

Vergaderjaar 2003–2004

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 51

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 25 maart 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 11 maart 2004 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 22 april 2003 inzake de derde landelijke peiling «Wachttijsten in de geestelijke gezondheidszorg» (25 424, nr. 46);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 28 november 2003 inzake standpunt rapport Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheidszorg (25 424, nr. 47);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 3 maart 2004 inzake AO GGZ 11 maart 2004; versoepeling pakketmaatregel psychotherapie (25 424, nr. 48);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 5 maart 2004 inzake AO GGZ 11 maart 2004; overheveling delen van de GGZ naar de standaardverzekering (25 424, nr. 49).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), De Grave (VVD), voorzitter, Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Luchtenveld (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjong-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Lambrechts** (D66) steunt de beleidslijn om de op cure gerichte GGZ over te hevelen naar het tweede compartiment, zeker nu overduidelijk is aangetoond dat het overgrote deel van de GGZ tot genezing leidt. Wel is het zaak om zorgvuldig met de knip tussen care en cure om te gaan, in het bijzonder voor het sterk stijgende aantal mensen met een persoonsgebonden budget ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg. Wat gebeurt er met dat persoonsgebonden budget als delen van de GGZ in 2006 worden overgeheveld naar de basisverzekering? Het persoonsgebonden budget mag dan niet vervallen als de toegang tot de extramurale GGZ niet kan worden gegarandeerd.

Zij constateert dat de minister zijn toezeggingen tijdens de begrotingsbehandeling van VWS van november 2003 met de voorliggende versoepeling van de pakketmaatregel psychotherapie is nagekomen. Destijds hebben velen uit de sector de Kamer benaderd met de boodschap dat een grotere differentiatie in het aantal behandelingen moest worden aangebracht: voor enkelvoudige gedragsstoornissen waren 15 à 20 sessies vaak genoeg, voor psychotherapie 35 à 40 sessies en een kleine groep zou

meer sessies en eventueel permanente hulp nodig hebben. Kan de minister verklaren waarom deze geluiden thans niet meer te horen zijn? Feit is wel dat er binnen de beroepsgroep een groot verschil van mening is over de vraag wat nu een redelijk aantal sessies is.

Vervolgens vraagt zij de minister of het niet mogelijk is om meteen over te gaan tot het nieuwe regime van na de zomer van 2004 en af te zien van de overgangstermijn, want dat biedt meer duidelijkheid aan het veld. Ook vraagt zij waarom de zorg aan de kleine groep met persoonlijkheidsstoornissen die permanente hulp behoeft, exclusief wordt beperkt tot de psychoanalyse. Waarom kan deze verruiming niet ook betrekking hebben op psychotherapie?

Tot slot wijst zij erop dat Nederland in vergelijking met de omringende landen bepaald niet uit de pas loopt op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. In dat opzicht heeft zij niet het gevoel dat mensen met de pakketmaatregel groot onrecht wordt aangedaan.

Mevrouw **Joldersma** (CDA) steunt het uitgangspunt uit de nota «Zorg van Velen», namelijk het bieden van kansen aan zorgaanbieders die mensen met psychische problemen goed kunnen bedienen. Zij kan zich ook vinden in de vertrekpunten uit deze nota, namelijk om te denken in termen van een getrapte zorg en om aan te sluiten bij de algemene gezondheidszorg. In de lijn van deze nota is het ook passend om de eerstelijns psychologische zorg te versterken en onder te brengen in de standaardverzekering, zoals in de motie-Buijs (27 855, nr. 12) is uitgesproken.

Ook zij constateert dat de pakketmaatregel psychotherapie conform de afspraken is uitgewerkt. Gelet op de financiële mogelijkheden, kan zij instemmen met de maatregel. Wel vraagt zij hoelang deze maatregel van kracht moet zijn. Waarom kan de ambulante behandeling niet alvast in 2005 naar de basisverzekering worden overgeheveld? Dan zou wellicht ook de eigen bijdrage kunnen komen te vervallen. Op welke wijze denkt de minister dat de pakketmaatregel kan worden uitgevoerd, gelet op de weerstand in het veld? Hoe wordt de voorlichting aan betrokkenen aangepakt en welke rol speelt het veld daarin?

Daarnaast wijst zij erop dat de indeling in echelons conform «Zorg van Velen» problemen oplevert voor de chronische cliënten in de GGZ, want zij hebben vaak met alledrie de echelons te maken. In het verleden nam de gespecialiseerde GGZ de regiefunctie op zich om die mensen goed te bedienen en een zorgketen tot stand te brengen. De vraag is nu waar straks voor deze groep de regie komt te liggen. In haar optiek moet het antwoord op deze vraag per regio kunnen verschillen, want bijvoorbeeld de situatie in Zeeland is nu eenmaal anders dan in Amsterdam. Een knelpunt in dezen vormen mensen die intensieve begeleiding en bescherming nodig hebben. Het gaat om mensen die nu vaak met een gedwongen opname even in de GGZ komen, dan weer buiten zijn, maar vervolgens opnieuw worden opgenomen, et cetera. In de toekomst moet voor dit soort mensen een beveiligde long-stayvoorziening worden gecreëerd. Voorts constateert zij dat de eigen bijdrage veel beroering wekt. Is in dezen geen uitzondering mogelijk voor cliënten die zogenaamde bemoeizorg, outreaching zorg, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding nodig hebben? Het gaat bij de bemoeizorg om mensen die niet in de GGZ willen, maar die juist worden behandeld omdat zij zorg nodig hebben en soms ook overlast veroorzaken. Waarom wordt voor een aantal functies die onder de AWBZ vallen een eigen bijdrage geheven, terwijl een aantal van die functies later misschien onder de Wet maatschappelijke ondersteuning zal vallen? Zij vraagt de minister of het mogelijk is om rond die eigen bijdrage met creatieve oplossingen te komen, waarmee allerlei bureaucratie rond de inning ervan ook kan worden voorkomen.

Tot slot memoreert mevrouw Joldersma dat steeds vaker problemen optreden bij de toepassing van de Wet bijzondere opnemingen psychiatri-

sche ziekenhuizen (BOPZ). Zij vraagt de minister om een brief waarin duidelijk wordt gemaakt hoe in de toekomst met de gedwongen opname en gedwongen behandeling in de Wet BOPZ wordt omgegaan, ook in relatie tot de ideeën om de wet te herdefiniëren tot een wet bijzondere psychiatrische behandelingen.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA) is er geen voorstandster van om de regiefunctie uit handen van de GGZ te halen en bij anderen te leggen, want de GGZ heeft eindelijk de keten op een goede manier tot stand gebracht. Het is van belang om het specialisme van de GGZ in de volle breedte in stand te houden. In dat opzicht heeft zij ook grote aarzelingen bij de overheveling van de care naar de Wet maatschappelijke ondersteuning. Samenwerking is daarentegen absoluut noodzakelijk en moet ook dwingend worden opgelegd.

Voorts benadrukt zij dat de eigen bijdrage in de GGZ niets oplevert, maar geld kost en voor bureaucratie zorgt. Bovendien wordt hiermee de cliënt de deur uitgejaagd. Daarom vraagt zij de minister om deze eigen bijdrage af te schaffen.

Ten aanzien van de pakketmaatregel geeft zij te kennen dat ook in de GGZ de medicus en niet de politiek de diagnose moet stellen en derhalve moet aangeven hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn. Je stopt per slot van rekening ook niet halverwege met chemotherapie. De financiële problematiek vormt voor de PvdA-fractie geen reden om een andere keuze te maken, want in dat geval accepteert zij liever een belastingverhoging. In het verleden was het aantal behandelingen weliswaar ook aan een maximum gebonden, maar dat lag op een heel ander niveau dan nu wordt voorgesteld. Uitgaande van de nu door een Kamermeerderheid gekozen systematiek pleit zij ervoor om eventuele overschotten door te schuiven naar cliënten die meer behandelingen nodig hebben dan nu als maximum is vastgelegd.

Ook mevrouw Van Dijken vindt het noodzakelijk om op korte termijn te spreken over aanpassing van de Wet BOPZ. Het is zaak om snel te komen van een opnamewet naar een behandelwet die veel minder evasief is en waarbij veel meer ambulante kan worden ingegrepen. Er kan immers in een veel eerder stadium veel meer gebeuren, ook in de vorm van een dwangbehandeling. Op dat gebied is veel winst te behalen, uitgaande van het bieden van fatsoenlijke zorg.

Verder krijgt zij graag een toelichting van de minister op zijn opmerkingen over de grote monopoliserende organisaties. Waarom zou het bijvoorbeeld bij Parnassia slechter gaan dan in Amsterdam waar drie organisaties werken? Daar komt bij dat de minister de instellingen in Zwolle een halfjaar geleden juist een aanwijzing heeft gegeven om tot samenwerking te komen.

Tot slot vraagt zij om meer recente gegevens over de wachtlijsten in de GGZ.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) begrijpt dat achter de Wet maatschappelijke ondersteuning de gedachte zit dat op gemeentelijk niveau bij veel zaken weinig regie bestaat. In de GGZ is evenwel de afgelopen jaren wel sprake van regie die goed werkt. Derhalve bepleit zij om deze keten tussen eerste en tweede lijn in de GGZ zoveel mogelijk in stand te houden. Voorts constateert zij dat in de GGZ veel behandelingen plaatsvinden om mensen in staat te stellen weer mee te draaien in de samenleving, met name als het gaat om bemoeizorg en activerende en ondersteunende begeleiding. Het is moeilijk om de betrokkenen in zo'n programma te krijgen, want zij moeten daartoe echt worden overgehaald. Als aan hen dan ook nog een eigen bijdrage wordt gevraagd, is dat het paard achter de wagen spannen. Dat geeft mensen extra reden om zich niet te laten behandelen, hetgeen op termijn tot duurdere intramurale zorg leidt. Daar komt bij dat het systeem voor inning van de eigen bijdrage maar voor

anderhalf jaar moet worden opgezet, want in 2006 is de overgang naar de basisverzekering voorzien. Volgens de GGZ zelf bedragen de kosten van de opzet van dat systeem 26 mln euro, waar een opbrengst van 25 mln euro tegenover staat. Is het mogelijk dat de GGZ slechts een deel van de kosten van opzet van het systeem moet betalen en dat de minister met een kleiner deel van de opbrengst genoeg neemt? Er moet immers een oplossing komen.

Hierna wijst mevrouw Van Miltenburg op het tekort aan psychiaters dat is vastgesteld op 130 fte's. De huidige opleidingscapaciteit is onvoldoende om snel daarin te voorzien. Het tekort begint vooral in de geriatrie en de jeugdzorg echt nijpend te worden. 800 kinderen met een ernstige gedragsproblematiek zijn door een gebrek aan behandelplaatsen terechtgekomen in de gevangenis, omdat zij nergens anders terecht konden. Daar horen zij niet thuis. Erkent de minister het probleem en heeft hij een plan om het wat hanteerbaarder te maken?

Tot slot attendeert zij op een krantenbericht waaruit bleek dat medewerkers van het RIAGG Rotterdam Marokkaanse cliënten achterna reizen als die voor vakantie naar hun moederland gaan om daar de behandeling voort te zetten. De achterliggende gedachte is dat de zorg nu eenmaal multicultureel is geworden en niet tot de landsgrenzen beperkt kan blijven. De cliënt moet worden gevolgd naar de cultuur waarin hij zich begeeft. Vindt de minister dit een vorm van zorgvernieuwing of zorgverbreding die door volksgezondheid moet worden betaald? Zo nee, wat zijn dan de mogelijkheden om in te grijpen in dit oneigenlijk gebruik van zorggelden?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) heeft grote problemen met de eigen bijdrage in de GGZ, want dat belemmert de behandeling. Het gaat bij outreaching hulpverlening en activerende dagbehandeling immers vaak om mensen die de behandeling zelf niet wensen dan wel eerder als werk ervaren. Dan is een eigen bijdrage contraproductief. Zij verzoekt de minister dan ook om daarvan af te zien en, net als bij hulpverlening aan daders van huiselijk geweld, voor deze groepen een uitzondering te maken.

Ook memoreert zij dat veel signalen uitwijzen dat de nu voorgestelde pakketmaatregel problematisch uitwerkt. Het is bijvoorbeeld bij kinderen een probleem om een maximum te stellen van 50 behandelingen voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen, omdat kinderen nooit de classificatie «ernstige persoonlijkheidsstoornis» krijgen. Is de minister bereid om voor kinderen in dat opzicht een uitzondering te maken? Het voortijdig afbreken van behandeling van een psychische stoornis is bovendien ongewenst. Dat gebeurt elders in de curatieve zorg ook niet. Deskundigen wijzen er ook op dat de maatregel leidt tot meer onbehandelbare problemen, meer zelfmoordpogingen, meer ziekteverzuim en meer instroom in de WAO.

Verder releveert zij dat tweederde van het aantal afzonderingsruimtes in de GGZ niet aan de wettelijke eisen voldoet. Volgens de minister moet dat op korte termijn veranderen, maar aan welke termijn denkt hij dan en op welke wijze wordt dat gecontroleerd?

Ook constateert mevrouw Tonkens dat het probleem van de wachtlijsten in de GGZ nog niet is opgelost. 75% van de cliënten wacht nog langer dan volgens de normen toelaatbaar is. Een wachttijd van 40 weken voor de jeugdpsychiatrie is wel erg problematisch. Het moge hierbij om een ingewikkeld probleem gaan, maar dat laat onverlet dat het de verantwoordelijkheid van de minister is om er iets aan te doen.

Tot slot krijgt zij graag een toelichting op de gang van zaken bij de invoering van DBC's (diagnosebehandelingcombinaties) in de GGZ. Brengt dit een groot risico van kostenstijging met zich en wat doet de minister daaraan?

Mevrouw **Kant** (SP) constateert ook dat het probleem van de wachtlijsten in de GGZ nog bepaald niet is opgelost. Psychiatrische instellingen kunnen mensen vaak niet opnemen, ook niet als deze mensen zelf inzien dat opname zeer noodzakelijk is. De vraag is dan ook of er geen sprake moet zijn van een opnameplicht in die gevallen waarin evident is dat iemand moet worden opgenomen. In reactie op berichten in de media dat de minister blijkbaar van plan is om weer een maximum te stellen aan de zorguitgaven, wijst zij erop dat dit ertoe zal leiden dat de wachtlijsten nog langer worden en mensen met psychische problemen nog slechter zullen worden geholpen.

Voorts releveert zij dat er niet voor niets groot verzet is tegen de pakketmaatregel. De beroepsgroep acht de beperking van het aantal sessies onacceptabel en onuitvoerbaar. Zij vreest ook ernstige gevolgen voor juist de kwetsbaarste groepen. In de krant hebben ambtenaren van VWS ook toegegeven dat het op langere termijn helemaal geen bezuiniging is, omdat de maatregel ertoe leidt dat uiteindelijk duurdere zorg nodig is. Volgens de ambtenaren behoort, aldus het krantenbericht, een lange-termijnbezuiniging echter niet tot hun taken. De maatregel leidt ook tot een enorme toename van de bureaucratie in de zorg, met protocollen en machtigingen en dergelijke. Daarnaast is het ook principieel onjuist, want alleen de behandelaar kan beoordelen hoeveel behandelingen voor de patiënt nodig zijn. Daarbij spelen allerlei factoren een rol die je niet allemaal in een protocol kunt vastleggen.

Verder merkt mevrouw Kant op dat bij de nu voorliggende pakketverkleining even makkelijk wordt besloten tot een verhoging van de eigen bijdrage voor ambulante psychotherapeutische behandeling. Dat is buitengewoon dom, omdat dit ertoe leidt dat meer mensen om financiële redenen afzien van deze noodzakelijke zorg. Ook dat zal op langere termijn leiden tot een beroep op duurdere zorgvormen. Nog erger is dat mensen niet de hulp krijgen die zij nodig hebben. Vanwege de eigen bijdrage hebben al mensen afgehaakt en dat zal nu alleen maar toenemen.

Desgevraagd merkt zij op dat alternatieve financieringsbronnen haar voorkeur zouden hebben, bijvoorbeeld het niet-verlagen van de ziekenfondspremies of het afzien van meer wegeninfrastructuur.

Met andere sprekers heeft zij er behoefte aan om wat langer stil te staan bij de Wet BOPZ. Het liefst zou zij deze wet door een andere vervangen zien, want de huidige wet gaat veel te weinig uit van wat de patiënt nodig heeft. Het belang van de behandeling voor de patiënt zou echter wel het uitgangspunt moeten zijn. Het is sowieso goed om een besluit tot gedwongen opname niet aan één psychiater over te laten, maar aan een team waarin ook een maatschappelijk werker en sociaal verpleegkundige zijn opgenomen die de patiënt kennen en een ruimer oordeel kunnen geven over de noodzaak van een eventuele opname.

Tot slot constateert zij dat in Nederland nog steeds een aantal anti-depressiva bij kinderen onder de 18 jaar wordt voorgeschreven, terwijl uit Engels onderzoek blijkt dat deze middelen ernstige bijwerkingen hebben. Er kwam zelfs naar voren dat 9% van de kinderen suïcidaal werd van het gebruik van die middelen. Derhalve is in Engeland een verbod uitgevaardigd op het voorschrijven van deze specifieke middelen voor kinderen. Nederland blijft echter nog steeds maar wachten. Waarom wordt op dit punt niet snel actie ondernomen? In dit geval is het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen te laks.

Het antwoord van de minister

De **minister** memoreert allereerst dat de ketenvorming in de GGZ met volle instemming en zelfs met aanmoediging van VWS heeft plaatsgehad. Er is een goede zorgketen ontstaan met goed georganiseerde grote GGZ-instellingen die alle geestelijke gezondheidszorg bieden. Toch is er behoefte aan een nieuwe stap voor verbetering van de samenwerking met

aanpalende sectoren en verhoging van de doelmatigheid en transparantie in de GGZ. Dit wordt gestimuleerd door de bekostiging en regelgeving in de GGZ te laten aansluiten bij die van andere zorgsectoren, bijvoorbeeld door introductie van de DBC's in de sector. Ook wordt beoogd om de GGZ qua verzekeringssystematiek zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de rest van de zorgsector, bijvoorbeeld door de overheveling van de cure naar het tweede compartiment. In antwoord op de vragen over de regiefunctie binnen de GGZ benadrukt hij dat de regie primair moet liggen bij de patiënt. Het hangt ook van de bijzondere omstandigheden van de patiënt af of de gemeente, de zorgaanbieders of de GGZ-instellingen daarbij het voortouw nemen. Daarbij is het vooral van belang wat de patiënt nodig heeft. De overheveling van de care naar de Wet maatschappelijke ondersteuning zal nog onderwerp van overleg met de Kamer vormen. Feit is wel dat er in de praktijk nu al voorbeelden zijn waarin een verdergaande ontschotting tussen care en cure goed blijkt te werken.

De minister beaamt dat binnen de beroepsgroep zelf verschillend wordt gedacht over de pakketmaatregel psychotherapie. Een belangrijk deel van de beroepsgroep is bijvoorbeeld van opvatting dat de overheid geen onbepaald aantal zittingen moet faciliteren voor een selecte groep van 600 tot 900 patiënten, aangezien dit geen goede behandeling zou zijn. Het is dus niet eenvoudig aan te geven wat wel en niet goed is. Op zichzelf begrijpt hij het verzet uit de beroepsgroep tegen de maatregel, want er is nu eenmaal sprake van een beperking ten opzichte van het verleden. Hij is van opvatting dat met de nu voorliggende maatregel sprake is van een goede differentiatie, waarbij ook rekening wordt gehouden met complexere gevallen. Het feit dat er een duidelijke einddatum is, kan behandelaar en patiënt ertoe aanzetten om de therapie sneller tot een vruchtbaar einde te brengen. «Evidence based consensus» in deze tak van wetenschap wijst er ook sterk op dat kortdurende psychotherapie meer nut heeft dan zeer langdurige behandelingen. In vergelijking met de situatie in het buitenland is het ook bepaald geen zuinige maatregel, al kent het pakket wel zijn pijnlijke kanten. Met de beroepsgroep is overleg gevoerd over de maatregel, maar pas twee weken geleden is voor het eerst gewezen op het probleem dat daaruit zou voortvloeien voor de behandeling van kinderen. Dat is dan ook moeilijk te verklaren, maar dat laat onverlet dat hij daar nog eens goed naar zal laten kijken. Het College voor Zorgverzekeringen heeft een circulaire doen uitgaan waarin over de maatregel voorlichting wordt verstrekt. Uit de correspondentie met het ministerie blijkt ook dat de maatregel bij de patiënten in zijn algemeenheid goed bekend is.

In reactie op de bezwaren van mevrouw Kant tegen de pakketmaatregel geeft hij te kennen dat het afschaffen van alle indicaties en eigen bijdragen misschien populair klinkt tegenover de patiënten, maar er wel toe zou leiden dat het systeem zou ontploffen. Het is onmogelijk om op zo'n manier met een kostbaar goed als het zorgstelsel om te gaan. Alles wat totaal gratis is, leidt tot onbeheersbare uitgaven. Het is echter zaak om een beheersbaar zorgsysteem te krijgen dat niet alleen nu, maar ook over 20 jaar werkbaar is als het aantal senioren is verdubbeld. Dat wordt niet bereikt als alle remmen worden losgegooid. Hij bestrijdt ook dat met de pakketmaatregel sprake zou zijn van een verbureaucratisering. Er moet alleen een melding plaatsvinden bij het zorgkantoor dat vervolgens steekproefsgewijs nagaat of de melding terecht is. Dat is dan ook geen probleem.

Bij de begrotingsbehandeling heeft de minister al aangegeven waarom de motie-Buijs inzake de eerstelijns psychologische zorg op dit moment niet kan worden uitgevoerd. Ten eerste levert dat problemen van budgettaire aard op. Ten tweede wordt met de overheveling van de cure in de GGZ naar het tweede compartiment beoogd om substitutie en dergelijke uit te lokken. De overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg naar de standaardverzekering in 2006 is dan ook het moment om na te

gaan welke plaats de eerstelijns psycholoog kan krijgen. In wetstechnisch opzicht is het niet mogelijk om de overheveling al in 2005 te laten plaatsvinden. Zo zijn de DBC's in de GGZ pas in ontwikkeling.

Ten aanzien van de Wet BOPZ is het de minister bekend dat gemeenten zoeken naar mogelijkheden om beter te kunnen omgaan met mensen die zichzelf niet goed in de hand hebben en veel overlast veroorzaken. Het is voor deze mensen wel van belang om hier zeer precies en zorgvuldig mee om te gaan, mede gezien het feit dat de psychiatrie nog sterk in ontwikkeling is. Wat 20 jaar geleden een normale behandeling was, is nu totaal onacceptabel. Derhalve lijkt het hem goed om de discussie met de Kamer op dit punt uitgebreid te voeren aan de hand van het binnenkort uit te brengen kabinetsstandpunt over de tweede evaluatie van de Wet BOPZ. In reactie op de opmerkingen over de eigen bijdrage in de extramurale GGZ releveert hij dat de Kamer op 21 januari jongstleden met de staatssecretaris van VWS overleg heeft gevoerd, waarbij een onderzoek is toegezegd naar de inningskosten en de problemen rond de bemoezorg. Het CVZ is daar nu mee bezig. Zodra dat onderzoek is afgerond, krijgt de Kamer de resultaten daarvan en kan daarover het gesprek worden aangegaan. Desgevraagd lijkt het hem voor de hand liggend dat een dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd omdat wordt vermoed dat er iets aan de hand is.

Volgens de laatste inventarisatie, gehouden op 1 januari 2003, is sprake van een licht dalende trend in de wachtlijsten en de wachttijden bij de GGZ. Per 1 januari 2004 is een nieuwe peiling gehouden waarvan de resultaten in april worden verwacht. De eerste indruk is dat de lichte daling zich lijkt voort te zetten. Zodra de nieuwe informatie beschikbaar is, zal de Kamer deze ontvangen.

Nederland kent een veel grotere dichtheid aan psychiaters en psychotherapeuten dan de rest van Europa. Het capaciteitsorgaan raamt over het geheel genomen ook een licht overschot aan psychiaters, namelijk van 3 à 5% in 2012. Er is wel een specifiek tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters en forensisch psychiaters. Dat zou pleiten voor omscholing. Daarnaast is de afgelopen jaren het aantal opleidingsplaatsen voor kinder- en jeugdpsychiaters verhoogd. Ten aanzien van de ouderenproblematiek werkt het kenniscentrum ouderenpsychiatrie aan de ontwikkeling van betere hulpverleningsmethoden en zorgprogramma's.

Wat betreft de hulpverlening van de RIAGG Rotterdam in Marokko, is sprake van een moeilijke kwestie. Op het eerste gezicht kon de minister zich niet herkennen in het beeld van hulpverleners die cliënten tot op hun vakantieadres volgen. Uit nader onderzoek bleek echter dat het wat minder eenvoudig lag. Ten eerste is deze vorm van hulpverlening op redelijk consciëntieuze en niet dure wijze opgezet. Ten tweede kan op die manier wellicht worden voorkomen dat een patiënt in Marokko terugvalt in depressies of wanen en aldaar in het medische circuit terechtkomt, hetgeen dan ook moet worden vergoed. Het blijft echter wel wringen, want de vraag is of je met het toelaten van deze vorm van hulpverlening niet op een hellend vlak terechtkomt. Het gaat immers om mensen die in Nederland moeten integreren en het is moeilijk voorstelbaar dat tijdens een vakantie van drie of vier weken in Marokko allerlei grote ontsporingen plaatsvinden. Als dat al het geval is, dan kan een arts aan zijn cliënt ook adviseren om niet naar Marokko te gaan. Als die arts vervolgens zijn cliënt toch achterna reist, dan is de kans niet groot dat dit advies wordt opgevolgd. Mede daarom zal de minister serieus onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om deze vorm van hulpverlening eventueel te verbieden. Het kabinet erkent dat er een probleem is met betrekking tot de 800 kinderen in de jeugdgevangenissen waarvan mevrouw Van Miltenburg sprak. Het gaat hierbij om kinderen die een behandeling in een gesloten setting behoeven. Buiten de Wet BOPZ is daarvoor geen goede juridische titel aanwezig. Daarnaast is er ook een probleem ten aanzien van het zorgaanbod. Aard en omvang van het probleem worden momenteel

serieus bezien, waarbij ook de mogelijkheid van een nieuwe wettelijk instrument aan de orde komt.

Tot slot brengt hij onder de aandacht dat de anti-depressiva voor kinderen de normale weg voor goedkeuring van medicijnen hebben bewandeld. Bij het kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie is wel een signalement gevraagd over het gebruik ervan. Het advies van de beroepsgroep zelf is om deze middelen terughoudend voor te schrijven. Binnen de beroepsgroep is er dan ook de nodige aandacht voor het geschetste probleem.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Joldersma** (CDA) constateert dat geen inhoudelijk debat is gevoerd over de toekomst van de GGZ, maar vooral is gesproken over financiën, regelgeving en de praktijk van alledag. Zij spreekt de hoop uit dat dit bij het debat over de Wet BOPZ anders zal zijn en dat dan echt het inhoudelijke debat zal worden gevoerd.

Het was te gemakkelijk dat de minister uitsprak dat de regie in de GGZ bij de patiënt zelf behoort te liggen. Juist de GGZ-cliënt kan immers die verantwoordelijkheid niet altijd dragen, hoe graag je dat ook zou willen. Daarom blijft het van belang dat ervoor wordt gezorgd dat de geestelijke gezondheidszorg goed georganiseerd is, waarbij de regie dan niet alleen bij de GGZ-instelling ligt. In dat kader krijgt zij graag nog een reactie van de minister op haar opmerking over de beveiligde long-stayvoorzieningen voor chronische BOPZ-cliënten.

Tot slot vraagt zij of de eigen bijdrage voor de psychotherapie komt te vervallen bij de overheveling van de GGZ naar de standaardverzekering in 2006. Het zou in haar optiek vreemd zijn om na die overgang deze eigen bijdrage voor alleen de psychotherapie te handhaven.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA) steunt het pleidooi voor een inhoudelijk debat. Ondanks alle mooie woorden moet zij vaststellen dat de financiën en de regelgeving in dezen wel degelijk allesbepalend zijn en niet de inhoud van het beleid.

Helaas heeft de minister geen standpunt ingenomen over de eigen bijdrage in de extramurale GGZ, maar louter verwezen naar een onderzoek. Gezien de uitspraken van de verschillende woordvoerders over deze eigen bijdrage, lijkt het haar wenselijk om hierover een concrete Kameruitspraak te vragen. Derhalve verzoekt zij om het verslag van het algemeen overleg voor de plenaire vergadering te agenderen.

Tot slot spreekt zij de hoop uit dat de discussie over de Wet BOPZ op korte termijn kan plaatsvinden. Hoe sneller, hoe beter.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) memoreert dat in het onderhavige geval met de regiefunctie werd bedoeld op de wijze waarop de GGZ wordt georganiseerd. Zij blijft van opvatting dat de GGZ-sector zelf dat de afgelopen jaren goed heeft gedaan.

Gezien de grote dichtheid aan psychiaters in Nederland, is blijkbaar ook sprake van een grote vraag naar psychiatrische zorg. Dat was ook een van de redenen voor het rapport «Zorg van Velen». De huidige maatschappij vraagt veel van de mensen die eraan deelnemen en daarbij vallen ook mensen uit. Het lijkt haar een illusie om ervan uit te gaan dat deze maatschappij kan worden veranderd met als gevolg dat er minder psychiaters moeten komen.

Verder meent zij dat de minister wat al te vrijblijvend reageerde op de opmerkingen over het project van het RIAGG Rotterdam om patiënten tot op hun vakantieadres in Marokko te behandelen, zeker ook omdat het project de komende zomer nog zal worden uitgebreid. Kan de minister op korte termijn aangeven hoe zijn gedachten op dit punt worden geconcretiseerd?

Tot slot krijgt zij graag nog een reactie op haar suggestie inzake de eigen bijdrage in de extramurale GGZ.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) had begrepen dat het door de staatssecretaris toegezegde onderzoek niet de eigen bijdrage in de AWBZ betreft, maar de inning van de eigen bijdrage in de thuiszorg. Dat betreft dus een heel ander onderwerp. Ook krijgt zij graag nog een reactie op haar opmerking dat voor daders van huiselijk geweld wel een uitzondering wordt gemaakt op de eigen-bijdrageregeling. Het zou problematisch zijn als de cliënten van de outreaching zorg als het ware geen gehoor vinden omdat zij nu eenmaal niet over een sterke lobby beschikken.

Mevrouw **Kant** (SP) benadrukt dat de beroepsgroep wel degelijk een stevige lobby voor de patiënten voert door inhoudelijk te beargumenteren waarom de pakketmaatregel onwenselijk is. Deze vorm van zorg is bepaald niet ongebreideld van aard, maar heel gemiddeld. Als de trend in de psychiatrie erop wijst dat minder behandelingen noodzakelijk zijn, zijn al deze beperkende maatregelen ook helemaal niet nodig. Feit is dat de pakketmaatregel op de langere termijn niet alleen nadelige effecten heeft voor de patiënten, maar ook leidt tot hogere kosten.

Ook mevrouw Kant vond de beantwoording over de eigen bijdrage in de extramurale GGZ zwaar onder de maat. De minister ging daarnaast ook volledig voorbij aan de effecten van de forse verhoging van de eigen bijdrage voor psychotherapeutische behandelingen. Als verantwoordelijke voor de gezondheidszorg moet hij willen weten of deze verhoging maatschappelijke gevolgen heeft. Wil de minister dus op zijn minst onderzoeken wat die gevolgen zijn?

Verder krijgt zij graag nog een reactie op haar opmerking, dat het herinvoeren van budgettering in de zorg zal leiden tot een toename van de wachtlijsten. Het zou haar een lief ding waard zijn als de minister vandaag zegt dat hij een dergelijk maximum aan de zorguitgaven niet opnieuw invoert.

De **minister** realiseert zich ook dat bij de zorgaanbieders in de GGZ sprake moet zijn van regie, maar dat houdt niet bij voorbaat in dat dit alleen de GGZ-instellingen zijn. Bij patiënten die vrij langdurig op zorg zijn aangewezen, is dat vrij evident. Bij kortdurende zorg zal dat echter van geval tot geval verschillen, afhankelijk van de behoefte van de patiënt. Dat laat onverlet dat daarbij, naast de patiënt, ook anderen het voortouw kunnen nemen. Dat zal in sommige gevallen een maatschappelijk werker zijn, in andere gevallen een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of een psychiater.

Op zichzelf zijn al long-stayplaatsen beschikbaar, zij het dat het beleid is dat mensen niet eindeloos tegen hun wil moeten worden opgenomen. De minister denkt nog na over wat moet gebeuren met de eigen bijdrage in de psychotherapie na de overheveling van de GGZ naar de standaardverzekering in 2006. Daarover zal worden besloten als die overheveling geschiedt.

Voorts geeft hij de verzekering dat de staatssecretaris ten aanzien van de eigen bijdrage in de extramurale GGZ niets zal doen voordat het onderzoek van CVZ is afgerond. Het is ook normaal om zo'n onderzoek, dat breder is dan alleen de inning van de eigen bijdrage in de thuiszorg, af te wachten als dat de Kamer in een eerder algemeen overleg is toegezegd. Vervolgens kan daarover alsnog het debat worden gevoerd. Als duidelijk is dat de regering erkent dat er mogelijk een probleem is en als daarna onderzoek wordt gedaan, wat heeft het dan voor een zin om met een motie te komen voordat de resultaten van dat onderzoek bekend zijn? Eind maart zijn de resultaten daarvan beschikbaar.

Hij heeft niet gesuggereerd dat er in Nederland te veel psychiaters zijn. Nederland is gezegend met de grote dichtheid aan psychiaters.

Verder zegt hij toe binnen twee weken een brief aan de Kamer te zenden over de hulpverlening van het RIAGG Rotterdam in Marokko.

Tot slot verwacht de minister niet dat de pakketmaatregel op lange termijn tot de hogere kosten zal leiden die mevrouw Kant veronderstelde. Hij zal wel naar dat aspect kijken. Overigens wordt bijna bij elke bezuiniging op de zorg door de beroepsgroep in kwestie opgemerkt, dat dit op de lange termijn geld kost. Als al deze adviezen zouden worden opgevolgd, was de financiële situatie thans nog veel erger. Voor het overige doet hij geen mededelingen over de vraag waarop in de toekomst zal worden bezuinigd, want dat is hem nog niet bekend.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA) deelt nog mede dat zij haar verzoek om het verslag van het algemeen overleg op de plenaire agenda te plaatsen aanhoudt totdat de resultaten van het onderzoek naar de eigen bijdrage in de extramurale GGZ bekend zijn.

De ondervoorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Van Oerle-van der Horst

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