

Vergaderjaar 2014–2015

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 276

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 mei 2015

Tijdens de Regeling van werkzaamheden van 31 maart 2015 is naar aanleiding van het verzoek van het lid Leijten (SP) om een debat over de steeds nijpender wordende situatie door wachtlijsten in de GGZ (Platformggz.nl, 27 maart 2015) verzocht een brief ter zake te ontvangen. Conform de nieuwe werkwijze (Presidiumbesluit 19 februari 2014) is buiten de regeling van werkzaamheden geïnventariseerd welke eventuele (aanvullende) vragen in deze brief beantwoord moeten worden ter voorbereiding op het toegewezen 30-ledendebat en het reeds geplande algemeen overleg GGZ op 21 mei 2015¹.

Onderstaand treft u per fractie de aanvullende vragen aan en mijn reactie hierop.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

PvdA-fractie

1.

In hoeverre heeft de Minister informatie ingewonnen bij de politie over de toename van verwarde personen op straat?

De informatie over de toename van verwarde personen op straat is gebaseerd op een onderzoeksrapportage van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Dienstencentrum (WODC). Dit onderzoek is in opdracht van de Minister van Veiligheid en Justitie uitgevoerd en aangeboden aan de Tweede Kamer bij brief van 6 januari 2015 (Kamerstuk 29 628, nr. 501).

2.

Kan uit de informatie worden opgemaakt wat het profiel is van deze mensen? Zo ja, hebben zij vaak ggz-problematiek, of spelen er ook andere zaken? Zo nee, is de Minister bereid tot verdiepend onderzoek?

Uit de onderzoeksrapportage blijkt dat de term «verwarde personen» een bredere groep omvat dan alleen psychiatrische patiënten. Een verward persoon kan volgens het onderzoek ook een verslaafde, dementerende of een persoon met een verstandelijke beperking zijn. Het onderzoek is gebaseerd op meldingen die de politie ontvangt. Daarmee is het niet uitgesloten dat er ook sprake is van dubbellingen, dat wil zeggen meerdere meldingen die een en dezelfde persoon betreffen. In een breed ketenoverleg dat op 19 mei a.s. zal plaatsvinden met alle betrokken actoren op dit terrein, worden mogelijke verbeteringen verkend. Mocht een meer verdiepend onderzoek een bijdrage hieraan kunnen leveren, dan ben ik daartoe zeker bereid.

3.

Hoeveel gemeenten hebben een ambulante ggz-team paraat om verwarde personen op straat snel hulp te bieden? Hoe bereikbaar, benaderbaar en vindbaar zijn deze teams als mensen zich zorgen maken over een verward persoon?

Wanneer het gaat om mensen die ambulante behandeling vanuit de GGZ nodig hebben, valt dit onder de Zorgverzekeringswet. Wanneer het gaat om ondersteuning op basis van de Wmo kiezen veel gemeenten voor een sociaal (wijk)team als organisatievorm om zorg en ondersteuning in de buurt in te richten. Volgens het rapport «Sociale (wijk)teams in vogelvlucht, state of the art najaar 2014» gaat dit om ruim drie kwart van de gemeenten. Het betreft veelal multidisciplinaire teams. Overigens waren gemeenten op basis van de Wmo al langer verantwoordelijk voor het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen. Met het wijkgerichte werken beogen gemeenten beter en een meer integraal beeld te krijgen van de bewoners in hun sociale context. Een laagdrempelige benadering van de teams naar de bewoners en andersom is de sleutel in de werkwijze. Daarmee kunnen teams goed toegankelijk zijn voor signalen van bewoners, ook als het gaat om zorgen over verwarde personen.

Uit een in maart uitgevoerde inventarisatie naar de inrichting van de toegang bij gemeenten (onderzoek Toegang Wmo 2015, Radar maart 2015) blijkt dat in 10–20% het onderzoek naar ondersteuningsvraag Wmo 2015 is geïnitieerd door mantelzorger/informeel netwerk.

4.

Is er per regio met instellingen en samenwerkingspartner een adequaat plan van aanpak waarin beschreven wordt hoe meer ambulante hulp wordt geboden in plaats van intramurale hulp?

In het kader van de nieuwe verantwoordelijkheid voor beschermd wonen, gaat elke centrumgemeente later dit jaar van start met het opstellen van een regionaal beleidsplan beschermd wonen en opvang («Kompas»), waarin onder andere aandacht zal zijn voor een goede aansluiting op de curatieve GGZ. Gemeenten zullen deze plannen regionaal afstemmen met aanbieders en cliëntenorganisatie. In dergelijke plannen zal ook kunnen worden ingegaan op de behoefte aan ambulante hulp in de regio. Dit laat onverlet dat instellingen en verzekeraars hierin ook een eigen verantwoordelijkheid hebben.

Het is aan deze partijen om gezamenlijk ervoor zorg te dragen dat de verschillende vormen van GGZ-zorg gewaarborgd en beschikbaar zijn voor mensen die op deze zorg aangewezen zijn.

5.

Hoe volgt de Minister de beddenafbouw en de opbouw van ambulante ggz-capaciteit? Hoe worden de signalen van het veld daar in meegenomen?

6.

In hoeverre is er per regio inzicht hoeveel ggz-zorg intramuraal wordt geleverd en hoeveel buiten de instelling?

Ik heb u in januari 2015 geïnformeerd over de mate waarin de bedden in de intramurale GGZ worden afgebouwd. Uit de monitor van het Trimbos (cijfers 2013) blijkt dat de omvang van de op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierde intramurale capaciteit afnam met 3%. De afname doet zich het sterkst voor in de Zvw gefinancierde capaciteit (afname van 7%). De omvang van de capaciteit van het voortgezet verblijf nam af met 4%. De totale omvang van beschermd wonen bleef stabiel; bij geïntegreerde instellingen nam deze capaciteit af met 4%, bij de Regionale instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) nam deze capaciteit echter toe met 2%. De monitor laat zowel een landelijk beeld zien als inzicht in de situatie in de regio. Uit genoemde monitor bleek dat sprake was van grote regionale verschillen.

De bovengenoemde monitor beperkte zich tot het inzichtelijk maken van de beddenafbouw. Uiteraard is het van groot belang om ook de opbouw van de ambulante zorg inzichtelijk te maken. Daarom heb ik in 2014 besloten de eerdere monitor te verbreden met het meten van dit deel van de GGZ-zorg, alsook de beoordeling door cliënten/patiënten van de bereikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg. In deze brede monitor (Ambulantisering en hervorming van langdurige GGZ) is ook uitdrukkelijk ruimte om signalen vanuit het veld mee te nemen.

7.

In hoeverre loopt de beddenafbouw gelijk op met de opbouw van ambulante ggz-capaciteit? In hoeverre is de toename van verwarde mensen op straat te wijten aan een te trage opbouw van ambulante ggz-capaciteit?

De Landelijke monitor intramurale GGZ beperkte zich tot het inzichtelijk maken van de omvang van de beddenafbouw. Ik heb besloten deze te verbreden met het in kaart brengen van de (opbouw) van de ambulante GGZ-zorg en de beoordeling door cliënten/patiënten van de bereikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg. De monitor zal eind 2015 verschijnen.

Er is echter in de laatst verschenen monitor over de beddenafbouw, over 2013 een beperkt aantal vragen in de uitvraag meegenomen die betrekking heeft op de ontwikkelingen in de ambulante GGZ-zorg. Hieruit bleek ten aanzien van het ambulante zorggebruik sprake te zijn van een daling ten opzichte van 2012. Vanwege de beperktheid van dit deel van

het onderzoek, heb ik aangegeven hier geen conclusies aan te kunnen verbinden.

8.

Is de Minister voornemens om spoedig met een plan te komen waarin zij samen met de sector komt tot afspraken om de beddenafbouw gelijk op te laten lopen met de opbouw van ambulante zorg? Zo ja, kan zij dit plan voor het geplande AO GGZ naar de Kamer sturen? Zo nee, waarom niet?

9.

Welke inspanningen verricht de sector om te voorkomen dat er verwarde mensen verstoken blijven van hulp en op straat komen? Acht de Minister deze inspanningen voldoende?

Het proces van meer op ambulante wijze behandelen vanuit de wens om de kwaliteit van zorg te verbeteren door meer zorg op maat te bieden, is sinds enkele jaren in gang gezet.

In het brede ketenoverleg dat ik samen met de Minister van Veiligheid en Justitie op 19 mei a.s. organiseer rond het onderwerp «verwarde personen», zal worden gezien wat nodig is om verbeteringen te realiseren en welke aanpak hierbij het beste past.

De groep «verwarde personen» is geen homogene groep mensen. Het gaat om mensen met een verslaving, oudere dementerenden, mensen met een verstandelijke beperking en GGZ-patiënten.

Met betrekking tot de acute GGZ zend ik u op korte termijn mijn beleidsreactie met voorstellen om tot verbetering te komen. Een onderdeel daarvan is dat de politie en GGZ Nederland dit jaar hun eerdere afspraken die vastgelegd zijn in het convenant tussen Politie en GGZ Nederland in 2015 zullen herzien en aanscherpen.

CDA-fractie

10.

Kan de Minister een verklaring geven waarom het aantal overlastmeldingen bij de politie betreffende verwarde personen zo gestegen is (in 2014 – 59.699 en in 2013 gebeurde dat 52.297 keer)?

Ik heb dit nagevraagd bij de Minister van Veiligheid en Justitie. De insteek van het onderzoek was de vraag naar de besteding van de politiecapaciteit en naar de samenwerking tussen politie en GGZ. Er is geen onderzoek verricht naar een mogelijke stijging van de politie-inzet en de oorzaken daarvan. Naar aanleiding van het onderzoek heeft de toenmalige Minister van Veiligheid en Justitie uw Kamer zijn beleidsreactie gestuurd op 6 januari 2015 en gelet op de bevindingen heeft hij om een herhalingsonderzoek verzocht om te achterhalen of er een trend waarneembaar is in de capaciteitsbesteding bij de politie. Dat vervolgonderzoek zal in 2017 zijn afgerond.

11.

Wat is de reactie van de Minister op het artikel in Binnenlands Bestuur «Gek van de Gekken» waarbij de burgemeester uit Heerenveen duidelijk stelt dat hij het een risico vindt voor de veiligheid van zijn inwoners?

De betrokken burgemeester snijdt hier een specifieke problematiek aan die zeker niet voor alle mensen die aangewezen zijn op de GGZ geldt. Niet iedereen die GGZ-zorg behoeft, geeft grote overlast en vertoont agressief gedrag. Het op ambulante wijze GGZ-zorg verlenen, is alleen aangewezen indien dit tot de mogelijkheden behoort en verantwoord is. Ik vind het een goede zaak dat de betrokken burgemeester nauwe samenwerking heeft

gezocht met het OM, de politie en de GGZ. Er ligt op dit vlak een gezamenlijke verantwoordelijkheid om tot praktische oplossingen te komen.

12.

Vindt de Minister het een goede ontwikkeling als ambulante teams worden afgebouwd om vervolgens te worden opgenomen in wijkteams? In hoeverre ontstaat er op deze manier een lacune in kennis en kunde betreffende deze doelgroep?

De inzet om de zorg in de GGZ meer ambulant in te richten waar dat kan, is ingegeven vanuit de wens om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door mensen met psychische problematiek op ambulante wijze hulp aan te bieden, wordt het stigmatiseren en hospitaliseren van deze mensen voorkomen.

De ambulante GGZ teams bieden specialistische GGZ-zorg en zijn specifiek gericht op de ambulante medische behandeling en ondersteuning van mensen met (veelal ernstige) psychische problematiek in het kader van de Zorgverzekeringswet. De sociale (wijk)teams die nu in veel gemeenten worden opgezet zijn ook gericht op zorg en ondersteuning in de buurt. Er lijkt dus overlap te zijn in de taak en doelgroep van deze teams. Ik kan mij voorstellen dat in de samenstelling van deze teams verschillende disciplines samenkomen en psychische problematiek herkend kan worden (bij zorgmijders) en doorverwezen wordt naar de (ambulante) GGZ. Het ligt aan de lokale omstandigheden en gekozen zorgstructuur in welke teams of vorm dit het beste vorm kan worden gegeven voor mensen met (ernstige) psychiatrische problematiek. Het is aan gemeenten om zorg te dragen voor een efficiënte en effectieve organisatie van de zorg en ondersteuning in de wijk. Een goede afstemming tussen ondersteuning vanuit de Wmo en de zorg die wordt geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet is hierbij van belang.

13.

Is de Minister bereid het voorstel van het Landelijk Platform GGZ nader uit te werken waarbij zorgverzekeraars en ggz-aanbieders concrete afspraken maken over het aantal benodigde ambulante teams per regio? En de benodigde capaciteit voor patiënten die tijdelijk moeten worden opgenomen in een ggz-instelling omdat ze in een crisissituatie dreigen te raken?

Het is niet aan mij om dergelijke afspraken te gaan opleggen, het is aan de zorgverzekeraars, aanbieders en in samenwerking met de gemeenten om te bepalen wat per regio aan ambulante zorg nodig is. Dat zal mede afhankelijk zijn van de omvang van de populatie en de kenmerken van die populatie. Alleen al vanuit dat oogpunt is er geen landelijk format op te leggen. Wel is het duidelijk dat ook ten aanzien van deze verzekerden, de zorgverzekeraar, als onderdeel van zijn zorgplicht, voldoende zorg zal moeten inkopen om de verschillende vormen van GGZ-zorg te borgen. Er lijken behoorlijke regionale verschillen te zijn. Het lijkt mij een goede zaak indien genoemde partijen met elkaar in elk geval regionaal tot verdere afspraken komen. Het is evident dat in geval van een acute GGZ-crisis opnamecapaciteit voorhanden moet zijn.

14.

Hoe duidt de Minister de reactie van de zorgverzekeraars dat ze nog geen signalen hebben binnengekregen van zorgaanbieders of verzekerden? Is de Minister van mening dat zorgverzekeraars meer een regierol zouden moeten oppakken? En hoe kan zij dit verder faciliteren?

Ik begrijp van de verzekeraars dat het hen lukt om mensen die zorg nodig hebben te helpen een zorgaanbieder te vinden. Verzekeraars hebben een zorgplicht. Als die in het geding dreigt te komen, zullen verzekeraars hun rol oppakken. Zorgverzekeraars hebben aangegeven samen met zorgaanbieders te zoeken naar mogelijkheden om meer zicht en grip te krijgen op wachttijden. Verzekeraars hebben immers zicht op de uitputting van de contracteerruimte en aanbieders hebben zicht op hun wachttijden. In een brief van 20 januari 2015 heeft Zorgverzekeraars Nederland aangekondigd dat zorgverzekeraars hun verzekerden actiever en doeltreffender zullen ondersteunen bij wachtlijstbemiddeling in de GGZ.