

de
Nederlandse
ggz



5

uiteenzettingen
ggz
beleidsthema's

Kennisbundel Geestelijke gezondheidszorg: op maat én op tijd



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Organisatie van zorg	4
Uit de praktijk	9
Jeugd	14
Voorkom uithuisplaatsing door gezinsgerichte hulpverlening	15
Repareer de decentralisatie	19
Verbeter continuïteit van zorg bij 18 jaar	24
Uit de praktijk	28
Preventie	32
Mentale gezondheidsvaardigheden	33
Investeer in preventie	37
Uit de praktijk	41
Leefbaarheid	45
Voer de woonagenda uit	46
Veiligheid door integrale samenwerking en aanpak	50
Uit de praktijk	54
Zorgprofessionals	59
Minder bureaucratie, meer werkplezier	60
Nieuwe zorgconcepten en digitalisering	65
Uit de praktijk	69
Colofon	74



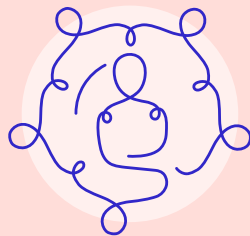
Inleiding

De Nederlandse ggz roept de politiek op te investeren in mentale weerbaarheid en goede psychische zorg, op maat én op tijd.

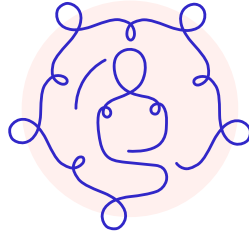
Fysieke gezondheid, mentale weerbaarheid, zelfstandig kunnen blijven functioneren, sociaal contact en welbevinden zijn basisbehoeften voor iedereen. De corona-crisis heeft dit extra duidelijk gemaakt. In politiek en beleid is meer aandacht gekomen voor ggz-zorg, mentale gezondheid en leefstijlpsychiatrie. De vraag naar ggz-zorg voor jeugd en volwassenen was al groot vóór de crisis en zal naar verwachting de komende periode verder stijgen. Een groei die niet bijgebeend kan worden door een gelijke groei in de arbeidscapaciteit. We staan voor een grote opgave op vele fronten.

Om psychische zorg op maat en op tijd te kunnen blijven bieden moet er veel veranderen. De Nederlandse ggz heeft daarom vijf kansrijke, politiek relevante thema's geïdentificeerd. Deze bundel brengt per thema enkele uiteenzettingen samen. Bovenal worden daarin concrete politieke mogelijkheden gesignaleerd. Dit gaat gepaard met een probleem- en oplossingsanalyse voorzien van feitelijke onderbouwing en voorbeelden uit de praktijk.

Deze bundel is onderdeel van een **'levend' online portfolio**, waarbij actualiteiten, praktijkvoorbeelden en uiteenzettingen per thema zijn te volgen.



Organisatie van zorg

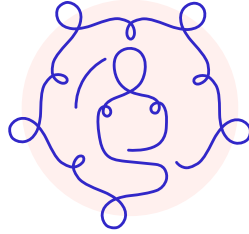


Thema

Organisatie van zorg

Gevraagde politieke actie

- Draag zorg voor een betaaltitel voor de inzet van advies en consultatie (de 'consultatiefunctie'), waardoor andere partijen, zoals huisartsenpraktijken, scholen en wijkteams, de ggz en verslavingszorg kunnen consulteren voor preventie, vroegsignalering, betere diagnosestelling of anderzijds professioneel overleg. Hiervoor dient een aparte 'zorgprestatie' te komen binnen de bestaande wettelijke domeinen (Zvw, Wmo, Wlz), zodat dit bekostigd kan worden. Daarvoor is aanpassing van lagere regelgeving vereist. Het ministerie van VWS heeft al een aantal concrete voorstellen hiervoor liggen, maar moet op de kortst mogelijke termijn met een voorstel komen. Het parlement kan de minister verzoeken voor 2022 met een plan daartoe te komen;
- Het ministerie van VWS bereidt de wet 'domeinoverstijgende samenwerking vanuit de Wlz' voor. Omarm dit voorstel zodra het naar de Tweede Kamer komt, en verzoek de minister bovendien om vergelijkbare wetsvoorstellen binnen andere wettelijke domeinen (Zvw, Wmo, Jeugdwet en Wfz) voor te bereiden;
- Draag zorg voor veel intensievere samenwerking tussen huisartsen, ggz, sociaal domein, woningcorporaties en andere zorg en welzijnsinstanties. Stimuleer dit contractueel via Shared costs en Shared savings. Om dit duurzaam mogelijk te maken, zijn de hiervoor genoemde domeinoverstijgende samenwerkingen nodig. Dit maakt het ook mogelijk om per buurt of wijk coördinatiepunten voor combinaties van woon-zorgvragen van kwetsbare burgers in te richten;
- Bewaak een zorgvuldige beoordeling van de wetswijzigingen 2020 van de Participatiewet. Heb daarbij aandacht voor de onderlinge samenhang met de Wmo en de Jeugdwet en kijk naar hoe de (toegang tot de) lokale infrastructuur van voorzieningen voor kwetsbare jeugdigen en volwassenen verbeterd en vereenvoudigd kan worden:
 - Help het lokale en/of regionale aanbod van (aantoonbaar) werkbare voorzieningen uit te breiden. Deze helpen kwetsbaren weer mee te doen in de samenleving. Waarborg de structurele financiering hiervan bij wet;
 - Overweeg de wet op de onderdelen die falen aan te passen en gebruik hiervoor evaluaties van adviesorganen zoals het Sociaal Cultureel Planbureau (2020) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019);

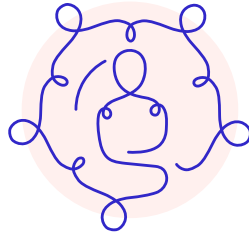


- De gezondheidswetten werken met verschillend gedefinieerde regionale grenzen, hetgeen goede samenwerking, meerjarenafspraken en het bestrijden van bureaucratisering en regeldruk ernstig tegenwerkt. Draag zorg voor uniformering van deze grenzen en vraag de minister van VWS hier ook naar.

Probleemanalyse

De ggz werkt in meerdere wettelijke domeinen en bijpassende financieringsstromen. Denk aan de Zorgverzekeringswet (Zvw, uitgevoerd door zorgverzekeraars), Wet langdurige zorg (Wlz, uitgevoerd door zorgkantoren), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, uitgevoerd door gemeenten), de Jeugdwet (uitgevoerd door gemeenten), de Wet publieke gezondheid (Wpg, uitgevoerd door de GGD, regio's en gemeenten) en de Wet forensische zorg (Wfz, uitgevoerd door de overheid/Dienst Justitiële Inrichtingen).

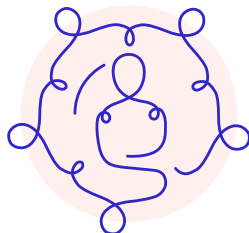
- Vooral wanneer een combinatie nodig is van behandeling, begeleiding en ondersteuning over de grenzen van die domeinen heen werkt de complexiteit van wet- en regelgeving tegen. We zien te vaak discussies ontstaan over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de ggz en haar partners in de eerste lijn, maar ook tussen de ggz en haar maatschappelijke partners in het sociaal domein;
- Onze professionals hebben vaak last van de 'schotten' die ontstaan door de afbakening van verantwoordelijkheden als gevolg van de diverse financieringssystemen. Dit staat de vloeiende beweging van zorg en ondersteuning in de weg;
- De versnipperde regionale begrenzing van wetgeving werkt de juiste zorg op de juiste plek tegen. Voor de Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige zorg is Nederland verdeeld in 32 zorgkantoortoerregio's; bij de samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten op de onderwerpen ggz, preventie en ouderenzorg hanteren de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een regio-indeling met 46 regionale werkstructuren; de Jeugdwet kent 42 samenwerkingsregio's; de Wet maatschappelijke ondersteuning werkt met 355 gemeenten en voor de Wet publieke gezondheid bestaan er 25 GGD/GHOR-veiligheids-regio's;
- Zorgverzekeraars en zorgkantoren verstaan de bredere opgaven van zorg- en welzijnsorganisaties bij het opzetten van lokale of regionale organisatienetwerken nog onvoldoende. De focus is nog te veel gericht op de behandeling van de psychische gezondheid alleen, terwijl cliënten met een ernstige psychische aandoening ook baat hebben bij begeleiding en ondersteuning op andere levensdomeinen. Het vergroten van hun eigen regie bij het op orde krijgen en behouden van hun psychische en lichamelijke gezondheid en bij hun zelfzorg, sociale relaties, wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding en zingeving helpt cliënten om op de been te blijven en terugval(len) te voorkomen.



Oplossingsanalyse

Onze professionals op de werkvloer en in de wijk willen samen met de cliënt en diens naasten de zorg naar behoefte flexibel op- en af kunnen schalen. Zij willen ook dicht bij de mensen met een (al dan niet ernstige) psychische aandoening zelf opereren, het liefst in (organisatie) netwerken, die goed benaderbaar zijn en betrouwbare afspraken maken. Bovendien willen zij gebruik kunnen maken van een goede wijkinfrastructuur met passende sociale voorzieningen, waar cliënten laagdrempelig kunnen binnenlopen of aan deel kunnen nemen. Zodoende wordt het makkelijker om dure specialistische zorg te voorkomen of te beperken en eenvoudiger interventies in te zetten. Dit sluit bovendien aan bij ‘zorg op de juiste plek’, waarbij de zorg doelgerichter en doelmatiger wordt verleend.

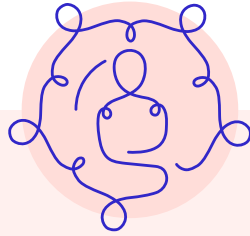
- Consultatie is doelgericht en doelmatig, daarom betaalt men dit waar het voorkomt uit eigen zak. In **de gebiedsgerichte teams** in de regio Utrecht gaat het bijvoorbeeld om circa € 600K op jaarbasis. Dit gaat echter ten koste van zorg voor andere kwetsbare mensen. In **Limburg** wordt de consultatie vergoed via de consultatiegelden die beschikbaar zijn vanuit zorgverzekeraars of vanuit de gemeentelijke financiering (WMO of Jeugdwet). Deze voorbeelden ontstaan bij goodwill van betrokken partijen. Door de consultatiefunctie in regelgeving te verankeren (Zvw, Wlz en de Jeugdwet) kan dit gemeengoed worden;
- Domeinoverstijgende samenwerking moet worden versterkt. Dat zorgt voor tijdig ingrijpen, veel minder gezondheidsproblemen en minder dure zorg. Het wetsvoorstel daartoe in de Wlz is kansrijk, en moet worden uitgebreid naar de andere zorgwetten. Neem een voorbeeld aan **De Nieuwe Ggz** in Zuid-Limburg of **Optimaal Leven** in Drenthe. Mooie initiatieven die toch tegen de huidige grenzen van de wetgeving aanlopen. Haal dit soort voorbeelden op, investeer in het opschalen ervan, en leer van de knelpunten waar men tegenaan loopt;
- Er zijn gelukkig al een aantal veelbelovende voorbeelden van integrale samenwerking op wijkniveau. In Oost-Brabant werkt Vincent van Gogh voor de GGZ al met een hoop partners in de regio samen aan het programma ‘**Gewoon anders**’. In Wassenaar bestaat **Mentaal Lokaal**, een programma speciaal voor mensen die hulp zoeken. Dit soort programma’s zouden bij bepaald inkoopbeleid meer gestimuleerd worden. Binnen huidige wet- en regelgeving is sprake van allerlei prijs-systeematiek, bedoeld om zorgverleners doelgerichter en doelmatiger te laten werken, maar die effecten worden nog onvoldoende bereikt (zie ook evaluaties ministerie van VWS, en rapportages van de Inspectie der Rijksfinanciën). Het ministerie van VWS zou ‘shared costs’ en shared savings’ als prijsprikkels op moeten nemen in lagere regelgeving van de Zvw en de Wmo;



- Heb bij een zorgvuldige beoordeling van de wetswijzigingen 2020 van de Participatiewet oog voor kwetsbare doelgroepen en samenhang met andere wetten. De wet werkt niet op alle delen even goed, maar er zijn wel goede voorbeelden van cliënt gestuurde initiatieven die bijdragen aan het persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten: De **herstelwerkplaatsen** op diverse plekken in Noord-Holland Noord; Herstelacademies, zoals **Fameus** in Tilburg en het **Enik Recovery College** in Utrecht en de **Inzet Individuele Plaatsing en Steun** (IPS);
- Gebruik de expertise van het ggz-domein over o.a. gedragsbeïnvloeding en zet dat ook in om de intergenerationele overdracht van ongezonde leefstijl en verslaving (roken, alcoholgebruik) te remmen. Deze inzet en overdracht van kennis kan plaatsvinden via onder meer de bepleite advies- en consultatiefunctie.

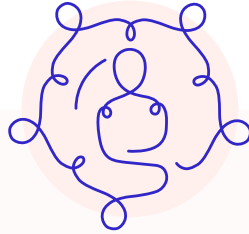
Toekomstbeeld

Het adagium ‘de juiste zorg op de juiste plek’ kan in de toekomst enkel volledig omarmd worden, wanneer er een aantal zaken in de organisatie van zorg worden aangepast. De zorg moet vanaf het begin beter aansluiten bij wat mensen écht nodig hebben. Dan is de hulp die geboden kan worden effectiever én goedkoper. Dat begint al bij preventie, het tijdig signaleren en de goede consultatie door professionals in netwerken die gedijen dankzij structurele samenwerking. Deze samenwerking wordt op zijn beurt bevorderd door een stelsel van beter op elkaar afgestemde zorgwetten met een duurzaam inkoopklimaat voor integrale zorg binnen gelijke regionale kaders. Zo staat echt de patiënt of zorgbehovende burger centraal, en niet het verkokerde systeem daaromheen.



Uit de praktijk

Organisatie van zorg



In Utrecht werken huisartsen en de ggz op een nieuwe manier samen:

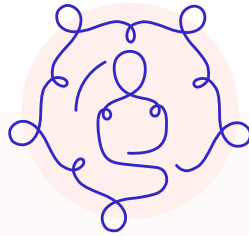
“Dit verdient navolging in het hele land”

De Nederlandse ggz pleit al geruime tijd voor de consultatiefunctie, een manier om overleg tussen de huisarts en de ggz te betalen. Want als poortwachter van de toegang tot de ggz speelt de huisarts een cruciale rol, en zou het enorm helpen als expertise van de ggz makkelijker in de spreekkamer beschikbaar is. Bij Altrecht, een aanbieder van ggz-zorg gingen ze aan de slag met de huisartsen in de regio, en tuigden, ondanks barrières en hordes een nieuwe manier van samenwerking op. Wat levert die op?

Het gebeurt geregeld. De telefoon gaat om vijf voor vijf bij de praktijk in Maarssenbroek waar Alike Machielsens als huisarts werkt. Een patiënt wil dat de huisarts direct komt. Voorheen konden deze patiënten niet snel geholpen worden en bleven ze vaak om hulp vragen. Nu gaat dat anders. ‘Ik bel het gebiedsteam en we gaan er samen langs. Met een psychiater of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De patiënt kent mij, ik breek het ijs en er is meteen gespecialiseerde hulp bij. Het is niet alleen het helpen van een patiënt, het gaat om community care.’

Zo’n drie jaar geleden ontstond de samenwerking. Altrecht, de grootste ggz-instelling in de regio Utrecht, startte met drie gebiedsteams. ‘Het begon vanuit de gedachte om op een andere manier te gaan behandelen,’ vertelt Paul Pronk. Hij is teammanager en als sociaal psychiatrisch verpleegkundige ook werkzaam in het gebiedsteam. ‘De herstelgedachte kwam voorop te staan. Niet meer klinisch denken en werken, maar meer vanuit de wijk. Participatie van patiënten bevorderen en de behandelaars minder belangrijk maken.’ De teams bestaan uit een psychiater, een aantal psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, zoals Paul.

Hij leerde al snel huisarts Alike Machielsens kennen. ‘Alike was iemand die zei: ik wil gewoon een 06-nummer en een gezicht, en niet de boodschap dat iemand me wel een keer terugbelt.’ Inmiddels werkt het team al een aantal jaar met haar samen. Zelf volgde ze ook een kaderopleiding om zich verder te specialiseren in ggz gerelateerde problematiek. Inmiddels

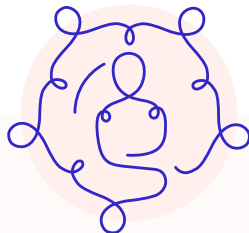


weet ze meer dan de gemiddelde huisarts over hoe bijvoorbeeld een psychotrauma werkt en hoe dit zich kan uiten in een angststoornis. Toch is ze blij met de samenwerking. ‘Ik ben verwijzer en zij zijn behandelaars. In die zin is mijn positie niet anders dan bij andere huisartsen. Alleen weet ik nu nog beter wat ze doen en kunnen, en daar maak ik gebruik van.’ Zo organiseerden ze onlangs met elkaar een nascholingsmiddag met huisartsen en de psychiater uit het gebiedsteam. ‘We lopen dan een aantal casussen door van patiënten om een beter beeld aan elkaar te schetsen van met wat voor mensen we te maken kunnen krijgen en wat we zouden kunnen constateren.’

De hoofdtak van het team is om mensen met ernstige psychische aandoeningen, de zogeheten EPA's, beter te kunnen behandelen door te werken met een team dat actief de helpende hand biedt. Het gaat om kwetsbare mensen waarbij het vaak al uit de hand is gelopen. Die raak je gemakkelijk kwijt, legt Alike uit. ‘Iemand die verward is en het lastig vindt om op tijd te komen of zichzelf te verzorgen gaat misschien niet naar een psychiater in een ziekenhuis. Een groot voordeel is dat wij bij de mensen thuis komen. Thuis zie je veel. Bijvoorbeeld of het huis vol staat met dozen. Je kunt je dan afvragen, lukt het de patiënt om structuur te krijgen? Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige kijkt bijvoorbeeld ook in de koelkast om te zien of iemand wel boodschappen doet. Zorgt hij of zij goed voor zichzelf? Een psychiater die vanuit het ziekenhuis werkt heeft daar geen zicht op.’

**“Ik ben verwijzer en zij zijn behandelaars.
In die zin is mijn positie niet anders dan
bij andere huisartsen. Alleen weet ik nu nog
beter wat ze doen en kunnen, en daar
maak ik gebruik van.”**

De gezamenlijke huisbezoeken hebben al veel positieve ervaringen opgeleverd. Zo was er een vluchteling die hallucineerde en in het ziekenhuis terechtkwam. De internist gaf aan dat hij er geen grip op kon krijgen. Alike: ‘Ik kende de vrouw al een aantal jaar en weet dat ze zeer specifieke ideeën heeft over haar gezondheid en lichaam.’ Alike besloot samen met gebiedsteam psychiater Nicole op huisbezoek te gaan bij deze mevrouw. ‘Dan kun je vaststellen of dit een psychiatrisch probleem is en er een verwijzing moet komen, of dat het om een eigenzinnige mevrouw gaat. Dan ben je echt aan het consulteren.’ De conclusie was dat er geen psychiatrische zorg nodig was, zo stelde de psychiater vast.



‘Het voordeel is dat je mensen uit de dure zorg haalt of houdt,’ zegt Paul. ‘We kijken niet alleen naar de problematiek maar ook naar de omstandigheden waarin iemand leeft en of iemand werk heeft of een dagbesteding.’

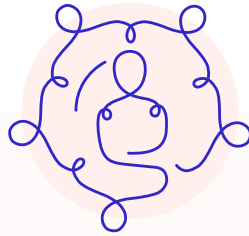
Het lastige is de financiering, zegt hij. ‘We doen dit omdat we zien dat het werkt. Omdat het in eerste instantie fijn is voor de cliënt, voor de huisartsen en wij zijn er zelf blij mee. Huisartsen kunnen ggz-hulpverleners om advies vragen en daarbij een beroep doen op de POH pot. Dat kan via een app of een online module, maar dit levert veel meerwerk op. Als iemand bij Altrecht komt en een behandeling krijgt dan openen we daar een diagnose behandel combinatie voor en wordt er gefactureerd naar de zorgverzekering. Maar voor deze ‘overlapping’, deze samenwerking, is eigenlijk niet echt een financiële constructie. Terwijl dit een grote meerwaarde heeft. Je wilt iemand uit de duurdere zorg houden en iemand zo snel mogelijk, liefst via de huisarts, weer in zijn of haar eigen kracht zetten.’ Het moet nu vooral uit de motivatie van de hulpverleners zelf komen, zegt Paul. ‘Hulpverleners moeten een stapje harder werken om hun productie te halen. Als we hier financiering voor vrij zouden kunnen maken dan zou dat veel makkelijker en efficiënter kunnen. Je bent dan preventiever bezig.’

“We kijken niet alleen naar de problematiek maar ook naar de omstandigheden waarin iemand leeft en of iemand werk heeft of een dagbesteding.”

Zo was er een huisartsenpraktijk waar veel mensen kwamen met ggz gerelateerde problemen. Het team van Paul sprak met de huisarts die tegen veel muren opliep. ‘Toen hebben we gezegd, we gaan het zelf regelen en bij elkaar zitten. Nu huren we daar een kamer, lopen daar rond. De psychiater heeft er één keer in de twee weken overleg met de huisarts. Dat werkt heel prettig. De lijnen worden korter.’

En de weg terug is ook makkelijker, legt hij uit. ‘We hebben een doelgroep die best complex is. Maar een percentage daarvan is stabiel. Die gebruikt vaak lange tijd dezelfde medicijnen en dat gaat niet meer zomaar mis. Iemand volledig uit laten stromen is een risico. We verwijzen dan liever terug naar de huisarts. Dan is iemand bij ons uit beeld maar kan de huisarts het verder in de gaten houden.’

Veronique Esman, directeur van de Nederlandse ggz ziet in het voorbeeld van Altrecht vooral een waardevolle illustratie van een pleidooi dat al langer gehouden wordt: ‘Altrecht laat zien hoeveel winst er te behalen is door deze manier van werken mogelijk te maken. Door het niet



afhankelijk te maken van lokale verhoudingen, maar door een door de overheid ingestelde betaaltitel, zodat je niet allerlei ingewikkelde constructies hoeft te bedenken die afhankelijk zijn van bestuurlijke moed en doorzettingsmacht. Als de overheid dit zou regelen door betaling van de ggz expertise makkelijker te maken, dan heft dat heel veel drempels op. Nu remt de financieringsstructuur dit soort initiatieven.

De samenwerking levert vooral winst op, ervaren ze ook in Utrecht. Het gebeurt nogal eens dat patiënten via de huisarts worden doorverwezen naar een ggz-instelling. Daar komen ze op een wachtlijst. Soms zijn ze na een paar maanden pas aan de beurt en is de hulpvraag veranderd of wordt er dan pas ontdekt dat er heel andere zorg nodig is. Ondertussen komen deze mensen ook in aanraking met de crisisdienst. Paul: ‘Dat zorgt bij patiënten voor frustratie, en het brengt ook veel onnodige kosten met zich mee. Als je dit aan de poort kunt regelen, dus bij de huisarts, dan kun je gelijk inzetten op een goede behandeling.’

Alike ervaart het voordeel in de praktijk. Ze kreeg voorheen ook wel het verzoek van Altrecht om eens langs te gaan bij een mevrouw in haar wijk. ‘Het communiceren met mensen met psychiatrische problemen is als balanceren op een koord. Je voelt wel ongeveer wat je wel en

“Het communiceren met mensen met psychiatrische problemen is als balanceren op een koord. Je voelt wel ongeveer wat je wel en niet moet zeggen.”

niet moet zeggen. Maar het kan toch heel fijn zijn als er iemand van zo’n team meegaat om het verder vorm te geven, en om erachter te komen wat de patiënt echt nodig heeft.’

Ook is het een stuk overzichtelijker voor de triagisten die patiënten aan de telefoon krijgen. ‘Bij de patiënten met een grote hulpvraag moet je echt wel alle zeilen bijzetten als ze in een weekend maar blijven bellen. Je wilt niet vanuit irritatie de deur dichtdoen maar je moet wel begrenzen. Het is dus heel fijn voor ons dat we in deze gevallen geholpen worden.’

Naast de huisartsen en het ggz personeel zijn er ook partijen als de gemeente, de woningbouwvereniging en de politie betrokken. Vanuit de hele keten wordt gekeken naar waar het probleem zit en hoe het kan worden opgelost. Voor de hulpverleners is het een grote vooruitgang, zegt Paul. ‘Het is heel fijn werken met elkaar. We zijn heel innovatief bezig op deze manier. Daar worden hulpverleners ook gewoon heel blij van.’



Jeugd



Thema Jeugd

1

Voorkom uithuisplaatsing door gezinsgerichte hulpverlening



Thema Jeugd 1

Voorkom uithuisplaatsing door gezinsgerichte hulpverlening

Gevraagde politieke actie

- Eind maart is de consultatie gestart over **het toekomstscenario Jeugd- en gezinsbescherming**. Het scenario beschrijft hoe kind- en gezinsbescherming over vijf tot tien jaar zo georganiseerd zou kunnen zijn dat kwetsbare kinderen en gezinnen veel sneller passende hulp en bescherming krijgen. Dit scenario betekent een omslag van de kindgerichte jeugdbescherming naar gezinsgerichte jeugd- en gezinsbescherming. Dit vraagt realisatie van de netwerksamenwerking rondom het kind en gezin, gefaciliteerd door de financiers en de wetgever. Uitkomsten van de consultatie komen later in 2021 naar de Tweede Kamer, daar zal dan ook een reactie van onze branchevereniging bij zitten. Wij vragen u dit dossier voortvarend op te pakken;
- Partijen in de jeugdbeschermingsketen, de jeugdhulp, de volwassenenzorg, de huisarts, gemeenten en zorgverzekeraars moeten beter (óver de schotten van wetgeving heen) kunnen samenwerken om gezinsgerichte ondersteuning te geven. Draag zorg voor het wegnemen van financieringsdrempels die deze samenwerking belemmeren;
- Stimuleer via de betreffende wetgeving (Jeugdwet, Zvw, Wmo) en in samenspraak met de VNG de samenwerking van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het ontwikkelen van integrale arrangementen, waarbij scholing, huisvesting, arbeidsmogelijkheden, sociale steun en inkomens of schuldregelingen voor kwetsbare gezinnen wordt geregeld. Stimuleer het opschalen van solide lokale en regionale aanpak naar andere regio's.

Probleemanalyse

De ambitie van de Nederlandse ggz is gericht op nul kindermishandeling en nul uithuisplaatsingen. We willen dat alle kinderen gezond, veilig en kansrijk kunnen opgroeien, hun talenten kunnen ontplooiën en mee kunnen doen in onze samenleving. Onze ambities sluiten aan bij het Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind: kinderen hebben o.a. recht op gezondheidszorg, een veilige plek om te wonen en recht op bescherming tegen mishandeling.



- Een groot deel van de kinderen die te maken heeft met jeugdbescherming en/of een (tijdelijke) uithuisplaatsing groeit op in gezinnen waarbij de ouders kampen met psychische- of verslavingsproblematiek. In **vaktermen** zijn dit Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOV). Zij lopen een groter risico om vroeg of laat psychische problemen en/of een verslaving te ontwikkelen;
- Nederland telt jaarlijks 405.000 ouders met een psychische stoornis en/of verslaving. Deze ouders hebben tezamen 577.000 kinderen onder de 18 jaar (KOPP/KOV-kinderen). Daarvan zijn 423.000 kinderen 12 jaar of jonger;
- Per 10.000 inwoners hebben naar schatting 350 kinderen onder de 18 jaar een ouder met een psychische stoornis en/of een verslaving;
- Kinderen die opgroeien in een gezin waarbij een of beide ouders kampen met psychische problemen of een verslaving hebben een grotere kans om zelf problemen te ontwikkelen (intergenerationele overdracht);
- In Nederland wonen ongeveer 43.000 kinderen in een pleeggezin, gezinshuis of instelling;
- De werelden van de jeugdbescherming (Jeugdwet en justitieel kader), de opvoedondersteuning en jeugdhulp (Jeugdwet en vrijwillige zorg) en de volwassenen-ggz (via de Zvw), zijn nog te veel gescheiden werelden. Beter werken naar de bedoeling – thuis optimaal opgroeien – vraagt op de grenzen van stelsels en financiers en tussen de deelsectoren jeugdhulp en jeugdbescherming een stevige impuls.

Oplossingsanalyse

Voor een goede ontwikkeling van kinderen is het belangrijk dat er in zowel de jeugd-ggz als in de volwassenen-ggz aandacht is voor ouderschap. Een goede samenwerking tussen jeugd-ggz en volwassenen-ggz is daarbij van belang. Een uithuisplaatsing is een traumatische ervaring die lang doorwerkt. Daarom is ook een betere samenwerking van de jeugdbeschermingsketen met de jeugd- en volwassen-ggz van belang voor een betere, gezinsgerichte ondersteuning.

- Een gezinsgerichte samenwerking is noodzakelijk. De jeugdhulp en jeugdbescherming wordt gefinancierd door de gemeenten. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van passende ggz- en verslavingszorg voor volwassenen. De financieringsdrempels die de onderlinge samenwerking belemmeren, moeten worden weggenomen;
- Op verschillende plaatsen krijgt de samenwerking tussen de jeugd-ggz en de volwassenen-ggz vorm. Tegelijkertijd zien we dat gezinsbehandeling en gezinsopname onder druk staat. Het is belangrijk dat jeugdhulpregio's en zorgverzekeraars (boven)regionale afspraken maken over voldoende beschikbaarheid van passend aanbod dat bijdraagt aan goede gezinsbehandeling, waarmee waar mogelijk uithuisplaatsingen voorkomen worden;



- In het hoofdlijnenakkoord ggz is met ZN en VNG afgesproken dat gemeenten en zorgverzekeraars regionale samenwerkingsagenda's maken. De basis is hiervoor is inmiddels gelegd, maar het maken van passende financiële arrangementen op de grenzen van stelsels is kennelijk complex.

Toekomstbeeld

Een uithuisplaatsing is een traumatische ervaring die lang doorwerkt. Door gezinnen en systemen rondom jongeren te versterken kunnen we uithuisplaatsingen vaker voorkomen. Dit versterkt de kansengelijkheid en helpt ernstiger mentale problematiek later te voorkomen.



Thema Jeugd

2

Repareer de decentralisatie



Thema Jeugd 2

Repareer de decentralisatie

Gevraagde politieke actie

- Het **rapport van de Stuurgroep maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet** van commissie Sint onderstreept de noodzaak tot stevige politieke besluiten over de toekomst van jeugdhulp en jeugdbescherming en bijbehorende financiering. Heb aandacht hiervoor in de Tweede Kamer en verzoek een nieuw kabinet dit met topprioriteit met alle betrokken partijen op te pakken;
- Overweeg de minister te verzoeken af te dwingen (door hernieuwde wetgeving of AMVB) dat bepaalde weinig voorkomende gespecialiseerde jeugd-ggz zorg (boven)regionaal moet worden ingekocht door gemeenten, en borg dat dit tegen reële tarieven gebeurt. Dat vereist ook samenwerking van gemeenten onderling;
- De voorgestelde wetwijzigingen in de wet Verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen (vanaf 15 maart 2021 is de adviesaanvraag aanhangig bij Raad van State), bieden aanknopingspunten voor een goede bovenregionale afstemming en samenwerking rondom de specialistische ggz. Omarm deze wetgeving, maar neem notie van de **opmerkingen van de jeugdbranches**;
- Omarm de Wet maatschappelijk verantwoord inkopen Jeugdwet en Wmo 2015 (op 22 april 2021 ingediend) met inachtneming van de **reactie van de jeugdbranches** op deze wetgeving;
- Heb aandacht voor differentiatie in diverse vormen van gespecialiseerde jeugd-ggz, en verzoek om handhaving hiervan door een onafhankelijk gepositioneerde toezichthouder jeugdwet, zoals de Jeugdautoriteit, daarvoor te equiperen. Gemeenten kunnen zo niet enkel veel voorkomende specialistische jeugd-ggz borgen maar ook minder voorkomende vormen (zoals eetstoornissen, automutilatie, autisme, complex trauma etc.). Dit kan vooruitlopend op wetgeving bijvoorbeeld worden geregeld in een convenant Jeugdautoriteit dat in samenwerking met gemeenten en aanbieders, VWS en de Jeugdautoriteit wordt ontwikkeld;
- Draag zorg voor het beëindigen van de huidige aanbestedingspraktijk door gemeenten via wetgeving, bewaak een uniformering van de inkoop met reële tarieven en maak meerjarige contracten de norm;



- Verzoek tot het opstellen van landelijke kwaliteitseisen over de volle breedte van de jeugdhulp zodat gemeenten handvatten krijgen voor betere inkoop;
- Draag zorg voor een wettelijke borging van de informatievoorziening, zodat ontwikkelingen in de jeugdhulp beter gevolgd kunnen worden.

Problemanalyse

Wij stellen dat de decentralisatie van de jeugdzorg na 6 jaar niet tot de gewenste resultaten heeft geleid. Met name ‘systeeminstellingen’, die organisaties die essentieel zijn voor een solide jeugdzorginfrastructuur, hebben hier last van. Kinderen met weinig voorkomende, complexe problemen krijgen regelmatig niet (tijdig) de zorg die ze nodig hebben.

- Conclusies uit onderzoeksrapport ‘**Stelsel in groei**’ laten zien dat zorgaanbieders van specialistische zorg, waaronder de jeugd-ggz, financieel onder grote druk staan. Tegelijkertijd zijn er forse tekorten bij gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor inkoop van jeugdzorg. Hun kosten zijn gestegen van 3,6 miljard euro in 2015 tot 5,4 – 5,6 miljard euro in 2019. Daarmee geven zij 1,6-1,8 miljard meer uit dan ze vanuit het door de Rijksoverheid vastgestelde gemeentefonds ontvangen. Gemeenten zien zich hierdoor genoodzaakt te blijven **drukken op de tarieven** van met name de organisaties die hulp bieden aan de meest kwetsbare kinderen en hun gezinnen;
- Er bestaat te weinig aandacht en begrip voor de complexiteit van mentale jeugdproblematiek bij gemeenten. De voor de hoog specialistische jeugdhulp zo nodige innoverende en transformerende ruimte is door de financiële druk volstrekt onvoldoende;
- Zorgverleners zijn te veel tijd kwijt aan aanbestedingen en **administratieve verantwoordings-eisen**, waardoor er te weinig tijd over blijft voor het helpen van jongeren. Decentraliseren heeft geleid tot hogere uitvoeringskosten. Het stelsel moet doelmatiger. De aanpak van de knelpunten is in de afgelopen jaren te vrijblijvend gebleken;
- **Regionale samenwerking** is voor een solide jeugdzorg essentieel. Partijen hebben dit inzicht wel, maar van de 42 regio’s is inmiddels de helft gesplitst. Door dit versnipperde zorglandschap kunnen jongeren minder goed worden geholpen en zijn de administratieve lasten onnodig hoog;
- De wachttijden bij jeugd-ggz zijn te lang of de best passende voorziening is nog niet gerealiseerd¹. De **veel voorkomende** specialistische jeugd-ggz is een efficiënte, relatief goedkope zorgvorm die ontwikkelingsstagnaties vaak vlot kan verhelpen. Maar de afgelopen jaren is bij instellingen en vrijgevestigde jeugdzorg een verschraving in de **minder voorkomende** specialistische jeugd-ggz opgetreden.



Oplossingsanalyse

Repareer de gevolgen van de decentralisatie en breng uitvoeringspraktijk en wetgeving daarvoor in lijn met de originele intentie: zorg dichtbij jongeren waar dat kan, en verder weg waar dat nodig is. Er moet differentiatie ontstaan tussen jeugd-ggz die op lokaal niveau kan worden georganiseerd, en minder voorkomende specialistische zorg die op regionaal of bovenregionaal niveau wordt geborgd.

- De samenwerkende jeugdzorgbranches (BGZJ) reageerden met 10 concrete aandachtspunten² op het rapport 'Stelsel in groei'. Het rapport maakte niet enkel duidelijk dat er additionele middelen nodig zijn, maar ook dat er naar doelmatige inzet van zorg moet worden gekeken. Nu **investeren in het oplossen van deze knelpunten** is nodig om op termijn kwaliteits- en doelmatigheidswinst te kunnen bereiken;
- Verbeter het huidige gedecentraliseerde stelsel door **meer eenvoud en uniformiteit**. Een rigoureuze **vermindering van de uitvoeringskosten** is noodzaak, zodat het geld op de juiste plek terecht komt; bij kwetsbare kinderen, jongeren en gezinnen;
- De huidige **aanbestedingspraktijk** gaat gepaard met excessief hoge administratieve lasten, wachttijden en uitsluiting van relevante partijen. Dit moet een halt toe worden geroepen;
- Inhoudelijke kaders kunnen professionals een handvat bieden welke bewezen effectieve ondersteuning laagdrempelig en preventief geboden kan worden en voor welke hulp een beroep te doen is op (specialistische) jeugdhulp. Dit draagt bij aan de gedachte van **matched care**, direct de juiste zorg op de juiste plek;
- De ontwikkeling van de specialistische jeugdhulp, zoals de jeugd-ggz en JeugdzorgPlus in de volle breedte, kan niet zonder **wetenschappelijk onderzoek**. Daar moet financiële ruimte voor geborgd zijn, die wordt uitgehold wanneer de financieringsstroom te onevenwichtig naar veel voorkomende jeugdzorg is gericht. Koop weinig voorkomende specialistische jeugdhulp daarom (boven)regionaal of landelijk in;
- Daarbij is aandacht voor domein overstijgende samenwerking van groot belang, bijvoorbeeld in het kader van passend onderwijs, samenwerking met volwassenenzorg, vroegsignalering bij schuldenproblematiek en leefstijlproblematiek. Domein overstijgende maatregelen betekenen in veel gevallen dat de problematiek van jeugdigen én hun gezinnen/ouders kan worden aangepakt, dit verhoogt de effectiviteit van de hulp.



Toekomstbeeld

In de toekomst moeten kwetsbare jongeren en hun gezinnen voldoende hulp kunnen verkrijgen. Laagdrempelig en niet-medisch waar dat kan, maar met toegang tot de juiste gespecialiseerde jeugd-ggz wanneer dat nodig is. Wanneer we er in slagen door een (financiële) herijking en wetwijzigingen te komen tot een eenvoudiger jeugdzorgstelsel, waarin we op basis van vertrouwen beter met elkaar samenwerken, is dat mogelijk. Maar onder de huidige wet- en regelgeving loopt de jeugdzorg vast. Als dit niet op korte termijn kantelt, lopen wachttijden verder op, voorzien wij escalatie van crises, en wordt de toekomst van de jongeren in gevaar gebracht. Met name deze jeugdigen met vaak zeer complexe en meervoudige problematiek en gezinnen hebben extra hulp nodig. Door een structurele, landelijke borging van de minder vaak voorkomende, hoogspecialistische zorg, onderzoek, opleiding en kennisontwikkeling, lukt het in de toekomst beter om kinderen met complexe problemen en hun gezinnen tijdig te helpen.

¹ De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bezocht in januari en februari in 6 regio's diverse jeugd-ggz instellingen, jeugdzorgorganisaties en kinder- en jeugdartsen. De conclusies uit de gepubliceerde **factsheet** laten een ernstige situatie zien. De IGJ, Kinderombudsman, Nationale Ombudsman, Nederlandse Zorgautoriteit en Raad voor Volksgezondheid & Samenleving hebben in april 2021 een **gezamenlijke analyse** gedaan van de problematiek en geven aan zich grote zorgen te maken over minder voorkomende complexe jeugdzorg.

² **Reactie BGZJ op AEF rapport**



Thema Jeugd

3

**Verbeter continuïteit van zorg
bij 18 jaar**



Thema Jeugd 3

Verbeter continuïteit van zorg bij 18 jaar

Gevraagde politieke actie

- Draag zorg voor de continuïteit van zorg voor jongeren die reeds in behandeling zijn bij aanvang van het 18e levensjaar. Zodra een jongere de leeftijd van 18 nadert en voorzien is dat de zorg na het 18e levensjaar nodig blijft, zouden gemeenten verplicht moeten zijn tijdig met zorgverzekeraars aan de slag te gaan om continuïteit van zorg te realiseren;
- Verzoek de minister om financiële prikkels in te bouwen die continuïteit van zorg vanuit Jeugdzorg naar Zvw of Wmo mogelijk maken. Door bijvoorbeeld, wanneer een overdracht niet geregeld is, doorbetaling en verhaling van kosten mogelijk te maken;
- Stimuleer via de betreffende wetgeving (Jeugdwet, Zvw, Wmo) en in samenspraak met de VNG, zorgverzekeraars en zorgaanbieders de samenwerking van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het ontwikkelen van integrale arrangementen, waarbij continuïteit van zorg, scholing, huisvesting, arbeidsmogelijkheden, sociale steun en inkomens of schuldregelingen voor jongeren en jongvolwassenen samenkomen;
- Vraag de minister om ontwikkelbudget vrij te geven voor transitiepsychiatrie, stimuleer zo het opdoen van kennis en het inzetten van de levensloopbenadering in de ggz.

Probleemanalyse

Ernstige psychische problemen ontstaan vaak in de adolescentie (15-25 jaar). De overgang van de jeugd-ggz (18-, vallende onder de Jeugdwet) naar de volwassenen-ggz (18+, vallende onder de Zvw en de Wmo) moet beter. De knip tussen Jeugdwet naar Zorgverzekeringswet en Wmo leidt tot aanvullende knelpunten in de continuïteit van zorg. Jongeren vallen te vaak tussen wal en schip als gevolg hiervan.

- Voor de adolescentenfase is specifiek zorgaanbod nodig. Dat aanbod is beperkt beschikbaar. De transitiepsychiatrie¹, die voorbereidt op de transfer van jeugd-ggz naar volwassenen-ggz, is volop in ontwikkeling. Maar ontwikkeling en borging van deze kennis worden gemankeerd door de decentralisatie;



- De omvang van dit probleem is niet duidelijk. In 2018 rapporteerde AEF dat 10.000 jongeren waren aangewezen op de Zorgverzekeringswet. Het was toen onbekend hoeveel jongeren de overstap maakten van de Jeugdwet naar de Zvw. Ruim 2800 trajecten werden geregistreerd als doorlopende trajecten vanuit de Jeugdwet. Hierbij was de veronderstelling dat dit aantal een onderschatting was²;
- Jongeren ervaren knelpunten in de continuïteit van zorg als ze worden overgedragen naar de volwassenen-ggz en daarbij dan op de wachtlijst komen. Van lopende behandeling naar een wachtlijst dus;
- Specialistische Jeugd-ggz aanbieders (0-23 jaar) ervaren dat dat zorgverzekeraars onvoldoende gespecialiseerde jeugd-ggz inkopen om de benodigde continuïteit van zorg van jongvolwassenen, die gebaat zijn bij de ontwikkelingsgerichte en systeemgerichte aanpak vanuit de jeugd-ggz - op te pakken. Onvoldoende kan ook betekenen dat het ingekochte tarief geen recht doet aan de complexiteit van de jeugd-ggz die geleverd wordt, of niet genoeg op de lange termijn is gericht (kleine instellingen kunnen soms één keer per drie jaar zeer veel kosten kwijt zijn aan een complexe casus, dus een jaarsystematiek met budgetplafond is dan niet geschikt);
- Contractering met enerzijds gemeenten en anderzijds zorgverzekeraars levert een grote administratieve last op, die voor zelfstandige psychiaters maar ook kleinere ggz instellingen niet altijd op te brengen is, mede doordat de verschillende contractuele partners andere eisen en tarieven stellen. Dit wekt in de hand dat deze partijen dan kiezen voor focus op één van de wettelijk verankerde financieringsbronnen (gemeente of verzekeraars) en daardoor dus grenscasuïstiek vermijden.

Oplossingsanalyse

Het is belangrijk dat wet- en regelgeving zó aangepast worden dat de behandeling van jongeren zo drempel- en probleemloos mogelijk doorloopt, ook als een leeftijdsgrens wordt gepasseerd. Zodat sprake is van continuïteit van zorg, zonder nieuwe verwijzingen en wachttijden. Daarbij is een warme overdracht van jongeren naar de volwassenen-ggz van belang en continuïteit van zorg bij de jeugd-ggz als dit zorgaanbod passender is bij de ontwikkeling van de jongere.

- Er is niet alleen continuïteit van zorg nodig bij de overgang naar 18+, maar ook bij het vinden van een (begeleide of beschermde) woonplek, school en begeleiding naar werk, bestaanszekerheid met inkomen en eventueel schuldhulpverlening en sociale steun (de zgn. 'BIG5'). Stimuleer deze integraliteit van beleid in de regio;



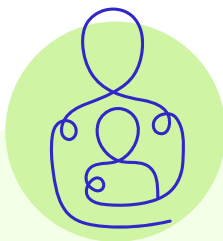
- Met het hanteren van een bandbreedte voor zorg voor 16- tot 23-jarigen kan flexibel aangesloten worden bij de verschillen in de ontwikkeling tussen jongeren in die levensfase. Deze flexibiliteit is met de stelselknip onder druk komen te staan;
- In het hoofdlijnenakkoord ggz is met ZN en VNG afgesproken dat gemeenten en zorgverzekeraars regionale samenwerkingsagenda's maken. De basis is hiervoor is inmiddels gelegd, maar het maken van passende financiële arrangementen op de grenzen van stelsels is kennelijk complex.

Toekomstbeeld

Er zijn inmiddels jaren verstreken sinds het zorgstelsel via diverse systeemwetgeving is aangepast, zoals de Wlz, Zvw, de Jeugdwet en de Wmo. Maar nog steeds vallen kwetsbare jongeren en jongvolwassenen, op een cruciaal moment in hun ontwikkeling waarbij de basis voor een mentaal stabielere toekomst kan worden gelegd, tussen wal en schip bij overgang naar de 18-jarige leeftijd. Wanneer het een nieuw kabinet, met steun van de Tweede Kamer, lukt dit te doorbreken, zal de continuïteit van zorg van deze groep worden geborgd. Bijkomend effect daarvan is dat dit helpt om een ernstigere hulp- of zorgvraag op een later moment te voorkomen.

¹ Informatie over transitiepsychiatrie

² Onderzoek leeftijdsgrens jeugdhulp



Uit de praktijk

Jeugd



Drempels wegnemen om jongeren in crisis thuis te behandelen

Een jongere die in een ernstige psychische crisis terecht komt is voor alle betrokkenen een heftige ervaring. Zeker tijdens de corona-crisis kwamen steeds meer jongeren in de problemen met suïcidale klachten, ernstige eetproblemen en angststoornissen. De ervaring leert dat jongeren en hun gezin sneller tot rust komen en herstellen als ze thuis geholpen kunnen worden. Maar het systeem van financiering en verschillende regels werpen drempels op. Ook voor de corona-crisis wordt er in de ggz ondanks barrières hard gewerkt aan crisishulp die opname zoveel mogelijk voorkomt. Hoe ziet dat er in de praktijk uit? En hoe kan die succesvolle behandelpraktijk, ook na corona, landelijk beter uitgerold worden?

Dát jongeren het beste in hun thuissituatie kunnen herstellen, is inmiddels een breed omarmd uitgangspunt. Maar hóé jongeren het beste behandeld kunnen worden in hun vertrouwde omgeving, daarover wordt continu nagedacht. FACT en IHT zijn twee intensieve behandelvormen voor psychiatrische stoornissen die voortdurend worden aangescherpt op basis van ervaring en de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

Pierre Herpers is jeugdpsychiater en manager behandelzaken van het intensief behandelcentrum Jeugd bij de Nijmeegse instelling Karakter. Zijn instelling werkt al meer dan zeven jaar met de behandelmethode Intensive Home Treatment (IHT). Waarom werkt thuis behandelen beter? 'Als je een jongere opneemt, dan geef je de boodschap: je kunt het niet thuis. Lees: je kunt het niet zelf', vertelt Herpers. 'Een opname maakt afhankelijk. Dat geldt zeker voor een doelgroep waarvoor onafhankelijk worden een uitdaging is.' Natuurlijk is het spannend om een jongere thuis te laten als hij aangeeft suïcidale gedachten te hebben, stelt Herpers. Een gesloten deur, een dak boven het hoofd en allemaal professionals in de buurt; dat geeft wellicht een iets geruststellender beeld. 'Je zult er dus voor moeten zorgen dat je



de hulp thuis goed organiseert. Het vraagt wat van de medewerkers en van de flexibiliteit van je organisatie.' Soms, als er zich een acute situatie voordoet, wordt bovenop de intensieve thuisbehandeling toch een klinische behandeling voorgesteld, High & Intensive Care (HIC). Herpers: 'De familie wordt intensief betrokken bij de behandeling. Zo zorg je ervoor dat de jongere zich niet meer alleen voelt. Je zoekt de verbinding met elkaar.'

IHT versus FACT

Waar IHT kortdurend is – tot zo'n vier maanden – en gericht is op jongeren in crisissituaties, is de zorgvorm Flexible Assertive Community Treatment (FACT) langdurig en sterk gericht op het weer zo goed mogelijk functioneren in de maatschappij. Anne Oosterling is psychiater bij Karakter en werkt met FACT.

In de FACT-behandeling is het essentieel om samen te werken met netwerkpartners. 'Daar zit een groot en belangrijk deel van het werk, om de samenwerking te zoeken met het 'voorveld'', stelt Oosterling. 'Wij als ggz-instelling kunnen een deel van het probleem oplossen, maar ook de school en het wijkteam hebben een belangrijke rol.' Ze weet dat er inmiddels veel FACT-teams een informeel netwerk hebben gebouwd, lokaal en over de domeinen. Zo wordt intensief samengewerkt met scholen, wijkteams, wijkagent en jeugdbescherming. Niet alleen voor behandeling, maar ook in het voorkomen van een crisis.

Vroegsignalering

Douwe Nauta is verpleegkundig specialist bij Verslavingszorg Noord-Nederland. Hij merkt dat de participatie in de FACT-teams in zijn regio zijn vruchten afwerpt. Nauta komt jongeren op

“Doordat wij als verslavingszorg steeds gebiedsgerichter werken, en meer inzetten op vroegsignalering, krijgen wij jongeren eerder in het vizier. Daardoor kunnen we tijdig ondersteuning inzetten, waardoor zwaardere hulp kan worden voorkomen.”

het spoor die normaal gesproken niet snel op de radar van de hulpverlening zou komen. 'Het zijn jongeren die zich door hun leeftijd steeds nadrukkelijker buiten het gezin plaatsen', vertelt Nauta. 'Doordat wij als verslavingszorg steeds gebiedsgerichter werken, en meer inzetten op vroegsignalering, krijgen wij jongeren eerder in het vizier. Daardoor kunnen we tijdig ondersteuning inzetten, waardoor zwaardere hulp kan worden voorkomen.'



Deze jongeren kunnen in aanmerking komen voor een IHT- of FACT-traject. Of andersom, Nauta krijgt ook jongeren voor een specialistische poliklinische verslavingsbehandeling. ‘Wij zien het als een totaal zorgaanbod, met specialismes die elkaar aanvullen’.

Efficiënt en flexibel

Volgens Nauta heeft een dergelijke samenwerking ook effect op de inzet van zorgprofessionals. ‘Je kunt efficiënter werken, omdat er achtervang is, en een goed alternatief.’ Naast efficiënt wordt de hulpverlening ook een stuk flexibeler, vindt Anne Oosterling. ‘Soms hebben we een intake voor een FACT-traject. Maar tijdens het verhelderen van de hulpvraag komen we erachter dat we een IHT-traject beter vinden passen. We kunnen dan achter de schermen snel schakelen en het gezin doorverwijzen.’

**“Je kunt efficiënter werken,
omdat er achtervang is, en een
goed alternatief.”**

Drempels in de samenwerking

Tijdens de corona-crisis staan de FACT en IHT-teams in bepaalde regio's zwaar onder druk waardoor jongeren moeten worden afgewezen. Veronique Esman, directeur van de Nederlandse ggz: ‘We onderhouden een fijnmazig netwerk met leden die jeugdhulp aanbieden: sinds september hebben we uitvragen gedaan bij onze leden, en de signalen werden steeds zorgelijker. De toeloop was zo groot dat kinderen en jongeren in crisis niet meer goed geholpen konden worden. Dat kwam ook vaak in het nieuws, een moeder vertelde in Nieuwsuur dat ze haar zoon net op tijd had kunnen weerhouden van een suïcidepoging. Dat maakte enorme indruk. In de probleemanalyse kwamen budgetplafonds, administratieve vereisten en geld om extra inzet te plegen als grote problemen naar boven. Maar ook een goed cijfermatig inzicht bleek een probleem. Gelukkig maakte het Kabinet extra geld vrij. Daar kunnen we stappen mee zetten. Maar als we (crisis)hulp duurzaam willen regelen zou het enorm helpen als de wetgeving zo wordt aangepast dat passende financiële arrangementen samenwerking makkelijker maken zodat we jongeren zo min mogelijk hoeven op te nemen. En dat moet dan zo dat instellingen niet nog meer bezig zijn met regels, aanbestedingen en contractonderhandelingen. Zodat kinderen zo snel mogelijk geholpen kunnen worden in hun eigen omgeving.

Dit artikel verscheen eerder in aangepaste vorm in [het e-magazine Gezond Opgroeien](#).



Preventie



Thema Preventie 1

Mentale gezondheidsvaardigheden



Thema Preventie 1

Mentale gezondheidsvaardigheden

Gevraagde politieke actie

- Draag er zorg voor het huidige Preventieakkoord met een vierde deeltafel Mentale gezondheid uit te breiden. De inzet van deze deeltafel is dat zij voorziet in de mentale steun, **educatie** en ontwikkeling van mentale gezondheidsvaardigheden voor mensen in verschillende levensfasen, met aansluiting op de lokale en regionale akkoorden;
- Bewaak dat de vier deeltafels van het Preventieakkoord (Roken, Alcohol, Overgewicht, Mentale gezondheid) integraal werken en elkaar versterken;
- Verzoek het kabinet om een Rijksbreed, interdepartementaal geïntegreerd beleidsprogramma gericht op het bevorderen van mentale en fysieke gezondheid in te voeren. Baseer die op een lange termijn visie en met een horizon over meerdere kabinetsperiodes heen. Bewaak als Kamer ook de integraliteit door preventie, fysiek en mentaal welzijn niet enkel op VWS-dossiers te bezien, maar ook bij andere zaken;
- Toegankelijkheid en beperking van administratieve lasten zijn van belang bij het succesvol uitrollen van het snelgroeende digitale aanbod aan gezondheidsdiensten (digitale gezondheidsprogramma's, apps, wearables etc.) voor alle lagen van de bevolking. Wij adviseren u aandacht te houden voor het laagdrempelig beschikbaar houden of maken van deze instrumenten.

Problemanalyse

Ondanks de economische voorspoed, gaat het psychologisch niet goed met ons. Een toenemend aantal Nederlanders lijdt aan een angststoornis, slijkt antidepressiva, klaagt over psychische druk en lijdt aan burn-out verschijnselen – om slechts enkele problemen te noemen. We verwaarlozen de mentale kracht die de basis vormt van onze welvarende samenleving. Dit tij moeten we keren in het belang van de gezondheid en om de toenemende zorgvraag te beïnvloeden (Denktank Mentale Gezondheid).

- 1 op de 10 Nederlanders (10%) heeft een angststoornis, 1 op de 20 (5%) heeft een stemmingsstoornis of depressie; 1 op de 20 (5%) heeft een probleem met alcohol of drugs¹. Het percentage mensen met een burn out stijgt al jaren gestaag en lag in 2019 op 17% van de beroepsbevolking, dat zijn 1,3 miljoen mensen;



- De kosten van verzuim als gevolg van psychosociale risicofactoren worden in Nederland geschat op 3,2 miljard euro per jaar. Beperkt tot de kosten van verzuim door werkdruk, werkstress of burn-outklachten, is dit 2,8 miljard euro per jaar (**TNO: diverse factoren verantwoordelijk voor burn-out klachten**);
- Covid-19 geeft de noodzaak van inzet op mentale veerkracht en het belang van zowel mentale als fysieke gezondheid eens te meer momentum en urgentie;
- Een groot deel van de patiënten met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA) heeft een ongezonde leefstijl en zij leven gemiddeld twintig jaar korter;
- De kosten van de geestelijke gezondheidszorg zijn volgens het RIVM² naar verwachting in 2060 vervijfvoudigd;
- Een derde van de coronapatiënten kampt maanden later nog met mentale klachten³;
- Toenemend aantal depressie klachten en toenemende druk op de opvang daarvan⁴.

Oplossingsanalyse

Wij bepleiten een samenhangende aanpak voor mentale gezondheid en het investeren daarin. Hierin worden wij gesteund door diverse wetenschappelijke inzichten.

- Breng kennis van de ggz naar ‘de voorkant’, de nulde- en eerstelijns zorg:
 - Kennis en kunde op het gebied van screening /vroegsignalering;
 - Kennis van de zorgkaart; welke interventies kun je zo licht mogelijk inzetten;
 - De ‘consultatiefunctie’ is daarbij een behulpzaam instrument;
- De ggz sector heeft zelf preventieve interventies ontwikkeld. Kennis van curatie is nodig om goede preventie vorm te geven;
- Kennis van duurzame gedragsverandering om te zorgen voor een duurzame verbetering van de leefstijl;
- **Campion et al.** bepleitten in 2020 in The Lancet een samenhangende aanpak van mentale gezondheid in relatie tot Covid-19. Pak sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan; zorg voor vroegsignalering van mentale gezondheidsproblemen. Bij het voorkomen van mentale problematiek: richt de aanpak op preventie via behandeling, goede informatie aan de patiënt o.a. gericht op risicogedrag, het voorkomen van fysieke gezondheidsproblemen, sociaaleconomische problemen, sociale isolatie, stigma en discriminatie;



- Zorg voor mentaal krachtig onderwijs, versterk beleid dat sociale contacten stimuleert, zorg voor beschikbaarheid en gebruik van goede (online) zelfzorg, vroeginterventie bij mentale gezondheidsproblemen, en zorg voor een groene en veilige fysieke omgeving. Heb aandacht voor het belang van een gezonde leefstijl en versterk samen met de Jeugdgezondheidszorg de screening op mentale problemen en beginnende psychische aandoeningen, zowel in het primair als in het voortgezet onderwijs;
- Stimuleer fysiek én mentaal welzijn op het werk; via mentaal gezonde werkomstandigheden en -verhoudingen, combinatie werk-privé, (online) ondersteuning van mentale veerkracht op de werkplek, duurzame inzetbaarheid;
- Zorg voor mentaal krachtig ouder worden: o.a. (online) psychosociale ondersteuning gericht op levensfaseproblematiek, eenzaamheid, cognitieve achteruitgang.

Toekomstbeeld

Investeren in mentale vaardigheden en preventie levert de samenleving enorme maatschappelijke baten op. Kinderen zullen in de toekomst, via diverse vormen van socialisatie ervaring opdoen in gezondheidsvaardigheden, met daarbij oog voor mentale kracht. We ondersteunen ouders in hun rol. Door tijdig te signaleren een waar nodig inzet van lichte zorg, leveren we een belangrijke bijdrage aan het voorkomen van o.a. verslaving en een ongezonde leefstijl. Ook in de **werkomgeving** is dit via programma's als duurzame inzetbaarheid, positieve gezondheid en vitaliteit doorgetrokken. De bevolking kan langer participeren in goede gezondheid en gezondheidsverschillen tussen groepen mensen nemen af. Zingeving, participatie in mantelzorg, arbeid, en in het sociaal cultureel leven blijft zo mogelijk. Daarbij is minder gebruik van de gezondheidszorg nodig.

¹ Zie ook de Factsheet middelengebruik in Nederland 2019

² RIVM rapport over zorguitgaven

³ RTL nieuws publicatie en Publicatie The Lancet

⁴ Publicatie depressievereniging



Thema Preventie 2

Investeer in preventie



Thema Preventie 2

Investeer in preventie

Gevraagde politieke actie

- Het is noodzakelijk om in de diverse zorgwetten (Zvw, Wlz, Wmo, Wpg, Wfz en de Jeugdwet) concreet vast te leggen welke partijen verantwoordelijk zijn voor (financiering van) gezondheidsverbetering, preventie en leefstijlgeneeskunde. Vraag daarbij om concrete, meetbare doelen zoals:
 - Reductie van de toename aan leefstijl gerelateerde chronische aandoeningen (waaronder depressie);
 - Inzet van leefstijlgeneeskunde als onderdeel van de betreffende zorgketens;
 - Terugbrengen van overgewicht en onverantwoord alcoholgebruik;
 - Uitbannen of drastisch terugdringen van roken;
- Innovatieve interventies die bewezen effect hebben en betrekking hebben op meerdere financiers moeten structureel vergoed kunnen worden. Alleen dan wordt het effect duurzaam verankert. Dit wordt door bovenstaande mogelijk gemaakt. Maak bovendien effectieve preventie zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie tevens beschikbaar voor mensen met een kwetsbare mentale gezondheid (de huidige wettelijke toelatingseis is vooral gebaseerd op overgewicht);
- Het beschikbaar komen van geormerkte middelen voor preventie en leefstijlgeneeskunde in zorgketens is essentieel om een impuls op dit terrein te kunnen bewerkstelligen. Haal deze niet uit het zorgbudget weg, maar maak hier een separate investering van. Geef preventie tijd om te renderen en heb oog voor de verschillende plekken waar de baten neerdalen. Een programma dat verder rijkt dan één kabinetsperiode is noodzakelijk om effect te bewerkstelligen;
- Een Rijksbrede, interdepartementaal geïntegreerde aanpak ten behoeve van mentale en fysieke gezondheid is van belang om op de diverse terreinen van onze samenleving (werk, onderwijs, wonen) preventief te kunnen handelen en erger te voorkomen. Stel daar middelen toe beschikbaar, in de wetenschap dat dit rendeert in maatschappelijke baten. Investeer in gezondheidsvaardigheden via het onderwijs, in de opleidingen van medici, in een gezonde ruimtelijke ordening en fiscale wetgeving rondom gezonde producten;
- Draag er zorg voor dat het programma ‘**Rookvrije ggz in 2025**’ wordt gecontinueerd. Zonder interventie stoppen de stimuleringsmiddelen hiervoor bij aflopen Preventieakkoord (eind 2021).



Probleemanalyse

Diverse recente wetenschappelijke inzichten, artikelen, brieven en pleidooien benadrukken de urgentie van inzet op preventie en het herstellen en versterken van mentale weerbaarheid. Tegelijkertijd is de verantwoordelijkheid voor (investeren in) preventie, gezondheid en leefstijlgeneeskunde niet helder belegd in wet- en regelgeving.

- De kosten van de ggz zijn volgens het RIVM¹ in 2060 vervijfvoudigd; mede vanwege de toename van leefstijl gerelateerde chronische aandoeningen, waaronder depressie. De RVS benadrukt de noodzaak tot een mentaal veerkrachtige samenleving², de Sociaaleconomische Raad (SER) concludeerde in een rapport³ dat de zorguitgaven, bij ongewijzigd beleid, de komende 20 jaar verdubbelen. De raad adviseert in het rapport om meer in te zetten op preventie, fysiek en mentaal;
- Vier van de tien meest voorkomende ziekten in Nederland zijn psychisch van aard: angst- en stemmingsstoornissen, dementie en verslaving. Angst- en stemmingsstoornissen leiden tot het grootste verlies van gezonde levensjaren, gevolgd door hartziekten en diabetes. Suicide is de belangrijkste doodsoorzaak voor jongeren onder de 30 jaar. Stemmingsstoornissen zoals depressie scoren hoog in de lijst aandoeningen met een hoge maatschappelijke last⁴. We zien echter een toenemend aantal depressieklachten en toenemende druk op de opvang daarvan⁵;
- Toenemende druk op de jeugd-ggz⁶. Mentale druk op jongeren wordt door RIVM's Volksgezondheid Toekomst Verkenning als één van de drie topopgaven geïdentificeerd⁷;
- Verzuimkosten door werkstress lopen op tot 3,1 miljard⁸.

Oplossingsanalyse

Wij pleiten voor een lange termijn visie op een mentaal sterker, gezonder Nederland. Met een bijpassende investeringsagenda.

- Een groot aantal organisaties, verenigd in de 'Agenda voor de Zorg', heeft de informateur en een nieuw te vormen kabinet in een brief⁹ opgeroepen tot het opnemen van een brede investeringsagenda voor de zorg in het regeerakkoord, met expliciet aandacht voor preventie en mentale weerbaarheid;
- De recente publicatie 'Mentale Vooruitgang'¹⁰ van De Argumentenfabriek op basis van de Denktank Mentale Vooruitgang biedt visie op de toekomst;
- Het maatschappelijk steunpakket gericht op sociaal en mentaal welzijn en leefstijl¹¹ is een stap in de goede richting, maar nog beperkt in doelgroep benadering en lange termijn visie;



- Wetenschappelijke notitie Lifestyle4Health (TNO)¹² over effectieve preventie en meer weerstand tegen onder meer corona. Stimuleer fysiek én mentaal welzijn op het werk; via mentaal gezonde werkomstandigheden en -verhoudingen, combinatie werk-privé, (online) ondersteuning van mentale veerkracht op de werkplek, duurzame inzetbaarheid.

Toekomstbeeld

De doelstellingen van de overheid¹³ zijn om in 2040 de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% af te laten nemen. Zonder een structureel plan en een investeringsagenda voor preventie, leefstijl en mentale weerbaarheid zal dit doel niet behaald worden.

- ¹ TNO publicatie over leefstijlgeneskunde
- ² Rapport RVS 'Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving'
- ³ SER Advies zorg voor de toekomst
- ⁴ Publicatie Trimbos
- ⁵ Publicatie depressievereniging
- ⁶ Publicatie NU.nl
- ⁷ Toekomstverkenning VTV
- ⁸ Publicatie TNO
- ⁹ Brief Agenda voor de Zorg aan informateur
- ¹⁰ Publicatie Mentale Vooruitgang
- ¹¹ Publicatie Rijksoverheid
- ¹² Publicatie TNO
- ¹³ Publicatie ambities overheid



Uit de praktijk

Preventie



Hoe een Foodtruck Rick weer op de rails hielp, en zijn ervaringen patiënten én de ggz vooruit helpt:

“Mensen zijn veel krachtiger dan ze denken”

Van draaieurclient tot ervaringsdeskundige; in de afgelopen 10 jaar is het leven van Rick 180 graden gedraaid. Na een lange weg van afkicken, herstellen en terugvallen lukte het hem zijn verslavingspatroon te doorbreken. Nu zet hij zijn ervaringen in om anderen te helpen, als herstelcoach. In ggz-jargon is Rick een ervaringsdeskundige, en die helpen steeds meer bij de behandeling van cliënten, met goede resultaten. Daarom pleit de Nederlandse ggz ook voor meer mogelijkheden om mensen zoals Rick in te zetten. Maar hoe werkt dat, anderen in een professionele setting helpen met je eigen ervaringen?

Van draaieurcliënt tot ervaringsdeskundige

Als draaieurcliënt achtte hij het lang voor onmogelijk, maar na een bewogen leven van drank, drugs, klinieken en detentie is Rick inmiddels meer dan een decennium ‘clean’. De zelfhulpgroep **In Tact** – van **Tactus** verslavingszorg – bleek het keerpunt. Rick: ‘Hier ontmoette ik mensen die het wél was gelukt om uit hun verslavingspatroon te stappen. Zij lieten mij geloven in mijn eigen herstel en zagen de ‘echte Rick’. Zo’n persoon wilde ik ook voor anderen zijn.’

Inmiddels is Rick ervaringsdeskundige en herstelcoach bij **Tactus**. Met een foodtruck – mogelijk gemaakt met subsidie van **Social Run** – bezoekt hij ggz-instellingen en evenementen om te praten over verslaving en herstel. Ook werkt hij aan een kookboek, **Heldfood**, waarin hij ervaringsverhalen combineert met bijpassende, plantaardige recepten.

De foodtruck: koken, verhalen en eten

Na een opleiding en stage, kreeg Rick een baan als ervaringsdeskundige op de woonafdeling waar hij kort daarvoor zelf nog woonde. Behalve zijn ervaring, bleek ook zijn liefde voor koken (ontstaan in de gevangenis) van pas te komen. ‘Koken verbindt en biedt ruimte voor gesprek. Om het onderlinge contact tussen en met bewoners te bevorderen, organiseerde ik barbecues waarbij ervaringsdeskundigen hun verhaal deelden. Samen bereidden we het eten voor, luisterden naar het herstelverhaal van de gast en genoten van lekker eten,’ vertelt Rick.



Hetzelfde concept gebruikt hij nu voor zijn foodtruck: een van verslaving herstelde gast bereidt samen met Rick een maaltijd voor aan de hand van een recept met een herinnering. Rick maakt daar een plantaardige maaltijd van. Met deze herstelverhalen wil hij op een toegankelijke manier begrip creëren voor mensen met een verslavingsziekte of psychische kwetsbaarheid. Zijn foodtruck dient als podium voor het delen van kennis en ervaring, herinneringen ophalen, samen koken en...eten.

Een pleidooi voor meer ervaringsdeskundigheid

Tijdens Ricks herstelperiode, waren er nauwelijks ervaringsdeskundigen. Pas in 2020 werd in de Tweede Kamer een motie aangenomen om de inzet van deze professionals te vergroten. Rick is daar enthousiast over, maar er kan meer: ‘Herstelverhalen zorgen voor herkenning en de mogelijkheid tot zelfreflectie. Daarnaast biedt het hoop en steun voor mensen die al meerdere malen een terugval hebben gehad en – net als ik – denken dat ze nooit uit hun verslaving komen,’ licht Rick toe.

“Herstelverhalen zorgen voor herkenning en de mogelijkheid tot zelfreflectie. Daarnaast biedt het hoop en steun voor mensen die al meerdere malen een terugval hebben gehad en – net als ik – denken dat ze nooit uit hun verslaving komen.”

Destigmatisering

Volgens Rick is het belangrijk dat het stigma – rondom verslaving en psychische kwetsbaarheid – doorbroken wordt. Want nog steeds zorgt dit ervoor dat kwetsbare mensen moeilijk aansluiting vinden in de maatschappij en ervaringsdeskundigen kunnen daarin helpen. Rick: ‘Mensen mogen meer gaan staan voor wie ze zijn. Met mijn foodtruck en in mijn boek geef ik deze mensen letterlijk een gezicht; dat helpt om vooroordelen weg te nemen.’

Aantrekken en opleiden

Rick hoopt van harte dat hij toekomstige ervaringsexperts aan kan trekken. Om zich heen ziet hij relatief weinig mensen een opleiding volgen tot ervaringsexpert. Rick: ‘Mensen willen wel werken in de ggz, maar de redenen om het niet te doen wegen zwaarder: een laag salaris of hoge administratieve lasten. En instellingen hebben vaak geen budget om op te leiden. Daar



moet verandering in komen. Juist de persoonlijke ervaring, aangevuld met een opleiding, maakt ervaringsdeskundigen een verrijking voor de geestelijke gezondheidszorg. Het zorgpersoneel wordt erdoor ontlast en de wachtlijsten korter.'

Ervaringsdeskundigheid helpt bij het herstellen van een psychische kwetsbaarheid of verslaving, gaat stigmatisering tegen en verlicht de druk op de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit persoonlijk en deskundig oogpunt, onderschrijft Rick daarom de oproep van de Nederlandse ggz om de inzet van ervaringsdeskundigen te vergroten.

Aantrekken en opleiden

Rick hoopt van harte dat hij toekomstige ervaringsexperts aan kan trekken. Om zich heen ziet hij relatief weinig mensen een opleiding volgen tot ervaringsexpert. Rick: 'Mensen willen wel werken in de ggz, maar de redenen om het niet te doen wegen zwaarder: een laag salaris of hoge administratieve lasten. En instellingen hebben vaak geen budget om op te leiden. Daar moet verandering in komen. Juist de persoonlijke ervaring, aangevuld met een opleiding, maakt ervaringsdeskundigen een verrijking voor de geestelijke gezondheidszorg. Het zorgpersoneel wordt erdoor ontlast en de wachtlijsten korter.'

Ervaringsdeskundigheid helpt bij het herstellen van een psychische kwetsbaarheid of verslaving, gaat stigmatisering tegen en verlicht de druk op de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit persoonlijk en deskundig oogpunt, onderschrijft Rick daarom de oproep van **de Nederlandse ggz** om de inzet van ervaringsdeskundigen te vergroten.

“Mensen mogen meer gaan staan voor wie ze zijn. Met mijn foodtruck en in mijn boek geef ik deze mensen letterlijk een gezicht; dat helpt om vooroordelen weg te nemen.”



Leefbaarheid



Thema Leefbaarheid 1

Voer de woonagenda uit



Thema Leefbaarheid 1

Voer de woonagenda uit

Gevraagde politieke actie

- 34 organisaties hebben de **Actieagenda Wonen** opgesteld. Er moeten meer betaalbare woningen en passende woonvormen komen voor mensen die dringend een woning nodig hebben, zoals (dreigend) daklozen, mensen die een instelling verlaten, arbeidsmigranten en statushouders. Gemiddeld gaat het tot 2035 over jaarlijks 3.500 flexwoningen. De komende twee jaar om 10.000 extra woningen. Om op korte termijn snel extra woningen te krijgen stellen we voor om de kostendelersnorm af te schaffen. Dit gaat ook nog eens eenzaamheid tegen. Ook pleiten we voor gedeelde verantwoordelijkheid tussen zorgaanbieders en woningcorporaties over intermediaire verhuur;
- Wijken moeten leefbaarder worden, ook voor mensen met een psychische aandoening. Dat werkt niet alleen preventief, maar voorkomt ook opname en terugval. De partners van het woonakkoord willen zich hiervoor inzetten. Een minister voor wonen en leefbaarheid kan de juiste randvoorwaarden creëren. Dat vraagt onder meer een bijdrage uit het Rijks volkshuisvestingsfonds voor leefbare wijken van 300 miljoen euro per jaar. Daarnaast is er wettelijke experimenteerruimte nodig en mogelijkheden voor passend toewijzen van woningen en een evenwichtige samenstelling van wijken en buurten;
- Stimuleer de samenwerking tussen de domeinen wonen, zorg en welzijn. Gemeenten hebben daarbij de rol van regisseur. In prestatieafspraken tussen gemeenten en woningcorporaties is het nodig dat er ook afspraken over leefbaarheid en aandacht voor mentaal en fysiek kwetsbare doelgroepen worden gemaakt, voor korte én middellange termijn. Hiervoor zijn meer mogelijkheden nodig om domein overstijgend samen te werken. De wetsvoorstellen **domein overstijgende samenwerking** WLZ en de **petitie geen half werk** helpen dit te verbreden;
- Om aansluitend op verblijf in een kliniek of Beschermd Wonen de juiste zorg en ondersteuning thuis te bieden, is het nodig dat de rijksoverheid stuurt op de inkoop (volume en prijs) van preventieve zorg. Tevens moet er voldoende zware ambulante zorg aanwezig zijn, in plaats van enkel lichte zorg. Dit kan door het stellen van normpercentages voor die inkoop, monitoring en zo nodig ingrijpen. Hiermee wordt terugval, voorkomen van zwaardere zorg en kijken achter de voordeur mogelijk;



- Voorkom extra administratieve lasten en uitvoeringsproblemen voor zorginstellingen door de doordecentralisatie van het wetsvoorstel woonplaatsbeginsel niet in te voeren. De meerkosten van de Beschermd Wonen zorg zal leiden tot minder geld voor de zorg zelf;
- Help huisuitzetting en dakloosheid te voorkomen door een huisvestingsplicht voor corporaties in te voeren, naar het voorbeeld van zorgplicht voor zorginstellingen. Zodat mensen niet worden uitgezet, maar doorgeplaatst naar geschiktere woonvormen (met als laatste optie: **Skaeve Huse**). Maar ook door het inzetten van schuldhulpverlening (ook voor boetes) en het afschaffen van de lagere bijstandsnorm voor jongeren tussen de 18-21 jaar;
- Zet in op verandering in de beeldvorming die bestaat over dakloze mensen (overlast, middelengebruik, het idee dat mensen de situatie volledig aan zichzelf te wijten hebben). Blijf organisaties die zich inzetten om stigma te bestrijden ondersteunen.

Problemanalyse

De wens voor minder bedden en meer ambulante behandeling¹ wordt bemoeilijkt doordat er onvoldoende (passende) woningen voor mensen zijn die uitstromen uit instellingen of Beschermd Wonen-zorg. Wachtlijsten in de ggz worden daar langer in plaats van korter door.

- Als er mensen met een ernstige psychische aandoening in de wijk wonen of gaan wonen, na een beschermd wonen traject of verblijf in een kliniek, zijn ze vaak eenzaam, voelen ze zich er niet bij horen (er is vaak ook stigma) of ze komen in de problemen en verliezen hun woning weer. Dat leidt tot terugval en vergroot de kans op overlast of veiligheidsproblemen;
- Ggz-uitstromers zijn vaak aangewezen op de goedkoopste corporatiewoningen en deze komen met name beschikbaar in de meest kwetsbare buurten. Gemeenten sturen vaak niet op gemengde wijken en de gebrekkige samenwerking tussen wonen, zorg en welzijnspartners heeft de problemen met doorstroom en dakloosheid na opname in de ggz verergerd;
- Begeleiding (via Wmo) en behandeling (via Zvw) zijn vaak onvoldoende om crisisopnames te voorkomen en er kan niet flexibel worden op- en afgeschaald. Wisselende intensiteit vraagt om wisselende arrangementen, maar financiering en wet- en regelgeving bemoeilijken dit. Er is volgens de IGJ '**Meer-samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronisch psychische aandoeningen**' (2020). Dat onderschrijven wij.



Een schatting van de omvang van deze doelgroepen:

Soort zorg & begeleiding	EPA-groep in behandeling	Ambulante zorg	WMO-zorg
Jaarlijks nieuw nodig			41.000 ^[a]
Jaarlijks in zorg	220.000	180.000	171.000 ^[b]

^[a] Jaarlijks verlaten 41.000 mensen de ambulante of klinische behandeling

^[b] WMO-ondersteuning monitoring sociaal domein

Oplossingsanalyse

We zijn met landelijke belangenorganisaties uit de wonen, zorg- en welzijnssector een werkgroep en bestuurlijk overleg gestart om de bovengenoemde oplossingen te concretiseren en uit te werken in een plan van aanpak. Ondersteuning van de landelijke politiek van dit initiatief zal versnelling aanbrengen in het oplossen van de gesignaleerde knelpunten.

- De Nederlandse ggz is gestart met het in beeld brengen van goede voorbeelden van prestatieafspraken met daarin een zorg- en leefbaarheidsparagraaf en gebiedsgerichte samenwerking tussen wonen, zorg, welzijn en veiligheid. Deze willen we door middel van een digitale tool beschikbaar maken op een website van de rijksoverheid. Via lerende netwerken zullen we proberen om deze voorbeelden te laten doorwerken naar andere regio's;
- Een volgende stap is om een kosten/batenanalyse te maken van deze samenwerking waardoor duidelijk wordt wie moet investeren en waar de opbrengsten terecht komen.

Toekomstbeeld

Een toenemende sociale segregatie en de gesignaleerde toename van gezondheidsverschillen² tussen verschillende groepen in onze samenleving, ze gaan hand in hand. Dat beïnvloedt mede de enorme druk op zorgvraag, zowel somatisch als psychisch. Er moet in de toekomst integraal beleid gevoerd worden. De enorme woningbouwopgave van ons land wordt verbonden aan een lange termijn visie over een leefbare, gezonde wijk en waarin ook kwetsbare inwoners goed worden opgevangen. Alleen dat helpt de zorgvraag positief te beïnvloeden, terugval en overlast te voorkomen, en draagt bij aan de sociale cohesie in de wijk.

¹ Publicatie Aedes over veerkracht in wijken

² Publicatie RVS gezondheidsverschillen voorbij



Thema Leefbaarheid 2

**Veiligheid door integrale
samenwerking en aanpak**



Thema Leefbaarheid 2

Veiligheid door integrale samenwerking en aanpak

Gevraagde politieke actie

- Help gemeenten om vroegsignalering en bemoeizorg te organiseren en te financieren in hun wijken door de Wmo (en Zvw) op punten aan te passen, zodat elke gemeente:
 - Een meldpunt 'zorgwekkend gedrag' kan inrichten, waar burgers, familie, politie, woningbouwcorporaties en andere instanties hun signalen over personen met 'onveilig' gedrag melden;
 - Capaciteit voor wijkgerichte of gebiedsgerichte 'bemoeizorgteams' kan inzetten in samenwerking met de ggz-organisaties. Een team van ggz-professionals werkt nauw samen met de wijkagent en gaat (eventueel samen) naar kwetsbare burgers toe om te onderzoeken wat er nodig is;
 - Samen met zorgverzekeraars regionale afspraken maakt over het verminderen van procedures bij het bieden van 'bemoeizorg'. Hierdoor krijgen deze professionals meer regelruimte door verschillende domeinen en systemen heen;
 - Er met de zorgaanbieders voor kan zorgen dat mensen die vanuit gedwongen, klinische of forensische zorg weer terugkeren, zorg en ondersteuning hebben op alle levensgebieden om kans op recidive te verminderen;
 - Voldoende beschermde woonvormen voor personen vanuit forensische zorg met beveiligingsniveau kan realiseren. Dit betekent landelijke uitbreiding van het huidige aantal Forensische Beschermde woonvormen;
- Heb aandacht voor de bekostiging van de levensloopfunctie zo dat er sprake is van één financier en één vorm van regelgeving. Zie verderop voor toelichting. De totale kosten van de ketenveldnorm levensloopfunctie (uitgaande van implementatie van vier jaar) zijn: 36 miljoen over vier jaar. Daarna jaarlijks ongeveer 4,8 miljoen;
- Draag zorg voor het aanpassen van de Wmo en regelgeving, zodat gemeenten kunnen afwijken van het woonplaatsbeginsel voor personen vanuit TBS en forensische zorg. Daarbij kan het wenselijk zijn dat zij niet terugkeren in hun vorige gemeente (waar het delict plaats vond).



Probleemanalyse

Onze maatschappij kent een groep burgers met ernstige multi complexe problematiek. Denk aan psychiatrische problematiek, verslaving en/of een verstandelijke beperking. Deze groep kan een risico vormen voor de veiligheid van zichzelf, de veiligheid en leefbaarheid van hun directe omgeving (naasten, burenen) en de samenleving.

- De incidenten die deze diverse groep veroorzaakt zijn voor een deel terug te zien in de cijfers van de politie: in 2020 is de politie uitgerukt voor 102.353 meldingen van verward gedrag (E33). Dit betreft geen unieke personen en verschilt regionaal, maar een grove schatting is dat 50% van deze meldingen afkomstig is van de genoemde doelgroep. Het gaat hierbij om mensen die soms acuut verward gedrag vertonen, door hun problematiek soms voor overlast zorgen of die met regelmaat ernstig 'onveilig' gedrag vertonen. Onderzocht is dat binnen deze groep 1500 personen (met een hoog veiligheidsrisico) niet de meest passende zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben (Aanjaagteam VWS 2019). Een andere categorie van incidenten bij de politie is de categorie 'poging suïcide'. Het aantal incidenten steeg van ruim 5100 in 2016, naar een stabilisering van rond de 6200 in 2019 en ook in 2020;
- De ggz neemt verantwoordelijkheid om daar waar mogelijk passende zorg en ondersteuning aan deze groep te bieden en bij te dragen aan de veiligheid van de samenleving. Deze groep heeft echter naast psychiatrische, verslaving en multi problematiek ook aandacht nodig op andere levensgebieden, zoals wonen, werk of dagbesteding, schulden en sociale contacten. Daarom kan de ggz niet als enige partij deze personen en hun problematiek voldoende bedienen.

Oplossingsanalyse

Door een effectieve samenwerking te organiseren in de keten van zorgorganisaties met partners uit het sociaal domein (beschermd wonen, woningbouwcoöperaties, GGD, welzijn, gemeenten) en met partners uit het veiligheidsdomein (politie, OM, reclassering, detentie) wordt zowel passende zorg en ondersteuning geboden en veiligheid van omgeving geborgd. Deze domeinoverstijgende samenwerking is nog niet structureel geregeld in passende wet- en regelgeving en nog onvoldoende financieel mogelijk.

- Vroegsignalering: Signalen van kwetsbare personen (vaak nog niet in zorg) en van hun omgeving moeten tijdig gesignaleerd worden en direct vertaald naar acties om te komen tot passende zorg en ondersteuning en veiligheid in de omgeving. De meldpunten zorgwekkend gedrag en bemoeizorgteams zijn noodzakelijke voorzieningen om de leefbaarheid in een wijk te vergroten;



- **Continuering van zorg en ondersteuning op alle levensgebieden:** Bij de bovengenoemde organisaties is de specifieke doelgroep met een hoog veiligheidsrisico vaak in beeld, maar is de aanpak in samenhang niet altijd georganiseerd. Een levenslange regie (levensloopfunctie) op de zorg en ondersteuning ontbreekt vaak. De ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg is de ‘sluitende aanpak’ voor deze groep van ongeveer 1500 inwoners. Doel daarvan is: betere samenhang tussen ondersteuning, zorg en veiligheid op het juiste moment. Daarbij moet continu contact worden onderhouden met de betrokkene. De aanpak is al succesvol gebleken en leidt tot vermindering van incidenten, maar dit is nog niet goed in wet- en regelgeving geborgd. Nu is de financiering hiervan versnipperd over verschillende domeinen: Zvw, Wlz, Wmo, forensische zorg, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en de DJI;
- **Persoonsgerichte trajecten:** Bij incidenten (van overlast tot strafrechtelijke) door onveilig gedrag van de kwetsbare burger wordt iemand direct de passende zorg- en ondersteuning geboden en/ of wordt er vanuit het veiligheidsdomein actie ondernomen. Door de betrokken partijen wordt samen met de persoon persoonsgerichte trajecten ingezet. Dit zijn dus trajecten in de wijk met ambulante behandeling of trajecten via het zorg- en veiligheidshuis tot aan gedwongen opname of opname onder een strafrechtelijke titel.

Toekomstbeeld

Leefbare wijken in de toekomst kenmerken zich door een juiste mix van aandacht, preventie, voorzieningen, integrale samenwerking en veiligheid. Dit op basis van een gedragen lokale visie met netwerkpartners. De langdurende behandeling, begeleiding en ondersteuning vanuit verschillende domeinen van inwoners met multiple, complexe problematiek is onderdeel van die visie. Zodat kans op herhaling van incidenten wordt verlaagd en herstel van de persoon langdurend en blijvend is. Patiënten vanuit de forensische zorg kunnen doorstromen naar de reguliere zorg of naar beschermd wonen. Voor personen die uit de tbs-kliniek of detentie komen zijn geschikte woningen beschikbaar, en mensen worden begeleid naar werk en het opbouwen van sociale contacten. Er zijn afspraken over langdurige ambulante behandeling en begeleiding die primair gericht is op ‘inclusie’ en vroegsignalering van ontwrichtende fenomenen. Zo slagen wijken van de toekomst er in verdere sociale segregatie te voorkomen en de fysieke en mentale weerbaarheid van inwoners te ondersteunen.



Uit de praktijk

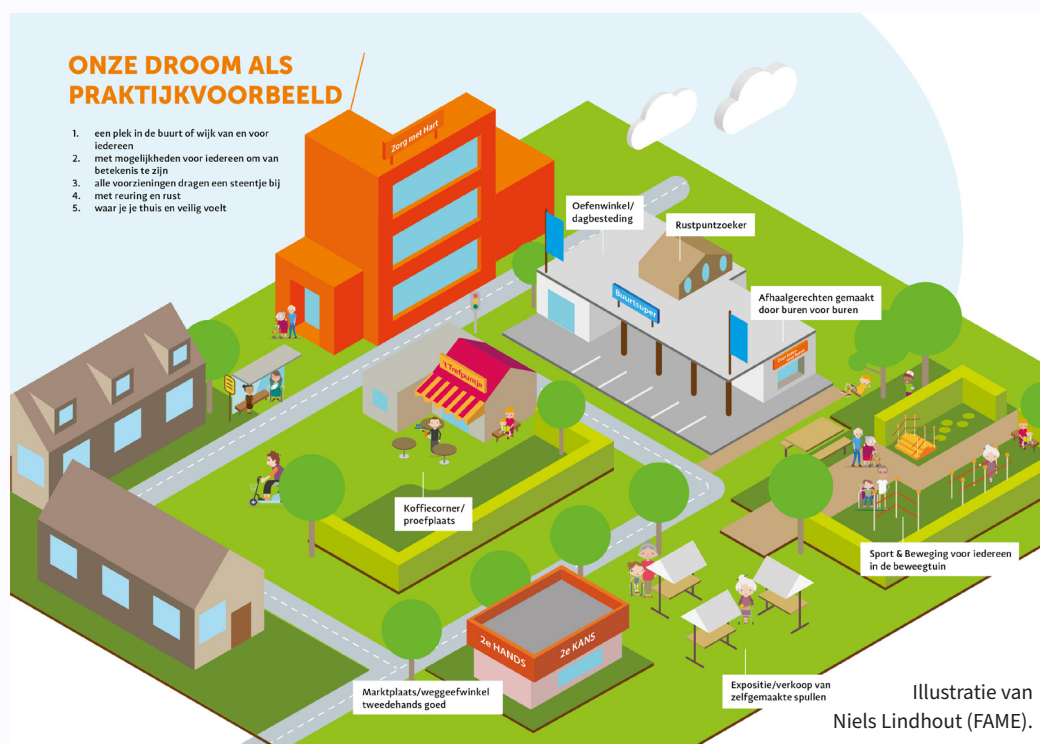
Leefbaarheid



De wijk van de toekomst: altijd een uitgestoken hand dichtbij

Hoe zorg je er met laagdrempelige ggz voor dat wijken leefbaarder worden?

Op 17 februari 2021 presenteerde de Nederlandse ggz samen met Aedes, branche-organisatie van de woningcorporaties en vertegenwoordigers van de bouwwereld, gemeenten, en sociale partners **de Actieagenda Wonen**. Daarin wordt de politiek gevraagd gericht te investeren in een plan dat moet gaan zorgen voor voldoende huizen, maar vooral ook voor 'inclusieve' wijken, waarin ruimte is voor vroeg-preventie en een laagdrempelige inzet van de ggz. Maar wat leveren die investeringen concreet op? En hoe ziet dat er in de praktijk uit? **In Nijmegen** heeft ggz-aanbieder Pro Persona samen met verschillende partijen zoals woningbouwcorporaties en de gemeente de intentie uitgesproken de komende jaren 'inclusieve wijken' te bouwen en bestaande wijken daarop in te richten. Hoe hebben de partijen elkaar gevonden, en wat levert het op? Een voorbeeldcasus.





Eén van de mensen die betrokken is bij het Nijmeegse project is Anneke Nijhoff. Afgelopen jaar was zij als partner bij plan-ontwikkelbedrijf FAME een van de mensen die zich bezighield met het ontwikkelen van plannen om wijken ‘inclusiever’ te maken, waarbij ze de verschillende partijen in de ontwikkeling begeleidt. Nijhoff staat er idealistisch in. ‘Voor ons was het vroeger vanzelfsprekend dat we voor oma gingen zorgen. Mijn vader nam de boerderij van zijn ouders over en wij namen oma in huis,’ vertelt ze. Ze roept zeker niet op om terug te gaan naar die tijd. ‘Maar het gaat wel om een nieuwe balans tussen individualiteit en collectiviteit. Als maatschappij hebben we daar echt weer iets te leren.’

En dat is wel nodig ook, zegt ze. ‘We spreken nu over inclusie, maar de exclusie is door onszelf gecreëerd. We raakten eraan gewend mensen te selecteren op leeftijd en aandoening en ze van daaruit samen te brengen in verpleeghuizen en instellingen. Nu mensen hierin veel mondiger zijn en we dat ook niet meer kunnen betalen gaan we over andere vormen nadenken en moeten we als organisaties onszelf opnieuw uitvinden. Wijken anders inrichten. Niet meer in doelgroepen denken, maar praten over inwoners van een ‘stad’ of ‘buurt’.

“We spreken nu over inclusie, maar de exclusie is door onszelf gecreëerd...”

Want alleen als je op die manier gaat werken kun je voor preventie zorgen en situaties voorkomen, zegt Patricia Esveld, voorzitter van de raad van bestuur van Pro Persona, de ggz organisatie die de intentieovereenkomst ook tekende, en bestuurslid van de Nederlandse ggz ‘Als je dichterbij bent dan kunnen bewoners je makkelijk benaderen als er signalen zijn dat iemand hulp nodig heeft. Zo kun je escalaties voorkomen.’

Noodzaak voor inclusieve wijken

Ook woningcorporatie Woonwaarts sloot zich aan bij de plannen voor het realiseren van inclusievere wijken. Esther Lamers, directeur- bestuurder: Vroeger werden mensen die zorg nodig hadden ver buiten de wijk opgevangen. Dat is gelukkig niet meer zo. Nu wonen deze mensen zelfstandig en hebben een zorgvraag. Het is alleen niet de bedoeling dat ze tussen vier muurtjes gaan zitten en dat zorgverleners heen en weer rennen. Bewoners moeten mee kunnen en mogen doen. Vandaar de noodzaak voor het maken van inclusieve wijken.’



De hulpverlening in wijken waar meer zorgvragers bij elkaar wonen is volgens Lamers namelijk ook lastiger. Het gaat om een grote groep mensen die moeilijker in hun eigen inkomen kan voorzien en die daardoor in aanmerking komt voor goedkope, vaak kleine woningen. ‘Soms zien we dat er in één complex of portaal veel zorgvragen liggen. Verspreid je die bewoners over een buurt dan kunnen medebewoners eens een helpende hand bieden. En als het echt niet gaat weet de omgeving wie ze kunnen inschakelen voor hulp.’

Gaat het in een inclusieve wijk dan niet toch heel vaak mis? Soms wel, zegt Lamers. ‘Zo was er een man die steeds psychoses had. De burens waren aardig voor hem en hij kreeg veel zorg maar het ging toch mis. Dat sommigen beter af zijn in een instelling ziet Anneke Nijhoff ook. ‘Als je leven zo ontregeld is en je de grip echt helemaal kwijt bent, dan heb je continu zorg nodig. Maar de mensen voor wie lichtere ondersteuning voldoende is kunnen prima zelfstandig wonen en wij moeten zorgen voor wijken waar het voor iedereen goed toeven is.’

De verschillende partijen werken ook al veel samen, legt Patricia Esveld van Pro Persona uit. Wijkverpleegkundigen, medewerkers van de ggz in de wijk en ook de woningconsulenten overleggen of komen bij elkaar. Nu blijft het alleen vaak bij samenwerken. Als het aan Esveld ligt gaan deze partijen in de toekomst als één team opereren. ‘De ideale situatie zou zijn dat je als cliënt niet hoeft na te denken over welke zorg je waar moet halen. Je wordt door één persoon geholpen en hoe dat achter de schermen afgestemd wordt, dat is voor jou niet belangrijk.’

“Vorig jaar hebben we ons beziggehouden met het gedachtegoed en zijn we met het team een gereedschapskist gaan maken”

Maar wat is daar voor nodig? Om te beginnen worden de verschillende professionals bij elkaar gebracht en leren elkaars ‘taal’ spreken. De wijkregisseur en de ambulante begeleider bijvoorbeeld. De bedoeling is dat ze van elkaar leren en hun ervaringen en onderzoeken delen in een digitaal boekje. ‘Nu zie je dat er nog steeds mensen zijn die, door omstandigheden, uit hun huis worden gezet. Dat willen we echt anders gaan doen. De bestuurders zullen ervoor moeten zorgen dat de hefboomen opengaan en moeten, als dat nodig is, met de politiek praten. De bedoeling is om een olievlek te creëren van kleine initiatieven waar je de beste punten uit kunt halen.’



‘Vorig jaar hebben we ons beziggehouden met het gedachtegoed en zijn we met het team een gereedschapskist gaan maken,’ legt Anneke Nijhof uit. We kijken naar wat er nodig is in wijken en buurten om ervoor te zorgen dat mensen daar prettig met elkaar kunnen wonen. Ik ondersteun de bestuurders maar dus ook het innovatie team en breng ze bij elkaar. We gaan met z’n allen kijken naar wat werkt en wat niet.’

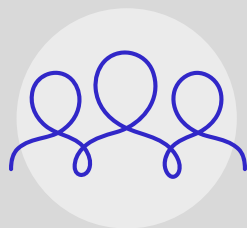
Voor 2021 ligt er nu een routekaart, met 6 routes. Al werkende gaan de verschillende partijen van elkaar leren. Ook bij de woningcorporaties zijn ze bezig met kleine projecten die ze aan het eind van het jaar evalueren, vertelt Lamers. ‘Wij merken in de wijk dat als we dit nu niet goed oppakken, als we die samenwerking niet aangaan, dit ten koste zal gaan van de leefbaarheid.’

Patricia Esveld ziet dat er binnen de ggz door collega’s uit andere plaatsen met interesse gekeken wordt naar wat er in Nijmegen is afgesproken. ‘Dit is uniek binnen de ggz. Er zijn nu zes initiatieven, waarvan er verschillende binnen één wijk of binnen één pand plaatsvinden. Wij hebben nu heel concreet wat er moet gebeuren en waar we over een jaar met z’n allen willen staan. En als de politiek de woonagenda uitvoert kunnen we dit soort projecten op veel meer plekken uitvoeren.’

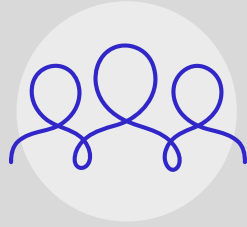
Of buurtbewoners in de toekomst wel zitten te wachten op meer inclusieve wijken met daarin misschien een buurman met een wat grotere zorgvraag? Daar is Esther Lamers van Woonwaarts heel duidelijk over. ‘Het gaat niet werken als je dat alleen wenst voor wijken waar jij zelf niet woont. We moeten met elkaar bepalen dat we een samenleving willen zijn waar iedereen fijn kan wonen. Dit moeten we met elkaar doen.’

Meer over **dit project**.

Woningcorporaties Portaal, Talis en Woonwaarts hebben met zorginstellingen Stichting De Driestroom, Pro Persona, Iriszorg en RIBW Nijmegen & Rivierenland de intentie uitgesproken dat binnen vier jaar de realisatie van ‘inclusieve’ buurten een feit zijn. Zo’n 30 procent van de nieuwe woonwijken is bestemd voor bewoners die ondersteuning nodig hebben.

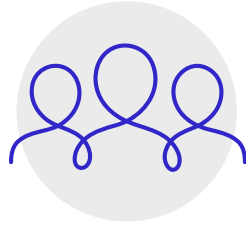


Zorgprofessionals



Thema Zorgprofessionals 1

**Minder bureaucratie,
meer werkplezier**

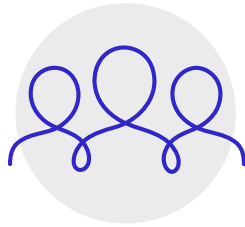


Thema Zorgprofessionals 1

Minder bureaucratie, meer werkplezier

Gevraagde politieke actie

- Draag er zorg voor dat zorgprofessionals meer autonomie krijgen en verhoog hun werkplezier. Verzoek de minister van VWS om een centraal orgaan met doorstootmacht¹ dat samen met stelselpartijen, zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten, overgaat tot concrete actie t.a.v. vereenvoudiging en het wegnemen van regel- en verantwoordingsdruk;
- Borg de begrijpelijke en gewenste controle en verantwoording van de uitgave van maatschappelijke middelen op een wijze waarin lange termijn en vertrouwen de basis is. Denk aan meerjarencontracten, horizontaal toezicht en verantwoording op hoofdlijnen;
- Bevorder het meedraaien van ggz-professionals die niet in loondienst zijn in de ANW- en crisisdiensten. Stimuleer professionals zich zodanig te organiseren dat de werklast van deze diensten evenredig is verdeeld. Daarbij valt te denken aan instrumenten zoals het stellen van eisen aan de herregistratie;
- Het bevorderen van de bekostiging van het inzetten van ervaringsdeskundigen levert een kwalitatief goede bijdrage aan de zorg, draagt bij aan vermindering van arbeidsmarkttekorten en zal bijdragen aan het verminderen van wachtlijsten. Het aanpassen van NZa regelgeving zal dit mogelijk kunnen maken op aanwijzing van de minister van VWS;
- Het is van groot belang dat taken van zorgprofessionals goed aansluiten op de genoten opleiding. Voor de kwaliteit van werk is het nodig om passend werk te hebben en professionals varen wel bij loopbaanperspectief en een transparant functiehuis in de sector. Daartoe is het project 'functiedifferentiatie' ontwikkeld. Draag zorg voor dit project door een overheidsbijdrage beschikbaar te stellen;
- Borg een hogere kwaliteit van zorg en het tegengaan van druk op de capaciteit van zorg door digitale vernieuwing te stimuleren. Draag samen met het ministerie van VWS zorg voor een extra (financiële) impuls om professionals in de zorg sneller en actiever 'digitaal vaardig te maken';



- Draag zorg voor een fiscaal gelijk speelveld tussen ggz-professionals in loondienst en professionals die zich als zzp'er laten inhuren;
- In het SER-advies '**Aan de slag voor de zorg, een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt**' wordt structureel extra budget voorgesteld om te investeren in de beloningen in de zorg, in het bijzonder daar waar sprake is van een achterstand ten opzichte van de markt, zodat een vergelijkbaar niveau met de marktsector kan worden gerealiseerd. Wij vragen de politiek deze aanbeveling te omarmen.

Probleemanalyse

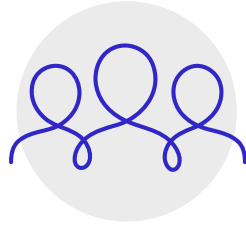
We moeten alles op alles zetten om werknemers te behouden en nieuwe professionals te interesseren voor de ggz. De focus ligt teveel op productie en verantwoording, ten koste van de zo gewenste tijd voor opleiding, loopbaanperspectief, intervisie, supervisie en begeleiding van afgestudeerden.

- De vraag naar ggz groeit met 3,4% per jaar². In 2015 werd er € 6,4 miljard in de ggz uitgegeven. Bij ongewijzigd beleid wordt dat in 2060 meer dan € 60 miljard³. Bovendien lopen de arbeidsmarkt-tekorten in de ggz bij ongewijzigd beleid op tot ruim 4.000 fte in 2030⁴. Deze combinatie leidt voor de maatschappij voorspelbaar tot verlies van kwaliteit van zorg en oplopende wachtlijsten;
- Uit onderzoek AEF⁵: ruim 1 op de 3 professionals vertrekt binnen 5 jaar. Redenen: onvrede over arbeidsomstandigheden en hoge kwantitatieve taakeisen. De 'afvinkcultuur' en bureaucratie leiden voor professionals tot een te hoge werkdruk, gaan ten koste van autonomie en zeggenschap⁶ en aandacht voor de cliënt;
- Tussen de 9.000 en 45.000 professionals ervaren minder werkplezier als gevolg van digitale werkstress en -druk. Een ander belangrijke verklaring ligt in het gebrek aan loopbaanmogelijkheden.

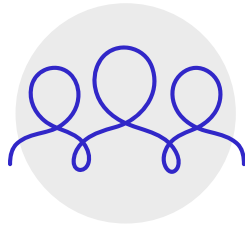
Oplossingsanalyse

Er moet tijd en ruimte komen voor initiatieven van werkgevers en koepels op gebied van loopbaan, aandacht voor intervisie, supervisie en werkdruk.

- De (ervaren) productiedruk moet doeltreffend worden aangepakt. Werkgevers en koepels binnen de ggz trachten regeldruk te verminderen door de regels aan te pakken en vanuit vertrouwen te gaan werken. Voorbeelden hiervan zijn:
 - Het Zorgprestatiemodel, waarvan criteria o.a. zijn: eenvoudige en duidelijke regels en geen tijdsregistratie;
 - Het invoeren van 'horizontaal toezicht' in samenwerking met zorgverzekeraars: procesgericht in plaats van verantwoording achteraf;



- De landelijke GGZ-campagne: ‘Minder regelgekte, meer zorg’ (2017). Een samenwerking met VWS, de NZa en de inspectie (IGZ) om acht maatregelen te nemen waar men op een simpele manier invulling aan kon geven en die per direct leidden tot vermindering van de regeldruk op korte termijn (2019);
- Een echte doorbraak blijft uit. Actie is nodig, door stelselpartners samen. Laat daartoe een centraal orgaan met doorstootmacht aanstellen;
- Er zijn innovaties nodig omdat het dreigende arbeidsmarkttekort niet kan worden opgevangen. Digitalisering van de zorg kan capaciteitsdruk doen verminderen én bijdragen aan het verhogen van het werkplezier. Tegelijkertijd is digitalisering onderdeel van probleem. Digitalisering is voor veel zorgprofessionals immers een reden de zorgsector te verlaten. Juist vanwege de werkdruk verdwijnt de aandacht voor ontwikkeling van digitale vaardigheden als eerste van de prioriteitenlijst. Dit vereist het investeren in digitale vaardigheden, waarvoor elke extra financiële impuls welkom is;
- Het project ‘Digitale Vaardigheden ggz’ zorgt voor een integrale aanpak. Werkgevers en professionals worden ondersteund om digitaal vaardiger te (durven) worden;
- Breid de opleidingscapaciteit uit en leid toekomstgericht op. In de opleiding moet plaats zijn voor kortdurend en herstelgericht behandelen, de nieuwe netwerkgerichte rol van de zorgprofessional en voor digitale vaardigheden. Maak een leven lang leren mogelijk en stimuleer dit bijvoorbeeld door de introductie van een vorm van individuele leerrekeningen. De ‘STAP-regeling’ (stimulering arbeidsmarktpositie) die per 01-01-22 in zal gaan is een vorm van een individuele leerrekening, waar onze sector blij mee is;
- Acute zorg en avond-, nacht- en weekendzorg is voor het personeel in loondienst bij ggz-aanbieders al lange tijd een te grote werkbelasting. Stimuleer daarom dat ook professionals die werkzaam zijn bij collega-instellingen of niet in loondienst zijn, gaan bijdragen aan het leveren van deze diensten;
- Maak gebruik van nieuwe professionals. De inzet van ervaringsdeskundigen in de ggz is van grote waarde. Betaal ggz-aanbieders voor de inzet van ervaringsdeskundigen.



Toekomstbeeld

Voor zorgprofessionals gaat het belang van de cliënt regelmatig boven het eigen welzijn. Aandacht voor wat de professionals zélf nodig hebben, komt vaak op de laatste plaats. In de toekomst zal de sector, in nauwe samenwerking met stelselpartners en VWS, zorg dragen voor: het bieden van een veilige basis, vertrouwen en het borgen van professionele autonomie, alsmede het meer stimuleren van lerend vermogen. Zodat de druk op de arbeidsmarkt minder wordt, de potentie van innovatie en technologische ontwikkeling ook wordt waargemaakt, en professionals in de ggz kunnen doen waar ze goed in zijn: kwalitatief hoogwaardige zorg verlenen met zo min mogelijk administratieve lasten.

¹ Suggestie is daarbij met een afgebakend kader te werken. Voorbeeld van een dergelijke werkwijze: het CONO was een door de overheid erkend orgaan, dat een stevig patroon wist te doorbreken. Aan de besluiten die in het CONO werden genomen ging een stevig debat met diverse partijen vooraf. (Bron: Florence 2.0). Andere initiatieven, zoals 'Ontregel de zorg', blijken tot dusver te vrijblijvend.

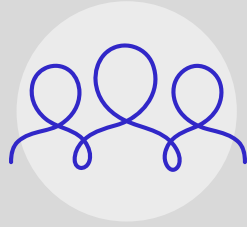
² [Publicatie KPMG Healthcheck ggz](#)

³ [Publicatie KPMG Healthcheck ggz](#)

⁴ [Publicatie Rijksoverheid arbeidsmarktprognose](#)

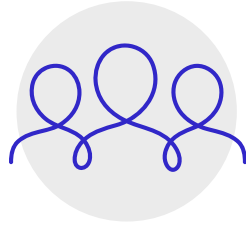
⁵ [Publicatie rapportage behoud van medewerkers in het sociaal domein](#)

⁶ [Publicatie RVS anders verantwoord voor goede zorg](#)



Thema Zorgprofessionals 2

Nieuwe zorgconcepten en digitalisering

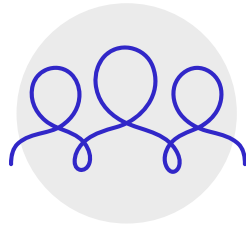


Thema Zorgprofessionals 2

Nieuwe zorgconcepten en digitalisering

Gevraagde politieke actie

- Investeren in technologische innovatie en nieuwe zorgconcepten is een kwestie van lange adem. Het ministerie van VWS zou inkopende partijen zoals zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren er op mogen aanspreken investeringen bij zorgorganisaties te stimuleren. Dit door o.a. meerjarige contractering met ruimte voor innovatie. Stimuleer zo de ontwikkeling van een innovatie-agenda met focus op arbeidsbesparende effecten;
- Draag vanuit de overheidsbegroting zorg voor middelen voor innovatie in de ggz. De marges in de ggz zijn al jaren achtereen laag. Het budget voor innovatie is mede daardoor structureel beneden peil. Zeker gezien de relatief hoge investeringskosten bij ICT is dit een probleem;
- Het ministerie van VWS, maar ook beroepsverenigingen en beroepsopleidingen moeten aandacht hebben voor het opleiden en versterken van ggz-professionals in de digitale beroepsuitoefening. Dit betekent attentie voor digitale vaardigheden maar ook het behandelen met behulp van eHealth, het leren door gebruik te maken van data en innoveren via eHealth¹. Draag samen met veldpartijen zorg voor een sterker curriculum op dat vlak en schep daarvoor voldoende financiële ruimte;
- Digitale uitwisseling geeft een impuls aan de continuïteit en kwaliteit van zorg bij overdracht van patiënten in de ggz-keten. Stimuleer het Ministerie van VWS de subsidieregeling te continueren en daarvoor nogmaals € 50 miljoen beschikbaar te stellen. Die regeling maakt het mogelijk dat ggz-aanbieders aanhaken op de uitwisselingsinfrastructuur, en die uitwisseling ook op de werkvloer kunnen implementeren. Het betreft de subsidieregelingen VIPP 3 (VIPP GGZ, voor ggz-instellingen) en VIPP 4 (VG, voor vrijgevestigde behandelaren). Bewaak daarbij met het ministerie ook de gegevensstroom vanuit de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO);
- Vraag de bewindspersoon erop toe te zien dat de Regionale Samenwerkings Organisaties (RSO's) betrokken worden bij de toepassing van digitale zorgconcepten en de doorontwikkeling van de voor samenwerking noodzakelijke digitale gegevensuitwisseling.



Probleemanalyse

Het werken met nieuwe technieken, innovatie en digitalisering kan leiden tot een hogere zorgkwaliteit² en kán in potentie ondersteunend of ontlastend werken voor professionals, mits ze daarvoor (via o.a. opleidingen) voldoende geëquipeerd zijn. Anders is het eerder een bron van frustratie en werkdruk.

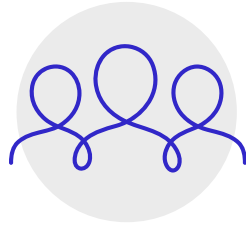
Patiënten wisselen op hun beurt in hun cliëntreis van zorgaanbieder. Goede digitale gegevensoverdracht in de zorgketen kan leiden tot hogere kwaliteit van zorg en reductie van administratieve lasten.

- Het ministerie van VWS heeft de afgelopen jaren met de branche een tweetal subsidieregelingen - VIPP GGZ en VIPP VG - opgesteld. Zo kunnen patiënten hun dossiergegevens naar zich toe halen in het PGO. In omgekeerde richting is dit nog niet mogelijk. De vraag daarnaar onder zorgaanbieders groot. Want op die manier krijgt digitale interactieve zorg via het PGO een nieuwe dimensie;
- Uit schattingen (o.a. van de Europese Commissie) blijkt dat 30% tot 40% van de huidige beroepsbevolking niet genoeg digitale vaardigheden en bewustzijn heeft. Door verdere digitalisering kan dat oplopen richting 60%, ongeacht leeftijd en opleidingsniveau. Volgens een enquête in de ggz ligt het aantal digistarters tussen 10% en 50%. Tussen de 9.000 en 45.000 professionals ervaren minder werkplezier als gevolg van digitale werkstress en -druk. Dit terwijl het aantal digitale toepassingen verder toeneemt.

Oplossingsanalyse

Omarm en stimuleer de kracht van innovatie, digitalisering en data uitwisseling. Dit maakt het mogelijk om de druk op de wachtlijsten te helpen verminderen, door ondanks het gebrek aan zorgprofessionals toch de behandelcapaciteit te versterken. Dat vereist wel om de juiste inzet van technologie door professionals voldoende te ondersteunen. Zet in op digitale vaardigheden en kennis, zodat de positieve effecten van digitalisering op arbeidslast worden versterkt en de negatieve druk die dat nu op professionals legt wordt weggenomen.

- Innovatieruimte vereist investeringen, waarvoor momenteel in de sector te weinig marges zijn. Deze middelenkwestie moet in de inkoop worden opgelost of anders via overheidsingrijpen worden beslecht;
- De Nederlandse ggz heeft de afgelopen jaren een Basisgegevensset Ggz ontwikkeld. Deze gegevensset ondersteunt de overdracht van patiënten. De inbouw hiervan is in 2022 voltooid. Dit vormt een goede Ausgangssituatie om de gegevens ook tussen zorgaanbieders uit te wisselen. De verbinding tussen aanbieders is een noodzakelijke vervolgstap;
- Investeer in - en verbeter - het curriculum om professionals toe te rusten met digitale vaardigheden en zicht op innovatie en eHealth oplossingen;



- Gegevensuitwisseling kent een (boven)regionaal karakter. Versterk de samenwerkingskracht onder meer door Regionale Samenwerkingsorganisaties (RSO's) te betrekken;
- Door het VIPP GGZ Programma is een ecosysteem ontstaan om gestandaardiseerd te werken. Continueer dit.

Toekomstbeeld

Techniek en innovatie helpt in de toekomst te zorgen voor meer behandelcapaciteit bij een toenemende zorgvraag. Dat is van belang, omdat een toenemende zorgvraag niet volledig kan worden opgevangen door het aantal professionals dat tot de arbeidsmarkt toetreedt. Om dit te realiseren moet niet enkel in de digitalisering en innovatie zelf worden geïnvesteerd, maar ook in de arbeidskrachten die die digitalisering en innovatie succesvol moeten implementeren. De samenhang van die zaken zorgt voor een sterke sector.

¹ Neem een voorbeeld aan het initiatief Six Fingers in de opleiding tot GZ-psycholoog van de Universiteit van Utrecht.

² Zie bijvoorbeeld 'Innoveren voor gezondheid – technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg', TNO, 2013.



Uit de praktijk

Zorgprofessionals



Hoe Arkin de strijd aangaat met de regeldruk in ggz:

“Ik kan tegenwoordig gewoon vaker langs-komen bij mijn cliënten”

Als we bij de Nederlandse ggz van onze leden één verzuchting vaak horen over wat hun zorgmedewerkers bezighoudt is het het wel deze: ‘Kan de papierwinkel niet wat minder?’ Natuurlijk, goed bijhouden hoe en waarom je een cliënt behandelt hoort erbij. Maar de afgelopen jaren nam de regeldruk in de sector zodanig toe, dat het ten koste ging van de kwaliteit van zorg en het werkplezier van medewerkers. Daarvoor is politieke actie nodig, maar kan de sector ook zelf stappen zetten.

Bij zorgaanbieder Arkin, lid van de Nederlandse ggz, besloten ze de boel radicaal om te gooien met ‘Ontregel de zorg’. Hoe kregen ze bij Arkin de administratieve lastendruk drastisch naar beneden? En wat is er nodig dit resultaat in de hele sector te behalen?

Laatst moest psychiater Nina Silvester van Arkin ergens invallen waar ze nog op de ‘oude’ manier werkten. Het confronteerde haar meteen weer met de gigantische regeldruk en administratie in de geestelijke gezondheidszorg. ‘Jeetje mina, wat een werk was dat. Maar ook: wat een enorme winst hebben wij geboekt!’ Samen met ambulant behandelaar Joey Koert vertelt ze over hoe Arkin de afgelopen jaren heeft gewerkt aan minder regels: Ontregel de Zorg.

“Ik ken genoeg collega’s die het werkplezier verloren. Of erger; de ggz de rug toe hebben gekeerd.”



Zelf hebben Nina Silvester en Joey Koert altijd de energie en de passie voor het vak behouden, maar Joey Koert benadrukt: ‘Ik ken genoeg collega’s die het werkplezier verloren. Of erger; de ggz de rug toe hebben gekeerd.’

Bureaucratie groeit met de jaren

Hoe bureaucratie ontstaat? Dat groeit met de jaren, hebben Koert en Silvester ervaren. Het mechanisme werkt als volgt. Verzekeraars stellen eisen aan behandelingen, instellingen op hun beurt tuigen hiervoor administratie op. Behandelplannen moeten worden ingevuld, en formulieren afgevinkt. In de angst sommige behandelingen niet vergoed te krijgen, grote financieringen mis te lopen, of doordat een instelling meerdere financiers heeft, worden nog eens extra formulieren geïntroduceerd, voor de zekerheid. Gegevens worden in sommige gevallen op wel drie verschillende plekken gedocumenteerd.

Een opstuwend geheel van regels

Op deze manier nam de regeldruk in de ggz-sector toe, net als het wantrouwen tussen instellingen en verzekeraars én de afstand tussen de inhoud van de zorg en de groene vinkjes op de formulieren. Nina Silvester: ‘Waarom doen we dit eigenlijk’ was een vraag die we onszelf steeds vaker stelden. Het werd een opstuwend geheel van steeds meer regels.’ Joey Koert vult aan: ‘Je was bijna obsessief bezig met het sluitend krijgen van je agenda. Die acht uur op een dag moest van minuut tot minuut worden verantwoord. Terwijl het om de zorg

“Je was bijna obsessief bezig met het sluitend krijgen van je agenda. Die acht uur op een dag moest van minuut tot minuut worden verantwoord. Terwijl het om de zorg voor de cliënt gaat.”

voor de cliënt gaat.’ Koert, Silvester en andere collega’s binnen Arkin besloten zich te buigen over de vraag waar de regels het zwaarst op het werk drukten, en waar het simpeler kon, beter kon. Juist in de ambulante zorg, de hoek waarin de psychiater en de behandelaar werken, was de behoefte aan minder regels groot. ‘Ons werk is dynamisch. We moeten snel kunnen schakelen. Snel zorg regelen. En tussendoor de cliënt bezoeken als de situatie erom vraagt’, vertelt Nina Silvester.



Waar hebben patiënten wat aan?

‘Zijn dit nu regels waar onze patiënten echt iets aan hebben? Of is het een regel om de regel geworden?’ geeft Silvester aan als belangrijkste afweging in de ontregelexercitie. Samen met verzekeraar Zilveren Kruis heeft Arkin vervolgens veel administratieve ballast van de schouders van haar medewerkers gehaald. Samen met de verzekeraar ja, benadrukken de twee specialisten. ‘Je kunt wel naar elkaar blijven wijzen, maar we hebben de bureaucratie met z’n allen gecreëerd’, vindt Silvester. ‘Dus kun je ook beter samen optrekken om de situatie te verbeteren. We hebben het commitment gekregen van Zilveren Kruis, en ook van onze directie.’ Veel winst is geboekt door te schrappen wat niet wettelijk noodzakelijk is. Daarnaast zijn de verantwoordingscodes voor de financiering van behandelingen flink teruggebracht. Van de 130 verschillende codes die in de loop van de jaren zijn ontstaan, zijn er nu nog vijf over. Verder hoeft indirecte tijd niet meer te worden meer geadministreerd. Voorheen moesten ook bijvoorbeeld niet beantwoorde telefoontjes met een huisarts of collega worden verantwoord. Dat hoeft nu dus niet meer. ‘Het behandeldoel is echt voorop komen te staan’, vertelt Silvester.

Een uur meer zorg per dag

Het meetbare resultaat: van de tweeënhalf uur schrijf- en verantwoordingswerk is nu nog maar anderhalf uur over. Dat betekent een uur per dag méér zorg voor de patiënt. ‘Ik kan tegenwoordig gewoon vaker langskomen bij mijn cliënten. En een band opbouwen, echt een voorwaarde voor een goede behandeling’, zegt Joey Koert. ‘Verder is er meer ruimte voor overleg met collega’s en ketenpartners.’

“Door de nutteloze administratie te schrappen, kom je dicht bij de vraag wat kwaliteit van dossiervorming is, wat kwaliteit van zorg is.”

Ontregelen zorgt voor de omslag naar de inhoud

Nina Silvester vindt daarnaast dat het proces van ontregelen het nadenken over de inhoud van de zorg heeft aangezwengeld. ‘Bijvangst, zou je kunnen zeggen, maar een fantastische ontwikkeling’, geeft de psychiater van Arkin aan. ‘Door de nutteloze administratie te schrappen, kom je dicht bij de vraag wat kwaliteit van dossiervorming is, wat kwaliteit van zorg is. Wat vind ik nou belangrijk, en wat schrijf ik daar nou over op? Ontregelen heeft de kwaliteit van zorg echt verbeterd. Ook de dossiers zijn meer op orde, en veel inhoudelijker



van aard.’ Nina Silvester doelt onder andere op het behandelplan. Hierin staat inhoudelijk beschreven welke aanpak en behandeling voor een cliënt worden gevolgd. Door alle verantwoording en formulieren werd dit plan niet altijd even goed bijgehouden en gedeeld. Door de geboekte tijdswinst is afgesproken juist op dit zorginhoudelijke plan meer aandacht te vestigen. Nina Silvester merkt dat: ‘Het behandelplan heeft meer betekenis gekregen. Dat vindt de verzekeraar ook. We hoeven er geen druk op te zetten, het gaat gewoon vanzelf. Dat is goed voor de kwaliteit van zorg.’

Verantwoordelijkheid en saamhorigheid groeien

Ook in verantwoordelijkheid en saamhorigheid groeiden de medewerkers die de strijd aangingen met de regeldruk. Silvester vervolgt: ‘Wij kunnen zelf nadenken en beslissen. Daar wordt beter op vertrouwd. Er is geen controledrift, er zijn geen overbodige overlegjes. We werken vanuit vertrouwen. De verbondenheid in ons team van psychiaters is zodoende ook gegroeid: wij runnen een toko waar we zelf de regie over hebben, zelf de verantwoordelijkheid voor voelen.’ Dat past volgens collega Koert veel meer bij het profiel van de ggz-professional: ‘Die is maatschappelijk geëngageerd en wil het beste voor zijn cliënten.’

Politieke aandacht nodig: minder bureaucratie vraagt een lange adem

De ervaringen van het Arkin-project Ontregel de Zorg worden gedeeld met andere instellingen, die het voorbeeld kunnen volgen. Maar ook in de politiek moet er aandacht voor blijven, vinden de twee professionals van de ggz-instelling. ‘De weg naar minder bureaucratie vraagt een lange adem’, weet Nina Silvester. ‘Ook voor de behandelaar zelf. Ik merkte dat het best moeilijk is om uit een bepaald systeem te stappen. Daarvoor is aanmoediging nodig, vanuit je bestuur, vanuit de verzekeraar, én vanuit de politiek.’ Joey Koert besluit: ‘Heb daarom vertrouwen in het vakmanschap van de zorgverlener. Dat geeft ruimte aan meer zin hebben in zorg verlenen. Niet alleen in de ggz, maar ook in andere zorgsectoren. Dat is echt nodig.’

**“Heb daarom vertrouwen in
het vakmanschap van de zorgverlener.
Dat geeft ruimte aan meer zin hebben
in zorg verlenen...”**

Colofon

samen zijn we **de Nederlandse ggz**

De Nederlandse ggz
Piet Mondriaanplein 25
3812 GZ Amersfoort

t. +31 (0)33 460 98 00
e. info@denederlandseggz.nl
www.denederlandseggz.nl

© de Nederlandse ggz 2021