



branchevereniging van zorgorganisaties  
verpleeghuiszorg | zorg thuis | revalidatie en herstel | jeugd

Aan:

GGZ Nederland  
Mevrouw V. Esman

Nza  
Raad van Bestuur

Ministerie VWS  
Theo van Uum

ZN  
Wout Adema

**Onderwerp** Standpunt ActiZ, NVAVG, Verenso en VGN over toekomst crisisdiensten

**datum**

12 juni 2020

**ons kenmerk**

Geachte mevrouw Esman,

GGZ Nederland heeft een standpunt ingenomen over het toekomstig beleid van de GGZ-crisisdiensten ten aanzien van cliënten die (mogelijk) onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang vallen (brief van 9 april 2020, *Notitie toekomstig beleid crisisdiensten betreffende Wvvgz en Wzd*). ActiZ, NVAVG, Verenso en VGN (hierna de VVT/VG) kunnen zich op belangrijke onderdelen vinden in de zienswijze van GGZ Nederland. Zo opteren VVT/VG ook voor één crisisdienst per regio, en voor goede afspraken tussen GGZ en VVT/VG over crisisopvang en vervolgzorg.

Uitgangspunt is dat cliënten snel, adequaat en efficiënt behandeld kunnen worden. Op een kosteneffectieve, doelmatige en patiëntveilige wijze. Eén crisisdienst per regio waarin de expertise en inzet van de psychiater, de SO en de AVG gebundeld en bekostigd wordt, met voldoende beschikbare bedden, biedt daarvoor de beste mogelijkheden. De door de GGZ bepleite 24/7 beschikbaarheid van SO's en AVG-artsen voor het doen van crisisbeoordelingen achten VVT/VG echter onnodig en uiterst ondoelmatig.

Net als GGZ Nederland willen de VVT/VG graag een goede samenwerking tussen de crisisdiensten en organisaties in de VG, de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging. Een toenemend aantal cliënten binnen deze branches heeft te maken met dubbelproblematiek: de cliënt heeft naast een psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking ook een psychiatrische stoornis. Deze cliënten moeten er van op aan kunnen dat passende en tijdige zorg geboden wordt in nauwe samenwerking tussen de GGZ en de VVT/VG. Vooral het zoeken naar een beschikbare plaats voor een client met een IBS is in de huidige praktijk extreem tijdrovend voor de crisisdiensten. Essentieel daarom dat er voldoende crisisplaatsen beschikbaar zijn, niet alleen in de GGZ, maar ook in de VVT/VG. Voor de VVT/VG gaat het om de beschikbaarheid van plaatsen voor de eerste opvang van cliënten die met een IBS worden opgenomen, en voor voldoende plaatsen voor de vervolgzorg. Idealiter moet een crisisplaats binnen een etmaal beschikbaar zijn. Belangrijk is dat voor deze plaatsen tevens in voldoende mate diagnostiek en behandeling beschikbaar is.

Dat vraagt om een integrale aanpak waarbij de GGZ-crisiszorg ex Zvw en de VVT/VG-crisiszorg ex Wlz in samenhang wordt gecontracteerd door zorgverzekeraars en zorgkantoren. De VVT/VG willen graag samen met de GGZ en de zorgverzekeraars een dergelijke integrale aanpak ontwikkelen.

**in behandeling bij**

Wouter van Soest

**doorkiesnummer**

0850772066

**pagina**

1/2

Bij crisisdiensten in diverse regio's (Rotterdam e.o., Haaglanden en Kennemerland) zijn al goede samenwerkingsafspraken tot stand gekomen tussen GGZ, VVT, en zorgverzekeraars. De VVT/VG vinden dat deze regionale good practices leidend moeten zijn bij de toekomstige inrichting en organisatie van de crisiszorg. Elementen van deze samenwerking zijn: één aanspreekpunt in de VVT en de VG voor de GGZ, de mogelijkheid voor psychiaters van de crisisdiensten om een SO of een AVG te consulteren bij cliënten met dubbelproblematiek en periodiek overleg tussen de verschillende betrokken disciplines over casuïstiek.

GGZ NL vindt dat de SO en de AVG (naast de psychiater) ook de geneeskundige verklaring ten behoeve van de IBS moet verzorgen. Dat vergt een 24/7 beschikbaarheid van SO's en AVG's. Dit standpunt heeft geen juridische basis. De psychiater was binnen de wet Bopz bevoegd om de geneeskundige verklaring ten behoeve van een IBS te verzorgen en is dat binnen de Wzd nog steeds. Het is dus niet nodig om deze taak ook bij de SO of AVG neer te leggen. Inhoudelijk is er op het moment van crisisbeoordeling bovendien vaak niet precies duidelijk wat er exact aan de hand is; in de meeste gevallen is er sprake van dubbelproblematiek met een psychiatrische component. Daarnaast is een 24/7 beschikbaarheid uiterst ondoelmatig. Per crisisdienst gaat het maandelijks om circa 15 cliënten met een psychogeriatrisch stoornis die langs de weg van een IBS verplicht moet worden opgenomen. Voor cliënten met een verstandelijke beperking gaat het om nog veel kleinere aantallen. Voor gemiddeld één beoordeling in 48 uur zouden dagelijks meer dan drie SO's beschikbaar moeten zijn, en moet worden geïnvesteerd in training en scholing en in ICT (het verplichte, behoorlijk kostbare Khonraad-systeem). Met gemeenschapsgeld twee disciplines in acute diensten organiseren is erg ondoelmatig.

Het verzorgen van geneeskundige verklaringen ten behoeve van de IBS moet onderscheiden worden van de Rechterlijke Machtigingen (RM). Bij een RM kunnen naast psychiaters, ook specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten hun deel uitvoeren. Randvoorwaarden om dit mogelijk te maken zijn in elk geval bekostiging van de RM en een mogelijk opleidingsbudget voor artsen die deze ervaring nog niet hebben. Ook is het van belang dat huisartsen gaan werken via een standaard format (waarin ook staat opgenomen of alle alternatieven om gedwongen opname te voorkomen zijn onderzocht) en bij voorkeur via een centraal aanmeldpunt in de regio.

Op dit moment wordt een betaaltitel door de NZa ontwikkeld voor de verklaringen van de SO en de AVG in de aanvraagprocedure voor de RM; onduidelijk is of de betaaltitel al voor 2021 gereed is. ActiZ, NVAVG, Verenso en VGN roepen de GGZ-organisaties op om deze verklaringen in afwachting van deze betaaltitel te blijven verzorgen.

Ten behoeve van een goede organisatie van de crisiszorg treden ActiZ, NVAVG, Verenso en VGN graag verder in overleg met GGZ Nederland, het ministerie van VWS en de zorgkantoren en zorgverzekeraars.

Met vriendelijke groet,



Wouter van Soest,  
ActiZ.



Nanda Hauet,  
Verenso.



Frank Bluiminck,  
VGN.



Matijn Coret,  
NVAVG.