

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 216

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2013

In het Algemeen Overleg met uw Kamer op woensdag 5 juni jongstleden over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), is kort ingegaan op het rapport van het Trimbosinstituut over ambulantisering van de GGZ in Denemarken, het Verenigd Koninkrijk en Nederland. In het AO heb ik toegezegd dat ik zou nagaan of in het kader van deze ambulantisering conform de aanbeveling van het Trimbosinstituut, een aparte interdepartementale visie nodig is over sociale inclusie. Met deze brief wil ik u daarover informeren.

De internationale vergelijking van het Trimbos-instituut is een trendrapportage over het jaar 2011. Sindsdien hebben de ontwikkelingen in de GGZ niet stilgestaan. In 2012 is het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 afgesloten (hierna: bestuurlijk akkoord), waarin met betrekking tot ambulantisering de doelstelling is opgenomen de totale beddenscapaciteit in de periode tot 2020 af te bouwen met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulantisering. Tevens is in dit bestuurlijk akkoord erkend dat om de ambulantisering te laten slagen samenwerking met gemeenten en andere maatschappelijke organisaties, zoals woningcorporaties, UWV, politie en justitie, onderwijs, re-integratiebedrijven, schuldhulpverlening, maar ook huisartsen en thuisblijfverlening essentieel is.

Naar aanleiding van deze afspraken in het bestuurlijk akkoord hebben de partijen betrokken bij het bestuurlijk akkoord, nader invulling gegeven aan wat ambulantisering is. Kern is dat bij ambulantisering de cliënt centraal staat: het gaat om zijn behoeften en zijn wensen en om de kwaliteit van leven. Het doel van de te verlenen zorg en ondersteuning aan de cliënt is herstel. Daarbij gaat het zowel om herstel van gezondheid als om herstel van burgerschap. Dat laatste houdt in dat de cliënt zoveel mogelijk in staat moet worden gesteld de regie over zijn eigen leven te behouden en te participeren in de maatschappij. Bij ernstige psychiatrische cliënten is daarvoor vaak zorg en begeleiding nodig op meerdere levensdomeinen,

zoals psychische en lichamelijke gezondheid, wonen, werk (of dagbesteding), zingeving en sociale contacten. Daarom is het van belang dat voor de cliënt een samenhangend integraal zorg- en ondersteuningsaanbod wordt gecreëerd.

Bevestigd door partijen is dat om zo'n integraal en samenhangend zorg- ondersteuningsaanbod tot stand te brengen, het nodig is dat partijen op het lokale niveau met elkaar samenwerken, ongeacht de bron waaruit de ondersteuning en zorg wordt gefinancierd. Gemeenten spelen hierbij een belangrijke rol. Op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) biedt de gemeente haar burgers ondersteuning, indien zij problemen ondervinden bij het maatschappelijk functioneren die niet zelf of met behulp van het eigen netwerk kunnen worden opgelost. In de brief aan uw Kamer over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april jongstleden gaat het kabinet uitgebreid in op het participeren van mensen (Kamerstuk 30 597, nr. 296). In de nieuwe Wmo, waarin de decentralisatie van delen van de AWBZ naar gemeenten wordt geregeld, wordt mogelijk gemaakt dat meer mensen dan nu met ondersteuning en zorg thuis kunnen (blijven) wonen. De visie die in genoemde brief wordt neergelegd over langdurige zorg en ondersteuning gaat nadrukkelijk ook over mensen met psychiatrische problemen. Daarmee is er feitelijk al een visie op sociale inclusie, zij het dat die visie ontwikkeld is voor een bredere doelgroep, waaronder ook ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. De uitgangspunten zijn echter hetzelfde: ervoor zorgen dat cliënten bij voorkeur ondersteuning en zorg in hun omgeving krijgen, aansluiten bij wat mensen kunnen en willen en behoud van regie over het eigen leven. Wel wordt erkend dat mensen met psychische problemen, veelal een andere behoefte aan ondersteuning en zorg zullen hebben dan bijvoorbeeld ouderen. De Wmo maakt echter maatwerk mogelijk. Essentieel in de uitwerking van de plannen inzake de hervorming van de langdurige zorg is dat gemeenten en verzekeraars met elkaar gaan samenwerken, zodat passende arrangementen voor mensen mogelijk worden.

Om ambulantisering (en sociale inclusie) te laten slagen is het ook van belang intensief samen te werken met andere departementen. Zo is er samen met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) een plan van aanpak in voorbereiding gericht op bevordering van arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen. Uit wetenschappelijk onderzoek is immers bekend dat werk kan dragen aan meer welbevinden en een betere gezondheid. Voor dit plan van aanpak wordt een stuurgroep ingesteld, met de staatssecretarissen van VWS en SZW en vertegenwoordigers van onder meer de VNG, UWV, GGZ Nederland, cliëntenorganisaties, werkgeversorganisaties en de zorgverzekeraars. Ook met het ministerie van Binnenlandse Zaken wordt nauw samengewerkt. Op 6 juni jongstleden is door de minister voor Wonen en Rijksdienst mede namens de staatssecretaris van VWS een brief naar uw Kamer gestuurd over de uitwerking van vraagstukken die ontstaan naar aanleiding van het langer thuis wonen van ouderen en mensen met beperkingen (Kamerstuk 29 389, nr. 54). De in de brief aangekondigde acties kunnen ook aanknopingspunten opleveren voor het langer zelfstandig wonen van mensen met psychische aandoeningen.

Met alles wat reeds in gang is gezet, de totstandkoming en uitwerking van een bestuurlijk akkoord, de hervorming van de langdurige zorg en de nauwe interdepartementale samenwerking, vind ik het niet noodzakelijk om met een aparte interdepartementale visie te komen over sociale inclusie in het kader van specifiek het onderdeel ambulantisering.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

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