



Landelijk Platform GGz

LPGGz

Aan de vaste Kamercommissie VWS
t.a.v. Dhr. T. Teunissen

Datum: 28 oktober 2016
Kenmerk: 16-093 MD
Onderwerp: Begrotingsbehandeling
Contact: Mirjam Drost, m.drost@platformggz.nl, 06-19973092

Dé koepel voor
cliënten en
familieorganisaties
in de geestelijke
gezondheidszorg

Stationsplein 125
3818 LE Amersfoort

T (033) 303 24 00
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

IBAN NL44FVLB0227222598
BTW NL816859590B01
KvK 30213449

Geachte leden van de Tweede Kamer,

In de week van 7 november debatteert u over de begroting van het ministerie van VWS. Het Landelijk Platform GGz vraagt graag uw aandacht voor mensen met psychische kwetsbaarheid of verward gedrag. Het Aanjaagteam Verwarde Personen heeft de knelpunten in kaart gebracht en geanalyseerd. In september had nog geen enkele gemeente een volledig plan van aanpak. Ook bleek uit de rapportage dat mensen met een psychische kwetsbaarheid nog weinig tot niets merken van een verbeterde toegang tot zorg en voorzieningen. Zorgvragen blijven te lang onbeantwoord, crisissituaties escaleren, preventie krijgt onvoldoende aandacht.

Er is al consensus

Er bestaat al een brede consensus over de vernieuwingen die nodig zijn in de zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische kwetsbaarheid. Dit blijkt uit het aanjaagteam verwarde personen, de commissie Dannenberg, *Over de Brug*, de monitor Ambulantisering van het Trimbos-instituut en de Nieuwe GGz. Al deze rapporten en initiatieven wijzen in dezelfde richting. Er is een fundamentele omslag nodig naar

- zoveel mogelijk hulp in de thuissituatie, flexibel en op maat;
- meer zelfregie en inzet van ervaringsdeskundigheid
- meer preventie en levensbrede ondersteuning gericht op kwaliteit van leven
- een volwaardige positie van naastbetrokkenen en betere ondersteuning van familie en mantelzorgers
- een praktijk die aansluit op de leefwereld van mensen
- een grotere maatschappelijke participatie van de mensen om wie het gaat

De vernieuwde aanpak komt niet op gang; meer regie nodig

Tegelijk zien we dat de vernieuwing in de meeste regio's zeer moeizaam op gang komt of stagneert. De urgentie van de problematiek is onverminderd hoog. Het LPGGz krijgt dagelijks meldingen van cliënten en familieleden die knel komen in het systeem, soms met dramatische gevolgen. De statistieken over toename gedwongen zorg, wachtlijsten in de ggz, incidenten met verward gedrag, meer psychiatrische cliënten in de opvang, fors lagere levensverwachting, belasting mantelzorgers ggz en onveranderd lage (arbeids)participatie liegen niet.

Het LPGGz is van mening dat het rijk meer regie moet nemen en moet sturen op een regionale aanpak met streefcijfers en minimumprestaties. Het cliënt- en familieperspectief dient daarin leidend te zijn, want alleen vanuit dit perspectief kunnen verbindingen gelegd worden tussen diverse domeinen en belangen.



Concreet vragen wij uw steun voor het volgende:

- 1. Een breed plan van aanpak voor hulp aan mensen met ernstige psychische kwetsbaarheid, naar voorbeeld van het Plan van Aanpak maatschappelijke opvang in het vorige decennium.**
Bij dit plan van aanpak dienen beide bewindslieden van het ministerie van VWS, maar ook collega's van de ministeries van SZW, V&J en Wonen betrokken te worden. Het plan moet een gezamenlijk kader vanuit cliënt- en familieperspectief bieden, waarbinnen regionale partijen hun eigen afspraken kunnen maken.
- 2. Een meerjarenplan voor versterking van ambulante zorg en ondersteuning in de wijk.**
Momenteel gaat binnen WMO en ZVW circa 1 miljard euro om in ambulante zorg en ondersteuning voor de zogenaamde EPA-doelgroep, die naar schatting 250.000 – 300.000 personen telt. Op verzoek van de Tweede Kamer heeft de minister het Trimbos-instituut een advies laten uitbrengen over de gewenste opbouw van de ambulante ggz. In dat advies zijn twee wenselijke scenario's genoemd: het scenario 'intensieve ambulante opbouw' gaat uit van een groei van de uitgaven voor de EPA-doelgroep naar bijna twee miljard euro; het scenario 'geïntegreerde ggz in de wijk' gaat zelfs uit van een groei tot ruim 3 miljard euro. De cijfers geven aan voor welke gigantische opdracht de ggz en andere maatschappelijke partners staan. Een dergelijke opdracht kan niet opgepakt worden zonder duidelijk politiek mandaat en financieel plan voor de lange termijn. Het financieel plan zal voor een belangrijk deel gebaseerd moeten zijn op verschuivingen binnen bestaande budgetten, waar nodig aangevuld met extra budget.
- 3. Een forse investering in zelfregiecentra van en voor mensen met psychiatrische kwetsbaarheid, als onderdeel van een integraal ondersteuningsaanbod**
Zelfregiecentra of herstelacademies zijn een essentieel onderdeel van de gewenste vernieuwing. Zij leveren op basis van ervaringsdeskundigheid een onmisbare bijdrage op het gebied van laagdrempelige inloop, onafhankelijke cliëntondersteuning, preventie, onderlinge hulp, herstelgroepen en maatschappelijke participatie. Binnen de systeemwereld kunnen zij zich echter moeizaam een positie verwerven. Het Trimbos-instituut geeft aan dat de ontwikkeling van zelfregiecentra en herstelacademies een forse impuls nodig heeft. Voor een landelijk dekkend netwerk van zelfregiecentra is een bedrag van 75 tot 144 miljoen euro nodig is (zie bijlage).
- 4. Besluitvorming over toegang van de ggz-doelgroep tot de Wlz nog tijdens deze kabinetsperiode**
Het kabinet heeft nog altijd geen invulling gegeven aan de motie Keijzer-Bergkamp over toegang van de ggz-doelgroep tot de Wlz en het advies van het Zorginstituut hierover. Het LPGGz is ontstemd over het feit dat de bewindslieden het advies van het Zorginstituut ruim een half jaar hebben laten liggen en vervolgens besloten hebben tot een uitvoeringstoets. Betreffende cliënten en familieleden worden daardoor nog langer in onzekerheid gehouden. Mensen die ontegenzeggelijk tot de doelgroep van de Wlz behoren, blijven nu extra lang afhankelijk van de gemeente. Zekerheid over toegang tot de Wlz is voor het LPGGz ook een harde voorwaarde om tot besluitvorming over een nieuw verdeelmodel beschermd wonen te kunnen overgaan.

Ik woon sinds 2008 in een kleinschalig wooninitiatief. Ik en mijn medebewoners hebben vanaf die tijd prettig gewoond en goede begeleiding ontvangen. Daarvoor verbleven we in instellingen waar het allemaal niet zo prettig was, Onze kwaliteit van leven is aanzienlijk verbeterd. Mijn medebewoners met een VG-indicatie voldoen aan de toegangs criteria Wlz. Alleen omdat ik een GGZ C indicatie



heb, ben ik nu overgeleverd aan de WMO. Mijn budget wordt, als mijn bezwaar wordt afgewezen, door de gemeente met 50% gekort waardoor het zeer onwaarschijnlijk is dat ik hier kan blijven wonen. Ik gun mijn medebewoners het beste maar dit ervaar ik als zeer onrechtvaardig: niet mijn beperkingen of die van mijn medebewoners zijn van belang maar mijn indicatie.

5. Doortastende en integrale aanpak van wachtlijsten in de ggz

De problematiek van wachtlijsten in de ggz is erg hardnekkig en veelzijdig. Knelpunten zitten onder meer in de inkoop, beschikbaarheid behandelaren, informatievoorziening, bemiddeling en doorstroming in de keten (bijvoorbeeld de woningmarkt). De minister heeft aangekondigd om samen met veldpartijen in vier regio's de problematiek grondig in kaart te brengen en op basis daarvan met een plan te komen voor verdere aanpak van wachtlijsten. Daarnaast lopen diverse trajecten bij de NZA. Wij verzoeken de Kamer om te bewaken dat de problematiek inderdaad integraal wordt aangepakt en binnen twee jaar leidt tot een aanzienlijke vermindering van wachttijden. Hiervoor is noodzakelijk dat de minister tijdig inzicht geeft in eventueel benodigde maatregelen en middelen.

Mijn dochter is ernstige depressief en heeft daarnaast Borderline. Hierbij is ze chronisch suïcidaal. Ze staat regelmatig op het spoor, snijdt zich, enzovoort. De ene opname en IBS volgt de andere op. (Kosten? En alle ellende van isoleercellen bij de politie en bij de inrichting) Ze heeft dit al vanaf ongeveer haar 15e jaar. Echte therapie is er nog nooit geweest. De enige hulp die geboden wordt is in de vorm van medicijnen, psycholoog en psychiater. Dit werkt onvoldoende en is niet passend. Hoop is er nog voor één therapie waar ze mogelijk baat bij zou kunnen hebben; en waar ze naar uitkijkt. De wachtlijst is echter circa een jaar. Dit kan niet meer. Ik weet niet of ze dan nog leeft.

6. Instelling van een Doorzettingsmacht voor volwassenen

In onze brief van 14 oktober jl. hebben wij reeds een oproep gedaan voor het instellen van een doorzettingsmacht voor volwassenen met een complexe zorg- en hulpvraag die in het systeem vastlopen. Wij zien deze doorzettingsmacht als een noodzakelijk hulpmiddel om schrijnende casussen op te lossen die regelmatig bij ons gemeld worden. De Doorzettingsmacht voor volwassenen wordt (net als de Doorzettingsmacht voor jeugd) gestationeerd op lokaal en/of regionaal niveau. Mensen met complexe problematiek die vastlopen kunnen bij die persoon terecht. Hij of zij heeft de bevoegdheid om zorg of hulp af te dwingen en kent de lokale en regionale sociale kaart (met alle aanbieders en hulpverleners en hun specialismen). De Doorzettingsmacht voor jeugd wordt op 1 januari 2017 geïmplementeerd, met medewerking van het ministerie van VWS, de VNG, en de ouder- en cliëntenorganisaties waaronder het Landelijk Platform GGZ en Ieder(In) die hierover duidelijke afspraken hebben gemaakt.

Het gaat om mijn zoon met dubbeldiagnose (verslaving en psychotisch). Hij zwerft al weer een maand rond, heeft een daklozenuitkering. Hij heeft een poos geleden brand gesticht in eigen woning, terwijl de burens en ik al meerdere kerenbezorgdheid hadden geuit en de politie ingeschakeld. Hij heeft toen 5 maanden in een penitentiaire instelling gezeten. Toen is hij plotseling buiten de poort gezet en de nazorg was slecht geregeld. Er zijn allerlei interventies geweest, ook via Veiligheidshuis, maar geen passende zorg. Momenteel is er helemaal geen ambulante zorg, met mij als moeder wordt niet gecommuniceerd. Ik hoop dat hij begeleid kan gaan wonen. Het gaat niet goed, ik maakte me zo zorgen.



7. Terugdringen dwangopnames en dwangbehandeling

Steeds meer mensen met psychiatrische aandoeningen worden onder dwang behandeld en opgenomen. Het totaal aantal BOPZ maatregelen is in de periode van 2002 t/m 2015 toegenomen van 12.612 tot 24.338, een toename van 193% (bron: Raad van Rechtspraak). De stijging van het aantal dwangopnames en dwangbehandeling staat niet op zichzelf. Er zijn ook verontrustende cijfers over stijging van het aantal suïcides en aantal mensen met ernstige psychiatrische problematiek in de nachtopvang. We weten dat vroegsignalering, adequate (bemoei)zorg en behandeling, laagdrempelige time-outvoorzieningen en ondersteuning bij het wonen en financiën helpen om crisissituaties te voorkomen. De tendens in toename dwang kan alleen worden doorbroken als er levensbreed en persoonsgericht ondersteuning wordt geboden. Meer dwangtoepassingen, zoals de voorgestelde observatiemaatregel, zijn geen structurele oplossing voor mensen met een zorgvraag.

8. Wettelijk kader voor onafhankelijke cliëntondersteuning bij verblijf op grond van de zorgverzekeringswet

Binnen de cliëntondersteuning bestaan grote knelpunten die betrekking hebben op (het gebrek aan) onafhankelijkheid en (het gebrek aan) levensbrede ondersteuning. Voor mensen met een ggz of oggz-achtergrond geldt bovendien dat het aanbod doorgaans nog slecht op hen is afgestemd: meer laagdrempelige en outreachende vormen van cliëntondersteuning zijn nodig met inzet van meer specifieke (ervarings)deskundigheid. Een investering in zelfregiecentra (punt 3) kan hieraan bijdragen. Een specifieke omissie is het ontbreken van cliëntondersteuning voor mensen die op grond van de zorgverzekeringswet (langdurig) opgenomen zijn in een kliniek. Zij hebben die onafhankelijke cliëntondersteuning juist hard nodig als zij zich voorbereiden op hun ontslag en zaken op het gebied van nazorg, huisvesting, uitkering, en dergelijke moeten regelen. Het is noodzakelijk dat er een wettelijk kader en financiering komt voor de onafhankelijke cliëntondersteuning ten behoeve van deze groep.

We doen een dringend beroep op u om de zorg en hulp voor mensen met psychische problematiek daadwerkelijk te verbeteren, en de bovengenoemde voorstellen mee te nemen in de begrotingsbehandeling. Wij danken u alvast hartelijk voor uw inbreng. We kunnen ons voorstellen dat u aanvullende vragen heeft of informatie nodig heeft, neemt u dan contact met ons op. Wij proberen vanuit het Landelijk Platform GGZ zoveel mogelijk Kamerleden te spreken voorafgaand aan de begrotingsbehandeling te spreken, maar de agenda's van sommige Kamerleden blijken aardig vol te zitten. Naast een afspraak in Den Haag is uiteraard telefonisch overleg ook mogelijk.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest, directeur



Bijlage bij punt 3: investering in zelfregiecentra

Wat is een zelfregiecentrum?

Een Zelfregiecentrum is een laagdrempelige, algemeen toegankelijke voorziening; door de inzet van ervaringsdeskundigen op voorhand geschikt gemaakt voor mensen met een (ernstige/chronische) psychische en/of psychosociale kwetsbaarheid. Ook mensen die zorg mijden worden door de laagdrempeligheid en inzet van ervaringsdeskundigen bereikt.

Een Zelfregiecentrum biedt een palet aan mogelijkheden en creëert daarmee een kansrijke context voor bezoekers:

- inloop, ontmoeting
- vangnet (ook signaleringsfunctie)
- cursussen
- activiteiten door&voor
- onafhankelijke cliëntondersteuning
- samenwerking/afstemming binnen en deelname aan regionale netwerken
- kwartiermaken
- belangenbehartiging
- voorlichting, preventieve activiteiten
- *(Couleur locale in het land; per zelfregie-organisatie kan het verschillen waar focus op wordt gelegd, echter alle zelfregie-organisaties hebben een integraal aanbod en steeds is de 'gebruiker maximaal de producent'.)*

Opbrengsten van een Zelfregiecentrum zijn dat mensen eerder op het idee komen om te delen wat hen dwarszit; een netwerk opbouwen; weer met hun interesses bezig gaan; zich van betekenis gaan voelen; gaan oefenen in betekenisgevende rollen in het leven.

Wat kost een Zelfregiecentrum?

De kosten van een Zelfregiecentrum zijn € 300.000,-

Uitgaand van:

- 35 uur p/w openstelling
- 70 bezoekers p/d
- ± 500 unieke bezoekers
- bereik van mensen met een (chronische) psychische en/of psychosociale kwetsbaarheid.
- integraal aanbod

66% van de kosten betreffen loonkosten ervaringsdeskundigen, personeelskosten en vrijwilligersvergoeding.
34% van de kosten betreffen huisvesting, activiteitenkosten, organisatiekosten.

Wat kost een landelijke dekking van zelfregiecentra?

Hiervoor maken we gebruik van de volgende gegevens:

- Het gemiddelde bereik van een Zelfregiecentrum is 500 mensen; de kosten voor één centrum zijn € 300.000,- op jaarbasis
- De EPA-doelgroep telt ongeveer 250.000 – 300.000 mensen
- 80 % geeft aan te kampen met eenzaamheid
- Bijna de helft geeft aan niet mee te tellen in de maatschappij
- Circa 80 % heeft geen betaald werk

Kosten landelijke dekking en bereik van 50% van de EPA-doelgroep:

75 miljoen – 90 miljoen.

Kosten landelijke dekking en bereik van 80% van de EPA-doelgroep:

120 miljoen – 144 miljoen.