

Vergaderjaar 2001–2002

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 43

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 mei 2002

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 7 maart 2002 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS van 18 mei 2001 inzake cure en care in de geestelijke gezondheidszorg (25 424/27 488, nr. 32);**
- **de brief van de minister van VWS van 1 juni 2001 inzake de analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens (25 424, nr. 33);**
- **de brief van de minister van VWS van 11 juni 2001 ter aanbieding van de «Beleidsvisie voor landelijke kenniscentra in de geestelijke gezondheidszorg ex artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen» (25 424, nr. 34);**
- **de brief van de minister van VWS van 6 juni 2001 inzake meldpunt seksueel geweld in GGZ-instellingen (VWS-01-976);**
- **de brief van de minister van VWS van 11 juli 2001 inzake nieuwe beroepsstructuur geestelijke gezondheidszorg (25 424, nr. 35);**
- **de brief van de minister van VWS van 30 november 2001 inzake het rapport «Een keten van lege zondagen» van het Trimbosinstituut (25 424, nr. 37);**
- **de brief van de minister van VWS van 21 december 2001 inzake financiering eerstelijnspsycholoog (25 424, nr. 39);**
- **de brief van de minister van VWS van 14 januari 2002 ter aanbieding van de Monitor maatschappelijke opvang (MMO) van het Trimbosinstituut (VWS-02-31);**
- **de brief van de minister van VWS van 17 januari 2002 over de stand van zaken van het OGGZ-beleid en de 24-uursopvang (28 008/25 424, nr. 18);**
- **de brief van de minister van VWS van 23 januari 2002 ten geleide van het advies Erbij horen van de taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg (VWS-02-94) en de brief van 5 maart 2002 (25 424, nr. 41).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Çörüz (CDA), Pitstra (GroenLinks).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Visser-van Doorn (CDA), Van Gent (GroenLinks).

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) maakt zich er zorgen over dat het aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg volgens de rapportage 72 000 is. Voor wachtenden wordt een oplossing steeds moeilijker, omdat de afstand tot de sociale omgeving steeds groter wordt in de maanden die zij moeten wachten. Zorgkantoren en instellingen hebben plannen gemaakt waarvoor zo'n 200 mln euro nodig is, terwijl er slechts 130 mln euro beschikbaar is gekomen. Als gevolg daarvan is de gewenste inhaal-slag niet mogelijk. Wil de minister bij de voorjaarsnota het nog benodigde geld beschikbaar stellen?

Het rapport «Een keten van lege zondagen» laat zien dat mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg, ver onder het sociaal aanvaardbare minimum moeten leven. De minister heeft de in het rapport uitgewerkte minimumstandaard geaccepteerd. GGZ Nederland heeft voorgesteld een begin te maken met de verruiming van de dagbesteding, daarvoor zo'n 22 mln euro nodig zou zijn. Wanneer geeft de minister daarvoor gelden vrij? In het kader van de Week van de Psychiatrie toont de Cliëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg in een boekje met voorbeelden hoe negatief de media zich uitdrukken over mensen die met psychische problemen kampen. Dat belemmert volgens mevrouw Hermann de acceptatie en de integratie.

De GGZ-sector zit gevangen in de regelgeving van de AWBZ en kan niet meeprofiten van de verruiming die de bewindslieden in het actieplan Zorg verzekerd hebben aangekondigd. Het merendeel van de cliënten in de GGZ heeft een kortdurende curatieve zorg nodig. De huisarts stelt daarvoor de indicatie en de psychiater heeft er een belangrijke rol bij. Hoewel dat is verwoord in de beleidsvisie van de minister uit 1999 en in de visie op cure en care uit mei 2001, moet de psychiatrie daarvoor de ruimte hebben. Enerzijds bestaat er een duidelijke relatie met de ontwikkeling van de diagnose-behandelingscategorieën in de somatische en medisch-specialistische zorg. Anderzijds gaat de modernisering van de AWBZ, waardoor bijvoorbeeld met het persoonsgebonden budget het accent komt te liggen op de eigen keuze van de patiënt, steeds verder de andere kant op. Is de minister bereid te onderzoeken in hoeverre regelgeving en financiering voor de kortdurende curatieve geestelijke gezondheidszorg van het eerste naar het tweede compartiment kunnen overgaan?

De tarieven van de psychiaters in de psychiatrische ziekenhuizen en de Riagg's, die allemaal in loondienst zijn, blijven achter bij die van de medisch-specialisten in de somatische zorg. Voor de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch-specialisten in dienstverband (AMS) is een budget beschikbaar gesteld. Ook de psychiaters in loondienst moeten daarvoor in aanmerking komen, omdat de stijgende loonkosten voor de psychiaters anders ten koste gaan van de zorgverlening. Dat kost zo'n 25 mln euro. Is de minister bereid dit bedrag ter beschikking te stellen? In het rapport van de taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg wordt evenals in het langverwachte rapport van de Landelijke commissie geestelijke volksgezondheid zowel gepleit voor het versterken van de weerbaarheid van mensen die problemen hebben door hun psychische toestand, als voor het verbeteren van de acceptatie van deze mensen in hun omgeving. De uiterst waardevolle aanbevelingen die in de rapporten staan, kunnen evenwel niet vandaag of morgen uitgevoerd worden, omdat er veel andere partijen bij nodig zijn. De maatschappelijke opvang komt nog veel tekort om haar taken te kunnen realiseren, ondanks datgene wat er de afgelopen jaren gebeurd is. Is de minister bereid deze opvang nogmaals en meer volledig te faciliteren?

Volgens het recente SER-rapport vindt iedereen dat behandeling zo snel mogelijk moet kunnen plaatsvinden. Hoe is dat mogelijk met de bestaande wachtlijsten? Kan de minister bij het Nederlands kennis-

centrum arbeid en psyche (NKAP) informeren hoe zij de tegenstrijdigheid tussen de aanbevelingen van de commissie-Donner inzake de psychische arbeidsongeschiktheid en die uit het SER-rapport kan oplossen?

In 1999 is in een debat gezegd dat psychotherapie geen registercategorie meer is volgens artikel 3 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) en dat het een specialisme volgens artikel 14 zou moeten zijn. In de beroepenstructuur komen echter allerlei beroepen voor die in de Wet BIG geen eigen register hebben. Bovendien bestaat er volgens mevrouw Hermann een discrepantie over de indeling. Bij de Wet BIG worden namelijk registers ingesteld in artikel 3, terwijl de specialisaties die de beroepsverenigingen zelf invoeren, met artikel 14 door de minister erkend kunnen worden. Is de minister bereid om de Kamer een notitie te sturen over de vraag of de beroepenstructuur volgens de brief van 11 juli 2001 en het systeem van de Wet BIG met elkaar sporen? De versterking van de eerste lijn speelde in 1999 en komt nu ook weer in de nota over cure en care naar voren. De stuurgroep schrijft het tussen de lijnen en het is ook gesteld in het recente rapport van de Landelijke commissie geestelijke gezondheidszorg: huisartsen willen best de eerstelijnszaak van de GGZ op zich nemen, maar zij hebben er lang niet altijd tijd voor. De eerstelijnspsycholoog en het algemeen maatschappelijk werk (AMW) zijn dus extra hard nodig. Wil de minister voor haar opvolger een aanbeveling achterlaten over de financiering van de eerstelijnspsycholoog?

De heer **Buijs** (CDA) stelt dat een van conclusies uit het rapport Zorg van velen van de Landelijke commissie geestelijke gezondheidszorg is dat een eenduidige definitie van het begrip geestelijke gezondheidszorg ontbreekt, waardoor het als toetsingskader voor maatschappelijke ontwikkelingen niet goed bruikbaar is. Indien gesteld wordt dat een kwart van de volwassen Nederlanders een psychische stoornis heeft, moet dit volgens hem mede gezien worden in het licht van de door maatschappelijke ontwikkelingen aangepaste definitie van psychische stoornissen. Volgens de heer Buijs is het jarenlang stiefmoederlijk behandelen van de GGZ-sector samen met de toegenomen zorgvraag er mede debet aan dat er op 1 januari 2001 ruim 70 000 mensen waren die gemiddeld acht maanden op GGZ-zorg wachtten. Een lange wachttijd is voor de patiënt zelf ondraaglijk, maar draagt vooral het risico in zich dat goed te behandelen ziektebeelden een meer chronisch karakter krijgen. Bovendien bestaat het risico dat mensen mede door de lange wachttijden onnodig in de WAO terechtkomen. GGZ Nederland heeft berekend dat er vanaf 2001 450 mln gulden extra nodig is om de wachttijden terug te brengen tot de zogenaamde Treeknorm. Voor 2001 en 2002 werd jaarlijks 160 mln beschikbaar gesteld. Zijn deze bedragen structureel of zijn het incidentele productieafspraken? Als het structurele bedragen zijn, is er dan 320 mln extra voor 2002 ten opzichte van 2000, of blijft het 160 mln? Op welke termijn zal het bedrag van 450 mln gulden structureel beschikbaar komen?

De heer Buijs ondersteunt het plan van de minister om in het kader van het moderniseringstraject de eerste lijn te versterken: het versterken van de huisartsgeneeskunde en het AMW en het verbeteren van de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog. Hij maakt zich echter zorgen over de tot nu toe behaalde resultaten. De knelpunten in de huisartsenzorg zijn alom bekend; er is nog steeds een grote toename van het aantal praktijken zonder opvolger. Er is weliswaar een stimuleringsregeling om het AMW uit te bouwen, maar aangezien momenteel nog bijna 22 000 mensen wachten op extramurale hulp, zal de druk op het maatschappelijk werk alleen maar toenemen. Kan de minister meer inzicht geven in de huidige tekorten van het algemeen maatschappelijk werk? Op welke wijze kunnen deze tekorten worden weggewerkt?

Kan de minister toezeggen dat zij binnenkort een uitgewerkt voorstel doet om de eerstelijnspsycholoog in het basispakket op te nemen? Deze is namelijk in staat met een beperkt aantal behandelingen de werkdruk van de huisarts te verlichten en druk op de tweede lijn te verminderen. De minister mag de Kamer volgens de heer Buijs niet langer laten wachten, omdat er sinds 1998 heel veel positieve adviezen zijn uitgebracht, bijvoorbeeld door de Raad voor de volksgezondheid en zorg, de SER, het Platform wachtlijsten en onlangs door de commissie-Donner en de stuurgroep Tussen de lijnen. Verder nodigt hij de minister uit om nog vóór de voorjaarsnota met een meer concreet uitgewerkt plan te komen om de eerste lijn te versterken.

De heer Buijs ondersteunt het beleid inzake de kwaliteit van de GGZ-zorg, zoals verwoord in de beleidsvisie Landelijke kenniscentra. Welke relatie hebben deze kenniscentra met het Trimbosinstituut? Dat is immers hét landelijk kennisinstituut. Op welke wijze is het Trimbosinstituut betrokken bij de oprichting van de kenniscentra? Hoe wordt later kennis uitgewisseld tussen de kenniscentra en het instituut?

Door het rapport «Een keten van lege zondagen» is nog eens duidelijk geworden dat het niveau van de zorg in de algemene psychiatrische ziekenhuizen achterblijft bij de standaard. Volgens de heer Buijs erkent de minister deze problematiek in haar brief van 30 november jl. en kondigt zij aan op korte termijn met GGZ Nederland, ZN (Zorgverzekeraars Nederland), CTG (College tarieven gezondheidszorg) en de patiëntenorganisaties een plan van aanpak te presenteren. De Kamer heeft van GGZ Nederland al op 17 december de eerste fase van dit plan van aanpak ontvangen. Omdat het plan 192 mln gulden extra kost, wordt voorgesteld om de verbetering in fasen te laten plaatsvinden; voor de eerste fase is 50 mln gulden nodig. In haar brief van 30 november stelt de minister echter dat de eerste fase binnen het huidige budget kan plaatsvinden. Wat zijn nu de plannen? Welke financiële ruimte is er om de kwaliteitsslag in de genoemde ziekenhuizen te maken? In dit verband herinnert de heer Buijs aan het amendement op stuk nr. 85 dat tijdens de begrotingsbehandeling in de Kamer is aangenomen. Los van de financiële consequenties van de uitbreiding van het personeel zijn er klachten over het zak- en kleedgeld. De instellingen zouden kosten zijn gaan doorberekenen die tot dusver gratis waren. Volgens de heer Buijs vindt de minister dit een belangrijk signaal, maar reageert zij er niet op. Kan zij dat nader toelichten?

Bij de behandeling van wetsvoorstel inzake de bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen is geconstateerd dat dit voorstel geen oplossing betekende voor de problematiek van de verkommerden en verloederden en de dak- en thuislozen. De minister heeft inmiddels een plan van aanpak op dit punt toegezegd. Kan zij haar brief van gisteren op hetzelfde punt toelichten? 72 000 mensen komen in aanmerking voor deze zogenaamde bemoeizorg. De komende jaren moet het probleem worden opgelost dat 24 000 daarvan momenteel niet verzorgd worden. Uit navraag bij GGZ Nederland bleek de heer Buijs dat een experiment voor 1000 patiënten in deze categorie grofweg 18 mln euro kost. Er is dus 432 mln euro nodig om de problematiek van de verkommerden en verloederden, 24 000 mensen, op te lossen. Op welke wijze wil de regering dit betalen?

Er is grote onrust ontstaan over het voornemen van de minister om de psychotherapie uit het BIG-register te halen. Uit de brief van 11 juli jl. blijkt dat de minister dit voornemen wil uitwerken in nauwe samenwerking met het Coördinerend orgaan nascholing en opleiding (CONO) en de belanghebbende beroepsverenigingen. Uit de brieven die de heer Buijs ontvangt, blijkt volgens hem niet dat er zelfs maar overleg heeft plaatsgevonden met die organisaties. Hij hecht eraan dat die er toch bij worden betrokken. Verder vindt hij dat er een adequate overgangsregeling moet komen voor de 800 à 1000 thans in het BIG-register vermelde psychothe-

rapeuten die niet in het register gezondheidszorgpsycholoog of -psychiater zijn vermeld. Op dit moment schijnen er al problemen te zijn met het afsluiten van contracten.

De heer Buijs heeft gehoord dat de honorering van psychotherapeuten sinds 1994 niet meer is bijgesteld, maar de minister schrijft juist dat dit wel is gebeurd. Via de voorjaarsnota zou zij zo nodig extra middelen beschikbaar willen stellen. Bovendien heeft zij gesuggereerd dat aanpassing van de genoemde honorering bij de inkomensherijking voor de vrijeberoepsbeoefenaren moet gebeuren, omdat daarop ook al lang gewacht wordt. Kan zij op dit punt meer duidelijkheid geven? Ten slotte vraagt de heer Buijs hoe het meldpunt seksueel geweld functioneert. De afhandeling van meldingen is volgens hem beslist ontoereikend.

Mevrouw **Kant** (SP) constateert dat er voor het wegwerken van de wachtlijst 90 mln gulden beschikbaar is gekomen in plaats van de benodigde 160 mln gulden. De minister heeft meer geld toegezegd bij de voorjaarsnota als duidelijk is dat dit nodig is. Is dat het geval? Zo ja, komt het geld er dan ook?

Mevrouw Kant constateert dat de geestelijke gezondheidszorg in de moderne welvaart een «zorg in armoede» is. Ten eerste is er in de dagelijkse zorg te weinig tijd, aandacht en geld voor bijvoorbeeld huisvesting, vervoer en maaltijden. Ten tweede zijn de bewoners arm. Zij hebben onvoldoende zak- en kleedgeld om zich maatschappelijk te kunnen bewegen. Mevrouw Kant vindt het onaanvaardbaar dat bijvoorbeeld materialen in de instellingen voor rekening van de bewoners komen. Ten derde acht zij het ook een vorm van armoede dat er meer gebruik wordt gemaakt van isoleercellen vanwege tekorten aan personeel.

Mevrouw Kant heeft de indruk dat er een Kamermeerderheid is voor het opnemen van de eerstelijnspsycholoog in het pakket en vindt dat daarom dat dit vóór de Tweede-Kamerverkiezingen moet gebeuren. Het is niet de bedoeling dat een hogere honorering van psychotherapeuten bij een gelijkblijvend macrobudget ten koste gaat van het volume. Tegen plannen inzake de beroepenstructuur zijn er vele protesten, hoewel het in goed overleg met de sector is gegaan. Kan de minister dat overleg niet hervatten om te bekijken wat de noodzaak van de plannen is? Mevrouw Kant wil niet iets invoeren waar een groot deel van de sector tegen is. Het toegezegde plan van aanpak voor de problemen in de maatschappelijke opvang heeft mevrouw Kant nog niet gezien, maar met het actiecomité Onder Dak heeft zij wel zelf zo'n plan van aanpak gemaakt. Een aantal punten daaruit komt overeen met de conclusies van de taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg. Zij legt een aantal voorstellen uit haar plan van aanpak voor. Ten eerste moeten de gemeenten een zorgplicht krijgen voor de huisvesting van dak- en thuislozen, omdat momenteel niemand voor hen verantwoordelijk is. Ten tweede moeten er daken thuislozenteams oftewel zorgteams, worden ingesteld. Die moeten mensen die op straat leven actief opsporen, achterhalen waarom zij op straat leven en adequate hulp bieden. De teams zijn daarmee verantwoordelijk voor de zorgplicht. Mevrouw Kant wil dat een instelling een verplichting heeft een persoon op te nemen, als het zorgteam vastgesteld heeft dat die instelling de adequate zorg voor die persoon kan bieden. Dat is noodzakelijk, omdat de zorgplicht anders nooit uitgevoerd kan worden. Er moet dus een goede samenwerking zijn binnen gemeenten. Ten derde wil mevrouw Kant dat iedereen recht op wonen krijgt. Als er geen ander dak voorhanden is, mogen mensen niet meer uit hun huis worden gezet. Problemen van mensen verergeren immers juist wanneer zij op straat worden gezet; maatschappelijke problemen worden zo gecreëerd. Ten vierde wenst mevrouw Kant veel meer aandacht voor jongeren die op straat komen. Ten vijfde verwacht zij een aanpak van de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. Ten zesde moeten mensen naast de gezondheidszorg ook in een sociaal pensioen

terecht kunnen, bijvoorbeeld een speciaal pension voor jeugdigen, voor alcohol- of voor drugsverslaafden. Zo'n pension, waar mensen tot rust kunnen komen en een nieuw bestaan kunnen opbouwen, moet een kleine schaal hebben en wellicht ook een doorstroommogelijkheid. Ten zevende ziet mevrouw Kant graag dat de eerste opvang waar mensen terecht kunnen, 24 uur per dag open is en een doorstroommogelijkheid naar een sociaal pension heeft. Momenteel moeten mensen die al dan niet ziek zijn, om 8.00 uur weer de straat op. Ten achtste vraagt mevrouw Kant aandacht voor resocialisatie. Ten slotte wil zij een nazorgplicht voor instellingen. Niemand mag volgens haar vanuit een instelling op straat belanden omdat er geen oplossing is.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) steunt de plannen van de minister op het punt van de eerstelijnszorg, maar constateert dat zorgverleners in de praktijk tegen allerlei problemen oplopen, bijvoorbeeld bij het verkrijgen van grond en gebouwen. Komt er, ondanks dit soort problemen, op dit moment wel een sterke eerstelijnszorg tot stand? Moet het geen basistaak voor de gemeenten worden om gunstige voorwaarden te scheppen voor de komst van zorgverleners? Zij vindt dat er meer nodig is dan alleen de aanmoediging die de VNG nu geeft. Zit er een lijn in de aanpak van de arbeidsrelevante problematiek -een belangrijk thema - of doen diverse instituten wat kleine projecten? Waar is het NKAP mee bezig? De GGZ lijkt volgens mevrouw Van Vliet in de tweede lijn nog steeds geïsoleerd te opereren ten opzichte van andere sectoren. Volgens haar is dat deels te wijten aan de door de overheid gestimuleerde fusies en schaalvergrotingen. Het belemmert het centraal stellen van de patiënt. Deelt de minister die observatie? Zo ja, hoe gaat zij dan om met de enorme schaalgrootte, terwijl zij tegelijkertijd regionaliseert en zorg op maat biedt? De landelijke overheid moet dat steviger sturen. De discussie over het verbinden van de jeugd-GGZ aan de jeugdhulpverlening gaat moeizaam. Hoe ziet de minister in dat kader het opereren van de GGZ in de tweede lijn in relatie tot de jeugdhulpverlening in het bijzonder en de jeugd- en kinderpsychiatrie in het algemeen? Daar zijn immers grote wachtlijsten. Dit is belangrijk, want als jongeren niet goed terecht komen, komen ze steeds in de psychiatrie terug. Hoe staat het met de uitvoering van de aanbevelingen uit het rapport «Een keten van lege zondagen»? Zijn er al oplossingen bedacht voor de daarin genoemde vervoersproblematiek? Op dit punt kan namelijk vermaatschappelijking worden bereikt. Gezien de wachtlijsten en de verwachte komst van regionale indicatieorganen (RIO's) vraagt mevrouw Van Vliet zich af of de patiënt in de GGZ werkelijk centraal staat. Klopt het dat de GGZ profiteert van de algemene middelen voor de aanpak van de wachtlijsten? Zij maakt zich er zorgen over dat de plannen voor crisisopvang niet helder zijn. Wat bedoelt de minister met de zinsnede op dat punt in haar brief van 1 juni 2001? Mevrouw Van Vliet vreest verder dat de RIO's een doel op zichzelf beginnen te worden. Bovendien constateert zij een heleboel problemen bij de RIO's, bijvoorbeeld inzake het toezicht, de kwaliteit van het personeel en het protocol. In die omstandigheden zou het caregedeelte van de GGZ daar ook nog aan toegevoegd worden. Vindt de minister dat dit moet gebeuren? Mevrouw Van Vliet vindt dat de enkelvoudige indicaties van de RIO's teruggebracht moeten worden naar de huisartsen en ziekenhuizen als de problemen op dat punt niet vóór half april zijn weggenomen. Mevrouw Van Vliet kan weinig nieuws ontdekken in de notitie van de taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg, behalve de constatering dat de gemeenten verantwoordelijk zijn en daar is zij het mee eens. Omdat er al zoveel andere stelsels bestaan, zoals het openbare GGZ-beleid (OGGZ-beleid), AWBZ, Wet BOPZ en WTG (Wet tarieven gezondheidszorg), vindt zij het echter zorgelijk dat in de notitie wordt gepleit voor een dienstverleningsstelsel. Als de andere stelsels niet voldoen, moeten de wetten volgens haar worden aangepast en moet er

niet een nieuw stelsel naast geplaatst worden. Zij is van mening dat er in de brieven van GGZ Nederland veel goede aanbevelingen staan. Wat doet de minister daarmee? Vindt zij dat geestelijke gezondheidszorg medische zorg is of dat die onder welzijn valt? Mevrouw Van Vliet vindt dat de geestelijke gezondheidszorg medische zorg is, terwijl GGZ Nederland vooral de eerstelijnszorg onder welzijn plaatst.

Op het punt van de psychotherapie heeft mevrouw Van Vliet de volgende vragen.

- Is er onafhankelijk onderzoek gedaan naar de wijze waarop de GGZ-sector binnen de Wet BIG ingericht moet worden, of is de minister louter op het onderzoek van het CONO afgegaan? Zo nee, moet dit onafhankelijk onderzoek er dan alsnog komen?
- Waarom is ervoor gekozen om het register 40 jaar open te houden?
- Hoe werkt de doorverwijzing als het voorstel van de minister wordt gevolgd?
- De minister wil mensen die moeten doorstromen naar het nieuwe register, bijscholen. Om hoeveel mensen gaat het? Wat wil zij hun bieden?
- Is de inrichting van het Nederlandse registratiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg binnen Europa momenteel een uitzondering, of wordt dit het geval na aanvaarding van een eventueel voorstel van de minister?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA) vindt dat het rapport van de taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg veel adviezen bevat die in de praktijk ten uitvoer kunnen worden gebracht. De analyse en introductie van het begrip «psychisch gehandicapten» en de oplossingen die daarbij worden aangedragen, steunt zij. De betrokken partijen bij de vermaatschappelijking moeten volgens haar deel uitmaken van een regionaal netwerk onder regie van de gemeenten. Hier zit echter het knelpunt, want formeel is er wel een regie, maar sancties ontbreken wanneer een of meer partijen niet wil meewerken. Ook de taskforce wijst erop dat de regie niet vrijblijvend mag zijn en pleit voor resultaatverplichtende contracten. Het betreft namelijk vaak private instellingen. Hoewel ook GGZ-instellingen wel vertragen, meldt GGZ Nederland hetzelfde.

In de brief van de minister staat dat die wil bezien of een reizend gezelschap, zoals voorgesteld door de taskforce, kan aansluiten bij het zogenaamde Intergemeentelijk en lokaal ouderenbeleid (IGLO). Mevrouw Van der Hoek dringt er bij de minister op aan om dit zelfs structureel te maken. Het IGLO loopt namelijk tot 2003, maar dan mag de steun niet afgelopen zijn, omdat er in de praktijk grote behoefte aan is. Bovendien is de uitvoering en de samenwerking in gemeenten ermee geholpen. Kan de minister dit onderdeel versneld uitvoeren? Wil de minister in de lijn van door de taskforce voorgestelde ideeën bekijken hoe zij gemeenten bij de regierol kan steunen? Het stroomlijnen van verschillende financieringsstromen, het wegnemen van schotten en het tegengaan van verkokering en bureaucratie zijn hierbij van belang. Moet het tot 2006 duren voordat het dienstverleningsstelsel dat de minister voorstelt tot stand komt? Mevrouw Van der Hoek vindt dat dit geen nieuw stelsel moet worden, maar een middel om zaken die nu niet goed lopen, wel goed te laten lopen.

Het onthutsende beeld dat het recente inspectierapport toont van de wachtlijsten en de behandeling van patiënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie vindt zij onaanvaardbaar. Zij komt ook op de beleidslijn. Met twee voorbeelden wil zij aantonen hoe schrijnend de situatie van ouders is die maanden en soms jaren moeten wachten op hulp. Waarom komen de desbetreffende instellingen hun productieafspraken niet na? Is de minister het ermee eens dat er onaanvaardbare toestanden zijn? Mevrouw Van der Hoek herinnert eraan dat de minister in het algemeen capaciteitsuitbreiding heeft toegezegd voor mensen die wachten op een plaats in een instelling, bijvoorbeeld voor verstandelijk gehandicapten die

ten onrechte in een GGZ-instelling zitten. Hoe kan de minister hierop invloed uitoefenen? Zijn er genoeg mogelijkheden bij multifunctionele eenheden (MFE's) en andere instellingen? Tijdens de laatste begrotingsbehandeling heeft de Kamer aangedrongen op het «boter bij de vis»-principe in deze sector, dat wil zeggen dat er wordt gefinancierd op basis van productieafspraken en goedgekeurde plannen. Wanneer wordt het hanteren van dit principe toegezegd?

Wat is de stand van zaken bij de verdeling van de 10 mln euro die de Kamer heeft uitgetrokken tegen zorgvershraling? Komt de minister in de voorjaarsnota met verdere voorstellen? Het is immers duidelijk dat 10 mln euro onvoldoende is. Hoe verloopt het overleg daarover met de instellingen? Volgens rapporten van het Nibud (Nationaal instituut voor budgetvoorlichting) en de Cliëntenraad schiet het zak- en kleedgeld ten opzichte van het sociaal minimum tekort. Klopt dat? De cliëntenraden zouden financieel vaak afhankelijk zijn van de goedheid van de raden van bestuur. Kunnen ze worden gefinancierd via een specifiek budget gekoppeld aan een medezeggenschapsregeling, zodat ze niet afhankelijk zijn van de instellingen?

De huidige psychotherapeuten mogen op geen enkele manier schade ondervinden van de toekomstige regeling van de beroepenstructuur. Mevrouw Van der Hoek pleit daarom voor een goede overgangsregeling, omdat de circa 1000 psychotherapeuten die geen achtergrond hebben als psychiater of klinisch psycholoog, nadeel kunnen ondervinden bij bijvoorbeeld contractering en honorering. Kan de minister daarnaast snel gaan bemiddelen tussen de betrokken partijen inzake de tarievenstructuur voor psychotherapeuten?

Mevrouw Van der Hoek is ongelukkig over de methode waarmee de middelen voor zwerfjongeren worden verdeeld over de 43 centrumgemeenten. De doeluitkering op dit punt mag niet versnipperd worden en terechtkomen bij gemeenten die nog helemaal niet toe zijn aan de opvang van zwerfjongeren en van vrouwen. Kan de minister snel een convenant sluiten dat tot gevolg heeft dat de gereedgekomen uitbreidingsplannen van gemeenten – dus niet plannen voor vervanging van bestaande plaatsen – worden gehonoreerd? De gemeenten moeten uit eigen middelen meebetalen. Geld dat eventueel overblijft moet volgens mevrouw Van der Hoek ten goede komen aan nieuwe plannen. Daarnaast wenst zij in het algemeen extra geld voor de maatschappelijke opvang. Op verschillende plaatsen is een medewerker voor GGZ-hulp aan asielzoekers aangesteld. Kan dit voorbeeld elders worden gevolgd?

De heer **Passtoors** (VVD) stelt dat het eerste gesprek en de indicatiestelling van mensen die echt een stoornis hebben, van groot belang zijn en dat er in de eerstelijnszorg dus geen wachtlijst mag zijn. Hij koppelt dit aan het risico van een te lang ziekteverzuim. Als dit meer is dan twee maanden, is de kans zeer groot dat mensen niet meer terugkomen en in de WAO belanden. Hij acht dit onaanvaardbaar. Bovendien vindt hij dat er moet worden ingezet op de weerbaarheid en zelfstandigheid; daarom moeten mensen een goede dagbesteding hebben en, indien mogelijk, een goede baan.

De heer Passtoors is het eens met de bestaande prioriteiten van de landelijke kenniscentra, maar vindt dat de hoge ziektelast meer prioriteit moet krijgen, bijvoorbeeld voor inzicht in de zorg- en de onderwijssector. Hoe is daarnaast de stand van zaken bij de aanvragen voor het hebben van een kenniscentrum? Militaire uitzendingen moeten van de heer Passtoors in het kader van de psychosociale zorg bij rampen aandacht blijven krijgen. Heeft de minister inmiddels inzicht gekregen in de knelpunten bij het basisprotocol voor het vermijden van seksuele intimidatie?

De psychotherapeuten hebben in de Wet BIG een duidelijke taak gekregen. Uit de Europese standaard van opleidingen blijkt dat er in Europa anders over wordt gedacht dan de minister doet. Kan de minister

uiteenzetten waarom zij het zelfstandig beroep van psychotherapeut wil opheffen? Het is volgens de heer Passtoors maar de vraag of ondoorzichtigheid voldoende reden is. Hij vindt ook dat de momenteel geregistreerde psychotherapeuten niet de dupe mogen worden van het voorstel. De meeste patiënten in de psychotherapie ondergaan een kortdurende behandeling, hoewel soms met een bepaalde frequentie. De heer Passtoors vindt dit een reden om de psychotherapie in het tweede of zelfs derde compartiment te plaatsen.

Het verkorten van de wachtlijsten mag niet ten koste gaan van de intramurale zorg. Als de patiënten in die intramurale zorg bovendien zelfstandig moeten deelnemen aan de maatschappij, is een adequate zak- en kleedgeldregeling volgens de heer Passtoors essentieel. In het eindadvies van de taskforce moet de nadruk liggen op de regie en samenwerking van de professionals, wat momenteel grotendeels ontbreekt. Daarnaast moet het individu van hem nadrukkelijk boven de instelling staan. Wil het kabinet de maatschappelijke opvang integraal aanpakken?

Antwoord van de minister

De **minister** geeft aan wat er sinds het vorige algemeen overleg over de GGZ is bereikt. Zij meldt dat de indicatiestelling voor de GGZ-care gaat aansluiten bij de andere AWBZ-systematiek. Die van de GGZ-cure gaat via de huisarts lopen, hoewel acute noodsituaties uitgezonderd blijven. Zij vindt dat de doelmatigheid in de GGZ is vergroot en dat de sector daar zelf aan heeft meegewerkt.

De wachtlijsten zijn volgens de minister de afgelopen jaren voortvarend aangepakt met de inzet van extra middelen en door het verkrijgen van beter inzicht na de ontwikkeling van een beter registratiesysteem. Er zijn bovendien uitgewerkte regionale wachtlijstplannen gemaakt. Vanaf medio dit jaar komen per kwartaal cijfers beschikbaar over de aantallen wachtenden. De registratie van januari 2001 was niet volledig betrouwbaar, omdat die grotendeels handmatig was gedaan. Omdat de telling van januari 2002 nog voorlopig is, hecht de minister er geen concrete waarde aan, hoewel het algemene beeld verrassend is: bij de volwassenen is er een lichte stijging, hoewel er bij de kinderen en de ouderen een daling is. Men zou verwachten dat er een algehele daling zou plaatsvinden door de extra productie van het afgelopen jaar. Het resultaat is waarschijnlijk te wijten aan de gebrekkige telling van 2001. Bovendien bestaat blijkbaar het verschijnsel van de stille reserve: als een sector de wachtlijsten aanpakt, gaat die zich melden. Daardoor ontstaat er in het begin een extra hobbel. In 2000 is er 32,5 mln euro beschikbaar gesteld en in 2001 78,3 mln euro. Het extra bedrag voor 2001 is verdubbeld voor 2002. Deze bedragen zijn structureel. De GGZ heeft zich in het actieplan Zorg verzekerd voorgenomen, per 1 juli a.s. de indicatiestelling in de cure en de care op orde te hebben. Dan gaan de spelregels voor de productieafspraken gelden: men geeft aan het begin van een jaar aan wat er vermoedelijk zal worden uitgegeven. In de loop van het jaar wordt het geraamde bedrag zo nodig bijgesteld. Het uitgangspunt is dat de wachtlijstoffsieven worden voortgezet, zonder dat het risico bestaat dat er geld overblijft. Daarnaast wordt de capaciteit, voorzover het geld het toelaat, zoveel mogelijk uitgebreid. Uit de voorjaarsnota blijkt vermoedelijk hoe het geld voor beide onderdelen verdeeld is.

Het budget voor de kinder- en jeugdpsychiatrie is de afgelopen jaren zoveel mogelijk verhoogd. Verder is vanaf vorig jaar extra geld beschikbaar gesteld om de forensische zorg voor jeugdigen te realiseren. Er wordt hard gewerkt aan het realiseren van plaatsen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg voor heel moeilijke jeugdige patiënten. De minister zegt toe om nog eens in kleine kring apart te spreken over de personen uit de voorbeelden die mevrouw Van der Hoek heeft genoemd. De voorstellen uit het tweede rapport van de commissie-Donner inzake de

psychische arbeidsongeschiktheid worden uitgevoerd. Het gaat er hierbij om wat werkgever en werknemer samen doen aan verzuim om psychische redenen. De commissie heeft niet gemeld dat de wachtlijsten een belemmering zijn voor het uitvoeren van haar plannen, waarschijnlijk omdat het hier gaat om verlengde arbozorg. Er bestaat een leidraad voor die situatie. De commissie-Donner blijft nog een jaar in functie om de implementatie van de plannen te begeleiden.

De openeinderegeling voor de GGZ geldt alleen als er transparantie, registratie en een geobjectiverde indicatiestelling is. Als dit het geval is, kan de GGZ per 1 juli meer geld krijgen. Nu in de GGZ het onderscheid tussen cure en care gemaakt is, vindt de minister het logisch om de behandeling van «gewone» mensen met psychische problemen die behandelbaar zijn, in het tweede compartiment van het pakket onder te brengen. Het opnemen van eerstelijnspsychologen in het bijzonder is de afgelopen jaren al voorbereid. Omdat die stap te maken heeft met de structuur van het stelsel en er voor een wijziging wetgeving moet worden gemaakt, heeft het kabinet besloten dat dit onderwerp in het volgende regeerakkoord thuishoort. De minister zegt toe op dit punt een aanbeveling te doen voor de komende kabinetsformatie. Een eventuele motie van de Kamer beschouwt zij als een steun in de rug om alvast met de voorbereidingen te beginnen.

Er is geld verstrekt aan de eerstelijnspsychologen, AMW en huisartsen voor het ontwikkelen van samenwerkingsprojecten op lokaal niveau. Bovendien is er een landelijke consultatieregeling ontwikkeld waarbij hulpverleners uit de tweede lijn ondersteuning geven. Ook voor het zogenaamde Diaboloproject is 6 mln gulden beschikbaar. Het AMW wordt met een aantal fte's via een stimuleringsregeling voor alle gemeenten uitgebreid. De minister zegt in reactie op het uitgewerkte plan waar de heer Buijs op dit punt om vroeg dat er eind 2002 een evaluatierapport volgt over de activiteiten die al enige tijd plaatsvinden.

In het ideale eerstelijnsgezondheidscentrum is naast een huisarts en een AMW'er ook een eerstelijnspsycholoog gevestigd. In steeds meer steden is er aandacht voor de huisvesting van deze centra en de minister is daarover in gesprek met de VNG. Zij heeft verder een vliegend team ingesteld waarin een burgemeester, een huisarts, een zorgverzekeraar en een ambtenaar van het ministerie zitting hebben. Dit team gaat adviseren in gemeenten waar op dat punt problemen zijn. Zo moet de snelheid waarmee problemen worden opgelost, verhoogd worden.

Een patiëntenstop bij de vrijgevestigde psychotherapeuten zou de minister zeer betreuren, omdat dit ten koste gaat van capaciteit. De centrale prijsafspraken waarmee de psychotherapie vanaf 1994 werd gefinancierd, zijn door de NMa afgewezen. Ieder zorgkantoor moet met alle daaraan verbonden therapeuten onderhandelen over de uurvergoeding en over de omvang van het contract. Deze regeling, waarbij het ministerie niet betrokken is geweest, blijkt nu problemen te geven. De minister heeft het CTG gevraagd aan te geven wat een redelijk tarief is. De zorgkantoren moeten zich daaraan houden, zo vindt zij. Om het toegenomen volume van de psychotherapeuten te financieren bestaan de wachtlijstmiddelen. Het CTG herijkt de inkomens van alle vrijeberoepsbeoefenaren, wat ongetwijfeld leidt tot hogere kosten. Omdat het kabinet daarvoor momenteel geen geld beschikbaar heeft, moet het nieuwe kabinet dat per 1 januari 2003 regelen. Als het CTG het referentiekader voor de psychotherapeuten heeft vastgesteld, moeten die tarieven losgemaakt worden van de algemene herijking. Of de kwestie van volume en inkomen van de psychotherapeuten aan de orde komt in de voorjaarsnota, hangt af van het advies van het CTG. Als er dit jaar nog extra geld nodig blijkt, wordt het meegenomen.

De GGZ-instellingen en GGZ Nederland werken momenteel actief mee aan het wetsvoorstel inzake de jeugdzorg, waarin de samenwerking tussen de GGZ en de jeugdzorg wordt geregeld. In veel provincies is de

jeugd-GGZ al onderdeel van het Bureau jeugdzorg, zodat daar een centrale toegang is. Voor specifieke groepen jeugdigen is samenwerking ontstaan tussen de jeugdhulpverlening, de jeugd-GGZ, de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten en de jeugdbescherming. Ook bij de jeugdzorg geldt overigens dat iemand met acute psychiatrische problemen rechtstreeks naar de tweedelijnszorg verwezen kan worden. De minister is niet ontevreden over deze ontwikkelingen.

Met het amendement-Arib (28 000-XVI, nr. 85) heeft de Kamer 10 mln euro extra bestemd voor aanpak van de zorgvershraling. De dekking daarvan zoekt de Kamer in het saldo van de kortingen en bonussen. Het intensieve en frequente overleg dat de minister hierover voert met de KNMP (Koninklijke Nederlandse maatschappij ter bevordering der pharmacie), is bijna afgerond. Omdat de uitvoering van het amendement daarvan afhankelijk is, kon het niet vanaf 1 januari van start gaan. Het geld moet naar de mening van de minister besteed worden aan dagbesteding en dagactivering voor chronische patiënten in algemene psychiatrische ziekenhuizen, onder meer voor vervoer, en aan de vergroting van hun maatschappelijke mogelijkheden. De minister benadrukt dat zij een definitief plan van aanpak op dit punt wil ontvangen van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, omdat die organisaties dat beloofd hebben. Daar reageert zij vervolgens zo snel mogelijk op: zodra het plan er is, gaat zij met de sector overleggen hoe de extra middelen worden besteed; die mogen volgens haar niet op de grote hoop belanden. Helder is welke kosten instellingen voor hun rekening nemen en welke de patiënt zelf. Het CTG bekijkt momenteel of de instellingen wel voldoende geld krijgen om hun kosten te dekken. Het zak- en kleedgeld is een algemene regeling die geldt voor alle bijstandsgerechtigden, zodat een bijstelling ervan via de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geschiedt. Beide bewindspersonen voeren hierover al geruime tijd overleg, maar een bijstelling heeft enorme financiële consequenties en er mag geen ongelijke behandeling zijn.

De minister erkent dat het isoleren van mensen als gevolg van het personeelstekort een ernstig probleem is, hoewel zij geen oplossing voorhanden heeft. Zij werkt hard aan het oplossen van het personeelstekort. Bij de selectie van de kenniscentra wordt het Trimbosinstituut geconsulteerd; de minister neemt uiteindelijk zelf de beslissing. Het genoemde instituut is het algemeen landelijk kenniscentrum voor de GGZ zonder hiërarchische relatie met de categoriale kenniscentra. De relatie die er wel is, wordt contractueel vastgelegd om te verzekeren dat men van elkaar leert. Dit is een voorwaarde voor de financiering. De partijen die bij arbeidsrelevante problemen betrokken zijn, pakken gezamenlijk de preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie aan. Kenniscentra verzamelen, ontwikkelen en verspreiden de hiervoor benodigde deskundigheid. Het CONO heeft op verzoek van de minister het onafhankelijke Trimbosinstituut een rapport laten maken over de beroepenstructuur in de GGZ. Na de verschijning daarvan eind 1998 hebben alle beroepsgroepen, behalve de psychotherapeuten, ermee ingestemd. Er is echter een goede overgangsregeling: het register wordt in stand gehouden totdat de laatste van de ongeveer 1000 psychotherapeuten die niet tevens psycholoog of psychiater zijn, het vak heeft neergelegd. De minister zegt toe dat zij Zorgverzekeraars Nederland en zo nodig de zorgkantoren er nadrukkelijk op zal wijzen dat de psychotherapie niet verdwijnt en dat de psychotherapeuten gecontracteerd moeten worden. Uiteraard mogen de zorgkantoren wel op kwaliteit selecteren. Daarnaast zal zij ook bij de Landelijke huisartsenvereniging benadrukken dat de huisartsen naar de psychotherapeuten moeten blijven verwijzen.

De minister vindt dat Nederland binnen Europa in de pas gaat lopen, omdat psychotherapie in de meeste landen als specialisme verankerd is in de beroepen van psycholoog en psychiater. Zij zegt toe de Kamer een

notitie te sturen over de verhouding tussen de Wet BIG en de beroepenstructuur in de GGZ.

De verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke opvang is als volgt verdeeld: de rijksoverheid is verantwoordelijk voor het stellen van inhoudelijke en wettelijke kaders en de gemeenten scheppen de voorwaarden op lokaal niveau. Verder moeten zij in het kader van hun regierol de structuur zo inrichten dat niemand tussen wal en schip valt. De minister vindt dus dat de gemeenten een zorgplicht hebben, maar zij wil die vooralsnog niet in een wet vastleggen. In mei komt er een evaluatierapport over de manier waarop de gemeenten met de specifieke uitkeringen voor maatschappelijke opvang omgaan. De minister zegt toe een wettelijke zorgplicht opnieuw te overwegen, nadat zij heeft kennisgenomen van de inhoud van dit evaluatierapport. De minister zegt bovendien toe het voorstel voor de zorgteams van het actiecomité Onder Dak te verwerken in de uitwerking van het rapport van de taskforce. Overigens vindt zij dat een oplossing te vinden is in het convenant Openbare geestelijke gezondheidszorg waarbinnen 5,5 mln euro beschikbaar is. Zij zal dit punt met de organisaties bespreken en stelt dat het voor de komende winter opgelost moet zijn. Zij zegt toe de Kamer verslag uit te brengen over de afspraken die na het ingaan van die besprekingen worden gemaakt. De minister zal de momenteel ontbrekende mogelijkheid voor het instellen van sancties overwegen.

De kern van het advies van de taskforce is volgens de minister het realiseren van een maatschappelijk steunsysteem, waardoor psychisch gehandicapten die zich in de samenleving staande proberen te houden, indien nodig steun krijgen. De gemeenten en de sectoren van wonen, werk, welzijn en zorg zijn gezamenlijk verantwoordelijk, waarbij de gemeenten een regierol hebben. Eind maart verwacht de minister een rapport van SGBO, het onderzoeks- en adviesbureau van de VNG, over de besteding van de extra middelen voor de maatschappelijke opvang in 2001. Het leeuwendeel van het geld is volgens haar gebruikt voor het uitbreiden van de capaciteit, maar er is ook geld besteed aan het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en van de kwaliteit van de huisvesting. Hoewel de uitgaven van de maatschappelijke opvang dit jaar 40% hoger blijken te zijn dan in 1998, is het plaatsingsgebrek is nog steeds verontrustend. Omdat veel elementen van het plan van aanpak van het actiecomité Onder Dak de minister aanspreken, zegt zij toe het plan van aanpak te bespreken met de VNG, GGZ Nederland, de Federatie opvang en de Landelijke vereniging van thuislozen.

De 3 mln euro voor zwerfjongeren is verdeeld op de enig mogelijke manier. De minister zegt toe een dezer dagen in een brief aan de Kamer uit te leggen op welke manier zij denkt dat het geld voor zwerfjongeren goed terecht komt. Op 21 maart a.s. wordt een verhelderend rapport van de Algemene Rekenkamer verwacht over de bestedingen en de activiteiten op dit punt.

In de GGZ-instellingen zijn vorig jaar ongeveer 2000 calamiteiten gemeld, waarvan 140 serieus. Er zijn 100 meldingen van seksueel misbruik geweest. Er worden maatregelen getroffen om herhaling te voorkomen. De minister zegt verder toe dat zij met de inspectie zal spreken over de klachten inzake de afhandeling van meldingen van seksueel geweld. Daar moeten namelijk wel disciplinaire maatregelen op volgen.

De GGZ heeft er geen moeite mee om de indicatiestelling bij de RIO's onder te brengen, hoewel zij daar met een zelfontwikkelde systematiek binnenkomt. Onder meer omdat er cliënten zijn die niet alleen psychische, maar ook andere problemen hebben, vindt de minister dat de GGZ-care met deze reeds geobjectiveerde indicatiestelling mee moet lopen in het RIO-traject. Hoe meer er geïntegreerd wordt, ook bij de indicatiestelling, des te beter het is. Het overleg over de RIO's in april betreft overigens vooral de kortdurende zorg. De minister betwijfelt of het probleem van langdurige GGZ-cliënten daar aan de orde kan komen. De evaluatie van

het IGLO in 2003 lijkt positief te worden. Als dat klopt, zou het in de reguliere zorg moeten worden opgenomen.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) vraagt of het geld voor zwerfjongeren via een persoonsvolgend budget zonder rechtsongelijkheid kan terechtkomen bij de instellingen die zich daarop richten.

De heer **Buijs** (CDA) kondigt aan bij de plenaire behandeling van de stelselwijziging een Kamerbreed ondertekende motie over de eerstelijnspsychologen in te dienen. Wil de minister eventueel schriftelijk reageren op de vraag wat de bemoeizorg kost voor de 24 000 mensen die die zorg momenteel nog niet hebben?

Mevrouw **Kant** (SP) vindt dat een redelijk tarief in de zorg altijd uitgangspunt moet zijn. De NMa heeft daar niets te zoeken. Zij vraagt of de minister kan samenvatten wat de Kamer bij de voorjaarsnota kan verwachten. Klopt het dat het gaat om extra geld voor de aanpak van de wachtlijsten en de verschraling?

Mevrouw **Van Vliet** (D66) vraagt hoe de bijscholing wordt aangepakt van psychotherapeuten die geen psycholoog zijn. De minister heeft immers in haar brief geschreven, te bezien of zij daaraan iets kan doen, opdat die mensen kunnen doorstromen.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA) hoopt dat via een convenant met VNG en Federatie opvang een creatieve oplossing te vinden is voor de centrale opvang van zwerfjongeren. Juridische problemen hoeven volgens haar geen probleem te zijn, omdat gemeenten zo wijs zullen zijn om de concrete plannen te bekijken, zodat het beschikbare geld zo snel mogelijk wordt ingezet.

De heer **Passtoors** (VVD) stelt voor om de gelden voor zwerfjongeren te verdelen naar analogie van de wachtlijstgelden. Ook daar is heel specifiek afgesproken dat er resultaten geboekt moeten worden, voordat de gelden uitgekeerd worden. Heeft de minister nog directe mogelijkheden voor de cliëntenraden? Kan zij dat in eventuele meerjarenafspraken regelen?

De **minister** vindt het idee van een persoonsvolgend budget de moeite van het bekijken waard. Zij zegt toe om dit punt te behandelen in de al toegezegde brief daarover. Over de bemoeizorg die 24 000 mensen nog nodig hebben, moet volgens de minister een sectoroverstijgend gesprek plaatsvinden met iedereen die daar besparingen aan overhoudt, bijvoorbeeld de bewindspersonen die gaan over politie en over veiligheid. Op dit punt heeft de minister bovendien regelmatig contact met het Leger des Heils. Wachtlijsten en verschraling zijn bij de voorjaarsnota zeker aan de orde, maar over de resultaten van de beraadslaging daarover in het kabinet kan de minister niets mededelen. Alle betrokkenen willen meewerken aan een soepele regeling voor psychotherapeuten die zich willen bijscholen, bijvoorbeeld door vrijstellingen. Dit blijkt uit een brief van het Nederlands instituut voor psychologen. De beroepsvereniging is echter verantwoordelijk voor de inrichting en de psychotherapeuten moeten zelf de kosten dragen. 18 maart overleggen Kamer en minister

over het patiënten- en consumentenbeleid, Daar kan over de cliënten-
raden gesproken worden.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en
Sport,
Van Lente

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en
Sport,
Teunissen