

Vergaderjaar 2005–2006

30 131

Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)

Nr. 67

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 januari 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij gevraagd (VWS-05-1526) in te gaan op een brief van GGD Nederland en GGZ Nederland over de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) in de Wmo van 17 november 2005.

GGD Nederland en GGZ Nederland spreken hun zorg uit over de effecten van de overheveling van de OGGz naar de Wmo voor de doelen en doelgroepen van de OGGz. Deze zorg is mede gebaseerd op de ervaringen in Zweden met een vergelijkbare operatie. Beide organisaties vrezen dat de zorg en opvang van kwetsbare mensen eerder verslechteren dan verbeteren.

Ik deel deze zorgen niet. Ik zal kort uiteenzetten waarom ik besloten heb de OGGz bij de voorgenomen Wmo onder te brengen. Daarna ga ik in op de punten van GGD Nederland en GGZ Nederland.

Bij de OGGz gaat het om het opsporen van, bereiken van en hulp bieden aan mensen met problemen op meerdere terreinen (zoals schulden, verslaving en of psychische/psychiatrische problemen, sociaal isolement, vervuiling, werkloosheid). Veel van deze mensen komen ook (al dan niet tijdelijk) terecht bij de maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Er is dus sprake van een grote mate van overlap tussen de doelgroepen voor de OGGz en voor de maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Verder is het zo dat voor de problemen van deze mensen niet één oplossing voorhanden is. Deze problemen vragen om een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen, welzijn én andere terreinen. De overlap in doelgroep en de noodzaak van een samenhangend lokaal beleid vragen om één duidelijk wettelijk kader. Daarom heeft de regering besloten om de OGGz van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) over te brengen naar de voorgenomen Wmo, waarin ook al de maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid zijn opgenomen¹.

¹ Kamerstukken II, 2004–2005, 29 325, nr. 2, Kamerstukken II, 2004–2005, 30 131, nr. 2 en nr. 3 en Kamerstukken II, 2005–2006, 30 131, nr. 29.

Een samenhangend lokaal beleid vraagt om een sterke regie van de gemeenten. In dat kader heeft het kabinet in het plan van aanpak verloedering en overlast 2005–2007 besloten om de AWBZ-middelen voor de OGGz over te hevelen naar de gemeenten. Per 1 januari 2007 zal ik € 54,1 mln. uit de AWBZ toevoegen aan de doeluitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. Daaraan wordt ook het bedrag van de AFBZ-subsidieregeling OGGz, te weten ong. € 6,5 mln., toegevoegd¹. Deze middelen zijn bedoeld voor de activiteiten op het gebied van toeleiding naar de zorg.

GGD Nederland en GGZ Nederland menen dat er geen landelijk dekkend aanbod tot stand komt, als individuele gemeenten verantwoordelijk worden voor de OGGz. Ook vrezen zij dat de onderlinge afstemming tussen gemeenten verslechtert.

Ik ben het daar niet mee eens. Ook nu al zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het bevorderen van de OGGz. Dit verandert niet, als de OGGz van de Wcpv naar de voorgenomen Wmo gaat. De regierol van de gemeenten wordt daarmee juist versterkt. Verder is bij de overheveling van de AWBZ-middelen naar de doeluitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid de voorwaarde gehandhaafd dat de centrumgemeenten over de besteding van de specifieke uitkeringen overleggen met de omliggende gemeenten. Daarnaast krijgen alle gemeenten voor de uitvoering van de Wcpv middelen uit het Gemeentefonds, dus ook voor de uitvoering van de OGGz. Dit blijft zo. Een landelijk dekkend stelsel blijft dan ook gehandhaafd en de afstemming tussen gemeenten is geregeld.

Wel ga ik de samenwerking binnen en tussen gemeenten versterken en verbeteren. In het kader van de Wmo-gereedheidskist wordt op dit moment een handreiking OGGz voor de gemeenten opgesteld. Deze handreiking is naar verwachting eind februari 2006 gereed. In overleg met de VNG zal ik nagaan welke verdere ondersteuning aangereikt kan worden, bijvoorbeeld waar het gaat om de samenwerking tussen centrumgemeenten en omliggende gemeenten.

GGD Nederland en GGZ Nederland brengen naar voren dat het zorgperspectief een minder centrale plaats zal krijgen, nu de AWBZ-middelen voor de OGGz naar de doeluitkering maatschappelijke opvang worden overgeheveld. Zij geven aan dat in de maatschappelijke opvang nu al onderdiagnostisering plaatsvindt, waardoor mensen in deze opvang van psychiatrische zorg verstoken blijven.

Naar mijn mening vatten zij het zorgperspectief te smal op en lijken dit te beperken tot psychiatrische zorg, terwijl de OGGz-doelgroep zich kenmerkt door multiproblematiek. Daarvoor is een integrale aanpak nodig. De overheveling van de OGGz naar de Wmo maakt dit mogelijk. De door GGD Nederland en GGZ Nederland gesignaleerde onderdiagnostisering doet geen recht aan de ontwikkelingen van de afgelopen periode. Dankzij de modernisering van de AWBZ is de toegang tot de AWBZ voor cliënten uit de maatschappelijke opvang sterk verbeterd. Voor instellingen op dit terrein was in 2005 ruim € 70 mln. uit de AWBZ-middelen beschikbaar. Dit heeft geleid tot een substantiële uitbreiding van het aantal plaatsen begeleid wonen en meerzorgplaatsen in de maatschappelijke opvang. Daarmee is de zorg voor cliënten met zware psychische en verslavingsproblemen verbeterd².

In hun brief refereren GGD Nederland en GGZ Nederland aan de ervaringen in Zweden. Bij navraag blijkt het te gaan om de uitkomsten uit een onderzoek van het SCP met als titel «Zo gewoon mogelijk» (Den Haag, november 2001). Dit onderzoek gaat over de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij ook gekeken is naar ervaringen in onder andere Zweden. In dit land zijn de categorale psychiatrische ziekenhuizen die eerst onder de verantwoordelijkheid van de nationale overheid

¹ Kamerstukken II, 2004–2005, 29 325, nr. 2 en Kamerstukken II, 2005–2006, 29 325, nr. 7.

² Kamerstukken II, 2005–2006, 29 325, nr. 7.

vielen, naar de provincies overgebracht. Verder is het accent verlegd van intramurale naar ambulante psychiatrische zorg. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor het instandhouden van een reeks voorzieningen voor mensen die niet (volledig) in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven en aan de samenleving deel te nemen. In eerste instantie werden daarbij psychiatrische patiënten niet expliciet tot de doelgroep gerekend, later is dit bijgesteld. Conclusie uit genoemd onderzoek is dat de overdracht van de meer sociaal-psychiatrische taken van de gespecialiseerde GGz naar de lokale overheden niet altijd heeft bijgedragen aan de verbetering van de samenwerking tussen de GGz en de lokale overheden. De GGz lijkt zich na de overdracht inhoudelijk terug te trekken.

Niet alleen is de situatie in Zweden anders dan in Nederland. Het gaat ook om andere ontwikkelingen dan nu bij de OGGz het geval. OGGz is geen nieuwe taak voor gemeenten. Daarnaast gaat het bij de overheveling van de AWBZ-middelen voor de OGGz naar centrumgemeenten om de financiering van activiteiten op het gebied van de toeleiding naar de zorg – signaleren, opsporen, contact leggen én contact houden, het toeleiden zelf én ongevraagde nazorg. Gelet op de gekozen verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Wmo, Zvw en AWBZ horen deze activiteiten niet thuis in de AWBZ of Zvw. Er is dus geen sprake van vermaatschappelijking van de GGz. Ook worden er geen sociaal-psychiatrische taken van de gespecialiseerde GGz naar de gemeenten overgedragen.

GGD Nederland en GGZ Nederland tonen zich betrokken bij het onderwerp en de doelgroep waar het om gaat. Maar dit lijkt ook te leiden tot een zekere scepsis over de gemeenten. Zij vragen zich af of gemeenten de OGGz-doelgroep voldoende kennen. Ik vertrouw erop dat de gemeenten burgers en cliëntenorganisaties, dus ook de OGGz-doelgroep, gaan betrekken bij hun plannen voor de Wmo. Als extra waarborg heb ik in 2006 en 2007 € 10 miljoen uitgetrokken om de stem van de lokale belangen- en cliëntenorganisaties te versterken. De helft van dit geld is gereserveerd voor cliëntenorganisaties van de geestelijke gezondheidszorg. Op deze manier wil ik bevorderen dat de stem van GGz-cliënten goed wordt gehoord.

Tot slot. Het heeft mij verbaasd dat uit de brief van GGD Nederland en GGZ Nederland geen enkele betrokkenheid van de VNG blijkt. Ik heb GGD Nederland daarom verzocht eerst met de VNG af te stemmen voordat verder overleg zal plaatsvinden. Ik zal een afschrift van onderhavige brief aan zowel de VNG als GGD Nederland en GGZ Nederland toesturen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp