

Vergaderjaar 2003–2004

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 47

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 november 2003

Inleiding

Het beroep dat de Nederlanders doen op de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor de behandeling van psychische stoornissen, neemt sedert de jaren tachtig gestaag toe. Deze toenemende hulpvraag heeft ertoe geleid dat de omvang van het hulpaanbod, in vergelijking tot begin van de jaren tachtig, nagenoeg is verdubbeld.

De groei in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg was eind 1999 voor de toenmalige Minister van VWS aanleiding om de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid in te stellen. De opdracht aan de commissie was de groeiende hulpvraag in de geestelijke gezondheidszorg te analyseren en te adviseren over de wijze waarop overheid en maatschappelijke organisaties kunnen bijdragen aan de verbetering van de geestelijke gezondheidszorg.

De commissie bracht in februari 2002 haar advies «Zorg van Velen» uit, dat de Tweede Kamer is toegezonden op 27 februari 2002 (VWS 0200222). Op 25 april 2002 is het advies van Prof. dr. A. van Dantzig, adviseur van de commissie, eveneens aan de Tweede Kamer toegezonden (VWS 0200588). In overeenstemming met het advies van de Commissie heeft er eind vorig jaar een breed debat over het rapport plaatsgevonden, waaraan alle betrokken organisaties hebben deelgenomen.

Deze brief begint met een korte weergave van de kern van het rapport. Daarna geef ik in hoofdlijnen mijn reactie op het rapport. Bij mijn standpuntbepaling heb ik rekening gehouden met de uitkomsten van het gevoerde debat en met die reacties die ik op het rapport heb ontvangen.

Het advies van de Commissie

De belangrijkste conclusie van de commissie is dat uit de toename van het beroep dat op de GGZ wordt gedaan, niet mag worden geconcludeerd dat Nederland ook psychisch zieker wordt. Op basis van onderzocht cijferma-

teriaal en informatie over de stijgende hulpvraagcijfers concludeert de commissie dat de stijgende hulpvraag meerdere oorzaken en verklaringen kent. In de eerste plaats is de visie op de hulpverlening veranderd. Vermaatschappelijking is een belangrijk uitgangspunt geworden. Mensen worden zo dicht mogelijk bij huis geholpen en zo min mogelijk voor langere tijd opgenomen in een kliniek. Deze ontwikkeling heeft geleid tot een groei van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en tot een toename van het aantal kortdurende opnamen. In de tweede plaats zijn de behandel mogelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg toegenomen en wordt het meer en meer geaccepteerd om uit te komen voor psychische stoornissen en daarvoor hulp te zoeken. De commissie is derhalve van mening dat er op grond van het toegenomen gebruik van de geestelijke gezondheidszorg geen eenduidige uitspraken gedaan kunnen worden over de toestand van de geestelijke volksgezondheid en de veranderingen daarin.

De kernboodschap in het advies Zorg van Velen is dat voor een goede hulp bij psychische stoornissen en handicaps meer nodig is dan op dit moment door de geestelijke gezondheidszorg kan worden geboden. Niet alleen moet de zorg meer gerelateerd worden aan de context waarin de hulpvraag wordt gesteld, zoals de directe leefomgeving van de hulpvrager, de gezinsomstandigheden en de werksituatie; ook is het in veel gevallen zo dat een psychische hulpvraag gepaard gaat met hulpvragen op andere (levens- en) gezondheidsgebieden. Dergelijke meervoudige en/of contextgebonden problemen kunnen niet enkel en alleen door de geestelijke gezondheidszorg worden opgelost.

De commissie ziet twee noodzakelijke veranderingen:

1. de hulpverlening moet «contextueel» worden. Hiermee bedoelt de commissie dat problemen moeten worden gezien in hun context (school, werk, gezin) en ook dat de context integraal moet worden betrokken in de behandeling;
2. de geestelijke gezondheidszorg moet samen met andere zorgsectoren, welzijnsorganisaties en lokale overheden nieuwe zorgarrangementen en zorgketens ontwikkelen om adequaat antwoord te kunnen geven op de hulpvraag.

Er dient derhalve volgens de commissie meer samenhang en samenwerking te ontstaan tussen de geestelijke gezondheidszorg – inclusief de verslavingszorg – en de somatische zorg, de maatschappelijke zorg en de gemeentelijke voorzieningen. De commissie is van mening dat curatieve delen van de geestelijke gezondheidszorg zich volgens de principes van de curatieve somatische zorg moeten organiseren en daarin (deels) moeten opgaan. Zorg in het kader van de vermaatschappelijking en de openbare geestelijke gezondheidszorg dienen in belangrijke mate te integreren met welzijnsvoorzieningen en gemeentelijke voorzieningen. Het advies van de commissie trekt in dit opzicht de denklijnen door die de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg in 1998 reeds ontwikkelde in zijn advies «Geestelijke gezondheidszorg in de 21ste eeuw».

Standpunt

Ik heb waardering voor het advies. Het rapport analyseert helder de verhouding tussen de geestelijke volksgezondheid en de complexe hulpvragen op dit terrein, en de geestelijke gezondheidszorg als zorgsector. De analyse van de commissie dat de context van de vraag moet worden meegenomen bij het bieden van passende zorg, deel ik. Ook deel ik het standpunt van de commissie dat de geestelijke gezondheidszorg niet langer als afzonderlijke zorgsector verantwoordelijk moet worden gehouden voor de geestelijke gezondheid. De geestelijke gezondheidszorg

dient te worden aangeboden in samenwerking met, danwel als onderdeel van de somatische curatieve zorg, de care, de welzijnssector en de openbare gezondheidszorg.

De huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg

Op dit moment is de gespecialiseerde hulp bij psychische stoornissen vrijwel het exclusieve domein van grote ggz-organisaties die hun cliënten zowel behandeling, begeleiding, ondersteuning, beschermd wonen en dagactiviteiten aanbieden. Deze wijze van organiseren van de zorg is het resultaat van twee bewegingen. In de eerste plaats heeft er een, mede door de overheid gestimuleerde, omvangrijke fusiebeweging plaatsgevonden tussen psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's en instellingen voor beschermd wonen met als oogmerk een samenhangende keten van ambulante en intramurale zorg tot stand te brengen. In de tweede plaats hebben de ggz-instellingen er steeds naar gestreefd om op alle levensgebieden van hun cliënten een zorgaanbod te organiseren, met als argument dat de algemene zorg- en welzijnssectoren het voor hun cliënten in de regel laten afweten.

Deze bewegingen hebben ertoe geleid dat de geestelijke gezondheidszorg zich buiten de somatische gezondheidszorg en de algemene welzijnsvoorzieningen om, heeft ontwikkeld tot een afzonderlijke categoriale zorgsector, waarin grote monopolide regionale organisaties hun cliënten een totaalpakket bieden van behandeling, welzijnszorg en dagbesteding.

Een dergelijke organisatie van de geestelijke gezondheidszorg heeft het voordeel dat de samenhang binnen de ggz-sector is versterkt. De ggz-instellingen zijn er ook in de regel goed in geslaagd om voor hun cliënten een samenhangend zorg- en welzijnspakket te organiseren, hetgeen met name voor de chronische patiënten met problemen op meerdere levensterreinen, een belangrijke verworvenheid is. Het merendeel van de cliënten van de geestelijke gezondheidszorg is echter geen chronisch patiënt en het is naar mijn mening niet aangewezen om de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg uitsluitend te baseren op de zorg voor chronische patiënten. Een verdere ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg als één, op zichzelf staande zorgsector acht ik dan ook niet wenselijk. Met behoud van de positieve ontwikkelingen die bereikt zijn, is een andere aanpak nodig om meer doelmatige en integrale zorg mogelijk te maken. De zorgketen rondom de verschillende cliëntengroepen vraagt immers juist met het oog op de noodzaak van een contextuele benadering van de zorgvraag, meer samenhang met aanpalende zorg- en welzijnssectoren. Ik licht dat kort toe:

- Door de interne gerichtheid van de geestelijke gezondheidszorg is er onvoldoende samenhang ontstaan tussen de geestelijke gezondheidszorg en de somatische gezondheidszorg. Door het gebrek aan samenhang tussen beide zorgsectoren worden lichamelijke en psychische klachten onvoldoende onderkend en in samenhang behandeld, hetgeen leidt tot ondoelmatige en minder effectieve zorg. Een bijkomend punt is dat voor de psychiatrie, indien afgezonderd van de overige medische disciplines, niet het klimaat geboden wordt om zich optimaal als medisch specialisme verder te ontwikkelen.
- De interne gerichtheid van de geestelijke gezondheidszorg heeft er ook toe geleid dat er onvoldoende samenhang is ontstaan tussen de geestelijke gezondheidszorg, de algemene welzijnszorg, maatschappelijke dienstverlening en de openbare gezondheidszorg. Vooral rond de groep mensen die kampen met chronische problemen en zich moeilijk laten helpen omdat ze behandeling weigeren, wordt zichtbaar dat de geestelijke gezondheidszorg niet is ingebed in een netwerk met andere zorg- en welzijnsvoorzieningen dat nodig is om de doorgaans

complexe vragen van deze cliënten en hun omgeving te beantwoorden.

- Onverlet de noodzaak van meer inhoudelijk samenhang, vind ik het geen goede ontwikkeling dat de geestelijke gezondheidszorg steeds meer het exclusieve domein wordt van grote regionale monopolide instellingen. Natuurlijk is voor een deel van de patiënten een goede ketenzorg noodzakelijk, maar de vanzelfsprekendheid waarmee de huidige instellingen door de afwezigheid van een alternatief voor patiënten en zorgverzekeraars, hun budget ontvangen, acht ik geen stimulans voor een doelmatig en innovatief zorgaanbod.
- Tenslotte is door het feit dat de geestelijke gezondheidszorg zich zowel als zorgsector als welzijnssector heeft ontwikkeld, een diffuus verwachtingspatroon omtrent de geestelijke gezondheidszorg ontstaan. De missie van de geestelijke gezondheidszorg is onvoldoende duidelijk en daarmee is ook onvoldoende duidelijk waarop de ggz-instellingen beoordeeld moeten worden als het gaat om een doelmatige en doeltreffende aanwending van de deze instellingen beschikbaar gestelde middelen.

Uitgangspunten voor de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg

Bovenstaande punten leiden tot de conclusie dat er nauwere relaties en een betere samenhang tussen de geestelijke gezondheidszorg en de aanpalende zorg- en welzijnssectoren tot stand gebracht dienen te worden. De verantwoordelijkheid van VWS ligt in het scheppen van voorwaarden om deze veranderingen mogelijk te maken. Doel is een meer doelmatige en effectieve zorgverlening aan mensen met psychische problematiek. Aanpassing van regelgeving, financiering en organisatie van de zorg zijn hierbij instrumenten. Uitgangspunt vormen drie duidelijke inhoudelijke basisprincipes. Ik sluit daarbij zowel aan bij de opvattingen van de commissie als bij het eerdergenoemde advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

1. Geestelijke gezondheidszorg is gezondheidszorg

Kerntaak van de geestelijke gezondheidszorg is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. Geestelijke gezondheidszorg heeft dezelfde missie als de somatische gezondheidszorg: het behandelen van ziekten en het zoveel mogelijk beperken van de schadelijke effecten van die ziekten. Het ligt naar mijn mening ook voor de hand om de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg op dezelfde leest te schoeien als de algemene gezondheidszorg. In belangrijke mate kan de geestelijke gezondheidszorg deel uitmaken van de algemene curatieve gezondheidszorg, waardoor een integraal, kontekstueel en samenhangend zorgaanbod wordt bevorderd. Deze visie wordt ook onderschreven door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. In haar reactie op het rapport van de commissie schrijft deze vereniging dat de huidige inhoudelijke en organisatorische scheiding in de gezondheidszorg tussen lichaam en geest, steeds meer als achterhaald en contraproductief moet worden beschouwd.

2. Getrapte zorg

De groep van mensen met psychische stoornissen is divers. Verreweg het grootste deel heeft enkelvoudige en relatief lichte stoornissen (stressklachten, angststoornissen, milde stemmingsstoornissen). Vaak zijn deze stoornissen verweven met lichamelijke klachten. Omgevingsfactoren als werk, gezin en woonomgeving spelen vaak een rol bij het ontstaan van deze stoornissen, maar kunnen ook van betekenis zijn bij het oplossen van de problemen. Het gaat hier om een grote groep mensen: op jaarbasis heeft zo'n 25 procent van de volwassen Nederlandse bevolking een «detecteerbare» psychische stoornis (3 miljoen mensen). Dit percentage is

vergelijkbaar met de cijfers voor de meeste landen om ons heen¹. Vervolgens is er de groep met ernstige psychische stoornissen. Deze groep telt enkele honderdduizenden mensen met ernstige eenmalige of intermitterende stemmingsstoornissen, psychoses en persoonlijkheidsstoornissen, al dan niet in combinatie met verslavingsproblemen en lichamelijke problemen. Het sociale en maatschappelijk functioneren wordt door deze stoornissen veelal ernstig beperkt. Tenslotte is er de categorie mensen met zware ongeneeslijke psychische stoornissen, vaak in combinatie met drugsmisbruik en verschillende sociale problemen. Ook overlast is bij de aanpak van deze problematiek een belangrijk aandachtspunt. Het gaat in die laatste groep ongeveer om zestigduizend mensen, waarvan er ongeveer vijftienduizend zijn aangewezen op permanente intensieve zorg en ondersteuning, van de geestelijke gezondheidszorg maar vooral ook van gemeente, opvang, welzijnszorg etc.

Ik vind om redenen van doelmatigheid en doeltreffendheid dat die diversiteit in ernst van de stoornissen ook tot uitdrukking moet komen in de wijze waarop het hulpaanbod is georganiseerd. De leidraad dient daarbij «getrapte zorg» te zijn: kortdurende en generalistische behandeling waar dat past en langerdurende en meer gespecialiseerde behandeling, al dan niet in combinatie met begeleiding en/of een beschermende woonomgeving, indien noodzakelijk.

3. Differentiatie in het zorgaanbod.

Mijn derde uitgangspunt is dat er meer variatie in het zorgaanbod mogelijk gemaakt moet worden. Het gaat hier in de eerste plaats om meer diversiteit in aanbieders van geestelijke gezondheidszorg. In de tweede plaats gaat het om nieuwe zorgcombinaties waar naast geestelijke gezondheidszorg ook andere zorgfuncties die relevant zijn voor het beantwoorden van de zorgvraag, deel van uitmaken. Ik vind dat belangrijk zowel vanuit het oogpunt van keuzemogelijkheden voor de cliënt, als vanuit het oogpunt van prikkels voor de zorgaanbieders. Bovendien, en dat blijkt ook duidelijk uit het rapport van de commissie, is het vanwege de diversiteit van de hulpvragen niet mogelijk dat de geestelijke gezondheidszorg alle vragen zelf adequaat beantwoordt.

Een nieuwe positie voor de geestelijke gezondheidszorg

Op grond van bovengenoemde uitgangspunten wil ik de geestelijke gezondheidszorg anders positioneren. Doel is de geïsoleerde positie van de geestelijke gezondheidszorg te doorbreken en betere samenhang aan te brengen in de zorg voor mensen met psychische stoornissen en handicaps. De doelmatigheid en effectiviteit van de zorg wordt hierdoor vergroot. Ik bouw daarbij voort op de brief van 18 mei 2001 (TK 25 424 nr. 32) over de cure en care in de geestelijke gezondheidszorg.

Ik wil deze herpositionering bereiken langs de volgende vier wegen.

- Ik wil een volgende stap zetten in de versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, een beleid dat enige jaren geleden is ingezet. Dit betekent concreet dat de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg onderdeel dient te worden van de algemene eerstelijnszorg. Dit is nodig om somatisering, onnodige medicalisering van psychische problematiek, en onnodig doorverwijzen naar de gespecialiseerde zorg te voorkomen. Ook is dit nodig om te zorgen dat problemen zo vroeg mogelijk worden gesignaleerd waardoor zij beter te behandelen zijn. Dat is beter voor de cliënt, maar ook wenselijk uit een oogpunt van doelmatigheid. Bij motie van dhr Buijs van maart 2002 (TK 27 855 nr. 12) heeft de Tweede Kamer kenbaar gemaakt de eerstelijnspsychologische zorg onder te willen brengen in het tweede compartiment. Ik acht het met het oog op een zorgvuldige afweging tussen deze pakketuitbreiding en de daarvoor benodigde middelen vs.

¹ Zie p. 20 van «zorg van velen» voor een nadere toelichting en referenties.

de beoogde doelmatigheidseffecten (substitutie-effecten), wenselijk de uitvoering van deze motie te bezien bij de overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg naar de standaard zorgverzekering in 2006.

- De curatieve geestelijke gezondheidszorg, inclusief de verslavingszorg, zal per 1-1-2006 wat betreft aansturing en financiering ontschot worden met de somatische gezondheidszorg¹. Per die datum zal de geestelijke gezondheidszorg deel uit gaan maken van de standaard zorgverzekering; de intramurale klinische zorg na één jaar blijft, evenals dat voor lichamelijke ziekten het geval is, in de AWBZ. Deze ontschotting van de zorg voor lichaam en geest maakt de weg vrij voor nieuwe samenwerkingsverbanden en organisatievormen, waarbij de gespecialiseerde ambulante en kortdurende klinische geestelijke gezondheidszorg onderdeel kan worden van een integraal curatief aanbod. Bovendien ontstaan er zo meer prikkels voor aanbieders en meer keuzemogelijkheden voor cliënten. De risicodragende verzekeraar zal een belangrijke regierol vervullen en meer doelmatigheid en transparantie afdwingen.
- Net als voor de ziekenhuizen het geval is, zal voor de naar de standaard zorgverzekering overgehevelde geestelijke gezondheidszorg de DBC-systematiek worden ingevoerd. Invoering van de DBC's in de geestelijke gezondheidszorg is gepland op 1-1-2006. Hierdoor ontstaat een transparante wijze van bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg die het zorgverzekeraars mogelijk maakt om in het contracteerbeleid te selecteren op doelmatigheid van het zorgaanbod. Voor de geestelijke gezondheidszorg in de AWBZ geldt de functiegerichte bekostiging als uitgangspunt en functioneren DBC's als onderhandelingsstaal. In de standaard zorgverzekering worden voor de geestelijke gezondheidszorg DBC's gehanteerd als bekostigingssystematiek.
- Aansluitend op mijn brief van 17 september over de te nemen stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ (26 631 nr. 56), zal bezien worden welke ondersteunende functies die thans door de geestelijke gezondheidszorg worden aangeboden, onderdeel zullen gaan uitmaken van de voorgenomen Wet maatschappelijke zorg. Ik zal de Kamer daarover, in overeenstemming met in genoemde brief gedane toezegging, in het voorjaar van 2004 informeren. Tenslotte overweeg ik de verantwoordelijkheid voor de collectieve ggz-preventie bij de gemeenten te leggen zodat deze taak in nauwere relatie met het lokale gezondheidsbeleid kan worden uitgevoerd. Ik verwijs hiervoor verder naar de U onlangs toegezonden nota «langer gezond Leven».

Deze maatregelen beogen een transparant en gevarieerd aanbod van geestelijke gezondheidszorg te bewerkstelligen dat getrapd van opzet is, voor het curatieve deel in belangrijke mate is geïntegreerd in de algemene curatieve gezondheidszorg en voor de langdurige intramurale zorg onderdeel vormt van de AWBZ. Daarbij berusten de verantwoordelijkheid voor algemene ondersteuningstaken voor mensen met psychische stoornissen bij de lokale overheid. Aldus ontstaat een geestelijke gezondheidszorg die op hoofdlijnen als volgt is georganiseerd.

1. Een sterke *eerstelij*n die onderdeel is van een geïntegreerde algemene eerstelijnszorg en die een doelmatig en passend hulpaanbod levert voor het grootste deel van mensen met psychische stoornissen. Zoals opgemerkt, is het leeuwendeel van de psychische stoornissen enkelvoudig en relatief licht van aard, die zich ook in de vorm van lichamelijke klachten kunnen uiten. Voor zover mensen daarvoor professionele hulp nodig hebben, is kortdurende generalistische behandeling door

¹ De Kamer ontvangt tegelijkertijd met deze brief een brief over de wijze waarop het kabinet uitvoering geeft aan de overheveling van «op genezing gerichte zorg» van de AWBZ naar de standaard zorgverzekering, zoals dit is neergelegd in het Hoofdlijnenakkoord.

de huisarts, maatschappelijk werker of eerstelijnspsycholoog de aangewezen therapie.

2. *De gespecialiseerde ambulante en klinische geestelijke gezondheidszorg.* Deze zorg is voor de behandeling van ernstige stoornissen die vanwege ernst of complexiteit niet in de eerste lijn kunnen worden behandeld en vormt onderdeel van de standaard zorgverzekering. Deze gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is gericht op het genezen dan wel hanteerbaar maken van psychische stoornissen en kan door zowel vrijgevestigde hulpverleners en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg als door algemene ziekenhuizen worden geboden. De huidige regionale ggz-centra (samenwerkingsverband van algemeen ziekenhuis en ggz-instelling) kunnen bij de integratie van de behandeling van somatische en psychische aandoeningen een belangrijke functie vervullen. Maar er zijn ook andere organisatievormen mogelijk, zoals zelfstandige zorgcentra die zich specialiseren op de behandeling van één bepaalde ziekte of een veelvoorkomende combinatie van aandoeningen. Zo is voorstelbaar dat rond de ziekte depressie, een ziekte die wat betreft ziektelast op weg is in Europa de belangrijkste volksziekte te worden, gespecialiseerde klinieken worden opgezet waarin ook de lichamelijke risico's van deze ziekte, waaronder hart- en vaatziekten, goed kunnen worden bewaakt. Gespecialiseerde klinieken voor klinische psychotherapie bij therapieresistente psychiatrische problematiek of klinieken voor gespecialiseerde behandeling van bijzondere patiëntengroepen, zoals patiënten met een strafrechtelijke maatregel (forensische psychiatrie), zijn andere voorbeelden. Gaat het in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg om enkele honderdduizenden patiënten, een deel van hen, om en nabij een zestigduizend in aantal, zijn patiënten die als gevolg van de complexiteit van hun stoornis en de daarmee gepaard gaande sociale en gedragsproblemen langdurig zorg en begeleiding nodig hebben. Cruciaal is dat voor deze mensen, met name voor degenen onder hen die zorgmijders zijn, een goed georganiseerde zorgketen beschikbaar is. Doel is niet genezing en herstel maar het bieden van zorg en begeleiding bij het leren omgaan met beperkingen als gevolg van de stoornis. De geestelijke gezondheidszorg is daarbij de aanbieder van de specialistische zorg die zoveel mogelijk in de thuissituatie wordt geboden, terwijl de lokale overheden de aanbieder zijn van de ondersteunende welzijnsdiensten. Een goed samenhangend netwerk rond deze groep, waar de geestelijke gezondheidszorg inclusief de verslavingszorg nadrukkelijk deel van uitmaakt, alsmede lokale zorg- en welzijnsvoorzieningen als de GGD en de maatschappelijke opvang, is niet alleen cruciaal voor de patiënten zelf maar ook voor het voorkomen en bestrijden van overlast die mensen als gevolg van hun stoornissen kunnen veroorzaken.
3. Is bovenbeschreven zorg erop gericht de patiënten te genezen, dan wel om hen te leren zich met hun handicaps in de samenleving staande te houden, voor een aantal patiënten is een zelfstandig bestaan in de eigen woonomgeving niet weggelegd. Voor hen zijn *beschermende woonvormen* aangewezen waar professionele zorg en begeleiding beschikbaar is. De zorg voor deze «verblijfspatiënten» wordt niet overgeheveld naar de standaard zorgverzekering en blijft onder de AWBZ vallen. Deze zorg kan worden geboden door instellingen die zich specifiek richten op psychiatrische patiënten, maar in de ontschotte AWBZ zullen ook instellingen ontstaan die voor een combinatie van doelgroepen een beschermde en/of beveiligde verblijfsfunctie zullen aanbieden.

Besluit

Ik onderschrijf in belangrijke mate de hoofdlijnen van het advies van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. De hulpvraag van de cliënten met psychische stoornissen kan niet worden beantwoord door een uitsluitend categoriaal georganiseerde geestelijke gezondheidszorg. Wat nodig is, is een ontschotting met de algemene gezondheidszorg, ontschotting met de care, een getrapte organisatie van de zorg, en meer samenhang met welzijnzorg en gemeentelijke diensten. In deze brief geef ik aan welke maatregelen ik daartoe wil nemen: het wegnemen van organisatorische en financiële belemmeringen en het vergroten van de doelmatigheid en transparantie. De wijze waarop de zorg zich vervolgens ontwikkelt richting toenemende integraliteit en samenhang, wordt vervolgens bepaald op regionaal niveau. Evenwel gaat de vanzelfsprekendheid waarmee tot nu toe vrijwel alle zorg rond psychische stoornissen het exclusieve domein is van grote regionale instellingen, tot het verleden behoren. Er ontstaat flexibiliteit om nieuwe zorgvormen te kunnen ontwikkelen en er komen uitdagingen voor nieuwe zorgaanbieders om actief te worden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Dat zal uiteindelijk leiden tot een doelmatiger en doeltreffender zorg en een grotere keuzevrijheid voor de patiënt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst