma om vanuit een positieve invalshoek sociale inclusie van mensen met psychische kwetsbaarheid te bevorderen. Het VN-verdrag Handicap en de herstelbeweging binnen en buiten de ggz vormen een sterke basis voor zo'n programma.

Maakt de Staatssecretaris een vertaling van de toekomstvisie op de ggz naar (extra) financiële middelen die nodig zijn t.b.v. ambulantisering en sociale inclusie? Is hij bereid om met gezamenlijke partijen een breed programma voor sociale inclusie van mensen met psychische kwetsbaarheid te ontwikkelen?

Inzet van ervaringsdeskundigen – motie Diertens c.s.

De motie van het lid Diertens c.s. (Kamerstuk 25 424, nr. 511) verzoekt de Staatssecretaris om in gesprek te gaan met verzekeraars en ervaringsdeskundigen om de inzet van ervaringsdeskundigheid te vergroten. MIND betreurt net als de Staatssecretaris dat er nog geen aanvragen zijn ingediend voor deelname aan het 'bekostigingsexperiment aanvullende beroepen'. We concluderen dat er een stok achter de deur nodig is om dit te bewerkstelligen.

Welke concrete afspraken maakt de Staatssecretaris met zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de inzet van aanvullende beroepen, waaronder ervaringsdeskundigen.

Personen met verward gedrag

MIND ondersteunt de werkwijze van de Staatssecretaris met betrekking tot het meldnummer voor zorgwekkend gedrag. We steunen de aanpak van de Staatssecretaris om samen met de gemeenten te bespreken hoe een meldpunt kan worden ingericht en hoe deze gemeentelijke taak in wetgeving kan worden opgenomen. MIND zal zich onverminderd inzetten voor deze kwetsbare doelgroep en hun naasten. MIND Korrelatie biedt mensen die (in hun omgeving) te maken hebben met onbegrepen en zorgwekkend gedrag, laagdrempelig advies en ondersteuning. We pakken als MIND Korrelatie ook de rol als achtervang bij de gemeenten waar nu nog geen meldpunt is.

Ketenmonitor Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

MIND is als partner in het ketenprogramma Wvggz betrokken bij de (door-)ontwikkeling van de ketenmonitor. De monitor is een belangrijke bron van informatie om zicht te krijgen op de implementatie en effecten van deze wet in de praktijk. We vinden het goed dat informatie over het Eigen Plan van Aanpak in de Ketenmonitor wordt opgenomen. Als koepelorganisatie van cliënten, familie en naasten in de ggz is het voor MIND belangrijk om inzicht te hebben in de wijze waarop de Wvggz voor deze groepen in de praktijk uitwerkt. We zijn daarom voornemens om, naast de Ervaringenmonitor Wvggz, een meer gerichte en diepgaande uitvraag te doen onder onze achterban. Wanneer de resultaten hiervan bekend zijn, zullen we deze openbaar maken zodat de informatie gebruikt kan worden in de lopende en voorgenomen initiatieven om de Wvggz te verbeteren. We blijven daarbij benadrukken dat zoveel mogelijk dwang in de zorg voorkomen moet worden en waar dit echt niet anders kan, de rechtspositie van de cliënt gewaarborgd moet blijven. Zorgvuldige procedures blijven noodzakelijk voor rechtvaardige behandeling en besluitvorming rondom dwangtoepassing.

Toegang tot de Wlz voor volwassen ggz-cliënten

Het aantal aanvragen van ggz-cliënten voor een Wlz-indicatie per 2021 is hoger dan verwacht. Dit heeft geleid tot achterstanden in de verwerking van deze aanvragen. MIND wil niet dat cliënten die nu zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en Zvw ontvangen en vanaf 1 januari 2021 onder de Wlz zullen vallen, tussen wal en schip terecht komen. Continuïteit van zorg en wonen moet worden gewaarborgd.

De woonzorgaanbieder is in de Wlz aan zet om de samenhang tussen woonzorgbegeleiding en behandeling te bewaken. De Ggz-behandeling moet onderdeel zijn van het integrale zorgpakket en de woonzorgaanbieder heeft daar dus ook invloed op. Tot slot dringen we er bij de Staatssecretaris op aan, dat bij het beschermd wonen geen scheiding komt tussen Wmo en Wlz-locaties.

Welke concrete toezeggingen kan de Staatssecretaris doen om er voor te zorgen dat cliënten die nu zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en de Zvw ontvangen en die vanaf 1 januari 2021 onder de Wlz vallen, wel op tijd een passende woonvorm, zorg en begeleiding krijgen?

Voorziet de Staatssecretaris knelpunten door achterstanden bij de verwerking van aanvragen?

Toegang jeugdigen tot de Wlz

In het voorjaar heeft het bureau HHM in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de toegang van de jeugd tot de Wlz¹. In het eindrapport wordt geadviseerd om een geraamd aantal jongeren (300-800) met complexe aandoeningen/complexe en langdurige problematiek toegang te geven tot de Wlz. Met betrekking tot de implementatie hiervan wordt echter een aantal knelpunten verwacht. Sinds het uitbreken van de coronacrisis is het proces daarnaast ook nog eens vertraagd. Tevens is er een ontwikkeling gaande op het gebied van de eventuele implementatie van deze wijziging ten aanzien van het beschikbare passende zorgaanbod. We hebben aanwijzingen dat de invoering van de eventuele toetreding gesteld is op 1 januari 2023. Dat zou betekenen dat jongeren en gezinnen pas ruim vier jaar na het aannemen van de motie gebruik kunnen gaan maken van de eventuele verbeteringen.

Waarom wordt er niet meer gebruik gemaakt van de lessons learned in het toetreden van volwassenen-ggz in de Wlz? Op welke wijze wordt het advies omgezet naar concrete stappen zodat de betreffende jongeren en gezinnen er ook echt iets aan gaan hebben binnen een afzienbare termijn? Oftewel: hoe ziet deze overbruggingsperiode er uit?

Suïcidepreventie

MIND is verheugd dat de Staatssecretaris extra middelen ter beschikking heeft gesteld aan 113 Zelfmoordpreventie om de hulpverlening op het gebied van suïcidepreventie verder te verstevigen. MIND zal de komende jaren samen met 113 een aantal onderwerpen oppakken uit de Landelijke Agenda, zoals de samenwerking tussen professionals, naasten en ervaringsdeskundigen en de preventie van suïcide bij jongeren².

Wij wensen u een goede beraadslaging. Als u nadere informatie zoekt of met ons wilt overleggen, kunt u contact opnemen met Mirjam Drost mirjam.drost@wijzijnmind.nl of telefonisch 06 19973092.

Met vriendelijk groet,



Drs. M.J. ter Avest,
directeur bestuurder MIND

Bijlage: Onderzoek lessen uit Corona tijd

¹ <https://www.hhm.nl/actueel/langdurig-passende-zorg-voor-jeugdigen-met-ggz-problematiek-bij-openstelling-wlz>

² <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/1-917-zelfdodingen-in-2017> Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statline, 2008-2018