

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

T 033 460 89 00
info@denederlandseggz.nl
www.denederlandseggz.nl

NL 56INGB 0687 211808
BTW NL 8059.20.973.B01
KvK 40483580

Datum
11-12-2020

Ons kenmerk
00244026 / 2020

Contactpersoon
Nathalie Beenen

Onderwerp
Reactie op consultatie Houtskoolschets Acute Zorg

Geachte heer Blokhuis,

Met belangstelling hebben wij de 'Houtskoolschets Acute Zorg' bestudeerd. Het is een mooi discussiestuk waarin veel thema's worden genoemd die ons als ggz-sector aanspreken. Wij waarderen uw inspanningen om de acute zorg in Nederland naar een hoger plan te tillen. Dit sluit aan bij een ontwikkeling die binnen de ggz al langer plaats vindt: eenduidige regionale organisatie, gericht op het voorkomen van (verdere escalatie van) de crisis door beoordeling in de thuissituatie, het afstemmen van de respons op de hulpvraag in samenhang met de andere (acute) zorgaanbieders en ongewenste inzet (van bijvoorbeeld politie) proberen te voorkomen.

Wij constateren dat in de houtskoolschets de positie van de acute ggz en de laatste ontwikkelingen in de acute ggz ten onrechte zijn onderbelicht.

Ontwikkelingen acute ggz

De afgelopen jaren is veel aandacht uitgegaan naar de acute psychiatrie. Het doel is om in iedere regio in Nederland snelle acute psychiatrische zorg te kunnen leveren, 24 uur per dag, zeven dagen in de week. Dit kan door een goede samenwerking tussen alle betrokken hulpdiensten. Op 1 januari 2020 is de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) ingegaan. In de GMAP is de bekostiging van de acute psychiatrie geregeld op basis van beschikbaarheid in de regio. Onze leden spannen zich in om de GMAP op een ordentelijke manier te implementeren in samenwerking met de regionale netwerkpartners. Ons eerste beeld is dat er met de GMAP een stevige verbetering wordt gemaakt. Zo is in alle 28 acute ggz regio's de triagefunctie ingevoerd, waardoor verwijzers en patiënten een snellere toegang tot de crisisdienst hebben. Tevens is er in elke regio een beoordelingslocatie bij de ggz ingericht waar mensen met acute psychiatrische problematiek naartoe gebracht kunnen worden. In de regioplannen acute ggz zijn – en worden – in iedere regio afspraken gemaakt met netwerkpartners uit het sociale, medische en veiligheidsdomein.

de Nederlandse ggz

We zijn als sector trots op de stappen die we in de afgelopen jaren hebben gezet. Desalniettemin zien wij dat er ruimte blijft voor verder verbetering. De ggz-sector zet zich vanuit die attitude graag in om mee te denken over de toekomstige inrichting van acute zorg.

Houtskoolschets

In de inleiding van de houtskoolschets betoogt u dat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg in de toekomst gegarandeerd moeten zijn. De Nederlandse ggz onderstreept dit uitgangspunt. Samenwerking tussen alle betrokken hulpdiensten is hierbij cruciaal. Als ggz-sector hebben we in de afgelopen jaren al de nodige stappen gezet op dit punt. De crisisdiensten opereren in hun regio als netwerkorganisaties. In veel regio's wordt er gewerkt met compacte teams waardoor partners in het hulpverleningsnetwerk elkaar goed kennen. De bereikbaarheid (en dus herkenbaarheid) voor verwijzers is sterk vergroot. De acute ggz is aangesloten bij de Zorg & Veiligheidsregio's en de ROAZ en heeft regelmatig overleg met een contactpersoon van de politie. Wij sluiten niet uit dat de organisatie van de acute zorg op punten beter kan. In de houtskoolschets wordt echter gesproken over een noodzakelijke verbetering. Expliciete knelpunten in de huidige situatie worden niet benoemd. Wij willen u ook meegeven dat de mogelijke knelpunten per regio kunnen verschillen. Door de regionale knelpunten explicieter te maken kan de richting naar verbetering ook specifiek en beter afgestemd op de regio worden omschreven.

Concreet wil ik u de volgende 5 punten meegeven:

1. Organiseer één nummer en één toegangspoort voor de acute zorg

In de acute zorg is het belangrijk dat de samenwerking tussen alle betrokken hulpdiensten optimaal is ingericht. De Nederlandse ggz pleit voor één nummer en één toegangspoort voor de hele acute zorg. Vanuit deze toegangspoort wordt de cliënt direct doorverwezen naar de juiste deskundige professional die de patiënt triageert. Vervolgens wordt de cliënt naar de juiste locatie voor beoordeling en/of zorg doorverwezen. Deze samenwerking voorkomt dat de cliënt van de ene naar de andere zorgverlener wordt gestuurd.

In de houtskoolschets zie wij met genoegen dit voorstel terugkomen. Wij vinden het essentieel dat de ggz-triagefunctie overeind blijft, omdat alleen een ggz professional de deskundigheid heeft om de triage van psychiatrische problematiek uit te voeren. In de praktijk kan de meldkamer na het uitsluiten van levensbedreigende spoed gericht meldingen doorzetten in de richting van de ggz triagist van de GMAP-aanbieder, die lager urgente psychiatrische hulpvragen kan uitvragen en onderverdelen in urgentiegraden.

We willen u meegeven dat zowel het organiseren van de triagefunctie alsmede het fysiek situeren van alle acute zorg op één plek geen doel op zich mag zijn. De insteek is en blijft wat ons betreft optimale samenwerking in het netwerk acute zorg.

2. Faciliteer de bundeling van alle krachten, ook die van het sociale, maatschappelijke en veiligheidsdomein, om één netwerk van acute en niet-acute zorg vorm te geven

De Nederlandse ggz pleit voor een goed op elkaar aansluitend netwerk voor acute en niet-acute zorg. Dit dient georganiseerd te worden op het niveau van de Zorg & Veiligheidsregio's (conform GMAP en advies Schakelteam Mensen met verward gedrag). Denk hierbij aan wijkteams, gemeenten, jeugdzorg, gezinshulp, schuldhulpverlening, GGD (inclusief ambulancevervoer), maatschappelijk opvang, reclassering en de partijen die 24/7 werken, zoals de politie.

Om het netwerk van crisiszorg te verbinden en daarmee succesvolle samenwerking te bereiken moet de financiering worden aangepast. Enerzijds door te ontschotten en anderzijds door bepaalde diensten in het netwerk acute zorg, bijvoorbeeld de gezamenlijke – bij voorkeur digitale – toegangspoort en de triage gezamenlijk door verzekeraars te financieren. De effecten van de krachtenbundeling zullen ook bijdragen aan minder crisissituaties en daarmee aan een groter gevoel van maatschappelijke veiligheid. Wij vinden dat de samenwerking tussen de acute ggz en het sociaal, maatschappelijk en veiligheidsdomein nu nog onvoldoende wordt belicht in de houtskoolschets.

3. Begin niet van voren af aan, maar ga uit van best practices. Laat de GMAP explicieter terugkomen

Op pagina 8 schrijft u dat de centrale vraag bij de gesprekken die zijn gevoerd was: ‘Hoe zouden we het acute zorglandschap inrichten en financieren als we helemaal opnieuw zouden kunnen beginnen en we geen rekening hoeven te houden met belangen en de huidige inrichting van het acute zorglandschap?’ Deze insteek kan de indruk wekken dat het uw uitgangspunt is dat er op dit moment heel veel niet goed gaat en dat doet geen recht aan de inspanningen die er in de afgelopen jaren in de acute ggz zijn gedaan om tot een verbetering te komen. Er wordt dagelijks keihard door onze professionals gewerkt om de acute ggz nóg beter, nóg efficiënter en nóg doelmatiger in te richten.

Het op een blanco vel beginnen heeft het risico in zich dat structuren die op basis van lokale behoeftes zijn ontstaan zullen sneuvelen. Het acute zorglandschap is zeer complex in aard en getal, waardoor bij een houtskoolschets een heleboel impliciete kennis niet op het papier komt en er snel constructiefouten kunnen ontstaan in nieuw ontworpen structuren. Logischer is om een knelpuntenanalyse van de huidige situatie te maken en van daaruit verbetervoorstellen te doen, in plaats van al het goede aan de kant te zetten en opnieuw te beginnen. Ook vragen wij u om de staande praktijk, en wat daar allemaal wél goed gaat niet uit het oog te verliezen en om deze good practices vooral te benutten.

We zien dat er in de houtskoolschets op geen enkele plek gerefereerd wordt aan de GMAP. Onderdeel van de GMAP is bijvoorbeeld dat het uitgangspunt is dat de crisisdienst de cliënt thuis beoordeelt en dat de cliënt zoveel mogelijk ambulante behandeld wordt. Indien nodig vindt de beoordeling plaats op onze eigen ggz-beoordelingslocatie in de regio. De Nederlandse ggz voorziet een risico dat deze uitgangspunten mogelijk worden losgelaten als de GMAP niet explicieter in de houtskoolschets wordt genoemd.

4. Structuur en centralisatie vormen niet de oplossing

Samenwerking in het netwerk voor acute zorg is cruciaal om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg te realiseren. Wij lezen in de houtskoolschets veel voorstellen om bestaande structuren aan te passen en op punten te centraliseren. Dat staat haaks op de beweging die wij als acute ggz hebben ingezet, namelijk om ons meer te gedragen als een netwerkorganisatie met korte lijnen in de regio. Op dit moment zijn wij onderverdeeld in 28 regio's die elk hun specifieke kenmerken hebben. We bieden daarmee maatwerk in de regio en kunnen zo kleinschalige samenwerkingsverbanden aangaan en verbeteren. Dat neemt niet weg dat coördinatie en samenwerking beter kan, maar we zijn als de Nederlandse ggz van mening dat een structuurverandering en centralisatie niet de oplossing is. Wij zoeken de doorontwikkeling in de cultuur en de wijze waarop de verschillende professionele organisaties met elkaar samenwerken ('gemeenschappelijke ambitie'), de afspraken die je daar op regionaal niveau samen over maakt en het leiderschap dat je daarin als netwerkpartner toont.

de Nederlandse ggz

Het instellen van een onafhankelijk voorzitter bij het ROAZ zien wij niet als bevorderlijk voor betere onderlinge samenwerking. We vrezen zelfs voor extra bureaucratie. Het is voor de Nederlandse ggz niet helder welk probleem hiermee wordt opgelost. Als het gaat om acute zorg en regionale organisatie gaat het om verantwoordelijkheid nemen, regie kunnen voeren, en dat kan niet zonder inhoudelijke kennis en mandaat.

Al helemaal niet in situaties zoals nu met Corona waarin (pijnlijke) keuzes gemaakt moeten worden. Wij stellen daarom voor het voorzitterschap in ROAZ-verband zelf te organiseren.


We zien dat het ROAZ op veel plekken te grootschalig is. Daarnaast komen de ROAZ regio's niet overeen met de acute ggz regio's. Daardoor kan het nu voorkomen dat 1 ggz instelling te maken heeft met 3 ROAZ regio's met allemaal een andere aanpak. Gemeenten en veiligheidsregio's hebben daarnaast ook weer een andere regio-indeling. Wij pleiten voor een eenduidige regionale indeling voor de gehele zorg, in plaats van voor elke wet en regeling een andere.

5. Acute ggz is een gezamenlijke verantwoordelijkheid in de regio

Het leveren van adequate crisiszorg is van groot belang, maar we zien dat de continuïteit van zorg in het gedrang kan komen als alleen de psychiaters vanuit de ggz-instellingen de crisisdiensten draaien. Om de continuïteit te waarborgen is het van belang dat ook psychiaters die in dienst zijn bij andere instellingen of als zelfstandige werkzaam zijn hun bijdrage gaan leveren aan de crisisdiensten. Extra aandacht voor kwaliteitscriteria waaraan psychiaters in de crisisdienst moeten voldoen is dan wel gewenst.

Wij hopen u met bovenstaande aandachtspunten een goed beeld te hebben gegeven van de zienwijze van de Nederlandse ggz. Uiteraard zijn wij bereid om ons zienswijze aan u toe te lichten en onze bijdrage te geven aan een nadere uitwerking van uw beleid.

Met vriendelijke groet,



mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters
directeur