

Vergaderjaar 2015–2016

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 324

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 20 juli 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 mei 2016 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2016 inzake Verzamelbrief VWS januari 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 153);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 februari 2016 inzake Onderzoek «time-out procedure» voor verwarde personen (Kamerstuk 25 424, nr. 303);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 februari 2016 inzake Aanbieding Tussenrapportage Aanjaagteam verwarde personen (Kamerstuk 25 424, nr. 304);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 maart 2016 inzake Aanbieding van de wetenschapsagenda voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Kamerstuk 25 424, nr. 306);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2016 inzake Verzamelbrief VWS-onderwerpen (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 155);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2016 inzake Toepassing DSM-5 voor het pakket en de bekostiging ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 309);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2016 inzake Verzamelbrief maart (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 158);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 april 2016 inzake Voorhangbrief kwaliteitsstatuut ggz (Kamerstuk 31 765, nr. 201);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 mei 2016 inzake Reactie tussenrapportage aanjaagteam verwarde personen (Kamerstuk 25 424, nr. 312);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 mei 2016 inzake Aanbieding monitor Trimbos en advies streefcijfers ambulantisering (Kamerstuk 25 424, nr. 311);**

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 mei 2016 inzake Verzamelbrief april (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 160);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 mei 2016 inzake Antwoorden op vragen van de commissie over de interimregeling Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) (Kamerstuk 25 424, nr. 314);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 mei 2016 inzake Marktscan ggz 2015, deel A (Kamerstuk 25 424, nr. 315).**

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

De voorzitter van de vaste commissie,
Lodders

De griffier van de vaste commissie,
Teunissen

Voorzitter: Dikkers
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Dikkers, De Lange, Leijten en Tanamal,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.02 uur.

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij dit algemeen overleg. Ik heet de Minister en haar gevolg van harte welkom, net als mijn collega's. Wellicht schuiven er in een later stadium nog collega's aan, want momenteel is bij de regeling van werkzaamheden een punt aan de orde dat sommige woordvoerders aangaat.

Wij hebben een spreektijd van vijf minuten per fractie afgesproken, met twee interrupties in eerste termijn. Ik mag het woord geven aan de heer Leenders van de VVD-fractie.

De heer De Lange (VVD):

De Lange is mijn achternaam, maar dat gebeurt wel vaker. Ik heet Leendert de Lange.

De voorzitter:

Echt waar? Ik ga het helemaal opnieuw doen. Ik geef het woord aan de heer De Lange van de VVD-fractie.

De heer De Lange (VVD):

Maar Nederland mag mij ook best wel kennen als Leendert. Dan weten ze gewoon wie het is; ik vind het prima.

Voorzitter. Mensen die problemen hebben met hun geestelijke gezondheid moeten worden geholpen. Wat de VVD betreft staat de kwaliteit van leven altijd centraal, het iets van je leven maken vanuit een positief zelfbeeld. De worsteling met het leven van Linda van Oosterbaan, gisteravond bij Zembla, laat op een aangrijpende wijze de kwetsbaarheid ervan zien. Hier ligt een grote opgave voor de ggz en de opdracht om hier lessen uit te trekken. Ik verneem graag van de Minister hoe zij hiertegen aankijkt.

In gesprekken met mensen bespeur ik geregeld een gevoel van angst als het gaat om geestelijke gezondheid. Dat is niet zo vreemd als je je realiseert dat iedereen weet dat het jou ook kan overkomen. Je wil dan de beste zorg, hoewel er begrijpelijke angst is in de samenleving voor mensen met psychische problemen die zich vreemd gedragen. Hoe ga je hiermee om? Wat kun je doen? Bij veel mensen is dat op dit moment niet helder. Dat vraagt om actie.

Dit is ook niet zo gek, want in de afgelopen vijf jaar is het aantal incidenten met zo'n 65% gestegen. Dat is veel. Daarom ben ik blij dat er sinds de oprichting van het Aanjaagteam Verwarde Personen waardevolle stappen zijn gezet. Maar we zijn er nog niet, want hoe blijven we de verwarring voor? Juist door tijdig signaleren, beoordelen en acteren, behouden mensen met psychische problemen de regie over hun eigen leven en kunnen zij zelfstandig blijven wonen, met als uiteindelijk doel het actief deelnemen aan de maatschappij.

De praktijk laat zien dat er binnen de gemeentes en meldkamers geen eenduidige aanpak is van meldingen over verwarde personen. Nu is een 112-melding een oproep voor de politie, terwijl er in veel gevallen juist behoefte is aan hulpverlening uit de hoek van de crisisopvang bij de ggz. Hoe kijkt de Minister hiertegen aan? Hoe kan worden bewerkstelligd dat gemeenten de regierol oppakken en zij via een begrijpelijk protocol de

24/7-opvang voor verwarde mensen borgen, met als doel de juiste hulpverlener op de juiste plek om te kunnen handelen?

De VVD zou graag zien dat het aanjaagteam bij de verdere uitwerking ook handreikingen geeft aan iedereen in Nederland over hoe te handelen in een dergelijke situatie. Wat voor informatie geef je bijvoorbeeld aan de meldkamer en hoe vraagt men daar door? Kan dit worden meegenomen? De ggz gaat over veel meer dan verwarde personen alleen. De VVD ziet het als een grote prestatie dat de ggz samen met alle andere betrokken partijen in korte tijd een breed gedragen norm voor kwaliteit heeft bewerkstelligd. De VVD vraagt er nog wel aandacht voor dat er binnen de ggz meer ruimte wordt gecreëerd om het hoofdbehandelaarschap daadwerkelijk bij de medewerker neer te leggen bij wie dit het beste past. Zo kan het soms heel wenselijk en praktisch zijn om dat neer te leggen bij een verpleegkundig specialist. Hoe kijkt de Minister aan tegen meer experimenteerruimte voor de ggz op dit gebied? Kan dit nog worden meegenomen in de voorhang bij het kwaliteitsstatuut?

De basis is er. Nu begint de kunst van het uitvoeren. Hier liggen nog wel wat uitdagingen. Op dit moment gaat 30% van de indirecte behandel tijd op aan administratieve bezigheden. Deze tijd wordt niet besteed aan cliënten. De ggz geeft ook aan hiervan af te willen. Wat moet er concreet gebeuren om dit voor elkaar te krijgen? Ziet de Minister kans om dit verder te bevorderen en de partijen om tafel te krijgen?

De Marktscan GGZ laat zien dat de wachttijden in de gespecialiseerde ggz in 2015 toenemen terwijl het aantal patiënten in 2014 met 20% is gedaald. Is hier een verklaring voor? Binnen de ggz zijn geregeld geluiden te horen over financiële druk. Uit cijfers van Vektis blijkt dat in de afgelopen jaren pas 180 dagen na beëindiging van de behandeling bij verzekeraars wordt gedeclareerd. Hoe kijkt de Minister hiertegen aan? Waarom wordt er zo laat gedeclareerd? In hoeverre ziet de Minister mogelijkheden om de focus in de bekostiging niet meer te leggen op de behandelduur, dus het aantal minuten, maar meer op de effectiviteit en outcome? Hoe wordt dit meegenomen in de nieuwe bekostigungsstructuur waar de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) op dit moment aan werkt?

Voor iedereen is bij de verstrekking van medicatie een goede afstemming tussen de verschillende zorgverleners belangrijk. Helaas laat de praktijk zien dat binnen de gespecialiseerde ggz medicijnen worden voorgeschreven waar de huisarts en apotheek niet van op de hoogte zijn. Dit brengt de nodige risico's met zich mee. Op welke wijze ziet de Minister mogelijkheden om verdere samenwerking te bevorderen met als doel betere medicatietrouw en medicijnveiligheid?

Voor de VVD maakt psychosociale zorg voor kankerpatiënten onlosmakelijk deel uit van de behandeling. Kan de Minister een stand van zaken geven van hoe de gesprekken lopen met de betrokken partijen en wat de resultaten hiervan zijn?

Ik sluit af. Innovatie kan ook een belangrijke rol spelen in de geestelijke gezondheidszorg. Het blijkt dat slechts 15% van alle ggz-hulpverleners een onlinebehandeling beschikbaar heeft en dat hier maar voor een beperkt deel gebruik van wordt gemaakt. Aan de vooravond van de eHealth Week in Amsterdam heb ik daarom een laatste vraag. Hoe kunnen de kansen voor het gebruik van e-mental health binnen de ggz worden versneld?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Voorzitter. Een groep ggz-patiënten verblijft in een tbs-kliniek omdat ze agressief zijn. Daar hebben we eerder mondelinge vragen over gesteld. Ik zou graag de toezegging van de Minister krijgen dat deze patiënten nooit een tbs-regime voorgeschoteld krijgen maar gescheiden van tbs-veroordeelden worden behandeld, zoals iedere andere ggz-patiënt. Als opname in een tbs-kliniek niet meer strikt noodzakelijk is, moeten patiënten gewoon terug naar de eigen zorgsetting. Wil de Minister dit garanderen?

Het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens verplicht de regering om toezicht te houden op ggz-patiënten die van hun vrijheid worden beroofd. Ik wil daarom nadrukkelijk toezicht van de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) op ggz-patiënten in tbs-klinieken. Ik vraag de Minister om een jaarlijkse IGZ-rapportage met het aantal ggz-patiënten in tbs-klinieken, duur van de opname, hoe en waarom is doorverwezen en een oordeel over de kwaliteit van de behandeling. Ik zou hier heel graag een toezegging over krijgen van de Minister. We moeten voorkomen dat patiënten onnodig in een tbs-kliniek belanden. De commissie-Keurentjes deed in 2007 de aanbeveling om gradaties aan psychiatrische instellingen toe te kennen, zodat duidelijk is op welke afdelingen agressieve patiënten op een veilige en goede manier kunnen worden behandeld. Wil de Minister dit voorstel overnemen? En kopen verzekeraars wel genoeg gespecialiseerde plekken in voor agressieve ggz-patiënten? Ik hoor dat er niet wordt ingekocht voor onverzekerden en dak- en thuislozen, waardoor er voor hen een tekort aan plekken is en agressieve patiënten sneller worden doorverwezen naar een forensische setting. Klopt dit en hoe gaat de Minister dit dan oplossen?

Uit het Trimbos-rapport blijkt dat regionale samenwerking voor voldoende ggz in wijken achterblijft, terwijl er wel intramurale plekken verdwijnen en daarbij vrijgekomen middelen blijven liggen. Een streefcijfer voor de opbouw van de ambulante ggz kan niet gegeven worden, aldus het Trimbos-instituut. De samenwerking is niet optimaal in de regio's. Ik wil daarom graag dat de Minister samen met de verzekeraars, gemeenten en aanbieders werkt aan een snelle oplossing. De prioriteit moet liggen bij het volledig inzetten van vrijkomende middelen uit de beddenafbouw, voor de opbouw van de ambulante ggz, zodat die groei ruimte wel wordt benut. Wat mij betreft wordt er snel gewerkt aan een geïntegreerde ggz in de wijk.

Mevrouw **Leijten** (SP):

In het vorige algemeen overleg over de beddenafbouw en de ambulante opbouw in de ggz, hebben we hierover van gedachten gewisseld. Toen wilde de Partij van de Arbeid graag toch een streefcijfer voor de opbouw van de ambulante zorg. Nu zegt het Trimbos dat dit niet kan omdat het regionaal zo verschilt, maar hoe kijkt de Partij van de Arbeid er dan tegen aan dat is gezegd dat een derde van de bedden in het hele land weg mag? Dat is dan misschien niet zo'n handig streefcijfer. Hoe kijkt de PvdA daartegen aan?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Ik wilde inderdaad heel graag streefcijfers hebben. Wanneer een derde van het aantal bedden moet worden afgebouwd, lijkt het mij heel logisch dat wij willen weten hoeveel ambulante zorg er wordt opgebouwd. Uit het Trimbos-rapport blijkt dat het lastig is om streefcijfers per regio te geven. Daar staat tegenover dat er geconstateerd is dat er in de regio's absoluut niet wordt samengewerkt tussen alle instellingen die hierin iets zouden kunnen betekenen. Er komt een handvest. Op een aantal manieren wordt gezorgd dat mensen wel moeten gaan samenwerken. Mijn laatste zin in dit stuk is dan ook hoe de Minister op landelijk niveau mee gaat kijken met hoe ze het regionaal doen, en wanneer wij dat teruggekoppeld krijgen, graag op korte termijn. Als een streefcijfer geven niet mogelijk is, vind ik dat tot daaraan toe, maar ik wil weten hoe snel het ambulante werk wordt opgebouwd en wat de kwaliteit is. Ook wil ik daar graag een terugkoppeling van.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat interpreteer ik toch als de vraag om een streefcijfer. Ik blijf het heel gek vinden dat je zegt: we streven naar 30% minder bedden maar kunnen niet zeggen hoeveel meer ambulante zorg er moet komen. Dat is

natuurlijk een beetje een kromme redenering. Maar hoorde ik de woordvoerder van de Partij van de Arbeid net zeggen dat zij vindt dat de middelen die vrijvallen door de afbouw van bedden, ingezet moeten worden voor ambulante begeleiding? Als dat het pleidooi is, zou ik dat zeker willen ondersteunen. Dat zou namelijk echt ruimte geven om op te bouwen.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Ook dat vind ik heel duidelijk in het rapport staan, namelijk dat er wel degelijk ambulans wordt opgebouwd, maar niet voldoende, dat met name de EPA-patiënten niet voldoende zorg krijgen, dat de vakteams daarin achterblijven en dat daar veel meer op ingezet kan worden. Ik vind het zelf heel logisch dat als er geld vrijkomt omdat er bedden worden afgebouwd, je dat inzet om ambulante zorg te realiseren.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog. U hebt nog tweeënhalve minuut.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Het Trimbos krijgt de opdracht om een handvat te maken. Ik zou graag zien dat andere partijen daarbij betrokken worden. Ik wil van de Minister weten hoe ze daartegenover staat.

Ik hoor te vaak dat het wijkteams niet lukt om tijdig ggz-expertise te raadplegen. Ook de Minister stelt in haar reactie op de aanpak van verwarde personen dat de vroegsignalering voor verbetering vatbaar is. 24/7 beschikbaarheid van ggz-expertise in wijkteams is nodig om escalatie van problemen te voorkomen. Wijkteams komen achter de voordeur en moeten snel kunnen schakelen met de ggz. De Zorgverzekeringswetsystematiek leent zich hier niet voor, want zorg wordt pas vergoed als er een aandoening is vastgesteld en problemen zich gemanifesteerd hebben. Ik vraag de Minister te onderzoeken of een beschikbaarheidsbijdrage die zorgverzekeraars en gemeenten financieren naar aandeel in de regio een oplossing is, en hoe ze dat zou kunnen implementeren. Wat bedoelt de Minister ermee als zij zegt dat ze de roep om preventie steunt? Hoe zien we dat concreet terug in haar beleid en welke rol spelen de verzekeraars hierin? Verder verwacht de Minister oplossingen van de samenwerkingsagenda tussen Zorgverzekeraars Nederland en de VNG.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik vind het een terechte oproep van de PvdA dat er echt een 24/7-functie moet komen voor de opvang van verwarde personen, want er staat wel altijd brandweer paraat maar in de crisis-ggz kunnen echt nog heel goede verbeterstappen gezet worden. Mijn vraag aan mevrouw Tanamal is dan ook hoe zij dat voor zich ziet. Moet dat een regionale oplossing worden, of landelijk? Kan zij daar wat meer over zeggen?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

In een wijkteam blijkt vaak niet voldoende ggz-expertise aanwezig te zijn. Ook is consulteren lastig omdat het vaak om verschillende financieringsstromen gaat. Ik vind dat niet handig. Het lijkt mij dus een goed idee om de beschikbaarheidsbijdrage van gemeenten en zorgverzekeraars in een pot te doen, waaruit zij altijd ggz kunnen oproepen, zodat niet eerst hoeft te worden vastgesteld of er een aandoening of probleem is. Hoe ze dat doen, landelijk of lokaal, maakt mij helemaal niet uit, als het maar geregeld wordt. Misschien is dat een vraag voor de Minister: hoe zouden we dat het beste kunnen regelen?

De **voorzitter**:

Deze vraag wordt doorgeleid naar de Minister.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik wil even kijken of ik dat deel. Het CDA zou graag willen zien dat het niet alleen om opvang maar ook gelijk om goede behandeling gaat. Klopt het dat mevrouw Tanamal vindt dat beide aspecten in die beschikbaarheidsfunctie geregeld moeten worden, dus dat het daarom draait?

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Ik vind dat als er, op welk tijdstip van de dag dan ook, acute ggz nodig is, bekeken moet worden welke behandeling iemand op dat moment nodig heeft. Als inderdaad blijkt dat daar een nacht overheen kan gaan, vind ik dat aan de behandelaar ter plekke, maar er moet dan gewoon iets gebeuren. Als er een crisis is en er zorg nodig is, dan moet die er gewoon zijn.

Ik vervolg mijn betoog. Ik wil een compliment maken voor de werkzaamheden en de inzet van het Aanjaagteam Verwarde Personen. De onverzekerdenproblematiek blijft heel zorgelijk. Een adres hebben zal veel oplossen, maar ik wil graag van de Minister horen of deze mensen een echte bijstandsuitkering of een daklozenuitkering krijgen. Een bijstandsuitkering is makkelijker als je een zorgverzekering moet betalen. En hoe wil de Minister bewerkstelligen dat mensen in de BRP (Basisregistratie Personen) worden ingeschreven die eigenlijk niet in beeld zijn en soms door de BRP zelf worden uitgeschreven. Hoe wil ze dat regelen bij ex-gedetineerden?

We hebben diverse keren aan de orde gesteld dat er problemen zijn met de wachtlijsten, het budgetplafond en de informatie erover aan patiënten. Klopt het dat maar 8% van de instellingen informatie geeft op zijn website? Ook geven instellingen bij aanmelding vaak alleen door dat ze geen plek meer hebben, maar wijzen ze er niet op dat de zorgverzekeraars kunnen bemiddelen. Wanneer we naar de marktscan kijken die net is uitgekomen, zien we dat er in 2014 een wachttijd was tussen de eerste melding en de intake van vierenhalve week. In 2015 is dat opgelopen tot 5,6 weken. Ik denk dan: in plaats van dat mensen sneller worden doorgeschoven, blijken de wachtlijsten juist langer te worden. Ik hoor graag van de Minister hoe dit kan. Heb ik nog tijd?

De **voorzitter**:

Vijf seconden.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Dan wil ik nog zeggen dat ik me aansluit bij het betoog van collega Leendert over de psychosociale zorg.

De **voorzitter**:

Collega De Lange, dus. Mevrouw Leijten wil haar laatste interruptie plaatsen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het ging me een beetje snel, maar we moeten ook een hoop behandelen in korte tijd. In de crisisopvang is een van de problemen die worden gesignaleerd dat er geen structurele financiering is vanwege het betalen per verrichting. Daardoor is er ook geen structurele beschikbaarheid. Ziet de Partij van de Arbeid nog mogelijkheden om voor crisisopvang een ander soort financiering voor elkaar te boksen? Daardoor is er gewoon een crisisdienst, die natuurlijk het liefst geen klanten en patiënten heeft, maar die in ieder geval niet naar hen op zoek hoeft te gaan om rond te komen.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Ik doe net als waarschijnlijk mevrouw Leijten heel veel werkbezoeken. Ik zie dat instellingen dat heel goed geregeld hebben. Recentelijk was ik bij de GGZ Noord-Holland-Noord. Daar zijn de dingen op elkaar afgestemd, lopen die achter elkaar aan en zit niemand te wachten op een ander. Er wordt niet gekeken wie het moeten betalen en wie het zou moeten doen. Ik denk dan: zo kan het dus ook binnen de bestaande regelingen. Als iedereen gewoon gaat doen wat we binnen de mogelijkheden zouden kunnen doen, zou het al een stuk beter gaan.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat was natuurlijk niet helemaal mijn vraag. We hebben het vorig jaar ook op de hoorzitting gehoord: bij de spoedeisendehulp in Amsterdam of volgens het beleid hier in Den Haag is nooit helemaal duidelijk of er wel financiering is als iemand op straat wordt opgepikt in een crisissituatie. Hoort iemand wel of niet in de zorg terecht te komen? Je hoopt natuurlijk dat het maar een klein probleem is, of misschien heeft iemand een ander probleem. Maar er moet dan wel een spoeddienst zijn. Anders komen ze op heel andere terreinen terecht, zoals bij de politie.

De **voorzitter**:

Kunt u tot uw vraag komen?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Mijn pleidooi is om met een beschikbaarheidsbijdrage, dus een structurele financiering los van productie en toeloop van het aantal patiënten, 24/7 zorg te regelen. Is mevrouw Tanamal bereid om te kijken naar dat soort structurele financiering? En natuurlijk moet daarna iedereen goed gaan samenwerken.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

Ik ben altijd bereid om overal naar te kijken, maar zoals ik zei, gebeurt het binnen de huidige mogelijkheden op een aantal plekken al heel goed. Uit de hoorzitting bleek heel goed hoe men het hier in Den Haag doet. Daar gaat het ook heel goed. Dat is een kwestie van samenwerking, maar daar was het een probleem met de zorgverzekering. Wat mevrouw Leijten van mij wil horen, is een keihard ja of nee, maar dat geef ik niet. Er moet eerst gekeken worden binnen de mogelijkheden die er zijn. Maar ik wil altijd overal naar kijken, dus zij kan altijd met voorstellen komen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Mevrouw Tanamal wilde het hebben over de psychosociale zorg; daar kom ik ook op terug. Het AO heeft een lange agenda, maar ik wil net als mijn collega aan het begin stilstaan bij de uitzending van Zembla van gisteren over een patiënte die niet werd opgenomen en zichzelf vervolgens om het leven bracht. Zonder dat ik een oordeel heb over de vraag hoe de instelling heeft gehandeld, want daar heb ik niet genoeg inzicht in, plaats ik wel vraagtekens bij de handelwijze van de inspectie. Neemt de inspectie niet te snel genoegen met het eigen onderzoek van de instelling? Zou de inspectie niet, juist als iemand komt te overlijden, altijd zelf onafhankelijk onderzoek moeten doen?

Ik wil graag stilstaan bij het Aanjaagteam Verwarde Personen. Daarover hoor ik zeer positieve geluiden. Ik ben blij dat hiermee tempo wordt gemaakt, net als met de uitgebreide reactie op de tussenrapportage. Tegelijkertijd moeten we zeggen dat papier geduldig is. De Minister kondigt een samenwerkingsagenda aan tussen de VNG en Zorgverzekeraars Nederland. Komt die nog voor de zomer?

Dat de koepelorganisaties het eens worden, is vers één, maar dat dit werkelijkheid wordt, met bijna 400 gemeenten en de individuele zorgverzekeraars, is vers twee. Hoe gaat de Minister zorgen dat dit snel van de

grond komt? Ziet ze er bijvoorbeeld iets in om dit, net als bij de maatschappelijke opvang, op de schaal van de veiligheidsregio's te organiseren?

De opdracht van het aanjaagteam was te zorgen dat alle gemeenten in de zomer van 2016 beschikken over een sluitende aanpak, dus niet alleen een plan. Gaat dat lukken?

Ik heb vragen over het kwaliteitsstatuut. Ik vind het heel goed dat de sector dit nu heeft vastgesteld, maar ik verwacht wel dat het leidend zal zijn in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Bij de huisartsen zijn na de actie Het Roer Moet Om verbeteringen in gang gezet. Gaat dat in de ggz ook gebeuren?

Ik hoor in relatie tot het kwaliteitsstatuut dat verzekeraars zelfs verschillend denken over de vraag of een behandelaar vrijgevestigd of deel van een instelling is. De ene verzekeraar behandelt een maatschap van vier zelfstandigen als een instelling en de ander als een vrijgevestigde. Dat vraagt om twee verschillende kwaliteitsstatuten voor zo'n maatschap, maar een behandelaar mag er maar één hebben. In mijn ogen kan dat niet. Hoe stelt de Minister zich een oplossing voor?

Ik heb nog twee vragen over het kwaliteitsstatuut, allereerst over de experimenteerruimte voor een aanbod van huisartsenzorg en generalistische basis-ggz. Van eerstelijnsorganisaties krijg ik signalen dat zij vrezen dat deze experimenteerruimte onder druk komt te staan. Blijft deze wel bestaan? Neemt de Minister dat ook expliciet op in haar aanwijzing aan de NZa?

Sommige specialismen die nog niet BIG-geregistreerd zijn, zoals jeugdpsychologen en orthopedagogen, kunnen nu geen regiebehandelaar zijn. Dat betekent bijvoorbeeld dat iemand die op zijn 16de behandeld is door een jeugdpsycholoog en op zijn 19de weer hulp nodig heeft, niet meer bij dezelfde behandelaar terecht kan. Ik kan me niet voorstellen dat dit de bedoeling is. Graag een reactie van de Minister.

Ik kondigde al aan dat ik een vraag heb over psychosociale zorg. Bij de begrotingsbehandeling en in het vorige algemeen overleg heb ik erop aangedrongen dat psychische zorg bij ziekten als kanker onderdeel kan worden van de behandeling en het ook vergoed wordt. Dat was ook onderdeel van het actieplan Kanker en Werk van mijn collega Van Weyenberg van de commissie SZW. Al ruim anderhalf jaar wordt er gewerkt om dit voor elkaar te krijgen. Het wordt nu weleens tijd. De Minister heeft een brief beloofd voor dit voorjaar. Die brief is er nog niet en over drie weken is het AO pakketbeheer. Kan die brief er voor die tijd zijn?

Vanmorgen gaven de Nederlandse banken het signaal dat ze meer eisen gaan stellen aan de financiering van ggz-instellingen gezien de problemen met de jaarrekeningen. Tegelijkertijd klagen behandelaars over het declaratiestelsel. 93% ziet dit als een hoge administratieve last. Maar 10% van de behandelaars vindt het stelsel in het belang van de cliënt. Volgens mij heeft het een met het ander te maken. De financiën in de ggz zijn veel te complex. Gaat de Minister hier prioriteit aan geven, zoals ook de Rekenkamer aanbeveelt, en in overleg met de sector, verzekeraars en banken dit vereenvoudigen?

Ik wil heel graag eindigen door ook in de ggz aandacht te vragen voor de verschillen tussen mannen en vrouwen. Vrouwen zijn vaker depressief. De standaard antidepressiva en standaarddoseringen gaan uit van mannen. Ik vraag de Minister om meer te doen aan bewustwording hierover in de sector.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Graag spreek ik mede namens de SGP. Naar school gaan, werken, afspreken met familie en vrienden, kortom, meedoen in onze samenleving. De groep mensen die te maken heeft met ggz-problematiek is weliswaar erg divers – denk aan dementie of psychiatrische aandoe-

ningen – maar allemaal ervaren ze dat meedoen in onze samenleving niet vanzelfsprekend is. Onbegrip, uitsluiting, geen werk, schulden: voor velen is dat de realiteit. Laten we bekijken of we vandaag weer een aantal stappen kunnen zetten om de zorg voor deze zeer kwetsbare mensen te verbeteren.

Ik begin met de ambulantisering, de vermaatschappelijking van de zorg en de ondersteuning voor mensen met ggz-problematiek. De ChristenUnie en de SGP ondersteunen de beweging om zorg en ondersteuning dicht bij mensen te organiseren. Ik zie in het land dat hieraan hard wordt gewerkt. Er wordt ingezet op preventie en vroegsignalering, en op samenwerking in de eerste lijn. Dat is goed voor de mensen zelf en het leidt ook nog tot lagere zorgkosten. We staan, zo is mijn idee, aan het begin van het proces. Ik denk dat daar veel moois uit zal ontstaan. Toch wil ik een aantal zorgpunten meegeven aan de Minister. Het geld dat beschikbaar komt door het afbouwen van bedden door zorgverzekeraars is niet direct terug te zien in de investeringen in ambulantisering. Herkent de Minister dit en zo ja, wat gaat ze hieraan doen?

We hebben al vaak gesproken over passende huisvesting, maar een groot knelpunt is mijns inziens ook het ontbreken van ggz-kennis in de wijkteams. Eigenlijk zou de ggz 24/7 aanwezig moeten zijn in de wijken, maar de bekostiging is ingericht op individuele basis. De ChristenUnie en de SGP zien graag dat de ggz in de wijken een voorziening wordt en dat de bekostiging geïndividualiseerd wordt. Wil de Minister zich daarvoor inzetten?

In diverse regio's worden zorgprogramma's opgezet waarin de huisartsen en de POH-ggz samenwerken met de generalistische basis-ggz. Hebben de betrokken organisaties hiervoor voldoende experimenteer ruimte? Het is belangrijk om bij de behandeling van ggz-patiënten zo snel mogelijk de familie en het sociale netwerk te betrekken. Ik weet dat het gaat om een kwetsbare groep en dat een netwerk soms volledig ontbreekt. Waar dit netwerk er wel is, kunnen Eigen Kracht-conferenties helpen om mensen overeind te brengen en houden. Wil de Minister dit oppakken?

In het kwaliteitsstatuut is shared decision making als uitgangspunt genomen, maar de huidige wet- en regelgeving zou nog onvoldoende aangepast zijn. Wil de Minister ook hiernaar kijken?

Mijn laatste puntje in dit blokje betreft een werkbezoek dat ik heb afgelegd aan het Vechtgenotenhuis in Ommen, waar psychosociale zorg wordt geboden aan mensen met kanker en hun families. Voor zover ik heb begrepen, staat de financiering daarvan onder druk. Wat gaat de Minister hieraan doen?

Verwarde personen is het tweede grote onderwerp dat ik aan de orde wil stellen. Ook op dit gebied zie ik goede ontwikkelingen, zoals in Arnhem, waar door de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgverleners en politie geen verwarde personen meer oneigenlijk in de politiecel belanden. Maar ook hiervoor geldt dat we er nog niet zijn. Ik noem een aantal aandachtspunten.

Voor de ChristenUnie en SGP heeft prioriteit dat er hard gewerkt wordt aan improvisatieruimte voor professionals door het inbouwen van ruimte in wetten. De professional moet zich niet beperkt voelen door allerlei wettelijke regels. Is de Minister bereid de Kamer een brief te sturen waarin zij aangeeft welke mogelijkheden zij hiervoor ziet? Graag een reactie. Het aanjaagteam constateert ook dat nog te vaak onduidelijk is wie de regie moet voeren voor een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag. Er is geen duidelijke verantwoordelijke voor het op elkaar laten aansluiten van organisaties, om structurele oplossingen te vinden vanuit het integrale perspectief en daar continuïteit in aan te brengen. De Minister laat oplossingen hiervoor aan het veld. Wat ons betreft moet VWS meer zelf de regie nemen om de gesignaleerde knelpunten voortvarend weg te nemen. Wil de Minister daar handen en voeten aan geven?

De voorzitter:

Bent u klaar met het vorige gedeelte? Er is een interruptie voor u. Maakt u uw zin nog even af?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik heb nog twee zinnen. Een groot zorgpunt is de financiering van inloopen- en time-outvoorzieningen. Er is onvoldoende beschikbaarheid van laagdrempelige time-outvoorzieningen en 24/7-spoedzorg. Ook hierbij is de vraag wie eerstverantwoordelijk is. Wil de Minister de regie pakken en samen met gemeenten, zorgverleners en zorgverzekeraars tot een oplossing komen?

De heer **De Lange** (VVD):

Mevrouw Dik-Faber heeft het over de regiefunctie en vraagt bij wie die ligt. Als je goede regie wilt hebben, heb ik altijd geleerd dat het heel belangrijk is dat je volstrekt helder maakt wie de regisseur is. Anders heb je meerdere regisseurs en zul je erachter komen dat het een bijzonder stuk gaat worden. Als ik de stukken over de aanpak rondom het aanjaagteam lees, is de gemeente heel nadrukkelijk de regisseur voor de hele keten. Is de ChristenUnie van mening dat de gemeente de regisseur is en dat die het eerste aanspreekpunt is, of is de ChristenUnie van mening dat het Ministerie van VWS dit zou moeten zijn? Dat zou dan een andere koers zijn dan die van het aanjaagteam.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Volgens mij heeft het aanjaagteam ook geconstateerd dat er nog veel onduidelijk is over de aansturing. Ik kan me heel goed voorstellen dat we de aansturing neerleggen bij gemeenten. Gemeenten zijn de bestuurlijke organisaties die het dichtst bij de mensen acteren. Op gemeentelijk niveau worden de knelpunten ook gevoeld. Ik kan me heel goed voorstellen dat gemeenten met zorgverzekeraars, zorgverleners en politie de handen ineenslaan om te bekijken hoe zij verbeteringen kunnen aanbrengen. Dat betekent niet dat het Ministerie van VWS helemaal niets hoeft te doen. We weten allemaal dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars niet altijd even soepel loopt; laat ik me maar voorzichtig uitdrukken. Ik vind het wat te makkelijk als de VVD zou suggereren dat de Minister van VWS achterover kan leunen. Ik vind dat de Minister van VWS daar een verantwoordelijkheid in heeft. Zij is een soort systeemverantwoordelijke, om dat woord nog maar een keer in het debat te brengen.

De heer **De Lange** (VVD):

Ik heb nog een korte vervolgvraag. Heb ik uiteindelijk de ChristenUnie goed begrepen dat zij het primair met de VVD eens is dat de regie in de basis bij de gemeenten ligt?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

En de systeemverantwoordelijkheid ligt bij de Minister van VWS. Ik zie dat er gewoon echt iets moet gebeuren om ervoor te zorgen dat die samenwerking tot stand komt. Dat gaat gewoon niet vanzelf. Vaak gaat er van alles goed. Ik heb ook het voorbeeld van Arnhem genoemd als een positief voorbeeld waarbij verwarde personen niet meer oneigenlijk in de politiecel belanden. Dat is prima. Maar die samenwerking is niet een vanzelfsprekendheid. Waar er nog knelpunten zitten, is de Minister systeemverantwoordelijk.

De voorzitter:

Mevrouw Dik-Faber, u vervolgt uw betoog. U hebt nog een minuut

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel. Dat gaat lukken. De zorgverzekeraars zullen met ingang van 2017 risicodragend zijn voor de ggz. Ik denk dat we al grote stappen hebben gezet met het kwaliteitsstatuut en de Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie. Mevrouw Dijkstra heeft al benadrukt dat het kwaliteitsstatuut ook aanknopingspunten biedt voor Het Roer Gaat Om, niet alleen bij de huisartsenzorg maar in de eerste lijn wat mij betreft ook bij de ggz.

Een punt dat mij nog wel zorgen baart, waar de zorgverzekeraars en GGZ Nederland ook op wijzen, is de risicoverevening. Ik lees een zin voor uit een verslag dat ik heb gelezen. «De risicodragendheid is problematisch bij enkele groepen patiënten die hoge zorgkosten hebben, maar die niet goed uit het model gehaald kunnen worden.» Wil de Minister daarop reageren? Ik hoor ook graag haar reactie op de kritiek van de Algemene Rekenkamer. De Rekenkamer zegt dat de Minister zich moet richten op het beter laten functioneren van de keten of beschikken over alternatieve sturingsmogelijkheden om een goede verantwoording te borgen. Hoe worden de zorgverzekeraars hierbij betrokken?

Ten slotte, mensen passen niet in hokjes. Ik denk dat het heel belangrijk is om integraal naar de zorg voor en ondersteuning van mensen met een ggz-problematiek te kijken. Laat niet de systeemwereld maar hun leefwereld leidend zijn!

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Er zijn veel kwetsbare mensen in onze samenleving. Zij kunnen ook last van psychische problemen hebben. Het CDA vindt het van belang dat ze een goede zorg krijgen. De afgelopen jaren is er veel in de geestelijke gezondheidszorg veranderd. Veel mensen vinden het lastig om nu hun weg daarin te vinden. De geestelijke gezondheidszorg staat ook onder druk. Mensen dreigen tussen wal en schip te vallen. Dat vraagt om actie. Daarom is het ook goed dat er nu het Aanjaagteam Verwarde Personen is. Dat doet prima werk. In de tussenrapportage stelt het aanjaagteam dat het van belang is dat de eerste opvang en beoordeling van 24/7-acute zorg voor mensen die verward gedrag vertonen, overal in het land als een beschikbaarheidsfunctie geregeld is. De woordvoerders van de PvdA en de VVD hoorde ik daar ook al over. Het CDA vindt die beschikbaarheidsfunctie echt een goed plan. Mensen die in een crisis raken, komen nu vaak snel in een politiecel terecht, met alle gevolgen van dien. De Minister verwijst in haar reactie op dit goede idee naar een werkagenda van Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten die daarin dat onderwerp moeten betrekken. Wat het CDA betreft, is dit echt te ongericht, te vaag en ook onvoldoende. Het CDA wil de Minister ertoe oproepen om dit samen met het veld te gaan opbouwen. Waarom is er altijd wel een brandweer die 24/7 beschikbaar staat voor mensen die hulp nodig hebben? Eigenlijk zou er ook zo'n brandweerfunctie voor de ggz moeten komen. Er moet een goede, permanent parate club komen die acute zorg biedt aan mensen met verward gedrag. Als de Minister niet met een stevige toezegging komt om meer te doen, overweegt het CDA om een motie op dit punt in te dienen. Ik hoop eigenlijk dat dit niet nodig is.

Het onderzoek van het Trimbos-instituut legt, wat het CDA betreft, ook de vinger op de zere plek. Daarbij gaat het om de opbouw van goede voorzieningen in de wijk. Het Trimbos-instituut trekt een heldere en duidelijke conclusie. Het zegt dat de afbouw van de bedden in de zorg achterblijft bij de opbouw van zorg in de wijk. Het CDA maakt zich ernstige zorgen dat hierdoor mensen tussen wal en schip terechtkomen. De stijging van het aantal incidenten met mensen met verward gedrag is daarbij ook een teken aan de wand. De reactie van de Minister is dat zij meer onderzoek gaat doen om nog dieper te graven waar op regionaal niveau de oorzaken liggen. Maar ondertussen staat het water wel aan de

lippen. Er is nu eindelijk na twee jaar onderzoek een heldere analyse. En dan gaat de Minister weer een jaar onderzoek doen!

Mijn vraag aan de Minister is de volgende: waarom stukt nu de opbouw van de zorg in de buurt voor mensen met psychische problemen? Is er sprake van onvoldoende geld? Ik wijs op de interessante suggestie die ik eerder van de PvdA hoorde over de mogelijkheid om een deel van de vrijkomende middelen uit de beddenafbouw voor de intensivering van de ambulante zorg in te zetten. Ik hoor graag een reactie van de Minister op dit punt. Het CDA zou eigenlijk het liefst zien dat we nu een pas op de plaats met de beddenafbouw maken totdat we zeker weten dat er voldoende zorg in de wijk is. Ik heb dat al een aantal keren gezegd. Het gaat hier immers om kwetsbare mensen die we een zo goed mogelijke zorg en opvang proberen te bieden. Die wil je natuurlijk niet in de steek laten. Daarom stel ik de vraag toch nog maar een keer: waarom kiest de Minister niet voor deze oplossing? Ik heb die vraag al twee of drie keer eerder gesteld.

Het CDA blijft zich ook zorgen maken over de wachtlijsten. De heer De Lange maakte hierover een interessante opmerking. Hij zei: we zien een teruglopende vraag in de ggz en ondertussen lijkt het erop – en dat is ook echt het geval – dat de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg oplopen. Er gaat daar dus echt iets niet goed. Ik weet dat de Nederlandse Zorgautoriteit bezig is met een verdiepend vervolgonderzoek, maar wanneer krijgen we dat nu? Hoe snel is de Minister dan ook in staat om daar een reactie op te geven en, indien nodig, ook de vervolgstappen te doen?

Er stond deze week ook nog eens verontrustend nieuws in Zorgvisie. De uitstroom van daklozen uit de opvang stagneert volledig door gebrek aan betaalbare en geschikte woningen. Circa 16.000 mensen verblijven daardoor te lang, namelijk acht maanden, in een relatief dure instelling voor crisisopvang en beschermd wonen. Dit baart het CDA grote zorgen. Wat gaat de Minister hieraan doen?

Er lopen mensen op straat die een gevaar kunnen zijn voor zichzelf maar ook voor de samenleving. Het is van belang dat zij een goede behandeling krijgen, dat zij geholpen worden. Daarvoor heeft de Minister ook een wetsvoorstel in voorbereiding. Dat is het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. Op dit moment wacht de Kamer al meer dan twee jaar op een nota van wijziging van de kant van de Minister, zodat we eindelijk dit wetsvoorstel kunnen behandelen. De Minister meldt in haar laatste brief dat zij wil dat de Tweede Kamer dit wetsvoorstel nog in 2016 afrondt. Dat betekent dat zij bijna drie jaar pakt en aan ons als Tweede Kamer vraagt om er drie maanden voor te nemen. Ik wil toch aan de Minister vragen, nog voordat de nota van wijziging bij de Kamer ligt, hoe zij hiertegen aankijkt.

Ik kom tot een afronding. De commissie-Hoekstra heeft al meer dan anderhalf jaar geleden gepleit voor een tijdelijke regeling in het kader van het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. De Minister wil dit niet. Het CDA en de Minister hebben hierover schriftelijk al uitgebreid van gedachten gewisseld. Het CDA zou toch het liefst zien dat er een goede tijdelijke tussenoplossing komt. Zijn er zaken rondom de verplichte behandeling die wel tijdelijk geregeld kunnen worden?

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Wat mij betreft, hebben we het vandaag over stoplichten. Ik heb niet het stoplichtensysteem voor de declaratieregels geïntroduceerd, maar het moet mij van het hart dat ik dat een raar stoplichtensysteem vind. Als iets op groen staat, ga je door. Als iets op oranje staat, rem je af. En als iets op rood staat, dan stop je. Bij het declaratiestoplicht is het precies andersom. Bij groen stop je met de behandeling, bij oranje maak je de behandeling snel af en declareer je en bij rood ga je vooral niet declareren, want dan krijg je te weinig, dus dan behandel je door. Ik vind

het gek! Vindt de Minister ook niet dat je moet behandelen als er bij de patiënt behoefte aan is, en niet dat je moet stoppen of moet doorgaan met de behandeling als dat voldoende geld oplevert?

Dit voorbeeld laat zien dat de dbc-financiering dingen uitlokt. Het systeem lokt uit om langer of korter te behandelen, omdat dat lucratiever is. Het lokt uit om bepaalde patiënten misschien niet of wel in behandeling te nemen, omdat die lucratiever zijn. TNS concludeert in het onderzoek naar declaratiegedrag van behandelaars dat incorrect declareren vooral wordt veroorzaakt door het werkbaar maken van de declaratieregels in de praktijk. Tegelijkertijd zien we dat jaarrekeningen niet kunnen worden goedgekeurd en dat de banken daarover aan de bel trekken.

Ik wil het vandaag ook hebben over andere stoplichten, die echt op rood staan. Ik noem bijvoorbeeld de beddenafbouw en de opbouw van ambulante zorg. Daar staat het licht op rood en moeten we stoppen met het afbouwen van bedden, omdat de communicerende vaten die de afbouw van de bedden en de opbouw van ambulante zorg in de buurt zouden moeten zijn, geen communicerende maar lekkende vaten blijken te zijn. Ik heb dat ook al in eerdere debatten gezegd. Er zijn wel streefcijfers om de bedden af te bouwen, maar geen streefcijfers om de ambulante zorg op te bouwen. Dat gaat niet goed. Tegelijkertijd zien we dat door de inkoop van zorgverzekeraars met budgetten, er wachtlijsten ontstaan. Dat gaat niet goed.

Het aanjaagteam stelt dat de systeemwereld leidend is in plaats van de leefwereld van de patiënt. Dat hoort de Minister, die zegt van systemen naar mensen te willen, toch iets te doen. Als wordt gezegd dat er geen acute hulpverlening kan zijn als productie boven beschikbaarheid gaat of onderproductie beschikbaarheid in de weg staat, dan moet de Minister toch zeggen dat zij gewoon gaat regelen dat er beschikbaarheidsnormen en financiering komen? Maar ze zegt het niet. Ze zegt dat ook niet ten aanzien van een 24-uursvoorziening in de wijk. Dat vind ik echt heel jammer, want juist daar zien we toch dat het stoplicht op rood staat en zou je met het huidige organisatiesysteem moeten stoppen.

Naar aanleiding van Het Roer Gaat Om zijn er verschillende afspraken gemaakt over contractering. Een daarvan is de geschillencommissie. Ik wil de Minister daar twee vragen over stellen. Hoe laagdrempelig is de geschillencommissie precies hoeveel moet een partij betalen om een geschil te deponeren? Of is het gratis? Kan de Minister ook aangegeven wat de looptijd wordt van de geschillen en of dit een daadwerkelijk snelle en effectieve procedure zal zijn?

Het veld heeft een kwaliteitsstatuut gemaakt. Ze zijn eruit. Dat is op zich mooi nieuws, want er is lang over gedaan. Maar nu gaan de zorgverzekeraars er nog eens mee aan de haal. Mevrouw Dijkstra gaf het mooie voorbeeld al. Het veld is erover uit wanneer er van een vrijgevestigde praktijk en wanneer er van een instelling wordt gesproken, maar de zorgverzekeraars gaan het anders interpreteren. Ik wil graag van de Minister de garantie dat het vastgestelde kwaliteitsstatuut leidend is en dat er geen extra eisen van zorgverzekeraars komen. Dan gaat het kwaliteitsstatuut immers niet werken.

In het vorige debat heeft mijn collega Siderius de Minister de resultaten van een onderzoek gegeven dat wij onder meer dan 1.000 ggz-medewerkers hebben gedaan. Het ging over hun zorgen over de sector. 90% gaf aan dat de zorg verslechtert, 80% ziet de bureaucratie toenemen en 50% ziet een toename van wachtlijsten. En 0%, werkelijk niemand, was het eens met de stelling dat de afbouw van bedden en de opbouw van een voorziening in de wijk probleemloos en verantwoord verlopen. De Minister heeft hierop gereageerd met drie zinnestjes in haar brief. Wij ontvingen echter ook een telefoontje van het RIVM. Dat was zeer geïnteresseerd in de resultaten en de opzet van ons onderzoek. Door 1.000 medewerkers van ggz-instellingen op die manier aan het woord te laten,

was er sprake van een ongekend hoge score. Ik wil de Minister toch vragen om wat serieuzer op dat onderzoek in te gaan. Gisteravond ging het bij Zembla over een mevrouw in Breda. Ik neem aan dat we dat allemaal gezien hebben. Zo niet, dan hebben we er in ieder geval over gehoord. Het is heel verdrietig met die mevrouw afgelopen. Ze had zorg, klopte aan de deur, kreeg geen gehoor en heeft vervolgens zelfmoord gepleegd. Mensen en kinderen in een flat zijn getraumatiseerd. De inspectie doet niets, is afwezig. Ik vraag de Minister echt of ze hier nu tevreden over kan zijn. Zou het niet goed zijn als deze casus niet onderzocht wordt door de verantwoordelijke instelling maar door de inspectie? Zou dan ook meegenomen kunnen worden wat er in het aanloopp proces van deze dramatische uitkomst überhaupt aan zorg nodig is geweest voor deze mevrouw?

De voorzitter:
Wilt u afronden?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het klinkt heel plat, maar ik wil het punt wel even gemaakt hebben: kan worden meegenomen wat dat gekost heeft? Het laat namelijk zien dat het ontbreken van laagdrempelige zorg voor mensen fatale gevolgen kan hebben, maar ook uiteindelijk ontzettend duur is voor ons als samenleving.

De voorzitter:
We schorsen de vergadering voor tien minuten.

De vergadering wordt van 14.46 uur tot 14.56 uur geschorst.

Minister Schippers:
Voorzitter. Ik begin met een inleiding. Daarna kom ik te spreken over verwarde personen, complexe ggz-patiënten, ambulantisering, psychosociale zorg, kwaliteitsstatuut en overige zaken. Dat zijn «de kopjes».

De voorzitter:
Ik onderbreek u even om aan te geven dat ik in uw betoog twee interrupties per woordvoerder toesta.

Minister Schippers:
Voorzitter. In de gehele zorg, dus ook in de geestelijke gezondheidszorg, komt er steeds meer transparantie. Dat is goed. Wij zien dingen die fout gaan, en dat is natuurlijk niet goed, maar dat biedt wel de gelegenheid om van fouten te leren. Doordat wij – daarmee bedoel ik de sector – steeds opener en transparant zijn over wat er verkeerd gaat, kunnen de mensen in de sector zichzelf verbeteren. Tegelijkertijd geeft het onzekerheid. Als de indruk was dat altijd alles goed ging bij ieder ziekenhuis en iedere instelling omdat er geen inzicht was in wat er fout ging, dan is het schrikken om te zien dat dingen heel erg mis kunnen gaan. Die informatieparadox is heel duidelijk te zien in de zorg. Ik denk dat we daar doorheen moeten om uiteindelijk een open, transparante sector te kunnen worden die zich verantwoordelijk voelt, die zich rekenschap geeft van wat er gebeurt en die leert van gemaakte fouten. In dit verband is ook belangrijk dat in deze Kamer de Gezondheidswet voorligt, die gaat over transparantie van rapporten zoals calamiteitenrapporten. Die moeten nu met een WOB-verzoek worden opgevraagd, maar die kunnen na het van kracht worden van die wet automatisch openbaar worden, uiteraard nadat ze geschoond zijn van allerlei persoons- en privacygegevens. Dat is ongelooflijk belangrijk. Ondertussen gebeurt er ongelooflijk veel in de geestelijke gezondheidszorg. Ik bespeur daarin een nieuw elan. Ik zie dat veel partijen bezig

zijn met het toekomstbestendig maken van de ggz en met een hogere kwaliteit in de ggz. Er zijn in het afgelopen halfjaar heel veel stappen gezet. Zo heeft de sector zelf een agenda gemaakt, de Agenda ggz gepast gebruik en transparantie. Die agenda is mij aangeboden en daarin staat onder andere een model kwaliteitsstatuut. Met dat statuut wordt geborgd dat de zorgaanbieder de juiste hulp levert, op de juiste plaats, met de juiste professional en binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. De sector heeft ons gevraagd om dat juridisch te verankeren zodat die agenda een juridische backbone krijgt. De voorhangbrief waarin dit geregeld wordt, heeft de Kamer op 26 april ontvangen. Op 2 maart hebben de partijen de onderzoeksagenda die zij zelf hebben opgestuurd aan mij aangeboden. Die onderzoeksagenda is gericht op preventie, op vroeg signaleren en op zorg die op de cliënt is afgestemd. Die is dus echt gericht op maatwerk. Voor die agenda heb ik voor de komende twee jaar 10 miljoen euro beschikbaar gesteld. Daarvan is een derde bestemd voor onderzoek ten behoeve van jonge vrouwen en tieners met een depressie. Ik neem even een voorschot op het antwoord dat zeker komt. Ik ben het helemaal eens met de opmerking dat er grote verschillen zijn in de zorg en dus ook in de ggz, en dat we ons daarvan rekenschap moeten geven. Daarom vind ik het ook belangrijk dat een deel van die onderzoeksagenda specifiek wordt vrijgemaakt voor jonge vrouwen. In relatie tot de dynamiek rond het aanpakken van de problematiek rond verwarde personen zijn er verschillende verantwoordelijkheden. Mevrouw Dik-Faber zei terecht dat ik een stelselverantwoordelijkheid heb. Je kunt zeggen dat iedereen zijn eigen rol moet oppakken, maar als dat niet gebeurt, moet je toch kijken hoe je dat beter tot stand kunt brengen. Om die systeemverantwoordelijkheid waar te kunnen maken, heb ik het aanjaagteam ingesteld. Het aanjaagteam moet ervoor zorgen dat iedereen zijn rol oppakt binnen het samenwerkingsverband dat men met elkaar is aangegaan. Ik laat het dus niet zomaar op zijn beloop. Het aanjaagteam rapporteert terug. Ik rapporteer daarover ook aan de Kamer, zodat die ook mee kan kijken naar wat er nu eigenlijk gebeurt. De komende tijd zal het aanjaagteam met gemeenten en partners in zes regio's dat hele proces begeleiden bij het opstellen van de sluitende keten. Het is belangrijk dat er onder stimulering en facilitering van dat aanjaagteam een sluitende aanpak komt en iedereen zijn eigen rol daarin oppakt. De vorige keer heb ik in een AO gezegd dat we de onverzekerdenproblematiek moeten ontrafelen en moeten kijken wat we daaraan daadwerkelijk kunnen doen. Ik heb daarover gesproken met de straatdokters en gevraagd wat volgens hen de belangrijkste oplossing zou zijn op dit terrein. De straatdokters hebben heel helder aangegeven dat het vaak zit in het punt dat mensen geen adres hebben. Daar begint alles mee. Met een adres kunnen mensen een verzekering krijgen. Ik heb Binnenlandse Zaken gevraagd, en de gemeenten helpen daarbij, om het gemakkelijker afgeven van een briefadres aan deze mensen. Het zijn natuurlijk mensen die echt grote problemen hebben met bijvoorbeeld het nakomen van afspraken en het op orde krijgen van hun leven. Het zijn mensen die vaak erg in de war zijn en heel zwak zijn, waarvoor je meer moeite moet doen dan voor mensen die het allemaal wel zelf kunnen. Ik heb gezegd: laten we kijken of gemeenteambtenaren kunnen kijken op de plekken waar deze mensen zijn, zoals bij de straatdokter en op andere opvangplekken, om die mensen actief te benaderen om ze in te schrijven. Als Mohammed niet naar de berg komt, dan moet de berg maar naar Mohammed. Laten we kijken hoe we die mensen actief kunnen benaderen om ze in te schrijven. Het tweede probleem vormt detentie. In detentie is er geen zorgverzekering want dan neemt het gevangeniswezen het over. Mensen die uit de gevangenis komen, denken vaak: ik kan wel bij die en die terecht. Dat kan dan vaak voor een paar dagen, maar daarna valt het tegen. Die mensen raken vervolgens kwijt. Met V en J, de primair verantwoordelijke op dit punt, zijn twee afspraken gemaakt. Ten eerste wordt een uiterste

inspanning gedaan om deze mensen goed te begeleiden naar een verzekering, om ze verzekerd uit detentie te laten gaan maar ook te begeleiden bij het behouden van een verzekering erna. Ten tweede kijken we hoe wij onze administratieve regelingen beter op elkaar kunnen afstemmen. Als mensen bijvoorbeeld kort in de gevangenis zitten, kun je je afvragen waarom mensen hun verzekering verliezen. Dat geeft alleen maar gedoe met inschrijven en dergelijke. We kijken op welke manier we dat beter kunnen regelen met elkaar.

Het derde probleem is dat mensen die niet ingeschreven zijn en vanuit detentie de weg zijn kwijtgeraakt soms iets overkomt. Wat is de praktijk? Ik moet eerlijk zeggen dat ik dat niet wist; het is altijd goed om eens mee te lopen. In de praktijk krijgt zo iemand noodhulp zodat hij niet overlijdt. Alle zorg daarna krijgt iemand niet, omdat hij niet verzekerd is. Iemand wordt dan dus bij wijze van spreken met botbreuk en al het ziekenhuis uit gereden. Daar schrok ik echt van want dat wist ik niet. Wij hebben gezocht naar een manier om dat op te lossen, want dat is toch iets wat we absoluut niet willen. We hebben overlegd met de mensen die het betreft en we hebben gezegd: laten we een vangnet maken zodat mensen niet alleen gereanimeerd worden en in leven worden gehouden, maar ook gewoon de zorg krijgen die nodig is. Daarna komt dan wel de red tape. Als iemand aanspreekbaar is, kan hij verzekerd worden, ingeschreven worden, et cetera. Dan is iemand tenminste al wel geholpen. Ik wil daarvoor een subsidieregeling opzetten, omdat ik er praktisch mee wil omgaan. Als ik hiervoor een zorgverzekeringswet moet wijzigen, dan zijn we weer een paar jaar verder. Ik denk dat het noodzakelijk is om dat snel te regelen. Mijn voorstel is dan ook om dat met een subsidieregeling te doen.

Wat is er nog meer in gang gezet? In de afgelopen periode is er aandacht besteed aan depressiepreventie. Dat is met name gedaan door mensen die werken in de geestelijke gezondheidszorg zelf. Zij hebben een depressiegala van de grond getrokken dat op 25 januari heeft plaatsgevonden. Dat is nogal wat. Die mensen zeiden tegen mij: het klinkt misschien wel raar, een depressiegala, maar ja, we hebben ook kanker-gala's. Eigenlijk moeten we veel meer aandacht hebben voor depressie. Zij hebben dat met dat gala in gang willen zetten. Ik zal in het najaar nog starten met een publiekscampagne die met name gericht is op hoe de signalen van depressie te herkennen zijn. Ook hebben patiëntenorganisaties de krachten gebundeld in MIND NL. Op die manier ontstaat meer slagkracht om daadwerkelijk dingen op te pakken en te veranderen. In het veld leven verschillende ideeën over de organisatie van de ggz en de inzet van e-health. Dat blijkt uit de bundeling van krachten in MIND NL, maar ook uit de nieuwe ggz. De nieuwe ggz heeft veel aandacht voor preventie, zelfhulp en vroegsignalering, en heeft goede ideeën over de manier waarop we dat veel slimmer kunnen doen met elkaar. Ik vind de agenda van deze groep heel bemoedigend. We moeten met elkaar kijken op welke manier wij een en ander in gang kunnen zetten.

Een ander ongelooflijk belangrijk punt is de bekostiging. Een aantal leden had het daar al over. De dbc-bekostiging is wat mij betreft tijdelijk. Ik denk echt dat we naar een slimmere bekostiging moeten, waarin met name de vraag van de patiënt centraal staat. Die moet altijd centraal staan. Stoplichtideeën die niet ingegeven worden door wat de patiënt nodig heeft, moeten we niet hebben in de zorg. Patiënten die behandeld moeten worden, moeten we behandelen. Patiënten die geen behandeling meer nodig hebben, moeten geen behandeling meer krijgen. De patiënt staat centraal, niet de financiering. Om die reden hebben de partijen zelf gezegd in de agenda voor de zorg: wij gaan op zoek naar een nieuwe financiering en wij laten ons daarbij inspireren door het Engelse model. In dat Engelse model wordt veel meer uitgegaan van shared decision making, dus van samen beslissen en samen met de patiënt kijken naar een behandeling. Hoe voelt de patiënt zich bij een behandeling? Vindt hij dat het goed gaat?

Vindt hij dat die door moet gaan of niet? Dat behelst veel meer interactie waarbij de patiënt centraal staat. Ik ben daar zeer enthousiast over en waar mogelijk zal ik faciliteren dat de ambitie om die bekostiging in 2019 in te voeren, gerealiseerd wordt. Dan wordt er afgestapt van die dbc's, die helemaal geen intelligente financiering vormen van de ggz maar echt een tijdelijke financiering vormen met veel te veel administratieve lasten die niet bijdragen aan de zorg.

Ik kom op het punt van de verwarde personen. We hebben een aanjaagteam. Dat voert in zes regio's de regie. Samen met de VNG, met ons, met V en J en alle partijen in de regio wordt de handschoen opgepakt om tot een sluitende aanpak te komen. In relatie tot de opvang wordt gewerkt aan een nieuw systeem van bekostiging vanaf 2019; dat zei ik al. De bekostiging van de crisisdiensten kan echter niet wachten tot 2019. Ik denk echt dat het heel onverstandig is om een crisisdienst te bekostigen op het aantal crisispatiënten dat binnenkomt. Ik vraag de NZa om mij te adviseren over een slimmere manier van financiering van de crisisdiensten.

De voorzitter:

Ik overleg even met de Kamer. Zullen we aan het eind van dit blokje de interrupties doen? Er zijn zeven blokjes. Minister, u bent nog even bezig met dit blokje?

Minister Schippers:

Ja, ik ben bij blaadje twee.

De voorzitter:

De Minister gaat dus nog even door.

Minister Schippers:

Ik vind de manier waarop we het nu financieren, niet de meest intelligente manier van financieren. Ik zal de NZa daarom om advies vragen. Er is gevraagd of we de triage kunnen verbeteren. Als iemand 112 belt, dan verbindt de telefonist de beller op verzoek rechtstreeks door met de politie, de brandweer of de ambulancezorg die op de meldkamer aanwezig is. In het vorige AO heeft mevrouw Tanamal erop gewezen dat de telefonische beschikbaarheid vaak onder de maat is. Zij heeft gevraagd of dat niet veel beter kan. Dat is nu allemaal in gang gezet. We kijken nu echt op welke slimmere manier we dat kunnen doen. Hoe kunnen we beter afstemmen en de samenwerking bevorderen? AZN (Ambulancezorg Nederland) en de politie hebben afgesproken om dit jaar een screeningsinstrument te ontwikkelen en scholing in te zetten, opdat er veel betere inhoudelijke afwegingen kunnen worden gemaakt. Het punt van mevrouw Tanamal van de vorige keer was dat men naar elkaar doorschakelt. Er is ook een werkgroep vervoer; AZN, politie, ZN (Zorgverzekeraars Nederland), GGZ Nederland, V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) en VNG zijn breder bezig met het verbeteren van de triage en het vervoer. Het aanjaagteam is daar ook op aangehaakt. Al die zaken zijn dus echt allemaal in beweging.

Dan kom ik te spreken over de laagdrempelige time-outvoorzieningen in de wijk. Zeker waar we zeggen dat er minder mensen in een instelling en meer mensen in een wijk moeten zijn, moeten we ervoor zorgen dat er een laagdrempelige opvang is in een wijk en daar ook passende hulp geboden kan worden, teneinde acute situaties te voorkomen. Het is zo georganiseerd dat de gemeente de regierol heeft om samen met verzekeraars afspraken te maken over hoe hierin voorzien kan worden. Het aanjaagteam heeft in de tussenrapportage aanbevolen dat gemeenten faciliteren dat er voldoende inloop- en laagdrempelige time-outvoorzieningen in de wijken zijn. Dat kan op verschillende manieren worden ingevuld. Het aanjaagteam zal dit punt zeker meenemen in de verdie-

pingsregio's en goede voorbeelden verspreiden, dit vanuit het uitgangspunt: als het in de ene regio werkt, werkt het misschien ook wel in de andere regio. Tegelijkertijd ontwikkelt het Trimbos-instituut een handvat om na te gaan welke hulp en ondersteuning in een regio nodig zijn. Ik verwacht dat ook de laagdrempelige time-outvoorzieningen hierin een plek krijgen als onderdeel van het gemeentelijk aanbod voor kwetsbare groepen.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Leijten een interruptie wil plegen, maar we zitten nog steeds in hetzelfde blokje. Ik heb u allen eerder gevraagd of u het goed vindt om te wachten totdat het blokje af is. Daar heb ik geen reactie op gekregen. Dus we wachten nu tot het eind van het blokje en daarna krijgt u allen de gelegenheid te interrumperen.

Minister Schippers:

Dan kom ik op de expertise van de ggz in de wijkteams. Dat is mijns inziens een belangrijk aspect. De wijkteams zijn samen met verzekeraars degenen die dit moeten vormgeven. Specifiek voor de ggz-doelgroep zijn in de afgelopen tijd instrumenten ontwikkeld voor gemeenten om cliënten met psychische problemen toe te leiden naar het juiste ondersteuningsaanbod binnen de Wmo. Er is sprake van een leertraject. De VNG biedt de komende maanden een leertraject aan voor Wmo-gespreksvoerders. Dat leertraject is ontwikkeld in overleg met cliëntenorganisaties en Werkplaatsen Sociaal Domein en zal aandacht geven aan specifieke doelgroepen waaronder expliciet de ggz-doelgroep. Het bundelen van kennis is een tweede traject. De kennisinstututen Movisie, het Nederlands Jeugdinstituut, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en Vilans zullen daarnaast op verzoek van VNG en VWS hun kennis en krachten bundelen op het thema werken in de wijk om de ontwikkeling van wijkteams gericht te kunnen uitvoeren met juiste informatie en leerervaringen. Het gaat erom dat we de juiste expertise beschikbaar hebben om op tijd de behoefte die mensen hebben aan ondersteuning, te signaleren. Dat is echt onderdeel van de professionaliseringslag in de wijkteams. Het zijn jonge teams, waar duidelijk een focus ligt op het aspect kennis en ervaring in de ggz.

Het aanjaagteam zal voor de zomer met zijn volgende rapportage komen. Het werkt aan verschillende manieren om de mogelijkheden voor alle Nederlanders om te kunnen handelen, te vergroten. Als je mensen meer thuis in de wijk wilt laten wonen, moeten ze ook meer handelingsmogelijkheden hebben. We kunnen daarbij denken aan gesprekken met een EHBO-organisatie of aan een module eerste hulp bij psychisch leed. Het aanjaagteam maakt niet zelf deze handreikingen maar stimuleert andere partijen, zoals Samen Sterk zonder Stigma en diverse opleidingsinstututen, om meer aandacht in het onderwijs hiervoor te krijgen. Voor de professionals en de mensen met verward gedrag zijn negen bouwstenen ontwikkeld, op basis waarvan men verdergaat.

Gevraagd is verder of dak- en thuislozen die een adres krijgen, een bijstandsuitkering in plaats van een daklozenuitkering krijgen. In zijn algemeenheid voorziet de bijstand in de noodzakelijke kosten van bestaan. Dat betreft dan de bijstandsnormen in de Participatiewet. Het college kan de bijstandsnormen lager vaststellen als de belanghebbende lagere kosten van bestaan heeft als gevolg van zijn woonsituatie, bijvoorbeeld het ontbreken van het hebben van een woning. Daarbij is het overigens niet de intentie dat gemeenten kunnen volstaan met het verstrekken van een lager bedrag enkel en alleen omdat woonruimte ontbreekt. Het college heeft beleidsvrijheid om te bepalen hoe hoog de uitkering is voor personen die geen woning hebben. Het college dient daarbij zorg te dragen voor een adequaat voorzieningenniveau voor dak-

en thuislozen. Het is aan de gemeenteraad om daar het college vervolgens op te bevragen.

Tot slot op het punt van de verwarde personen kom ik op de improvisatieruimte voor professionals. Uit onderzoek naar regeldruk komt naar voren dat het niet zozeer de wettelijke belemmeringen zijn die zorgen voor onvoldoende ruimte als wel de belemmeringen die in de uitvoeringspraktijk ontstaan. Daarom is het aanjaagteam gevraagd om in een recente exercitie met alle betrokkenen te kijken of dit ook daadwerkelijk het geval is. Het aanjaagteam bevestigt inmiddels deze conclusie. Het zal de komende tijd onderzoeken hoe je dit kunt tegengaan. Hoe kun je ervoor zorgen dat mensen vanwege overvoorzichtigheid dingen niet doen omdat ze denken dat ze niet mogen of dat ze er niet zeker van zijn of ze mogen? Het is ontzettend belangrijk dat we die ruimte die er is, ook benutten. Op basis van het onderzoek en de bevindingen van het aanjaagteam kan geconstateerd worden dat er veel meer ruimte is dan men op dit moment benut.

De voorzitter:

Dat is meteen het einde van dit blokje. Ik zie een aantal interrumpanten, namelijk mevrouw Bruins Slot, mevrouw Dijkstra en mevrouw Leijten. Volgens mij was mevrouw Leijten eerst; die zucht harder.

Mevrouw Leijten (SP):

Ja, ik zucht een beetje omdat het blokje is gegaan over uitkeringen, postadressen en het financieringssysteem en ik het werkelijk het doodslaan van dit debat vind om dan met interrupties te wachten.

De voorzitter:

Dan onderbreek ik u even. Ik heb u eerder het verzoek gedaan om te wachten tot het eind van het blokje. Ik heb daar toen geen bezwaar tegen gehoord. Dus hebben we dat zo gedaan. Als u dat de volgende keer anders wilt, prima, dan zegt u dat de volgende keer.

Mevrouw Leijten (SP):

En dit is mijn reactie daarop.

Ik hoorde de Minister zeggen dat zij een advies gaat vragen aan de NZa om een vorm van een beschikbaarheidsfinanciering op te stellen voor de ggz-crisisdiensten. Dat is goed nieuws. Daarmee zijn we echt een stap verder dan vorig jaar. Maar om te voorkomen dat dit weer een jaar gaat duren, aangezien zo'n onderzoek en advies ook weer enige tijd op zich laten wachten, zou ik de Minister willen vragen welke tijdslijn zij hierbij hanteert. Volgens mij is dit niet iets om te lang op z'n beloop te laten.

Minister Schippers:

Ik ga de NZa vragen om een slimme bekostiging van de crisisvoorziening. Het zou best kunnen zijn dat zij zegt: beschikbaarheid is het meest logische. Het kan ook zijn dat zij met andere bekostigingsvoorstellen komt. Dat weet ik niet, maar ik ga de NZa wel vragen om advies hierover. De generieke module acute ggz, zijnde een nieuwe zorgstandaard, wordt momenteel door partijen opgesteld en is eind 2016 klaar. Dus als we daarop wachten, wat inhoudelijk wel de goede weg zou zijn, in de zin dat je eerst de inhoud hebt en dan de bekostiging, kan het advies van de NZa daarna afgerond worden. Ik zal de partijen die bezig zijn met de zorgstandaard in ieder geval vragen of ze dat sneller kunnen afronden, opdat wij ook sneller het advies van de NZa kunnen krijgen.

Mevrouw Leijten (SP):

Een advies van de NZa is logisch, omdat zij over de bekostigingsregels gaat. Adviezen van de NZa zijn echter vaak ook verwarrend en blinken niet echt uit door eenvoudigheid. Vaak zijn er dan weer allerlei parameters

waardoor er bureaucratie ontstaat. Ik zou de Minister willen voorhouden dat de bekostigingsregel voor zo'n 24 uurscrisisdienst eenvoudig moet zijn, dat die niet moet leiden tot extra bureaucratie en geen productieprikkel zal moeten bevatten en dat die snel ingevoerd moet kunnen worden. Zou dat dan niet de lijn moeten zijn waarlangs de NZa dat onderzoek gaat doen? Volgens mij zitten we niet te wachten op nodeloos complicerende factoren. Ik denk dat zo'n professionele behandelstandaard niet noodzakelijk is om de financiering te bedenken, omdat hetgeen professionals doen, een afspraak betreft tussen henzelf en niet per definitie zou moeten leiden tot een nadere financiering. Is de Minister het met mij eens dat de vier eisen die ik zo-even stelde, namelijk eenvoudig, snel in te voeren, samenwerking en geen productieprikkel, de lijn zouden moeten vormen waarlangs de NZa ernaar zou moeten kijken?

Minister Schippers:

Ik ben het gedeeltelijk met mevrouw Leijten eens. Ik ben het eens met haar criteria op basis waarvan je het verzoek aan de NZa zou moeten doen. Het moet eenvoudig. Het moet snel in te voeren zijn. Samenwerking is ook belangrijk. Verder willen we van de huidige productieprikkel af, omdat die juist contrair is aan een crisisdienst. Waarover ik het niet met mevrouw Leijten eens ben, is dat het «wat» niet belangrijk is. Je moet namelijk wel weten waar het begint en waar het eindigt. Dus ik vind die inhoud van de beroepsgroep wel belangrijk. Het zou jammer zijn als we er heel erg lang op zouden moeten wachten. Ik kan de beroepsgroep wel vragen om de onderdelen die nodig zijn voor de bekostiging, versneld aan ons op te leveren. Op die manier kan het tempo in dit proces erin blijven zitten. Ik kan dus toezeggen dat ik de sector zelf vraag om de elementen die te maken hebben met de bekostiging versneld aan ons te doen toekomen. Verder zal ik in mijn verzoek aan de NZa genoemde criteria, die ook logische criteria zijn voor een crisisdienst, opnemen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik wil nog de opmerking maken dat een behandelrichtlijn heel erg goed is, maar dat alle mensen die nu werken vanuit de crisisdiensten, dit natuurlijk niet in het luchtledige doen en dat er nu al behandelvoorwaarden zijn. Het is dus niet zo dat er nu geen professionele standaarden zijn.

Minister Schippers:

Nee, maar je kunt trajecten wel parallel schakelen. Ik denk ook niet dat het allemaal op elkaar behoef te wachten, maar misschien denk ik er wel veel te simpel over hoe ingewikkeld dingen zijn. Ik wil in ieder geval aan de sector vragen om het proces ten aanzien van de onderdelen die wij nodig hebben, wat te versnellen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik vind het een mooie toezegging dat de Minister echt wil kijken naar de beschikbaarheidsfunctie van de crisis-ggz en dat ze het dus niet laat bij de werkagenda waarover ze het in haar papieren beantwoording had. Het gaat hierbij in de kern om de brandweefunctie, in de zin dat je altijd die voorziening hebt, onafhankelijk van hoeveel je produceert. Je wilt namelijk dat mensen goede zorg krijgen. Is de Minister bereid om het goede veldwerk dat het Aanjaagteam Verwarde Personen al heeft gedaan, mee te nemen in de adviesaanvraag aan de NZa? Er is namelijk al veel werk verricht.

Minister Schippers:

Maar ik moet ook zeggen dat de NZa altijd betrokken partijen uit het veld consulteert over haar financiering. Dus zit het aanjaagteam er zeker bij, maar ook de professionals en de verzekeraars. Het is onderdeel van de

standaardprocedure van de NZa om al deze mensen automatisch te horen als zij een advies opstelt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat is ook zo, maar het bijzondere is dat in het Aanjaagteam Verwarde Personen al mensen uit het veld zitten die dus met elkaar eigenlijk al dit goede voorstel doordacht hebben. Dus dat maakt dat de NZa eigenlijk een stap verdergaat. Los van de argumenten en criteria die mevrouw Leijten gebruikte, zie je dat men ook heel erg sterk naar regionale aspecten kijkt om ervoor te zorgen dat de opvang van mensen met verward gedrag goed geregeld kan worden, evenals de behandeling erna. Is de Minister bereid om die regionale aspecten mee te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit ten aanzien van de ontwikkeling van het nieuwe model?

Minister **Schippers**:

Evident, want een crisisdienst is plaatsgebonden. Het is niet zo dat je een landelijk dekkende crisisdienst in Utrecht kunt hebben.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb de Minister in eerste termijn gevraagd of zij ervoor voelt om zoiets op het niveau van de veiligheidsregio's te organiseren. Verder heb ik haar gevraagd of de samenwerkingsagenda wat betreft VNG en ZN nog voor de zomer komt.

Er zou ook sprake van zijn dat het de opdracht van het aanjaagteam is om ervoor te zorgen dat alle gemeenten in de zomer van dit jaar beschikken over een sluitende aanpak en dus niet alleen maar over een plan. Heeft de Minister er zicht op dat dit gaat lukken?

Minister **Schippers**:

Ik hoor net dat het niet voor de zomer komt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dan neem ik aan dat het na de zomer is.

Minister **Schippers**:

Ja, het staat ergens in mijn antwoorden, maar ik weet het niet uit mijn hoofd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Omdat u aan het einde van uw blokje over het Aanjaagteam Verwarde Personen was ...

Minister **Schippers**:

Het aanjaagteam komt dan wel met zijn rapport.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dat komt dus voor de zomer, maar de samenwerkingsagenda gaat niet lukken voor de zomer? Is die dan direct na de zomer te verwachten, bijvoorbeeld in september?

De **voorzitter**:

Daar komt de Minister zo meteen op terug.

Minister **Schippers**:

Ja.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik wacht het even af.

De voorzitter:

Mevrouw Dik-Faber heeft ook nog een vraag aan de Minister.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik wil op twee onderdelen nog iets vragen. Dat betreft allereerst de professional die zich niet beperkt moet voelen door allerlei wettelijke regels. De Minister verwees naar Kees van der Staaij, namens wie ik hier vandaag ook mag spreken, in de zin dat hij hier een aantal keren naar gevraagd heeft. Het aanjaagteam zou een en ander onderzocht hebben. Er schijnt meer ruimte te zijn dan men nu benut. Hoe kan het dan dat die ruimte niet benut wordt? Waar loopt het spaak en hoe kunnen we ervoor zorgen dat men de kennis wel heeft en de professionals niet onbedoeld gehinderd worden in hun werk?

Minister Schippers:

Dat zien we natuurlijk heel vaak. Als ik uitschrijf dat wij ruimte hebben voor experimenten met het verzoek zich aan te melden, dan kunnen we wet- en regelgeving buiten werking stellen om te kijken of iets beter kan. We hebben dat destijds in de eerste lijn gedaan. Toen heb ik 28 aanvragen gekregen en die vielen allemaal onder de wet- en regelgeving, op één na, geloof ik. Dus er kan heel veel. De zorg hebben we best complex met elkaar geregeld. Het inzicht daarin is daarom al lastig. Mensen zijn vaak ook voorzichtig en doen vaak de dingen zoals zij ermee vertrouwd zijn en zij het geleerd hebben te doen. Het is heel erg lastig. Vandaar dat het aanjaagteam daarvoor ook aandacht heeft in de regio's: als er dingen nodig zijn, doe ze dan of maak wat helderder wat de ruimte voor de mensen is. De improvisatieruimte is namelijk veel groter dan mensen denken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik vraag toch even verder op dit punt. Ik begrijp dat het aanjaagteam hier een taak in heeft. Ik wil het echter heel praktisch hebben. Hoe weet de zorgprofessional van het aanjaagteam dat er bepaalde experimenteer-ruimte is? In de praktijk loopt het namelijk niet goed. Ik snap heel goed dat de Minister zegt dat zij niet in de positie is om kennisachterstand weg te werken, maar hoe komen mensen het dan wel te weten? Het aanjaagteam is naar mijn idee een team dat wellicht op te grote afstand van de werkvloer staat.

Minister Schippers:

Het aanjaagteam gaat erover rapporteren naar aanleiding van concrete casuïstiek. Volgens mij is dat de beste manier. We kunnen wel allemaal circulaire geven, maar mensen hebben vaak geen tijd om ze te lezen. Als je middels concrete casuïstiek aangeeft waar de ruimte zit en hoe groot die ruimte is, dan is dat volgens mij de beste manier. Het aanjaagteam heeft op basis van het onderzoek waaruit blijkt dat er veel meer ruimte is, die gesprekken gevoerd en daaruit bleek het ook. Vandaar dat we in de volgende rapportage daarvan de eerste resultaten kunnen zien.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter, ik neem aan dat we twee interruptiemogelijkheden hebben in dit debat.

De voorzitter:

Ja, en als we wat meer tijd overhebben, geef ik u allen met alle liefde meer ruimte voor interrupties.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

We kijken wel hoever we komen. Ik heb een vraag gesteld over het ontbreken van ggz-kennis in de wijkteams. De Minister heeft daarop gezegd dat zij dit ook belangrijk vindt. Met name de signaleringsfunctie is van belang, evenals het feit dat mensen worden toegeleid naar goede hulpverlening. De vraag is echter wat dit alles in de praktijk betekent. Ik zie bijvoorbeeld dat ten aanzien van dementie heel veel taken ondergebracht worden bij de wijkverpleegkundigen, die echter niet altijd de goede deskundigheid in huis hebben. Is dit nu ook weer iets wat we bij verpleegkundigen gaan onderbrengen of gaan we die expertise op het gebied van de ggz toevoegen aan de wijkteams? Als ik het veld zo beluister, is aan dat laatste wel degelijk behoefte.

Minister **Schippers**:

Ik kan meteen terugkoppelen over de samenwerkingsagenda aan mevrouw Dijkstra, aangezien die daar gedeeltelijk over gaat. De gemeenten en zorgverzekeraars hebben thema's benoemd, waar de ggz er een van is. Ze gaan er de komende tijd invulling aan geven. VWS kijkt mee hoe ze dat doen. Dat loopt de komende maanden. Ik verwacht dat gemeenten en zorgverzekeraars na de zomer tot concrete afspraken kunnen komen. Onderdeel van die concrete afspraken is dus de ggz. Kun je daar een standaard voor hanteren? Nee, er zijn namelijk wijken waar de problematiek veel minder erg is, maar er zijn ook wijken waar die problematiek veel erger is en waar je dus veel meer moet doen dan in eerstgenoemde wijken. Als die afspraken zijn gemaakt, zal ik ze de Kamer toesturen.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

De Minister sprak even heel snel tussen neus en lippen door over de subsidieregeling, maar ik wil toch zeggen dat ik heel blij ben met wat ze zei over de mensen die zorg nodig hebben en dat de red tape dan maar achteraf moet. De Minister heeft verder gezegd dat er een publiekscampagne loopt over het herkennen van signalen van depressies. Mijn vraag is of zij hierin gezamenlijk kan optrekken met haar collega van SZW, gezien het feit dat meer dan 50% van de mensen die ziek worden op hun werk, ook te maken heeft met psychische klachten, waaronder vaak depressie en burn-out. Ziet de Minister hierin ook een relatie met de arbeidsgerelateerde zorg?

Minister **Schippers**:

Ik denk dat we de campagne over depressies langer zullen moeten voeren, omdat het toch heel erg lastig is om depressies te herkennen. Doordat je er veel te laat achterkomt dat er sprake is van een depressie, is het ziektebeeld al veel verder dan we hopen. De uitval vanwege een burn-out bij bijvoorbeeld jonge vrouwen met een depressie is groot. Die groep is dus niet willekeurig gekozen. Er is ook een gezamenlijk programma van VWS en SZW en dat valt onder de Stuurgroep Mensenwerk. Daarin werken de partijen uit de sector zorg – dat zijn niet alleen de aanbieders maar ook de patiënten – en de sector werk en inkomen – dat zijn UWV, de gemeenten en het Verbond van Verzekeraars – samen om de participatie van mensen met psychische problemen te bevorderen. Deze stuurgroep is gestart met diverse landelijke activiteiten. Inmiddels wordt ingezet op het bevorderen van het versterken van de regionale aanpak. De vorige week hebben UWV en GGZ Nederland aangekondigd de komende jaren nauw te gaan samenwerken om meer mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen naar werk te begeleiden. Er komt een subsidie van 20 miljoen euro beschikbaar voor de komende vijf jaar. Daar kunnen jaarlijks 500 mensen mee worden begeleid. Op dit terrein is er dus wel degelijk heel veel in beweging. Ook

de campagne zal eraan bijdragen dat zowel op het werk als buiten het werk iedereen hier veel meer oog voor zal krijgen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik ben benieuwd wat de Minister onder «jonge vrouwen» verstaat. Over welke leeftijdsgroep hebben we het dan?

Minister **Schippers**:

Ik kies de leeftijdsgroep niet zelf. Er is sprake van een heel nauwe betrokkenheid van psychiaters. Ik vraag aan hen welke leeftijd dat ongeveer moet zijn waar het risico ligt. Binnenkort zit ik met hen rond de tafel. Op die manier wordt het dus wat meer ingevuld. Vanuit hun professionele kennis kijken zij ook heel intensief mee met die campagne om na te gaan of we wel het goede doen.

De heer **De Lange** (VVD):

De Minister heeft met betrekking tot het aanjaagteam gezegd dat er verder gekeken wordt naar triage, vervoer et cetera. In eerste termijn heb ik nog gevraagd of het aanjaagteam in het verdere vervolg kan kijken naar hoe je Nederland kunt meenemen in het geven van een handelingsperspectief. Ik denk namelijk dat er nog een enorme slag te maken is waar het erom gaat mensen voor te bereiden op dergelijke situaties en op hoe ze dan moeten handelen.

Minister **Schippers**:

Daar had ik in die zin al antwoord op gegeven dat het aanjaagteam dit zeker meeneemt in de cursussen en in de brede samenwerking binnen zo'n regio. Het gaat namelijk niet alleen om de professionals. Het gaat ook om de wijk als zodanig. Ik denk overigens dat ook wijkteams daarin een rol kunnen spelen, zeker in wijken waar dit prominent op de agenda staat en waar veel verwarde mensen wonen of verblijven.

De heer **De Lange** (VVD):

Begrijp ik goed dat de aanpak wordt gekozen om via de wijken de informatie te laten doorsijpelen naar de inwoners van die wijken?

Minister **Schippers**:

Ja, er is ook een landelijk handvat, maar uiteindelijk moet het daar plaatshebben.

De **voorzitter**:

De Minister vervolgt met het volgende blokje.

Minister **Schippers**:

Ik wil toch nog even op het vorige blokje terugkomen, vooral ten aanzien van het vervoer, een onderwerp dat expliciet door de regioburgemeesters is aangekaart. Mensen die zorg nodig hebben, wil je eigenlijk niet in een politiebusje vervoeren maar bijvoorbeeld in een psycholance. Mevrouw Bruins Slot zei tegen mij: u doet weer onderzoek. Welnu, ik doe niet zomaar onderzoek, ik doe onderzoek op verzoek van de regioburgemeesters. Die hebben mij gevraagd extra onderzoek te laten doen. Ik denk dat je parallel aan alle acties die we al doen op dit punt, aan zo'n verzoek gehoor moet geven, want die regioburgemeesters hebben behoefte aan specifieke informatie waar zij binnen hun handelingsbevoegdheid wat mee kunnen doen.

Bij het volgende blokje betrek ik meteen ook maar de vragen over de uitzending van Zembla van gisteren, die ik als bijzonder triest zou willen beschrijven. Suicide is altijd ingrijpend, niet in de laatste plaats voor familie, nabestaanden en iedereen die er anderszins mee te maken heeft, zoals spoorwegpersoneel. Gisterenavond zag je daar ook de indringende

beelden van. Het is ook niet voor niets dat we, mede door de actieve rol van de Kamer in dezen, 113Online stevig financieel hebben versterkt teneinde te proberen het aantal suïcidegevallen terug te dringen. Als er zoiets plaatsvindt, is het ontzettend belangrijk om na te gaan wat er precies is gebeurd en om de familie te betrekken bij dat onderzoek. Ik ben dan ook heel erg blij dat we met elkaar nu de regel hebben dat de familie betrokken wordt bij het onderzoek als er zoiets gebeurt. De inspectie heeft geconstateerd dat het niet goed is gegaan bij de desbetreffende instelling en heeft op basis van het onderzoek ook maatregelen geëist van die instelling om te voorkomen dat het nog een keer kan gebeuren. Die maatregelen zijn gedeeltelijk direct genomen door de instelling en gedeeltelijk moeten ze nog in een plan worden vervat. De inspectie heeft de instelling gevraagd voor 1 juni met een uitgebreid plan van aanpak te komen. Ik vond het zelf een ingrijpende uitzending van Zembla. Er moet geleerd worden van de fouten die gemaakt zijn, opdat ze niet meer gemaakt worden.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat met de rest van het blokje, heeft mevrouw Leijten een interruptie.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik denk dat het wel bekend is dat wij het liefst zien dat er inspectieonderzoek komt naar dit soort incidenten en dat het niet de instelling zelf is die het onderzoek doet. Ik heb dat al vaker met de Minister gewisseld. Ik heb nog een andere vraag. Een tijd geleden is de regeling voor instellingen om suïcide van hun patiënten te melden bij de inspectie, versoepeld. Vroeger moest dat per direct gemeld worden en tegenwoordig hoeft dat maar eens per maand of eens per halfjaar. Hoe staat het daar nu precies mee? Wordt dat nog gemeld en wordt dat ook nog meegenomen in het toezicht? Ik hoor namelijk te vaak geluiden dat patiënten die onder behandeling zijn van de ggz in instellingen of die zelfstandig wonen, besluiten tot zoiets dramatisch en onomkeerbaars als zelfdoding. Ik zou het toch wel goed vinden als er een analyse komt ten aanzien van de vraag of het wel een goed besluit is geweest om suïcides niet meer direct te melden. Of is daar geen zicht op?

Minister Schippers:

Dat zal ik moeten nagaan. Ik zal dat per brief laten weten. Dan kan ik er meteen ook een oordeel over geven. Ik zal de inspectie vragen wat haar ervaringen ermee zijn. Dus dat zal ik u dan schriftelijk doen toekomen.

Mevrouw Leijten (SP):

Dat stel ik zeer op prijs. Ik zou het ook zeer op prijs stellen als de Minister dan globaal kan meenemen hoe er wordt omgegaan met die meldingen. Deze melding heeft geresulteerd in een eigen onderzoek van de instelling. Komt het ook voor dat, wellicht omdat het achteraf in één keer gemeld mag worden en dat het niet meer direct hoeft, er helemaal geen onderzoek plaatsvindt na zo'n dramatische gebeurtenis? Soms is er alles aan gedaan om het te voorkomen, maar soms kan er sprake zijn van falen van de zorgverlening. Krijgen we dat dan ook daadwerkelijk boven tafel? Als de Minister dat mee wil nemen, zou ik dat zeer op prijs stellen.

Minister Schippers:

Ik zal dat aan de inspectie vragen.

Er zijn vragen gesteld over ggz-patiënten in een tbs-kliniek. Ik vind dat ggz-patiënten alleen in het uiterste geval moeten kunnen worden opgenomen in een tbs-kliniek. Het gaat dan om patiënten met een zeer complexe problematiek, die naast zorg ook intensieve beveiliging nodig hebben die niet kan worden geboden door gesloten ggz-afdelingen of in

een beveiligde setting in de ggz. Bij deze groep is het gewenst dat er maatwerk kan worden geleverd. Soms kan dat alleen in de zeer beveiligde behandelsetting van een tbs-kliniek. Tbs-klinieken hebben een BOPZ-aanmerking en mogen hierdoor BOPZ-patiënten opnemen. Op dit moment zijn er twee tbs-klinieken die een aparte afdeling hebben, ingericht voor patiënten met een BOPZ-machtiging. 10.000 mensen krijgen per jaar een BOPZ-machtiging en 6.000 mensen per jaar krijgen een voorwaardelijke BOPZ-machtiging. 38 daarvan verblijven in een tbs-kliniek. Van die 38 verblijven 26 patiënten op zo'n aparte afdeling. Dat betekent dat er 12 patiënten verblijven in een tbs-kliniek en dus niet op een aparte afdeling.

Ik ben het met mevrouw Tanamal eens dat dit ongewenst is. Ik ben dan ook samen met de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie in gesprek om met de sector te kijken of het mogelijk is om dit te veranderen, dus ofwel om die twaalf patiënten in die andere klinieken op te nemen ofwel om te kijken of in andere klinieken aparte afdelingen kunnen worden gerealiseerd. De specifieke kennis, inrichting en mogelijkheden in een tbs-kliniek zijn wel heel waardevol voor deze heel erg agressieve patiënten, maar ik deel uw verontwaardiging, in de zin dat het «door elkaar zitten» niet zou moeten. Ik zal daarover ook aan u terugkoppelen. Dan gaat de griffier natuurlijk vragen wanneer ik dat ga doen. We zijn die gesprekken gestart. Voor de zomer zal ik de Kamer in ieder geval aangeven waar wij staan in dit traject.

Mevrouw Tanamal heeft gevraagd of ik de inspectie wil vragen om een jaarlijkse rapportage over het aantal ggz-patiënten in tbs-klinieken, de duur van de opname, de redenen van doorverwijzing en de kwaliteit van de behandeling. Ik wil hierbij aantekenen dat de rechten van psychiatrische patiënten die gedwongen zijn opgenomen, waar dat ook is, allemaal dezelfde zijn. Men heeft dus ook allemaal recht op een vertrouwenspersoon. De inspectie houdt toezicht middels haar risicogestuurd toezicht en haar incidententoezicht. Ik zal de IGZ vragen om hierover te rapporteren en hoe zij binnen haar toezicht deze patiënten een positie kan geven. Ik kom daar voor de zomer in dezelfde brief aan de Kamer op terug.

Dan kom ik op de commissie-Keurentjes, die aanbevelingen heeft gedaan om gradaties aan psychiatrische instellingen toe te kennen, zodat heel duidelijk is op welke afdelingen agressieve patiënten op een veilige en goede manier kunnen worden behandeld. We kennen al verschillende gradaties, waar geschaald kan worden tussen drie beveiligingsniveaus. Niveau 1 is de gesloten setting. Niveau 2 is de forensische, psychiatrische en verslavingsafdeling bij een reguliere ggz-instelling, waarvan er ongeveer 30 zijn. Niveau 3 is de forensische en psychiatrische verslavingskliniek bij een reguliere ggz-instelling, waarvan er zeven zijn, waarvan één bij een instelling voor gehandicapten. Dat is het hoogste beveiligingsniveau binnen de ggz. Daarnaast kent de ggz vijf klinieken voor intensieve behandeling waar sprake is van een verhoogde beveiliging boven een gesloten afdeling van een reguliere ggz-instelling. Deze klinieken worden vooral gebruikt om mensen tijdelijk naar over te plaatsen wanneer een behandelrelatie tussen patiënt en behandelaar ernstig is verstoord waardoor verdere behandeling onmogelijk is. Indien ggz-patiënten een hoger beveiligingsniveau dan niveau 3 nodig hebben, komt de tbs-kliniek in zicht. Tbs-klinieken hebben een BOPZ-aanmerking en respecteren de rechtspositie van de patiënten.

Verder is gevraagd of verzekeraars genoeg gespecialiseerde plekken inkopen voor agressieve ggz-patiënten. Ik heb op dit moment nog geen goed beeld of verzekeraars voldoende beveiligde zorg inkopen dan wel of er te weinig beveiligde plaatsen zouden zijn. Ik heb het signaal wel al met de NZa, GGZ Nederland en ZN besproken. Daarbij zijn de zorgverzekeraars op hun zorgplicht gewezen, ook als het gaat om zorg waarbij beveiliging noodzakelijk is. De NZa geeft aan geen meldingen te krijgen bij

het meldpunt die hierop wijzen. In het vervolgprogramma Continuïteit van zorg dat in april van start is gegaan, is een onderzoek opgenomen waarin onder meer wordt onderzocht of er voldoende beveiligde plaatsen beschikbaar zijn.

De voorzitter:

Wij gaan door naar het volgende blokje, te weten ambulantisering.

Minister Schippers:

Het debat over ambulantisering hebben we al verschillende malen gevoerd. De gedachte is dat mensen zo veel mogelijk in hun eigen omgeving zorg moeten krijgen en dat je alleen als het echt niet anders kan, mensen opneemt. Daarbij is het van groot belang dat die ambulantisering wordt opgebouwd. Het beeld daarvan is diffuus. Je ziet grote verschillen. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, aanbieders, gemeenten en cliëntenorganisaties om gezamenlijk vorm en inhoud te geven aan de regionale opbouw. Het Trimbos-instituut heeft vijf verdiepingsregio's onderzocht op basis waarvan het de stand van zaken rondom de samenwerking in beeld heeft gebracht. Je ziet dat de onderlinge verschillen in visie, tempo, behoefte en aanpak er wel degelijk zijn. Ik heb aangegeven dat er landelijke hulp nodig is opdat het regionaal sneller en zo mogelijk beter kan. Dat is de reden dat ik een handvat ontwikkel ter ondersteuning van het maken van afspraken over de gezamenlijke ontwikkeling van zorg en ondersteuning in de regio. Het moet behulpzaam zijn bij het bepalen van hoeveel zorg en welke zorg er nodig is in de regio. Het gaat bijvoorbeeld over een methodiek voor regionale en prevalentie-inschatting van patiënten met heel zware psychische problemen en een referentiekader met betrekking tot benodigde regionale voorzieningen. Het Trimbos-instituut zal het komende halfjaar dit handvat ontwikkelen in nauwe samenspraak met betrokken partijen, zoals zorgverzekeraars en gemeenten. Ook zet ik een verdiepingsopdracht uit in een aantal regio's, omdat er behoefte is aan inzicht in bepaalde specifieke kenmerken in de regio's. Dat is de reden dat de regioburgemeesters mij daarom hebben verzocht. Als wij het resultaat daarvan opleveren, kunnen ze daar in hun eigen regio veel meer mee dan wanneer ik een landelijk, globaal beeld geef waarbij ze zich de vraag kunnen stellen wat dan in hun regio de specifieke stand van zaken is. We zullen ze dan ook helpen bij het verzamelen van deze informatie.

In eerste instantie gaat het om twee pilotregio's en de resultaten van de verdieping verwacht ik dit najaar. Dit handvat dat ik laat ontwikkelen, moet regionale partijen dus ondersteunen bij het maken van afspraken over de gezamenlijke ontwikkeling van de zorg en ondersteuning in de regio. Dat bestaat uit onderling samenhangende onderdelen. Dat is allereerst een format voor een regionale samenwerkingsagenda. Wat zijn de onderwerpen; waarover moet je afspraken maken? Ik noem verder een methodiek voor een regionale schatting van de prevalentie van EPA. Dat is een schatting van het aantal mensen met een zware psychische aandoening. Ik noem voorts een instrument om het regionale aanbod aan voorzieningen en zorg in kaart te brengen en een referentiekader voor benodigde regionale zorg en ondersteuning. Dat referentiekader dient als praktische ondersteuning en heeft uitdrukkelijk geen verplichtend karakter, omdat we juist ruimte willen houden voor de regionale inzet en de regionale specifieke aandachts- en knelpunten, visies en prioriteiten. Uiteraard gebeurt het vaststellen hiervan in overleg met patiënten, de gemeenten, de zorgaanbieders en de verzekeraars.

Ten aanzien van het afbouwen van bedden en het opbouwen van ambulante zorg zien we dat de financiële ruimte die daarvoor ter beschikking is, niet volledig wordt benut. Er is dus meer financiële ruimte dan de ruimte die daadwerkelijk wordt benut voor de opbouw van

ambulante bedden. Wij willen dus bevorderen, onder meer met het handvat, dat er meer afspraken worden gemaakt. Wij willen geen landelijk beeld, maar we willen onder andere via onderzoek op regionaal niveau nagaan of ergens sprake is van een tekort, zodat daar vervolgens specifiek actie op kan worden ondernomen met het opbouwen van ambulante zorg. Wij proberen het veld daadwerkelijk te helpen bij het beter benutten van de financiële ruimte. Het is dus geen financiële kwestie, maar meer een zaak van het elkaar onvoldoende weten te vinden of het onvoldoende van de grond krijgen van ambulante zorg.

De voorzitter:

Ik onderbreek u heel even. Ik zie dat mevrouw Bruins Slot wil interrumperen. We kunnen er ook voor kiezen om de Minister eerst alle vragen over ambulante zorg te laten beantwoorden. Ik begrijp dat er nog drie vragen moeten worden beantwoord.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik had een vraag over dit specifieke punt, maar ik wacht even.

De voorzitter:

Dan verzoek ik de Minister om haar betoog te vervolgen.

Minister Schippers:

Als je kijkt naar de landelijke monitor, dan zie je dat er binnen de door de Zorgverzekeringswet gefinancierde ggz een gedeeltelijke intensivering plaatsvindt. Het aantal trajecten in de middencategorie ambulante dbc's is toegenomen. Een groei in de meest intensieve ambulante dbc's blijft echter uit. De vraag is of het tempo in alle gevallen voldoende is om te bereiken wat we willen, namelijk zo veel mogelijk mensen zorg in hun eigen omgeving bieden. Als je niet opbouwt, kom je uiteindelijk toch weer bij die instelling terecht. Dat is iets wat we niet willen. Er is dus ruimte voor partijen om meer te doen en wij zetten daar op regionaal niveau op in. De ontwikkeling zal juist bij die zwaardere trajecten nog sneller moeten plaatsvinden. Ik zal bij de ontwikkeling van regionale zaken zoals het handvat ook met verzekeraars en gemeenten in gesprek gaan over hun inkoopbeleid en over de vraag of zij daarmee voldoende tegemoetkomen aan de opgave waarvoor we staan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Het was goed om even te wachten met de interruptie, want de Minister gaf vervolgens inderdaad de uitleg en de analyse waarop ik gehoopt had. Ik heb nog een procedurele vraag. Dat gesprek met de zorgverzekeraars over de inkoop van midden- en zware trajecten lijkt me heel belangrijk. Is er een mogelijkheid om ons nog voor de zomer een terugkoppeling daarvan te geven? De nieuwe onderhandelingen voor 2017 gaan ook voor de zomer van start. Dit is vrij essentieel.

Minister Schippers:

Ik kan de Kamer voor de zomer wel een globaal zicht op de uitkomsten van die gesprekken geven. Wij zijn natuurlijk ook nog met een verdiepingsslag bezig.

We hebben het al vaker gehad over de vraag of we een stop voor de beddenafbouw zouden moeten invoeren. Ik vind dat we dat niet moeten doen. Ik vind dat we het beeld van de stand van zaken wel recht moeten doen. Wij staan nog steeds in de top drie van Europa met het aantal bedden. Het is echt niet zo dat wij de intramurale setting helemaal weghalen en er niets voor in de plaats laten komen. Wij staan nog steeds in die top drie. Wij moeten ons echt focussen op het opbouwen van ambulante zorg.

Een volgend punt betreft het tekort aan woningen en de doorstroming vanuit de maatschappelijke opvatting en het beschermd wonen. Wat gaan wij daaraan doen? Het is echt zaak dat er lokaal afspraken worden gemaakt over voldoende betaalbare woningen. Dat is cruciaal. Daarbij moeten ook afspraken worden gemaakt binnen gemeenten en met zorgaanbieders over verspreiding over wijken, begeleiding en het oplossen van schulden. Een ondersteuningsprogramma wordt ontwikkeld om gemeenten en andere lokale partijen te ondersteunen bij het maken van afspraken over de beschikbaarheid van geschikte en betaalbare woningen. De aangepaste Woningwet geeft gemeenten extra mogelijkheden om prestatieafspraken met woningcorporaties te maken. Wij bekijken samen met Platform31 wat het beste werkt. Er loopt op dit moment een inventarisatie met zeven gemeenten. Straks volgen de experimenten. Er zijn verschillende maatregelen genomen, zoals Passend Wonen, om ervoor te zorgen dat er meer betaalbare woningen voor deze doelgroep ter beschikking komen.

Er is gevraagd wat ik verwacht van de samenwerkingsagenda van VNG en Zorgverzekeraars Nederland. De Staatssecretaris heeft hierover vorige week overleg gevoerd met VNG en Zorgverzekeraars Nederland. De thema's waarop samenwerking een impuls moet krijgen, zijn vastgesteld. Een van die thema's is ggz. Wij zullen die thema's de komende maanden uitwerken. In de brief van ZN en VNG aan de Staatssecretaris en mij kondigen zij aan, de aanbevelingen van het Aanjaagteam Verwarde Personen ten aanzien van de beschikbaarheid van ggz en kennis in wijkteams, laagdrempelige opvangvoorzieningen en de onverzekerdenproblematiek uit te werken in de samenwerkingsagenda. Dat wordt daar dus ook in belegd.

De voorzitter:

Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van het blokje. Ik zie dat mevrouw Bruins Slot een vraag heeft.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik bedank de Minister voor haar antwoord dat er meer woningen beschikbaar moeten komen voor kwetsbare mensen en dat de opvang verstopt is. Soms is het heel goed om terug te kijken naar het verleden. In 2003 kwam het toenmalige kabinet met een plan inzake de maatschappelijke opvang met als titel De opvang verstopt. Dat was meer dan dertien jaar geleden een vrij succesvol programma. Dat heeft ooit, eigenlijk onder invloed van Minister Zalm, geleid tot een initiatief vanuit het Ministerie van Financiën met medewerking van VWS, SZW, BZK, VROM en V en J. Het is toentertijd ook geëvalueerd door het Trimbos-instituut. De parallellen tussen de problematiek nu en toen zijn opvallend. Men is heel hard bezig met het formuleren van oplossingen. Zou het eigenlijk niet goed zijn om terug te kijken, ook naar de toenmalige aanpak van 2003 in De opvang verstopt, om te kijken of daar nog bepaalde lessen uit te trekken zijn die je nu weer zou kunnen gebruiken bij het formuleren van oplossingen? Ik kan het ministerie de Kamerstukken van destijds en enige achtergrondinformatie leveren indien men het daar niet direct boven op de plank heeft liggen. Waarschijnlijk heeft men er op het ministerie allang aan gedacht. Ik kijk even naar de ambtenaren.

Minister Schippers:

Het komt de ambtenaren zeer bekend voor, omdat zij dat al doen. Het idee van mevrouw Bruins Slot is dus ook bij hen opgekomen. Ik zal hen er nog eens extra op wijzen dat het verzoek ook vanuit de Kamer is gekomen. Die parallellen zijn op mijn ministerie dus blijikbaar ook al geconstateerd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De kern is dat het een problematiek is op meerdere leefgebieden. Je kunt het niet alleen vanuit de zorg oplossen, je kunt het niet alleen vanuit de gemeenten oplossen en je kunt het ook niet alleen vanuit het domein van wonen of vanuit het domein van Veiligheid en Justitie oplossen. Je hebt een integrale aanpak nodig. Dat betekent dat je ook bepaalde schotten zult moeten slechten. Men heeft daar eerder een vrij aardig wiel voor uitgevonden. Ik hoop echt dat de Minister met haar doorzettingsmacht in staat is om daar nu een soort versie 2.0 voor te maken. Als de ondersteuning van de Minister daarover al aan het nadenken is, kan de Minister ons dan een terugkoppeling geven van de bevindingen, zodat we kunnen bekijken of dat een oplossingsrichting is?

Minister **Schippers**:

Wij zijn daar niet zozeer mee bezig als wel de werkgroep. De Staatssecretaris heeft met de werkgroep gepraat. De VNG en de verzekeraars zitten in die werkgroep. Zij kijken naar deze oplossing. Het aanjaagteam heeft met allerlei sectoren te maken die beter moeten samenwerken, die elkaar op sommige punten gek genoeg niet weten te vinden of die dingen in de praktijk anders moeten doen. Hier is dat ook het geval. Ik zal het verzoek van mevrouw Bruins Slot in ieder geval expliciet meegeven aan de werkgroep. In die werkgroep houden wij de vinger aan de pols en ook is de Staatssecretaris erbij betrokken, maar het is geen VWS-werkgroep.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb een praktische vraag. Welke Minister is in dit geval leidend?

Minister **Schippers**:

De Staatssecretaris is het meest betrokken bij deze werkgroep.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik ken het precieze tijdsplan van de werkgroep niet. Misschien is het ...

Minister **Schippers**:

Ik had al tegen mevrouw Dijkstra gezegd dat het na de zomer komt.

De **voorzitter**:

We gaan door met het volgende blokje.

Minister **Schippers**:

Ik kom te spreken over de werkgroep psychosociale zorg. Even voor de helderheid: de zorg is onderdeel van het somatische zorgtraject en zit in de dbc. Het is dus niet iets voor de pakketdiscussie. Het zit in de dbc en zit dus ook in de vergoeding. Wij hebben dit opgepakt omdat we op een gegeven moment zagen dat de psychosociale zorg steeds als iets apart werd beschouwd. Toen ik Kamerlid was, vond er een groot debat plaats over de vraag of er drg's of dbc's moesten komen. Ik weet nog heel goed dat er voorstanders van drg's waren. Toen werd er gezegd: nee, we moeten voor dbc's kiezen want dan kunnen we door de keten heen financieren. Nou, de dbc's hebben dat in ieder geval nog niet opgeleverd. De psychosociale zorg is een goed voorbeeld daarvan. Wij dachten: laten we daar dan in ieder geval mee beginnen door het veel meer integraal te bekijken. Dit moet veel meer integraal aangeboden worden bij bijvoorbeeld oncologie, waarmee we destijds begonnen zijn. De werkgroep is gevraagd om duidelijk te maken hoe het zit en om oplossingen te verzinnen voor knelpunten. De oplossingen moeten zo worden geformuleerd dat ze passen bij de manier waarop we het stelsel in gang hebben gezet.

Na het rapport is de werkgroep verdergegaan met de aanbevelingen. Er is meer inzicht bij partijen in wat er moet gebeuren. Er kwamen wel een paar

belangrijke zorginhoudelijke vragen naar voren. Hoelang duurt een somatisch traject? Hoelang is psychosociale zorg daar dan onderdeel van? Is er een gedeeld beeld van wat psychosociale zorg precies is en wie het levert? Het gaat daarbij over het afbakenen van goede zorg. Het zijn de partijen die dat met elkaar moeten doen, niet VWS. Het kost partijen tijd om dit scherp te krijgen. Ik ben het geheel eens met alle sprekers die hiervoor aandacht hebben gevraagd dat dit minder snel gaat dan wij met elkaar hadden gehoopt. De werkgroep staat niet stil en doet ook niet niets. Hij werkt hard, maar loopt iedere keer tegen dingen aan. De werkgroep komt regelmatig bijeen en belegt ook speciale sessies. De NZa inventariseert mogelijke oplossingen voor de knelpunten in de bekostiging waartegen men aanloopt. In juni is er weer een bijeenkomst van deze werkgroep. Wij zullen dan ook aansturen op een door iedereen gedragen traject dat helder is en dat antwoorden biedt, zodat de werkgroep verder kan.

Parallel hieraan versterken wij de positie van de inloophuizen. We hebben voor de komende drie jaar een subsidie verleend aan IPSO om het kwaliteitsbeleid voor de inloophuizen door te ontwikkelen en te borgen, om de psychosociale zorg in te bedden en om de ondersteuning in de oncologische zorgketen op regionaal niveau ook daadwerkelijk te versterken. Kortom, door de subsidie gaat dat deel goed. Het andere deel moet sneller. Om daar druk achter te zetten, stel ik voor dat ik de Kamer meteen na de zomer informeer over de stand van zaken. Dat mag ook nog weleens helpen in zo'n traject.

De voorzitter:

Er is een vraag voor u van mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De vraag is beantwoord, want ik vroeg me af of de Minister ons daarvan op de hoogte kon houden. Ik ben in elk geval heel blij met de subsidie voor de inloophuizen, die heel belangrijk zijn als het gaat om de psychosociale zorg. Ook is het belangrijk dat de Minister druk gaat zetten op de werkgroep. Dit wordt keer op keer signaleerd bij de behandeling van patiënten met kanker en we kunnen er niet genoeg aandacht voor vragen.

De voorzitter:

Gaat u door met het volgende blokje, Minister?

Minister Schippers:

Ja, ik ga verder met het kwaliteitsstatuut. Ik ben ongelooflijk blij met de inspanningen van de sector om tot dat kwaliteitsstatuut te komen en daarin het niveau van concreetheid te vinden dat men heeft gevonden. Het is natuurlijk heel makkelijk om globaal iets op te schrijven en te zeggen: nou, dat hebben we goed gedaan met elkaar. Er zijn daadwerkelijk keuzes gemaakt en dat vind ik een groot compliment waard. Natuurlijk hebben partijen ook ruimte nodig om daarbinnen te experimenteren en om het te kunnen doorontwikkelen. Dat heb je nodig in zo'n nieuw traject. In de aanwijzing die ik de NZa geef, wil ik de mogelijkheid van gecontroleerde experimenteerruimte opnemen. Op die manier kunnen ook andere beroepsbeoefenaren, die wel BIG-geregistreerd moeten zijn zoals de verpleegkundig specialist, op basis van een tweezijdig verzoek – van de aanbieder en van de verzekeraar – ervaring opdoen als regiebehandelaar.

Mevrouw **Tanamal** (PvdA):

De Minister schrijft dat de verzekeraars aan het bekijken zijn of het wenselijk is om het kwaliteitsstatuut als voorwaarde te stellen voor contractering of om het op te nemen in de polisvoorwaarden. Wat is de visie van de Minister daarop? Wanneer krijgen we een terugkoppeling hiervan?

Minister Schippers:

Het kwaliteitsstatuut is er eigenlijk gekomen doordat er in de sector brede behoefte is om kwaliteit meer te definiëren, om daar stappen in te zetten en om dat zelf te doen. De sector wil dat niet laten doen door anderen, maar wil zelf bepalen wat goede kwaliteit is en wil dat met elkaar vaststellen. Dat is gebeurd met het kwaliteitsstatuut. Zodra dat is ingeschreven bij het Kwaliteitsinstituut, is het een veldnorm en zullen verzekeraars het natuurlijk gebruiken bij hun inkoop, net zoals ze dat doen met andere zaken die daar zijn ingeschreven.

Mevrouw Tanamal (PvdA):

Ik vroeg het vooral omdat er staat dat de verzekeraars het «wenselijk vinden». In het stuk staat dat de verzekeraars aan het bekijken zijn of zij het wenselijk vinden. Ik begrijp echter dat het gewoon gaat gebeuren.

Minister Schippers:

Ja, maar je moet de normen in zo'n kwaliteitsstatuut dan wel operationaliseren. Daar zit het hem natuurlijk in. Uiteindelijk is het kwaliteitsstatuut, als het is ingeschreven, een veldnorm. Die veldnorm moet dan nog worden geoperationaliseerd. Dat is de volgende slag die je moet maken. Wat mij betreft is het aan de gezamenlijke veldpartijen om het kwaliteitsstatuut zo door te ontwikkelen dat er concrete normen ontstaan. Voor 2017 zullen beroepen van regiebehandelaars worden opgenomen in de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit. Verzekeraars gaan daarmee uniforme lijsten hanteren. Dat is een enorme vooruitgang. Bij instellingen zie je nu dat verzekeraar A die-en-die beroepen noemt en dat verzekeraar B heel andere beroepen noemt. Wat doet een instelling dan om het een beetje hanteerbaar te houden? Zij neemt de grootste gemene deler. Je hebt dan maar heel weinig regiebehandelaren. Een uniforme lijst is ongelooflijk belangrijk. In de regels van de NZa zal ook een helder onderscheid tussen instellingen en vrijgevestigden worden opgenomen. Wat de eisen in het kwaliteitsstatuut betreft zullen verzekeraars dus allemaal hetzelfde onderscheid tussen instellingen en vrijgevestigden hanteren, zodat er geen verwarring is. Dit wordt heel helder vastgesteld door de NZa, dus door de overheid en niet door de verzekeraars.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik neem aan dat de Minister nog niet helemaal klaar is met de beantwoording over het kwaliteitsstatuut. Ik wacht dan nog even met mijn interruptie.

Mevrouw Leijten (SP):

Feitelijk komt de vraag, ook die van mevrouw Dijkstra, erop neer of zorgverzekeraars nog extra eisen kunnen stellen boven op het kwaliteitsstatuut. Met andere woorden: is het kwaliteitsstatuut het einde van de discussie of is het pas het begin?

Minister Schippers:

Het kwaliteitsstatuut is nu juist bedoeld om enerzijds meer zekerheid te creëren voor de patiënt en om anderzijds een einde te maken aan de wildgroei van eisen die werden gesteld omdat er niets was. Het is dus echt bedoeld om eenheid te creëren. Wel moet het geoperationaliseerd worden. Het veld heeft daarin een belangrijke rol. Het kwaliteitsstatuut was de eerste stap. Het veld zelf, dus de professionals zelf, zal er stap voor stap meer concrete invulling aan geven. Het is dus juist bedoeld om eenheid te bereiken. In dat traject zitten we.

Blijft de experimenteerimte voor huisartsenzorg bestaan? Er zouden signalen zijn dat mooie initiatieven voor integrale ggz stranden omdat er geen betaaltitel voor is. Het is ongelooflijk belangrijk dat er goed wordt samengewerkt, sowieso in de zorg maar ook in de zorg voor

ggz-patiënten. Met de invoering en de uitbreiding van de POH(praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk)-ggz in de huisartsenpraktijk en de mogelijkheid om binnen de module POH-ggz een psycholoog en een psychiater te consulteren, is de toegang tot laagdrempelige ggz in de praktijk enorm verbeterd. Dat hoor je ook aan alle kanten. Samenwerking in de keten wordt gestimuleerd. In diverse regio's wordt momenteel geëxperimenteerd met het vormgeven van een bredere ggz-keten binnen de beleidsregel innovatie van de NZa. Het is ontzettend goed dat dit soort initiatieven wordt ontplooid om de huisartsenzorg en de ggz beter met elkaar te verbinden.

Ik vind het geen goed idee om de generalistische basis-ggz in bepaalde organisatievormen onder de aanspraak van de huisartsenzorg te brengen en die twee dingen zo te veel met elkaar te verwarren. Dat is niet helder voor de patiënt. Als een huisarts geneesmiddelen verstrekt als apotheekhoudend huisarts, zijn deze handelingen nog steeds farmaceutische zorg. Het wordt niet plotseling huisartsenzorg omdat de huisarts de handelingen uitvoert. Specialistische ggz wordt niet opeens huisartsenzorg omdat de huisarts die levert. Wij moeten dat dus goed scheiden. Als de wens er bij partijen is om toe te werken naar een landelijke integrale prestatie, heb ik daar niets op tegen. We moeten dan wel goed bekijken welke zorginhoud er dan wordt geleverd binnen de keten. Dat moet dan stap voor stap goed ontwikkeld worden. Welke patiënten komen dan in aanmerking voor de keten-ggz? Tot hoever reikt deze keten? Wanneer is een doorverwijzing naar de basis-ggz of gespecialiseerde ggz aan de orde? De patiënt moet wel de juiste zorg krijgen van de juiste zorgverlener.

Ter uitwerking van de agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz zijn InEen en de Landelijke Vereniging voor Psychologen en Psychotherapeuten aan zet om de inhoud van de keten te beschrijven. Als dat gereed is en gedragen wordt door het veld, kunnen wij verdergaan en bekijken welke kwaliteitseisen er moeten zijn et cetera. Het is dus altijd goed om dit soort initiatieven de ruimte te geven om te zien wat er uit zo'n experiment komt. Vervolgens moeten de vervolgstappen netjes met elkaar worden gezet. Ik zal met de NZa in overleg treden over de mogelijkheden en de ruimte voor deze initiatieven binnen de huidige wet- en regelgeving. Dat kan ik mevrouw Dijkstra toezeggen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik probeer het hele verhaal even tot me te laten doordringen, want mijn simpele vraag was of die experimenteerruimte kan blijven bestaan. Ik hoor daarop geen duidelijk antwoord van de Minister. Zij zegt dat ze uiteindelijk niet wil dat het zo wordt geregeld. Dat kan ik me ook voorstellen. Daar vraag ik echter niet om. Het is wel zo dat je aan experimenten en experimenteerruimte letterlijk de ruimte moet geven. Je moet er ook de lengte voor geven, om het zo maar te zeggen. Ik heb weleens de indruk dat wij te snel mogelijkheden ontnemen. Mijn heel directe vraag is dus of de Minister dit wil verlengen en of zij de experimenteerruimte in stand wil houden.

Minister **Schippers**:

Ja, die experimenteerruimte is er, maar ik wil eigenlijk zeggen dat het uiteindelijk ergens moet landen. Uiteindelijk moeten we van experimenten leren. Wat gaat er goed en wat gaat er niet goed? Dingen die niet goed gaan, moeten worden afgeschakeld. Ook moeten we bekijken of er dingen in zitten die we veel breder zouden moeten toepassen, dus waartoe andere patiënten ook toegang zouden moeten hebben. We moeten eveneens bekijken of er elementen zijn die eigenlijk helemaal niet zo goed werken. Ja, er is experimenteerruimte en ja, het moet uiteindelijk ook ergens landen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De Minister zegt dat de experimenteerruimte blijft bestaan, met alle kanttekeningen die ze daarbij maakte. Die begrijp ik ook, want experimenteren doe je niet voor niets. Is de Minister dan ook van plan om dit expliciet op te nemen in haar aanwijzing aan de NZa?

Minister **Schippers**:

Daarmee probeerde ik te eindigen, maar ik begrijp dat ik niet helemaal duidelijk was. Zo'n experimenteerruimte is voor drie jaar. Het is heel moeilijk om uit te lopen. Ik heb aangegeven dat ik met de NZa in overleg treed over de mogelijkheden binnen de huidige wet- en regelgeving en over de vraag of die iets op te rekken zijn.

Er is gevraagd naar andere beroepen als hoofdbehandelaar. Bij de groep 18-min is er een bepaalde hoofdbehandelaar. Wat gebeurt er dan als je ouder dan 18 jaar wordt? Met andere woorden: hoe sluiten we de trajecten op elkaar aan? De verplichting tot het hebben van een kwaliteitsstatuut en het naleven van de regels rondom regiebehandelaarschap geldt alleen voor de ggz vallend onder de Zorgverzekeringswet. Deze regels gelden dus vanaf het moment dat de cliënt 18 jaar wordt. Niet alle behandelaars in het jeugddomein kunnen regiebehandelaar binnen het kwaliteitsstatuut zijn, al moet ik daarbij meteen aantekenen dat een aantal van deze groepen evident en heel actief bezig is om een BIG-registratie te krijgen, waardoor heel veel van deze dingen uit de wereld zullen zijn. Dat zou heel gunstig zijn. Zolang dat niet zo is, kan worden gebruikgemaakt van een overgangsregeling zodat er geen hard afkappunt bij 18 jaar is. In de regelgeving wordt dit verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het model kwaliteitsstatuut ggz, maar er kan worden gebruikgemaakt van een overgangsregeling. Deze regeling geeft de ruimte om, als de behandelaar minimaal een post-masterregistratie in het Kwaliteitsregister Jeugd heeft, gedurende de initiële dbc of gedurende de eerste basis-ggz-dbc de behandeling voort te zetten, gericht op afsluiting of overdracht. Er zit dus een overgangstraject in. Ik denk zelf, maar weet niet of dat voor iedereen geldt, dat dit een tijdelijk probleem is voor de beroepsgroepen die nu heel actief bezig zijn om de registratie te krijgen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb een korte vraag. Die overgangsregeling zou toch in elk geval tot 2019 moeten duren, omdat dan pas sprake is van de mogelijkheid om BIG-geregistreerd te zijn?

Minister **Schippers**:

De overgangsregeling geldt voor patiënten en is niet voor de beroepsgroep gemaakt. Mevrouw Dijkstra heeft het over één beroepsgroep. Stel dat die per 2019 BIG-geregistreerd is. Dan zijn er nog andere beroepsgroepen waarvoor dat niet geldt. De overgangsregeling geldt dan nog steeds voor die andere beroepsgroepen. Het gaat dan om situaties waarin iemand wordt behandeld die 18 jaar wordt. Die persoon wordt dan niet na zijn verjaardag uit de behandeling gegooid. De behandeling gaat gewoon door totdat deze is afgerond. De vervolghandeling wordt dan door iemand anders gedaan.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ter verduidelijking: ik doelde ook niet op de beroepsgroep. Het gaat om bijvoorbeeld jeugdpsychologen die nog niet BIG-geregistreerd zijn. Daar gaat natuurlijk tijd overheen. Ik begrijp dat de Minister zegt dat dit voor alle beroepsgroepen geldt, dus dat de overgangsregeling in feite geldt voor iedereen die in behandeling is bij verschillende beroepsgroepen.

Minister Schippers:

Het geldt voor patiënten. De patiënt heeft een behandeling. De patiënt wordt 18 jaar en dan geldt gewoon de overgangstermijn. Soms zullen beroepsgroepen een BIG-registratie krijgen en dan geldt het voor hen niet meer. Dan zijn er nog andere beroepen waarvoor het wel geldt. De overgangsregeling blijft voor de patiënten gewoon bestaan.

De voorzitter:

Volgens mij gaan we door naar het laatste blokje, het blokje «overig», maar eerst is er nog een vraag van de heer De Lange.

De heer De Lange (VVD):

Ik had een vraag gesteld over het hoofdbehandelaarschap en de mate van experimenteerruimte binnen de ggz rondom de verschillende beroepen. We hebben het daar net al over gehad. Ik had het specifiek over het geven van meer ruimte aan andere medewerkers, bijvoorbeeld de verpleegkundig specialisten. Kan de Minister nog iets meer helderheid geven op dat punt? Deze vraag hoorde wel bij het vorige blokje. Ik stel deze vraag ook in relatie tot de voorhang die er nu ligt.

Minister Schippers:

Die wordt opgenomen in de aanwijzing aan de NZa. Dit punt wordt dus opgenomen in de aanwijzing.

De heer De Lange (VVD):

Dit punt wordt dus meegenomen in de aanwijzing. Dat is heel mooi; dank u wel.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ik kom te spreken over de vermindering van de administratieve lasten. Het is een open deur, maar ik denk dat dit heel erg noodzakelijk is binnen de ggz. Dat kun je niet als overheid bereiken. Dat is echt de les die ik de afgelopen jaren heb geleerd. Je hebt de beroepsgroep zelf nodig, die om de tafel gaat zitten en zegt: dit is onzinnig, dit is wel zinnig, hier kunnen we het beter en hier kunnen we het minder. Een werkgroep van de verzekeraars, de aanbieders, de NZa en VWS heeft de knelpunten van de vrijgevestigden geïnventariseerd. Toevallig heeft deze werkgroep mij gisteren zijn rapport aangeboden met de resultaten van dit eerste traject. Ik heb hem hartelijk bedankt voor dit eerste traject, dat belangrijke verbeterpunten heeft opgeleverd. Ik heb gezegd dat dit echt iets van de lange adem is en heb gevraagd of de werkgroep wil doorgaan met de eerstelijns groepen om te bekijken of er een tweede grote slag kan worden gemaakt. Ik hoop voor het einde van het jaar die tweede slag te kunnen maken, waarbij ik heb toegezegd om er een monitor naast te laten lopen. We gaan dan niet alleen op ons eigen gevoel af, maar kunnen ook echt zien of het daadwerkelijk heeft geholpen. GGZ Nederland is ook aan een project ter vermindering van de administratieve lasten begonnen. Het is ontzettend belangrijk dat men dat zelf doet. Verzekeraars hebben aangegeven bereid te zijn om de administratieve lasten scherp onder de loep te leggen. VWS kan dat overleg faciliteren en kan eventuele overheidsregels weghalen, maar ik denk dat het heel belangrijk is dat de sector zelf het voortouw neemt, omdat de sector de enige is die dat echt kan.

Is het waar dat slechts 8% van de instellingen de wachttijden weergeeft? Dat is gelukkig niet zo. Per 1 april 2016, dus echt heel recent, is het voor een aanbieder verplicht om de wachttijden weer te geven op de website. Dit is een informatieverplichting. De NZa is zeer proactief geweest en heeft in april, dus de eerste maand dat het moest, meteen al een check gedaan. Bij die eerste check is geconstateerd dat 8% van de 50 grootste aanbieders van gespecialiseerde ggz aan alle eisen van de nieuwe

regeling voldeed. De grote instellingen hebben de informatie over de aanmeldwachtijd grotendeels op orde, maar moeten nog informatie geven over de wachttijd per verzekeraar en aangeven dat patiënten hun verzekeraar om bemiddeling kunnen vragen als de wachttijd te lang is. De NZa is dus zeer proactief geweest. 8% heeft alles op orde. Veel instellingen hebben veel op orde, maar nog niet alles. Het moet nog gedetailleerder, want anders kun je als patiënt ook heel weinig met die gegevens. De NZa heeft de instellingen gebeld en aangeschreven. Een groot deel heeft de informatie op de website inmiddels aangepast. Een halfjaar na de invoering zal de NZa de regeling evalueren en daarover rapporteren. Ik zal dat rapport aan de Kamer doorsturen.

De wachttijden in de specialistische ggz nemen toe. Wordt er voldoende zorg ingekocht, zo is mij gevraagd. Er zijn geen signalen dat er te weinig zorg wordt ingekocht, want er zijn genoeg locaties waar de wachttijden heel kort zijn. De informatie moet wel veel beter. Daarom is de actie van de NZa ook zo belangrijk. Patiënten moeten kunnen zien dat ze ook naar een andere aanbieder kunnen zodat ze niet ergens op een wachtlijst staan terwijl er tegelijkertijd elders ruimte is. Patiënten moeten ook goed worden verwezen. De verzekeraar moet proactief zijn en moet bemiddelen. De NZa zit erbovenop. Ik vind dat heel belangrijk. Ik vind deze acties ook heel belangrijk. Tegelijkertijd vraag ik de verzekeraars en de aanbieders om direct iets aan de wachttijden te doen waar deze te lang zijn. In het geheel, dus vanaf het moment van aanmelding tot de daadwerkelijke behandeling, zit men binnen de Treeknormen. Als je het echter opknijpt, is het in het opgeknipte traject niet allemaal binnen de normen. Wel zie je dat er in de tussenliggende periode steeds meer e-health wordt ingezet, waarmee mensen daadwerkelijk enorm geholpen kunnen worden. Toch blijft dit echt een aandachtspunt van de NZa en van mijzelf. Ook voor de partijen zelf moet het een aandachtspunt zijn. Mij is gevraagd hoe ik Samen Beslissen in de ggz kan bevorderen. Zoals bekend ben ik bezig om de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) aan te passen. Onderdeel daarvan is de verduidelijking dat hulpverlener en patiënt samen beslissen over een voorgenomen onderzoek en een voorgestelde behandeling. In samenhang daarmee wordt in de WGBO opgenomen dat de hulpverlener in het medisch dossier aantekening maakt van de toestemming van de patiënt voor een ingrijpende verrichting. Het handelingsperspectief van de patiënt is leidend als er geen sprake is van wilsonbekwaamheid. In dat laatste geval is er een vertegenwoordiger. Uiteraard kan de patiënt in het kader van Samen Beslissen zijn naasten en zijn familie erbij betrekken. De hulpverlener heeft en houdt een beroepsgeheim. Op 13 april is het wetsvoorstel voor openbare internetconsultatie aangeboden. Partijen kunnen tot 10 juni hun inbreng leveren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik heb verwezen naar de Eigen Kracht-conferenties. Ik denk dat die heel veel goeds kunnen doen. Ik besef dat niet alle ggz-patiënten een eigen netwerk hebben, maar waar dat er wel is, denk ik dat Eigen Kracht-conferenties echt kunnen helpen om mensen sneller weer op de been te helpen en overeind te houden. Is dat ergens structureel ingebed of wordt het meer aan het toeval van de professional overgelaten?

Minister **Schippers**:

Het is een heel goed initiatief. Er zijn ook gelijksoortige initiatieven. Die rol is zo ontzettend belangrijk. Doordat er vanuit wet- en regelgeving veel meer aandacht voor is en doordat er vanuit de inspectie veel meer aandacht is voor die rol, zie je dat er ook steeds meer aandacht voor is vanuit de sector. Er zijn verschillende manieren waarop die aandacht wordt omgezet in daadwerkelijke bewustwording en ook in het kunnen oppakken van die rol.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Het is goed om te horen dat er door het zorgveld al veel wordt opgepakt, of dat nu met de Eigen Kracht-conferenties is of met vergelijkbare instrumenten met hetzelfde resultaat. Dan nog blijft mijn vraag: ligt dit aan het toeval van de zorgprofessional of is het ingebed in een richtlijn of een zorgstandaard?

Minister **Schippers**:

Nee, het ligt niet alleen bij de zorgaanbieder. Ook het Landelijk Platform GGZ is hierin heel actief met de herstelacademies. Het wordt dus door verschillende partijen opgepakt. Het wordt op verschillende manieren ingebed in de zorgverlening, afhankelijk van de patiënt en de situatie. Je ziet deze manier van denken echt steeds meer van de grond komen in de geestelijke gezondheidszorg, en terecht.

Over het verschil tussen mannen en vrouwen in de behandeling heb ik in het kader van de ggz al iets gezegd. We zijn verder een programma bij ZonMw gestart dat specifiek gericht is op genderspecifieke kenmerken van zorg. Ik heb ook aangegeven dat een aanzienlijk deel van de 10 miljoen in de onderzoeksagenda voor genderspecifiek onderzoek wordt ingezet.

Het bevorderen van medicatietrouw is een ongelooflijk belangrijk onderwerp, zeker in de ggz. Verschillende partijen hebben daarin een rol: natuurlijk de patiënt als dat kan, de apotheker, de arts en de verzekeraar. Begin dit jaar heb ik het advies over therapietrouw naar de Tweede Kamer gezonden. We zijn nu in overleg met de veldpartijen over de vraag op welke manier de aanbevelingen uit dat advies kunnen worden opgepakt. Het gaat er gewoon om dat iedereen zijn rol en verantwoordelijkheid neemt, goede voorbeelden worden uitgewisseld en de vele innovaties die zich hierop richten, impact kunnen hebben op de therapietrouw.

Het gebruik van e-health in de ggz. Het Trimbos-instituut heeft in 2015 de opdracht gegeven voor het ontwikkelen van een toolkit voor het ondersteunen en opschalen van e-mental health in de huisartsenvoorziening. Je ziet dat in de huisartsenpraktijk het aantal gebruikers stijgt en dat is vooral het gevolg van de inzet van de POH-ggz in die praktijken. De noodzaak van een bredere versnelling in de ggz onderschrijf ik. We bekijken op dit moment heel actief de initiatieven. Er wordt hier een aantal initiatieven opgesomd, maar ik noemde in mijn inleiding ook al het laatste initiatief, namelijk De Nieuwe GGZ. Er zijn heel veel initiatieven die zich hierop richten. Ik denk dat het echt zaak is om te proberen om het te versnellen. We rapporteren daar ook over in het kader van de innovatie in de zorg. De NPCF trekt het project voor de persoonlijke gezondheidsomgeving en dat is hiervoor echt heel belangrijk, want uiteindelijk moet de patiënt zelf beschikken over zijn gegevens. Hij is de eigenaar van de gegevens en dat kunnen we echt op een betere manier vormgeven.

Worden de hoge kosten van patiënten voldoende gecompenseerd? Wij hebben het afgelopen jaar onderzoek gedaan naar het ggz-model om dat te kunnen verbeteren. Wij hebben ons specifiek gericht op het beter compenseren van mensen met zeer hoge kosten, bijvoorbeeld patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Op dit moment bevinden de onderzoeken naar de zorgzwaarte-indicator, het verbeteren van het kenmerk intramuraal zorggebruik in het voorgaande jaar en het kenmerk meerjarige hoge kosten en geneeskundige ggz zich in een afrondende fase. Op 22 juni hebben we een algemeen overleg over risicoverevening. Ik zie nu dat mevrouw Dik-Faber niet langer bij ons is en zij was het die hiernaar vroeg. In dat algemeen overleg zal ik rapporteren hoe die zijn plek vindt. Doordat wij een heel zware component t-1 hebben ingebracht, is er nu grote voorspelbaarheid, wat een groot deel van het risico voor de verzekeraars heeft weggenomen.

De voorzitter:

Ik onderbreek u even. Mevrouw Dik heeft zich afgemeld voor de vergadering, maar zij heeft aangegeven dat haar medewerker meeluistert, zodat de antwoorden wel degelijk bij haar terechtkomen.

Minister Schippers:

Fijn, dank u wel.

De Algemene Rekenkamer. De ggz-sector gaat dit voorjaar met zorgverzekeraars, de NZa en VWS bij elkaar zitten om het normenkader en het controleproces voor de jaren 2014, 2015, 2016 en 2017 in één keer af te spreken, zodat we niet ieder jaar in dezelfde situatie terechtkomen. Dat is voor de jaarrekeningen een ongelooflijk belangrijke stap.

Waarom wordt er zo laat gedeclareerd? In 2015 is een werkgroep van start gegaan over snel en correct declareren in de ggz. Daar worden knelpunten in het hele proces van registreren, declareren en controleren geïnventariseerd. Er wordt nu echt actief naar oplossingsrichtingen gezocht. Het is inderdaad ontzettend jammer als er zo laat wordt gedeclareerd, want pas daarna kan het hele proces bij de zorgverzekeraar in gang worden gezet. Hoe laagdrempelig is de geschillencommissie en wat is de doorlooptijd? Volgende week krijgt de Kamer daarover een brief. De commissie is laagdrempelig en waar mogelijk wordt er ingezet op mediation. Als de antwoorden op de specifieke vragen er nog niet zijn, zal ik die volgende week in de brief meenemen. Ik weet niet of het geld kost en dat moet ik dus eerst even navragen. Deze twee vragen neem ik dus mee in de brief van volgende week.

Waarom laat de Wet verplichte ggz zo lang op zich wachten? De reden waarom het zo lang op zich laat wachten, is geen nieuws. Dat komt doordat er door ZonMw onderzoek wordt gedaan naar de vraag hoe de drie wetsvoorstellen zich tot elkaar verhouden. Dat onderzoek wordt gedaan op verzoek van de Eerste Kamer, waar twee wetsvoorstellen voorliggen, namelijk het wetsvoorstel voor zorg en dwang en het wetsvoorstel voor de forensische zorg. Het wetsvoorstel verplichte ggz was het laatste van de drie voorstellen die in de Eerste Kamer voorlagen. De aanbevelingen uit de thematische wetsevaluatie van ZonMw zijn overgenomen in die laatste wet. De dingen die moesten veranderen, zijn dus veranderd in de laatste wet, de Wet verplichte ggz. Die lag immers nog niet in de Tweede Kamer.

Naar aanleiding van de conclusies van ZonMw hebben we een heel ingewikkeld traject doorlopen, want ZonMw had 62 aanbevelingen, die we allemaal in de wetgeving moesten verwerken. Toen dat af was, kwam de commissie-Hoekstra met een heel belangrijke aanbeveling over de officier van justitie. Die aanbeveling wilden wij ook meenemen. Dat hebben we gedaan en daarin is veel tijd gaan zitten. Vervolgens heb ik het ter advisering aan onze hoge colleges voorgelegd en die hebben daar meer tijd voor genomen dan ik had gehoopt. Maar ja, het is ook niet niks wat er allemaal in staat. Momenteel ligt het bij de Raad van State. Wij hebben al advies ingewonnen bij de Raad van State en hopen om nog voor de zomer het wetsvoorstel naar de Kamer te kunnen sturen.

Zouden we tussentijds iets moeten regelen? Als je iets wilt regelen dat daadwerkelijk iets oplost, heb je het eigenlijk over verplichte behandeling. Het gaat er dan om dat je mensen verplicht in behandeling neemt, dus zonder dat die mensen daar zelf om hebben gevraagd. Dat zijn zware vragen en het voorbereiden van een wetsvoorstel waarin je dat allemaal regelt, duurt dan ook langer dan wachten op het wetsvoorstel voor verplichte ggz, want dat hopen wij nog voor de zomer naar de Kamer te kunnen sturen. Het gaat om grondrechten en daarom hebben wij een ronde gedaan in het veld en het aan de burgemeesters voorgelegd. Die hebben allemaal, althans de regioburgemeesters die wij hebben gesproken, gezegd dat we dat niet moeten doen en dat we juist moeten proberen om de wet zo snel mogelijk aangenomen te krijgen. Het gaat om

grondrechten en die discussies komen ook terug als je kiest voor tussentijdse oplossing. Al met al is het het advies om de wet door te sturen naar de Kamer, zodra die van de Raad van State terugkomt. Ik hoop dat dat voor de zomer lukt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik bedank de Minister nog een keer voor de uitgebreide toelichting, want het is inmiddels een legpuzzel van meer dan duizend stukjes. Uit de brief van de Minister maak ik op dat zij ons eigenlijk vraagt om het snel te behandelen. Ik kan zeggen dat ook mijn partij hecht aan spoedige behandeling, maar het is wel een héél ingewikkeld onderwerp, waar de Kamer goed naar moet kijken. Wij moeten het echt kunnen bestuderen en daarom hoor ik toch graag van de Minister op welke inwerkingtredingsdatum van die drie wetsvoorstellen zij zich richt.

Minister **Schippers**:

Over de vraag hoeveel tijd de Kamer moet nemen voor de behandeling ga ik niet. Ik kan de Kamer wel een verzoek doen. Ik vind het zelf ook heel vervelend dat het zo lang heeft geduurd, maar die trajecten bleken nu eenmaal heel zwaar te zijn. Overigens hebben we over de BOPZ 30 jaar gedaan; het kan dus altijd nog veel erger. Het zijn echt heel zware beslissingen en als de Kamer zegt dat zij het serieus en zorgvuldig wil bestuderen, kan ik de Kamer alleen maar gelijk geven, want het gaat over grote dingen. Het gaat erom dat je mensen die iets niet willen en die niemand kwaad heb gedaan, dwingt om in behandeling te gaan. Daarbij komen moeilijke afwegingen aan de orde rond de zelfbeschikking van mensen. Kunnen mensen die zo ziek zijn, wel over zichzelf beschikken? Het debat daarover zullen we zeker moeten voeren. Ik hoop dat de Kamer het snel wil behandelen. Als de Kamer het snel behandelt, hebben we natuurlijk ook nog het traject in de Eerste Kamer, maar dat laat onverlet dat hoe sneller de Kamer het behandelt, hoe sneller het ingevoerd kan worden.

Ik begrijp natuurlijk ook waarom mevrouw Bruins Slot zegt dat zij hier serieus naar wil kijken en hierover goed wil nadenken. Alles wat wij kunnen doen om de Kamer te faciliteren en om het tempo erin te houden, zullen wij doen. Ik bied dat bij dezen aan, want ik wil er echt de vaart in houden. Als de Kamer wil dat wij iets organiseren, bijvoorbeeld een technische briefing of een andere manier om de Kamer te voorzien van de informatie die zij nodig heeft, zeg ik bij voorbaat toe dat wij onze uiterste best zullen doen om dat zo snel mogelijk te doen. Wij zullen onze uiterste best doen om de Kamer alle informatie die zij nodig heeft, zo snel mogelijk te doen toekomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Tegelijkertijd zie ik dat er in die wet oplossingen staan voor problemen van mensen die die zorg echt nodig hebben. Over die oplossingen willen we echt zo snel mogelijk kunnen beschikken. Ik zeg dit met in mijn achterhoofd dat in het rapport van de commissie-Hoekstra vrij duidelijk staat: er kan een tussentijdse regeling komen; dat is gewoon mogelijk. Mijn vraag blijft dus hoe het kan dat de commissie-Hoekstra in haar aanbevelingen zo helder zei dat het gewoon kan en dat het eenvoudig te organiseren is en dat de Minister zegt dat het toch wel heel erg lastig is, omdat we het traject van een wet in formele zin in moeten gaan. Dat wil zeggen het traject met Tweede en Eerste Kamer. Waarom wordt daar toch zo verschillend tegen aangekeken? Als CDA'er zou ik graag die tussentijdse oplossing zien als we die op een goede manier met elkaar kunnen realiseren. Het is gewoon nodig dat we die mensen beschermen, maar niet hen alleen, want we moeten ook de samenleving beschermen.

Minister Schippers:

Op basis van de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra heb ik me natuurlijk laten adviseren. Ik heb heel verschillende, betrokken partijen gevraagd naar hun positie. Zij delen onze mening dat het niet eenvoudig is, omdat het over heel fundamentele zaken gaat. Ook zij denken dat je dit niet even kunt regelen en dat ook een tussentijdse wet een vrij ingewikkeld traject zal moeten doorlopen. Als het over grondrechten gaat, heb je nu eenmaal allerlei adviseringsprocedures en adviseringstermijnen te respecteren. Bij iets wat zo aan de grondrechten van mensen raakt, zit je automatisch in een proces dat heel veel tijd in beslag neemt. Deze termijnen zijn allemaal doorlopen in het geval van dit wetsvoorstel en deze nota van wijziging en ik hoop dan ook vurig die nog voor de zomer naar de Kamer te kunnen sturen. Dat kunnen we nooit inhalen met een tijdelijke wet. Wij hebben er goed naar gekeken, omdat ik niets liever wil dan een aantal van die maatregelen al gisteren invoeren. Ik heb er heel serieus met mijn mensen naar gekeken en uiteindelijk zijn we tot de conclusie gekomen dat het doorzetten van de huidige wet sneller is dan al onze energie niet langer op die wet te richten maar op een tijdelijke wet. Dan ligt het hele proces stil, ook bij die twee andere wetten.

Mevrouw Leijten (SP):

We hebben de wet hier al behandeld. De behandeling in de Eerste Kamer is stilgelegd, omdat de Eerste Kamer wilde wachten op die wet. Ze raken immers alle drie aan dezelfde grondrechten. Of je nu in een instelling zit of thuis woont, als je je vrijheid wordt ontnomen en je verplicht wordt behandeld, raak je aan dezelfde grondrechten. Het is een wetsvoorstel van Hirsch Ballin en het ligt er dus al even, maar als we ervan uitgaan dat er na de evaluatie eigenlijk een nieuw wetsvoorstel ligt, moeten we onder ogen zien dat het ook ingrijpt op de Wet zorg en dwang. De Minister zegt dat zij bereid is om de Kamer volledig te faciliteren. Ik zou haar daarom willen vragen om heel helder aan te geven waar en hoe het ingrijpt op de Wet zorg en dwang. Dat geldt ook voor de Wet forensische zorg, want ook in dat geval zal zij heel helder moeten aangeven hoe het daarop ingrijpt. Mensen die gevangen zitten en gedwongen zorg krijgen, hebben immers dezelfde grondrechten. Bovendien krijgen door deze parallellen andere woordvoerders en andere ministeries hiermee te maken en dat kan ook weer een complicerende factor zijn. Als de Minister daartoe bereid is, dan graag.

Ik zou de mogelijkheid van een noodscenario toch ook op tafel willen houden, want het zou best wel eens zo kunnen zijn dat de behandeling tot extreme vertragingen leidt. We weten niet of het wetsvoorstel voor de zomer naar de Kamer komt. We weten niet of het in het najaar behandeld kan worden. We weten allemaal dat er verkiezingen aankomen, dan wel in maart dan wel eerder. Een cesuur in woordvoerders zal ook leiden tot een langere behandeltime in de Kamer. Ik leg daarom toch bij de Minister neer dat zij de optie van een noodscenario open moet houden.

Minister Schippers:

Wij zijn hier niet lichtvaardig mee omgegaan. Wij hebben er heel erg goed naar gekeken. Wij hebben ons goed laten adviseren en de conclusie luidt dat het wegtrekken van de wetgevingscapaciteit van deze wet naar een tijdelijke wet er uiteindelijk toe zal leiden dat we alles opnieuw moeten regelen. Dat is echt het minst gunstige scenario. We hebben wel alle informatie paraat over hoe de wetten zich tot elkaar verhouden en hoe ze op elkaar ingrijpen. Wij kunnen proberen om die informatie in tabelvorm aan te leveren. Als de Kamer liever een andere vorm heeft, hoor ik dat ook graag. Wij willen de Kamer graag met dat soort informatie faciliteren. Wij kunnen dat ook, omdat we zelf, zeker naar aanleiding van ZonMw, die drie wetten scherp op een rijtje hebben. We kunnen die informatie daardoor

leveren. Als de Kamer aangeeft of zij daaraan of aan iets anders behoefte heeft, zullen we de Kamer daar graag van voorzien. De banken hebben een kritisch geluid laten horen, maar tegelijkertijd hebben ze aangegeven dat we hier wel doorheen moeten. Zij zijn ook positief over het feit dat partijen overeenstemming hebben bereikt over 2013 en dat de sector met de verzekeraars in een driedaagse bij elkaar zal komen om het normenkader voor 2014, 2015, 2016 en 2017 in één keer met elkaar af te spreken. Op die manier kunnen we het in één klap met elkaar afronden. Parallel daaraan maken we het traject echt simpeler, want iedereen is inmiddels lichtelijk klaar met dit jaarlijks terugkerende feestje. Voorzitter, dat waren mijn antwoorden.

De voorzitter:

Ik bedank de Minister voor de beantwoording in eerste termijn. We gaan gelijk door met de tweede termijn, met een spreekijd van twee minuten.

De heer De Lange (VVD):

Voorzitter. Ik bedank de Minister en haar ondersteuning voor de uitgebreide beantwoording.

In dit overleg speelden twee onderwerpen heel nadrukkelijk. Dat is ten eerste de voortgang en de vraag hoe om te gaan met verwarde personen en het aanjaagteam. Ik denk dat er belangrijke zaken zijn aangegeven om die verder te brengen. Wat betreft de VVD is het heel erg belangrijk om te bekijken hoe de Nederlanders daarin mee kunnen worden genomen en hoe we op wijkniveau kunnen zorgen voor een duidelijk handelingsperspectief.

Ten tweede zijn er goede stappen gezet bij het kwaliteitsstatuut. Ik bedank de Minister voor de toezegging om bij de voorhang te kijken naar het bredere begrip van het hoofdbehandelaarschap. De juiste mensen op de juiste plaats is heel belangrijk en daarvoor komt nu ruimte. Het is mooi dat de experimenteerimte erin zit.

Wat de VVD betreft moet er goed worden gekeken naar de declaraties. Een werkgroep kijkt nu naar die declaraties en de declaratieduur. Het duurt gemiddeld echter nog steeds 180 dagen voordat er eindelijk een rekening wordt gestuurd naar de verzekeraar. Dat probleem speelt al een paar jaar, ook al is dat een wel heel lange termijn. Daar zal echt een slag moeten worden gemaakt.

Het is goed dat er aandacht is voor de specifieke psychische zorg en de ondersteuning van mensen met kanker. Ik hoop dat echt dat daar slagen kunnen worden gemaakt.

Het is bemoedigend om de perspectieven te zien voor de inzet van e-mental health. Het is echt van belang om daar alle kansen te pakken. Gelukkig hoor ik ook dat e-mental health in tussenperiodes gebruikt kan worden om mensen in ieder geval actief te ondersteunen. Daar gaat het uiteindelijk immers wel om.

Mevrouw Tanamal (PvdA):

Voorzitter. Ik ben erg blij dat de Minister het met mij eens is dat tbs-veroordeelden en ggz-patiënten niet bij elkaar op een afdeling horen te zitten. Het is verder goed te horen dat de Minister actie zal ondernemen daar waar het nog niet is geregeld.

Ik ben blij met de toezegging dat de Minister voor de zomer terugkomt op de IGZ.

Het onderwerp is dan misschien afgesloten, maar ik wil toch heel graag mevrouw Bruins Slot ondersteunen in haar pleidooi voor een tussenmaatregel. De Minister zegt heel helder dat er niets aan te doen is. Ik begrijp dat wel, maar aan de andere kant wacht echt het hele veld met smart op deze maatregelen. Families bellen naar mij met verschrikkelijke verhalen en ik hoop dan ook echt dat de Minister naar alle mogelijkheden heeft gekeken. Zij zegt dat gedaan te hebben, maar toch ondersteun ik het

verzoek om er nogmaals naar te kijken. Het is echt heel erg om te horen hoelang mensen soms aan het tobben zijn met familieleden en hoe mensen soms over straat gaan. Het is onverteerbaar dat daar nog niets op is gevonden en dat het misschien nog jaren gaat duren. Ten slotte bedank ik de Minister voor haar beantwoording.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik heb ook over de Wet verplichte ggz nagedacht en ik weet wat de Minister heeft geschreven en aangegeven. Ik snap heel goed waarom ze dat zegt, maar tegelijkertijd sluit ik mij aan bij de hartenkreet van mijn collega's. We horen uit het veld namelijk al heel lang dat iedereen hierop zit te wachten. De Minister ziet dat natuurlijk ook en dus zijn we het eigenlijk allemaal met elkaar eens. Ik vind het heel jammer dat we hier een beetje onmachtig zijn. Ik zou de Minister willen vragen om te blijven bekijken of er misschien via andere wegen toch iets te regelen valt. Tegelijkertijd zie ik haar dilemma, want ik hecht ook buitengewoon aan de grondrechten en een heel zorgvuldige omgang daarmee. Dat gezegd hebbende bedank ik de Minister voor haar antwoorden over de psychosociale zorg bij de behandeling van mensen met kanker. Daar is nu een werkgroep mee bezig en ik hoop dat die wat sneller met resultaten kan komen.

Ik bedank de Minister voor de aankondiging in haar inleiding dat de dbc's wat haar betreft ook een tijdelijke financieringsvorm zijn en dat we naar een slimmere bekostiging toe moeten, die gericht is op de behoefte van de patiënt. Hoe en wanneer krijgen we daar iets van te zien? Zijn er al plannen en, zo ja, hoe zien die er dan uit?

Ik heb nog één punt waar ik even op terug wil komen: het regiebehandelaarschap. Daarover leefde even een misverstand, want ik bedoelde dus alleen te zeggen dat een overgangsregeling van 18-min naar 18-plus niet voldoende is. Er zijn nu ook cliënten onder behandeling en die komen straks uit de huidige groep 18-plus. Dat zijn met name mensen met ggz-problematiek en mensen met een licht verstandelijke beperking. Op een gegeven moment valt er een gat tussen de opname van de beroepsgroep in het BIG-register en de invoering van het regiebehandelaarschap, dat gaat immers al in 2017 in terwijl BIG-registratie pas in 2019 openstaat. Als je nu 19-min bent en je hebt te maken met een bepaalde behandelaar, heb je straks dus een probleem. Ik denk dat de Minister en ik elkaar op dit punt wellicht nog onvoldoende hebben gevonden en daarom wilde ik de Minister daar nog even op bevragen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Ik wil de Minister echt bedanken voor haar toezegging dat zij heel scherp gaat kijken naar de financiering van de 24/7 crisis-ggz en dat zij ervoor gaat zorgen dat er te allen tijde in de regio goede opvang en behandeling voorhanden zijn. Het is ook goed dat zij daarbij zal kijken naar de beschikbaarheidsfunctie en die op korte termijn zal uitwerken. Ik vind het heel positief dat ze daarmee een belangrijk advies van het aanjaagteam overneemt. Zij zegt immers dat zij zich daarvoor echt hard wil maken.

Ik maak me op dit moment nog wel zorgen over de opbouw van de voorzieningen in de wijk. Hoe zorgen we voor voldoende zorg voor mensen in de wijk? Als ik de Minister zo hoor, krijg ik het beeld van een Minister die met een zaklantaarn op zoek is naar oorzaken en oplossingen. Er wordt nu bijvoorbeeld te weinig zware zorg ingekocht in de wijk. Verder is ze met de regioburgemeesters in overleg en doet ze op hun verzoek aanvullend onderzoek. De Minister heeft nog al haar ijzers in het vuur, aangezien ze nog op zoek is naar een oplossing, maar welke resultaten wil zij op korte termijn bereiken? Welk resultaat wil zij verder op de middellange termijn bereiken bij de voorzieningen in de wijk? Waar werkt zij naartoe?

Afrondend. Mijn collega's van de PvdA en D66 gaven precies mijn dilemma aan bij het beschermen van de samenleving tegen bepaalde mensen en van die mensen tegen zichzelf. We zitten daarom heel erg te wachten op de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Ik snap dat het inbreuk maakt op de rechten van deze mensen en dat het daarom zorgvuldig moet, maar tegelijkertijd zie ik ook de noodzaak dat het snel gebeurt. Als een tussentijdse voorziening, een noodscenario of een interim-regeling mogelijk is en op een goede manier kan worden gerealiseerd, laten we dat dan proberen. De Minister heeft uitvoerig gemotiveerd waarom zij dat niet voor zich ziet, maar wellicht komt zij in de komende periode nog tot nieuwe inzichten.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Het is goed om te horen dat de Minister zegt dat het kwaliteitsstatuut het einde van de discussie is en niet het startpunt van een proces waarbij op deze kwaliteitseisen nog weer andere eisen kunnen worden gestapeld. Ik vraag haar wel om daar strikt op toe te zien. Mij bereiken namelijk signalen dat het toch zo gaat en dat er dus toch weer andere eisen worden gesteld. Dat was ook precies de reden waarom ik mijn vragen over de geschillencommissie stelde. We krijgen een kwaliteitsstatuut en een geschillencommissie, maar als die commissie onbereikbaar is of de afdoening van die geschillen te lang duurt door een gebrek aan financiën, schieten we onszelf alsnog in de voet. We hebben dan wel gezegd dat het het einde van de discussie is, maar dat blijkt dan toch niet het geval te zijn en bovendien blijkt je dan niet terecht te kunnen bij de geschillencommissie of duurt de behandeling van je klacht te lang. Dat is de reden waarom ik mijn vragen heb gesteld. Ik ga ervan uit dat de Minister ons hierover volgende week zal berichten, maar ik hoop dan wel dat zij daarbij deze zorgen in haar achterhoofd heeft. Ik wil natuurlijk ook weten hoe zij daarmee om denkt te gaan.

Het is goed om te kijken naar de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst zeven dagen per week en 24 uur per dag op basis van eenvoudige financiering. Dat moet ertoe leiden dat er goed samengewerkt kan worden, zonder dat er een productieprikkel is. Dit zou echter ook moeten gelden voor de ambulante zorg. Wat is nou het probleem? Al die zorgverzekeraars gaan in die wijken inkopen, maar bij elkaar opgeteld kom je dan nog steeds niet tot 100% in zo'n wijk. Dat is nogal wiedes, want we kunnen niet alles voorspellen.

We willen wel dat die ambulante teams er zijn. Als die er niet zijn, valt er immer een gat tussen crisisopvang en thuis kunnen blijven wonen. Het gat in de financiering verplaatst zich dan met andere woorden gewoon. Juist daarom zou je ook hier moeten kijken naar eenvoudige financiering op basis van beschikbaarheid en op basis van samenwerking, zonder dat er sprake is van een productieprikkel. Het liefst wil je natuurlijk dat een ambulante team overbodig is, maar omdat we daar nou eenmaal niet op kunnen sturen en de beschikbaarheid ervan noodzakelijk is, wil je niet dat het op basis van productieprikkel gaat. De Minister gaat vragen om zo'n crisisdienst, maar gaat zij dan ook gelijk kijken naar de financiering van de ambulante teams? Dan kun je gelijk die parallel doortrekken.

Ik vind het ten slotte heel goed dat de Minister zegt dat zij niet uit wil gaan van stoplichten bij behandelingen en dat het niet zo kan zijn dat er wordt doorbehandeld en dus in de volgende declaratie wordt gelopen om maar meer te kunnen verdienen aan de patiënt, ook al is de patiënt uitbehandeld. Is dit niet precies wat er ontzettend veel gebeurt in instellingen? Wordt daar niet heel veel gewerkt met dashboards op basis van productiviteit? Is het niet zo dat de consultants hierdoor binnenlopen? Als de Minister zegt dat zij dat niet wil, moet zij dan niet ook zeggen «ik maak hier een einde aan» of «ik ga ervoor zorgen dat de zorgverzekeraars niet doen aan dashboards en stoplichten, of wat voor financiering dan ook»? Zij moet aangeven hoe het moet, want dit is wel wat er tegen psychiaters

wordt gezegd: in groen en geel mag u declareren en in rood niet. Die psychiaters moeten niet meer naar hun patiënten kijken, maar naar hun dashboard. Dat is dehumanisering pur sang van de zorg. Als de Minister zegt dat zij dat niet wil, ga ik ervan uit dat zij ingrijpt.

Minister Schippers:

Voorzitter. De heer De Lange sprak terecht over aandacht voor buurtgenoten, want dat is inderdaad ontzettend belangrijk. Als je zegt dat je het belangrijk vindt dat mensen in hun eigen sociale omgeving kunnen functioneren, heb je een probleem als de burens daar vervolgens niet mee om weten te gaan. Dit punt is iets waar het aanjaagteam naar kijkt, maar ik zal zelf ook bekijken of ik daar op een andere manier extra aandacht voor kan vragen. Ik weet nog niet hoe ik het in het vat moet gieten, maar ik ben het met hem eens dat het ontzettend belangrijk is. We zullen tolerantie moeten kunnen opbrengen voor mensen die niet altijd precies hetzelfde doen als wij. Tegelijkertijd moeten we ook weten wat te doen als er iets gebeurt. Ik zal expliciet bekijken hoe we dat vorm kunnen geven. Een aantal leden heeft een hartenkreet geuit over de Wet verplichte ggz. Ik sluit mij bij hen aan, want ik voel die machteloosheid ook. Het tempo van zo'n traject is inderdaad heel laag, omdat het vastzit aan allerlei andere heel belangrijke dingen die we met elkaar hebben afgesproken. Daardoor denk je soms wel: deze wet hadden we allang moeten hebben, maar we zitten er nog steeds op te wachten. Het punt is dat er geen makkelijke oplossing is! Een tijdelijke wet is geen oplossing, vanwege de termijnen die je moet aflopen om door al diezelfde dingen heen te gaan. Het is geen noodwetje dat een procentje meer kost, maar een wet die raakt aan de grondrechten van mensen. Als het om grondrechten gaat, moet je een bepaalde procedure doorlopen en die is heel zwaar. Deze wet heeft er daardoor ook zo lang over gedaan, zeker nu we een tweede keer met een nota van wijziging moesten komen. Dat traject moet je ook doorlopen met een noodwet of een tijdelijke wet. Daaraan zouden we zo veel tijd kwijt zijn dat we uiteindelijk slechter af zouden zijn. Ik deel de frustratie dus zeker.

Mevrouw Tanamal vroeg wat ik intussen wel kan doen. Op basis van de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra heeft er in de praktijk al wel een echte omslag plaatsgevonden. Daar is al heel veel gebeurd. Ik denk dan aan samenwerking om te komen tot een sluitende keten en het delen van meer informatie. Daarvoor hebben we inmiddels de wet niet meer nodig. Er zijn nu teams waarin én de wijkagent én het wijkteam én de ggz-instellingen zitten. In die teams wordt informatie gedeeld over mensen over wie men zich zorgen maakt in verband met de veiligheid van henzelf en van anderen. In de Veiligheidshuizen kan men ook al veel meer doen, bijvoorbeeld doordat bij alle Veiligheidshuizen ggz-instellingen zijn aangesloten. Al die aanbevelingen van de commissie-Hoekstra zijn praktijk geworden, onder meer doordat we daarvoor een aanjaagteam hebben aangesteld. Er gebeurt wel wat, maar dat laat onverlet dat ook ik heel graag zou zien dat de wet snel wordt aangenomen. Ik ben echter gewoon gebonden aan het traject dat die wet moet doorlopen. De bekostiging is onderdeel van een groter traject. De inzet is door de veldpartijen zelf gedaan en daar hecht ik zeer aan, omdat zij goed uit de voeten moeten kunnen met de bekostiging. Het staat dus op hun eigen agenda. In de volgende voortgangsrapportage van die agenda, die direct na de zomer naar de Kamer komt, zal ik ingaan op de vraag waar we staan. Ik weet dat het de ambitie is om het in 2019 in te voeren. Het BIG en de regiebehandelaar. In de huidige situatie is de orthopedagoog generalist in 1% van de gevallen in de generalistische basis-ggz de hoofdbehandelaar. Het is een traject waar enige lucht in zit, maar dat is ook weer niet een heel groot probleem. Verder zal er nooit worden gezegd: u bent in behandeling, maar u moet die behandeling afkappen, omdat u nu 18 jaar bent. Je kunt een behandeling altijd afmaken. Deze

beroepsgroep heeft een BIG-registratie aangevraagd. Er wordt hard aan gewerkt om dat te realiseren, maar tegelijkertijd zal het bij andere beroepsgroepen gewoon blijven bestaan, want niet-BIG-geregistreerden kunnen geen hoofdbehandelaar worden. We hebben dat niet voor niets gedaan! Het kwaliteitsstatuut gaat er immers om dat we een bepaald kwaliteitsniveau willen hebben en het BIG hoort daar absoluut bij, want dan kun je naar de tuchtrechter en weet je aan welke kwaliteitseisen een behandeling moet voldoen. Voor de ene groep zal het tijdelijk zijn en voor de andere groep niet, maar ik hecht er wel zeer aan dat we het doen. Verder is het gedeeltelijk ook een gevolg van de decentralisatie van de jeugd-ggz.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Heel kort. Ik vind het van ontzettend groot belang dat met name jongeren die bij een bepaalde behandelaar zijn geweest, bij hem terug kunnen komen als de behandeling onderbroken is geweest omdat ze die misschien even niet nodig hadden. Als de orthopedagogen nog niet in het BIG-register zitten, kan dat niet. Is er een mogelijkheid om de opname in het BIG te versnellen of kun je iets doen binnen het kader van de experimenteerruimte?

Minister **Schippers**:

Het Kwaliteitsinstituut hebben we opgesteld omdat we vonden dat er strikte kwaliteitseisen moesten komen. We vinden dat de kwaliteit in de ggz op sommige plaatsen echt heel hoog is, maar op andere plaatsen niet. Omdat de verzekeraar altijd de rekening moet betalen en de patiënt niet altijd het inzicht heeft, wil de beroepsgroep deze kwaliteitseisen. Die kwaliteitseisen hebben we van de beroepsgroep gekregen en daarom ben ik niet van plan om daar iets aan af te doen voordat het überhaupt is ingegaan. Dat lijkt mij echt onverstandig. De Wet BIG stelt heel strenge eisen aan de opleiding en allerlei andere zaken, en die eisen zijn er niet voor niks. Ik wil ook daar niets afdoen aan de kwaliteit.

Voor beroepen die in de BIG gaan, is het tijdelijk. Het gaat bovendien om een heel kleine groep patiënten, want het gaat alleen om de patiënten die hiermee geconfronteerd worden. Er zijn andere patiënten die er ook in de toekomst mee geconfronteerd zullen worden. Je kunt dan zeggen: misschien moet je wat doen met de eisen in de jeugd-ggz en die eisen op elkaar afstemmen. Maar wij willen dat men het been bijtrekt en dan ga ik niet meteen de eisen afzakken. Dat zou echt het verkeerde signaal zijn, zeker ook omdat er zó hard aan is gewerkt door de beroepsgroep. Men heeft met een heel goede intentie heel hard gewerkt om de kwaliteit omhoog te krijgen en ik vind dat we de beroepsgroep daarin moeten steunen.

Voorzitter. Ik ga verder met de vraag van mevrouw Bruins Slot hoe het zit met de voorzieningen in de wijk en met de opbouw. Op de korte termijn kunnen we ontzettend veel winnen door samen te werken. Het beleid daarvoor is ingezet. Zo overlegt de Staatssecretaris met de VNG en de verzekeraars over de vraag hoe wij de wijkteams een impuls kunnen geven en hoe wij ervoor kunnen zorgen dat de wijkteams brengen wat wij van ze verwachten. De ggz staat daar op de agenda. De partijen moeten elkaar ook kunnen vinden en moeten daar ook afspraken over kunnen maken. Op het landelijke niveau maken we een handvat om het op regionaal niveau gemakkelijker te maken. We doen dat door te zorgen voor een checklist waarop gemeenten kunnen zien hoe zij ervoor kunnen zorgen dat de wijkteams het in hun gemeenten goed doen.

De opbouw van de ambulante zorg is in sommige gebieden heel goed geregeld, maar niet overal. Als die niet goed is, gaan wij die verbeteren door ervoor te zorgen dat samenwerking bij de terugvalopties in de instellingen goed is geregeld. Wij gaan het verder veel breder goed met elkaar regelen, dus niet alleen in de zorg, want er zijn ook vaak mensen

die moeite hebben met hun betalingscontinuïteit, bijvoorbeeld bij de huur. We gaan proberen om dat in den brede, ook buiten de zorg, beter op de rit te krijgen. Dat zijn eigenlijk de doelstellingen die we met elkaar hebben. Het kwaliteitsstatuut. We hebben een heel goed document gekregen dat redelijk concreet is, maar waar nog een slag overheen kan. Zo moeten er nog dingen worden uitgewerkt. De professionals zullen daar nog echt een keer mee aan de slag moeten, omdat we willen dat uiteindelijk iedereen in de zorg aan het kwaliteitsstatuut gaat voldoen en dat het daadwerkelijk wat inhoudt. Patiënten moeten weten dat het gewoon goed zit: of ik nou naar A of B ga, met dat kwaliteitsstatuut zit ik gewoon goed. We moeten zorgen dat het transparant is en dat we er inzicht in hebben. De nieuwe bekostiging gaat ons daarbij helpen, omdat er dan veel meer op basis van teamwerk, dus samen met de behandelaar, besluiten worden genomen over de vraag of je ergens mee door wilt gaan of niet. Het moet ook de veldnorm worden op basis waarvan de verzekeraars inkopen. Instituten die zorg verlenen en die daaraan niet voldoen, zullen er op de een of andere manier voor moeten gaan zorgen dat ze er wel aan kunnen voldoen. Doen ze dat niet, dan zakken ze door de bodem. Ik vind dat het mooie aan dit initiatief van het veld, dat na een heftige discussie de handschoen heeft opgepakt en werk is gaan maken van dit kwaliteitsaspect.

Ik kom volgende week in een brief terug op de geschillencommissie. We hebben zojuist nog via de telefoon geprobeerd om de gevraagde antwoorden te krijgen, maar dat is ons niet gelukt.

Ik zie grote verschillen tussen de ambulante zorg en de crisisdienst. Wat ik wil bij de ambulante zorg, is het geld naar die plaatsen laten gaan waar de zorg wordt verleend. Als er in een wijk of een gebied heel veel ggz nodig is, geven we als eerste de partijen zelf de mogelijkheid om het op hun manier op te bouwen. Dat kan in de ene regio echt anders uitpakken dan in de andere regio. De partijen mogen zelf samenwerkingsverbanden oprichten, maar tegelijkertijd sturen wij het geld wel naar die plekken waar er heel veel opbouw is omdat er veel vraag en veel behoefte is aan dergelijke zorg. Het geld van de bekostiging moet naar die plekken gaan en niet naar de plekken waar hieraan heel weinig behoefte bestaat. In tegenstelling tot mevrouw Leijten zie ik dus juist wel grote verschillen met de ambulante zorg. Ik vind het verder ook van belang dat we partijen de ruimte en de financiering geven om waar dat nodig is dingen extra zwaar op te bouwen. We moeten het geld met andere woorden niet sturen naar plaatsen waar hieraan veel minder behoefte is. In bepaalde wijken heb je misschien wel een crisisdienst nodig maar weinig opbouw van ambulante zorg.

Mevrouw Leijten (SP):

Het was niet mijn voorstel om overal in gelijke mate op te bouwen. Dat is natuurlijk ook niet reëel. Ik weet dat de verschillen die de Minister aanstipt, er inderdaad zijn. Ik wil het vergelijken met het inzicht van de Minister over het lenigen van de eerste nood van mensen die onverzekerd zijn. Die mensen krijgen wel acute hulp en spoedhulp, maar het vervolg daarop krijgen ze niet. De Minister zegt dan: dat is zonde en daarom kom ik met een subsidieregeling om ervoor te zorgen dat ze die vervolgzorg wel krijgen. We moeten ervoor waken dat we met dit probleem ook te maken krijgen in de geestelijke gezondheidszorg. Je hebt dan de acute hulp gehad – je bent van straat geplukt en gestabiliseerd – maar als je thuis bent, is er geen vervolg. Juist bij de vervolgzorg zie ik een parallel, want in beide gevallen moet die wel beschikbaar zijn. Je kunt ook wonen in een wijk waar geen heel zware zorg opgebouwd hoefde te worden, maar waar je na je ontslag wel zware zorg nodig hebt. Dat is wat ik aan probeerde te kaarten. Als je dat alleen maar doet via productie, uurtje factuurtje, gaat het niet werken, omdat je geen stabiliteit opbouwt. Dat er verschil is in stabiliteit en in de zwaarte van teams binnen steden en

buurten, begrijp ik wel, maar de beschikbaarheid is wel een ding. Hoe ziet de Minister dat dan?

Minister Schippers:

Ik zie het zo: als je spoedeisende hulp nodig hebt, moet er voor jou een hulppost voor spoedeisende hulp in het ziekenhuis zijn. Als dat ziekenhuis voldoende patiënten heeft, is dat rendabel en kunnen de partijen het zelf regelen. Voor het geval men zo'n hulppost niet overeind kan houden, is er een beschikbaarheidsbijdrage geregeld. Als je een apotheek hebt in een landelijk gebied waar weinig klanten zijn, worden de kosten veel te hoog als we het doen op basis van het aantal klanten van die apotheek. Dat is niet overeind te houden voor een bepaalde persoon. Crisis-ggz moet er altijd zijn, ook al zijn er op een bepaald moment in een regio heel weinig patiënten die daar een beroep op doen. Het kan gebeuren dat er opeens iets gebeurt en dat je wordt geconfronteerd met een grote toeloop van patiënten en dan moet die zorg er gewoon zijn. Ik vind dat vergelijkbare zaken.

Ambulante hulp is een hulpvorm waar je recht op hebt en waarvoor zorgplicht geldt. De verzekeraar moet ervoor zorgen dat je goede zorg krijgt op de juiste tijd en op de juiste plaats. Dat hoeft niet per se bij jou in de wijk te zijn. Het kan best zo zijn dat een ambulant team – ambulant! – jouw wijk aandoet en jou als persoon aandoet, ook al heeft het zijn grote werkgebied ergens anders. Jij moet immers wel die vervolgzorg krijgen; dat ben ik met mevrouw Leijten helemaal eens. Je hebt een aandoening waar je zorg voor nodig hebt en die moet je dan ook krijgen, want dat valt onder de zorgplicht van de verzekeraar. Die moet gewoon regelen dat die zorg wordt opgezet en daarom doe ik dan ook een beroep op de zorgverzekeraars. Maar omdat de gemeenten ook in de wijkteams zitten, doe ik ook op hen een beroep: laten we het beter regelen en beter opbouwen! Dat die zorg beschikbaar moet zijn als je die nodig hebt, daarover zijn wij het helemaal eens.

Mevrouw Leijten (SP):

We voeren natuurlijk al jaren een debat over de opbouw van de ambulante zorg, want die lukt maar niet. Een van de signalen die ik krijg, is dat het zo ingewikkeld is om te financieren. Men zegt tegen mij: «Zitten we met een clubje ambulante begeleiders bij elkaar, maar dan vallen er weer patiënten weg. Gelukkig maar, want dan hebben ze ons niet meer nodig. Maar dan moeten we ons wel terugtrekken.» Ik zoek het juist in de stabiliteit van de financiering. Daarom zei ik tegen de Minister: als zij het voor de crisis op een eenvoudige manier wil regelen, waarbij op een eenvoudige manier wordt samengewerkt en niet op basis van een productieprikkel, kan zij die stap vervolgens ook zetten bij de opbouw van de ambulante zorg. Natuurlijk verschilt het van wijk tot wijk, van buurt tot buurt en soms zelfs van straat tot straat hoeveel expertise en intensieve zorg er nodig is. Dat begrijp ik allemaal wel, maar het opbouwen is zo moeilijk, omdat die beschikbaarheid zo nodig is.

Minister Schippers:

In een heleboel regio's gaat het overigens goed! Je moet ervoor zorgen dat je schaal zo groot is en van zo'n omvang dat je voldoende duurzaamheid hebt in het werk dat je doet. Er gaan patiënten weg en er komen patiënten bij, want je zit, als het goed is, in een zorgnetwerk. Je hebt contacten met je instellingen en daartegen kun je zeggen: deze patiënt is zo'n zwaar geval dat die echt niet ambulant te handhaven is. Zo'n patiënt stuur je door naar de instelling, maar tegelijkertijd krijg je misschien wel weer iemand van de huisarts doorgestuurd, omdat die echt acuut ambulante zorg nodig heeft, omdat hij uit de crisisdienst komt en niet zonder zorg naar huis kan. Dat is een kwestie van goed samenwerken en organiseren. Zo werkt het ook als je uit een ziekenhuis komt en

thuishulp nodig hebt of als je uit een ziekenhuis komt en fysiotherapie nodig hebt. In de zorg moet je werken met netwerken die steeds meer op buurtniveau georganiseerd zijn. Ik zie de ambulante zorg als een onderdeel daarvan.

Voorzitter. Tot slot het stoplichtenverhaal. Het is evident dat patiënten recht hebben op de juiste zorg. Het is niet zo en het kan ook niet zo zijn dat een instelling zegt: o, dat is voor mij door mijn contract wat minder lucratief en daarom stop ik ermee. Welk model je ook verzint, het kan nooit zo zijn dat een behandeling wordt gestopt omdat het niet lucratief is. Ondenkbbaar! Als daar aanwijzingen voor zijn, is het heel belangrijk dat die worden doorgegeven aan de inspectie; laat de inspectie dan maar eens gaan kijken. Iedereen die in de ggz werkt, moet zich bewust zijn van zijn verantwoordelijkheid voor de inhoud van de zorg van een patiënt. Als die verantwoordelijkheid niet wordt ingevuld en een instelling op financiële en niet op zorginhoudelijke prikkels zijn zorg vormgeeft, moet de inspectie erbij geroepen worden en moet die gaan kijken bij die instelling. Als men stopt met behandelingen die eigenlijk doorgezet hadden moeten worden, kan daartegen worden opgetreden.

De voorzitter:

Daarmee is de Minister gekomen aan het einde gekomen van haar beantwoording in tweede termijn. Ik zie dat mijn collega's geen behoefte hebben aan een VAO.

Mevrouw Leijten (SP):

Misschien dat die behoefte er nog komt als we de uitwerking hebben gezien van de geschillencommissie. We krijgen nog heel veel debatten en misschien kan het in een van die debatten worden meegenomen, maar dat zou dus wel aanleiding kunnen zijn voor een VAO.

De voorzitter:

Prima, maar dat komt dan eerst weer terug in een procedurevergadering. Het is nu aan mij om de toezeggingen op te lezen:

- Voor de zomer ontvangt de Kamer de volgende rapportage van het aanjaagteam verwarde personen.
- De NZa wordt om advies gevraagd over slimme financiering van crisisdiensten, waarbij de sector wordt verzocht het bekostigingsdeel van de generieke module acute zorg eerder op te leveren dan eind 2016.
- Na de zomer wordt de Kamer bericht over de afspraken in de samenwerkingsagenda VNG en Zorgverzekeraars Nederland, onder andere over de ggz en maatschappelijke opvang.
- De Kamer wordt bericht over het al dan niet direct melden van suicides van ggz-patiënten aan de IGZ.
- De Kamer wordt voor de zomer bericht over de uitkomsten van het overleg met de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over het onderbrengen van gevaarlijke ggz-patiënten in afzonderlijke afdelingen van tbs-klinieken.
- In dezelfde brief wordt de Kamer geïnformeerd over de mogelijkheid van een jaarlijkse rapportage van de IGZ over ggz-patiënten in tbs-klinieken.
- Voor de zomer wordt de Kamer bericht over een globaal beeld van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars over middelzware en zware ggz-behandelingen.
- Na de zomer wordt de Kamer bericht over de stand van zaken rond de werkgroep psychosociale zorg.
- Met de NZa wordt overlegd over het oprekken van de experimenteer-ruimte van initiatieven binnen de geldende wet- en regelgeving.
- Eind 2016 ontvangt de Kamer de evaluatie van de NZa over de verplichte melding van wachtlijstgegevens door zorgaanbieders.

- Bij de Kamer zal een wetsvoorstel ter aanpassing van de WGBO worden ingediend.
- Volgende week ontvangt de Kamer een brief over de geschillencommissie.
- Voor de zomer ontvangt de Kamer de tweede nota van wijziging op de Wet verplichte ggz.
- In de volgende voortgangsrapportage, direct na de zomer, wordt ingegaan op de voorgenomen nieuwe bekostiging van de ggz per 1 januari 2019.

Ik sluit de vergadering onder dankzegging aan de Minister en haar gevolg. Ze kunnen weer hard aan het werk, maar dat waren ze natuurlijk al allemaal. Ik bedank ten slotte de aanwezigen en mijn collega's voor hun aandacht en inbreng.

Sluiting 17.22 uur.