

Vergaderjaar 2015–2016

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 305**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 24 februari 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 december 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de **ggz**.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Teunissen

**Voorzitter: Pia Dijkstra**  
**Griffier: Sierp**

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, De Lange, Tanamal en Siderius,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 12.59 uur.

De **voorzitter**: Welkom aan de Minister, zijn ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en degenen die het algemeen overleg over de ggz op een andere manier volgen. De spreektijd in eerste termijn bedraagt vier minuten, met twee interrupties.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. In het vorige overleg hebben we terecht uitvoerig stilgestaan bij de aanpak van verwarde personen. Het aanjaagteam zet momenteel betekenisvolle stappen. Vandaag wil ik het hebben over de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), over het grijpen van kansen inzake de ambulantisering en over een Nederland zonder stigma. Het verheugt de VVD dat vorige week de agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie is gepresenteerd. In de agenda worden goede stappen gezet naar het verbeteren van de kwaliteit van de ggz, het meten van effectiviteit en behandeling, en toegankelijkheid en betaalbaarheid. Nu het momentum er is, wil de VVD graag doorpakken met de drieslag voor een gezonde ggz. De eerste stap is de agenda. De tweede stap is een snelle oplevering van de kwaliteitsstandaarden door de ggz-sector zelf. Wanneer de kwaliteitsstandaarden helder zijn beschreven, ontstaat de mogelijkheid om door te pakken richting de derde stap, namelijk het slechten van de bureaucratie en de overbodige regels binnen de ggz en zijn partners. De VVD dringt er bij de ggz-sector op aan om, zoals afgesproken, deze maand de kwaliteitsstandaarden op te leveren, zodat invulling kan worden gegeven aan de drieslag binnen de ggz. Na behandeling door het kennisinstituut kunnen de kwaliteitsstandaarden vanaf juli 2016 in werking treden. Wat is het oordeel van de Minister hierover? Op welke wijze kan de Minister borgen dat het tijdpad wordt gehaald? Is het de verwachting dat in de richtlijn duidelijke start- en stopcriteria worden gedefinieerd? Wordt van de kwaliteitsstandaarden een patiëntvriendelijke versie gemaakt? Op welke wijze wordt de informatie over de geleverde zorg straks beter zichtbaar en vindbaar voor de cliënt? Het Zorginstituut Nederland heeft opgeroepen om binnen nu en vijf jaar met de noodzakelijke onderbouwing te komen om aan te tonen dat vaktherapie, zoals beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie en muziektherapie, meerwaarde heeft. Wordt dit onderzoek in de agenda meegenomen? De VVD is hier zeer kritisch over. We moeten niet alleen de dingen goed doen, maar vooral de goede dingen doen. Daarom maken wij ruim baan voor de goede voorbeelden, zoals de mooie initiatieven bij de ggz Breburg in Brabant en inGeest in Haarlem. Ik heb daar zeer betrokken medewerkers ontmoet die methoden hebben ontwikkeld waardoor de deur van de separatiecel zo veel mogelijk dicht blijft, met als uitkomst aantoonbare gezondheidswinst voor de cliënten. De VVD pleit ervoor om de goede voorbeelden uit de ggz als uitgangspunt te nemen. Is de Minister daartoe bereid? Welke plek gaat dit krijgen in de agenda? Wanneer een gedragen kwaliteitsstandaard voor de ggz een feit is, ontstaat er ruimte om problemen rondom de administratieve lasten en bureaucratie te slechten, oftewel stap drie. Het roer gaat om binnen de ggz.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): De heer De Lange merkt op dat hij kritisch is over de meerwaarde van therapieën. Heeft de heer De Lange het dan

specifiek over de vaktherapieën? Waar is de heer De Lange precies kritisch over? Betwijfelt hij dat er enige therapeutische meerwaarde zit aan vaktherapieën?

De heer **De Lange** (VVD): Dat klopt. De kritische blik betreft de uitkomsten en de effecten, en vooral de bewezen uitkomsten. Het goede van de agenda is dat er meer wordt ingezet op de meetbaarheid van de uitkomsten. Het is niet voor niets dat het Zorginstituut Nederland de uitkomsten kritisch bekijkt. Er moet een veel stevigere onderbouwing komen van de uitkomsten.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Het Zorginstituut Nederland is van oordeel dat vaktherapie onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg valt, waarop de norm «stand van wetenschap en praktijk» van toepassing is. Waar haalt de heer De Lange zijn kritische kijk vandaan?

De heer **De Lange** (VVD): Er is nog geen nader bewijs voor de werking en effectiviteit van vaktherapieën. Het is goed om de uitkomsten nadrukkelijk te bekijken. Er is een periode bepaald waarin dat kan plaatsvinden, met de nadrukkelijke afspraak dat de mate van effectiviteit meer in beeld moet worden gebracht. Dat lijkt mij een goede zaak.

Ik had het over dat roer dat omgaat binnen de ggz. Dat is stap drie. Is de Minister bereid om vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een faciliterende rol te spelen, zoals dat is gedaan bij de huisartsen?

De wachtlijsten blijven een punt van zorg. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) maakt momenteel een monitor met GGZ Nederland. Het is goed als die snel operationeel wordt, zodat de aanwezige capaciteit optimaal wordt benut. Welke acties ziet de Minister om de wachtlijstenproblematiek verder te slechten?

Het is voor het slagen van de ambulantisering van groot belang dat iemand goed op zijn plek zit. Gemeenten spelen hierbij een belangrijke rol, bijvoorbeeld bij de toeleiding naar werk, bij de huisvesting en bij de inrichting van een sociaal netwerk, maar ook bij het tegengaan van stigma en bij het creëren van maatschappelijk draagvlak. Het hebben van werk is een probaat middel om terugval te voorkomen. Goede voorbeelden op dit gebied kunnen worden gevonden bij de GGZ Noord-Holland-Noord of in Amsterdam, waar mensen via de ggz, wijkteams en door het Zilveren Kruis gefaciliteerde jobcoaches weer aan het werk gaan. Zijn er meer van dergelijke succesvolle samenwerkingen? Hoe krijgen die hun uitwerking voor geheel Nederland?

De sociale wijkteams kunnen een belangrijke rol spelen bij preventie, vroegsignalering en vroeginterventie. Door psychische klachten vroegtijdig te signaleren, kan erger worden voorkomen. Ziet de Minister de meerwaarde van preventie en vroeginterventie? Is de benodigde deskundigheid in de sociale wijkteams voorhanden?

Ik realiseer mij dat een Nederland zonder stigma een grote ambitie is. Gelukkig zijn er velen die daar met hart en ziel aan werken. Er zijn op de werkvloer in de buurt en binnen de ggz nog slagen te maken. Ziet de Minister mogelijkheden om daaraan een blijvende impuls te geven? Dat is zeer belangrijk. Het gaat de VVD om mensen die in hun kracht staan en de regie kunnen nemen over hun eigen leven.

Mevrouw **Siderius** (SP): Het valt me op dat de VVD heel erg zit op kwaliteit en bureaucratie. De wachtlijsten zijn natuurlijk een terecht aandachtspunt. De VVD zegt echter niets over de langzame opbouw van de ambulante begeleiding. Het aantal bedden in de instellingen wordt afgebouwd. Het is de bedoeling dat de ambulante begeleiding wordt opgebouwd. Ziekenhuizen worden op de eerste hulp of op de acute-opnameafdeling vaak geconfronteerd met mensen die tentamen suïcidii

doen. Iemand slikt een doosje pillen en belt vervolgens zelf het ziekenhuis om te zeggen dat hij of zij een doosje pillen heeft geslikt. Het is een soort roep om aandacht. Die mensen komen vervolgens op de eerste hulp. Wanneer ze fysiek beter zijn, worden ze naar huis gestuurd, omdat de instelling een wachtlijst heeft of omdat ze niet in aanmerking komen voor opname in een instelling. Er zijn mensen die vanwege deze situatie wel 30 keer per jaar op de eerste hulp komen. Wat gaat de VVD hieraan doen? Het is een wezenlijk probleem voor de belasting van de verpleegkundigen in het ziekenhuis en op de eerste hulp.

De heer **De Lange** (VVD): Het is van het grootste belang dat die situatie wordt voorkomen en dat er een concrete aanpak is. Het is goed dat het mevrouw Siderius opvalt dat de VVD heel erg inzet op kwaliteit en op het terugdringen van de bureaucratie. Daarmee kunnen wachtlijsten worden opgelost en komen de mensen die hulp nodig hebben op de goede plek terecht. Dat is een heel logische keten, maar die keten moet wel op gang worden gebracht. De VVD focust zich daarom op dit soort onderwerpen. Mensen die in dit soort situaties zitten, moeten op de goede plek terechtkomen. Vandaar dat er naar vroeginterventie wordt gekeken. Als er op de plek waar iemand zit, signalen komen dat er hulp nodig is, moet ervoor worden gezorgd dat die mensen niet op een eerstehulpafdeling terechtkomen. Mensen zijn beter geholpen in de opvang binnen de ggz.

Mevrouw **Siderius** (SP): De mensen die in het ziekenhuis werken, de verpleegkundigen, hebben hier natuurlijk niets aan. Het probleem is dat er binnen het ziekenhuis onvoldoende begeleiding is na de ambulante begeleiding. Een patiënt moet even worden meegenomen, worden begeleid. Voorkomen moet worden dat de mensen terugkomen. Het probleem moet bij de oorzaak worden aangepakt. Er kan wel worden gezegd dat de kwaliteit van de zorg moet worden verbeterd, maar hoe zorgt de VVD ervoor dat de ambulante begeleiding voorhanden is, zodat die mensen direct kunnen worden geholpen in plaats van dat ze 30 keer moeten terugkomen voordat ze eindelijk een keer door de wachtlijst van de instelling heen zijn?

De heer **De Lange** (VVD): De partijen die daarvoor staan, moeten dat doen. Ik zie tijdens de bezoeken in het land het werk van de vakteams. Er wordt veel meer gewerkt aan het verkrijgen van structuren en aan het vroeg proberen oppakken van de opbouw van de mogelijke problematiek. Mevrouw Siderius heeft gelijk dat we te laat zijn wanneer iemand naar de eerste hulp moet. Het is daarom belangrijk dat de slagen in de agenda worden gemaakt. Aan de hand van het kwaliteitsstatuut moet worden geregeld dat de partijen de dingen doen waar ze voor zijn. Op die manier kan worden voorkomen dat de verkeerde mensen op de verkeerde plek komen. Een verstandige aanpak is niet alleen het probleem benoemen, maar ook daadwerkelijk de oplossingen erbij leveren om het probleem op te lossen. Daar wordt aan gewerkt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is me niet geheel duidelijk wat de VVD precies wil. In het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staat glashelder dat de toegang tot de crisis-ggz, de acute ggz, aanwezig is. Het probleem is echter dat als mensen uit de crisis-ggz komen, er voor hen geen plek is voor zorg in een gespecialiseerde instelling. Er is geen goede vervolgbehandeling, waardoor mensen weer in de acute ggz en de crisis-ggz terechtkomen. Dat is zeer onwenselijk. Men krijgt niet de hulp die men nodig heeft. Wat wil de VVD precies doen om ervoor te zorgen dat de wachtlijst bij de gespecialiseerde ggz-instellingen op zo kort mogelijke termijn verdwijnt?

De heer **De Lange** (VVD): Ik gaf in mijn bijdrage als voorbeeld dat moet worden gemonitord waar ruimte is en dat de capaciteit zo goed mogelijk moet worden benut. Het is een goed initiatief van ZN en de ggz om die in beeld te brengen. Momenteel is het in veel gevallen onbekend waar er plekken zijn. Het oplossen van de wachtlijsten en de mensen op de goede plek krijgen, moet prioriteit hebben. De keten, de opvang en de ambulantiëring zijn mogelijk als er plekken zijn en als de structuur en het netwerk overeind staan. Daar moet ruimte voor worden gecreëerd. Daarom ben ik blij met de agenda waarin dit soort dingen wordt onderkend.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er ligt wat dat betreft nog een groot probleem met voldoende zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Uit de analyse van de NZa blijkt dat het herverdelen waar de heer De Lange het over heeft, niet voldoende is. Zorgverzekeraars hebben te weinig hoofdbehandelaars ingekocht, waardoor er te weinig capaciteit is. Welke actie verwacht de heer De Lange op dat punt? De herverdeling is een deel van het probleem. Een ander probleem is dat de zorgverzekeraars signaleren dat er te weinig hoofdbehandelaars zijn aangewezen.

De heer **De Lange** (VVD): ZN geeft daarom nadrukkelijk aan dat er meer moet worden gefocust op de kwaliteit, zodat men daar bij de inkoop rekening mee kan houden en minder hoeft te kijken naar de zogenaamde productieplafonds. Dat lijkt mij een verstandige aanpak. De ggz is fors aanzet. Vandaar mijn grote pleit en dringende oproep om het kwaliteitsstatuut binnen de afgesproken tijd op tafel te leggen. Dan is er een fantastische keten om de problemen die mevrouw Bruins Slot schetst, op te lossen.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Voorzitter. De PvdA heeft nog steeds grote zorgen over het feit dat ggz-patiënten niet tijdig hulp krijgen, omdat ze te lang op de wachtlijst staan of omdat er te weinig ambulante zorg in de wijken beschikbaar is. Juist voor deze kwetsbare groep patiënten is het van belang dat ze passende zorg krijgt en dat ze zo volwaardig mogelijk kan meedoen. De branche noemt de omzetplafonds als belangrijkste oorzaak. De zorgverzekeraars zeggen dat de zorgaanbieders te weinig informatie verstrekken over de wachttijden. Iedereen wijst naar elkaar. Is het mogelijk dat verzekeraars, afhankelijk van de groei of de krimp van het verzekerdenbestand van de verzekeraar, oftewel de contracten met de ggz-aanbieders, automatisch het budget kunnen bijstellen als ze aanvullende afspraken moeten maken omdat aanbieders te weinig zorg hebben ingekocht? Ziet de Minister een mogelijkheid daar iets aan te doen? Wat doen de zorgverzekeraars? Garanderen zij tijdige zorg? Wat doen de aanbieders om de wachttijden inzichtelijk te maken? Welke vorderingen zijn er met de keuzehulp waaraan partijen in de ggz werken? De NZa roept zorgverzekeraars op om consequenties eraan te verbinden als de zorgaanbieder niet meldt dat de wachttijd de Treeknormen overschrijdt. Ondersteunt de Minister deze oproep? Kan de NZa zelf acties opleggen? Het aanjaagteam verwarde personen werkt hard aan de sluitende ketenaanpak waaraan gemeenten moeten voldoen. Op papier ziet het er prima uit. Daarvoor wil ik de Minister een compliment maken. Waarom is echter besloten om de termijn van het project te verlengen naar september 2016? Kan die datum worden vervroegd? De problematiek omtrent onverzekerden wordt nu opgepakt. Betekent dat concreet dat nu echt nu is? Behoort het afschuifgedrag tot het verleden? Worden gemeenten gedwongen om mensen in de basisadministratie op te nemen? Worden mensen die in de opvang zitten verzekerd wanneer ze dat niet zijn?

In het vorige algemeen overleg heb ik de Minister gevraagd om lokaal met een ketenaanpak te komen. Dat heeft de Minister toegezegd. De aanpak staat goed beschreven en geldt voor verwarde personen, maar de patiënt en zijn leefomgeving zouden altijd centraal moeten staan. De PvdA wil dat

de aanpak voor de gehele ggz geldt. Daarmee wordt voorkomen dat mensen verward worden, omdat ze geen huis hebben en met schulden te maken hebben. De PvdA wordt graag door de Minister op de hoogte gehouden van de vorderingen en de acties van het aanjaagteam. Ik heb in het vorige algemeen overleg gezegd dat het niet goed is wanneer er wel veel streefcijfers zijn voor de afbouw van bedden, maar niet voor de opbouw van de ambulante zorg. Volgens het rapport vindt er intensivering plaats met betrekking tot de ambulante zorg. Het Trimbos-instituut signaleert dat er ruimte is voor verdere intensiveringen. Ik vind de brief nogal wollig en zeer ambtelijk, maar het komt erop neer dat er in sommige regio's niet genoeg ambulante plekken zijn en dat die er voorlopig ook niet komen. Ik heb in de brief van de Minister als reactie op het Trimbos-instituut niet zien staan dat de Minister met streefcijfers komt voor de opbouw van de ambulante zorg. Ik hoor graag een reactie daarop van de Minister.

Het lukt de wijkteams vaak niet om ggz-expertise te raadplegen. De Functie Assertive Community Treatment (FACT)-teams hebben vaak alleen tijd voor de escalaties en de-escalaties, maar niet voor het vervolg. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat het vanzelfsprekend wordt dat wijkteams ggz-expertise consulteren? Welke mogelijkheden ziet de Minister om voor FACT-teams ruimte te creëren om meer te kunnen doen?

Mevrouw **Siderius** (SP): De PvdA stelt terecht dat de afbouw van bedden en de opbouw van de ambulante begeleiding communicerende vaten moeten zijn. De vaten lijken echter lek, want de afbouw gaat wel door, maar de opbouw niet. De PvdA vraagt naar streefcijfers voor de ambulante begeleiding. Denkt de PvdA werkelijk dat dat het probleem oplost?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Een van de grote problemen is dat er niet voldoende ambulante plekken zijn. Ik heb de Minister daarom in het vorige overleg gevraagd waarom er wel afspraken worden gemaakt over de hoeveelheid bedden die moet worden afgebouwd, maar niet over de hoeveelheid ambulante plekken die erbij moeten komen. Ik heb gevraagd dat te onderzoeken en als het nog steeds niet goed gaat, daar streefcijfers voor in het leven te roepen. In de regio's waar het goed gaat, schijnen minder problemen te zijn dan in de regio's waar het niet goed gaat. Het lijkt mij logisch dat er streefcijfers worden afgesproken. Dat moet gewoon gebeuren. Daar waar niet voldoende ambulante zorg is, moet die er komen.

Mevrouw **Siderius** (SP): Het lijkt mij logisch dat het in regio's waar het goed gaat, beter gaat dan in regio's waar het slecht gaat. Moet de afbouw van de bedden in de instellingen niet worden getemporeerd zolang de ambulante begeleiding niet op orde is? Kan de PvdA daarachter staan?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Nee, want het een is iets anders dan het ander. Ambulante zorg moet er gewoon zijn. Die is er niet voldoende, dus moet ervoor worden gezorgd dat die er komt. Dat staat los van het feit dat is afgesproken dat er beddenafbouw moet zijn. We zijn het erover eens dat het goed is wanneer mensen in hun eigen wijk en eigen buurt wonen. Dat kan heel goed gaan, maar dan moet er wel voor worden gezorgd dat mensen op een goede manier aan het leven kunnen deelnemen en de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dat is dus meer ambulante zorg. Als we daar streefcijfers voor nodig hebben, zie ik die graag komen. De PvdA wil dat de psychosociale zorg bij somatische ziekten onderdeel van de behandeling wordt. Het gaat om noodzakelijke zorg, want de impact op het leven en op de geestelijke gesteldheid van patiënten en naasten is groot. In de motie-Dijkstra wordt om snelle oplossingen gevraagd. Wat de PvdA betreft, betekent dat in elk geval volledige

integratie in de behandeling, zodat er altijd psychosociale zorg is. Ziet de Minister mogelijkheden om de naasten van de patiënt hierbij te betrekken? Sommige ziekten heb je niet alleen. De gehele familie maakt zich immers zorgen en moet ermee leren omgaan. Dat is van belang voor de patiënt. Het bijgevoegde document gaat overigens alleen over kanker. Kan ik ervan uitgaan dat meerdere aandoeningen voor behandeling in aanmerking komen als onderdeel van het somatisch zorgtraject? De PvdA is blij met het advies om niet meer met het hoofdbehandelaarschap maar met regiebehandelaars te werken. Het veld legt de vereisten voor de regiebehandelaars vast in kwaliteitsstandaarden. Ik hoor via de huisartsen dat er veel zorgen zijn over de toename van de administratieve lasten in de eerste lijn. Hoe zorgt de Minister ervoor dat de administratieve lasten niet stijgen? Is het belangrijk dat de regie bij de juiste zorgverlener ligt? Hoe gaat de Minister daarvoor zorgen? De commissie-Meurs adviseert om vanaf 2017 werkelijk regie te voeren. Is de Minister van mening dat een overgangsregeling noodzakelijk is? Ik heb de Minister eerder gevraagd te reageren op het artikel Undercover in de junkenfabriek. Dat heeft zij gedaan. Kan de Minister aangeven of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) al contact heeft gehad en zich ervan op de hoogte heeft gesteld hoe er is gehandeld naar aanleiding van de klachten? Is de Minister of de IGZ van mening dat de aangegeven verbeteringen structureel zijn geborgd?

De heer **De Lange** (VVD): Mevrouw Tanamal gaf het belang aan van het slechten van de bureaucratie. In het kader van de drieslag voor een gezonde toekomst voor de ggz raadt de VVD aan om met een aanpak te komen voor het roer dat om moet bij de ggz. Hoe kijkt de PvdA daarnaar?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Hoe minder bureaucratie, hoe beter. In dit geval ging het echter om de kwaliteitsstandaarden. Huisartsen hebben zich erover beklaagd dat zij met alle kleine behandelaars contracten moeten afsluiten. Er zijn huisartsen die met wel 40 praktijken contracten moeten afsluiten. De huisartsen hebben daarom helemaal geen zicht meer op de zorg die wordt geleverd, zijn er vaak niet bij betrokken en ervaren dat als zeer bureaucratisch. Vandaar mijn vraag aan de Minister of dat klopt. Zo ja, wat gaat zij eraan doen?

De heer **De Lange** (VVD): Dat is helder. Dat beeld is bekend. Vindt de PvdA het een goed idee dat er een soort aanpak voor de ggz moet komen, als slag drie van de veranderingsslag, zoals is gedaan bij Het Roer Moet Om bij de huisartsen?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Ik ben altijd voor minder bureaucratie, maar dan wil ik wel graag precies zien waar de bureaucratie precies wordt verminderd en dat het ook echt om bureaucratie gaat. Ik weet niet of de heer De Lange hetzelfde denkt als ik over wat bureaucratie is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Allereerst wil ik het Landelijk Platform GGz (LPGGz), GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut van Psychologen, federatie P3NL, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Verpleegkundigen & Verzorgenden in Nederland (V&VN), MEER GGZ en de Landelijke Huisartsen Vereniging feliciteren met hun agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz. Het CDA vindt dit een resultaat om trots op te zijn. Ik kijk met belangstelling uit naar de stappen die op de inhoud worden gezet. Ik hoop de Minister en het veld scherp te houden zodat we daar voldoende vaart in houden. De NZa heeft grondig onderzoek gedaan naar de wachtlijsten in de ggz. Er zijn dus wachtlijsten. Vooral patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en autisme hebben daarmee te maken. Zo'n 20% van alle cliënten met

autisme moet te lang wachten. Dat is zeer zorgelijk. Er zijn een aantal oorzaken. Op een aantal oorzaken daarvan heeft de Minister actie ondernomen. Het CDA vindt de vervolgactie voor sommige oorzaken echter onduidelijk. De NZa benoemt als een van de oorzaken de strikte eisen van zorgverzekeraars voor wie hoofdbehandelaar mag zijn in de ggz. Welke actie onderneemt de Minister hierop? Welke actie verwacht de Minister hierop van de zorgverzekeraars? Een andere oorzaak zijn de omzetplafonds. Er is sprake van een verdeelprobleem van gecontracteerde zorg. De heer De Lange had het daar zojuist ook over. Er is soms te weinig zorg op een bepaald gebied ingekocht. Kwetsbare patiënten worden daar de dupe van. Hoe wordt dit snel opgelost? Hoe zorgen we ervoor dat de herverdeling goed tot stand komt? Nog een oorzaak is dat de helft van de verzekerden nog steeds niet weet dat zij recht op bemiddeling hebben door de zorgverzekeraar als er wachtlijsten zijn. Als een verzekerde niet bij een instelling terecht kan, weet hij niet dat hij de zorgverzekeraar kan bellen om te vragen of die ervoor kan zorgen dat de verzekerde ergens anders terecht kan. Dat moet veranderen. Het recht op bemiddeling is een belangrijke basis voor het krijgen van goede zorg. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat verzekerden beter weten wat hun rechten zijn op dit punt?

Ik kom op de ambulantisering. Uit de resultaten van het rapport van het Trimbos-instituut blijkt dat de afbouw van bedden sneller gaat dan de opbouw van voorzieningen in de wijk. Het Trimbos-instituut concludeert – ik ben het ermee eens dat het taalgebruik wat ambtelijk is – dat gemeenten nog geen concrete opbouw- of afbouwplannen hebben en zich vooral oriënteren op de opvangkant en in mindere mate op de participatiekant. Wat er volgens mij kortweg staat, is dat gemeenten plannen hadden moeten maken om de opbouw en afbouw in goede banen te leiden en dat die plannen er niet liggen. Wat doet de Minister om ervoor te zorgen dat de gemeentelijke opbouw- en afbouwplannen er wel komen? Volgens het Trimbos-instituut liggen er afwentelrisico's door partijen op de loer, omdat er binnen de ggz zo veel tegelijkertijd verandert. Hoe wil de Minister die risico's voorkomen?

Een ander probleem is de beschikbaarheid van voldoende laagdrempelige time-outvoorzieningen, zoals logeerhuizen of zorghotels. De ontwikkeling daarvan stagneert volgens het LPGGz, omdat de voorzieningen op het snijvlak van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) liggen. Hoe kan het zo worden aangepakt dat men niet tussen wal en schip, tussen die twee wetten, valt?

De toegankelijkheid van het beschermd wonen is op dit moment problematisch. Hoe worden de wachtlijsten aangepakt?

Het is goed dat het aanjaagteam aanpak verwarde personen een plan van aanpak heeft opgesteld. Op welke termijn verwacht de Minister dat er voldoende improvisatieruimte is? Hoe wil de Minister dit concretiseren? Ik vraag dat, omdat niet alleen de inzet van het aanjaagteam onder leiding van mevrouw Spies belangrijk is, maar ook die van het ministerie als het gaat om conflicterende regelgeving. Ik herinner mij uit het vorige overleg en uit het rondetafelgesprek dat we met het veld hebben gehad, dat men daaraan het meest direct behoefte heeft.

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) heeft afgelopen week in het algemeen overleg over de Basisregistratie Personen (BRP) toegezegd om met de Minister van VWS te overleggen over de manier waarop er zo snel mogelijk voor kan worden gezorgd dat onverzekerde mensen een Basisregistratie Personeninschrijving krijgen. Ik was benieuwd of de Minister van BZK al contact heeft opgenomen met de Minister van VWS. Gaat de Minister het gesprek al aan? Heeft de Minister al enig idee wanneer zij de Tweede Kamer hierover kan informeren?

De heer **De Lange** (VVD): Mevrouw Bruins Slot geeft terecht een compliment en aandacht aan alle partijen die hard aan de agenda voor de

toekomst hebben gewerkt. Een belangrijk element in de agenda is het voor elkaar krijgen dat er op korte termijn een kwaliteitsstatuut komt. In hoeverre vindt het CDA het van belang dat het kwaliteitsstatuut er zo snel mogelijk komt, zodat het zijn werking kan krijgen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is inderdaad een ontzettend mooi resultaat. Het is goed dat de VVD het deelt dat de agenda voor gepast gebruik en transparantie er ligt. Ik kan mij nog heel goed het overleg uit januari 2015 herinneren, waarin we moesten concluderen dat het bestuurlijk akkoord er niet meer was. Het is klasse dat men dit vanuit het veld zelf heeft opgepakt en in gezamenlijkheid heeft gedaan. Wat de vraag van de heer De Lange over het kwaliteitsstatuut betreft: ja, dat is absoluut belangrijk. Het zegt iets over de kwaliteit van zorg. Ik hoop dat de partijen er in goed overleg uitkomen.

De heer **De Lange** (VVD): Dat is helder. Dat was stap twee in de aanpak. Stap drie gaat over een concrete agenda voor de ggz, voor de aanpak van bureaucratie. Hoe kijkt het CDA daartegenaan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik deel de opvatting van de VVD, de PvdA en de andere partijen hier aan tafel dat we keihard werk willen maken van het terugdringen van de bureaucratie. Iedereen kent de verhalen van mensen die gek worden van de regels in de zorg. Ik merk aan de manier waarop de heer De Lange de stappen neerzet, dat hij vindt dat eerst aan het een moet worden voldaan voordat aan het andere kan worden toegekomen. Ik zou het een uitdaging vinden om vandaag – daar is men al mee bezig – direct te starten met het verminderen van de onnodige regels en daar niet langer mee te wachten dan noodzakelijk is.

Mevrouw **Siderius** (SP): Voorzitter. Voor de zomer reden er opeens drie brandweerwagens met gillende sirenes mijn straat in. Ze rukten uit, sloegen bij mijn burens de voordeur in en kwamen vijf minuten later gedesillusioneerd weer naar buiten, want er was geen brand. De gehele buurt was in rep en roer, want mijn buurman dacht dat zijn huisgenoot zijn slaapkamer in brand had gestoken en had de brandweer gebeld. Mijn buurman werd afgevoerd en kon binnen no time worden opgenomen in een ggz-instelling. Hij was al eerder opgepakt geweest, maar vanwege de wachtlijsten kon hij niet naar een instelling. Dit soort taferelen zien we helaas steeds vaker. De SP heeft onder 1.000 medewerkers van ggz-instellingen onderzoek gedaan. De resultaten zijn enigszins verbijsterend. Er is minder geld, er zijn minder bedden, er is minder personeel, er is minder doorstroom en er zijn langere wachtlijsten. De kwaliteit van de zorg is verslechterd. Het belangrijkste punt is dat de reductie van het aantal bedden dramatisch en in een onverantwoord tempo verloopt. Zo'n 90% van het ggz-personeel zegt dat de zorg is verslechterd, 79% ziet een toename van de bureaucratie, 62% zegt dat het plezier in het werk is afgenomen, 72% ziet het aantal handen aan het bed afnemen en 95% ervaart een hogere werkdruk. Dat moet veranderen. Gezien de alarmerende signalen van verslechtering van de kwaliteit, de toename van de wachtlijsten en de toename van de werkdruk moet er geen personeel meer worden ontslagen en moet er worden geïnvesteerd in personeel dat werkelijk zorg verleent. Tevens moet de bureaucratie worden teruggedrongen. De administratieve handelingen voor controle moeten eenvoudig en uniform zijn, dus niet elke instantie zijn eigen normen, en op draagvlak kunnen rekenen onder de zorgprofessionals. Ik heb hier het eerste exemplaar van ons rapport, dat ik hierbij aanbied aan de Minister. De SP zou het zeer waarderen als de Minister erop reageert. De collega's ontvangen uiteraard ook een exemplaar. In 2020 moet het aantal bedden met een derde zijn afgenomen. Alhoewel de afbouw van bedden zeer voortvarend verloopt, blijft de opbouw van

ambulante voorzieningen achter. Een van de zichtbaarste gevolgen is de toename van het aantal verwarde mensen op straat. Los van het mogelijke gevaar dat deze personen voor zichzelf en hun omgeving vormen, hebben de politie en hulpdiensten er hun handen vol aan. Zo'n 72% van de ondervraagden zegt dat de ambulantisering onverantwoord snel loopt. Ziet de Minister mogelijkheden om de beddenafbouw te stoppen totdat goede ambulante zorg is gegarandeerd?

De wachtlijsten groeien alsmaar. Bovendien staat vaker dan voorheen de helft van de patiënten na hun behandeling weer op de wachtlijst. Dat komt onder andere doordat de behandelduur steeds korter wordt. De NZa ziet dat de Treeknormen worden overschreden. Zorgaanbieders melden wachttijden niet en houden patiënten liever voor zichzelf. De Minister zegt dat dat ongewenst is, maar wat doet de Minister eraan?

Nog altijd horen we van psychiaters die hoofdbehandelaar zijn van meer dan 100 patiënten. De aftikpsychiater, zoals een van de ondervraagden het noemde, behoort nog lang niet tot het verleden. De SP is bang dat het kwaliteitsstatuut waar de commissie-Meurs en de Minister alle hoop op hebben gevestigd, de kleine zorgaanbieders uit de markt drukt. Grote aanbieders kunnen namelijk de samenwerking met kleine aanbieders weigeren. Volgens de SP is het helemaal niet aan de grote instellingen om over de kwaliteit van een andere aanbieder te oordelen. De SP pleit daarom voor een verplichte samenwerking. Kan de Minister hierop reageren?

De eerste hulp en de acute-opnameafdelingen in ziekenhuizen hebben vaak last van mensen die worden opgenomen, bijvoorbeeld vanwege tentamen suïcidii. Iemand slikt een doos pillen en belt vervolgens het ziekenhuis. Zodra iemand lichamelijk weer in orde is, wordt hij of zij naar huis gestuurd zonder dat er wordt gekeken of iemand thuis begeleiding nodig heeft of naar een ggz-instelling zou moeten. Sommige mensen worden zo'n dertig keer per jaar een à twee dagen opgenomen. Dat kost veel geld. Ziekenhuizen raken daardoor soms overbelast. Dat is zeer vervelend voor de verpleegkundigen die daar werken. Wat gaat de Minister hieraan doen?

De heer **De Lange** (VVD): De rode draad in het betoog en de voorstellen van mevrouw Siderius is dat veel problemen worden opgelost als er meer mensen bijkomen en er meer geld komt. Vorige week vrijdag is er een brede agenda gepresenteerd, met veel concrete voorstellen voor samenwerking en voor het opheffen van belemmeringen. Is de SP van mening dat er ook andere oplossingen zijn dan alleen maar meer mensen aan het werk brengen binnen de ggz?

Mevrouw **Siderius** (SP): Het gaat erom dat er meer mensen zorg kunnen verlenen, dat er meer handen aan het bed zijn. Er werken best veel mensen in de zorg die niet echt zorg verlenen, maar die andere dingen doen, bijvoorbeeld het invullen of ontwerpen van al die formuliertjes waar wij vandaag een punt van maken. Samenwerking is heel belangrijk, maar hoe kan het dat grote instellingen vanwege het hoofdbehandelaarschap straks de samenwerking met kleine aanbieders, waar de VVD blijkbaar een groot voorstander van is, kunnen weigeren? Samenwerking is goed, daarom is de SP voor verplichte samenwerking, maar dan moet die wel van de grond komen. De vaten tussen de afbouw van bedden en de ambulante begeleiding moet veel beter communiceren. Het gaat momenteel allemaal veel te snel. Soms is er wat geld nodig om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De heer **De Lange** (VVD): Dat is een heldere conclusie. Ik ben blij dat mevrouw Siderius aangeeft dat er veel mensen werkzaam zijn in de zorg en dat het er vooral om gaat dat het werk zo wordt ingericht dat het naar de zorg gaat. Een belangrijke oplossing is dat er aan de bureaucratiekant

moet worden gewerkt. Vandaar het voorstel van de VVD. Ik ben benieuwd hoe de SP daarnaar kijkt.

Mevrouw **Siderius** (SP): Ik heb in mijn betoog aangegeven dat de mensen in de ggz gek worden van de bureaucratie. Dat komt ook uit ons rapport naar voren. In elke instelling wordt een ander formuliertje gebruikt. Dat kan natuurlijk niet. Daar moet een oplossing voor komen. De SP heeft de Minister om een oplossing gevraagd, dus we delen het plan om aan de bureaucratie te werken. Het zou leuk zijn als de VVD en de SP hierin samen kunnen optrekken.

#### **Voorzitter: Bruins Slot**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik begin met het onderwerp waarmee we voor de zomer het debat over de ggz zijn geëindigd, namelijk de zorg voor verwarde personen. De Minister heeft een aanjaagteam ingesteld dat het komende jaar de gemeenten gaat helpen. Dat is een goede stap, maar het is vooral belangrijk dat het tot verbetering leidt. Het aanjaagteam gaat periodiek aan de Ministers van V en J en VWS rapporteren. Kan de Minister alle knelpunten die het aanjaagteam identificeert met de Kamer delen, inclusief een reactie van de Ministers over wat zij met de knelpunten doen?

Mevrouw Bruins Slot heeft zo mooi alle partijen genoemd die betrokken zijn geweest bij de agenda ggz die de Kamer vorige week heeft gekregen, dat ik dat niet meer doe. Het is inderdaad een heel mooie agenda van patiënten, professionals en aanbieders. De sector ziet de agenda als vervanger van het bestuurlijk akkoord dat de Minister in januari heeft opgezegd. Het bestuurlijk akkoord is niet helemaal opgezegd, maar zo werd het wel gezien. Ziet de Minister de agenda ook als een vervanger van het bestuurlijk akkoord? Het is heel goed dat al die partijen samen een agenda hebben opgesteld. De partij die in vergelijking met het hoofdlijnenakkoord ontbreekt, zijn de verzekeraars. De verzekeraars leggen de vragen aan de Minister nu voor aan hun bestuur, maar wat gebeurt er als de verzekeraars de agenda ggz afwijzen? Graag hoor ik hierop een reactie van de Minister.

De praktijkondersteuners bij de huisarts (POH) vinden we volgens mij allemaal een succes. Het is een laagdrempelige hulp, die mensen uit de zwaardere zorg weghoudt. Ik heb echter de indruk dat het vastloopt in een cirkelredenering. De NZa heeft de contracteermogelijkheid uitgebreid, maar het huisartsenbudget is niet vergroot. Daardoor contracteren verzekeraars niet extra. De Minister ziet dat vervolgens als argument om het huisartsenbudget niet te verhogen. Zo komen we er niet. De Minister overweegt om het macrobeheersinstrument (mbi) komend jaar niet in te zetten bij overschrijdingen door de POH ggz. Kan de Minister daarover een harde toezegging doen?

Ik ga kort in op de psychosociale zorg bij ziekte. De Minister constateert terecht dat de praktijk niet voldoet. Ze roept iedereen op om hiermee aan de slag te gaan. Dat wil ik ook doen, maar er is altijd de dreiging van vrijblijvendheid. Neemt de Minister zelf initiatief, zodat deze zorg van de grond komt? Ziet de Minister mogelijkheden om aanpassingsstoornissen die direct gerelateerd zijn aan somatische ziekten in het basispakket op te nemen? Dat is doelmatig, omdat het de genezing van de somatische ziekte kan versnellen. Ik hoor graag een reactie hierop van de Minister. NRC Handelsblad schreef vorige week over het gebruik van Ritalin. Zo'n 135.000 jongeren gebruiken Ritalin. Dat is vier keer zo veel als in 2004. Gedragsproblemen zijn enorm gemedicaliseerd. In het voorjaar deden jeugdpsychiaters een oproep om minder vaak medicijnen voor te schrijven. Daar gaan ze zelf over, maar uit een overzichtsstudie blijkt dat het helemaal niet duidelijk is of de voordelen van Ritalin wel opwegen tegen de nadelen. Ziet de Minister ruimte om onafhankelijk onderzoek te

stimuleren, bijvoorbeeld door Ritalin te vergelijken met een nocebo, zoals de onderzoekers suggereren? Hoe ondersteunt de Minister de oproep van de jeugdpsychiaters om het gebruik van medicijnen te verminderen? Ik heb een punt van aandacht over preventie. Ik las over een initiatief in Groot-Brittannië waar de overheid een campagne is gestart om ouders met hun puberkinderen in gesprek te brengen over geestelijke gezondheid, oftewel mental health. Men is begonnen met een onderzoek. Daaruit blijkt dat meer dan de helft van de ouders daar nooit met de kinderen over spreekt, terwijl 62% van die leeftijdsgroep weleens op internet naar informatie over depressies zoekt. Zou zo'n onderzoek in Nederland kunnen helpen om het gesprek tussen ouders en kinderen op gang te brengen? Ziet de Minister hier wat in? Ik sluit mij aan bij de vraag van mevrouw Bruins Slot over de rol van de zorgverzekeraar als bemiddelaar bij het informeren van verzekerden. Ik heb bij de begrotingsbehandeling om een informatiecampagne gevraagd, zodat mensen weten hoe het allemaal zit. Ik zou graag willen dat de Minister de bemiddelaarsrol daarbij betreft.

**Voorzitter: Pia Dijkstra**

De vergadering wordt van 13.42 uur tot 13.53 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De druk op de ggz is groot. Er zijn allerlei maatschappelijke ontwikkelingen die de druk eerder verhogen dan verlagen. Er is in de samenleving een tendens naar individualisering. Er is terreurdreiging, die druk zet op mensen en mensen in de war brengt. Er zijn problemen met verwarde personen. In de sector zelf zijn er allerlei discussies over de plaats van de ggz in het systeem. De ggz is in transitie. Die transitie vergt ongelooflijk veel van iedereen die in de ggz werkt en die erbij betrokken is. We willen van instellingszorg naar, waar dat kan, zorg in de buurt dicht bij mensen. We willen van ingrijpen nadat iets is geëscaleerd naar preventie, naar voorkomen dat er iets gebeurt, naar vroegsignalering en behandeling. Die omslag wordt onder andere gemaakt door het instellen van wijkteams en ambulante teams, door de met de voorgenomen wet verplichte ggz van een opsluitwet een behandelwet te maken. Je moet mensen met ziektebeelden niet laten wachten tot alles uit de hand loopt en ze opsluiten voor de veiligheid van henzelf of hun omgeving. Er moet juist worden bekeken of we er veel vroeger bij kunnen zijn, zodat het niet escaleert. Alles is gericht op deze omslag. Het is een ontzettende tijd- en energievretende omslag waaraan met ongelooflijk veel energie wordt gewerkt. We zitten nu aan het einde van het traject, we zijn dan al te laat, en we moeten naar het begin. De agenda is gemaakt door de sector, de aanbieders, de professionals en de patiëntengroepen. Het is een heel mooie agenda, ambitieus en to the point. De agenda is een ongelooflijk belangrijke stap die nodig is, maar de vervolgstappen zijn ook nodig. Ik zie de agenda meer als een begin van een heel traject dat moet leiden tot betere kwaliteit, gepast gebruik en transparantie over beide. Voor die drie belangrijke elementen is er een kwaliteitsstatuut afgesproken. Ik heb de Kamer begin volgend jaar geschreven dat er aan een kwaliteitsstatuut wordt gewerkt. Dat moet begin dit jaar worden afgerond. De sector is daar druk mee bezig. Het kwaliteitsstatuut moet de drie elementen van transparantie over de kwaliteit en het gepast gebruik bevatten. Januari is een belangrijk moment, want dan moet het kwaliteitsstatuut af zijn.

Het aanjaagteam verwarde personen is voortvarend aan de slag gegaan. Het team is een maand bezig en heeft al 60 gemeenten bezocht. Er wordt gesproken met alle betrokkenen, van het Leger des Heils tot ervaringsdeskundigen en de veiligheidshuizen, dus niet alleen met de zorg sec of met de aanbieders sec, maar ook met verzekeraars en ervaringsdeskundigen, oftewel de gehele keten.

Mevrouw Dijkstra vraagt of ik de toekomstagenda als opvolger van het bestuurlijk akkoord zie. Ik zie de agenda als een ontzettend belangrijke stap voor gepast gebruik. Gepast gebruik is ten bate van de patiënt en heeft start- en stopcriteria. Het gaat niet over stepped care, want dan moeten er eerst allerlei stappen worden gezet voordat men op de zorg komt die nodig is. Het gaat ook niet over minimal care. Het gaat erover dat precies die zorg wordt gegeven die op dat moment nodig is, op de juiste plaats en op de juiste manier. De agenda is met veel passie en compassie geschreven en bouwt voort op wat er in de voorgaande jaren is gebeurd in het bestuurlijk overleg dat de partijen met elkaar hebben. Het is een agenda van het zorgaanbod, zoals de professionals en de instellingen, en de patiënten. Ik en de verzekeraars hebben niet aan de agenda meege-schreven. Wij staan daar niet onder. Het is heel goed dat aanbieders en patiënten samen de handen ineen hebben geslagen om een agenda voor de toekomst maken. De partijen die er niet bij de agenda zijn betrokken maar wel met de zorg te maken hebben, dus de verzekeraars en het Ministerie van VWS, proberen een en ander zo veel mogelijk te faciliteren en ervoor te zorgen dat de agenda wordt gebruikt en dat als het nodig is duwtjes worden gegeven of mogelijkheden worden geboden. Het Ministerie van VWS vindt het ontzettend belangrijk dat de agenda voortvarend wordt opgepakt. Datzelfde verwacht ik van de zorgverzekeraars.

#### **Voorzitter: Bruins Slot**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb inderdaad vastgesteld dat de zorgverzekeraars er niet onderstaan. De Minister geeft geen duidelijke antwoord op de vraag of zij de agenda als een opvolger ziet van het bestuurlijk akkoord. Ik denk het niet, als ik haar zo hoor. De Minister zegt dat de agenda iets is van de zorgaanbieders en de patiënten. Ik heb de Minister gevraagd wat er gebeurt als de zorgverzekeraars de agenda niet zien zitten. De Minister gaat ervan uit dat de zorgverzekeraars het net als zij heel mooi en belangrijk vinden en daar ook wat mee doen. Is de Minister daar zeker van? Hoe ziet de Minister het voor zich als de agenda geen vervolg krijgt van de zorgverzekeraars?

Minister **Schippers**: De agenda gaat een vervolg krijgen van de partijen die erbij betrokken zijn. Er is geen nieuw akkoord gesloten. De budgettaire kaders die in het vorige akkoord zijn afgesproken, blijven leidend. Een akkoord wordt gezamenlijk gesloten en daar zet iedereen zijn handtekening onder. Dat is niet gebeurd. Ik vat het zo op dat de sector de hand heeft uitgestoken naar de andere partij. De andere partij zijn onder andere wij. Het is een hartstikke goed werk waar met ontzettend veel energie aan is gewerkt. Ik ga ervan uit dat de verzekeraars de agenda ook als een uitgestoken hand opvatten en dat wij eendrachtig, in het belang van de patiënten, want daar werken we allemaal voor, aan de slag gaan met de toekomstagenda.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister gaat er dus van uit dat de agenda zijn beslag kan krijgen in overleg met het Ministerie van VWS en de zorgverzekeraars?

Minister **Schippers**: Ja uiteraard, daar waar zorgverzekeraars nodig zijn om de agenda te implementeren. Er is overleg met alle partijen bij elkaar, maar dit is een werk van patiënten en aanbieders samen. Ik stel dat alleen maar ongelooflijk op prijs. Ze hebben een heel belangrijke, waardevolle stap gezet met de agenda. De patiënt staat centraal en er wordt vanuit de patiënt gedacht hoe de sector verder moet worden ontwikkeld om het samen beter te doen. Ik vind dat een heel mooie stap.

Minister **Schippers**: Ik heb het vervolg van mijn betoog naar onderwerp gegroepeerd. Als ik met een onderwerp klaar ben, zal ik nagaan of eventuele vragen niet zijn beantwoord, want dat kan natuurlijk gebeuren. De onderwerpen zijn: verwarde personen, de onverzekerdenproblematiek, het kwaliteitsstatuut, de wachttijden, de ambulantisering en overige. Ik heb de Kamer eind oktober het plan van aanpak van het aanjaagteam aangeboden. Ik stel het heel erg op prijs dat het aanjaagteam heeft gekozen voor een persoonlijke en praktische benadering. Er wordt heel praktisch bekeken wat de mensen nodig hebben. Als er sprake is van gevaar voor anderen, hoe kunnen we de samenleving dan beschermen? Ik ben ontzettend blij met deze aanpak. Ik ben ervan overtuigd dat zo'n maatschappelijk complex probleem niet vanuit een centraal punt met een blauwdruk kan worden opgelost. De belangrijkste acties moeten in de lokale praktijk van de grond komen en daar gestalte krijgen onder regie van de gemeente. De opdrachtgever voor het aanjaagteam is niet alleen het Ministerie van VWS, maar ook het Ministerie van V en J en de gemeenten, dus de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). In het aanjaagteam zitten de mensen die het samen kunnen doen, namelijk de patiënten, de ggz, de zorgverzekeraars, de gemeenten, het OM en de politie. Zij werken met andere partijen samen die ook betrokken zijn. Zij kijken waar het goed gaat en nemen dat als voorbeeld voor regio's waar het niet goed gaat. Zij praten met mensen die zelf een psychose hebben doorgemaakt en weten precies wat er nodig is. Alleen zo kan er grip worden gekregen op de problematiek waar de verwarde mensen mee worstelen en de obstakels waar ze tegen aanlopen als ze hulp en ondersteuning zoeken. We weten daar nog te weinig van. Het aanjaagteam doet niets over, maar maakt juist gebruik van wat er in de regio's en in het land wordt aangereikt. Men is op heel veel plaatsen met heel veel bevologenheid en enthousiasme bezig om de zorg en ondersteuning voor de verwarde mensen te verbeteren. Het is heel mooi dat de partijen het aanjaagteam weten te vinden. Het aanjaagteam ziet zichzelf als een platform, een plek waar professionals, patiënten, familie en mantelzorgers vanuit verschillende disciplines bij elkaar komen en aan oplossingen werken. Als blijkt dat inzet vanuit het Rijk nodig is, in welke vorm dan ook, weet het aanjaagteam ons te vinden en pakken wij de handschoen op. Mevrouw Tanamal vraagt waarom de termijn van het aanjaagteam is verlengd. De leden van het aanjaagteam gaven zelf aan dat de oorspronkelijke termijn van eind 2015 te ambitieus was. Dat is een belangrijk signaal, want zij moeten het werk doen en willen het ook grondig doen. De leden van het aanjaagteam zeggen dat ze meer tijd nodig hebben om het grondig te kunnen aanpakken. Zorgvuldigheid boven snelheid, zou ik willen zeggen. Het aanjaagteam heeft eind dit jaar een beeld van de triage, de hulpverlening op lokaal niveau en de voornaamste knelpunten. Het aanjaagteam heeft gestimuleerd dat gemeenten medio 2016 over een sluitende en duurzame aanpak beschikken. Dat vind ik een ongelooflijk ambitieuze aanpak. Er is gevraagd hoe ik invulling ga geven aan de beloofde improvisatieruimte. In de agenda voor gepast gebruik is opgenomen dat er improvisatieruimte wordt gecreëerd. Het is aan de partijen die het werk doen om hieraan invulling te geven. Het aanjaagteam richt zich op het vergroten van de handelingsgelegenheid, onder andere door het vergroten van de improvisatieruimte van hulpverleners. GGZ Nederland is daar nauw bij betrokken. Ik hoop dat het aanjaagteam als een belangrijk onderdeel van zijn plan van aanpak van verwarde personen kan aangeven waar die improvisatieruimte nodig is en welke regels in de weg kunnen zitten, zodat de overheid vervolgens aan de slag kan om regels buiten werking te stellen of om te bekijken of ze een blok op de weg zijn.

Zowel de PvdA als D66 vraagt of zij op de hoogte kunnen worden gehouden van de vorderingen van het aanjaagteam. Er wordt momenteel gewerkt aan het vergroten van het inzicht in de huidige situatie. Dat gebeurt onder andere door onderzoek naar de vraag hoe gemeenten het brede vraagstuk van beoordeling en doorgeleiding, zoals de triage, hebben opgepakt. Dat onderzoek is eind dit jaar gereed. Ik zal de resultaten begin volgend jaar naar de Kamer sturen. Op basis van de onderzoeksresultaten kan een eerste duiding worden gegeven aan waar inhoudelijke aandacht nodig is. Daarnaast wordt tot december onderzoek gedaan naar de hardere gegevens over de aard en omvang van de doelgroep en de ervaringen in andere landen. Als wij informatie hebben of als er een onderzoek of een inventarisatie van knelpunten wordt opgeleverd, stuur ik dat met een reactie van het kabinet naar de Kamer. De onverzekerdenproblematiek is een problematiek waarbij het op papier allemaal goed is geregeld en alles klopt. De praktijk laat zich helaas niet in de vakjes op papier persen. Het is heel erg nodig dat we bekijken wat er in de praktijk dwarszit bij de aanpak van de onverzekerden. Ik ben in Rotterdam bij de straatdokters op bezoek geweest en bij een aantal gesprekken en spreekuren aanwezig geweest. Ik stel die gastvrijheid ontzettend op prijs. Ik kon bekijken wat er bij een spreekuur komt kijken en welke problematiek erachter zit. Wat verhindert dat we de problematiek op een praktische manier oplossen? Het gaat niet om het omgooien van een systeem. We willen weten waarom de praktijk zo weerbarstig is. Er zijn bijvoorbeeld mensen die uit de gevangenis komen. In het gevangenis-regime waren ze via het Ministerie van V en J verzekerd. Vervolgens komen ze naar huis. Sommigen gaan naar huis, maar denken er totaal niet aan om iets met de verzekering te doen. Sommigen hebben geen huis en slapen eerst bij een broer op de bank en dan bij hun moeder en dan bij een vriendin. Sommigen komen uiteindelijk op straat. Vanwege een totaal gebrek van kennis aan mijn kant heb ik de vraag bij het Ministerie van V en J neergelegd of het mogelijk is om voordat iemand met zijn plunjezak de poort van de gevangenis uitloopt, al praktisch geregeld te hebben dat hij of zij een verzekering of een postadres heeft, zodat die persoon een verzekering kan hebben.

Mevrouw Bruins Slot had het goed dat ik mijn collega van Binnenlandse Zaken heb opgebeld. Ik heb gezegd dat sommige mensen wat in de war, wat ongestructureerd zijn. Zij kunnen heel moeilijk een afspraak nakomen, laat staan dat zij een afspraak bij de burgerlijke stand of een contact bij de gemeente na kunnen komen. Mensen zijn niet ingeschreven, ook al hebben we dingen bedacht zoals een postadres. Op de een of andere manier lukt het niet. Is het wellicht mogelijk dat ambtenaren van de burgerlijke stand met enige regelmaat langsgaan bij het Leger des Heils, de havens en alle opvangplaatsen en straatdokters? Als Mohammed niet naar de berg komt, kan de berg misschien naar Mohammed komen. Ik weet niet hoe ingewikkeld dat is. Ik ben heel openhartig, want misschien komt straks iedereen met lijsten over hoe ingewikkeld dat is. Ik wil maar zeggen dat ik zoek naar een praktische oplossing. Er is een hele rits afspraken. Er is een inbewaringstelling (IBS) voor mensen die in psychose op straat lopen. De burgemeester wordt vervolgens gevraagd of deze persoon tegen zichzelf, of de omgeving tegen deze persoon, kan worden beschermd. Er zijn mensen die acute zorg of minder acute zorg nodig hebben. Wat ik heb bijgeleerd – we leren allemaal elke dag weer bij – en opmerkelijk vond is dat als zo iemand in het ziekenhuis komt de acute zorg wordt geleverd, maar de net niet acute zorg niet. Dat vind ik heel gek. Kan daar niet een soort inzorgstelling voor worden geregeld? Mensen vinden misschien dat mijn ideeën heel lastig zijn te realiseren. De Kamer kan echter van mij aannemen dat ik er volop insta om bij het volgende overleg, tenzij dat heel snel wordt gepland, te bekijken hoe we de dingen die we niet willen praktisch kunnen oplossen. Als de ene weg niet lukt, omdat het inzetten van de mobiele ambtenaar misschien heel moeilijk is,

probeer ik de andere weg. Ik zeg de Kamer in elk geval toe dat mijn uiterste inzet erop is gericht om oplossingen te vinden, op een snelle en praktische manier.

**De voorzitter:** U zegt dat in het volgende overleg, als dat niet te snel wordt gepland, het een en ander misschien aan de orde kan komen. Aan welke termijn moeten we denken?

**Minister Schippers:** Ik heb voor het kerstreces samen met de Minister van V en J overleg met de grote gemeenten, die mij wat dingen kunnen teruggeven op mijn ideeën. Misschien vinden ze idee twee goed, maar vinden ze idee drie, dat bij hen ligt, minder goed. Dan heb ik daarover dus al een dialoog. Ik wil de eerste maanden van volgend jaar eraan werken om het een en ander te regelen. De dingen die ik zelf kan regelen, die niet in wetgeving gaan, gaan een stuk sneller dan dingen die heel ingewikkelde aanpassingen vergen. Ik kan de Kamer in het voorjaar op de hoogte stellen van de voortgang.

**De voorzitter:** Zullen we vaststellen dat dat in het voorjaar voor het meireces is?

**Mevrouw Tanamal (PvdA):** Ik ben heel blij dat de Minister er aandacht voor heeft en zegt dat we alles moeten proberen. Ik heb echter een vraag over de verzekeraars. Tijdens de hoorzitting kwam aan de orde dat verzekeraars soms iemand niet willen verzekeren, omdat die al schulden heeft bij de verzekering. Heeft de Minister dat ook op het netvlies?

**Minister Schippers:** Dat kan niet. Als dat zo is, moet de toezichthouder ingrijpen, want er is een verzekeringsplicht en een acceptatieplicht in Nederland. We komen echter ook gevallen tegen dat er mensen zijn die niet verzekerd willen worden. Daar is de praktijk weerbarstig en hebben we een grotere problematiek. Ik heb daarvoor nog geen oplossing. Ik sta ervoor open als mevrouw Tanamal daarvoor wel een oplossing heeft. Het is wel heel erg lastig als mensen het verzekerd zijn mijden, maar dat is een ander verhaal.

**De voorzitter:** De inzorgstelling is ook redelijk dwingend, net als het inbewaringstelsel. Maar dat is een andere discussie. Gaat u verder.

**Minister Schippers:** Ik denk dat de inzorgstelling qua structuur behoorlijk creatief is, dus laat ik me daar eerst maar even op focussen. Het volgende blokje betreft het kwaliteitsstatuut. Ik heb de Kamer in het kader van Kwaliteit loont een aantal maal over het kwaliteitsstatuut geschreven. Ik hecht daar enorm aan, omdat je daarmee een kader krijgt van normering van kwaliteit. Ik ben zeer gemotiveerd dat dit tot stand komt. Ik ben nog gemotiveerder dat de sector het zelf doet. De sector is daar momenteel druk mee bezig. Ik heb op 13 januari 2016 het eerstvolgende gesprek met de ggz. Ik krijg dan een model opgeleverd, als basis voor het gesprek. Het kwaliteitsstatuut gaat vervolgens naar het Kwaliteitsinstituut, die het inschrijft. Ik ben dus nog in afwachting van wat de sector oplevert.

Ik kom op het tijdpad van de kwaliteitsstandaarden. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz levert in 2016 een groot aantal zorgstandaarden op. Dat vind ik een ambitieus tempo. Mijn complimenten daarvoor, want het is een ambitieus programma. Er wordt hard aan gewerkt. Mocht het onverhoopt niet lukken, dan staan de zorgstandaarden op de meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut.

Er komt een patiëntvriendelijke versie van de zorgstandaarden. Het is de bedoeling dat er start- en stopcriteria inkomen. De partijen hebben in de

agenda opgenomen dat zij werken aan een website met keuze-informatie voor patiënten.

Het volgende blokje betreft de wachttijden. Er is recentelijk een rapport verschenen van de NZa over de zorgplicht in de ggz. In het rapport staat dat er in de ggz wel voldoende zorg wordt ingekocht, maar dat die niet goed is verdeeld over de aanbieders, waardoor er sprake is van wachttijden die normen overschrijden. Zo'n 20% van de cliënten moet lang wachten op een intake of een diagnose en 13% moet wachten op een behandeling. Er zijn uitschieters bij, bijvoorbeeld bij autisme. Er zijn geen wachttijden bij de beoordeling van mensen door de crisisdienst. Al met al is de conclusie, en een aantal Kamerleden trok die ook, dat er te veel mensen zijn die te lang moeten wachten. Dat moet anders. Dat vindt de NZa ook, want die ziet toe op de zorgplicht. De NZa heeft aangegeven dat een groot knelpunt kan worden opgelost door betere informatievoorziening; informatievoorziening van verzekeraars aan verzekerden over hun bemiddelingsactiviteiten, informatievoorziening van zorgaanbieders aan patiënten over de wachttijden en over de mogelijkheid om de verzekeraar om bemiddeling te vragen, en informatievoorziening van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de wachttijden. Deze partijen moeten hierop actie ondernemen. De NZa ziet daar als toezichthouder op toe.

Mevrouw Tanamal vraagt of het mogelijk is dat verzekeraars automatisch het budget kunnen aanpassen. Volgens de NZa wordt er in principe voldoende zorg gecontracteerd. Als het verzekeraars niet lukt om te bemiddelen dat mensen naar een andere aanbieder gaan, kunnen de verzekeraars bijcontracteren. Dat kan op elk moment van het jaar. Dat gaat niet automatisch, maar daar kunnen zorgverzekeraars wel toe beslissen. Er zijn geen signalen dat de maximale groei ruimte hiervoor geen ruimte biedt. De zorgplicht voor zorgverzekeraars is leidend. De NZa ziet daarop toe.

Mevrouw Tanamal vraagt wat verzekeraars en aanbieders aan de wachttijden doen. De verzekeraars en aanbieders werken samen aan een productiemonitor, die inzicht biedt in waar er binnen de contracten nog ruimte is en in waar de contracten volledig worden benut. Dit inzicht maakt bemiddeling door de verzekeraars eenvoudiger. Zij moeten dat inzicht immers zelf ook scherp hebben. Daarnaast moeten de verzekeraars van de NZa beter voor het voetlicht brengen dat zij kunnen bemiddelen. Tevens moeten de aanbieders de wachttijden op de website zetten. De NZa breidt deze verplichting uit en ziet er vervolgens op toe dat dat gebeurt. Dat is heel belangrijk. De aanbieders moeten de verzekeraars melden als er te lange wachttijden zijn. Bovendien moeten de aanbieders de patiënt erop wijzen dat die zich bij te lange wachttijden tot de verzekeraar kan richten. Dat is ontzettend belangrijk. De verzekerde kan die informatie rechtstreeks navragen bij de verzekeraar. Er loopt ook een algemene informatiecampagne, maar iemand moet maar net die spot op de radio horen of op internet tegenkomen. Het belangrijkste is dat iemand weet waar hij of zij terecht kan of naartoe moet. De NZa komt in februari met nieuwe wachtijdgegevens. Er wordt overwogen om de wachttijden een plaats te geven in het kwaliteitsstatuut. Ik zal dat met de sector opnemen.

Ik ben bereid om goede voorbeelden onderdeel te laten zijn van de agenda. De agenda is een agenda van de partijen. In de projecten die zij op touw zetten, spelen de goede voorbeelden ongetwijfeld een rol. Ik volg een en ander aan de hand van de voortgangsrapportages.

Mevrouw Bruins Slot vraagt hoe we ervoor zorgen dat mensen weten dat ze wachttijden kunnen melden. De aanbieders en de verzekeraars maken op hun website en vooral in het contact met de patiënten en de verzekerden duidelijk bekend dat zij wachttijden kunnen melden bij de verzekeraar en de NZa. Dat staat los van het feit dat de aanbieders en verzekeraars moeten melden waar ze kunnen en moeten doorgeleiden. Het punt van de informatievoorziening komt steeds terug. De NZa ziet dat

als oplossing. De zorgplicht is al in de wetgeving geregeld, maar de informatievoorziening gaat in de praktijk niet goed.

Er zijn berichten dat er in sommige regio's wachtlijsten zijn voor beschermd wonen. Vaak zijn die wachtlijsten een erfenis uit de AWBZ. Dat kunnen we niet direct oplossen. Centrumgemeenten werken er hard aan om de wachtlijsten weg te werken. Zij voelen zich zeer verantwoordelijk voor hun cliënten. De uitstroom wordt waar mogelijk gestimuleerd. De mensen op de wachtlijst krijgen ondertussen wel ambulante ondersteuning thuis.

Mevrouw **Siderius** (SP): Wij kennen de Minister als daadkrachtig en altijd voortvarend, maar het antwoord op de wachttijden is toch wel een beetje een slappe hap. De patiënten worden geïnformeerd en de NZa bekijkt nog eens hoe lang de wachttijden zijn, maar daarmee worden de wachtlijsten niet opgelost. Ik vraag mij terdege af of de doelgroep geschikt is voor dat informeren en het luisteren naar spotjes. Het zijn mensen met psychiatrische problemen. Die zijn met iets heel anders bezig dan zich bij de zorgverzekeraar melden voor bemiddeling. Ik wil daar graag een reactie op van de Minister. Moet het aantal beschikbare bedden niet eens worden bekeken? Misschien gaat de afbouw van bedden bij de instellingen te voortvarend, waardoor de wachtlijsten ontstaan.

Minister **Schippers**: Dat laatste constateert de NZa niet. De NZa constateert dat er voldoende is ingekocht. Er is een zorgplicht. Als de zorgplicht niet wordt nagekomen, is de toezichthouder aan zet. De toezichthouder heeft maatregelen gevraagd aan de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. De maatregelen betreffen met name de informatievoorziening en de toe- en doorgeleiding. Ik ben het met mevrouw Siderius eens dat ervoor moet worden opgepast dat de spotjes over hoofden heengaan. Het is name van belang dat degene die aan een poort klopt, aan de poort te horen krijgt wat hij of zij moet doen en waar hij of zij moet zijn. De NZa heeft een inventarisatie gedaan en geconstateerd dat de informatievoorziening onvoldoende is. De NZa heeft maatregelen gevraagd en treedt op als de maatregelen niet voortvarend genoeg worden opgepakt. De NZa wacht niet een jaar met het doen van een inventarisatie, maar komt in februari met een nieuwe scan. Dat is voortvarend optreden van de toezichthouder. Dat verwacht ik ook, want de huidige problematiek is niet acceptabel en moet worden opgelost.

Mevrouw **Siderius** (SP): Wachttijden worden niet opgelost met onderzoeken. Stel dat er genoeg zorg is ingekocht. Er zijn bepaalde instellingen die patiënten vasthouden en blijkbaar niet doorverwijzen naar een instelling waar geen wachtlijst is. Moet de Minister daar niet ingrijpen? Het is immers erg belangrijk dat mensen die zorg nodig hebben niet eerst maanden moeten wachten.

Minister **Schippers**: Als instellingen mensen onterecht vasthouden, hebben we daar een toezichthouder voor. Volgens mevrouw Siderius lost onderzoek niets op. Dat ben ik met haar eens. De NZa zegt wat de zorgverzekeraars moeten doen en houdt toezicht of dat wordt gedaan. In februari wordt bekeken of het voldoende oplevert. Het is geen vrijblijvend onderzoek, want de NZa heeft maatregelen gevraagd. De NZa bekijkt al over twee maanden, in februari, of de maatregelen genoeg zijn geïmplementeerd en, nog belangrijker, of het resultaat naar behoren is. Is dat niet zo, dan is het aan de toezichthouder om op te treden en om tikken uit te delen daar waar de maatregelen onvoldoende worden geïmplementeerd. De IGZ – dat is weer een andere inspectie – houdt toezicht op de kwaliteit. De kwaliteit kan worden afgemeten aan de richtlijnen. De instellingen moeten richtlijnconform handelen. Het is niet allemaal vrijblijvend. Ik deel

mevrouw Siderius» zorg, maar de NZa heeft ten aanzien van de zorgplicht goed en adequaat opgetreden.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): In de brief van de Minister staat tot twee keer toe vermeld dat de NZa de zorgverzekeraars oproept om consequenties te verbinden aan het niet melden door de zorgaanbieder van de wachttijden die de Treeknorm overschrijden. Als de zorgverzekeraars de wachttijden niet weten, zouden ze niet kunnen ingrijpen. De NZa zegt dat daaraan consequenties moeten worden verbonden. Dat kan de NZa wel zeggen, maar doet de NZa dat ook? Kan de NZa dat doen? Ondersteunt de Minister de oproep?

Minister **Schippers**: Ik ondersteun de oproep. De zorgverzekeraars kunnen ingrijpen, maar de NZa kan dat zelf ook doen bij de zorgaanbieders.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Waaruit bestaan de consequenties? Wat kan men concreet doen?

Minister **Schippers**: Een zorgverzekeraar heeft een contract met een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar moet in de afspraken consequenties verbinden aan goede informatieverstrekking en doorgeleiding. De NZa kan als toezichthouder een volledige instrumentenkist inzetten als het probleem niet goed wordt opgelost, van meedenken tot waarschuwen tot het opleggen van boetes. Het is goed dat de NZa zegt dat de verzekeraars afspraken moeten maken, maar de NZa heeft tevens een eigenstandige bevoegdheid.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben allereerst blij dat we nu in elk geval weten dat er wachtlijsten zijn en dat we kunnen werken aan oplossingen. Het heeft een hele tijd geduurd voordat we dat goed boven water kregen. Volgens de NZa zijn er twee oorzaken voor de wachtlijsten. De ene oorzaak is de slechte informatievoorziening. Daar hebben we het uitgebreid over gehad. De andere oorzaak die de NZa naar voren brengt, is dat de zorgverzekeraars de hoofdbehandelaar te krap contracteren. De Minister heeft in 2012 een fantastische lijst opgesteld met wie allemaal hoofdbehandelaar kan zijn. Ze gaf het veld alle ruimte om de zorg op een goede manier in te vullen. De zorgverzekeraars hebben de zorg echter vanuit een soort perspectief van betere kwaliteit juist heel krap ingekocht. De NZa concludeert daaruit dat daardoor wachtlijsten ontstaan. Ik heb in de brief van de Minister niet gelezen wat zij op dat punt wil doen. Welke actie kan de Minister hierop ondernemen?

Minister **Schippers**: De commissie-Meurs heeft een rapport geschreven over het hoofdbehandelaarschap. Dat rapport is ingezet. De wereld heeft sindsdien echter niet stilgestaan. Inmiddels is geconstateerd dat het hoofdbehandelaarschap eigenlijk moet worden doorontwikkeld naar het regiebehandelaarschap. Dat is een term die er veel meer bij past, want niemand wil een psychiater die vinkjes of een handtekening zet om aan te geven dat hij de patiënt heeft gezien en dat het allemaal via hem loopt. Dat is een onwenselijke situatie. De hoofdbehandelaar wordt dus doorontwikkeld naar de regiebehandelaar. Dat is in de commissie-Meurs afgesproken. Ik ben heel benieuwd naar het kwaliteitsstatuut dat we in januari krijgen. Dat lijkt mij de plaats om de volgende stappen te zetten voor de invulling van de regiebehandelaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik denk dat ik mijn vraag duidelijker moet stellen. De NZa zegt dat doordat de zorgverzekeraars voornamelijk de psychiater tot hoofdbehandelaar hebben gemaakt, er minder zorg kan worden geleverd. Er is immers maar een beperkt aantal psychiaters in

Nederland. Het is voor de behandeling echter ook mogelijk om andere mensen hoofdbehandelaar te maken behalve de psychiater. De Minister heeft daartoe de ruimte gegeven. De zorgverzekeraars gebruiken die ruimte niet. Volgens de NZa ontstaat daardoor een wachtlijst, omdat er maar een beperkt aantal psychiaters zijn. Kan de Minister nogmaals heel duidelijk bij de zorgverzekeraars aangeven dat zij de hoofdbehandelaars ruimer contracteren, zodat er minder wachtlijsten ontstaan?

**Minister Schippers:** Nu begrijp ik de vraag beter. De NZa constateert twee oorzaken. Als toezichthouder ziet de NZa toe op het wegnemen van die twee oorzaken. Als zorgverzekeraars iets moeten aanpassen om verruiming te krijgen om hun zorgplicht te kunnen voldoen, moeten zij dat doen. Doen ze dat niet, dan moet de NZa erop toezien dat ze het wel doen. Ik krijg in februari van de NZa een nieuw overzicht. Ik verwacht dat de NZa met informatie komt over hoe beide oorzaken zijn aangepakt en opgelost. Ik kom op het blokje ambulantisering. Het beeld bestaat dat Nederland in een recordtempo het aantal bedden afbouwt en dat dat onzorgvuldig gebeurt. Dat beeld schetst mevrouw Siderius althans. Internationaal gezien staat Nederland echter al jaren in de top drie van landen met het hoogste aantal bedden in de intramurale ggz. Dat staat niet gelijk aan kwaliteit. Kwaliteit is dat de zorg wordt gegeven die nodig is. Soms moeten mensen veel te lang intramuraal blijven. Dat is in Nederland ook gebeurd. Die mensen krijgen daardoor niet de gelegenheid om in hun eigen sociale omgeving met hun eigen sociale netwerk te functioneren en hun leven op te bouwen. Er zijn altijd bedden nodig en die moeten behouden blijven voor de mensen die daarop zijn aangewezen. Daar waar het anders kan, moet echter worden geprobeerd het langdurig behandelen van mensen binnen een instelling in te wisselen voor het leveren van ambulante zorg, zodat mensen een hogere kwaliteit van leven krijgen. Dat is de onderliggende gedachte in de omslag die wordt ingezet. Het Trimbos-instituut monitort de afbouw van de bedden en de opbouw van de ambulante zorg. De eerste monitor verschijnt eind december. Ik heb de Kamer eind oktober een tussenanalyse gestuurd. Het beeld dat die analyse oproept, is niet eenduidig. Er zijn regio's die voorlopen. Er wordt geïnvesteerd in de opbouw van ambulante zorg. Regio's verschillen erg van elkaar in tempo en aanpak. Ik heb het idee dat een versnelling mogelijk en nodig is. Ik ben daarom met partijen in overleg over wat zij eraan kunnen doen en wat zij daarvoor nodig hebben. Wat enorm zou helpen, is een eenduidig instrument aan de hand waarvan partijen lokaal met elkaar kunnen bepalen hoeveel zorg en welke zorg nodig is. Mevrouw Tanamal vraagt mij naar streefcijfers, maar zou het niet veel beter zijn als we criteria ontwikkelen die een wijk of buurt kan toepassen bij de check die ze doen? Het verschilt immers erg wat er nodig is en waar wat nodig is. Door criteria op te stellen kunnen de wijken en de buurten worden geholpen bij de opbouw. Ik ben voorstander van het ontwikkelen van criteria en wil daarover doordenken. Dat lijkt mij een mooie weg. Mevrouw Bruins Slot vroeg hoe ik gemeenten stimuleer om opbouw- en afbouwplannen te maken. Medewerkers van het ministerie spreken binnenkort met een aantal verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en het LPGGz. Daarbij wordt dit punt aan de orde gesteld. Wij treden niet in de verantwoordelijkheid van de verzekeraars en de gemeenten zelf, maar willen dit punt wel voor het gesprek agenderen. Ik neem de uitkomsten van het overleg mee in de reactie op de monitor ambulantisering. De gemeenten wordt op veel manieren ondersteuning geboden om hun rol in te vullen zoals beoogd. Op het gebied van kennis over de ggz is een opleidingsaanbod ontwikkeld en een wegwijzer opgesteld voor professionals om cliënten toe te geleiden naar het juiste aanbod. Vijf kennisinstuten ondersteunen de gemeenten bij de professionalisering van de wijkteams. Dat is belangrijk. De gemeenten worden ondersteund bij de ontwikkeling van de regioplannen. Er loopt een ondersteuningspro-

gramma bij de VNG, Opvang en Bescherming, gericht op de gemeentelijke taken rondom opvang en beschermd wonen. Aanbieders willen daarnaast graag dat de ontwikkeling van de inkooprelatie tussen de gemeenten en de ggz-aanbieders wordt ondersteund door de Transitiecommissie Sociaal Domein. Het draagvlak hiervoor wordt momenteel verkend. Er vindt nader onderzoek plaats naar beschikbare en betaalbare woningen voor de ggz-doelgroep. Tevens is er een Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen geïnstalleerd. Dat team doet momenteel een inventarisatie en brengt begin 2016 een rapport uit op basis waarvan vervolgstappen worden bepaald.

Ik kom op de versterking van de positie van cliënten. Het Ministerie van VWS subsidieert het programma Regie in de regio van het LPGGz. Het is een veelomvattend programma met als doelen: de versterking van de regionale stem van mensen met een psychische kwetsbaarheid, ondersteuning van de ontwikkeling van herstelacademies en zelfregienetwerken, en de verbinding tussen gemeenten en cliënten- en familievertegenwoordigers. Daarnaast is er een tweejarig landelijk innovatieprogramma voor de langdurige ggz, gericht op de ontwikkeling om regionale innovatie te stimuleren en te implementeren.

De afbouw van de bedden moet niet worden gestopt. De beweging om mensen zodra het kan en als het kan in hun eigen omgeving te behandelen, moet worden doorgezet, omdat dit bijdraagt aan het herstel van de patiënt. Terug naar opname is een stap terug. Als de noodzaak bestaat, moet er worden opgenomen. Dat is nu zo, dat is straks zo en dat wijzigt niet. Het gaat om het opbouwen van de ambulante zorg en niet om het stoppen van de afbouw van de bedden. Ik wil de energie op de opbouw zetten.

Diverse leden vroegen naar de ggz-deskundigheid in de wijkteams. Het is van groot belang dat in de wijkteams ggz-deskundigheid aanwezig is. Ggz-deskundigen herkennen de problematiek en kunnen op passende wijze hulp en ondersteuning bieden. Juist de tijdige herkenning is de omslag die we maken en die van groot belang is. Als de herkenning er is, kan er worden doorverwezen, bijvoorbeeld naar de huisarts, de POH ggz. Gemeenten hebben beleidsvrijheid bij de samenstelling van de wijkteams. De Staatssecretaris en ik zetten ons sterk in om de ggz-kennis bij de gemeenten onder de aandacht te brengen en hen daarin specifiek te ondersteunen. We ondersteunen onder andere het meerjarig programma Integraal werken in de wijk, waarbij gemeenten vanuit de kennisinstituten op een praktische leest specifieke ggz-kennis wordt aangeboden. Daarnaast zet ik mij in om een rol te scheppen voor het familievertrouwenwerk in het sociale domein. De politie lijkt in de praktijk heel goed in staat te zijn om mensen te ondersteunen die lijden aan psychiatrische problemen. Dat verloopt naar tevredenheid. De problematiek met leerlingen op scholen kan worden besproken in het zorgadviesteam. Een dergelijk team bevat verschillende disciplines, van maatschappelijk werk tot aan jeugdgezondheidszorg.

Ik heb reeds gereageerd op de vraag over het streefcijfer. Ik heb het Trimbos-instituut verzocht mij te adviseren of het mogelijk is om een streefcijfer voor ambulantisering te hanteren. Ik verwacht dit advies begin 2016 te ontvangen en zal de Kamer daarover adviseren. Ik heb echter begrepen dat het erg complex is, want welk cijfer stel je vast? Laten we in elk geval inzetten op een handreiking en op de criteria waarmee men in de wijk aan de slag kan.

**De voorzitter:** Eind december komt de monitor van het Trimbos-instituut. U spreekt nu over een advies in januari waarin de streefcijfers aan de orde komen. Gaat het over twee verschillende zaken?

**Minister Schippers:** Ja.

De **voorzitter**: Dan is dat vastgesteld en is daar geen verwarring over.

Mevrouw **Siderius** (SP): Volgens de Minister schets ik een negatief beeld van de beddenafbouw. Dat doe ik niet, maar de sector. Uit het onderzoek van de SP blijkt dat 72% van de mensen zegt dat het aantal bedden in een onverantwoord tempo wordt afgebouwd, omdat de ambulante begeleiding nog niet is gegarandeerd. Het zouden communicerende vaten moeten zijn, maar de vaten zijn lek. Het zou gelijk op moeten gaan. Het zal de Minister misschien verbazen, maar de SP is niet principieel tegen het afbouwen van het aantal bedden in de ggz. De SP vindt wel dat als het aantal bedden wordt afgebouwd, dat zorgvuldig en verantwoord moet gebeuren en dat de ambulante begeleiding gegarandeerd moet zijn. Dat is op dit moment niet aan de orde. Doet de Minister er niet goed aan om de afbouw van de bedden in elk geval te temporiseren, zodat de bedden pas worden afgebouwd als de ambulante begeleiding gegarandeerd is?

Minister **Schippers**: We moeten de energie zetten op het plakken van het lek als er een lek is en ervoor zorgen dat we opbouwen. Ik heb in het vorige overleg het internationaal perspectief geschetst waarin Nederland zich bevindt. Het gaat in een veel rustiger tempo dan op het eerste gezicht lijkt, zeker in vergelijking met andere landen. Tevens heb ik gezegd dat ik het Trimbos-instituut wil vragen om voor mij een heel helder beeld te scheppen over de stand van zaken en om mij te adviseren over het streefcijfer. Dat gaat het doen, maar ik begrijp dat dit complex is. Tegelijkertijd zetten wij alle energie niet alleen in op de opbouw van nieuwe ambulante teams, maar ook op voldoende aanwezige ggz-kennis in de sociale wijkteams, door het inschakelen van onze kennisinstituten. De opbouw bij de POH ggz was gigantisch, en is onstuimig gegroeid. Daar ben ik heel erg blij mee. Klaarblijkelijk voorziet het in een behoefte. Er wordt heel sterk opgebouwd in de directe POH ggz, vaak de eerste stap die iemand neemt. Uit het vorige rapport van oktober kwam een heel divers beeld over de ambulantisering naar voren. Ik verwacht dat het volgende beeld ook divers zal zijn, maar doordat we een beeld hebben, weten we waar we moeten inzetten.

Mevrouw **Siderius** (SP): De Minister zegt dat ze geen helder beeld heeft, maar het rapport, het onderzoek, geeft een duidelijk alarmsignaal af. De mensen die elke dag met hun voeten op de werkvloer staan, die elke dag met de patiënten in contact zijn en die weten wat er gebeurt, zeggen dat dit zo niet kan, dat het veel te snel gaat, dat het onverantwoord is en dat er ongelukken gaan gebeuren. Dat zien we ook. Er komen steeds meer verwarde mensen op straat. Andere voorzieningen hebben daar ook last van, zoals de politie en de hulpdiensten. Dat moet de Minister toch aan het hart gaan? Ik wil een pleidooi houden om verder te kijken dan het Trimbos-instituut of de onderzoeken. Kijk eens op de werkvloer, ga in gesprek met de mensen die dit werk elke dag vol passie doen, want dit gaat echt niet goed.

Minister **Schippers**: Het is niet zo dat wij in een ivoren toren zitten en nooit contact hebben met de mensen op de werkvloer. Wij hebben contact met mensen die het werk doen. We spreken met de mensen en luisteren naar hun oplossingen. Daarnaast doen wij onderzoek via het Trimbos-instituut. Het is te gemakkelijk om te zeggen dat er niet naar het onderzoek van het Trimbos-instituut moet worden gekeken, omdat het er niet toe doet. Natuurlijk doet het er toe, anders vragen we het niet. Overigens is op verzoek van de Kamer in een algemeen overleg afgesproken om het Trimbos-instituut dat onderzoek te laten doen. We moeten de resultaten daarvan bekijken en daarop handelen. We hebben in oktober een tussenstand gekregen. Daaruit spreekt dat er nog geen eenduidig beeld is. We krijgen eind dit jaar het rapport van het Trimbos-instituut. Daar gaan

we goed naar kijken om er lessen uit te trekken die nodig zijn om vervolgstappen te nemen.

Het aantal verwarde personen en de toename daarvan kan een heleboel onderliggende oorzaken hebben. Een verward persoon is niet een eenduidige groep. Er zijn heel veel verschillende kenmerken voor iemand die als een verward persoon wordt aangeduid. De ene persoon is verward vanwege een onderliggende ziekte, bijvoorbeeld dementie. De andere persoon is verward vanwege drugsgebruik. Weer een ander is verward omdat hij of zij op een andere manier ziek is. Het beeld is dus niet eenduidig te schetsen. Als ik het rapport van het Trimbos-instituut heb, bekijk ik dat nauwkeurig en handel ik op basis daarvan. Overigens nog hartelijk dank voor het rapport dat mevrouw Siderius mij heeft aangeboden. Ik heb het in deze korte tijd nog niet kunnen lezen, maar dat zal ik uiteraard doen. Ik zal in een van de eerstvolgende brieven op het rapport reageren.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): We spreken duidelijke cijfers af over het afbouwen van bedden, maar we kunnen nergens meten hoeveel ambulant erbij is. De Minister heeft een beter idee, namelijk het opstellen van criteria. Ik stel voor dat de Minister afwacht wat het Trimbos-instituut over de streefcijfers zegt. Als het echt zo ingewikkeld is, waarom is het dan ingewikkeld, want het gaat bij de streefcijfers vooral over de regio? De Minister stelt: criteria opstellen die de buurten kunnen toepassen. Er zijn heel veel buurten in Nederland. Hoe kan dat praktisch worden aangepast? Kan de Minister in een brief breder terugkomen op de vraag waarom niet het een maar wel het ander wordt gedaan, en vooral op hoe dat andere dan wordt gedaan?

Minister **Schippers**: Wat mevrouw Tanamal mij vraagt te leveren, is complex. Ik weet het niet. Als het Trimbos-instituut zegt dat het op een bepaalde manier kan, dan bekijk ik dat uiteraard goed. Om aan de zorg van mevrouw Tanamal tegemoet te komen, heb ik voorgesteld om een handreiking te maken. Ik zeg mevrouw Tanamal toe om het rapport van het Trimbos-instituut goed te bekijken. Ik zal in reactie op het rapport aan de Kamer expliciet meenemen wat de afwegingen zijn. Het blokje overige gaat over de psychosociale zorg bij ernstige aandoeningen. Ik heb de Kamer al eerder in de context van dit of een vorig algemeen overleg geschreven dat ik naar aanleiding van verschillende bezoeken in het gehele land opdracht heb gegeven om rond de tafel te gaan zitten. De psychosociale zorg bij een ernstige aandoening of een heel ernstige ziekte moet niet apart worden gefinancierd, maar moet onderdeel zijn van de behandeling. Neem als voorbeeld iemand die kanker heeft. Als in een vroeg stadium als onderdeel van de behandeling wordt bekeken of er psychosociale zorg nodig is, krijg je een heel ander beeld dan als er achteraf mee wordt gekomen. We zijn naar aanleiding daarvan met alle betrokken partijen rond de tafel gaan zitten. Het is overigens niet zo, zeg ik tegen mevrouw Dijkstra, dat dat alleen voor oncologie of voor ernstige ziekten is, maar we moesten ergens beginnen. We zijn bij oncologie begonnen om te bekijken hoe de psychosociale zorg integraal onderdeel kan worden gemaakt van de diagnose-behandelcombinatie. Hoe moet dat in elkaar worden geschoven? Een jaar geleden zijn de eerste stappen gezet. Vervolgens wordt bekeken hoe hetgeen uit het eerste traject is geleerd, moet worden ingevlochten in andere trajecten. Ik heb dat begin vorig jaar aan de werkgroep gevraagd. De werkgroep is van de zomer aan de slag geweest en heeft onderzocht hoe het georganiseerd en gefinancierd kan worden en wat de knelpunten zijn. Er is brede overeenstemming over dat de psychosociale zorg onderdeel is van de somatische behandeling. Er is geen sprake van een pakketdiscussie, over of er iets terug moet in het pakket of dat er iets anders moet worden aangepakt. De psychosociale zorg is onderdeel van

de ziektebehandeling bij ernstige ziekten. Er is geconstateerd dat er knelpunten zijn. Vervolgens doet de werkgroep verschillende aanbevelingen om de knelpunten weg te nemen. Een paar van die aanbevelingen zijn bijvoorbeeld het vergroten van de bewustwording bij alle betrokken partijen, de verdere ontwikkeling en afstemming van de richtlijnen – een heel belangrijke aanbeveling – en het vergroten van inzicht in de kosten. Het rapport is geen eindpunt, maar een startpunt voor het verbeteren van de psychosociale zorg. Alle partijen zijn vorige week weer bijeengekomen om met de aanbevelingen aan de slag te gaan. Er zijn drie werkgroepen gevormd die acties gaan clusteren tot een projectplan, ten eerste over een richtlijn voor afbakening en samenwerking, ten tweede over de kosten en de bekostiging en ten derde over de bewustwording en vindbaarheid. Eind januari vindt de vervolgbijeenkomst plaats met de presentatie van het plan en wie het gaat trekken. Ik zal de Kamer volgend jaar nader informeren over de voortgang van het traject. Er wordt hard gewerkt om te identificeren waar de knelpunten zitten en om die op te lossen. Voor zover de ondersteuning van partner en kinderen noodzakelijk onderdeel is van de psychosociale zorg die de patiënt als onderdeel van het somatische zorgtraject ontvangt, valt dat onder de behandeling en ook onder de verzekerdenaanspraak van de medisch-specialistische zorg. Ik zal een en ander expliciet onder de aandacht brengen van de werkgroep psychosociale zorg, die eind januari weer bij elkaar komt. De POH ggz is heel hard gegroeid in aantal. Ik ben daar heel erg tevreden over en denk dat het in een behoefte voorziet. Er zijn in het convenant huisartsenzorg 2012–2013 afspraken over gemaakt. In 2015 is er 85 miljoen euro aan het huisartsenkader toegevoegd. Er is niet slechts 85 miljoen euro beschikbaar, maar die is toegevoegd. Afspraken moeten binnen het totale huisartsenkader worden gemaakt. Ik vind het raar om expliciet voor dit onderdeel het huisartsenkader uit te breiden, terwijl er in het huisartsenkader ruimte is. Ik ga dat dus niet doen. Als er op basis van de POH ggz een overschrijding is, houd ik daar met de inzet van het mbi rekening mee. Ik zal niet zeggen dat als de ruimte is overschreden, ik het mbi inzet. Het is echter wel raar om iets uit te breiden waar nog ruimte is.

**Voorzitter: Bruins Slot**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt eigenlijk hetzelfde als ik. Ze overweegt om het mbi niet in te zetten bij overschrijdingen. Hoe hard is die uitspraak?

Minister **Schippers**: Als de overschrijding komt door de inzet van de POH ggz, zal ik het mbi niet inzetten. Als het komt doordat er spécialités zijn voorgeschreven in plaats van generieke middelen, is het een andere zaak. Komt het door de POH ggz, dan zet ik het mbi niet in.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik dank de Minister voor deze heel duidelijke uitspraak.

**Voorzitter: Pia Dijkstra**

Minister **Schippers**: De administratieve lasten en bureaucratie zijn iedereen een doorn in het oog, ook mij. Ik zie hoeveel mensen zich bij de instellingen moeten buigen over allerlei administratieve lasten en allerlei bureaucratie. Daar doen we al jaren wat aan. Het is treurig om te moeten constateren, maar ik loop al 25 jaar mee en zie dat iedereen al 25 jaar ongelooflijk gemotiveerd is om er iets aan te doen. De resultaten op papier zijn heel aardig, maar vallen in de praktijk op de werkvloer tegen. Wat ik deze zomer heb geleerd van het huisartsentraject is dat er een nieuwe manier is ontstaan om invulling te geven aan de wens die we allemaal hebben, namelijk dat niet de voorzitters, de directeurs of de

Minister aan tafel zitten, maar de mensen die het werk doen. Iedereen die het werk moet doen, hoort aan tafel te zitten, zoals de inkopers van de verzekeraars en in dit geval de huisartsen. Zij pakten de in te vullen formulieren van de verzekeraars en de huisartsen en bekeken of de vragen op het formulier nuttig zijn. Zo niet, dan gebruikten ze dat voortaan niet meer. Als een formulier heel erg op een ander formulier leek, bekeken ze of ze die niet in elkaar konden schuiven. Zo ja, dan deden ze dat. Zo is men aan tafel gaan zitten en heeft men de formulieren stuk voor stuk doorlopen. Daaruit blijkt dat je wel de gehele tijd naar elkaar kunt kijken, maar als je naar jezelf kijkt, schiet dat ook een stuk op. Heeft de wetenschappelijke vereniging 300 pagina's nodig voor een richtlijn of kan het een stukje korter? Waarom vraagt de verzekeraar eigenlijk bepaalde dingen uit, want die worden daar en daar ook al gevraagd? Is negen keer controleren beter dan een keer? Is negen keer controleren slechter, omdat het in dit geval niet baat maar wel schaadt? Gaan we dan terug van negen keer naar een keer? De ggz-sector en iedereen die erbij betrokken is, is meer dan van harte welkom om bij mij aan tafel te komen. Ik ben er zeer toe bereid dit te faciliteren met koffie schenken en een zaaltje. Eventueel kunnen we vanuit het departement dingen veranderen of vragen wat er in de weg zit. We hebben naar aanleiding van Het Roer Moet Om bij de huisartsen een sessie gehad met andere instellingspartijen, georganiseerd door de verzekeraars. Het moet van iedereen zelf komen, want als het alleen vanuit de overheid komt, werkt het niet. Dat hebben we nu lang genoeg geprobeerd. Iedereen moet rond de tafel en daarbij moet iedereen zijn eigen deel pakken. Als die motivatie er is, en die is er bij mij, gaan we daar zeker aan werken. Ook in de agenda van de aanbieders en patiënten zelf zit het onderdeel administratieve lasten. Daar is in de ggz behoorlijk wat uit te mesten. Aan mij zal het niet liggen om dit traject tot een succes te maken. We moeten de administratieve lasten ook bij het regiebehandelaarschap betrekken. Als we iets invoeren, wat betekent dat dan voor wat we in de praktijk moeten doen? Het is een belangrijke opdracht aan ons allemaal.

Mij is gevraagd of ik bekend ben met initiatieven zoals in Amsterdam, waar jobcoaches mensen helpen bij de terugkeer naar een baan en of er nog meer initiatieven bekend zijn. Het is een mooi initiatief. Het gaat om extra aandacht voor de arbeidsparticipatie van cliënten met ernstig psychiatrische aandoeningen. Verschillende FACT- en andere teams werken in Nederland al met de interventie Individuele Plaatsing en Steun (IPS). Recentelijk heeft het UWV voor aanbieders van IPS een landelijke regeling en bijbehorende financiering opgezet. Achmea wil het toelijdende traject naar een feitelijk re-integratietraject binnen het UWV of de gemeentelijke kaders samen met de zorgaanbieders vormgeven en is momenteel bezig om dit verder te implementeren in de meerjarenovereenkomsten. Het aanjaagteam kent het initiatief ook. Het ziet er kansrijk uit. Het aanjaagteam werkt samen met het Ministerie van Sociale Zaken. Omdat het initiatief nog in de beginfase zit, zal het aanjaagteam dit volgen. Ik ben zelf op werkbezoek geweest bij ggz-instellingen die dit soort acties uitvoeren. Daar werd heel actief gewerkt, vanuit de instelling zelf, om mensen die in de instelling zaten aan werk te helpen. Er werd een omgeving voor hen gecreëerd waarin ze kunnen werken en waarin het geen taboe hoeft te zijn om een geestelijke aandoening te hebben. In beginsessies werd er een rondje gemaakt, waarbij iemand bijvoorbeeld vertelde dat hij aan een bepaald soort autisme lijdt en waar hij last van heeft. Vervolgens werd er een rondje gedaan langs de mensen waarmee werd gewerkt en die vertelden waar zij last van hadden, bijvoorbeeld een heel ernstige ziekte. Dat brak het ijs enorm, waardoor men in de werkrelatie veel beter wist hoe men met elkaar moest omgaan. Er zijn ontzettend mooie initiatieven, die we vooral moeten toepassen en waaraan we aandacht moeten geven om ze te volgen.

Dat brengt mij bij het stigmatiseren van de ggz en dat we dat moeten doorbreken en daar initiatieven toe moeten nemen. De overheid heeft een groot initiatief genomen dat door de Minister-President is geopend. Daarin is heel veel gewisseld over stigmatisering en wat we daartegen kunnen doen. De initiatieven voor werk, voor de buurt en voor het ambulant behandelen, zijn ongelooflijk belangrijk. Het kan zijn dat iemands buurman anders is en niet in een vakje past en misschien iets ander gedrag vertoont. Het heeft te maken met tolerantie, maar ook met weten ermee om te gaan, met elkaar leren hoe je met mensen omgaat die net iets anders gedrag vertonen. Het taboe moet er af. De stichting Samen Sterk zonder Stigma heeft daar een ontzettend belangrijke rol in en doet verschrikkelijk goed werk. De financiering van de stichting kwam uit het bestuurlijk akkoord ggz en is in het kader van de agenda voor gepast gebruik en transparantie verlengd tot en met 2017. In de agenda die de aanbieders samen met de patiënten hebben gemaakt is bovendien aandacht voor de stigmatisering. Dat wordt in de verdere uitwerking zeker meegenomen. We moeten daar allemaal onze rol in pakken. Ik kom op het artikel in Vrij Nederland. In oktober 2015 heeft de IGZ onaangekondigd de zorginstelling locatie Vlaardingenlaan bezocht. De inspectie heeft de in het artikel genoemde aspecten in haar bezoek meegenomen. De inspectie heeft met medewerkers en cliënten gesproken. Er is een rondleiding geweest. Vervolgens is er naar aanleiding van de gepubliceerde artikelen een aantal maal overleg gevoerd met de raad van bestuur, vooruitlopend op het gesprek in december aanstaande. De uitgangspunten voor het gesprek in december zijn de vastgestelde verslagen van de gesprekken met de teams en met de patiënten en de uitvoering van het herstelplan. De inspectie is nog bezig met het verwerken van de resultaten van het bezoek. Ik kan daar niet op vooruitlopen. Ik kan ook niet vooruitlopen op de uitkomsten van het onderzoek van de inspectie. Ik moet dat verder afwachten. De instelling heeft inmiddels zelf bij alle klinieken een quickscan uitgevoerd en werkt aan de punten die daarbij als knelpunt naar boven zijn gekomen. Ik krijg op dit moment geen andere signalen.

Er is gevraagd hoe ik ervoor ga zorgen dat gemeenten en zorgverzekeraars afspraken maken over laagdrempelige time-outvoorzieningen, zoals het bed-op-recept. Laagdrempelige voorzieningen vervullen een belangrijke functie en kunnen enorm helpen om escalatie te voorkomen bij mensen die ambulante ggz-zorg krijgen. Het bed-op-recept is een opvang gedurende een aantal nachten, naast deeltijdbehandeling, om de patiënt op eigen verzoek te stabiliseren. Deze vorm van hulp maakt onderdeel uit van de ambulante zorgverlening en maakt daarmee geen deel uit van de afspraken om intramurale ggz af te bouwen. De afspraken moeten worden gemaakt tussen de behandelaar en de cliënt/patiënt, zodat er tijdig kan worden ingespeeld.

Ik heb de Kamer een reactie gegeven op het rapport over vaktherapie van het Zorginstituut Nederland. De Kamer heeft gezegd dat er meer evidentie moet komen voor de effectiviteit. Ik sluit daarbij dus aan bij wat de heer De Lange zegt. Zorginstituut Nederland constateert dat ook. Zorginstituut Nederland geeft de sector vijf jaar de tijd om die evidentie aan te tonen. Ik vind vijf jaar erg lang zonder duidelijke tussentijdse ijkmomenten. Zorginstituut Nederland moet bespreken om tussentijds ijkmomenten in te bouwen en moet daarover in gesprek gaan met de sector. Ik kom op de kortdurende opnames. Als mensen langer thuis blijven wonen, ouder zijn, prima thuis kunnen wonen maar wel kwetsbaarder zijn, moet je deze faciliteiten hebben. Als we willen dat mensen uit de instellingen naar de wijken gaan, daar ambulant worden behandeld, moeten we deze faciliteiten hebben. Er is momenteel een subsidieregeling. Die wordt onderdeel van de Zorgverzekeringswet. We moeten echter zeer goed in de gaten houden hoe we de eerstelijnsbedden vormgeven. Ik vind «eerstelijnsbedden» eigenlijk een ambtelijk rotwoord,

want het zijn eerder tijdelijke bedden. Die vormgeving gebeurt nu op heel verschillende manieren. Dat is op zich helemaal niet verkeerd. Er zijn logeerhuizen. Er ontstaan allerlei initiatieven. Dat is ontzettend belangrijk. Recentelijk is besloten om extra geld toe te voegen aan de subsidieregeling die daarvoor in het leven is geroepen.

Ik neem het voorstel mee om ouders met kinderen te laten spreken over geestelijke gezondheid. Het is een onderwerp waar ik mij eerlijk gezegd nog nooit eerder over heb gebogen. Ik zal bekijken of we het onderwerp in de onderzoekagenda preventie, bij de toekomstagenda, kunnen opnemen en hoe we het kunnen vormgeven en handen en voeten kunnen geven. Er is gevraagd wat het kabinet kan doen om de verplichte samenwerking tussen aanbieders te stimuleren. Een verplichting gaat mij te ver, maar samenwerking in het belang van de patiënt moet wel tot stand komen als dat nodig is. Solistisch werkende zorgverleners moeten met andere zorgaanbieders samenwerken om ervoor te zorgen dat de zorg aan de patiënt kan worden opgeschaald als dat nodig is. Ggz-aanbieders moeten samenwerken met de huisartsen. Het kwaliteitsstatuut moet aangeven hoe er wordt samengewerkt en hoe dat wordt vormgegeven. De samenwerking is een onderdeel dat een plek moet krijgen in het kwaliteitsstatuut.

Ik heb recentelijk antwoorden gestuurd op de vragen van Kamerlid Ziengs, over het gebruik van ADHD-middelen. Ik heb daarin aangegeven dat ik medio 2016 de resultaten verwacht van een groot onderzoek naar het gebruik van Ritalin. Het Trimbos-instituut start in het kader van uitgaan en het uitgaansleven een nieuw onderzoek naar het middelengebruik. De resultaten daarvan verwacht ik in oktober 2016. Deze onderzoeken lopen. Ik zie daarom nu geen reden om nieuw onderzoek te doen. Het is wel goed om te bekijken wat er uit de onderzoeken komt en of daarop actie nodig is.

**De voorzitter:** We zijn toe aan de tweede termijn van de kant van de Kamer. De spreektijd bedraagt twee minuten.

**De heer De Lange (VVD):** Voorzitter. Dank aan de Minister voor de uitvoerige beantwoording. We hebben heel breed het een en ander besproken, door al onze inbrengen bij elkaar. Het kwaliteitsstatuut is een belangrijke stap. Het is goed dat dat centraal komt te staan en dat op 13 januari de proeve wordt opgeleverd. Daar kan veel aan worden opgehangen en mee worden gecombineerd. Het is positief dat er verder aan de slag wordt gegaan met de wachtlijsten en dat de rol van de NZa daar heel nadrukkelijk in wordt benoemd. Dat is zeer relevant. Ik heb nog een vraag over de goede voorbeelden binnen de ggz. Worden die een nadrukkelijk onderdeel van de uitwerking van de agenda? Als wordt geconstateerd dat iets werkt, hoe wordt er dan voor gezorgd dat het een brede werking krijgt voor het gehele land? Het is goed dat de Minister in haar reactie op de vaktherapie zegt dat vijf jaar wel heel erg lang is. Dat ben ik met haar eens. Het is goed dat is aangegeven dat daarin tussenstappen moeten worden gezet. Dat lijkt me een goed uitgangspunt. Ik kom op de aanpak van de bureaucratie. De deur staat open bij het ministerie. Dat is een heel nadrukkelijke uitnodiging aan de ggz-sector om de agenda verder op te pakken. Iedereen is het er roerend mee eens dat er heel veel slagen kunnen worden gemaakt. Ik ga er daarom van uit dat de zaaltjes bij het ministerie binnenkort kunnen worden opengesteld en dat vanwege de heel praktische aanpak grote pakken papier terzijde kunnen worden geschoven.

Mijn laatste opmerking gaat over de stigmatisering. Daar zijn belangwekkende woorden over gesproken. Er moet mij nog wel een ding van het hart. Ik blijf benadrukken dat we er in de discussies voor moeten oppassen om de ggz en verwarde personen permanent met elkaar te

koppelen. Dat helpt niet om ervoor te zorgen dat er minder stigma is in Nederland.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA): Voorzitter. De vraag over de ketenaanpak is volgens mij nog niet beantwoord, of ik heb het antwoord gemist. We hebben het daarover gehad in het vorige algemeen overleg. Ik lees in het stuk van het aanjaagteam dat het heel actief bezig is met de leefgebieden van personen, met betrekking tot schuldhulpverlening, wonen, zorg enzovoort. Ik zou graag zien dat de ketenaanpak niet alleen geldt voor de verwarde personen, maar voor iedereen die vanuit de ggz weer terug de wijk ingaat, want die heeft vaak dezelfde problematiek. Heb ik het niet goed begrepen, of zegt de Minister dat de ketenaanpak ook voor deze groep geldt?

Ik dank de Minister uiteraard voor de beantwoording, met name over de niet-verzekerden. Ik ben heel blij dat de Minister creatief wil zijn en zich niet wil laten tegenhouden door mensen die roepen dat het allemaal niet kan. We moeten af en toe eens buiten de kaders kijken. Dat neemt niet weg dat de PvdA nog steeds zorgen heeft over de wachtlijsten. We moeten de wachtlijsten niet alleen bestrijden, maar ook voorkomen. Er worden allerlei maatregelen aangekondigd. De NZa zit erbovenop. Ik vertrouw erop dat de NZa gaat sanctioneren, want we moeten voorkomen en niet alleen bestrijden. Ik ben erg blij dat de Minister mijn vraag over of de familie en de naasten onderdeel kunnen zijn van de psychosociale zorg bij ernstige somatische ziekte, positief heeft beantwoord. Het ziek zijn is vaak niet iets dat je alleen meemaakt in het gezin. Het antwoord past denk ik mooi bij de motie van mevrouw Dijkstra, dus dank daarvoor.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de diverse antwoorden. Het CDA heeft zorgen over de snelheid van de opbouw van de ambulante ggz, de aanpak van de wachtlijsten, het grijze gebied tussen de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Zorgverzekeringswet en het afschuifgedrag dat soms op dat punt plaatsvindt. De Minister heeft een aantal goede dingen gezegd over de aanpak van de wachtlijsten. De NZa zit erbovenop, gaat toezicht houden en geeft de Minister en de Tweede Kamer daarvan in februari de resultaten. Los daarvan blijft het probleem dat een heleboel mensen niet weten dat ze bij de zorgverzekeraar om bemiddeling kunnen vragen. De mensen met psychische problematiek zijn veel lastiger te bereiken dan sommige andere mensen. Hoe kunnen we met een gerichte aanpak erin investeren, zodat die mensen niet blijven zwemmen maar weten waar ze een steun in de rug kunnen krijgen? Ik vond de opmerking van mevrouw Siderius op dat punt goed.

De Minister maakte een opmerking over de wachtlijst voor beschermd wonen. Zij zegt terecht dat er momenteel eigenlijk bij alle instellingen sprake is van een wachtlijst. De Minister merkte daarbij op dat er vaak sprake is van een erfenis uit het verleden van de AWBZ. Kan zij het hoe, wat en waarom van die erfenis uit het verleden van de AWBZ nader toelichten?

Mevrouw **Siderius** (SP): Voorzitter. Zo'n 90% van het personeel in de ggz zegt dat de kwaliteit van zorg is verslechterd. Dat is een zeer zorgwekkend signaal. De Minister gaat nogal gemakkelijk voorbij aan het tempo en de onzorgvuldigheid waarmee de afbouw van de bedden in de ggz-instellingen plaatsvindt. Volgens de Minister zijn er allerlei oorzaken voor het niet op orde zijn van de ambulante begeleiding waardoor er meer verwarde personen op straat komen, maar het ligt volgens haar in elk geval niet aan de afbouw van bedden in de ggz. Dat is weggijken van de problematiek. De SP-fractie wil daarover een uitspraak van de Kamer vragen.

De heer **De Lange** (VVD): De SP baseert zich op gegevens uit het eigen onderzoek. Het is natuurlijk prachtig om zelf onderzoek te doen. Vervolgens geeft mevrouw Siderius aan dat zij twijfels heeft over hetgeen het Trimbos-instituut neerlegt. Wat maakt nu dat het onderzoek van de SP meer waarde heeft dan het onderzoek van het Trimbos-instituut? Zij weegt de onderzoeken immers verschillend. Ik vraag mij af waar mevrouw Siderius die wijsheid vandaan haalt.

Mevrouw **Siderius** (SP): Meer dan 1.000 mensen die elke dag met psychiatrische patiënten werken, geven aan dat de ambulante begeleiding niet op orde is en dat de afbouw van de bedden te snel gaat, in een onverantwoord tempo. Ik vind dat een duidelijk signaal. De heer De Lange heeft de brief van de organisaties waarin dezelfde noodkreet wordt neergelegd ook ontvangen, dus ik snap niet dat de VVD zegt dat uit het ene onderzoekje blijkt dat het niet zo is en dat we de rest gewoon negeren. Dat kan niet. De SP wil het personeel, de werknemers die met hun poten in de klei staan, niet negeren. Wij nemen de noden die daar zitten zeer serieus. Het zou de VVD sieren als zij dat ook doet.

De heer **De Lange** (VVD): Uw eigen werkelijkheid creëren en zeggen dat de ander daar dan niet in meegaat, daar doe ik niet aan mee. Natuurlijk bekijkt de VVD de oplossingen. Het is van belang dat de SP bij dit soort onderzoeken de neiging heeft om te zeggen dat als het van de SP komt, het klopt en anders niet. Daar wil ik aandacht voor vragen. Het Trimbos-instituut monitort de opbouw van de bedden en de afbouw van de ambulante zorg naar aanleiding van vragen van de Kamer en dat moet de volle ruimte, energie en aandacht krijgen.

Mevrouw **Siderius** (SP): Dit is niet iets wat de SP vindt, maar wat meer dan 1.000 werknemers in de sector vinden. Dat zijn de mensen die elke dag met psychiatrische patiënten werken. Ik vind het prima als de VVD daarvoor wil wegkijken, maar de SP doet dat niet. De SP denkt echt dat er ongelukken gaan gebeuren. We zien al dat er meer verwarde mensen op straat zijn. Daar hebben ook andere voorzieningen in Nederland, zoals de politie en de hulpdiensten, heel veel last van. Dat vindt de SP heel erg. Dit probleem moet worden opgepakt, vandaar dat ik een VAO aanvraag. De SP had gevraagd om een verplichte samenwerking van grote instellingen met kleine instellingen, met name met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Volgens de Minister moeten we samenwerken. Dat is logisch. Dat vinden we volgens mij allemaal hier in de zaal. Ik wil de samenwerking koppelen aan het hoofdbehandelaarschap. Een van de ondervraagden heeft het over de aftikpsychiater. Dat vinden wij onwenselijk. De SP wil daarop graag een reactie. Ik heb geen reactie gehoord op het punt van de acute-opnameafdeling in ziekenhuizen. Kan de Minister daar nog op ingaan?

#### **Voorzitter: Bruins Slot**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden. Ik dank haar zeer voor de toezegging dat zij het mbi niet in de huisartsenzorg inzet als er sprake is van overschrijdingen door de POH ggz. Ik heb goed gehoord dat de Minister zei dat het heel expliciet daarover moet gaan. Dat begrijp ik. Dat heb ik ook gevraagd. De Kamer krijgt eind januari een plan over de psychosociale zorg. Daar dank ik de Minister voor. Inzake Ritalin heeft de Minister gezegd dat het Trimbos-instituut nieuw onderzoek doet naar het middelengebruik bij jongeren. Ik heb daar een extra vraag over. Ziet dat onderzoek ook expliciet op het gebruik van Ritalin in het geval van de diagnose ADHD? Het is goed om te horen dat de Minister bereid is om te bekijken op welke manier in de agenda van de toekomst kan worden meegenomen hoe kan

worden gestimuleerd dat ouders met kinderen over hun mental health, hun mentale gezondheid spreken. We kunnen in Nederland meer aandacht aan dit onderwerp besteden. Het is goed dat de Minister bereid is om dat te doen.

**Voorzitter: Pia Dijkstra**

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer De Lange vroeg hoe het met de goede voorbeelden binnen de ggz zit. Kunnen de goede voorbeelden nadrukkelijk uitwerking krijgen in de agenda, opdat ze breder worden toegepast? Er zijn voorbeelden van goede ervaringen die breder worden toegepast. De Psycholance in Amsterdam bijvoorbeeld is succesvol en wordt ook in Rotterdam toegepast. Het plan van aanpak verwarde personen is erop gericht om goede ervaringen in de ene regio ook toe te passen in de andere regio. De lijn is dat wordt bekeken hoe we de goede voorbeelden binnen de sector meer bekendheid kunnen geven en kunnen toepassen.

Mevrouw Tanamal vroeg naar de ketenaanpak. Ketenaanpak wordt op verschillende terreinen toegepast, bijvoorbeeld als er sprake is van wanbetaling, waarbij de sociale schuldhelpverlening en de maatschappelijk werker betrokken zijn. Ik heb tijdens werkbezoeken verschillende voorbeelden gezien, onder andere in Enschede, waarbij de zorg heel breed wordt opgepakt. Er wordt niet alleen specifiek binnen de zorg gekeken, maar ook erbuiten, want daar zitten vaak onderliggende problemen. Het aanjaagteam is expliciet bezig met de ketenaanpak. Ik zal kijken waar het aanjaagteam mee komt en hoe we dat breder kunnen vertalen.

Ik ben het eens met de oproep dat de NZa moet sanctioneren, als daar reden toe is. De NZa sanctioneert als de zorgplicht niet wordt nagekomen, en dat kan verschillende redenen hebben, als er sprake is van nalatigheid of als mensen niet doen wat ze moeten doen. Daarvoor is ze als toezichthouder in het leven geroepen.

Ik kom op de aanpak van de wachtlijsten. Ik zie heel goed dat de informatie niet altijd aankomt bij degene bij wie we graag willen dat het aankomt. Het is heel belangrijk dat de notie dat je bij je verzekeraar moet zijn voor doorgeleiding en doorbemiddeling, door de behandelaar wordt opgepakt. Ik zal de LPGGz erbij betrekken en vragen wat die een goede manier vindt om de eigen patiëntengroep beter te informeren.

Er is gevraagd of ik de erfenis van de AWBZ kan toelichten. Ik bedoel daarmee dat de wachttijden niet van de laatste maanden zijn. Het is niet zo dat ze er nooit waren en nu ineens wel. Er bestaan vaak al jaren wachtlijsten. Daarmee zeg ik niet dat het goed is dat er wachtlijsten zijn, maar wil ik aangeven dat het niet iets is wat plotseling is opgekomen. We kunnen van de gemeenten niet verwachten dat zij de wachtlijsten een-twee-drie oplossen als die al jaren bestaan. Wat we wel kunnen doen, is elkaar erop aanspreken en met elkaar werken aan het versterken.

Mevrouw **Bruins Slot**: De wachtlijsten bestaan een aantal jaren. Er gaan stemmen op dat ze toenemen. De vraag is echter: waar bestaat dat werken en versterken uit? Wat gaat er concreet in de praktijk gebeuren? Komen de juiste woningen beschikbaar voor mensen die noodzaak hebben aan beschermd wonen? Dat is om twee redenen belangrijk. Ten eerste zien we dat er steeds minder mensen met een bepaalde problematiek in instellingen wonen, die wel die steun in de rug nodig hebben. Die kunnen ze in beschermd wonen krijgen. Ten tweede wordt de groep kwetsbare mensen groter.

Minister **Schippers**: Dit is het werkterrein, de portefeuille van de Staatssecretaris. Hij is aan de slag met de overlegsgremia die we met gemeenten hebben. Het enige wat ik heb willen doen, is aan verwach-

tingsmanagement werken. Als iets al jaren bestaat en het wordt vervolgens de verantwoordelijkheid van iemand anders, is het te gemakkelijk om te zeggen dat die het ineens moet oplossen. Dat eraan wordt gewerkt, is evident. De gemeenten zijn allereerst aan zet. Daar waar we kunnen helpen, moeten we dat doen. Voor specifieke programma's moet mevrouw Bruins Slot de Staatssecretaris vragen wat hij op dat terrein doet. Ik kan ook voor haar vragen of de Staatssecretaris daar een verslagje over doet, al heeft hij er regelmatig overleggen over met de Kamer.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik snap dat de Minister zegt dat dit ook betrekking heeft op wat de Staatssecretaris doet. Het lastige is dat het vaak dezelfde mensen betreft. We hebben het over dezelfde mensen, maar ze zijn verdeeld over de Minister en de Staatssecretaris. Kan de Minister de vraag meenemen in de decemberbrief die later deze maand verschijnt? Misschien is dat een goede tussenoplossing.

Minister **Schippers**: Dat is een heel goede suggestie. Dat zal ik doen. Mevrouw Siderius zegt dat ik wel heel simpel reageer, omdat de afbouw van de bedden helemaal niets te maken heeft met de wachtlijsten. Ik heb dat niet gezegd. De afbouw van de bedden als oorzaak zien vind ik wel heel stigmatiserend, als ik zo vrij mag zijn. Daar strijden we juist tegen. Het probleem kent vele oorzaken en bestrijkt een heel breed terrein. De oorzaken in de inloophuizen zijn heel verschillend. Het aantal mensen is ontzettend verschillend. De geschiedenis van de mensen loopt heel erg uiteen. Het is daarom te gemakkelijk om te zeggen dat we vanwege de beddenafbouw dit probleem hebben. Ik zie dat anders, maar dat bleek al duidelijk uit dit debat.

Ik kom op het hoofdbehandelaarschap. Soms is monodisciplinaire zorg mogelijk. De hoofdbehandelaar is dan ook de behandelaar. Als er multidisciplinaire zorg nodig is, moet de hoofdbehandelaar samenwerken met andere behandelaars van andere disciplines. Daarom is het ook multidisciplinair. Dat betekent niet dat de hoofdbehandelaar verplicht kan worden samen te werken met iemand die heel ergens anders is. Wat wel moet gebeuren, is dat de hoofdbehandelaar direct contact met de cliënt heeft en niet louter aftikt. Dat is geen goede zorg. De inspectie ziet daarop toe. Dat aftikken gaan we tegen, want dat is precies niet wat wij met dit systeem beogen.

Mevrouw **Siderius** (SP): De Minister zegt dat er direct contact moet zijn tussen de hoofdbehandelaar en de patiënt. Er zijn echter hoofdbehandelaars die wel 400 patiënten in hun caseload hebben. Dat is natuurlijk een onmogelijke opgave. Dat gaat niet lukken. De Minister zegt dat we dat willen tegengaan, maar hoe gaat de Minister dat dan precies tegen?

Minister **Schippers**: Er moet goede zorg worden geleverd. Daar draait het om. Als een psychiater alleen maar elke keer een groen vinkje op een formuliertje zet, wordt er geen goede zorg geleverd. Het hoofdbehandelaarschap is op een manier ingevuld waarvan ik van mening ben dat het beter kan. Dat is de reden waarom we naar de regiebehandelaar gaan. Dat geeft veel meer inhoud aan dat wat we wensen. De uitwerking van het hoofdbehandelaarschap met vinkjes is niet de manier waarop het moet. We moeten ervoor zorgen dat er een klimaat, een omgeving of een situatie ontstaat waarin dat niet gebeurt. Daarom gaan we door naar de regiebehandelaar. De inspectie ziet toe op goede zorg. Dat is hen toevertrouwd.

Mevrouw **Siderius** (SP): De eerste zin van de Minister op elk antwoord is dat er goede zorg moet worden geleverd. Daar is volgens mij niemand tegen. Laten we het concreet maken. De Minister vindt het onwenselijk dat

een hoofdbehandelaar bijvoorbeeld 400 patiënten in zijn mapje, in zijn caseload heeft. Die voorbeelden bestaan. Betekent dat dan dat we meer hoofdbehandelaars gaan aanwijzen? Is dat wat de Minister zegt?

**Minister Schippers:** Er kan niet in zijn algemeenheid worden gezegd wat de invulling is van wat de psychiater moet doen. Heeft de psychiater iemand onder behandeling die hij twee keer per jaar ziet, dan kan hij veel meer patiënten onder zijn hoede hebben dan een psychiater die iemand een intensieve behandeling geeft. Ik kan dat van een afstand niet beoordelen. Er zijn richtlijnen en er is een inspectie die toeziet op goede zorg. Het hoofdbehandelaarschap is op een manier ingekocht die ik niet wenselijk vind. Daarom schakelen we door en ontwikkelen we het model door naar regiebehandelaarschap.

Ik kom op de vervolgzorg. Iemand komt bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp met een specifiek probleem. Iemand op de spoedeisende hulp die evident een zwaar probleem heeft, die acute ggz nodig heeft, moet worden doorgeleid naar de ggz-plaats waar die behoort. Het is niet zo dat als iemand de deur uitloopt, men niet meer verantwoordelijk is. Men hoort in de zorg in een netwerk te werken. Als iemand bij jou eigenlijk zorg van iemand anders moet hebben, moet hij worden doorverwezen naar de plek waar hij moet zijn. Dat geldt ook voor mensen die op de spoedeisende hulp komen en in geestelijke nood zitten, die bijvoorbeeld een suïcidepoging hebben gedaan. Het is evident dat als iemand vanuit de spoedeisende hulp somatisch is opgelapt, door het leegpompen van de maag of iets dergelijks, hij of zij wordt doorverwezen naar de zorgverlener die er op dat moment bij past. Dat is niet de spoedeisende hulp, maar de ggz.

**De voorzitter:** Het punt van mevrouw Siderius is dat dit vaak niet gebeurt. Misschien kunt u dat voor haar duidelijk krijgen.

**Minister Schippers:** Dat kan ik vanaf deze stoel niet beoordelen. Ik kan wel vertellen hoe het moet gaan. Ik ben zelf niet de toezichthouder. Daar hebben we de IGZ voor. Als er niet wordt doorverwezen, moet dat worden gemeld bij de toezichthouder. De inspectie moet een melding krijgen, waarop de inspectie zelf kan beoordelen wat ze eraan gaat doen. Er lopen twee onderzoeken. Het ene onderzoek is van het Trimbos-instituut, naar het middelengebruik in het uitgaansleven. Er zijn signalen dat Ritalin daarin een rol speelt. Het andere onderzoek is een heel groot onderzoek naar het gebruik van Ritalin. Dat onderzoek verwachten wij medio 2016.

**De voorzitter:** Ik dank mevrouw Bruins Slot hartelijk voor het overnemen van de voorzittersrol.

We zijn aan het einde gekomen van de beantwoording van de Minister in tweede termijn. Ik heb de volgende toezeggingen genoteerd.

- De Kamer wordt periodiek geïnformeerd over de ontwikkelingen ten aanzien van het aanjaagteam verwarde personen. Begin 2016 is er een onderzoek gereed met betrekking tot het vergroten van inzicht, inclusief de ketenaanpak.
- De Kamer wordt in het voorjaar voor het meireces geïnformeerd over de vorderingen van de problematiek inzake onverzekerden, gericht op een snelle en praktische interventie of oplossingsrichting.
- De Kamer wordt medio februari bericht over de recente wachttijden, nadat de NZa die heeft opgeleverd.
- De Kamer ontvangt medio december de monitor van het Trimbos-instituut inzake de afbouw van bedden en ambulantisering, inclusief de uitkomst van een gesprek met de gemeenten. Daarbij wordt tevens het punt van beschermd wonen betrokken.

- De Kamer ontvangt medio januari naar aanleiding van een advies van het Trimbos-instituut een brief inzake eventuele streefcijfers voor de ambulantisering.
- De Minister geeft een schriftelijke reactie op het SP-rapport.
- De Kamer wordt begin 2016 geïnformeerd over de voortgang en de implementatie van het rapport Psychosociale zorg van de werkgroep psychosociale zorg.

Daarmee zijn we aan het eind gekomen van dit algemeen overleg. Er is een VAO aangevraagd door mevrouw Siderius. Dat zal worden gemeld bij de Griffie. Ik dank de Minister en haar ambtelijke ondersteuning voor hun inbreng. Ik dank de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en diegenen die het overleg eventueel op een andere manier hebben gevolgd.

Sluiting 15.35 uur.

### **Volledige agenda**

*1. Stand van zaken uitvoering plan van aanpak jaarrekeningen ggz  
Kamerstuk 25 424, nr. 277 – Brief regering d.d. 28-05-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*2. Beleidsreactie op het IGZ-rapport GGZ-instellingen investeren in terugdringen van separatie; verdere acties nodig om ambities te halen  
Kamerstuk 25 424, nr. 278 – Brief regering d.d. 04-06-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*3. Plan van aanpak problematiek rond verwarde personen  
Kamerstuk 25 424, nr. 279 – Brief regering d.d. 30-06-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*4. Aanbieding monitor generalistische basis ggz juni 2015  
Kamerstuk 25 424, nr. 280 – Brief regering d.d. 30-06-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*5. Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2014, deel B  
Kamerstuk 31 765, nr. 161 – Brief regering d.d. 08-07-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*6. Verslag van een schriftelijk overleg inzake het advies van de commissie-Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz  
Kamerstuk 25 424, nr. 284 – Brief regering d.d. 01-09-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*7. Aanjaagteam verwarde personen  
Kamerstuk 25 424, nr. 285 – Brief regering d.d. 03-09-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*8. Aanbieding tussentijdse uitkomsten monitoring transitierégime, voorhang voorgenomen aanwijzing ex art. 8 Wmg inzake de afbouw van het transitierégime curatieve geestelijke gezondheidszorg (cggz) voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen  
Kamerstuk 29 248, nr. 286 – Brief regering d.d. 04-09-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*9. Reactie op het artikel van Vrij Nederland met de titel Undercover in de junkenfabriek  
– Brief regering d.d. 25-09-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

10. Aanbieding uitkomsten NZa-onderzoek bekostiging gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden  
Kamerstuk 25 424, nr. 287 – Brief regering d.d. 13-10-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. Analyse opbouw ambulante zorg in de ggz  
Kamerstuk 25 424, nr. 288 – Brief regering d.d. 27-10-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen  
Kamerstuk 25 424, nr. 289 – Brief regering d.d. 27-10-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
13. Plan van aanpak aanjaagteam verwarde personen  
Kamerstuk 25 424, nr. 290 – Brief regering d.d. 29-10-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
14. Financiering Stichting 113Online  
Kamerstuk 32 793, nr. 201 – Brief regering d.d. 30-10-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
15. Rapport inkoop en wachttijden geestelijke gezondheidszorg (ggz)  
Kamerstuk 29 689, nr. 677 – Brief regering d.d. 23-11-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
16. Regeling aanlevering zorgvraagzwaarte cggz  
Kamerstuk 25 424, nr. 291 – Brief regering d.d. 23-11-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
17. Stand van zaken november 2015 over diverse onderwerpen op het gebied van zorg  
Kamerstuk 29 515, nr. 371 – Brief regering d.d. 17-11-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
18. Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz  
Kamerstuk 25 424, nr. 292 – Brief regering d.d. 26-11-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
19. Aanbieding rapport Vaktherapie in de ggz  
Kamerstuk 25 424, nr. 293 – Brief regering d.d. 26-11-2015  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers