

De ontwikkelingen in de ggz kwamen in 2012, na het aantreden van het tweede kabinet Rutte, in een stroomversnelling. Het werd een jaar van nieuwe verbindingen, versnelling, beweging... Welke rol speelde GGZ Nederland daarin? Welke veranderingen waren er waarneembaar in politiek Den Haag? Waartoe leidden de ontwikkelingen voor de leden? Voorzitter Marleen Barth en directeur Paul van Rooij kijken terug op een veelbewogen jaar.

WIJ

GGZ GOED OP DE KAART

JAARVERSLAG GGZ NEDERLAND 2012

1

GGZ NEDERLAND EN
BESTUURLIJK AKKOORD

2

SAMEN STERK TEGEN STIGMA

3

INTERNATIONALISERING, WETGEVING
& (LEDEN)INTERACTIE

4

AMBULANTISERING / VERSLAVINGSZORG

5

WERKEN EN LANGDURENDE ZORG

6

ZORG DICHTBIJ / FORENSISCHE ZORG

7

JEUGD-GGZ

8

'Ik vond 2012 echt een mooi jaar. We hebben het tij weten te keren', zegt voorzitter Marleen Barth. 'De ggz staat nu goed op de kaart. Je merkt dat aan alles in Den Haag. Iedereen ziet dat we een betrouwbare partner zijn waarmee je dingen bereiken kunt. 'Positief was dat de continuïteit bij het ministerie van VWS gebleven is, omdat Edith Schippers minister bleef. In feite is het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014' de agenda die de ggz zelf heeft opgesteld. Het is echt van onderaf tot stand gekomen. De opstellers van het akkoord zijn vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen, cliënten- en familieorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid. Het vraagt veel van onze leden en uiteindelijk zal het landschap in de ggz substantieel veranderen. Maar we vragen niets onmogelijks. Want alles wat in het akkoord is afgesproken, wordt door voorlopers al zo gedaan.

We zijn in beweging en dat blijft voorlopig wel zo. Het akkoord is vooral bedoeld om meer stabiliteit voor de sector te krijgen en voor de leden perspectief en rust te creëren. Dat is nodig want de paradox is dat je voor het realiseren van grote veranderingen veel stabiliteit nodig hebt. Anders durft niemand zijn nek uit te steken.'

Verkiezingsprogramma's

'GGZ Nederland bleef trouw aan de eigen principes en versterkte de positie in de lobby. De lobbystrategie was op orde ruim voor de verkiezingsprogramma's van de verschillende partijen nog maar in concept op papier stonden.

Kroon op het werk

'Ik beschouw het akkoord echt als de kroon op drie jaar lang hard werken om de beweging die in de sector aan de gang was geformaliseerd te krijgen in beleid. Er ligt nu een stabiel perspectief: we hebben het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014', het ROM-akkoord en een akkoord over de toekomst van de forensische zorg. Daarin staan geen gemakkelijke opgaven. Er wordt heel veel van de sector verwacht. Maar de context is helder.'

'DE GGZ STAAT NU GOED OP DE KAART.'

Masterclass

'We zien dat het ambtelijk apparaat en beleidmakers de kennisachterstand over de ggz hebben ingelopen. Daar heeft het akkoord een belangrijke rol in gespeeld. Tegelijk faciliteerde het bureau in het najaar van 2012, net na de verkiezingen, de Kamerleden met een masterclass waar men hoorde hoe onze sector in elkaar zit en wat er allemaal speelt. Heel succesvol. Bijna alle politieke partijen waren daarbij aanwezig. Ik verwacht dat zo'n zelfde exercitie de komende jaren richting de gemeenten moet worden ondernomen. Want dat worden heel belangrijke partners voor ons. Het is van belang dat de hele branche gaat investeren in die relaties.'

**Zorg werkt!**

'Vanaf 2009 werkten we aan onze beleidsvisie 'Zorg Werkt!', die is ook al ingezet bij de kabinetsformatie van 2010. Door wat er onder Rutte 1 gebeurde, hebben wij steeds tegen alle partijen kunnen zeggen 'Maar wij hebben zelf ook plannen'. In 2012 ontstond eindelijk de ruimte om te laten zien wat die voorstellen dan waard waren. De enige schrik rond de plannen van Rutte 2 zat in het opnieuw invoeren van de eigen bijdrage. Dat hebben we toch binnen een maand na het verschijnen van het regeerakkoord alweer van tafel weten te krijgen. Die eigen bijdrage hebben we nu al vijf keer weg gelobbyd; ik hoop van harte dat het daarbij blijft.'

Welke trends nam je waar in Den Haag?

'Je ziet toch na een tijd van zware polarisatie een zekere verzakelijking optreden. De economische crisis werd allesbepalend. De aandacht voor de kern van de zaak neemt toe: welvaart, werk en wonen. De politiek gaat een beetje back to basics en dat praat gewoon veel makkelijker. Ik zag ook meer samenwerking: met het maatschappelijk middenveld en met de sociale partners. Ook dat vind ik positief. De polder is weer terug en daar moet GGZ Nederland haar voordeel mee gaan doen.'

Had GGZ Nederland goede gesprekspartners aan de ministeries van Justitie en Sociale Zaken en Werkgelegenheid?

'Met Justitie hebben we ook net een meerjarenakkoord gesloten, een moeilijk

akkoord. Het is echt vreselijk om te slikken dat er forensische instellingen dicht moeten, maar tegelijkertijd beseft iedereen dat er een kwaliteitsslag gemaakt moet worden in de forensische zorg. Nog meer de kaasschaaf erover werkt niet. Dan wordt het voor iedereen slechter. En de staatssecretaris van Sociale Zaken nodigde ons uit om te komen praten over arbeidsparticipatie. Dat vind ik heel positief. Tussen de 30 en 50% van de mensen die werken in de sociale werkvoorzieningen heeft psychische stoornissen en dat aantal groeit. Dus ik denk dat het thema 'werk' de komende jaren voor onze patiënten en voor GGZ Nederland van groot belang zal zijn.' 'De Wet werken naar vermogen is op het allerlaatste moment niet doorgegaan. Die was al behandeld in de Tweede Kamer, maar de stemmingen werden afgelast vanwege de val van het kabinet. Ik ben heel benieuwd hoe dat gaan zal. Veel werkgevers willen wel, maar zien enorm op tegen alle kopzorgen die het met zich meebrengt om iemand met een arbeidshandicap in dienst te nemen. We weten dat er nog heel wat water naar de zee moet voordat we een situatie hebben bereikt waarin dat ook kan. Daar maak ik me wel zorgen over.'

Wat is het probleem?

'Er moet begeleiding zijn. Iemand met een fietsenmakerij wil best iemand met een verslaving of een psychische stoornis in dienst nemen. Als er maar een telefoonnummer is waar hij terecht kan op het moment dat zijn werknemer bijvoorbeeld onder invloed van een psychose in de trein naar Parijs blijkt te zitten. Dan wil hij daar zelf niet achteraan.



2

3

4

5

6

7

8

Dat ontzorgen van de werkgever in de begeleiding, en de inbedding van arbeidsgehandicapten op de werkvloer, is volgens mij het geheim waarmee je werkgevers over de streep trekt. Daarom wordt de gemeente ook zo'n belangrijk partner. Die is als enige in staat zorg te koppelen aan werk, welzijn, onderwijs, veiligheid en justitie. Juist de gemeente is in staat die verschillende maatschappelijke domeinen aan elkaar te verbinden. Dat moeten ze dan dus wel gaan doen. En daarop willen wij hen ook kunnen aanspreken. Het is spannend hoe de nieuwe Participatiewet eruit komt de zien en wat de betekenis ervan zal zijn. Idem voor de transities van de jeugd-ggz en de langdurende zorg. Dit kabinet heeft enorm ambitieuze plannen en er moeten ook enorme bezuinigingen worden geboekt. Daar zijn we nog niet vanaf.'

Hou je dan je hart vast of zeg je 'daar heb ik wel vertrouwen in'?

'Ik heb in elk geval veel vertrouwen in de bewindslieden die er nu zitten. Schippers en Van Rijn zijn allebei buitengewoon kundig, communicatief en open. En ik heb veel vertrouwen in de veerkracht en in de innovatieve kracht van onze sector. Die is enorm.'

Op welke nieuwe allianties verheug je je voor de ggz?

'We zijn in 2012 ook begonnen actiever richting Brussel te gaan. Ik ben portefeuillehouder Internationaal geworden in het bestuur. Dat heeft zich concreet vertaald in mijn lidmaatschap van het bestuur van Mental Health Europe. We hebben daar gesprekken gevoerd met VNO-NCW en met de Nederlandse vertegenwoordiging bij de EU. En binnenkort spreken we met de rechterhand van Eurocommissaris Kroes over e-mental health. Een onderbelicht punt in het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014' is intensievere samenwerking met de ziekenhuizen, de somatische zorg. Daarop is veel winst te behalen. Ik zou het mooi vinden als dat de komende jaren tot ontwikkeling komt.'

'WE LEGDEN EEN TOTAALVISIE OP TAFEL.'



'De eerste helft van 2012 stond in het teken van het sluiten van het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014'. Aldus directeur Paul van Rooij. 'Je vergeet snel hoe lastig het was om tot een gezamenlijke taal te komen. Dat hele proces van elkaar beter begrijpen... We waren nooit eerder op deze manier, zo intensief bij elkaar betrokken. Alleen dat al is een belangrijk resultaat van het bestuurlijk akkoord.'

'Trots ben ik omdat het een heel inhoudelijk akkoord is dat begint met de afspraak samen sterk te staan tegen stigmatisering. De positie van de patiënten in de ggz staat centraal. Pas in artikel vijftien gaat het over geld. Vanuit gezamenlijke visie hebben we een veranderagenda geschreven. Daarmee is het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014' een heel ambitieus akkoord geworden. Alles in het akkoord heeft te maken met de organisatie van zorg rondom mensen. Het omvat een totaalvisie die laat zien dat er in de ggz een transitie gaande is vanuit het medisch model naar een herstelgericht model, met zorg die dichtbij en rondom patiënten wordt geleverd. We zijn er steeds meer van overtuigd dat behandeling van een psychische aandoening niet alleen een medische aangelegenheid is, maar ook een bredere sociale aangelegenheid. Dat vraagt om samenhang. Bij zo'n herstelgerichte benadering heeft destigmatisering topprioriteit. Op alle fronten moeten we eraan werken. De maatschappij moet openstaan voor mensen met een stoornis, meewerken aan hun herstel, begrijpen wat hen overkomt, dat is enorm belangrijk ook om de ggz toekomstbestendig te houden.'



Nieuwe organisatie van zorg

‘We zijn begonnen met een kanteling naar een nieuwe organisatie van zorg: dichtbij, vanuit de eerste lijn en basis ggz, zoveel mogelijk ambulant. Niet langer georganiseerd rondom instituten, maar rondom patiënten. Samenwerkingspartners en ketenzorg spelen daarin een belangrijk rol. Huisartsen krijgen een meer centrale rol en ggz-instellingen werken in nieuwe netwerken met partijen als woningcorporaties, politie, gemeenten en somatische zorg.

Geestelijke gezondheidszorg kun je nooit geïsoleerd zien van wat er verder in de maatschappij gebeurt. Er is altijd een relatie met de woonomgeving, schoolprestaties en werksituaties. De verwachtingen van de maatschappij krijgen hun vertaling in de ggz. Meer dan voorheen zal een ggz-instelling naar de patiënt toegaan. Want niet alleen pillen en praten staan centraal, ook schulden moeten betaald worden, kinderen moeten naar school. De ggz is geen geluksfabriek. Maar met methoden die hun waarde en effect bewezen hebben (zoals Act & Fact en het Individuele Plaatsings- en Steunmodel (IPS)) helpen we mensen een zinnvoller leven te leiden. Daarbij hebben we al onze partners nodig. Bijvoorbeeld het hebben van werk is essentieel voor herstel.

Ik voorspel dat ggz-netwerken zich dichter rondom huisartsenpraktijken en eerstelijns gezondheidscentra gaan vormen. En de praktijkondersteuning ggz (POH-GGZ) zal gaan fungeren als een soort smeerolie in en om de huisartsenpraktijk. Momenteel is 30% van de tijd die een huisarts besteedt gerelateerd aan psychische klachten. Dat is best veel, maar door gebrek aan tijd en kennis wordt nog teveel en te vaak onjuist doorverwezen. POH-GGZ zal de kwaliteit verhogen, veel druk weghalen en ook van grote betekenis zijn in het leggen van lijnen naar school, werkgevers, woonomgeving, begeleiding, ggz, noem maar op. Dat lijkt me voor iedereen zoveel prettiger werken.’

Beddenreductie, urgentie en verzekeraars

‘Het bestuurlijk akkoord volgt bewegingen in de ggz die al jaren in gang zijn gezet. De zorg stopt niet, maar gaat naar andere plaatsen. De kanteling die we nu meemaken is inspirerend, maar vooral ook heel spannend voor de instellingen en professionals. We merken dat er een groot besef van urgentie is. Het moet gebeuren. Tegelijkertijd: dit akkoord heeft

doelen bepaald tot 2020. Dat is niet voor niets. Wijsheid, beleid, tijd en onderlinge afstemming zijn nodig om deze gecompliceerde veranderingen en verbeteringen te realiseren. Vergelijk het met een marathon. We gaan straks over dezelfde eindstreep, maar niet iedereen kan overal op elk moment hetzelfde tempo aanhouden. Er ligt bijvoorbeeld geen landelijk masterplan voor ambulantisering en beddenreductie. Dat moet ook niet. Want regio’s verschillen enorm en wat wijs en verstandig is, weten partijen op regionaal niveau. Daar ligt de verantwoordelijkheid: in het lokaal overleg. Ik hoop dat verzekeraars en gemeenten dat ook inzien en daarbij inzetten op co-creatie en meerjarenafspraken om de transformatie in gezamenlijkheid tot stand te brengen.’

Vastgoed

‘Een landelijk in 2012 onderbelicht onderwerp is het vastgoed. Maar het is ook deze harde kant van ambulantisering die zeker de beleidsagenda van instellingen bepaalt. De vastgoedpositie heeft impact op je financiële ruimte voor ambulantisering en op je behandelmogelijkheden. Er wordt te makkelijk gedacht dat instellingen dat wel zelf kunnen oplossen. Accountants proberen dit probleem op landelijk niveau in kaart te brengen. Dat is gecompliceerd want de problemen zijn per instelling en per regio totaal verschillend. Ook de Nederlandse Vereniging van Banken agendeert dit bij de overheid. We hebben perspectief nodig op een landelijk transitietraject met versnelde afwaardering linksom of rechtsom...’

Werkgeverschap

‘Het werkgeverschap van onze leden is aan verandering onderhevig. We zagen in 2012 wederom dat de andere manier van zorg verlenen leidt tot een beroep op ander-soortige flexibiliteit en competenties bij personeel. Dat heeft niet iedereen vanzelf. In de sfeer van opleidingen, cultuur en arbeidsvoorwaarden verandert het nodige. Daarbij zijn de tijden van groei voorbij. Er is sprake van krimp en daarbij zien we tegelijk vergrijzing van het personeelsbestand. Overeind blijft het principe dat personeel het kapitaal van de organisaties is. Maar hoe anticipeer je op trends, met welke scenario’s houd je rekening als werkgever? Onze leden staan voor gigantische en complexe uitdagingen op meerdere terreinen tegelijk.’

Toekomst: nieuwe allianties en internationalisering

‘In 2012 verzette GGZ Nederland de bakens richting Brussel. Onze relatie met de wetenschap verdient verdieping. Met onderzoeksinstituten en fondsen kunnen wij nieuwe allianties aangaan. Er is nog een wereld te winnen op het gebied van kennis en inzicht rond de ggz. We hebben vanuit onze beleidsagenda ‘Zorg werkt!’ onze kennisagenda gedefinieerd en gaan die proberen te realiseren. Misschien is Nederland daarvoor te klein en passen onze ambities beter bij Europa, moeten we daar onze partners zoeken...’

STEFAN GROOTHUIS

“Als je van je psycholoog hoort hoeveel er last hebben van suïcidale gedachten...het is een groot taboe”

1

GGZ NEDERLAND EN
BESTUURLIJK AKKOORD

2

SAMEN STERK TEGEN STIGMA

3

INTERNATIONALISERING, WETGEVING
& (LEDEN)INTERACTIE

4

AMBULANTISERING / VERSLAVINGSZORG

5

WERKEN EN LANGDURENDE ZORG

6

ZORG DICHTBIJ / FORENSISCHE ZORG

7

JEUGD-GGZ

8

Op 18 juni 2012 ondertekent voorzitter Marleen Barth het Bestuurlijk

Akkoord toekomst GGZ 2013-2014. Net als vertegenwoordigers van

zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en

familieorganisaties en de overheid. Waarom begint dit akkoord met

afspraken over een destigmatiseringsprogramma? En wat is de waarde

ervan voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland?

SAMEN

VOOR EEN GEZOND, VEERKRACHTIG EN VEILIG NEDERLAND

Het bestuurlijk akkoord gaat uit van betere zorg dichtbij mensen tegen een betaalbare prijs. Mensen met psychische aandoeningen moeten in de samenleving ruimte ervaren om voor hun ziekte uit te komen en als gelijkwaardige burgers kunnen deelnemen aan de maatschappij. Net zoals bijvoorbeeld mensen met diabetes, reuma of een gebroken been.

Daarbij is een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod om mensen met psychische aandoeningen te behandelen belangrijk. Preventie, zelfmanagement en herstelvermogen worden gestimuleerd. Tegelijkertijd moet er meer en betere zorg komen voor minder geld. Dichterbij ook. Om te kunnen bepalen wanneer geestelijke gezondheidszorg goed is, moet er één taal komen voor kwaliteit. Ook moeten uitkomsten van zorg in prijs en kwaliteit onderling vergelijkbaar zijn. Met een gezamenlijke inhoudelijke agenda zal de zorg in de toekomst hoogwaardig en betaalbaar blijven. Het hele bestuurlijk akkoord is gefundeerd op de wetenschap dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland een onmisbare bijdrage aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving levert.

Waarover gaan de afspraken?

De partijen maken afspraken over: destigmatisering, ontwikkeling eerste lijn/ basis ggz, ambulantisering, informatie/ transparantie (ROM, zorgzwaarte), kwaliteitsprogramma (richtlijnen), terugdringen dwangtoepassingen, prestatiebekostiging, definiëren verzekerd pakket, bekostiging mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, overheveling restant ggz uit de AWBZ naar de Zorverzekeringwet, opheffen tweedeling somatiek/ggz en beheerste kosten-ontwikkeling.

Is GGZ Nederland tevreden met dit resultaat?

Voorzitter Marleen Barth: ‘Het mooie van dit akkoord is dat de besparingen die wij willen realiseren in de ggz de inhoud volgen. De innovatie van de zorg is leidend voor bezuinigingen. We zijn ervan overtuigd dat dat moet en vooral ook kan.’





Gerdien Rabbers

@gerdienrabbers

Volgen



Reactie van Mark Rutte: hij is het ermee eens dat hij kwetsend sprak over mensen met autisme **#samensterktegenstigma** pic.twitter.com/mZTUzfMX



← Beantwoorden ↻ Retweeten ★ Toevoegen aan favorieten ●●● Meer



Wie een psychische ziekte overwint, krijgt na herstel vaak te maken met de volgende ziekte: stigmatisering. Dat veroorzaakt persoonlijk lijden, maar ook zorg- en maatschappelijke kosten. Om het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014 succesvol te kunnen maken, is destigmatisering nodig. Ggz-partijen richtten dus de Stichting Samen Sterk tegen Stigma op. Wat is er bereikt en wat zijn de ambities?

SAMEN STERK TEGEN STIGMA

‘UITEINDELIJK IS EEN PSYCHISCHE AANDOENING OOK ‘GEWOON’ EEN ZIEKTE’

Aan het woord zijn voorzitter Victor Vladár Rivero en directeur Gerdien Rabbers: ‘Samen Sterk Tegen Stigma wil een brede beweging op gang brengen. Voor heel Nederland: voor patiënten, hulpverleners, ggz-bestuurders, politici, omstanders en de media. Voor mensen dus, want destigmatisering begint bij jezelf. Onze doelstelling is zowel op persoonlijk vlak als in de hulpverlening en in de hele maatschappij het taboe op psychische stoornissen weg te werken. Deelname aan de samenleving willen we vergroten. Dat kost minimaal een generatie en dat beseffen we goed. We focussen eerst op hulpverleners, werkgevers en

(ex-)patiënten. Onze vier kernacties zijn: agenderen, stimuleren, verbinden en ambassadeur zijn. Het werk vergt dat wij steeds terugkeren naar waar het ten diepste om gaat: om mensen, om gezien worden.’

Waarom is dit werk nodig?

Gerdien Rabbers: ‘Je woont, werkt, studeert of gaat naar school. Op al die plaatsen vergen ambulantisering en participatie van mensen met een psychische aandoening een omslag van denken. Want uit onderzoek blijkt dat het na herstel van een psychische ziekte moeilijker is vrienden, werk of een huis te vinden.

DE STICHTING SAMEN STERK TEGEN STIGMA WORDT BESTUURD DOOR HET LPGGZ, FONDS PSYCHISCHE GEZONDHEID, GGZ NEDERLAND, NVvP EN ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND.

Stigmatisering werkt lijden en terugval in de hand. Bovendien zijn mensen die het overkomt geneigd zich terug te trekken uit hun werk- en vriendenkring. Daar worden ze niet alleen ongelukkig van of ziek. Sociaal isolement kost de maatschappij ook geld. De kosten in de vorm van ziekteverzuim, productieverlies en niet meedoen in de maatschappij lopen in de miljarden.’

Op welke stigmatiserende uitspraak uit 2012 kijkt u nog steeds met verbijstering terug?

Gerdien Rabbers: ‘Tijdens het debat over de regeringsverklaring zei Mark Rutte op een gegeven moment: ‘Met het regeerakkoord gaan we niet autistisch om’. Waarop Diederik Samson reageerde: ‘De samenleving moet niet schizofreen worden.’ Dat zeg je natuurlijk niet. Het is kwetsend en het zet de samenleving op een verkeerd been. We hebben er een brief en een tweet aan gewijd. Daarop kregen we een excuus van de minister-president.’

Wat is er nog meer bereikt in 2012?

Victor Vladár Rivero: ‘Vanuit het veld zagen ggz-instellingen, het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Fonds Psychische Gezondheid en GGZ Nederland hoe initiatieven tegen stigmatisering in het buitenland alleen slaagden bij gezamenlijk optrekken. Dat inzicht hebben we meegebracht naar de onderhandelingen over het bestuurlijk akkoord. Met succes. Het is een geweldige erkenning van onze inzichten en van ons werk dat destigmatisering nu een randvoorwaarde is voor het hele bestuurlijk akkoord. Praktisch is het ook. Want nu komt er financiering los en dat maakt gezamenlijke projecten mogelijk voor patiënten, werkgevers en ggz-medewerkers. We zijn blij dat GGZ Nederland er helemaal achter staat en volwaardig meedoet. Aan de aansluiting van Zorgverzekeraars Nederland hebben we in 2012 hard gewerkt. En ook zij doen mee.’

Media

Communicatiemedewerkers van alle partijen trekken inmiddels gezamenlijk op om rond stigmatisering een betere lijn uit te werken voor het omgaan met de media. Daarbij kijken ze de kunst af van het Verenigd Koninkrijk waar de ggz een langdurige, consistente lijn heeft ingezet in samenwerking met de journalistiek. Victor Vladár Rivero: ‘We bouwen als stichting veel kennis op, maar we zeggen niet hoe het moet. Onze samenleving blijft veranderen en dat vraagt continue meebewegen, zoeken naar vernieuwing, methodieken aanpassen. Dat doen alle partijen die in de Stichting Samen Sterk tegen Stigma verenigd zijn. Dat verbindt en versnelt. We zien bijvoorbeeld nu dat door samenwerking het LPGGz sterker is waardoor zij op landelijk niveau meer invloed hebben. Dat is voor ons een belangrijke inspiratie voor ons werk.’

Heeft Samen Sterk tegen Stigma een rolmodel?

Gerdien Rabbers: ‘Onze ambassadeurs zijn onze rolmodellen en dan vooral Olivia. Je kunt haar zien op onze website. Olivia was fondsenwerver bij de Parnassia Groep. Na een psychose ondervond ze aan den lijve hoe vooroordelen tegenwerken bij het weer oppakken van je leven. Olivia stond aan de wieg van Samen Sterk tegen Stigma. In de wijze waarop zij kiest voor openheid is ze absoluut een voorbeeld voor veel mensen. We maken ook graag gebruik van de ervaringen in het Verenigd Koninkrijk, België en Canada. ‘Time to change’ en ‘See me’ zijn belangrijke voorbeeldprojecten. Twintig landen hebben eigen antistigma programma’s uitgevoerd. Omdat we in Nederland echt niet voorop lopen, is er veel af te kijken. En we leren veel van de geschiedenis van de vrouwenemancipatie, de homobeweging en het taboe dat veertig jaar geleden nog op kanker lag. De snelheid waarmee die ziekte bespreekbaar is geworden, is ongeëvenaard: in de jaren zeventig was hardop uitspreken van het woord kanker ondenkbaar, nu fietsen mensen er vol trots de Alpe d’Huez voor op en af. Die kant moeten wij ook op.’

3

4

5

6

7

8



STIGMA EN AMBULANTISERING

In het bestuurlijk akkoord staat een harde doelstelling: binnen acht jaar 30% minder bedden in de Nederlandse ggz, met 2008 als peiljaar. Hiervan kan de branche alleen een succes maken als ook destigmatisering een succes wordt. Want patiënten in hun eigen leefomgeving behandelen, dat is heel belangrijk. Maar dat lukt alleen als de samenleving bereid is om mensen met open armen te ontvangen.

- Voor de ggz betekent dat: samenwerking met de gemeente, politie en justitie, werkgevers, woningbouwcorporaties, enzovoorts. Om van destigmatisering en ambulantisering een succes te maken, zijn er veel meer partijen nodig dan de ggz alleen.
- Ook meer structurele aandacht voor destigmatisering in de opleidingen van artsen zal positief effect hebben op initiatieven van ggz-bestuurders om destigmatitsering te borgen in de organisatie.
- Eind 2014 wil Samen Sterk tegen Stigma een team hebben van 500 ambassadeurs en 150 voorlichters. Ook wil de stichting dat er dan 100 ervaringsdeskundigen actief zijn in lokale antistigma-activiteiten.

STIGMA EN WERK

‘We willen met ons ambassadeursproject bereiken dat 50 van de 100 grote werkgevers formeel beleid vormen op mensen met psychische aandoeningen.’ Aldus Gerdien Rabbers van Samen Sterk tegen Stigma. ‘Vanuit verzuimbeleid, diversiteitsbeleid of vanuit beleid gericht op maatschappelijk verantwoord ondernemen (mvo). Zodat er een veilige werkomgeving komt. Daaraan zitten veel uitdagingen.

Er zijn nu al mensen met een psychische aandoening aan het werk, maar werkgevers mogen daar bij sollicitaties en functioneringsgesprekken niet expliciet naar vragen. Samen Sterk tegen Stigma wil graag bereiken dat mensen er zelf over beginnen. Dat het normaal wordt om te vertellen dat je door een bipolaire stoornis kortdurend verzuim hebt. Zoals je dat ook zou doen met griep of longontsteking.

We horen van onze ambassadeurs dat hun voorlichting de schellen van de ogen doet vallen bij leidinggevenden. Dan wordt het bespreekbaar en komen er simpele maatregelen in beeld. Zoals een werknemer in een rustigere omgeving laten werken. Mensen willen best. Maar ze hebben vaak nog geen idee hoe.’
‘Hierin zit veel waarde’, stelt Victor Vladár Rivero. ‘In de zin van leefbaarheid voor de hele samenleving. En in de zin van winst voor werkgevers doordat het ziekteverzuim gaat dalen. Zie ook het recente onderzoek van prof. dr. Jaap van Weeghel, Tilburg University, over over depressies en arbeidsverzuim. Maar het allerbelangrijkste vind ik dat mensen zich ervan bewust worden dat een psychische aandoening ook maar gewoon een ziekte is.

STIGMA BINNEN DE GGZ

‘Natuurlijk stigmatiseren ggz-hulpverleners’, zegt voorzitter Vladár Rivero van Samen Sterk tegen Stigma. ‘Dat is logisch, zij hebben continue te maken met zieke mensen. De herstelden zien ze bijna niet. Ik doe het zelf ook. Marjan ter Avest, directeur van het Landelijk Platform GGz corrigeerde mij in het begin van onze vergaderingen met het stichtingsbestuur vaak op mijn psychiatrische taalgebruik. Tegenwoordig glimlacht ze alleen nog. Dan weet ik wel hoe laat het is.’

Het is van belang dat hulpverleners en patiënten zelf de juiste mind-set krijgen. Dat vergt een verandering in houding en gedrag van professionals ten aanzien van patiënten en hun familie. Dat impliceert een cultuurverandering binnen instellingen. En dat kan alleen met bestuurlijke rugdekking. Dus nu zijn de ggz-bestuurders aan zet.

Vladár Rivero: ‘Mij valt op dat iedere ggz-bestuurder vindt dat destigmatisering aan bod moet komen. Maar mensen hebben veel aan hun hoofd door deze tijden van bezuinigingen. Een stappenplan kan bestuurders en managers van ggz-instellingen helpen.

Komend jaar willen we meer bruikbare methodieken ontwikkelen en praktische handvatten voor hulpverleners implementeren die bestuurders op instellingsniveau structureel kunnen borgen. Daarbij maken we gebruik van wat er al is in Nederland en in het buitenland. We hopen op volledige steun van raden van bestuur. Want zij zijn aan zet. Het is nu een kwestie van destigmatisering structureel inbakken in je bedrijfsvoering.’

CLARISSA SILVA

“I’m convinced, and a living example, that an equal relationship between caregiver and client speeds up the recovery process”

1

GGZ NEDERLAND EN
BESTUURLIJK AKKOORD

2

SAMEN STERK TEGEN STIGMA

3

INTERNATIONALISERING, WETGEVING
& (LEDEN)INTERACTIE

4

AMBULANTISERING / VERSLAVINGSZORG

5

WERKEN EN LANGDURENDE ZORG

6

ZORG DICHTBIJ / FORENSISCHE ZORG

7

JEUGD-GGZ

8

De Europese Unie, de World Health Organisation (WHO) en de Nederlandse ggz-instellingen komen steeds meer in elkaars vizier.

Wet- en regelgeving in Den Haag is ook op zorgterreinen steeds vaker een vervolg of aanvulling op Europese afspraken.

Ook in dit katern: Wat is er in 2012 bereikt op het gebied van internationalisering en wetgeving? Nieuwe leden over GGZ Nederland en eerste ervaringen met het online communicatieplatform GGZ Connect.

‘Het is belangrijk om de lobby in Den Haag via de U-bocht Europa te versterken en de beeldvorming over de Nederlandse ggz in de internationale arena positief te beïnvloeden.’ Aldus beleidsadviseur Chris Nas. ‘Via Mental Health Europe en VNO-NCW volgt GGZ Nederland de beleidsvorming in Europa.’

VERSTERKEN

DE LOBBY IN DEN HAAG VIA U-BOCHT EUROPA

In 2012 richtte GGZ Nederland zich op het inventariseren en versterken van de netwerken in Europa. De voorzitter en directeur maakten in april kennis met de Permanente Vertegenwoordiging van Nederland bij de Europese Unie, de directie van Mental Health Europe en de Brusselse medewerkers van VNO-NCW. GGZ Nederland heeft ook contact gelegd met de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en de WHO.

Resultaat

WHO Europe consulteerde GGZ Nederland eind maart over de notitie Health 2020. GGZ Nederland gebruikte ‘Zorg Werkt!’ als basis voor haar reactie. Met succes! Het ministerie van VWS heeft GGZ Nederland gevraagd te reageren op het concept van de European Mental Health Strategy van WHO Europe. De inhoud en toonzetting van deze inhoudelijke verdieping van Health 2020 is vrijwel helemaal in lijn met de eerdere reacties van GGZ Nederland. Het WHO-beleid sluit nu goed aan op de ideeën van de branche en op het ‘Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014’.

De OESO werkt aan een internationale vergelijking van ggz-systemen onder hun lidstaten. Het is belangrijk dat niet alleen het aantal bedden, het aantal psychiaters of de kosten van de geleverde zorg op een rij worden gezet. Ook de baten voor patiënten en samenleving zijn belangrijk bij het geven van een oordeel. GGZ Nederland is in gesprek gegaan met de OESO over de indicatoren voor een effectieve en efficiënte ggz en dit heeft geleid tot het aanpassen van de OESO-werkwijze. Het rapport komt in 2013. Marleen Barth is juni 2012 benoemd tot lid van het dagelijks bestuur van Mental Health Europe (MHE). Dit geeft GGZ Nederland positie om de belangen van de lidinstellingen op nieuwe podia te behartigen en informatie over ontwikkelingen te delen. Zo werkt GGZ Nederland via MHE aan het opnemen van geestelijke gezondheid in Health for Growth, het gezondheidsbeleid van de EU voor de periode 2014 – 2020. Inmiddels is het Europees Parlement hier voorstander van.



WETGEVING

AAN WELKE NIEUWE WETTEN IS GEWERKT IN 2012?

WET FORENSISCHE ZORG EN WET VERPLICHTE GGZ

Naar aanleiding van verschillende incidenten met tbs-patiënten, daarop volgende moties, werkgroepen en adviezen, is de regering verzocht te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen. De regering heeft in 2008 voorstellen gedaan voor nieuwe wetgeving die de samenhang ook juridisch vorm zouden geven. Er zou een Wet Forensische Zorg komen en een nieuwe Wet verplichte ggz, die meer interventies mogelijk zou maken dan alleen de gedwongen opname. Mensen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking op de juiste plaats krijgen: dat was de opdracht waar de regering in moest voorzien. Psychiatrische patiënten in de gevangenis of een andere justitiële instelling zorg en behandeling kunnen geven, zorgen voor doorstroom en aansluitende zorg in de ggz te verbeteren. Doel was ook recidive te verminderen door tijdige zorg en behandeling in detentie.

RESULTAAT

De WFZ is op 18 december 2012 aangenomen door de Tweede Kamer en is door naar de Eerste Kamer. De Wet verplichte ggz ligt eind 2012 met een nieuwe nota van wijziging bij de Ministerraad. Straks wordt het mogelijk om in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de ggz.

JEUGDWET

Bij de concept-jeugdwet zijn de positie van de jeugd-ggz en de sturende rol van gemeenten in de transitie jeugdzorg nog niet goed uitgewerkt. Gemeenten en GGZ Nederland waren het eens over de visie op integrale jeugdzorg, maar verdeeld over de oplossingen. Op 17 oktober gaf GGZ Nederland op verzoek van VWS een uitgebreide reactie op de concept-jeugdwet. De reactie bevat een juridische analyse, een beleidsanalyse en een begeleidende brief met de mening van GGZ Nederland: gemeentes moeten niet volledig verantwoordelijk worden voor jeugd-ggz, maar kunnen sturen via de zorgverzekeraar.

RESULTAAT

Het concept wetsvoorstel voor de nieuwe Jeugdwet is begin 2013 aangepast na een openbare consultatieronde. Er komt één wettelijk kwaliteitsregime en één toezichthouder. Geborgd zijn: verwijzing door huisartsen, landelijke inkoop voor specialistische jeugd-ggz en handhaving van de regelgeving gezondheidszorg voor jeugd-ggz.

AWBZ EXTRAMURALE BEGELEIDING - WMO

In 2013 is na het vallen van het kabinet het toenmalige nieuwe wetsvoorstel Wmo (met overheveling AWBZ extramurale begeleiding) controversieel verklaard. In het regeerakkoord werd beschreven dat de decentralisatie doorgang zou vinden met een korting van 25% en dat de aanspraak op dagbesteding in 2014 zou vervallen. In 2015 wordt alle extramurale individuele begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf en de inlooph functie vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Voor de ggz betreft dit ongeveer 7600 mensen met psychiatrische aandoeningen. Dit brengt zorg dichtbij en leidt tot andere verantwoordelijkheden voor gemeenten en nieuwe verhoudingen voor ggz-instellingen.

RESULTAAT

Inmiddels is het voornemen over de aanspraak op dagbesteding door politieke druk en lobby van alle brancheorganisaties verdwenen. GGZ Nederland overlegt met het Transitiebureau van VWS en VNG en vraagt daarin aandacht voor de knelpunten en aandachtspunten in het decentralisatieproces in de regio's. GGZ Nederland is in 2012 een project begonnen om de leden te ondersteunen in deze omvangrijke transitie. Dit project bestaat uit het organiseren van netwerkbijeenkomsten, verzamelen en verspreiden van best practices (in samenwerking met andere branches) en het monitoren van het proces bij de leden en de gemeenten.



PARTICIPATIEWET

In het voorjaar van 2012 werd de Wet werken naar vermogen (Wwnv) controversieel verklaard. In het regeerakkoord werd de Participatiewet geïntroduceerd. Deze wet van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid moet re-integratie van mensen met een lichamelijke, psychische of verstandelijke beperking bevorderen. De wet vervangt de Wwnv en voegt drie andere wetten samen: de Wet werk en bijstand, de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en de Wajong (nieuwe patiënten). De instroom in de Wsw wordt drastisch beperkt en er wordt een forse bezuiniging doorgevoerd op de Wsw en de re-integratie gelden van de gemeenten. Gemeenten krijgen gelimiteerde ruimte om zelf beschut werken te organiseren in samenhang met de dagbesteding. Bij de re-integratie trajecten mogen zij middelen als loondispensatie en verplichte quota voor werkgevers inzetten.

RESULTAAT

De Ministerraad stemde in april 2013 in met een concept van de Participatiewet. Het wetsvoorstel wordt medio 2013 ingediend bij de Tweede Kamer en zal per 2015 ingaan.

BEGINSELENWET AWBZ-ZORG

Het kabinet stelde in 2011 voor in een Beginselenwet AWBZ-zorg (Baz) concrete rechten op te nemen voor bewoners van zorginstellingen. Het belangrijkste recht is het recht op de regie over het eigen leven. In januari en april 2012 stuurde GGZ Nederland samen met ActiZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) een brief aan de Tweede Kamer met kritische vragen over dit wetsvoorstel. Eind 2012 leek het erop dat dit wetsvoorstel was ingetrokken. Echter, kort voor de kerst stond de Baz weer 'op de rol'. Het is nog niet bekend wanneer de Baz geagendeerd wordt in de Tweede Kamer. GGZ Nederland is niet van plan dit wetsvoorstel tegen te houden maar blijft de ontwikkelingen rond dit voorstel kritisch volgen.

RESULTAAT

De Beginselenwet AWBZ-zorg werd op 5 juli 2012 controversieel verklaard. Toch liet staatssecretaris Van Rijn van VWS de Tweede Kamer op 25 januari 2013 weten dat het kabinet het wetsvoorstel doorzet. GGZ Nederland ziet nog steeds geen meerwaarde van deze wet en beraadt zich op verdere stappen.

WET CLIËNTENRECHTEN ZORG

Het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) van het ministerie van VWS behandelt de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders. GGZ Nederland en andere brancheorganisaties in de zorg hadden er veel kritiek op. Gevreesd werd dat deze wet door de veelheid aan onderwerpen die hij moest omvatten, niet zou leiden tot de beoogde toegankelijkheid voor en toepasbaarheid door cliënten. Mede door deze kritiek is het voorstel Wet cliëntenrechten zorg nu het voorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) geworden. Het plan is om andere onderwerpen die oorspronkelijk in het voorstel Wcz stonden, via afzonderlijke wetsvoorstellen te regelen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om: goed bestuur en medezeggenschap, aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en aanpassing van de Wet toelating zorginstellingen.

RESULTAAT

In 2012 werd het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg stap voor stap ontmanteld en in vier delen 'opgeknipt'. Op 15 april 2013 is het eerste deel, het voorstel van Wkkgz aan de Tweede Kamer aangeboden. De Wkkgz regelt de klachtafhandeling bij zorgaanbieders. Daarnaast worden zij verplicht zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie die ook schadevergoedingen kan toekennen. Iets wat de ggz-branche zelf al had vastgelegd in tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden. Verder kunnen zorgaanbieders voortaan gedwongen worden meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

4

5

6

7

8



GGZ CONNECT

GGZ Nederland lanceerde in 2012 het interactieve platform GGZ Connect. In deze community kan ieder die zich betrokken voelt bij de ggz berichten plaatsen, discussies starten, documenten delen en collega’s raadplegen. Deze virtuele werkomgeving biedt openbare en – op aanvraag - besloten mogelijkheden. Twee gebruikers van het eerste uur delen hun ervaringen. ‘Feitelijk worstelt iedereen met dezelfde implementatieknelpunten bij e-healthprojecten als patiënten/cliëntenportalen, online behandelen en beeldbellen of telezorg met iPads. Via GGZ Connect reageer ik op vragen van anderen daarover. Dat gaat stukken sneller dan via overlegbijeenkomsten en netwerksessies.’ Dit zegt Rob van der Vloed, hij is projectleider e-health bij Lentis.

Ook besloten projectgroepen

‘Aanvankelijk liep ik ertegenaan dat GGZ Connect een openbaar platform is. Inmiddels weet ik dat je ook besloten projectgroepen kunt aanmaken en beheren. Dat doe ik nu met een landelijke ict-groep. Een wiki-achtige uitbreiding zou ik wel waarderen. Zodat je beleidsontwikkelingen en regelgeving bijvoorbeeld in hun context kunt zien. We zoeken vaak naar feitenkennis, naar informatie die wel ergens is, maar waar dan? GGZ Connect moet nog verder ontwikkelen en wij ook. Besef hoe waardevol jouw kennis is en deel die via GGZ Connect.’

Behoedzaam

‘Informatie komt met GGZ Connect gemakkelijker breder beschikbaar, dus ook buiten het echelon van bestuur en directie.’ Pure meerwaarde volgens Hans Noordt zij. ‘Dat geeft meer mogelijkheden om GGZ Nederland kritisch te volgen. Nadeel vind ik dat mensen zich erg behoedzaam uitdrukken. Ik houd van een scherp debat en het zou mooi zijn als we dat in een zekere beslotenheid meer aangaan. Mensen zijn nog niet altijd geneigd hun vragen te delen. Dat is jammer want zo gaan er signalen verloren waarmee een branchevereniging veel kan doen. Bijvoorbeeld als zorgverzekeraars in de onderhandelingen over beddenreductie zeggen dat het alleen Zvw-bedden betreft, terwijl je van GGZ Nederland weet dat het óók om AWBZ-bedden gaat. Zet dat maar op het platform. Met vragen daarover kan iedereen zijn voordeel doen. Vragen stellen op een platform is sowieso heel goed. Neem bijvoorbeeld de blogs van Paul van Rooij over zijn werkbezoek aan het Verenigd Koninkrijk. ‘Leuk’, reageer ik dan op GGZ Connect, ‘maar wat hebben we ervan geleerd?’ Daar reageert hij dan op. Ja, ik had hem ook kunnen bellen met mijn vraag, maar nu heeft iedereen er wat aan.’

NIEUWE LEDEN ‘IK NODIG IEDEREEN UIT: KOM IN ONZE KEUKEN KIJKEN’

Inter-Psy en Mentaal Beter werden in 2012 lid van GGZ Nederland. Twee zelfbewuste ggz-aanbieders. Niet bang voor de benchmark en gastvrij: ‘Kom maar bij ons kijken, jullie kunnen van ons leren’. Voor Inter-Psy, een nieuwe aanbieder van tweedelijns ggz in de regio Groningen, is het lidmaatschap van GGZ Nederland een kwaliteitskeurmerk. Oprichter en directeur Ayhan Tatlicioglu: ‘We conformeren ons zo aan de eisen van de branchevereniging en laten zien dat we serieus bezig zijn. WTZI-erkenning, HKZ-certificering en lidmaatschap van GGZ Nederland het hoort bij elkaar.

Wij profiteren van de service die geboden wordt, de cao-onderhandelingen en de landelijke lobby. Ik denk dat wij op onze beurt een nieuwe visie op de ggz te bieden hebben. Wij zijn stukken efficiënter in de ambulante diensten. Met hetzelfde speelveld, dezelfde kwaliteitseisen, dezelfde inhoud en volgens dezelfde cao werken wij toch goedkoper. En beter: onze eerste kwaliteitstoets leverde een score van 8,1 op de CQ-index. De sleutel is dat wij een permanent lerende organisatie zijn: daarin nemen we iedereen mee. We bestaan nu vier jaar en iedereen die hier werkt, is geselecteerd op competenties. Zo creëren we onze Inter-Psy-cultuur. Met de meeste directe tijd voor de patiënt. Ik nodig iedereen uit: kom in onze keuken kijken, jullie kunnen van ons leren.’

Strakke processen

Korte lijnen, kleine teams, de menselijke maat dichtbij. Dat is Mentaal Beter, een organisatie van eerste en tweedelijns ggz-praktijken door heel het land. Bestuursvoorzitter Martin de Heer beschrijft een organisatie waarin professionals in de lead zijn, gefaciliteerd door strakke processen. ‘Wij bestaan sinds 2004 dus we zijn geen nieuwe aanbieder, maar een gevestigde ggz-instelling. In 2012 konden we lid worden van GGZ Nederland. Ik heb veel waardering voor de branchevereniging, maar ik ben ook kritisch. Eerlijk gezegd vind ik dat GGZ Nederland geen oerconservatief bolwerk van gevestigde instellingen moet zijn. Er is veel meer beweging en elan nodig naar politiek en bedrijfsleven: toegevoegde waarde laten zien met de aanpak van psychisch verzuim, e-health en ROM.

Constructiever omgaan met zorgverzekeraars

‘Het is niet zo dat ik andere instellingen de les kom lezen. Ik wil ook leren. Jonge en oude instellingen worstelen met dezelfde thema’s. Zoals: hoe geef je hoofdbehandelaarschap vorm zonder dat de kosten de pan uitrijzen? Of neem de regie van de zorgverzekeraars, daar is lang tegenaan geschopt. Ze kregen die rol. Daar moeten we in het veld constructiever mee omgaan. Bijvoorbeeld door samen met verzekeraars projecten rond ROM op te pakken. Je zou daar samen meer kwalitatieve inhoud aan kunnen geven.’

RUBY WAX

“I wasn’t send a lot of cards or flowers. I mean, if I have had a broken leg I would have been inundated. But all I got were a couple of phonecalls telling me to perk up”

1

GGZ NEDERLAND EN
BESTUURLIJK AKKOORD

2

SAMEN STERK TEGEN STIGMA

3

INTERNATIONALISERING, WETGEVING
& (LEDEN)INTERACTIE

4

AMBULANTISERING / VERSLAVINGSZORG

5

WERKEN EN LANGDURENDE ZORG

6

ZORG DICHTBIJ / FORENSISCHE ZORG

7

JEUGD-GGZ

8

Hoe speelden verzekeraars, ggz-bestuurders en verslavingszorg in 2012 in op actuele ontwikkelingen?

- Ambulantisering en beddenreductie zijn twee grote thema’s uit het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014. Roger van Boxtel, voorzitter raad van bestuur Menzis en Jolande Tijhuis, voorzitter raad van bestuur Vincent van Gogh, vertellen wat het akkoord betekent voor zorgverzekeraars en bestuurders van ggz-instellingen.
- GGZ Nederland vroeg tijdens het drugsdebat in de Tweede Kamer specifiek aandacht voor een integraal preventiebeleid voor het middelengebruik van jongeren.
- De levensgevaarlijke doe-het-zelf drug GHB kwam in 2012 dankzij inspanningen van de verslavingszorg vol in beeld bij het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

IN BEWEGING

IMPACT BESTUURLIJK AKKOORD IN HET VELD



‘HET GAAT NIET MEER ALLEEN OM DE PLANNEN EN HET BELEID VAN DE INDIVIDUELE AANBIEDER, MAAR OM WAT LOKAAL OF REGIONAAL NODIG IS.’



‘Het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014 betekent voor verzekeraars dat wij hebben uitgesproken samen met de zorgaanbieders verantwoordelijk te zijn voor het beschikbaar houden van goede en doelmatige geestelijke gezondheidszorg.

Daaraan hebben we ons gecommitteerd. Daaruit vloeien allerlei afspraken voort om het akkoord concreet te maken. Dat betekent ook dat je elkaar kan bevragen op ieders rol en verantwoordelijkheid.

We staan voor een enorme opdracht: een derde van de bedden afbouwen in de geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd hebben we ruimte om maatwerk te bieden. Voor verzekeraars is het ontzettend belangrijk dat we weten waarvoor we betalen. Wij moeten op de kwaliteit letten en op het geld. Niet voor onszelf, maar voor onze verzekerden. De verhoudingen tussen ggz en verzekeraars zijn in 2012 ten goede veranderd. Er is minder argwaan en er wordt meer samenwerking gezocht in gezamenlijke projecten. Of dat naar meer smaakt, weet ik niet. Projecten moeten niet afleiden van de hoofdzaak: het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2012-2014.

Het proces van ambulantisering kent veel afhankelijkheden. Alleen minder bedden en meer versterking van de ambulante teams werkt volgens velen niet. Het gaat ook

om het samenspel tussen de onderdelen. Wat mag de ggz daarbij verwachten van zorgverzekeraars?

‘Je mag verwachten dat wij echt kijken naar lokaal of regionaal maatwerk. Daarin zoeken we de inhoud. Zónder het tempo van de ambulantisering uit het oog de verliezen. Dat vragen we ook van de instellingen. Inderdaad, het gaat niet meer alleen om de plannen en het beleid van de individuele aanbieder, maar om wat lokaal of regionaal nodig is. Dan kan het zo zijn dat sommige instellingen meer en andere minder ruimte krijgen voor een bepaald beddenaantal. Iedere aanbieder maakt zijn plan, gaat dan in onderhandeling met verzekeraars en moet – in geval bij Menzis – met goede argumenten komen. Instellingen zijn mede afhankelijk van het samenspel met anderen. Ook UWV, gemeenten, onderwijs, thuiszorg, eerstelijns

zorgaanbieders in de ggz en huisartsen hebben een rol. Dat realiseren wij ons. Tegelijkertijd: wij horen huisartsen zeggen: ‘ja wij willen wel meer doen aan geestelijke gezondheidszorg, maar dan moeten onze praktijkondersteuners ggz-kennis verkrijgen’. We moeten natuurlijk dubbel aanbod voorkomen. Het is een broos spel waarbij verzekeraars meer regie zullen pakken.’

GGZ Nederland bepleit zorgvuldige beddenreductie. Het lijkt of verzekeraars en ggz daarbij wel hetzelfde einddoel hebben, maar de marathon erheen met tempoverschillen willen afleggen. Welke mogelijkheden zijn er wat u betreft voor verschillende ‘loopschema’s’?

‘Dat de transitie tijd kost begrijp ik. Maar uiteindelijk hebben we ons geconformeerd aan een einddoel. Dat moeten we halen. Anders dreigt de kaasschaafkorting van de overheid. En die treft ook de goeden. Dat moet je elkaar niet gunnen. Ambulantisering, beddenreductie, het moet kunnen. Anders had GGZ Nederland natuurlijk nooit dat akkoord getekend. Ik zou dus graag willen dat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders nog meer gaan inzetten op zorgvraagzwaarte en ROM. We maken wel meters met ROM, maar we zijn nog niet ver genoeg. Daar mogen we elkaar echt stevig op aanspreken. Laat ieder maar aantonen dat ze alles uit de kast hebben gehaald. Dat vraagt openheid en kwetsbaarheid. Ik heb graag eerder en op tijd een hulpvraag van instellingen. Want uiteindelijk zitten we in dezelfde roeiboot: we moeten de zorg betaalbaar houden. En ik ben er niet gerust op. Stel dat het kabinet volgend jaar zegt: ‘Die 2,5% groeimarge voor de ggz, die moet omlaag.’



‘IK VERWACHT DAT INSTELLINGEN HET MOEILIJK KRIJGEN. HET IS BALANCEREN. GELUKKIG IS DE AMBITIE BIJ VINCENT VAN GOGH AANWEZIG’

Ik vind het bestuurlijk akkoord goed, voor patiënten en voor onze samenleving. Zowel vanuit betaalbaarheid als vanuit de herstelgerichte visie. Maar stel je even voor: je hebt vanaf het begin van je leven psychotische stoornissen en inmiddels woon je zo’n 20 jaar bij ons op het parkachtige terrein. Dat is je wereld. En ‘opeens’ moet je de wijk in... Het is niet fijn!’

5

6

7

8

VEEL MENSEN PROEVEN DE NADELEN

Een complete ombouw van onze organisatie. Banen moeten weg, terreinen van grote historische waarde staan in de verkoop. Tegelijkertijd: dit moet’, zo omschrijft Jolande Tijhuis, voorzitter raad van bestuur Vincent van Gogh, de impact van de afspraken over ambulantisering en beddenreductie vanuit het ‘Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014’.

Waar loopt u als bestuurder tegenaan?

‘Dit is allemaal niet nieuw. De vraag is: hoe kun je dit goed doen? Hoe kom je als bestuurder tegemoet aan de maatschappelijke vraag om te krimpen terwijl je ook je instelling financieel gezond houdt? Grote ggz-instellingen hebben twee molenstenen om de nek. De eerste is het historisch vastgoed: uitgestrekte terreinen met gebouwen die veelal onder monumentzorg staan. In de huidige vastgoedmarkt kun je er weinig mee. Je kunt dat niet inzetten om inkomsten te verwerven. Je bent verplicht tot onderhoud. Tot 2011 was daar subsidie voor, maar nu niet meer. Bij ons staat driekwart leeg... ga maar na wat dat kost. GGZ Nederland heeft wel onderzocht of deze component in het bestuurlijk akkoord moest. Maar de conclusie was dat het zo divers is dat er niets landelijk geregeld kan worden. Voor ons betekent dit dat wij zelf de afwaardering op vastgoed dan maar moeten betalen. Hierdoor ligt de lat bij de ene instelling aanmerkelijk hoger dan bij de andere. De tweede molensteen is het feit dat personeel en patiënten veelal een leefgemeenschap vormen en niet toegesneden zijn op ambulantisering. Personeel is vaak op leeftijd en dus duur. Overal gaan er mensen uit, maar personeel is ook je kapitaal. Er moet gestuurd worden op competenties die nodig zijn voor ambulantisering, die zijn anders dan tien jaar geleden. Dat heeft consequenties voor personeel. We hebben de zorgkantoren en de verzekeraars hard nodig bij deze transitie.’

Wat betekenden verzekeraars voor u in 2012?

‘In onze regio werken we samen met CZ en VGZ en die hebben ons zeker geholpen. Niet zozeer met geld, wel met meedenken over hoe we zorgketens kunnen uitbouwen en anders kunnen inrichten. Zo leggen we een fundament voor toekomstbestendige ggz. We zeilen hier scherp aan de wind. Of we balanceren langs de afgrond, maar dan wel in samenspraak met zorgkantoren en verzekeraars. Je hebt elkaar nodig. We deden bijvoorbeeld een rigoureuze ingreep in een kliniek: alle teams rouleerden en we lieten mensen met nieuwe ogen kijken naar elkaar en naar hun patiënten. De opbrengst bestaat uit andere beslissingen en toch meer beweging naar beschermd wonen en zorg in de wijk. Al met al hebben we in 2011 en 2012 20% van de AWBZ-bedden afgebouwd. De volgende 10% zal vele malen moeilijker zijn. Ambulantisering geeft een push aan de voorkant van de ggz. Daar moet je ook beginnen. De meeste psychiatrische stoornissen openbaren zich tussen het 14e en 21e levensjaar. Alles wat je daarop inzet - aan begeleiding thuis, op school en tijdens de studie - win je op termijn dubbel terug. Maar dat kunnen wij als tweede en derdelijns ggz niet alleen. Daarom gaan wij strategische coalities aan met gemeenten, scholen en toeleiders naar werk. Dat zal jonge mensen door moeilijke en zware perioden heen helpen.’



‘WE MERKEN DAT GHB ECHT EEN ANDERE AANPAK VRAAGT. DE SAMENWERKING TUSSEN VERSLAVINGS-ZORG EN ZIEKENHUIZEN WORDT INTENSIEVER.’



De handen moeten ineen, meent Roel Hermanides, lid raad van bestuur van verslavingsinstelling Novadic-Kentron. ‘Wij volgen GHB al langer.

Tien jaar geleden leidde deze drug die thuis te maken is van onder meer gootsteenontstopper en velgenreiniger slechts tot een enkel incident.

De laatste twee jaar liep dat op.

Het aantal gebruikers, naar schatting enkele duizenden, lijkt nu nog gering. Maar de impact en de volksgezondheidsrisico’s voor de toekomst zijn dermate groot dat het ministerie van VWS toch innovatiegelden inzet in reactie op onze noodsignalen. Lovenswaardig!

Wij trokken aan de bel op basis van onze praktijkervaringen in de klinieken en GHB-onderzoek van Trimbosinstituut en het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving. Al snel betrokken we NISPA in Nijmegen erbij voor een GHB-monitor.’ NISPA staat voor Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction. Het is opgericht door een consortium van zes verslavingszorginstellingen in Oost en Zuid Nederland: Novadic-Kentron, Tactus Verslavingszorg, IrisZorg, Vincent van Gogh, Mondriaan en Victas. Doel is samen met de faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen een kenniscentrum voor zorgontwikkeling, onderzoek en onderwijs ten behoeve van de verslavingszorg in het leven te roepen. Wat voor ons de doorslag gaf om aan de bel

te trekken? De ernst en de heftigheid van de verslavings- en ontwenningsverschijnselen. Mensen die na GHB-gebruik opgenomen worden op de spoedeisende hulp of bij de crisisdiensten van de ggz, raken gevaarlijk snel psychotisch, in coma of erger: ze overlijden ter plekke. We merkten handelingsverlegenheid bij instellingen. Dat spoorde ons aan tot protocollen. In 2012 konden we er in het landelijke kader van Resultaten Scoren drie ontwikkelen: voor de verslavingszorg zelf, voor de spoedeisende hulp van ziekenhuizen en voor de politie. Daarvan wordt zeker gebruik gemaakt.’

Intensievere samenwerking nodig
‘We merken dat GHB echt een andere aanpak vraagt. De samenwerking tussen verslavingszorg en ziekenhuizen wordt intensiever. Dat moeten we beter inregelen, met protocollen, afstemming en scholing. Want mensen komen vaak extreem verward bij de politie binnen of in coma in het ziekenhuis. Dan ga je twijfelen: is dit alcohol, geweld of GHB? Overleg met verslavingsartsen is van belang. Ook moet iemand onmiddellijk vanaf

de spoedeisende hulp doorgeplaatst kunnen worden op een detoxafdeling. Dat kost normaal dagen, ook omdat de verslavingszorg geen 24/7 bereikbaarheid heeft. Bij GHB ben je dan te laat. Wij praten over enkele uren. Willen we dit goed doen dan vraagt dat beddencapaciteit, versnelling, samenwerking en afstemming van de zorg. GHB-ontwenning is gewoon verzekerde zorg. Maar we zien inmiddels dat mensen met GHB-problematiek een intensievere vorm van detoxicatie ondergaan én sneller terugvallen. Dat laatste jaagt de zorgprijs omhoog en dat brengen we nu in beeld. Omdat die zorg betaald moet worden, maar ook omdat er veiligheidsaspecten èn dus nog veel meer maatschappelijke kosten aan GHB-gebruik vast zitten. Neem als voorbeeld de gemeente Rucphen, met een heel fors GHB-probleem. Daar was het probleem zo groot, dat zelfs burgemeester en wethouders zich ermee bemoeiden vanwege het verstorende en gemeenschap ontwrichtende karakter. Zulke problemen wil je niet voor de rest van Nederland. Daarom is onderzoek naar innovatieve behandelmethoden op zijn plaats.’

2012

Trends en veranderingen op de drugsmarkt signaleren de samenwerkende instellingen vrijwel onmiddellijk. Dat gebeurt via het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) dat in 2012 twintig jaar bestond.

Met het innovatieprogramma van de verslavingszorg, uitgevoerd door de Stichting Resultaten Scoren, ontwikkelt de branche vervolgens nieuwe interventies die de kwaliteit en effectiviteit van preventie, behandeling en zorg permanent verbeteren. Daarover hielden de gezamenlijke instellingen voor verslavingszorg op 4 oktober 2012 een conferentie.

“Iets duwde mij over de rand en ik merkte tot mijn eigen verbijstering dat ik de wereld niet meer begreep”

JOOST ZWAGERMAN



Afspraken uit het ‘Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014’ hebben hun impact op wonen, werken en zorg. Mogelijkheden voor dagbesteding en werk die aansluiten bij de wensen en kwaliteiten van de patiënten zijn voorwaarden voor het slagen van ambulantisering.

Het convenant dat GGZ Nederland en UWV in april 2012 sloten is gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen UWV en ggz-professionals, zowel bij mensen met een korte afstand tot de arbeidsmarkt (Ziektewet en kortdurende behandeling ggz) als bij mensen met een lange afstand tot de arbeidsmarkt (langdurende zorg ggz).

In het kader van de decentralisatie van de dagbesteding naar de Wmo in 2015 en de invoering van de Participatiewet (2015) wordt voor de ggz de samenwerking met de gemeenten en met UWV belangrijk om zorg en werk elkaar te laten versterken.

DE VLOER OP NIEUWE SAMENWERKING?



CONVENANT UWV

UWV en GGZ Nederland sloten op 16 april 2012 een overeenkomst om de arbeidsparticipatie van mensen met psychische stoornissen te bevorderen, waardoor zij betaald kunnen (blijven) werken. Een interview met Peter Smit, projectleider convenant GGZ Nederland – UWV.

Beide organisaties zien in dat samenwerking beter zou kunnen zijn voor de klanten. Daarin vonden we elkaar. Onze samenwerking en het Convenant tussen GGZ Nederland en UWV hebben waarde in zichzelf. Hiermee zeggen we op alle niveaus nadrukkelijk ‘ja’ tegen de verantwoordelijkheid om samen aan de slag te gaan voor cliënten met een psychische belemmering. We zien allerlei kansen om tot elkaar te komen. Maar we gaan niet samenwerken om het samenwerken. Het gaat altijd om de klant.’

Moment
‘Bestuurders van GGZ Nederland en UWV verkenden de mogelijkheden tot samenwerking. Maar het moment moest er zijn. En dat kwam in 2012. Toen konden we komen tot een convenant. Nu gaat dat verder. Ik zie dat niemand het loslaat, bestuurders zijn alert op

de voortgang van de verschillende deelprojecten die uit het convenant voortvloeien. Men informeert ministers en ambtenaren. De betrokkenheid is onverminderd groot. Alle lagen van beide organisaties zijn er actief bij. Dat is ook een voorwaarde om concrete resultaten uit het convenant te laten voortkomen: structurele, dagelijkse samenwerking.’

Hoe vullen UWV en ggz elkaar aan verwacht je?
‘Wij zijn nu bezig met kennismakings-bijeenkomsten. Medewerkers van UWV en ggz-instellingen ontmoeten elkaar en op die niveaus wordt de meerwaarde van de samenwerking duidelijk. Hoe zit een behandeling in elkaar? Hoe gaat dat met een uitkering? Iedereen maakt de omslag van ‘ik denk dat het zo gaat’ naar ‘ik wéét dat het zo gaat’.

Samen kun je meer zien en dan krijg je beter in beeld wat de goede weg is naar participatie in combinatie met een behandeling. Het UWV is de aangewezen partner voor de ggz en andersom. We weten dat er onderweg hobbels zijn. Anders hadden we geen convenant afgesloten. Maar we laten ons niet door de hobbels leiden. Want ze zijn praktisch van aard en overkomelijk. Zo zijn beide organisatie bijvoorbeeld van buitenaf niet vlot benaderbaar. Ik moet weten wie bij een ggz-instelling de trajectbegeleider of behandelaar is van mijn klant anders krijg ik die persoon niet aan de telefoon. En als je het UWV belt, krijg je een callcenter. Maar deze situatie is natuurlijk werkbaarder te maken.

Wetenschappelijk onderbouwd
We volgen twee sporen. Enerzijds een breedtestrategie met kennismakings- en samenwerkingsbijeenkomsten waarbij we kennis en kunde uitwisselen. Na persoonlijke kennismakingsrondes volgen bijeenkomsten op inhoud, casuïstiek en



functionaliteiten. En daarna formeren we werkgroepen die kansen en bedreigingen formuleren. Het andere spoor bestaat uit een verdiepingsslag die we maken met onderzoek via ons Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde. Dat is nodig om wetenschappelijk onderbouwd duidelijk te kunnen maken dat de samenwerking effectief en zinvol is. We pakken dat grondig aan. Inderdaad is de drie jaar looptijd van het convenant niet voldoende voor gedegen wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van samenwerking tussen ggz en UWV. Maar dat is goed. Op 31 december 2015, de einddatum van het convenant, hoeft niet alles af te zijn. Het convenant is een fundament om samen aan de slag te gaan.’

6

7

8

PETER SMIT, PROJECTLEIDER

‘WE WERKEN NIET SAMEN OM HET SAMENWERKEN. HET GAAT ALTIJD OM DE KLANT’

Welke lessen zijn inmiddels geleerd?

‘Bij de totstandkoming van het convenant zijn best practices benoemd en beschreven in de convenantsbijlagen. Dat geeft een goed beeld van wat er zoal loopt aan projecten en bewezen effectieve methodieken voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Verder leren we nu hoe zinvol de regionale aanpak is. Het is mooi om te merken hoe mensen gericht naar oplossingen zoeken en daarbij over de grenzen van eigen functies en organisaties heengaan. Men is puur gericht op betere ondersteuning van de cliënt. Zodra dat bepaald is, stelt men elkaar de vervolgvraag: Hoe regelen wij dat?’

Wat gaan werkgevers, patiënten en hun behandelaars in de praktijk van alledag merken van de intensievere samenwerking van UWV en GGZ Nederland?

‘Cliënten gaan ervaren dat de samenwerking echt voor hem of haar persoonlijk bedoeld is. Dat de juiste weg naar participatie met hen samen gezocht wordt via soepeler contact tussen de UWV-consulent en de ggz-begeleider. Behandelaars zullen meer met ons en met de cliënt op zoek gaan naar de beste combinatie van behandelen en werken. Voor werkgevers kunnen wij straks beter inschatten en aangeven wat daarbij de mogelijkheden zijn.’

Hoeveel ervaring heeft UWV inmiddels met re-integratie van mensen met psychische stoornissen? Hoe spelen jullie in op stigmatisering en op periodes van terugval?

‘We werken natuurlijk al jaren aan re-integratie, maar dat gebeurde nog niet vanuit de samenwerking met de ggz. Wij maken mensen ook niet beter, wij kijken naar de belasting en de belastbaarheid. Daarbij heeft het UWV verschillende classificaties om psychische stoornissen aan te duiden. Maar ons ‘ernstig’ betekent iets anders als het ‘ernstig’ van de ggz. En wij zien nog niet goed genoeg hoe onze inspanningen zich verhouden tot de behandelingen in de ggz.

Ik weet dat 2013 is uitgeroepen tot het jaar van de destigmatisering en toch is dat in de praktijk heel lastig. Soms wil je mensen bij toeleiding naar werk in een bepaalde voorkeurspositie manoeuvreren en dan is een stempel niet per se negatief. Er zijn allerlei protocollen voor wat je wel of niet mag registreren over klanten. Allemaal zaken waar we samen mee aan de slag moeten.’

Praktijk
‘Op diverse plaatsen is de IPS-methodiek gestart. Het is een effectief arbeids-rehabilitatieprogramma voor bepaalde doelgroepen. Bij een aantal ggz-organisaties is het georganiseerd als onderdeel van ambulante teams en wordt er al samen-gewerkt met het regionale UWV. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Eindhoven en Altrecht Talent. Er zit nu nog geen regelgeving achter en voor iedere klant afzonderlijk wordt dan gekeken naar financieringswegen. Dat lukt nog niet altijd. Wij onderzoeken dus mogelijkheden om de financiering die erbij hoort landelijk goed te regelen. Dat is ingewikkeld. Uniformeren van de IPS-methodiek en voortgezet wetenschappelijk onderzoek zijn deel van de oplossing om straks binnen de kaders maatwerk te leveren. Daarna is het zaak dat UWV, GGZ Nederland en zorgverzekeraars de handen in een slaan. UWV en GGZ Nederland geven bij de ministeries van VWS en Sociale Zaken aan dat er naast structurele financiële regelingen uitbouw van de IPS-methodiek nodig is en goed opgeleide IPS-trainers. Als dat in kaart gebracht is en geborgd, kunnen UWV en ggz-instellingen verantwoordelijkheid dragen voor de financiële kant van deze trajecten.’

AFSPRAKEN RONDOM DE WERKVLOER

Ziekteverzuim kost de samenleving veel geld. Ook klinkt meer en meer door dat een deel van de mensen met een psychische aandoening kan en wil doorwerken tijdens of na hun behandeling en daarbij ook baat heeft. Dat vraagt voor een aantal van hen intensieve begeleiding en samenwerking tussen UWV en ggz. Het convenant tussen GGZ Nederland en UWV geeft vorm aan deze ambitie. In het convenant staan onder meer afspraken over:

- het werkproces
- kennisoverdracht, zoals het opdoen van kennis over de regelgeving van UWV voor de ggz-behandelaars en het vergroten van de kennis over (ernstige) psychiatrische aandoeningen bij UWV-verzekeringsartsen/ arbeidsdeskundigen.
- het verspreiden van best practices en behandelingen met het oog op behoud van werk of effectieve re-integratie.

Drie jaar lang zal een stuurgroep de uitvoering van het convenant aansturen. Jaarlijks vindt er een evaluatie plaats en worden de resultaten van de samenwerking onderzocht.



LANGDURENDE ZORG HOORT IN ZORGVERZEKERINGSWET

De intramurale zorg die gefinancierd werd vanuit de AWBZ gaat over naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dat is in 2012 afgesproken in het regeerakkoord. GGZ Nederland bepleit zorgvuldige afweging op medische, maatschappelijke en economische gronden. Want het maakt nogal uit in welk wettelijk kader zorg terecht komt.

Zo wordt Zvw-zorg vooral ingekocht door verzekeraars, terwijl begeleiding gericht op participatie onder de Wmo valt en ingekocht wordt door gemeenten. In de Wmo kent men een compensatieplicht, maar geen zorgplicht. Op Zvw-zorg kun je wettelijk aanspraak maken. Op begeleiding vanuit de Wmo niet.

Lichaam en geest
GGZ Nederland vindt dat langdurende zorg thuis hoort in de Zorgverzekeringswet. Daar zijn veel goede redenen voor. Ernstige psychische aandoeningen zijn vaak blijvend en gaan ook geregeld gepaard met serieuze lichamelijke aandoeningen die elkaar onderling beïnvloeden. De zorg vereist kennis van de aandoeningen en is vaak medisch-specialistisch van aard.

Het is de vraag of gemeenten die zorg in het kader van de Wmo kunnen bieden. Als dat niet - of maar ten dele – lukt, zijn de consequenties groot. Voor de patiënten zelf, maar ook voor de omgeving. Situaties van patiënten kunnen ernstig verslechteren, dat betekent groei van het aantal acute opnames en toename van maatschappelijke overlast en kosten voor bijvoorbeeld inzet van politie.

Begeleiding en behandeling moeten zoveel mogelijk in samenhang worden geboden. Dat komt de doelmatigheid van zorg ten goede. Het is ook eenvoudiger als beide typen aandoeningen uit hetzelfde financiële kader worden betaald.

Resultaat
Instellingen spannen zich in om zorg efficiënter te maken. Patiënten die voor hun behandeling in een instelling verblijven, stromen sneller uit dan voorheen. Bijvoorbeeld naar vormen van beschermd wonen en naar zelfstandige woonsituaties met eventueel ambulante zorg. Uitgangspunt daarbij is onder meer de herstelgerichte zorg waarin zelfregie, eigen verantwoordelijkheid en maatschappelijke participatie door mensen met een psychische aandoening centraal staan. Toch is dit niet voor iedereen weggelegd. Er blijven altijd patiënten die te kwetsbaar zijn om het eigen leven buiten een instelling zelfstandig te organiseren.

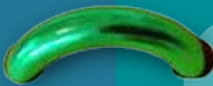
OM WELKE MENSEN GAAT HET BIJVOORBEELD?

Kees (52) heeft vroeger een aantal ernstige depressies gehad. Pas op latere leeftijd werd duidelijk dat hij een persoonlijkheidsstoornis met antisociale en ontwijkende trekken heeft. Problemen gaat hij uit de weg en hij gaat makkelijk over de grenzen van andere mensen heen. Mede door zijn stoornis heeft hij delicten begaan en is hij in aanraking gekomen met justitie.

Kees heeft sinds zijn 15de jaar diabetes. Hij vindt het erg moeilijk om zijn verantwoordelijkheden te nemen waar het gaat om het innemen van medicijnen, verstandig eten, alcoholgebruik en voldoende bewegen. Hij heeft inmiddels vijfmaal in het ziekenhuis gelegen vanwege een te hoge bloedsuikerwaarde. Kees heeft in het verleden geprobeerd zich van het leven te beroven. Uiteindelijk is hij dakloos geraakt en via de daklozenopvang in een woonvorm terecht gekomen waar hij 24 uur per dag begeleiding krijgt. Hij gedraagt zich daar erg passief, vindt het erg moeilijk om contacten te leggen en vriendschappen aan te gaan. In de RIBW wordt zijn psychische en lichamelijke functioneren in de gaten gehouden en wordt hij gemotiveerd om zijn administratie, financiën, dagbesteding en sociale contacten aan te pakken. Wanneer de 24-uursbegeleiding stopt wordt Kees vrijwel zeker weer dakloos.

“Ik heb dwangmatige gedachten. Daar slik ik wat voor. Het is echt een dwangneurose”

KATJA RÖMERSCHURMAN



1

GGZ NEDERLAND EN
BESTUURLIJK AKKOORD

2

SAMEN STERK TEGEN STIGMA

3

INTERNATIONALISERING, WETGEVING
& (LEDEN)INTERACTIE

4

AMBULANTISERING / VERSLAVINGSZORG

5

WERKEN EN LANGDURENDE ZORG

6

ZORG DICHTBIJ / FORENSISCHE ZORG

7

JEUGD-GGZ

8

Het ‘Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014’ zet aan tot een nieuwe organisatie van zorg. Huisartsen kunnen de praktijkondersteuning van mensen met psychische problematiek (POH-GGZ) flexibeler inrichten. En een laagdrempelige en generalistische ggz verschijnt naast de gespecialiseerde tweedelijns ggz. Wat betekent dit voor huisartsen en ggz?

DICHTERBIJ
GENERALISTISCH WAAR HET KAN



‘HUISARTS EN GGZ ZIJN ONLOSMAKELIJK MET ELKAAR VERBONDEN’

EEN EXTRA STAPSTEEN IN DE VIJVER

‘Huisartsen hebben met POH-GGZ een extra steen in de vijver gelegd. Die ligt bij de twee grote keien eerstelijns ggz en tweedelijns ggz. Niet als een steen waarmee je de tweedelijnszorg eerder bereikt, maar als een stapsteen die kleinere stapjes mogelijk maakt waardoor te grote sprongen naar tweedelijns ondersteuning vaak helemaal niet nodig zijn.’ Dat zegt Geert-Jan van Loenen, LHV-bestuurslid en praktiserend huisarts.

‘Ik verwacht dat de ggz ook een stapsteen neerlegt: zorg dat patiënten die wij hebben doorverwezen zich meer geborgen weten in de zorg. Het is voor veel mensen een grote stap hoor: naar een ggz-instelling. Ben je eindelijk zover dat je wilt gaan werken aan je stoornis, kom je vanuit een persoonlijke huisartsenpraktijk terecht in een aanvankelijk anonieme setting...’

Naam, gezicht, reputatie

‘De LHV wil goede aansluiting tussen de verschillende echelons bewerkstelligen, vergelijkbaar met hoe wij samenwerken met andere medisch specialisten. Dat betekent korte lijnen en meer telefonisch contact. Ook bij ggz-verwijzingen willen wij verwijzen naar een behandelaar met een naam, een gezicht en een reputatie. En niet –zoals nu – naar een instelling. Ik heb goede hoop dat dit verandert. Het allerbelangrijkste is dat huisartsen ook voor mensen met psychische problemen

poortwachter in de zorg zijn. Wordt het behandelen of verwijzen? Vanuit onze expertise kunnen we dat goed inschatten. En met POH-GGZ nog beter. Hij of zij houdt de sociale kaart van de ggz goed in beeld en vormt een team met de huisarts.’

Geen slippendragers van de ggz

‘POH-GGZ moet een onafhankelijke functie zijn, met veel expertise en los van een ggz-instelling. Ik heb liever één expert naast de huisarts die het totale veld overziet dan 25 deelsdeskundigen. Daarbij: het belang van de patiënt moet altijd richting geven aan contacten en contracten. Wij willen geen slippendrager zijn van ggz-instellingen. Huisartsen in Nederland staan voor onafhankelijkheid en geen onnodige verzwaring van problematiek. Om in de beeldspraak van de stenen in de vijver te blijven: geen onnodige sprongen naar te zware stenen in de vijver, louter omdat het pad er niet is.’

STAND VAN ZAKEN POH-GGZ

- De POH-GGZ is onderdeel van de huisartsenzorg.
- Sinds 2010 is POH-GGZ mogelijk. In 2012 is sprake van groei: ruim 43% van de huisartsen benut deze ondersteuning in de praktijk.
- Zorgverzekeraars contracteren POH-GGZ verschillend. Een aantal verzekeraars stelt eisen aan de opleiding van de POH-GGZ.
- De in oktober gepubliceerde prestatiebeschrijving van de Nederlandse Zorgautoriteit geeft meer duidelijkheid over de rol van de POH-GGZ en biedt daarmee aanknopingspunten om te kijken naar de benodigde competenties en wenselijkheid van scholing. GGZ Nederland is geconsulteerd in de totstandkoming van de prestatiebeschrijving.

WAT IS ER NODIG OM POH-GGZ SUCCESVOL TE MAKEN?

Van Loenen (LHV):

- We halen expertise naar de huisartsenpraktijken. Geen specialistische expertise, maar wel kennis en samenwerkingscontacten. Huisartsen hebben daar direct belang bij.
- De LHV bepleit openheid vanuit de ggz over uitdagingen die men verwacht. Problemen los je niet op jezelf op. Wij zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.’

Van Rees Vellinga (Mindfit):

- De huisarts moet in de lead zijn. Juist omdat de verantwoordelijkheid daar hoort.
- Willen POH-GGZ en de basis generalistische ggz slagen dan moet er organisatiekracht achter komen. Ggz-instellingen kunnen dat doen of anderen, maar verstand van zaken is wel handig. Het voordeel van een grote instelling is dat de keten en het netwerk al georganiseerd zijn.’

Paul van Rooij (GGZ Nederland):

- Een adequate en structurele bekostiging is nodig. Lange tijd had de regeling een tijdelijk karakter waardoor huisartsen terughoudend waren met het inzetten van een POH-GGZ. Voorbeelden uit de praktijk laten echter zien dat de POH-GGZ eraan bijdraagt dat de huisarts zijn rol als poortwachter en verwijzer goed kan uitvoeren.
- Het kunnen consulteren van een specialist, zoals bijvoorbeeld de psychiater of de klinisch psycholoog is een belangrijke voorwaarde om meer behandeling en begeleiding van patiënten in de huisartsenpraktijk te laten plaatsvinden. Het is grote winst dat dit financieel mogelijk wordt gemaakt.



‘WE LEGGEN NU MET DE HUISARTSEN HET FUNDAMENT VOOR DE BASIS GGZ.’

POH-GGZ MAAKT WERKEN AAN GGZ NORMAAL

Greetje van Rees Vellinga is directeur van Mindfit, een aparte tak binnen Dimence die verantwoordelijk is voor de praktijkondersteuners met psychische kennis in huisartsenpraktijken, voor preventie, ggz voor mensen in multiprobleemsituaties (OGGZ) en eerstelijns psychologen. Dimence is een grote ggz-instelling in Oost-Nederland. In het verzorgingsgebied is er nauwe samenwerking met huisartsen.

‘Zodra de beleidsmaatregel POH-GGZ de huisartsen in de lead zette, heeft Dimence bij verschillende huisartsengroepen de vraag op tafel gelegd: wat willen jullie? Zo zijn we tot hele specifieke afspraken per zorggroep gekomen. In 2012 is besloten de maatregel uit te breiden per 2013 en de basis ggz komt er aan, dus nu doen we dat opnieuw. Wij volgen de huisartsen en bieden wat zij vragen. Wij gaan mee in de eerstelijnsfinanciering. Binnen de financiële kaders die daarbij horen. Wij schrijven geen mensen meer in, dat doet de huisarts. We hebben meteen gezegd: POH-GGZ is van jullie. Het is een mooie opmaat voor de basis ggz.’

Wat is er bereikt in 2012?

‘We hebben 25 fte’s uitstaan in de POH-GGZ. Dit jaar worden dat er 35 en mogelijk meer. Dat is verspreid over meer dan 300 huisartsen. Wij leren veel van de huisartsen. Zij werken met kortere lijnen zonder wachttijden en kijken naar de context. Wij trekken dat in de tweede lijn zo snel uit elkaar. Het persoonlijke en de ontmoeting staan centraal in de eerste lijn en dat moet straks ook in de basis ggz.

Het resultaat is ook belangrijk: wij leggen nu met de huisartsen het fundament voor de basis ggz. We nodigen hen uit om goed te kijken: POH-GGZ is vooral van hen, de basis ggz is meer van de anderen. Van wie precies, dat zien we nog wel.

Ik weet zeker: de POH-GGZ is een blijvertje. Dus we moeten blijven investeren in de instroom van nieuwe mensen. Vast staat ook dat de POH-GGZ meer gaat doen, onder meer met chronische problematiek. Dat vraagt een kennisverdieping. Ik verwacht dat POH-GGZ op termijn deel wordt van de hbo-opleiding verpleegkunde. Ik ga daar in elk geval met de opleiders in de regio over praten. Als je samen de visie ontwikkelt en in elkaars keuken kan kijken, schep je meer vertrouwen en daadkracht. Dat merken we tijdens bijeenkomsten met zorgverzekeraars. Daar vertellen huisartsen wat ze hebben gehad aan POH-GGZ. Met cijfers. Huisartsen zoeken ook hun eigen weg. Prima. Een deel lopen we samen en een deel doe je voor jezelf. Ik voorspel: door de basis ggz wordt het gespecialiseerde werk van de tweedelijns ggz ook duidelijker. De toegevoegde waarde kan voor alle betrokkenen heel groot zijn. En die telt.’





JOEP VERBUGT IS VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR GGZE EN BESTUURSLID VAN GGZ NEDERLAND.

‘Uitermate ingrijpend voor de instellingen die dicht moeten’,
zo omschrijft Joep Verbugt de impact van de bezuinigingen op
forensische zorg van 2012.

FORENSISCHE ZORG: IMPACT BEZUINIGINGEN

‘We hebben geprobeerd het verstandig in te vullen zodat bezuinigingen niet leiden tot simpele kaalslag. We proberen doelen te realiseren door behandelingen te verminderen of te bekorten en daar waar mogelijk samen te werken. Er is veel te winnen als we patiënten zo snel mogelijk op de juiste plaats kunnen laten instromen, doorstromen en uitstromen. De aansluiting op de reguliere ggz moet optimaal zijn. Met alle pijn van de sluitingen van dien, slagen we er toch in om vooruit te kijken.’

Advies Stooris en Delict

In augustus 2012 verschijnt het advies ‘Stooris en Delict, forensische en verplichte ggz vormen een keten’ van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Het moet nog voorzien worden van een duidelijk regeringsstandpunt. Bestuurslid Joep Verbugt licht toe: ‘We hebben het rapport omarmd omdat dit het belang van een goede aansluiting tussen forensische zorg en reguliere ggz onderstreept. Het grijze gebied tussen beide sectoren met hun verschillende financiële kaders moet niet groter worden.’

GGZ Nederland is van mening dat de financiële kaders van beide sectoren niet de grenzen van de zorg moeten bepalen. Je kunt namelijk niet alleen door een juridische bril of een VWS-bril kijken naar een groep mensen met psychiatrische problemen. De vraag aan welke kant van de streep je uitkomt, is immers vaak slechts een kwestie van toeval. En we willen dat de overblijvende bedden beschikbaar blijven voor mensen die het werkelijk hard nodig hebben.’

GGZ Nederland onderschreef de uitgangspunten en aanbevelingen van het advies Stooris en Delict en erkende de regierol die erin was weggelegd voor de ggz. Toch zag GGZ Nederland bij het realiseren van de adviezen nog de nodige uitdagingen. Zo vraagt het geïntegreerde wettelijke regime van indicatiestelling en plaatsing vertrouwen van de verschillende ketenpartners in elkaars expertise’. Verbugt: ‘Dat wat getekend is, zullen we proberen waar te maken. Daarbij moeten we ons wel realiseren: wij maken afspraken maar in de forensische zorg hebben we ook met anderen te maken, met rechters bijvoorbeeld. We bepalen het niet alleen.’

Meerjarenakkoord

Op 22 maart 2013 is het Meerjarenakkoord Forensische Zorg gesloten tussen ministeries van Veiligheid en Justitie en GGZ Nederland. Daaraan is in 2012 hard gewerkt door GGZ Nederland. De link tussen het rapport Stooris en Delict en het meerjarenakkoord bestaat uit de inzet op kortdurende behandelingen. Verbugt: ‘Dat betekent dat we ook moeten zorgen dat er ambulant behandeld kan worden. Ambulant, maar wel verantwoord. Het is noodzakelijk om verstandige, goede risicoanalyses te doen. Want met deze vorm van zorg mag je niet experimenteren.’

Resultaat

Er is veel bereikt in 2012. Zo zijn er op het terrein van risicotaxatie veel instrumenten ontwikkeld en daarmee is veel ervaring op gedaan. Verbugt: ‘En we zien aan de recidivecijfers dat tbs een effectief systeem is. Het levert bovendien meer geld op dan het kost. De omvang van forensische zorg is omgekeerd evenredig aan het belang ervan. Dat moeten we ons voor ogen houden!’

MIKE BODDÉ

“Iemand die hoge bloeddruk heeft slikt ook gewoon medicijnen”

1

GGZ NEDERLAND EN
BESTUURLIJK AKKOORD

2

SAMEN STERK TEGEN STIGMA

3

INTERNATIONALISERING, WETGEVING
& (LEDEN)INTERACTIE

4

AMBULANTISERING / VERSLAVINGSZORG

5

WERKEN EN LANGDURENDE ZORG

6

ZORG DICHTBIJ / FORENSISCHE ZORG

7

JEUGD-GGZ

8

Voor de geestelijke gezondheidzorg voor kinderen en jongeren staan de grootste veranderingen ons nog te wachten. Een hele concrete aanzet hiervoor kwam in 2012. Op 19 juli maakte de overheid het concept van een nieuwe Jeugdwet openbaar. De Jeugdwet komt niet alleen in de plaats van de huidige ‘Wet op de jeugdzorg’, maar vervangt ook verschillende andere onderdelen van de jeugdzorg die nu nog vallen onder de Zorgverzekeringswet (geestelijke gezondheidzorg voor jongeren) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd).

VOORBEREIDEN OP VERANDERING

GEMEENTEN AAN HET STUUR





GEMEENTEN AAN HET STUUR

Uitgangspunten van het concept van de Jeugdwet is dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de zorg voor jeugd. Tijdig bieden van de juiste hulp op maat is een belangrijk uitgangspunt. Evenals preventie en vroegsignalering.

In de concept-Jeugdwet wordt de verantwoordelijkheid van de gemeenten uitgebreid met de provinciale (geïndiceerde) jeugdzorg, de gesloten jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (jeugd-ggz), zorg voor jeugd met een licht verstandelijk beperking (jeugd-lvb), ggz in het kader van het jeugdstrafrecht (forensische zorg), jeugdbescherming en jeugdreclassering.

Klaar voor de toekomst?

De gemeenten krijgen dus een enorm takenpakket. Zijn gemeenten daarop voorbereid? Ze worden vanaf 2015 verantwoordelijk voor alle ondersteuning, hulp en zorg aan kinderen, jongeren en opvoeders. Tijdens een debat over de jeugdzorg in de Tweede Kamer op 3 december 2012 drong een meerderheid van de partijen, onder andere door input van GGZ Nederland, aan op aanpassingen van de concept-Jeugdwet. Maar overheveling naar de gemeenten blijft nog steeds het uitgangspunt. 'Er is lang gesproken over een nieuw jeugdstelsel en dat moeten we

nu gaan uitvoeren', zei staatssecretaris Van Rijn (VWS) tijdens dat debat.

Van 'nee, naar tenzij'

GGZ Nederland vindt de beoogde overheveling van jeugd-ggz naar gemeenten geen goed voorstel. Deze zorg hoort thuis in het zorgverzekeringsstelsel omdat het medische zorg is. Wij spreken ons standpunt met beargumenteerde bezwaren al jaren uit naar onze stakeholders. Omdat tot nu toe de meerderheid van de Tweede Kamer nog wel vóór is en de ontwikkelingen doorgaan, geven we ook aan wat voor ons belangrijke randvoorwaarden zijn. Het bestuur van GGZ Nederland heeft in haar vergadering van december 2012 daarom besloten haar boodschap aan te passen met als uitgangspunt 'nee, tenzij'. Hierbij staat de 'tenzij' voor randvoorwaarden die GGZ Nederland stelt bij de transitie van jeugd-ggz naar gemeenten. Zo moet het wat GGZ Nederland betreft niet zo zijn, dat er in de toekomst in de ene gemeente iets heel anders verstaan wordt onder jeugd-ggz, dan in een andere

gemeente. Er moet na de transitie sprake zijn van uniforme kwaliteitseisen voor jeugd-ggz. Ook is het belangrijk dat patiënten het recht houden om invloed te hebben op het soort behandeling en de keuze van behandelaar. Geneeskundige zorg bij psychische stoornissen voor jeugdigen tot 18 jaar moet in voldoende mate beschikbaar en toegankelijk zijn. Dit betekent onder meer dat rechtstreekse verwijzing door artsen (zoals huisarts, jeugdarts en kinderarts) mogelijk moet blijven. Ook is het belangrijk dat jeugdigen die behandeld worden, ook na een overgang van het financiële stelsel naar de gemeenten, nog steeds zorg krijgen. Ook als zij verhuizen naar een andere gemeente.

Samenhang

Psychische problemen en problemen op somatisch gebied hangen veelal nauw samen. Daarom vindt GGZ Nederland dat behandelaars op beide gebieden nauw samen moeten kunnen (blijven) werken. Verder is het voor GGZ Nederland belangrijk

dat verzekeraars en gemeenten samen sturen op preventieve zorg en samen integrale zorgtrajecten inkopen voor gezinnen met meervoudige problematiek. Oftewel, integrale behandeling van jeugdigen met psychische stoornissen geldt als randvoorwaarde. De werkwijze 'één gezin, één plan', met daarin ggz voor jeugd en volwassenen, zou verder vormgegeven moeten worden door gemeenten, patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders. Met mogelijkheden voor consultatie en meebehandeling over en weer tussen de sectoren zorg, welzijn en jeugdzorg. Dit is een belangrijke voorwaarde om de zorg met en dichtbij de patiënt te organiseren en onnodige verwijzingen tegen te gaan. Om ook de kwaliteit van jeugd-ggz voor de toekomst veilig te stellen, is het noodzakelijk dat er voldoende middelen zijn voor opleiding, het verbeteren van inzicht in de effecten van de behandeling en daarmee dus ook kennisontwikkeling en innovatie op het gebied van jeugd-ggz. En GGZ Nederland wil dat dit alles gebeurt, zonder dat er meer bureaucratie bij onze leden ontstaat. Een hele opgave.

RAPPORT VWS OVER JEUGD-GGZ

Gemeenten verantwoordelijk laten zijn voor de jeugdzorg, dat was het idee van het kabinet Rutte I. Dat deze voorgenomen transitie grote gevolgen heeft voor gemeenten, zorgverleners en voor de jongeren die er gebruik van maken, is duidelijk.

Op verzoek van de Tweede Kamer heeft het ministerie van VWS daarom in 2012 onderzoek laten doen naar de positie van de jeugd-ggz in de transitie van de jeugdzorg. De studie door ABD Topconsultant en de begeleidende kamerbrief werden op 25 oktober aan de Tweede Kamer gestuurd. Het rapport 'Gemeenten aan zet. Twee wegen naar ggz voor zorggezin' is een heldere analyse. De gemeenten en GGZ Nederland zijn het eens over de visie op integrale jeugdzorg, maar verdeeld over de oplossingen. Volgens het rapport van VWS zijn er twee manieren om de gezamenlijke ambities te realiseren. De eerste weg is om de gemeenten volledig verantwoordelijk maken, maar dan moet er wel een landelijk wettelijk kader komen om de kerncomponenten van de ggz overeind te houden. Dan gaat het bijvoorbeeld om de positie van de patiënt, kwaliteitseisen voor de professional, landelijke inkoop, toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en medische verwijzingen. Een andere weg is om de gemeenten te laten sturen via de zorgverzekeraar. In deze variant wordt de zeggenschap van gemeenten wettelijk geregeld. Deze variant is voor het werkveld minder ingrijpend en eenvoudiger te realiseren. De verantwoordelijkheid ligt bij het kabinet en de Tweede Kamer om de juiste keuze te maken.



‘OVER SOMMIGE PATIËNTEN MOET JE PRATEN’

Vanaf 1 juli 2013 is de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht. GGZ Nederland besloot in 2012 vooruit te lopen op de invoering van de wet vanwege het belang van het bestrijden van kindermishandeling en andere vormen van huiselijk geweld. GGZ Nederland deed dit met de publicatie van de Meldcode ‘Over sommige patiënten moet je praten’.

De wet verplicht professionele organisaties waar zich signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling kunnen voordoen, een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te hebben en adequaat gebruik hiervan door professionals. Het doel van de meldcode is om professionals te ondersteunen in het maken van beslissingen over meldingen aan het Steunpunt Huiselijk Geweld of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

- De meldcode beschrijft in vijf stappen wat je moet doen bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld:
- Stap 1: in kaart brengen van signalen.
 - Stap 2: overleggen met een collega en eventueel raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) of het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG).
 - Stap 3: gesprek met de patiënt.
 - Stap 4: wegen van het geweld of de kindermishandeling.
 - Stap 5: beslissen: hulp organiseren of melden.

In de afgelopen jaren is gebleken dat (het voortbestaan van) huiselijk geweld en kindermishandeling in belangrijke mate kunnen bijdragen aan het ontstaan en voortduren van geestelijke gezondheidsproblemen, ook in volgende generaties. Juist daarom is het van groot belang dat in de ggz signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling vaker worden herkend, aangepakt en zo nodig gemeld. Met deze meldcode wil GGZ Nederland daaraan een bijdrage leveren. Voor de implementatie is een stappenplan opgesteld.

Huiselijk geweld en kindermishandeling maken een belangrijk deel uit van het aantal geweldsincidenten in Nederland. Minstens een kwart van het aantal patiënten in de ggz heeft een achtergrond van huiselijk geweld of kindermishandeling. In de afgelopen jaren heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg meermalen vastgesteld dat huiselijk geweld en kindermishandeling onvoldoende worden gesignaleerd. Ook interne richtlijnen van beroepsgroepen verbeterden dit beeld onvoldoende.

ANDERE HANDREIKINGEN DIE IN 2012 VERSCHENEN

- Handreiking Beroepsgeheim – 6 stappen voor zorgvuldig handelen
- Handreiking Integrale aanpak brandveiligheid
- Handreiking Veiligheidscultuur
- Handreiking VIM (Veilig Incident Melden)
- Argus, registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg.

FINANCIEEL OVERZICHT

SAMENSTELLING BESTUUR EN COMMISSIES PER 31 DECEMBER 2012

BESTUUR GGZ NEDERLAND

- Mw. M.A.M. Barth, *voorzitter*
- C.L. Bruinsma, *vice-voorzitter*
- R. Verheul, *secretaris*
- A.A. Rietveld, *penningmeester*
- J.W.M. Verbugt
- mw. M.L. van Loon
- S. Valk
- R.B.M. Jaspers
- G.A.W.M. Heijne
- J.L. Klompenhouwer
- mw. R.H.M. Vernimmen

COMMISSIE FINANCIERING EN BEKOSTIGING

- Mw. P.M.E. van Dam, *Arkin*
- T. de Grefte, *GGNet*
- R.T.J.M. Janssen, *Altrecht*
- E. Klunder, *Dimence*
- P.M.F.J.J. Knapen, *GGZ Westelijk-Noord-Brabant*
- E.A.M. Laarhoven, *Stichting Rivierduinen*
- Mw. M.L. van Loon, *SBWU*
- J. Martini, *Trajectum*
- D.F.L. Olthof, *Iriszorg*
- S. Valk, *Parnassia Bavo Groep*
- H.H.W. de Veen, *Mondriaan*

COMMISSIE WERKGEVERS- EN ARBEIDSZAKEN

- Mw. M.M.A. von Bönninghausen tot Herinkhave-Visser, *RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland*
- W.J. Foppen, *IrisZorg*
- E.S. van der Haar, *GGZ Drenthe*
- G.W.A.M. Heyne, *Reinier van Arkel Groep*
- Mw. M. Holleman, *GGZ Oost Brabant*,
- A. Jansen, *GGZ Friesland*
- R. Koning, *Parnassia Bavo Groep/Academie*
- G. Lomme, *De Jutters*
- Mw. L. Peters, *GGZ Breburg*
- R.N. van der Plank, *De Viersprong*
- J. Schaart, *Centrum ‘45*
- B.J.N. Schreuder, *GGZ Centraal*
- J.F.W.M. Timmermans
- G.B.F. van Weelden, *GGZ Breburg*

COMMISSIE ZORGVISIE EN NORMERING

- Mw. T.J. Heeren, *GGZ Centraal*
- R.B.M. Jaspers, *Verslavingszorg Noord Nederland*
- R. Joosten, *RIBW Gooi- en Vechtstreek*
- E. Kwidama, *Parnassia Bavo Groep*
- C.P.F. Lemke, *GGNet*
- R. Mentjox, *Emergis*
- J.T.M. Menting, *Yulius*
- J.V. Muller, *Arkin*
- Mw. M.C. van Putten, *GGZ Noord-Holland-Noord*
- W. Teer, *Delta Psychiatrisch Centrum*
- R. Verheul, *De Viersprong*
- Mw. H. van der Wal, *Dimence*

COMMISSIE INFORMATIEBELEID

- Mw. J. Beck, *Parnassia Bavo Groep*
- J.H. Ester, *Dimence*
- P. Hofman, *Lentis*
- G. Honkoop, *Eleos*
- J.L. Klompenhouwer, *Yulius*
- Mw. M.P.I. ten Kroode, *Stichting Rivierduinen*
- Mw. C. Lasonder, *RIBW Brabant*
- J.P.G. Molema, *Mondriaan Zorggroep*
- R. Sponselee, *GGZ Delfland*

UIT ‘REMOVING THE LABEL’. FILMPIE UIT CAMPAGNE ‘CHANGE THE VIEW’

“I have bipolar. Bipolar is not who I am”



LIDINSTELLINGEN PER 31 DECEMBER 2012

A Accare Altrecht Arkin	Assen Den Dolder Amsterdam	G GGD Amsterdam GGMD voor Doven en Slechthorenden GGNet GGz Breburg GGz Centraal GGZ Delfland GGZ Drenthe GGZ Eindhoven en de Kempen GGZ Friesland GGZ inGeest GGZ Noord-Holland-Noord GGZ Oost Brabant GGZ Westelijk Noord Brabant Giralis Groep	Amsterdam Gouda Warnsveld Tilburg Amersfoort Delft Assen Eindhoven Leeuwarden Amsterdam Heiloo Boekel Bergen Op Zoom Den Bosch		N Novadic-Kentron	Vught	T Tactus Verslavingszorg Triversum, Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie	Deventer Alkmaar
B Bouman GGZ	Rotterdam				O Orbis Geestelijke Gezondheidszorg	Sittard	V Verslavingszorg Noord Nederland Victas Vincent van Gogh voor Geestelijke Gezondheidszorg	Groningen Utrecht Venray
C Castle Craig Nederland Centrum voor Consultatie en Expertise Cordaan Curium-LUMC	Den Haag Utrecht Amsterdam Oegstgeest				P Parnassia Bavo Groep Pluryn Pro Persona Promens Care	Den Haag Oosterbeek Renkum Assen	W Woonzorgnet B.V.	Renkum
D De Bascule, academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie De Brug Midden-Nederland De Forensische Zorgspecialisten De Jutters De Regenboog Groep De Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek Delta Psychiatrisch Centrum Dimence Dr. Leo Kannerhuis Dr. Leo Kannerhuis Brabant	Duivendrecht Katwijk Utrecht Den Haag Amsterdam Halsteren Poortugaal Deventer Doorwerth Tilburg	H HVO/Querido	Amsterdam		R RIBW Gooi en Vechtstreek Reakt Groep Reinier van Arkel Groep RIAGG Amersfoort & Omstreken RIAGG Maastricht RIAGG Rijnmond RIAGG Zuid RIBW Arnhem en Veluwevallei RIBW Brabant RIBW Fonteynenburg RIBW Heuvelland en Maasvallei RIBW IJssel-Vecht RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden RIBW Nijmegen & Rivierenland RIBW Twente RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland Rivierduinen RoderSana Zorg BV	Huizen Gouda Den Bosch Amersfoort Maastricht Rotterdam Roermond Arnhem Tilburg Zoetermeer Maastricht Zwolle Haarlem Nijmegen Hengelo Purmerend Leiden Oirschot	Y Yorneo Yulius	Assen Dordrecht
E Eleos, Stichting Gereformeerde GGZ Emergis, Centrum voor GGZ	Amersfoort Goes	K Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie Kwintes	Ede Zeist					
F FPC De Kijvelanden FPC de Oostvaarderskliniek FPC De Rooyse Wissel FPC Oldenkotte FPC Veldzicht	Rhoon Almere Venray Eibergen Balkbrug	L Leger des Heils Gelderland Lentis Lievegoed Zorggroep LSG-Rentray	Apeldoorn Zuidlaren Bilthoven Zutphen		S SBWU Sinai Centrum Stichting Anton Constandse Stichting Centrum '45 Stichting De Hoop Stichting Fier Fryslân Stichting GGZ Keizersgracht Stichting Impact Stichting in de Bres Stichting Kentalis Zorg Stichting Pameijer sociale psychiatrie Stichting PerspeKtief Stichting Riwis Zorg & Welzijn Stichting Streetcornerwork Stichting Volksbond Amsterdam Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden	Utrecht Amstelveen Den Haag Oegstgeest Dordrecht Leeuwarden Amsterdam Diemen Drachten Sint-Michielsgestel Rotterdam Delft Apeldoorn Amsterdam Amsterdam Terneuzen		
		M Mediant geestelijke gezondheidszorg Mensana, RIBW Noord en Midden Limburg Mentaal Beter Cure B.V. MOB Maatschappelijk Ondersteuningsbureau B.V. MOC 't Kabouterhuis Mondriaan voor geestelijke gezondheid Mutsaersstichting	Enschede Venlo Den Dolder Rotterdam Amsterdam Heerlen Venlo					

VERKORTE JAARREKENING 2012

BALANS PER 31 DECEMBER 2012 (NA RESULTAATBESTEMMING)

	31 december 2012		31 december 2011	
	€	€	€	€
ACTIVA				
VASTE ACTIVA				
Materiële vaste activa				
Kantoorinventaris	387.429		457.131	
Vervoermiddelen	7.500		16.250	
Computerapparatuur	109.263		150.901	
		504.192		624.282
Financiële vaste activa				
Deelnemingen		0		0
VLOTTENDE ACTIVA				
Vorderingen				
Overige vorderingen en vooruitbetaalde bedragen	4.428.067		5.862.948	
LIQUIDE MIDDELEN				
	2.045.353		1.491.857	
	6.977.612		7.979.087	
	31 december 2012		31 december 2011	
	€	€	€	€
PASSIVA				
EIGEN VERMOGEN				
Reserves	3.262.365		2.932.961	
VOORZIENINGEN				
Overige voorzieningen	625.448		801.561	
KORTLOPENDE SCHULDEN				
Kortlopende schulden projecten	1.318.656		1.471.95	
Overige kortlopende schulden	1.771.143		2.772.606	
	3.089.799		4.244.565	
	6.977.612		7.979.087	

VERKORTE JAARREKENING 2012

EXPLOITATIEOVERZICHT 2012



BATEN

	2012	begroting	2011
	€	€	€
Contributies	8.002.041	8.001.408	7.973.188
Intrest	36.593	20.000	33.898
Subsidies externe projecten	1.281.666	0	2.184.791
Doorberekende baten	962.733	375.000	2.087.919
Diverse opbrengsten	498.505	195.000	270.218
Totaal baten	10.781.538	8.591.408	12.550.014

LASTEN

Personeelskosten			
Personeelskosten	5.159.305	4.886.291	5.572.161
Doorberekende personeelskosten SVG	0	0	916.417
	5.159.305	4.886.291	6.488.578
Materiële kosten			
Huisvestingskosten	970.935	1.098.320	1.046.156
Bureau- en administratiekosten	301.031	236.000	228.162
Automatisering en telecommunicatie	324.029	438.100	440.586
Bijdragen VNO & werknemersorganisaties	546.892	545.000	518.026
Advieskosten/uitbesteed werk	480.445	707.697	388.526
Public relations	401.900	218.000	400.352
Bestuurs- en commissiekosten	325.190	382.500	335.033
Algemene kosten	681.780	79.500	671.773
Doorberekende materiële kosten	-21.037	0	-95.867
	4.011.165	3.705.117	3.932.747
Projectkosten			
Projectkosten	1.434.967	0	2.818.460
Mutatie kortlopende schuld projecten	-153.303	0	-633.669
	1.281.664	0	2.184.791
Totaal lasten	10.452.134	8.591.408	12.606.116

SALDO

329.404	0	-56.102
---------	---	---------



VERKORTE JAARREKENING 2012

TOELICHTING WAARDERINGSGRONDSLAGEN

Grondslagen voor het waarden van activa en passiva

Algemeen

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de richtlijn voor de jaarverslaggeving 640 {organisaties zonder winststreven} uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving. De jaarrekening is opgesteld in euro's. De waarderingsgrondslagen zijn gebaseerd op de historische kosten en kostprijzen. Activa en passiva worden gewaardeerd tegen nominale waarde, tenzij een andere waarderingsgrondslag is vermeld.

Vergelijking met voorgaand jaar

De gehanteerde grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd gebleven ten opzichte van het voorgaande jaar.

Vaste activa

De materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen aanschaffingswaarde, verminderd met de lineair berekende afschrijvingen, gebaseerd op de economische levensduur.

Vlottende activa en passiva

De vorderingen, geldmiddelen en schulden zijn opgenomen voor de nominale waarde.

De door derden gefinancierde projecten worden verantwoord voor het deel van de toegezegde subsidie die betrekking heeft op het boekjaar en de vooruitontvangen voorschotten.

De saldi hiervan worden verantwoord als transitorische posten.

Grondslagen voor bepaling van het resultaat

Algemeen

Het resultaat wordt bepaald met inachtneming van de hiervoor vermelde waarderingsgrondslagen. De baten en lasten worden toegerekend aan het jaar waarop zij betrekking hebben. De resultaten op transacties worden verantwoord in het jaar dat zij zijn gerealiseerd. De verliezen worden verantwoord in het jaar waarin deze voorzienbaar zijn.

Contributies

Contributies worden als bate verantwoord in het jaar waarop de contributie betrekking heeft.

Subsidies

Exploitatiesubsidies worden als bate verantwoord in de staat van baten en lasten van het jaar waarin de gesubsidieerde kosten zijn gemaakt.

Kosten

De kosten worden bepaald op historische basis en toegerekend aan het verslagjaar waarop zij betrekking hebben.

Kassie  Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland. Voor het terrein van de verslavingsreclassering en andere justitiële verslavingszorg heeft de Vereniging GGZ Nederland namens haar leden een landelijke regiefunctie in samenwerking met de stichting. De financiën voor deze taken zijn centraal ondergebracht bij de Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (SVG).



COLOFON

Ontwerp | Case Communicatie, Ede | www.casecommunicatie.nl
Tekst | Mensinks Tekstfabriek, Velp | www.mensinkstekstfabriek.nl
Publicatienummer | 2013-393