



Aan: ministerie van VWS
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Ta.v. mw dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde
E dienstpostbusCZ-zorglandschapGGZ@minvws.nl

Datum: 30 juni 2021
Kenmerk: 21-038
Onderwerp: Reactie MIND op Discussienota Zorglandschap ggz
Contact: Simone Melis, E simone.melis@wijzijnmind.nl M 06 81752507

Geachte mevrouw van Diemen-Steenvoorde,

In oktober 2020 hebben wij een [uitgebreide inbreng](#) geschreven ten behoeve van de inrichting van het 'zorglandschap ggz'. De uitgangspunten voor onze visie op het zorglandschap zijn dezelfde als die we destijds benoemden:

Stel de mens en zijn behoeften centraal in plaats van de aandoening/beperking. Bevorder de kwaliteit van leven door middel van het stimuleren van veerkracht en vitaliteit, om zo de lijdensdruk en/of het disfunctioneren terug te dringen.

Wat hiervoor nodig is, zijn integrale 'maatwerkverbindingen' van professionele en informele zorg, en uiteenlopende vormen van sociale en maatschappelijke ondersteuning. Daartoe moeten het zorgdomein en het sociaal domein beter met elkaar worden verbonden en beter met elkaar samenwerken. Het leveren van maatwerk voor de persoon om wie het gaat moet wat MIND betreft centraal staan.

In dit stuk reageren we op de nu voorliggende discussienota. Dit doen wij aan de hand van de vragen die u heeft gesteld. We willen onze hierboven genoemde inbreng uit oktober 2020 niet herhalen; daarom gaan we in dit stuk vooral in op de zaken die we daarin hebben beschreven en die wat ons betreft nog ontbreken in deze discussienota.

1. Herkent u de knelpunten die worden genoemd? Of missen er nog knelpunten?

Wij herkennen de genoemde knelpunten. Deze sluiten ook goed aan bij ons [Deltaplan Mentale Gezondheid](#), waarover wij ook reeds de informateur hebben geïnformeerd.

De discussienota bevat een aantal goede uitgangspunten: de cliënt centraal, een structurele plek voor preventie binnen de ggz, het verkorten van wachttijden en het verbinden van ggz en sociaal domein. Niemand kan hier iets op tegen hebben.



Tegelijkertijd merken we op dat een aantal belangrijke mensgerichte aspecten in de probleemanalyse onderbelicht blijven, namelijk:

- De gevolgen voor mensen van discontinuïteit in de zorg
- Maatschappelijk isolement door mentale gezondheidsproblemen
- Mentale kwetsbaarheid in combinatie met een slechte somatische gezondheid; dit kan elkaar ook versterken.

En daarnaast ontbreken wat ons betreft de volgende knelpunten:

- De urgente problemen in de jeugd-ggz, waar de wachtlijsten de treeknormen ver overstijgen en juist jongeren met de meest complexe problemen het langste moeten wachten op de juiste zorg.
- Specifieke aandacht voor de EPA-groep. Wij missen het knelpunt van de structurele onderbehandeling van de EPA-groep met zware en complexe problematiek. Het betreft zware problematiek bij een relatief kleine doelgroep. We zouden het ten zeerste betreuren als dit knelpunt onvoldoende wordt onderkend en ondergesneeuwd raakt bij de uitwerking van de beschreven beleidsopties.
- De ongewenste effecten van ad-hoc beleid, zoals wij deze bijvoorbeeld zien in de ketenveldnorm 'Levensloopfunctie'. Dit type zorg is nu voor 111 patiënten gerealiseerd; er is echter geen perspectief dat deze ervaringen gebruikt gaan worden voor een bredere doelgroep.
- In de nota wordt voornamelijk gesproken over structuuraspecten zoals wet- en regelgeving, stelsels en screen teams. Deze zijn van groot belang, maar wij missen hierbij het aspect 'cultuur'. Een belangrijk onderdeel van de cultuur in de ggz is de rol van de patiënt of cliënt. "De patiënt staat centraal" klinkt goed, maar wat betekent dit concreet voor de rol van de patiënt? Wat ons betreft gaat dit verder dan 'de patiënt/cliënt centraal stellen'. Het gaat om een cultuurverandering waarbij de hulpverlener niet alleen een behandelaar is met een professioneel oordeel, maar ook een persoonlijk adviseur en ondersteuner. En waarbij de cliënt (en naaste) zoveel mogelijk verantwoordelijk mag en kan zijn voor de gezondheid en de inrichting van het eigen leven. Daarbij moet duidelijk zijn, hoe die eigen regie zich verhoudt tot het professionele oordeel van de zorgprofessional. Zelfregie gaat over het richting geven aan je leven, over zelfvertrouwen en het kunnen en mogen vertrouwen op je eigen oplossingen. We zijn er nog niet door dit eenvoudigweg als uitgangspunt te kiezen. De vraag is, hoe we mensen kunnen uitnodigen tot zelfregie. Dit dient (juist) óók in de spreekkamer te gebeuren. Als we de eigen regie van de betrokkene centraal stellen, dan is het van belang dat interventies worden aangeboden om dat te kunnen doen. Tegelijkertijd rijst dan de vraag of dit voor alle doelgroepen tot een zelfde aanpak kan leiden; waarschijnlijk is dit niet het geval en moet ook hier maatwerk worden geleverd.
- In aanvulling op het door u genoemde knelpunt 'lange wachttijden' (p. 5) merken we bovendien op, dat de *aanmeldwachttijden voor alle (en niet 'sommige') hoofddiagnosegroepen te lang zijn*. Laat ons voorop stellen: het gaat hier over mensen, niet over diagnosegroepen. De lange wachttijd betekent heel concreet in het leven van de mensen om wie het gaat:

verergering van de problemen met je geestelijke gezondheid, vaak niet weten of je überhaupt goed bent doorverwezen, en niet weten bij wie je terecht kunt in verband met de vaak onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen huisarts en ggz. Daarnaast kampen mensen met complexe problematiek en een lange wachttijd te vaak met het stigma dat ze “een hopeloos geval zijn”, met een zo zware problematiek dat niemand meer raad weet.

- De ingewikkelde relatie tussen kwaliteit van zorg en aanvaardbare kosten. Notities over kwaliteit van zorg benoemen vaak dat gestreefd wordt naar “kwalitatief goede zorg, tegen aanvaardbare kosten”. Wij vragen ons af: is het wel mogelijk is om kwalitatief goede zorg te bereiken zonder de doelstelling “tegen aanvaardbare kosten” geweld aan te doen? Deze redenering werkt ook andersom. Bepalen kosten niet vaak de kwaliteit van zorg? Kortom: hoe en door wie wordt deze afweging gemaakt; wat mag uiteindelijk ten koste gaan van wat? En hoe wordt het perspectief van cliënten en naasten in de ggz daarbij betrokken?

2. Welke beleidsopties bij de 3 thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?

I. Preventie

Investeren in mentale gezondheid waarbij alle aspecten in het leven van een mens worden meegenomen; dit is waar MIND ook voor staat. We hebben dit uiteen gezet in ons Deltaplan Mentale Gezondheid. Wij doen daarom een oproep om mentale gezondheid te verankeren in (de opvolger van) het preventieakkoord.

Er zijn een aantal beleidsopties waar wij de agenda van MIND goed in herkennen. We gaan hieronder op enkele van de door u genoemde beleidsopties in; deze zijn in onze tekst *schuin gedrukt*.

Bij de beleidsoptie ‘*Laagdrempelige voorzieningen over alle levensdomeinen*’ benadrukken wij dat deze er niet alleen zijn voor problemen, maar ook voor ontmoeting, zingeving en persoonlijke ontwikkeling. Ze bieden mensen de mogelijkheid om hun eigen kracht, talenten en gevoel van eigenwaarde te (her-) ontdekken, en hun rol en plek in onze samenleving. Zelfregie- en herstelinitiatieven zijn cruciaal als het gaat om terugvalpreventie bij ernstige psychische aandoeningen en spelen een stabiliserende rol in het leven van mensen met een psychische kwetsbaarheid en onbegrepen gedrag. Zij zouden daarom structureel gefinancierd moeten worden.

Ook hebben we een toevoeging bij de beleidsoptie ‘Stimuleren van de inzet van de door de ggz ontwikkelde re-integratiemethode IPS’. Werk is een belangrijk aspect in het leven van ieder mens, zo ook in het leven van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het kan in belangrijke mate bijdragen aan herstel. We noemen in dit kader dan ook het nieuwe [convenant ‘Sterk door werk’](#), de opvolger van het convenant ‘Samen werken aan wat werkt’. Dit is een succesvol samenwerkingsverband dat zich inzet voor het naar werk begeleiden en aan het werk houden van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Daarnaast willen we een opmerking plaatsen bij de beleidsoptie ‘Maatschappelijk debat over de acceptatie van imperfecties van het leven’. Hoewel we begrip hebben voor deze optie, moeten we er voor waken dat de verantwoordelijkheid voor psychische gezondheid te eenzijdig bij (kwetsbare)



individuen wordt neergelegd. Wat ons betreft ligt de nadruk op een andere inrichting van onderwijs, werk, et cetera – de eerder genoemde aspecten van het leven van een mens. Dit vraagt juist ook om een collectieve aanpak.

Wat betreft de zgn. 'screenteams' (par. 2.2) vragen wij ons af, hoe dit nieuwe initiatief zich verhoudt tot de herstel-ondersteunende intake en allerlei andere initiatieven voor betere toegang? De screenteams komen op ons over als een schakelpunt waar mensen naar "het juiste vakje worden verwezen", maar wij missen hierin voor cliënten essentiële elementen zoals shared decision making. Als zij alleen een adviserende bevoegdheid hebben, wat is dan de toegevoegde waarde ervan?

Tot slot zien wij in het hoofdstuk "preventie" dat uitstroom en afschalen met name wordt gekoppeld aan (overdracht naar) het sociaal domein. Wij onderstrepen in dit kader ook de rol van huisartsen, die door hun brede blik en laagdrempelige toegang voor veel cliënten een belangrijke rol kunnen spelen en een 'vinger aan de pols-functie' kunnen vervullen. Ook vragen we expliciet aandacht voor de POH-ggz; deze kan de cliënt helpen met ondersteunende gesprekken. Daarbij is van belang dat de POH-ggz voldoende tijd heeft voor ieder gesprek en ook voor het totale begeleidingsproces.

II. Organisatie en Regie

De discussienota stelt dat de overheid meer mogelijkheden schept voor de uitvoering om *domeinoverstijgende samenwerking* vorm te geven. Dit juichen wij toe. Hiervoor is 'ruimte binnen de regels' nodig, en vertrouwen dat zorgprofessionals en professionals uit het sociale domein vanuit hun respectievelijke expertise dit samen kunnen vormgeven. Wij vragen nadrukkelijk om domeinoverstijgende samenwerking breed op te vatten. Breder dan het geval is bij het nu voorliggende wetsvoorstel 'Domeinoverstijgende samenwerking' waar vanuit de Wlz en de zorgkantoren wordt geredeneerd (zie ook onze [petitie](#)).

Als we kijken naar de praktijk van domeinoverstijgende samenwerking, is voor de client de relatie met de hulpverlener essentieel. Als er 'geswitcht' wordt tussen hulpverleners zal er sprake moeten zijn van een warme overdracht of een vorm van coöperatie waarbij de cliënt zelf betrokken is en/of betrokkenheid ervaart. De onafhankelijke client ondersteuner (OCO) kan hier ook een positieve bijdrage aan leveren.

In par. 3.1 'Spreiding en concentratie' lezen we een vrij eenzijdige nadruk op hoog-complexe zorgvragen, terwijl het ook vaak gaat om een complexe context als gevolg van onderbehandeling in het verleden, slechte aansluiting behandeling-begeleiding, bijkomende sociale problemen, verkeerde diagnoses enzovoort. Complex betekent in de nu voorliggende tekst vooral een (hoog-)complex behandelaanbod i.p.v. de door ons gewenste levensloopfunctie waarbij de bredere complexe context (en dus ook het sociaal domein) integraal wordt betrokken. Bij de beleidsoptie *opschalingsstructuur bij vastlopende casuïstiek* missen wij in het geheel de belangrijke rol van de onafhankelijke cliënt-ondersteuner (OCO).

Wij doen daarom opnieuw een oproep voor echte integrale netwerkzorg om de cliënt en de naasten heen. Zorg en ondersteuning die op maat wordt geboden, goed onderling is afgestemd en volledig aansluit op hun ondersteuningsvraag. We noemen dit ook wel 'wrap around care': bij deze integrale zorg rondom de cliënt kan alle relevante wetgeving betrokken zijn, zoals Zvw, WMO, Jeugdwet, Wpg,



Wvvgz, Wfz (waarmee de *noodzaak tot passende zorg voor mensen die in zorg- en veiligheidsdomein vallen* duidelijk is), Wvvgz – en de daaruit voortvloeiende bekostiging. Hier ligt, zoals u ook noemt in een van de beleidsopties, ook een *rol voor gemeenten* die duidelijk gedefinieerd moet zijn. *Duidelijk gedefinieerd en eventueel aangescherpt toezicht door zowel IGJ als NZa* is van belang om zowel de uitvoering van deze samenwerking (IGJ) als de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de ggz (Nza) te toetsen.

Wat ook nodig is, en ons inziens nog ontbreekt in uw visie, is een kabinetsbrede aanpak om deze integrale zorg vorm te geven. Immers, de aspecten van het leven van mensen strekken zich uit over meerdere domeinen en in het verlengde hiervan ook passende zorg en ondersteuning. Naast VWS is daarom ook de actieve betrokkenheid noodzakelijk van de ministeries OCW, SZW, BZK en V&J. Om dit te laten werken is het ook nodig om een systeem op te zetten om geldstromen tussen domeinen te kunnen verrekenen. Schotten tussen financieringsstromen belemmeren de integrale bekostiging van zorg en staan daarmee in de weg van het kunnen leveren van maatwerk. We verkennen graag samen met u en de betrokken partijen welke concrete stappen in wetgeving en uitvoering nodig zijn om hier ook echt te kunnen komen.

Met inachtneming van bovenstaande doen wij daarom ook met klem een oproep om spoedig duidelijkheid te verschaffen over de *financiering van de consultatiefunctie*. In de praktijk betekent dit namelijk dat cliënten in de ggz nu de dupe worden van onduidelijkheid over de bekostiging van domein-overstijgend samenwerken. Een oplossing voor dit vraagstuk mag niet langer vooruit worden geschoven.

III. Vernieuwing en Werkplezier

Bij dit onderdeel benoemen we met name het onderdeel *‘Beschrijven en inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg’*. We onderschrijven de drie beleidsopties die daarbij worden genoemd.

Kwaliteitsinformatie voor cliënten is een essentieel middel om de juiste keuze voor behandelaar en behandeling te kunnen maken. Een voorwaarde om dit mogelijk te maken is een hoge mate van transparantie over de geleverde zorg, inclusief client-ervaringen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Op die manier wordt een (toekomstige) cliënt optimaal in de gelegenheid gesteld om op basis hiervan zelf te kunnen kiezen.

Daarnaast vragen we aandacht voor andere, innovatieve vormen van verantwoording over de geleverde zorg in de ggz, waarbij we een sterke inbreng voorzien voor kwalitatieve vormen van kwaliteitsbevordering en -beoordeling met en door cliënten.

3. Heeft u ideeën om bepaalde opties te concretiseren en praktisch vorm te geven?

- (a) Zorg voor de opschaling van goede initiatieven in de ggz.

De huidige onderbenutting leidt tot gemiste kansen en telkens ‘het wiel opnieuw uitvinden’ op lokaal en regionaal niveau.

(b) Definieer waarop controle nodig is, en waarop niet.

Dit met als doel om de kostbare tijd van zorgprofessionals aan cliënten te besteden in plaats van aan niet-noodzakelijke administratie en registratie. Dit bevordert de kwaliteit van het behandelcontact en brengt het werkplezier bij alle deskundige en betrokken professionals terug.

(c) Versterk de positie van ervaringsdeskundigen, cliënten en naasten.

MIND heeft de volgende concrete ideeën om dat tot uitvoering te brengen:

Borg de positie van cliënten en naasten en de inbreng van cliënten- en naastenperspectief, inclusief financiering. Leg de positie en rol van cliënten en naasten vast in wetgeving, beleid en in de uitvoering. Een concreet voorbeeld: geef de Familieraden (FR) dezelfde rechten en status als de Cliëntenraden (CR) in instellingen in de WMCZ. MIND bepleit voorts de inbedding van cliënten en naasten aan landelijke, regionale en lokale overlegtafels. Investeer in deze collectieve belangenbehartiging door een structurele financiering uit de Rijksbegroting voor de bijdrage van cliënten en naasten in ontwikkeling van beleid en uitvoering op zowel landelijk, regionaal als lokaal niveau.

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. Ook de Tweede Kamer heeft zich hier in positieve zin over uitgesproken in een [motie](#). Afgezien van de toegevoegde waarde van lotgenotencontact voor de betrokken personen zelf, heeft deze informele vorm van zorg ook een maatschappelijke meerwaarde. Dit is aangetoond door een [SROI \(‘social return on investment’\)](#) [kosten-batenanalyse](#).

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. De informatie is belangrijk voor mensen om een hulpverlener te kunnen vinden en kiezen, maar biedt ook informatie aan bijvoorbeeld huisartsen om goed te kunnen doorverwijzen. Deze informatie ondersteunt zo het proces van samen beslissen.

Laat cliënten, familieleden en naasten volwaardig deelnemen aan de lerende netwerken in de ggz. Het versterken van lerende organisaties en netwerken in de ggz hebt bij het verbeteren van kwaliteit. Actieve deelname van cliënten, familie en naasten in alle fasen van de kwaliteitscyclus is van belang om écht met en van elkaar te kunnen leren om zodoende samen de kwaliteit van zorg te verbeteren.

(d) Versterk de positie van zelfregie- en herstelinitiatieven.

Zelfregie- en herstelinitiatieven zijn bottom-up, cliënt gestuurd en ongeprotocolliseerd. Ze bieden een vrije ruimte aan mensen met en zonder ervaringsdeskundigheid om op basis van peer support activiteiten te organiseren die ondersteunend zijn op de weg van herstel. Ze gaan uit van de mogelijkheden en ambities van mensen, en bieden gelegenheid tot ontmoeting, ontdekking en ontplooiing. Zelfregie- en herstelinitiatieven hanteren de volgende uitgangspunten:

- Ieder herstelproces is persoonlijk en uniek. Het laat zich niet vangen in regels en procedures.
- Ieder mens heeft beperkingen én mogelijkheden. Wie in de ene situatie hulpvrager is, kan in de andere hulpverlener zijn. Zelfregie- en herstelinitiatieven werken op basis van gelijkwaardigheid en wederkerigheid.
- De ervaringsdeskundige speelt in herstel een cruciale rol. Een gedeelde ervaring maakt een diepere verstandhouding mogelijk. De ervaringsdeskundige kan een inspirator zijn en een rolmodel.
- Ervaringsdeskundigheid is een professionele deskundigheid. Ervaringsdeskundigheid wordt verworven uit de eigen ervaring én reflectie op de eigen ervaring en die van anderen

Zelfregiecentra Nederland bezitten een schat aan expertise op het gebied van ervaringsdeskundigheid en herstel. Zelfregiecentra en herstelinitiatieven zijn dagelijks bereikbaar, bieden praktische ondersteuning op alle levensgebieden, zorgen voor sociale verbondenheid en een zinvolle daginvulling, bieden mogelijkheden voor vrijwilligerswerk en cursussen richting herstel en ervaringsdeskundigheid. Zelfregiecentra hebben een eigen positie tussen de zorg en het sociaal domein en spelen daarbinnen hun eigen rol. Omdat zelfregiecentra werken vanuit eigen ervaring, zijn ze ten diepste gemotiveerd om de positie van mensen met een psychische kwetsbaarheid te verbeteren.

4. Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Een uitgebreid overzicht hiervan vindt u in [onze bijdrage van 30 januari jl.](#) (pp. 8 t/m 10). Dit document hebben we voor uw gemak bijgevoegd bij deze inbreng.

Tot slot

De droom van MIND zoals verwoord in ons meerjarenbeleidsplan is:

‘een samenleving waarin wij psychische gezondheid koesteren, daarin investeren en alles doen om onnodig psychisch leed te voorkomen. Iedereen die nu of in de toekomst te maken heeft met psychisch leed kan rekenen op begrip, ondersteuning en goede zorg.’

Met deze inbreng voor het Zorglandschap ggz hopen we die droom weer een stukje dichterbij te brengen. Wij zijn graag bereid om onze standpunten en ideeën nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,



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

