

Vergaderjaar 2020–2021

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 583

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 maart 2021

Met deze brief informeer ik uw Kamer over diverse onderwerpen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Graag deel ik de monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz van het Trimbos instituut met u. Daarnaast informeer ik u over het nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz dat door Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) is vastgesteld¹. Tenslotte ga ik in op enkele moties.

Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz

Hierbij doe ik u de «Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ» toekomen die mij dit jaar voor de zesde en laatste keer in deze vorm door het Trimbos-instituut is aangeboden². De monitor volgt het ingezette beleid rond ambulantisering, waarbij wordt gekeken naar ontwikkelingen op het procesniveau enerzijds, en naar uitkomsten zoals die ervaren worden door patiënten anderzijds.

Achtergrond

Het Bestuurlijk Akkoord Toekomst ggz 2013–2014 (Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 183) stelde een aantal doelen met betrekking tot ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz. De monitor is ontstaan uit de wens de voortgang op deze doelen te volgen.

Het Trimbos instituut maakt ten behoeve van de monitor gebruik van verschillende bronnen. Voor ontwikkelingen op het procesniveau wordt jaarlijks een uitvraag gedaan naar capaciteit en zorggebruik van ggz-instellingen (inclusief beschermd wonen) en wordt een analyse uitgevoerd op secundaire bronnen met betrekking tot uitgaven en capaciteitsontwikkelingen. Deze bronnen rapporteren over 2019 (de uitvraag) en 2018–2019 (secundaire bronnen). Voor uitkomsten is gekeken

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

naar de resultaten van het panel Psychisch Gezien (met ongeveer 1.400 deelnemers) over de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg. Deze uitkomsten zijn verkregen over het jaar 2020. Hieronder ga ik op de belangrijkste en meest opvallende bevindingen uit de monitor in.

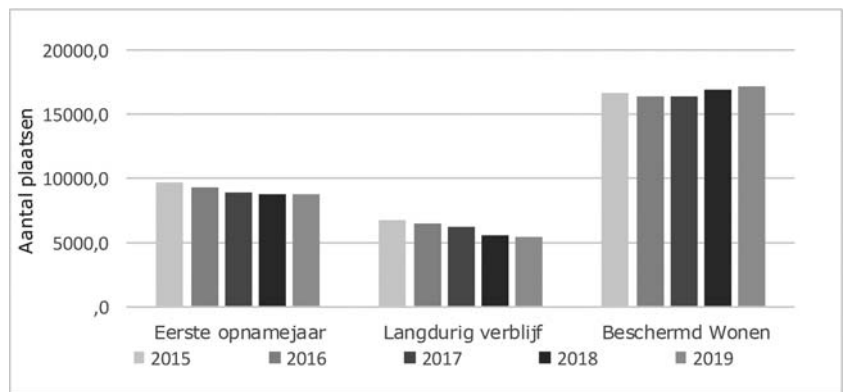
Bevindingen van de monitor

De uitkomsten van het panel (2020) tonen aan dat de coronacrisis soms voor verslechtering van de mentale gesteldheid, maar soms ook juist voor een verbetering van de mentale gesteldheid voor mensen met psychische aandoeningen zorgt. Het algemeen welzijn van de panelleden daalde in 2020 iets, maar ligt nog steeds hoger dan dat in 2015. In 2020 voelde een significant lager percentage mensen zich bovendien op één of andere manier gediscrimineerd of achtergesteld vanwege psychische problemen (van 28% in 2019 naar 20% in 2020). Hoewel de hoeveelheid professionele zorg en ondersteuning daalde in 2020, is het percentage panelleden dat aan heeft gegeven voldoende zorg en ondersteuning te krijgen hoger dan ooit (81% in 2020). De cijfers laten verder een forse terugval in het aantal lopende behandelingen en opnamedagen zien. Wat naar voren komt uit het panel is dat er – ondanks een lichte stijging in het aantal zelfstandig wonenden – geen toename is in het gevoel mee te tellen in de maatschappij. Ook is er geen afname in het gevoel van eenzaamheid gemeten. Dit suggereert dat voor het gevoel van inclusie meer nodig is dan zelfstandig wonen op zich.

Tenslotte is er een substantiële daling te zien in het absolute aantal crisiscontacten en het aantal mensen dat aangaf crisiszorg nodig te hebben gehad zonder dat te krijgen (10% in voorgaande jaren, nu 4%).

Met betrekking tot de klinische capaciteit, was tussen 2015 en 2019 een totale afname te zien van 14% (zie figuur 1). In 2019 was deze afname met 1% gering. Bij beschermd wonen is er juist sprake van een tegengestelde tendens, hier steeg de capaciteit met 4% tussen 2015 en 2019. De gemiddelde opnameduur lijkt in 2019 iets langer dan de voorgaande jaren. Wat voor 2019 verder opviel was de toename van het aandeel intensieve zorg bij klinisch verblijf die zich doorzet, een relatief hoog percentage van klinisch verblijf met een gesloten karakter en een stijging in het aantal dwangtoepassingen ten opzichte van vorige jaren.

Figuur 1: Capaciteitsontwikkeling 2008–2019 (bron: Trimbos instituut)



Trimbos benoemt enkele signalen die erop kunnen duiden dat het ambulantiseringproces niet verloopt zoals gewenst en nadere aandacht vereist. Met betrekking tot Zorgverzekeringswet-gefinancierde specialisme ambulante ggz, is een lichte stijging van het aantal cliënten te zien tussen 2015 en 2019 (11%). Er is tegelijkertijd echter een veel forsere stijging te zien van het totaal aantal cliënten dat een beroep doet op de

ggz (van 1,20 miljoen naar 1,35 miljoen). Deze stijging blijkt met name te verklaren door het toenemend aantal cliënten bij de POH-ggz. Dat de POH-ggz, maar ook de basis ggz, een sterke groei doormaakt is ook te zien in hun aandeel in de zorguitgaven: dit groeide van 7,9% in 2015 naar 9,2% in 2019. Er lijkt zich een kostenverschuiving voor te doen van de zwaardere, intramurale ggz (verblijf) naar de lichtere, ambulante ggz (POH-ggz, basis ggz). Verder valt op dat intensivering van ambulante zorg achterblijft voor groepen die van oudsher het meest gebruik maakten van de klinische voorzieningen (met name psychotische aandoeningen).

Reactie

De ambulantisering heeft als doel de kwaliteit van leven te verbeteren door de zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk in de eigen omgeving te laten plaatsvinden, met zoveel mogelijk ruimte voor eigen regie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De zorg en ondersteuning moeten zoveel mogelijk integraal worden aangeboden en aansluiten bij de behoefte van de cliënt en zijn/haar omstandigheden. Wanneer we kijken naar de vertaling van het gedachtegoed van ambulantisering naar de praktijk, is er ruimte voor voorzichtig optimisme. Er is enige vooruitgang te zien in de waardering die de inzet van de hulp en zorgverleners krijgt van cliënten en ook het algemeen welzijn ligt hoger dan het was in 2015. Tegelijkertijd trek ik uit de bevindingen van het panel de conclusie dat er nog steeds grote stappen gezet moeten worden, bijvoorbeeld in het tegengaan van eenzaamheid onder mensen met ernstige psychische problemen en het betrekken van deze groep mensen bij de maatschappij. Ik blijf me hier onverminderd voor inzetten met onder andere de campagne «Hey, het is oké», die dit jaar verbreed is naar alle psychische aandoeningen en ondersteun het verspreiden van kennis en ervaringsverhalen breed in de samenleving (Samen Sterk zonder Stigma).

De opbouw van de ambulante ggz blijft wat mij betreft nog te veel achter. Om hier in het gemeentelijke domein meer mee te kunnen doen heeft het kabinet in 2019 besloten de gemeenten extra middelen ter beschikking te stellen, oplopend van € 50 miljoen in 2019 naar € 95 miljoen in 2022 (daarna structureel).

De uitkomsten van de monitor laten een beweging zien van de specialistische ggz naar eerstelijns (POH-ggz) en basis ggz. Op zichzelf lijkt dat een goede ontwikkeling, al lijkt het een zorgelijk beeld dat het aandeel van ambulante specialistische zorg binnen de ggz in de afgelopen jaren is afgenomen. Dat is met name van belang voor de groepen met een zwaardere, meer complexe zorgvraag. Hier is verdere aandacht voor nodig. Ik zal dit onderwerp daarom nadrukkelijk bespreken met de veldpartijen.

Ik ben verheugd dat we met de recente aanpassing van de risicoverevening voor zorgverzekeraars voor hoogcomplexere zorg en de invoer van de nieuwe bekostiging stappen zetten in de juiste richting. Hiermee wordt een door Trimbos aangedragen mogelijke oorzaak voor deze «scheve ontwikkeling»- de wijze van bekostiging die het ontmoedigt mensen met complexe problematiek te behandelen – aangepakt. De feitelijke vergoeding voor complexe zorg wordt uiteindelijk bepaald in de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het is daarom van groot belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders daarbij op een effectieve manier gebruik maken van de (nieuw) geboden mogelijkheden. De NZa en ik zullen partijen hierop blijven aanspreken. De samenwerking tussen de verschillende domeinen is onontbeerlijk om integrale zorg en ondersteuning te realiseren. De inzet vanuit het sociale domein is in de cijfers helaas nog onderbelicht. Ik ben samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aan de slag om de inzet

beter in beeld te brengen. De opzet van een nieuwe monitor zal in de loop van dit jaar beschikbaar zijn.

Motie Van den Berg inzake opbouw ambulante en klinische zorg

Op 24 november 2020 is de motie van Kamerlid Van den Berg aangenomen³ die ertoe strekt om de opbouw van de ambulante en klinische zorg en ondersteuning kritisch te volgen en te monitoren, de uitkomst van de Monitor Ambulantisering van het Trimbos-instituut als een nulmeting te beschouwen, de Kamer jaarlijks te informeren over de ontwikkeling en met zorgaanbieders, -verzekeraars, gemeenten en anderen in gesprek te gaan over het belang van een voorlopige rem op de verdere afbouw van klinische bedden in de ggz.

Met deze brief heb ik uw Kamer de monitor Ambulantisering aangeboden. Ik zal de opbouw van ambulante en klinische zorg en ondersteuning blijven volgen en ik zal uw Kamer hier vanzelfsprekend over blijven informeren, waarmee ik invulling geef aan het eerste deel van de motie. Met u ben ik van opvatting dat het accent en nadruk niet langer moet liggen op de afbouw van de klinische bedden. Er is een zekere ruimte en beschikbaarheid van voldoende bedden nodig om te kunnen doen wat in sommige gevallen nodig is. Dit onderwerp neem ik mee in de visie zorglandschap ggz en bespreek ik met de sector, waarmee ik tegemoet kom aan het tweede deel van de motie.

Nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz

Op 16 december jl. heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) bekend gemaakt dat het nieuwe Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz is vastgesteld en is opgenomen in het Register. De aan het Zorginstituut verbonden Kwaliteitsraad heeft ruimschoots gelegenheid genomen om commentaar en suggesties van de ggz-sector in te winnen. Die opbrengst is gewogen en door de Kwaliteitsraad tot het nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz gebracht. Het nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz bevat belangrijke keuzes die de ggz-sector verder helpen bij het leveren van goede zorg. Hieronder ga ik in op de inhoud van het nieuwe Landelijke Kwaliteitsstatuut ggz en de implementatie.

Inhoud nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz

Bij de zorg aan een ggz-cliënt zijn vaak verschillende zorgverleners betrokken die op verschillende plekken werkzaam kunnen zijn. Goede onderlinge afstemming is belangrijk. Ook moet voor iedereen duidelijk zijn welke zorgverlener welke rol in het zorgproces heeft. Het nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz verbetert deze afstemming en creëert duidelijkheid door twee aparte rollen te omschrijven:

- de zorgverlener die vaststelt wat het probleem van de cliënt is en wat de behandeling moet zijn («indicerend regiebehandelaar»).
- de zorgverlener die de zorg aan de cliënt geeft en organiseert («coördinerend regiebehandelaar»).

Verder maakt het nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz op het vlak van complexiteit van problematiek onderscheid tussen laagcomplex en hoogcomplex problematiek. Zorg wordt op basis hiervan, en op basis van de complexiteit van het zorgaanbod (tevens laagcomplex/hogcomplex), gecategoriseerd. De crisissituatie wordt als aparte

³ Kamerstuk 25 424, nr. 574.

categorie aangemerkt⁴. Op basis van deze categorieën beschrijft het nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz de minimale vereisten aan de indicierend en coördinerend regiebehandelaar⁵. Deze indeling staat los van de specifieke inhoudelijke competenties die een regiebehandelaar vanzelfsprekend ook nodig heeft voor de betreffende problematiek.

De indeling verschaft meer duidelijkheid over een toekomstbestendige inrichting van de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar in de ggz. Er is beter aangegeven welke beroepsbeoefenaar in welke gevallen regiebehandelaar kan zijn en meer beroepen komen nu in aanmerking voor deze rol. Verpleegkundig specialisten en verslavingsartsen kunnen bijvoorbeeld indicierend regiebehandelaar zijn in categorie B en coördinerend regiebehandelaar in categorie C. Door deze indeling kunnen meer zorgverleners dan nu de rol van indicierend of coördinerend regiebehandelaar vervullen.

Sector aan zet

Nu het nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz in het Register voor goede zorg is opgenomen, is het aan partijen in de ggz om naar de nieuwe veldnorm te handelen en deze vóór 1 januari 2022 te implementeren. Ik zal mij de komende tijd regelmatig op de hoogte laten brengen van de voortgang van de implementatie en reken erop dat deze in het belang van goede zorg uiterlijk 1 januari 2022 gerealiseerd zal zijn.

Motie Diertens inzake Duitse inrichting steungroepen

Met de aangenomen motie⁶ van het Kamerlid Diertens (D66) wordt verzocht te onderzoeken op welke wijze de Duitse inrichting van steungroepen ook toepasbaar en kosteneffectief kan zijn in Nederland en welke rol de (lokale) overheid en zorgverzekeraars hierin kunnen spelen. Ik vind het van groot belang om mensen die te maken hebben met psychische klachten laagdrempelig te ondersteunen met behulp van lotgenotencontact en mogelijk zelfhulpgroepen. Vanuit dit oogpunt subsidieert VWS het lotgenotencontact van patiënten- en gehandicaptenorganisaties via het daarop toegesneden Beleidskader subsidiëring. De insteek vanuit dit lotgenotencontact is veelal gericht op de specifieke aandoening, ziekte of specifieke doelgroep. Een voorbeeld dat hierbij aansluit is de Transgender patiëntenvereniging (Transvisie) die onder andere lokale inloopcafé's en/of bijeenkomsten organiseert. Een dergelijke lokale vertakking zien we meer, zowel op somatisch als op psychisch vlak. Veelal is bij dergelijke initiatieven het lokale niveau (gemeente/GGD) betrokken, die daarbij een faciliterende rol vervult (ruimte, beheer, PR). Daarmee sluit Nederland aan bij de aanpak in Duitsland maar, zij het wel met een andere systematiek en organisatie, passend bij de systematiek en inrichting van ons gezondheidszorgsysteem. Er zijn daarnaast talrijke initiatieven die vanuit (digitale) platforms plaatsvinden en digitale mogelijkheden die open staan voor mensen. In Nederland vindt geen aansturing en coördinatie van dit soort initiatieven vanuit het regionale niveau plaats. De ontwikkelingen gaan snel en zijn talrijk. Mensen kunnen datgene zoeken dat het meest passend bij hen is.

⁴ Categorieën: A: Situaties met laagcomplexere problematiek en laagcomplex zorgaanbod; B: Situaties met hoogcomplexere problematiek en laagcomplex zorgaanbod; C: Situaties met hoogcomplexere problematiek en hoogcomplex zorgaanbod; D: Crisisituaties waarbij direct situatief-reactief handelen vereist is, vaak op meerdere gebieden en door meerdere personen.

⁵ Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz, Tabel 1 | De categorieën van complexiteit van situaties, vereiste BIG-registratie en beroepsopleiding indicierend en coördinerend regiebehandelaar, pagina 19.

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 562.

Motie lid Diertens inzake beschikbaarheid crisisopvang

Tot slot is de motie van het lid Diertens c.s.⁷ aangenomen waarmee verzocht werd om onderzoek te doen naar de beschikbaarheid van de crisisopvang en het regionale aanbod van crisisopvang en de Tweede Kamer jaarlijks te informeren over aanrijtijden en beschikbaarheid van plekken bij de crisisdiensten in de regio's. Deze motie komt in belangrijke mate overeen met de motie Klaver van 21 januari jl.⁸. Over de invulling van deze motie bent u op 2 februari jl. per brief geïnformeerd⁹.

Ik vind het net als uw Kamer van belang dat personen met psychische problemen goed terecht kunnen bij de zorgverleners, zeker wanneer sprake is van een acute situatie. Sinds 1 januari 2020 zijn er substantiële verbeteringen doorgevoerd met de inwerkingtreding van een kwaliteitsstandaard (Generieke module acute psychiatrie) en de nieuwe wijze van bekostiging van de acute ggz. De beschikbaarheid van de inzet door de crisisdiensten (die een beoordeling uitvoeren) is een van de belangrijkste verbeteringen. Ongeacht of vaak of weinig een beroep op de inzet van de crisisdienst wordt gedaan, is met de nieuwe bekostiging de financiering van de crisisdienst gewaarborgd (de bekostiging is losgekoppeld van de productie). Er zijn 28 crisisdiensten die regionaal georganiseerd zijn. In 2022 zal een eerste evaluatie plaatsvinden van deze nieuwe bekostiging en wijze van werken zoals die is vastgelegd in de Generieke module acute psychiatrie en de onderliggende Triagewijzer. Daarin zullen ook de aanrijtijden van de crisisdiensten worden betrokken. Deze aanrijtijden hebben een ander karakter dan waarvan sprake is in de somatiek. Het betreft hier de tijd die het kost dat de crisisdienst op locatie mensen beoordeelt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 510.

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 923.

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 950.