

## Vragen van het statenlid G. van Unen (SP) ingevolge artikel 44 reglement van orde

### AANHANGSEL

tot de notulen van de provinciale staten van Zeeland 2017 nummer 141.

#### Vragen ingevolge artikel 44 van het reglement van orde inzake Monitoring door de commissie Toekomstige Zorg Zeeland van de effecten van de sluiting van de PAAZ-afdelingen in Vlissingen en Terneuzen voor de GGZ in Zeeland

#### Antwoorden van gedeputeerde staten:

(ingekomen 5 januari 2017)

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Emergis, dat in Zeeland vrijwel het monopolie heeft in de belangrijkste GGZ-disciplines, meldde sinds de sluiting van de PAAZ-afdelingen enkele malen opnamestops en groei van soms toch al lange wachtlijsten, terwijl de intensieve zorg aan huis in grote delen van Zeeland niet op orde was. Een lid van de Raad van Bestuur van Emergis schreef dit op 12 mei j.j. bij Omroep Zeeland voor een belangrijk deel toe aan de sluiting van PAAZ, en vervolgde dat dit 'grote gevolgen' heeft voor cliënten en personeel. Hoe is dit te rijmen met het recent besluit van de CTZZ om een persbericht uit te brengen met louter de teneur dat de sluiting van de PAAZ niet tot 'excessen' of 'bijzondere incidenten' heeft geleid, voorbijgaand aan andere gevolgen die leidden tot 'grote' nadelen voor cliënten en personeel?</p> <p>2. Eén van de doelstellingen van CTZZ is het betrachten van transparantie en 'zorgvuldige communicatie'. Is uw College met de SP van mening dat de inhoud van bovengenoemd persbericht niet strookt met deze doelstelling, te meer daar media als de PZC op basis van dit persbericht meldden: 'Geen gevolgen sluiting PAAZ in Vlissingen en Terneuzen'?</p> <p>3. De CTZZ baseert het persbericht op een tot op heden vertrouwelijk gehouden tussenrapportage van een monitoringscommissie die is ingesteld door de CTZZ-stuurgroep GGZ. Het persbericht gaat alleen in op de reistijdenkwestie. Het rept niet over de omstan-</p> | <p>1. Navraag over deze situatie leert dat het betreffende lid van de Raad van Bestuur refereerde aan het sluiten van PAAZ bedden van het ADRZ (10 van de in totaal 20) voordat boven de Westerschelde in voldoende mate Intensive Home Treatment (IHT) georganiseerd was. Dit was een van de belangrijke aanleidingen -naast een ongelukkige piek in de zomervakantie- voor de tijdelijke stop van reguliere opnames. Bevestigd wordt dat het sluiten van de beide PAAZ-afdelingen (van ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen en het ADRZ) zonder echte incidenten is verlopen, zoals ook de Commissie Monitoring concludeert. Deze Commissie werd –vanwege de onrust over de sluiting van beide afdelingen op Walcheren en in Zeeuws-Vlaanderen- ingesteld door de Commissie Toekomstige Zorg Zeeland (CTZZ) om de gevolgen van dit besluit en het centraliseren van de klinische zorg in Goes, na te gaan.</p> <p>2. Zorgvuldige communicatie is uiteraard van groot belang bij dergelijke veranderingsprocessen. Veranderingen in het zorgaanbod brengen altijd gevolgen met zich mee. Vanuit de CTZZ is gecommuniceerd dat zich geen excessen na sluiting van de PAAZ-afdelingen in Vlissingen en Terneuzen hebben voorgedaan. Daarbij werd ook opgemerkt dat moeilijk de directe gevolgen van de sluiting en verplaatsing van de PAAZ gemeten kunnen worden, omdat er meerdere veranderingen in deze sector in de loop van de meetperiode hebben plaatsgevonden.</p> <p>3. Nee. Allereerst merken wij op dat de onafhankelijke Commissie Monitoring ingesteld is door de CTZZ en niet door de Stuurgroep GGZ. Zoals uit ons antwoord op vraag 1 blijkt is binnen deze Commissie Monitoring gezocht naar een antwoord op de vraag welke gevolgen de sluiting en</p> |
|---|---|

digheid dat de sluiting van de PAAZ heeft geleid tot vermindering van opnamecapaciteit. Heeft de monitoringscommissie, in relatie tot de sluiting van de PAAZ, behalve de reistijdenkwestie ook de andere relevante aspecten onderzocht die invloed kunnen hebben op de kwaliteit van de GGZ, zoals opnamestops, langere wachttijden, beddenreductie en ontbreken van adequate zorg aan huis? Zo ja, welke aspecten zijn dit, hoe is dit onderzocht en wat zijn daarvan de uitkomsten?

4. Landelijk is recentelijk door zorgwetenschappers, zorgprofessionals en politie bij herhaling alarm geslagen over dramatische verslechtingen in de GGZ, onder meer als gevolg van beddenreductie, steeds langere wachttijden en ernstige onderbezetting van personeel, zowel wat betreft GGZ-specialismen als maatschappelijke zorg. Volgens hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheid aan de Erasmus Universiteit, Niels Milder (als psychiater tevens werkzaam bij een Fact-team) is hierdoor inmiddels steeds meer sprake van 'incidentzorg'. ("we helpen eerst de mensen die er het ernstigst aan toe zijn. Maar daarvoor moeten we de zorg aan de mensen waar de crisis nog te voorkomen is laten liggen. Terwijl we natuurlijk als taak hebben te voorkomen dat die mensen in crisis raken. We hollen zo dus steeds achter de feiten aan"). Is Zeeland van deze problematiek verschoond gebleven? Zo nee, is dan inmiddels door de CTZZ onderzocht wat de effecten daarvan zijn op de kwaliteit van de (ambulante) GGZ-zorg, met name wat betreft de nadelige gevolgen voor cliënten en de werkdruk onder personeel, alsook het nog op de arbeidsmarkt beschikbaar zijn van voldoende gekwalificeerde psychiaters en verpleegkundigen?
5. Aangekondigd is steeds dat beddenreductie, zoals door sluiting van de PAAZ, wordt gecompenseerd door de oprichting van zogenaamde IHT-teams voor intensieve zorg aan huis. Nog niet in alle gemeenten blijkt dit te zijn gebeurd. In welke gemeente is er momenteel sprake van IHT-inzet? Voor gemeenten waarvoor dit niet geldt: hoe en wanneer wordt daar dan wel invulling aan gegeven? Voor de gemeenten waarvoor momenteel wel IHT-inzet plaatsvindt: vanuit welke vestigingen opereren deze teams, hoe zijn deze teams samengesteld zowel wat betreft bemensing (fte's) als in

verplaatsing van de PAAZ-afdelingen met zich brengen. De gevolgen van de afname van de opnamecapaciteit bleven daarbij buiten beschouwing. M.a.w. er is niet gekeken naar de gevolgen van de beddenreductie, omdat dat niet tot haar opdracht behoorde. Inmiddels kan gemeld worden dat de IHT-capaciteit steeds meer op orde komt. Zeeland onderscheidt zich in dat opzicht noch in positieve noch in negatieve zin van de rest van het land.

4. Het beschikken over voldoende arbeidskrachten is een zaak die de zorgsector bij voortduur bezighoudt en momenteel ook weer actueel is. Deze problematiek beperkt zich niet alleen tot de GGZ sector. Het aantrekken van hoger opgeleid personeel is al vele jaren een groot probleem in Zeeland, vergeleken met de rest van het land. Overigens is de CTZZ niet in het leven geroepen om ontwikkelingen zoals deze, die dus niet specifiek Zeeuws zijn, te onderzoeken. Dat ligt buiten het gezichtsveld van de Commissie en betreft in feite ook een veel groter probleem dan alleen de GGZ.
5. Momenteel wordt druk gewerkt om alle gemeenten van IHT zorg te voorzien. De intensieve zorg thuis is in Zeeuws Vlaanderen volledig operationeel. Boven de Westerschelde is dat nog niet het geval. Daar is één team operationeel, terwijl het tweede team wordt opgestart. IHT werkt (en dat is conform de landelijke uitgangspunten) op werkdagen tot 22.00 uur en in het weekend op afspraak. Daarbuiten wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd door de crisisdienst. Daarbij wordt qua bezetting (kwantitatief en kwalitatief) uitgegaan van de normen, zoals die landelijk zijn vastgesteld.

specialismen en werkuren?

En waarborgen deze teams iedere dag gedurende 24 uur IHT-zorg binnen de gehele gemeente waar zij werkzaam zijn?

6. In Zeeland wordt al wel een aantal jaren GGZ-zorg geboden aan thuiswonenden en daklozen door zogenaamde Fact-teams. Deze teams hebben een bijzonder hoge werkdruk, zijn veelal onderbezet en veelal slechts actief tijdens kantooruren. Wat is de relatie, c.q. wat zijn in de werkpraktijk de verschillen tussen IHT teams en de reeds langer bestaande Fact teams? En hoe vindt afstemming van taken en werkzaamheden plaats?
6. FACT (Flexible Assertive Community Treatment) teams werken binnen kantoor-tijden voor patiënten met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA). Hier liggen ook sterke verbanden met het sociaal domein. Immers, cliënten in de EPA-doelgroep hebben vaak hulpvragen op meerdere levensdomeinen. Daarnaast zijn dit vaak crisisgevoelige cliënten, waarbij door middel van FACT de zorg snel op- en afgeschaald kan worden. Het is juist dat de druk op deze teams toeneemt (overigens wederom een landelijk verschijnsel). Indien de zorgintensiteit van dien aard is dat een FACT team deze zorg niet kan leveren, kan IHT worden ingezet om of een klinische opname te voorkomen, of een klinische opname te verkorten. Dit, doordat men in de thuissituatie de zorg ontvangt die nodig is om uiteindelijk weer in de eigen omgeving te kunnen functioneren. IHT-teams leveren intensievere zorg, maar wel (in tegenstelling tot de FACT teams) van tijdelijke aard, namelijk maximaal 6 weken. IHT teams werken in dezelfde regio's als FACT teams en vallen daarmee onder dezelfde organisatorische aansturing.
7. In de media verschijnen met enige regelmaat berichten over een toenemende druk op de nachtopvang voor Zeeuwse daklozen, waardoor ook na enige uitbreiding van capaciteit aan cliënten steeds vaker de deur moet worden gewezen. In hoeverre vindt vanuit de CTZZ-organen onderzoek plaats naar een mogelijk verband met beddenreductie in klinieken, langere wachttijden en een gemis aan voldoende adequate ambulante GGZ-zorg?
7. Bij de beantwoording van deze vraag dient op voorhand voorzichtig te worden omgegaan met de constatering dat daklozen en psychiatrie altijd met elkaar verbonden zijn. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre hiertussen een link bestaat. Vanuit de CTZZ vindt dit onderzoek –waar in de vraag naar geïnformeerd wordt- niet plaats. Mogelijk dat binnen de Stuurgroep GGZ het vraagstuk van GGZ voor daklozen, alsmede de aanpak rond personen met verward gedrag nog eens voor het voetlicht kan worden gehaald, voor zover dat nog niet is gebeurd. Wel hebben wij de indruk dat het aantal plaatsen voor daklozen de laatste jaren als gevolg van teruglopende financiering ook in Zeeland is afgenomen.
8. Blijkens eerder genoemd persbericht van de CTZZ deed de monitoringscommissie 'onder andere navraag bij huisartsen, Emergis en ADRZ en is een bijeenkomst georganiseerd voor alle direct betrokkenen, waaronder actiegroepen'. Op welke wijze is er publiciteit gegeven aan deze bijeenkomst (met name richting cliënten, mantelzorgers en/of anderszins betrokkenen bij de GGZ)? In hoeverre is ook substantieel navraag gedaan bij
8. Er is vanuit de Commissie Monitoring op 20 april 2016 een stakeholders bijeenkomst georganiseerd. Daarvoor zijn diverse belanghebbenden aangeschreven, zoals vertegenwoordigers van Cliëntenraden, gemeenten, huisartsen, maatschappelijk werk, actiegroep ZAAP, Politie Zeeland, zorginstellingen, GGZ-organisaties, Leger des Heils etc. Met enkelen zijn extra aparte gesprekken gevoerd. Tijdens de bijeenkomst is het verzoek meegegeven contact op te nemen met de Commissie Monitoring

de politie Zeeland en bij GGZ-personeel c.q. de mensen op de 'werkvloer'? Zo ja, wat was de aard en omvang van deze consultatie? Bij welke actiegroepen is navraag gedaan en wat was de aard en frequentie van die consultatie? en hoe is publiciteit gegeven aan deze bijeenkomst?

9. Door decentralisaties, o.a. WMO/ Participatiewet/WABZ, is de zorg en begeleiding van GGZ-cliënten voor een deel een verantwoordelijkheid geworden van gemeenten, met name wat betreft zaken als de maatschappelijke zorg, beschermd wonen en participatie, waaronder (re)integratie, toeleiding naar scholing en of werk, deelname aan maatschappelijke activiteiten, schuldhulpverlening enz. Daarbij is niet altijd sprake van goede afstemming met Emergis. Zo startten de gebiedsteams van het intergemeentelijk samenwerkingsproject 'Walcheren voor Elkaar' zonder deelname van Emergis. Is dit nog steeds zo? Zo ja, wat is hiervan de reden en kan dit leiden tot hiaten c.q. overlappingsen, vertragingen of communicatieproblemen in de zorg?

bij vragen of andere zaken die met de verplaatsing van de PAAZ te maken hadden/hebben, teneinde een zo goed mogelijk beeld te krijgen. Er hebben meerdere contacten plaatsgevonden met de politie, ook buiten de bijeenkomst om.

9. Wij hebben begrepen dat op Walcheren voor problemen waarbij sprake is van een midden of hoog risico, met gebiedsteams wordt gewerkt. Deze teams zijn opgezet vanuit de drie Walcherse gemeenten en zijn voor zover ons bekend gerelateerd aan Porthos, de Walcherse uitvoeringsorganisatie voor vragen op het gebied van zorg en ondersteuning. Waarom Emergis daar niet in zou participeren, is een keuze van de gemeentebesturen, waar wij buiten staan. Indien er psychiatrische problematiek aan de orde is waar specifieke kennis of expertise van andere professionals voor nodig is dan in de gebiedsteams aanwezig is, nemen wij aan dat daar een beroep op wordt gedaan.

MIDDELBURG, 17 januari 2017

Namens de fractie van SP,

G. van Unen

Gedeputeerde Staten,

Drs. J.M.M. Polman  
A.W. Smit