



Aan:
Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport,
De heer H.M. de Jonge
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Datum: 30 januari 2021
Kenmerk:
Onderwerp: Reactie MIND discussienota “Zorg voor de toekomst”
Contact: Mr M.W.E. Tusschenbroek menno.tusschenbroek@wijzijnmind.nl M 0657721879

Geachte heer De Jonge,

In de zomer van 2020 hebben de leden van MIND een uitgebreide inbreng geleverd voor de Contourennota. Wij zijn verheugd dat we een aanzienlijk deel van [de inbreng van MIND](#) terugzien in de nu voorliggende discussienota “Zorg voor de toekomst”. Tegelijkertijd hebben wij ook de nodige vragen en bedenkingen.

We maken dan ook dankbaar gebruik van de mogelijkheid om op deze discussienota te reageren. Hieronder gaan we allereerst in op een aantal meer algemene en fundamentele aspecten, waarna we aan de hand van de door u gestelde vragen zullen ingaan op meer concrete punten in de discussienota.

Algemeen

Zoals gezegd zien wij veel van onze eigen visie en ons eigen Meerjarenbeleidsplan terug in deze discussienota. Veel van de in deze discussienota beschreven beleidsopties zijn echter nog niet nader uitgewerkt en vergen ook nog een stevige politieke discussie. Daarnaast verschijnen binnenkort nog diverse adviezen van onder meer de WRR en de denktank “Mentale Vooruitgang” en toekomstbeelden zoals het “Zorglandschap GGZ”, die zonder twijfel invloed zullen hebben op de inhoudelijke discussie over de toekomst van de zorg. Al met al zijn wij echter positief gestemd na het lezen deze discussienota.

Dat neemt echter niet weg dat wij een aantal punten nog onvoldoende terugzien in de discussienota. Punten die naar onze mening zo fundamenteel zijn dat zij niet alleen niet mogen ontbreken in deze discussienota, maar zelfs een prominente plek verdienen.

Duidelijke focus op psychische gezondheid is noodzakelijk

Volgens het huidige concept van gezondheid uit de kwaliteitsstandaarden kan gezondheid worden gezien als het vermogen aan te passen en regie te voeren in het licht van de sociale, emotionele en fysieke uitdagingen van het leven. Mentale weerbaarheid en mentale gezondheid spelen derhalve een grote rol in het begrip gezondheid en toch ligt ook in deze discussienota de focus – wederom - voornamelijk op de lichamelijke gezondheid. Dat is volgens ons niet alleen een gemiste kans, het baart ons ook zorgen.

Er is in de maatschappij gelukkig steeds meer aandacht voor psychische gezondheid en psychische klachten en onderzoek levert steeds betere informatie op over de aard, diversiteit en behandeling van psychische aandoeningen en een groeiend aantal mensen komt er openlijk voor uit dat zij kampen met psychische problemen. En dat laat zien dat er, dwars door alle lagen van de bevolking heen, veel psychisch leed is.

De cijfers liegen er niet om. Eén op de vijf volwassenen krijgt ooit een depressie. Jaarlijks overlijden ruim 1.800 mensen door suïcide, wat tegelijk de belangrijkste doodsoorzaak is onder 10 tot 30-jarigen. Eén op de tien mensen met anorexia nervosa overlijdt aan deze ziekte. Voor elke Nederlander werd volgens de Kosten van ziekten in 2015 gemiddeld 5.445 euro uitgegeven, waarvan 464 euro voor psychische stoornissen exclusief dementie en verstandelijke beperking. Dit betreft een percentage van 8,2 procent van de kosten. Het geschatte aandeel in de ziektelast over 2015 volgens de Volksgezondheid Toekomstverkenning was evenwel 13,1 procent (inclusief zelf toegebracht lichamelijk letsel). De discrepantie tussen deze percentages maakt onzes inziens duidelijk dat het psychisch welbevinden van de bevolking nog niet de aandacht krijgt die het verdient.

Tienduizenden mensen staan op een wachtlijst voor de veelomvattende geestelijke gezondheidszorg. De wachttijd voor een intake mag maximaal vier weken zijn, maar is over het algemeen het dubbele. Zeer complexe cliënten halen de wachtlijst vaak niet eens omdat ze telkens worden doorverwezen naar een andere instelling. Tegelijkertijd zijn er circa 2.500 vacatures voor psychiaters, psychologen en verpleegkundigen. Het aantal gedwongen opnames kent een recordhoogte. Het aantal dakloze 18- tot 65-jarigen in Nederland is toegenomen van 17,8 duizend in 2009 naar 39,3 duizend in 2018. Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) hebben een 15 tot 20 jaar lagere levensverwachting dan gemiddeld.

En om hen heen staat een veelvoud van familieleden en andere naasten die doen wat ze kunnen, maar zelf ook vaak belast zijn en hierdoor kunnen vastlopen. De afstand van de ggz tot het sociale domein is groot, waardoor ggz-cliënten die willen (blijven) werken, naar school gaan of studeren toch thuis komen te zitten. Er zijn veel eenzame cliënten die geen sociale kring of levenspartner vinden.

De knelpunten in de ggz zijn zoals hiervoor geschetst nu al zeer groot en zullen bij onvoldoende investering in psychische gezondheid niet alleen leiden tot een onhoudbare ggz, maar zij zullen ook hun weerslag hebben op de somatische zorg en leiden tot een daling van het algehele welzijn van de maatschappij. Een psychisch gezonde maatschappij zou derhalve stevig verankerd moeten worden in de visie op de toekomst van de zorg. Dat is niet alleen wenselijk vanuit het oogpunt van onze achterban, het is een noodzaak voor de toekomstbestendigheid van de gehele zorg.



Kies voor een integrale visie met kabinetsbrede aanpak

In deze discussienota gaat het over zorg, over gezondheidszorg. Gezondheid is in deze context een middel om een zinvol en volwaardig leven te leiden. Iemand kan deelnemen naar vermogen en/of in geval van ziekte: ik kan (weer) verder met mijn leven. Gezondheid kent zes domeinen: lichamelijke functies, mentaal welbevinden, sociale participatie, spirituele dimensie, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. Dat gaat verder dan onze zorgwetten en het zorgverzekeringsstelsel of de maatschappelijke ondersteuning. Al de domeinen verdienen in een visie op de toekomst van de zorg dan ook een duidelijke plek. Gelukkig zien we in deze discussienota ook inderdaad een aantal van die aspecten terug. Van een werkelijk integrale visie over alle domeinen heen is echter nog onvoldoende sprake: het kader van deze discussienota lijkt toch de houdbaarheid van de *financiering* van het stelsel. Het gevolg hiervan is ook dat veel van de beschreven beleidsopties onderlinge samenhang missen. Het gevaar van “cherrypicking” in de nadere uitwerking is daardoor groot.

Willen we inderdaad een kentering teweegbrengen, een paradigmaverschuiving in de maatschappij bewerkstelligen, van ziekenzorg naar gezondheidszorg, van “de patiënt” naar “de mens”, met aandacht voor alle domeinen, dan kan dat bovendien niet alleen binnen de kaders van het Ministerie van VWS. Voor een echt integrale visie is de actieve betrokkenheid van de overige ministeries zoals OCW en SZW maar ook BZK, ELI, I&M en V&J essentieel. Deze discussienota verdient een kabinetsbrede aanpak.

Wie de jeugd heeft, heeft de toekomst

De jeugd groeit op in een steeds ingewikkeldere wereld, waardoor de kans groter is dat jongeren psychische problemen krijgen. Daarnaast wordt steeds duidelijker dat mentale problemen vaak hun oorsprong in de jeugd hebben. Hoe eerder jongeren over hun psychische problemen praten, hoe eerder ze hulp kunnen zoeken. Dit kan voorkómen dat hun problemen uitmonden in ernstige psychische klachten. Het helpt daarbij niet dat de zorg voor onze jeugd zeer veel schrijnende, organisatorische en financiële problemen kent, zowel in de ggz als breder in het sociale domein en onderwijs. Deze problemen worden steeds zichtbaarder en er is veel maatschappelijke, politieke en juridische aandacht voor. Daarom zou het een logische keuze zijn geweest om de jeugd, jeugdhulp, jeugdzorg, jeugd-ggz en onderwijs een prominente plek te geven in deze discussienota. Dat betekent wat MIND betreft dat bij alle beschreven beleidsopties specifieke aandacht zou moeten worden besteed aan de jeugd. Daarbij hoort ook dat de jongeren zelf én hun ouders - eventueel met hulp van ervaren jongeren - vanzelfsprekend worden betrokken bij de verdere uitwerking van de diverse beleidsopties.

Helaas besteedt de discussienota onvoldoende aandacht aan de jeugd. Zeker nu de jeugd op dit moment als gevolg van Covid 19 al zo onder druk staat en dit naar verwachting nog langdurig zijn stempel zal blijven drukken is het essentieel om een goede integrale visie te ontwikkelen en deze ook te betrekken bij de brede visie op de toekomst van zorg en ondersteuning.

Consultatievragen

Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?

Ja, wij herkennen dat op deze hoofdthema's veranderingen nodig zijn.

Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?

Wij herkennen de knelpunten in zijn algemeenheid, maar willen hier toch een aantal kanttekeningen bij plaatsen.

Neem samen beslissen ook als uitgangspunt bij eHealth

Het hier geformuleerde knelpunt "Onvoldoende gepast gebruik van zorg en onderbenutting van digitalisering" is voor ons in zichzelf een knelpunt. Ofschoon wij de inzet van eHealth in de ggz als een waardevolle toevoeging zien en daar ook aan bijdragen middels onder meer de [GGZ Appwijzer](#), moeten we in de gaten houden dat het nooit helemaal de reguliere zorg kan vervangen. Het uitgangspunt zal altijd moeten zijn dat cliënt en behandelaar samen besluiten welke behandeling, waaronder mogelijk ook eHealth, het meest passend is; "shared decision making". Daarbij past niet dat digitale zorg als prevalent wordt gezien in algemene zin. De ervaringen van de afgelopen Coronaperiode als ook de stevige inzet van Zorgverzekeraars op eHealth als substitutie voor reguliere behandelingen in de contractering voor 2021 zorgen ervoor dat wij ons zorgen maken. Het uitgangspunt van samen beslissen moet wat ons betreft dan ook expliciet worden gemaakt in de nadere uitwerking van de beleidsopties bij dit knelpunt.

Geef in de uitwerking specifiek aandacht aan de EPA-groep

Specifiek voor de GGZ missen wij het knelpunt van de structurele onderbehandeling van de EPA-groep met zware en complexe problematiek. Dit probleem kent meerdere oorzaken en daarmee ook meerdere oplossingen die voor een belangrijk deel in potentie zijn beschreven in deze discussienota, waaronder het tegengaan van verkeerde prikkels. De zwaarte van het probleem en de ten opzichte van het grote geheel van de zorg in Nederland relatief kleine doelgroep maakt echter dat wij ons zorgen maken dat dit knelpunt onvoldoende zal worden onderkend en ondergesneeuwd zal raken bij de uitwerking van de beschreven beleidsopties.

Borg de continuïteit van zorgverlener en zorgverlening in de ggz

Een ander knelpunt dat wij missen is de continuïteit van zorgverlener en zorgverlening. Waar in de somatische zorg vaak sprake is van een verzameling van afzonderlijke behandelingen is in de ggz meer sprake van een integrale aanpak waarbij diverse vormen van behandeling, zorg en ondersteuning tezamen, in wisselende intensiviteit, zowel binnen het zorgdomein als binnen het sociale domein bijdragen aan herstel van de cliënt. Deze aanpak maakt het mede gezien de vele verschillende betrokken zorgverleners en financieringsstromen en de benodigde flexibiliteit om snel te kunnen op- en afschalen, uitermate lastig om te voorzien in de continuïteit van zorg en zorgverlener.

Dit leidt in de praktijk tot terugval en staat herstel in de weg. De verschillende beschreven beleidsopties kunnen tezamen zeker bijdragen aan een oplossing van dit knelpunt, maar hebben zeker voor de ggz nog specifieke aandacht nodig waar het de samenhang en samenwerking betreft.

Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?

Voor het overgrote deel van de genoemde beleidsopties geldt dat zij in samenhang met elkaar een goede bijdrage zouden kunnen leveren aan de houdbaarheid van het zorgstelsel. De meeste beleidsopties zijn echter nog niet concreet ingevuld en (politieke) keuzes zijn nog niet gemaakt. Veel van deze keuzes en opties zullen dan ook nog moeten worden uitgewerkt in de respectievelijke toekomstbeelden waaraan in deze discussienota gerefereerd wordt. Deze toekomstbeelden zijn echter nog in verschillende stadia van wording. Tot deze uitwerkingen concreter zijn en ook de samenhang daarvan duidelijk is geborgd, is moeilijk concreet aan te geven welke individuele beleidsopties daadwerkelijk zullen gaan bijdragen aan de houdbaarheid van het zorgstelsel. Van een tweetal beleidsopties is dit voor MIND evenwel op dit moment al wel helder:

Beter benutten ervaringsdeskundigheid patiënten en cliënten

Een beleidsoptie waarvan evident is dat deze een belangrijke bijdrage zal leveren is het in hoofdstuk 4.2. "Ruimte voor noodzakelijke vernieuwing" genoemde beter benutten van ervaringsdeskundigheid van patiënten en cliënten. Wat MIND betreft zou hieraan ook de positie van naasten en familie moeten worden toegevoegd. Deze beleidsoptie zou bovendien niet alleen als een mogelijkheid genoemd moeten worden, het zou een van de uitgangspunten dienen te zijn van deze discussienota en nader moeten worden geconcretiseerd. Onder de volgende consultatievraag zullen we nader ingaan op hoe dit volgens MIND zou kunnen worden bewerkstelligd.

Regie zorginkopers

In hoofdstuk 3.3 "Bevorderen van coördinatie tussen domeinen" is onder "Regie zorginkopers" de beleidsoptie opgenomen om zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven om niet-gecontracteerde gezondheidszorg verder tegen te gaan, bijvoorbeeld door het wijzigen of schrappen van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Hiervan heeft MIND reeds op diverse andere momenten te kennen gegeven dat deze maatregel niet alleen niet zal bijdragen aan de houdbaarheid van het zorgstelsel, maar dat er zelfs een negatief effect zal zijn op de psychische gezondheid.

De patiënt wordt met deze beleidsoptie ongewild een speelbal in het contracteringsproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Het argument van vrije artskeuze wordt feitelijk misbruikt om een contract tussen zorgverzekeraar en zorgverlener af te dwingen. Anders gezegd: zowel het fundamentele recht op vrije artskeuze als het fundamentele recht van contracteervrijheid worden op deze manier onrecht aangedaan. De oorspronkelijk bedoeling van artikel 13 Zvw was primair gericht op het voorkómen van een hinderpaal voor de verzekerde, de nu voorliggende beleidsoptie – net als het reeds eerder aangekondigde wetsvoorstel ter zake - lijkt de bedoeling te hebben om juist een hinderpaal te creëren. Zij het ditmaal via de weg van de zorgaanbieder.

Voor patiënten met een laag inkomen (dit is in ieder geval van toepassing op veel mensen met ernstige psychische aandoeningen) betekent iedere verlaging van de vergoeding een niet of nauwelijks te dragen extra lastenverzwaring. Hierdoor hebben zij feitelijk geen recht meer op vrije artskeuze, gewoonweg omdat ze het niet kunnen betalen. Daarmee wordt deze toch al zo kwetsbare groep extra gestraft en blijft de keuze voor een ongecontracteerde behandelaar straks alleen nog maar mogelijk voor de meer vermogende burgers: dat is dus rechtsongelijkheid.

Ook in deze discussienota ligt hier weer de focus op de ggz en ook de wijkverpleging. Daarmee worden de problemen in de wijkverpleging ten onrechte gelijkgesteld aan de ggz. Ongecontracteerde zorg is een groter en ander probleem in de wijkverpleging. In de ggz zijn de gevolgen van ongecontracteerde zorg anders. Uit onderzoek blijkt zelfs dat ongecontracteerde zorg in de ggz veelal goedkoper is dan gecontracteerde zorg.

Wij kunnen dan ook niet anders dan concluderen dat deze beleids optie een negatief effect zal hebben op de positie van de cliënt en daarmee niet zal bijdragen aan de psychische gezondheid van de maatschappij. Deze optie is voor MIND dan ook onacceptabel.

Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?

Zoals hiervoor reeds genoemd zou wat MIND betreft het versterken van de positie van ervaringsdeskundigen, cliënten en naasten een essentieel uitgangspunt dienen te zijn. Dat betekent dat ook in deze discussienota niet alleen het belang hiervan meer zou moeten worden beklemtoond, maar dat ook meer concreet dan nu het geval is de maatregelen zouden moeten worden beschreven om dit te verwezenlijken. MIND heeft daartoe een aantal concrete voorstellen.

Borg de positie van cliënten en naasten en de inbreng van cliënten- en naastenperspectief, inclusief financiering.

Leg het uitgangspunt “cliënt centraal” wettelijk vast en borg de positie en rol van cliënten en naasten in wet, beleid en uitvoering. Investeer in collectieve belangenbehartiging door een structurele financiering uit de Rijksbegroting voor de bijdrage van cliënten en naasten in ontwikkeling van beleid en uitvoering op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Deze financiering moet breder dan alleen VWS en betreft alle departementen en bestuurslagen.

Veranker lotgenotencontact structureel

Zorg voor een goed lokaal systeem van lotgenotencontact naar voorbeeld van de “Kontaktstellen” in Duitsland. Zo wordt lotgenotencontact een pijler van de informele zorg aangevuld met ervaringsdeskundigheid. MIND heeft hiervoor reeds [concrete inbreng](#) geleverd en ook de Tweede Kamer heeft zich hier in positieve zin over uitgesproken in een motie .

Leg het recht op (keuze)informatie vast in de wet

Cliënten en naasten hebben recht op keuze-informatie zoals bijvoorbeeld wordt verschaft door de website [Kiezen in de ggz](#). Maak dit recht een geborgd recht en zorg voor een structurele financiering van de keuzewebsite. Dat is belangrijk om te kunnen kiezen, maar ook voor bijvoorbeeld huisartsen om goed te kunnen doorverwijzen. En deze informatie ondersteunt het proces van samen beslissen.

Zorg voor een AVG grondslag voor kwaliteitsregistraties

Om daadwerkelijk zicht te krijgen op passende zorg is het noodzakelijk om naar de dagelijkse praktijk te kijken, welke interventie door welke professie werkt voor welke persoon in welke situatie bij welke problemen met welke behoeften. Als we dergelijke gegevens beschikbaar kunnen stellen aan de behandelaren en de cliënten en hun naasten in de spreekkamer zijn we er van overtuigd dat zinnige en zuinige keuzes gemaakt zullen worden. Het effect en het gebruik van kwaliteitsregistraties zou onzes inziens aanzienlijk kunnen toenemen indien er een wettelijke grondslag met deugdelijke privacy-eisen voor de registraties zou komen en we in Nederland vol inzetten op het ontwikkelen van dergelijke registraties.

Kies voor de GGD regiostructuur

Een geharmoniseerde of geüniformeerde regiostructuur kan bijdragen aan de samenwerking tussen de verschillende actoren uit de verschillende domeinen (Zvw, Wlz, Wmo, Wpg, Jw), waardoor makkelijker integrale regiobeelden opgesteld kunnen worden. De discussienota geeft twee mogelijkheden, namelijk de zorgkantoorregio of de GGD/veiligheidsregio. De discrepantie tussen de twee regiostructuren is beduidend groter dan in de nota wordt gesuggereerd; 12 zorgkantoorregio's liggen in 2 of 3 GGD/veiligheidsregio's. Een keus voor de GGD/veiligheidsregio als basis voor de regiostructuur biedt onzes inziens meer waarborgen voor de aansluiting van cure en care op preventie gezien de taken van de GGD's op het gebied van preventie en de centrale rol van de GGD/veiligheidsregio bij rampenbestrijding en crisisbeheersing (zoals we dagelijks kunnen zien bij de corona crisis).

Zorg voor het verrekenen van geldstromen tussen domeinen

Een majeur knelpunt in de bekostiging en de financiering van zorg en welzijn is het probleem van de "wrong pocket". Om afschuifgedrag te voorkomen is het essentieel dat er een systeem voor het verrekenen van geldstromen tussen de domeinen wordt gerealiseerd. Het model van "Clinical Commissioning Groups" van de NHS klinkt op papier interessant maar blijkt in de praktijk tot problemen te leiden. Mogelijk zou het niveau van de regio als platform voor verrekenen kunnen dienen, door op regionaal niveau afspraken te maken over de inhoudelijke en financiële bijdragen van de verschillende financiers voor het realiseren van de regionale gezondheidsdoelen, en eventuele "shared savings" over de deelnemers te verdelen.

Over de Brug 2

In de afgelopen jaren is er een nieuwe visie ontwikkeld op herstel, behandeling en participatie van mensen die langdurig in zorg zijn. In het rapport [Over de brug](#) werd deze visie, en wat daarvoor nodig is om die te realiseren, vol in de schijnwerpers gezet. De inhoud wordt breed gedeeld en in verschillende regio's in de praktijk gebracht. Ook zijn er landelijk vele vernieuwende initiatieven genomen. Denk aan De Nieuwe GGZ, Herstel voor Iedereen, Beschermd thuis, de beweging van ervaringsdeskundigen, Innovatieprogramma RIBW, Redesigning Psychiatry en Netwerkpsychiatrie, om er enkele te noemen. Bovenal zijn de herstelverhalen van mensen zelf een rijke inspiratiebron voor gewenste en noodzakelijke veranderingen, zowel in de ggz als breder in de samenleving.

Ruim 5 jaar later kunnen we de eerste conclusies trekken. De visie heeft overduidelijk vruchtbare bodem gevonden in veel regionale en landelijke initiatieven. Tegelijk concluderen we dat er in het dagelijks leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen nog onvoldoende is veranderd. Verwezenlijken van de ambitie is dan ook nog niet in zicht. Daarom is het tijd voor een nieuwe fase waarin we onze krachten bundelen. Geen van ons kan deze ambitie in z'n eentje bereiken. Hiervoor is het vraagstuk en het speelveld te complex. Samen vergroten en richten we alle bestaande initiatieven.

De komende maanden stellen we met een nieuw netwerk van alle personen, initiatieven en partijen die zich met mensen met een ernstige psychische aandoening verbonden voelen een nieuwe ontwikkelagenda op. Deze agenda presenteren we in het voorjaar van 2021, waarna we in wisselende coalities met de uitvoering aan de slag gaan.

Het initiatief "over de Brug 2" sluit volgens MIND naadloos aan op de ambitie en visie die uit deze discussienota spreekt en zou dan ook als uitwerking kunnen worden gehanteerd waar het gaat om het concretiseren van de beleidsopties voor de ggz.

Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Een van de toekomstbeelden waaraan in de nota wordt gerefereerd is het "Zorglandschap GGZ" waaraan op dit moment wordt gewerkt onder leiding van Staatssecretaris Paul Blokhuis. Wij gaan ervan uit dat de beleidsopties die in deze discussienota worden genoemd, als ook andere maatregelen die meer specifiek betrekking hebben op de ggz, in het "Zorglandschap GGZ" nader zullen worden uitgewerkt. MIND is en blijft daarbij uiteraard graag actief betrokken. Wij hebben in dat kader reeds diverse mogelijke concrete maatregelen naar voren gebracht, waarvan we er een aantal hieronder zullen aanstippen.

Maak werk van integrale preventie met concrete doelen

Maak een Deltaplan Mentale Vooruitgang, waarvan ook een Nationaal Preventieakkoord GGZ onderdeel zou moeten zijn. Betrek daarbij niet alleen partijen binnen de ggz en gemeenten, maar juist ook partijen als onderwijs, werkgevers en werknemersorganisaties. Ook is een intensieve(re) verbinding tussen de ministeries van VWS-OCW-SZW noodzakelijk: met draagt immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een dergelijk akkoord moet gebaseerd zijn op concrete afspraken en meetbare doelen en maatregelen. Zoals het aantal lessen mentale gezondheid dat wordt gegeven in het basisonderwijs.



De overheid heeft op dit punt (ook) een voorbeeldfunctie als werkgever. Zij moet concrete doelen formuleren en maatregelen nemen om de mentale gezondheid van haar medewerkers te bevorderen. Zoals zij al doet op het gebied van fysieke gezondheid.

Stel een onafhankelijke doorzettingsmacht in

In de huidige regeerperiode is al overeengekomen dat er regionale tafels voor cliënten komen die te maken hebben met te lange wachttijden of die anderszins vastlopen in het systeem. Koppel aan deze tafels een regionale doorzettingsmacht. Deze doorzettingsmacht staat naast de cliënt en kan regionaal en landelijk zorg regelen door alle schotten heen. Kijk bijvoorbeeld naar de 'zorgconsul' in Rotterdam: één persoon/functie met doorzettingsmacht. Als men er (aan tafel) niet uitkomt dan is er juist iemand of 'iets' nodig die de knoop door kan hakken.

Maak per cliënt een zorgnetwerk op maat

Zorg en ondersteuning moeten worden afgestemd op de vraag van de cliënt. Dit betekent dat niet langer wetgeving in het zorg en sociale domein centraal staat, maar dat integrale zorg en hulp mogelijk moet worden gemaakt vanuit de triade (cliënt-naasten-hulpverlening). Omarm en faciliteer de wrap-around care methode. Zo maken we laagdrempelige lokale zorg mogelijk en toegankelijk, en stimuleren we eigen regie.

Geef de huisartspraktijk ruimte

Onze achterban ervaart dat de huisarts (te) druk is en de praktijk (te) groot. Daarom schuift de huisarts psychische problematiek snel af naar anderen. Dat is onwenselijk, de huisarts moet gesteund worden door een sterke POH voor zowel Jeugd als volwassenen, zo nodig doorverwijzen en altijd betrokken blijven. Zorg voor een 'gezonde' huisartspraktijk.

Begin bij de scholen

Bevorder de mentale gezondheid op scholen (basis t/m universiteit) door lessen en voorlichting. Door er vroegtijdig bij te zijn en te investeren in lessen in mentale gezondheid besparen we op termijn zorgkosten (Bron o.a. SER – Zorg voor de toekomst). Leerkrachten hoeven dit niet per se zelf te doen, maar kunnen het ook uitbesteden. Voeg zorg- en onderwijsbudgetten samen waardoor kinderen met psychische aandoeningen niet langer thuis zitten.

Maak een accreditatiestelsel voor toelating zorgaanbieders zoals in het hoger onderwijs

Zorg ervoor dat, net als in het hoger onderwijs, aanbieders door middel van accreditatie worden toegelaten tot de markt. Bij accreditatie wordt de kwaliteit aan de poort vastgesteld en de kwaliteitscriteria zijn democratisch bepaald. Iedereen die vervolgens wordt toegelaten tot de markt, kan de concurrentie aangaan op kwaliteit, cliëntvriendelijkheid etc. De toegelaten aanbieders komen te vallen onder toezicht van de Inspectie. De financiering van de zorgaanbieders kan dan op basis van productie en prestatie.



De accreditatie zou -net als in het hoger onderwijs- door een onafhankelijk accreditatie-orgaan en op basis van de PDCA-cyclus moeten plaatsvinden, waarbij de implementatie van de zorgstandaarden een aspect zal vormen. De achtergrond hiervan is dat een aanbieder leert en blijft verbeteren. Op die manier kan een lerende cultuur in de ggz worden bevorderd.

Tot slot

Wij zijn ons ervan bewust dat het komen tot een samenhangende, allesomvattende en breed gedragen visie op de toekomst van de zorg geen sinecure is. De overweldigende hoeveelheid aan reacties op deze discussienota laat evenwel zien dat de betrokkenheid en wens om te veranderen groot is. Zo ook bij MIND. Wij hopen dan ook dat onze eerdere inbreng voor de Contourennota, onze inbreng voor het "Zorglandschap GGZ" en onze reactie op de discussienota "Zorg voor de toekomst" hieraan kunnen bijdragen. Uiteraard zijn wij altijd bereid tot een nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,

Drs. M.J. ter Avest
Directeur / bestuurder MIND