

Vergaderjaar 2019–2020

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 531

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juni 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij op 14 mei jl. gevraagd om een aparte brief over de opstart van de reguliere zorg in de ggz. Met deze brief voldoe ik aan dit verzoek. Ik wil u met deze brief ook informeren over een aantal andere belangrijke zaken betreffende de ggz. Met elkaar hebben we acties ondernomen om de negatieve gevolgen voor de mentale gezondheid als gevolg van de coronacrisis het hoofd te bieden. De motie van het lid Segers c.s. (kamerstuk 25 295, nr. 230) heeft hier nadrukkelijk mee van doen, en ik wil u in deze brief dan ook informeren over de uitvoering van deze motie. De ggz heeft zo goed mogelijk het hoofd proberen te bieden aan de coronacrisis, maar de uitdagingen waren al groot en zijn nu nog groter. Op de hoogcomplexere zorg zijn stappen ondernomen. De contractering in de ggz is nog niet op het niveau van wat het moet zijn. Samen met partijen in de ggz werk ik aan deze en andere uitdagingen die voor ons liggen. En voor de langere termijn ben ik aan de slag met mijn eerder aangekondigde visie zorglandschap ggz.

Voordat ik hierop inga, wil ik nogmaals mijn waardering uitspreken voor de manier waarop zorgverleners, patiënten, naasten en vrijwilligers in de ggz omgaan met wat de coronacrisis teweeg heeft gebracht. De impact van het coronavirus raakt ons allemaal, en oefent grote invloed uit op allerlei aspecten van onze samenleving. Niet in het minst op onze mentale gezondheid. Ik vind het indrukwekkend hoeveel werk er wordt verzet door zoveel mensen en organisaties. Die inzet is belangrijk, want we moeten hier samen doorheen komen. Het geeft me vertrouwen dat we dit met elkaar gaan doen, en dat we ook weer kunnen bouwen aan de toekomst.

Opstarten reguliere zorg

Het kabinet heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd het proces rond het opschalen van planbare zorg te coördineren, inclusief de

ggz-sector. In tegenstelling tot een groot deel van andere onderdelen van de zorg en van het maatschappelijk leven, is de zorg in de ggz aangepast maar niet helemaal stil komen te liggen door de corona-crisis. Veel behandeltrajecten zijn de afgelopen periode doorgegaan, vaak op afstand via (beeld)bellen, maar deels ook face-to-face of in een mengvorm van beide. Dit neemt niet weg dat er ook sprake is geweest van behandelingen en intakes in de curatieve ggz die zijn uitgesteld.

Daarnaast weten we dat patiënten met nieuwe zorgvragen de huisarts tijdens de corona-crisis minder goed wisten te vinden, met een terugval in het aantal verwijzingen naar tweedelijns-ggz als gevolg. Inmiddels neemt het aantal verwijzingen weer flink toe. Ik vind het belangrijk dat zowel de mensen die nu (alsnog) worden verwezen als de mensen wier intake en/of daaropvolgende behandeling was uitgesteld zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen.

Zoals de NZa in bijgaande brief toelicht, heeft zij bij verschillende ggz-partijen geïnventariseerd waaraan zij behoefte hebben in het traject «opschalen planbare zorg». Naar aanleiding hiervan gaven veel partijen aan graag een meer onderbouwd beeld te krijgen van de aard, omvang en verwachte ontwikkeling van de (uitgestelde) ggz-zorgvraag in de nabije toekomst. De NZa wil in deze behoefte voorzien door op wekelijkse basis een monitor te publiceren met daarin verschillende cijfers die relevant zijn voor een inschatting van de zorgvraag.

Op 20 mei heeft de NZa een eerste monitor gepubliceerd, die bestaat uit cijfers op provinciaal niveau over verwijzingen door de huisarts en landelijke cijfers over de wachttijden in de ggz. De meest recente monitor dateert van 3 juni. Deze is bijgevoegd. Ten aanzien van de verwijzingen constateert de NZa op basis van data uit Zorgdomein dat het aantal verwijzingen vanuit de huisarts sinds medio maart met ongeveer de helft is gedaald (ongeveer 50.000 minder verwijzingen) en dat daarmee de instroom in de ggz sterk is afgenomen. Dit geldt voor zowel de basis-ggz als gespecialiseerde ggz en is een landelijk beeld. De meest recente data laten zien dat het aantal verwijzingen inmiddels weer flink toeneemt en dat er daarmee herstel optreedt, maar nog niet tot op het niveau van voor de coronacrisis. Ten aanzien van de wachttijden zag de NZa in april een lichte afname ten opzichte van voorgaande maanden. Hiermee is echter nog weinig te zeggen over een effect van de coronacrisis op de wachttijden. De wachttijden worden namelijk grotendeels retrospectief (terugkijkend naar de twee voorgaande maanden) berekend. Verderop in deze brief ga ik verder in op het onderwerp «wachttijden». De NZa is voornemens de monitor de komende tijd aan te vullen met meer databronnen en in elk geval wekelijks te actualiseren. Dit zal geleidelijk meer inzicht geven, zowel landelijk als regionaal.

De uitkomsten van de monitor worden met ggz-partijen breed gedeeld en op basis daarvan wordt samen met hen bepaald welke acties nodig zijn om te zorgen dat de planbare zorg zo snel en goed mogelijk kan worden geleverd. Daarvoor wordt de ggz-crisisstructuur gebruikt, waarover ik uw Kamer eerder heb geïnformeerd (Kamerstukken 25 424 en 25 295, nr. 526, en Kamerstuk 25 424, nr. 530). Deze crisisstructuur wordt daarnaast nog steeds benut om samen met partijen knelpunten in de ggz naar aanleiding van de coronacrisis te signaleren en op te pakken.

GGZ Nederland, MeerGGZ, InEen en de LHV hebben op basis van eerdere signalen over teruglopende verwijzingen door de huisartsen de handen ineengeslagen en recent een factsheet gepubliceerd over de samenwerking tussen de huisartsenzorg en de ggz tijdens de corona-crisis.¹ Het is belangrijk dat huisartsen weten dat de ggz beschikbaar is en mensen die kampen met psychische problematiek weten dat ze bij de huisarts

¹ https://ineen.nl/assets/files/2020/Documenten/Factsheet-huisartsenzorg-ggz_week21-2020.pdf.

terecht kunnen om verwezen te worden als dat nodig is. De factsheet informeert huisartsen over hoe ggz-aanbieders op dit moment werken en andersom, en biedt handvatten om goede samenwerkingsafspraken te maken door onder andere goede voorbeelden te delen.

Een belangrijk onderwerp is tevens de wijze waarop de zorg kan worden heringericht. Toepassing van e-mentalhealth heeft door de coronacrisis een grote vlucht genomen. Er zijn veel patiënten waarbij e-mentalhealth, bijvoorbeeld door gebruik van digitale communicatiemiddelen of apps binnen een behandeling, een uitkomst is. Welke behandelvorm het meest passend is, dient de uitkomst te zijn van goed overleg tussen de cliënt en zijn of haar zorgverlener. Inmiddels is er meer ruimte voor face-to-face behandeling en groepsbehandeling. De richtlijn «ggz en corona»², waarvan op 19 mei versie 5.0 is verschenen (en op 8 juni versie 6.0 wordt voorzien), zet voorop dat de keuze voor de behandelvorm altijd het resultaat van *shared decision making* is. Face-to-face behandeling is uitdrukkelijk mogelijk, waarbij patiënt en behandelaar zich uiteraard aan de RIVM-richtlijnen moeten houden (1,5 meter afstand en de hygiëne-maatregelen in acht nemen) en zorgaanbieders de veiligheid in de fysieke ruimte moeten kunnen waarborgen. Voor kwetsbare groepen worden face-to-face groepsbehandelingen, onder bepaalde voorwaarden, weer opgestart.

Ik zie het belangrijke effect dat het nemen van beschermende maatregelen heeft gehad, zeker voor patiënten in de ggz die ook op lichamelijk gebied extra kwetsbaar kunnen zijn. Tegelijkertijd vind ik het van groot belang dat, als de patiënt dat nodig heeft, ggz-aanbieders zoveel mogelijk faciliteren in face-to-face behandelingen, binnen de condities die het RIVM stelt. Daarvan heb ik in de voorbije periode ook diverse goede voorbeelden gezien.

Ik denk dan bijvoorbeeld aan de groep met ernstige psychiatrische aandoeningen die wordt ondersteund door een F-ACT³ team. Ik vind het daarom ook heel goed dat F-ACT Nederland, de vereniging voor ACT⁴ en F-ACT, twee weken geleden extra heeft opgeroepen om weer face-to-face contact met de patiënt te hebben en daarbij aanbevelingen heeft gedaan over hoe dit vorm te geven.⁵ Daarnaast heeft GGZ Nederland een handreiking gemaakt om ggz-instellingen te ondersteunen bij de overgang naar «het nieuwe normaal» en het vinden van een werkwijze die voldoet aan de voorwaarden. Deze handreiking is op 15 mei gepubliceerd. Om vinger aan de pols te houden, doet de inspectie een wekelijkse belronde langs ggz-aanbieders en neemt expliciet in de uitvraag mee in hoeverre het hen lukt face-to-face behandeling aan te bieden.

Scenario's beperken negatieve mentale gevolgen coronacrisis (motie Segers c.s.)

Op 8 april jl. is door het lid Segers een motie ingediend die ertoe strekt om de negatieve gevolgen voor de mentale gezondheid te beperken van de maatregelen die we genoodzaakt zijn te treffen om verspreiding van het covid19-virus in te dammen. Daarbij is verzocht om aandacht te schenken aan specifieke risicogroepen waaronder zorgverleners, mensen die zich reeds in een kwetsbare positie bevinden en mantelzorgers. De motie vraagt ook aandacht voor de opvang van een toenemende vraag naar ggz en geestelijke verzorging.

Bij brief van 15 april jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 249) is uw Kamer geïnformeerd over de uitvoering van deze motie. Inmiddels zijn we al weer

² <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/inleiding>.

³ Flexible Assertive Community Treatment.

⁴ Assertive Community Treatment.

⁵ <https://www.f-actnederland.nl/fact-clienten-missen-face-to-face-contact-in-coronatijd/>.

verder op streek. Met de indieners van de motie ben ik van mening dat we naast het inzetten van maatregelen en het delen van goede initiatieven meer inzicht moeten krijgen in de gevolgen van de coronacrisis op het mentale welzijn en passende handvatten moeten bieden om de mentale gezondheid positief te beïnvloeden. Om dit inzicht te krijgen, maken we zoveel mogelijk gebruik van bestaande kennisnetwerken en samenwerkingspartners.

Ik heb u eerder aangegeven vier doelgroepen te onderscheiden: patiënten die een coronabesmetting doormaakten; zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers; patiënten met een al bestaande psychische kwetsbaarheid; algemene bevolking.

Naar aanleiding van de motie is met de organisaties die betrokken zijn bij de preventie en mentale gezondheid overlegd. Daarvoor is de ggz-crisisstructuur benut. Er is met hen verkend wat denkbare ontwikkelingen zijn vanwege de impact van het coronavirus en de genomen beschermde maatregelen. Gezamenlijk is nagedacht over wat nodig is om ten behoeve van de genoemde doelgroepen de negatieve gevolgen zoveel mogelijk in te dammen en ook oog te houden voor wat er na de crisissituatie nodig zou kunnen zijn aan mogelijke (mentale) nazorg.

In het onderstaande overzicht ga ik op elk van de eerdergenoemde afzonderlijke doelgroepen in, waarbij partijen op basis van scenario-denken tot een serie van interventies zijn gekomen, waarvan de realisatie grotendeels al loopt.

Patiënten die een coronabesmetting doormaakten

We leren elk dag meer over de effecten van dit nieuwe virus; effecten die de fysieke gesteldheid betreffen, maar die ook hun weerslag zullen hebben op het mentale vlak. Hoewel dat niet op zal gaan voor elke patiënt die met het coronavirus is besmet, zullen veel mensen te maken krijgen met een langdurig nazorgtraject. Het is van belang dat het nazorgtraject niet alleen gericht is op het fysieke herstel maar ook aandacht heeft voor de mentale gevolgen die dit met zich brengt.

We houden rekening met een groep patiënten die mentale klachten zal overhouden aan de periode waarin ze een coronabesmetting doormaakten, sociale isolatie, angst voor complicaties en (tijdelijk) lichamelijk functieverlies kunnen voor deze doelgroep nadelig mentaal effect opleveren.

Specifiek identificeren we ook de groep patiënten die een opname op de Intensive Care (IC) heeft doorgemaakt. Naast een langdurig hersteltraject geldt het risico op een posttraumatische stressstoornis met name voor hen, dit gegeven is ook beschreven onder de noemer «Post IC Syndroom» (PICS). De Federatie Medisch Specialisten heeft een leidraad⁶ gepubliceerd met adviezen voor de zorg van COVID-19 patiënten die op de IC hebben gelegen. Ik zal de betrokken beroepsgroepen vragen te borgen dat dit aspect aandacht krijgt in de nazorg.

Zorgprofessionals, mantelzorgers en vrijwilligers

In het nadenken over de mentale impact voor groepen in onze samenleving, komen nadrukkelijk de groep van zorgprofessionals, mantelzorgers en vrijwilligers in beeld.

Voor de zorgprofessionals brengt deze tijd extra spanningen met zich mee, ook al zal de mate van ervaren mentale druk variëren. Ook hebben

⁶ <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Leidraad%20Nazorg%20COVID19.pdf>.

zorgprofessionals schokkende of anderszins ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, die hun sporen kunnen nalaten in hun mentale welbevinden.

Het is goed om te zien dat veel werkgevers van zorgorganisaties hier hun verantwoordelijkheid oppakken. Zij onderkennen zelf het belang om aandacht te schenken aan de mentale gezondheid van hun werknemers in deze stressvolle tijd en organiseren daarom cursussen en bieden handvatten aan ter ondersteuning.

Naast deze initiatieven vanuit werkgevers zelf, is vanuit het bedrijfsleven onlangs het initiatief «Sterk in je werk» van start gegaan, gefaciliteerd en ondersteund vanuit de overheid. Vanuit dit initiatief bieden professionele coaches op vrijwillige basis steun aan zorgprofessionals.

Ook zijn er webinars ontwikkeld en vanuit verschillende organisaties aangeboden (waaronder het Ministerie van Defensie ten behoeve van «frontpersoneel» en het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)) die door de zorgprofessionals gevolgd kunnen worden en steun bieden om de mentale druk aan te kunnen.

Vanuit de landelijke crisisaanpak is specifieke psychosociale hulp voor zorgverleners georganiseerd. Arq Nationaal Psychotrauma Centrum is gedurende 7 dagen per week beschikbaar voor hulpverlening. Inmiddels hebben ruim 120 zorgverleners gebruik gemaakt van deze hulp. De psychosociale hulp die vanuit Arq geboden wordt aan zorgverleners, vindt op verschillende manieren en niveaus plaats. Van het bieden van laagdrempelige hulp door gespecialiseerde psychologen, instrumenten die kunnen worden ingezet voor mentale ondersteuning van de zorgverlener, tot en met het inzetten van traumatherapeuten en verzorgen van adviezen aan zorg- en welzijnsorganisaties in de ondersteuning van hun medewerkers.

Op deze manier is een passend netwerk van opvang en hulp beschikbaar voor deze bijzondere doelgroep.

Een andere groep naast-betrokkenen zijn de mantelzorgers. Ik spreek mijn grote waardering uit voor al die 4,5 miljoen mantelzorgers die hun naaste verzorgen onder deze moeilijke omstandigheden. Zij verdienen onze steun.

Deze tijd waarin we veroordeeld zijn tot «social distancing» kan een zware wissel trekken op het mentaal welbevinden van hen. Het is voor hen soms een zoektocht naar wat in de praktijk nog wel en niet kan. Ze worden tegelijkertijd geconfronteerd met de lastige situatie waarin hun naaste verkeert. Zij zijn in elk geval geholpen met duidelijke informatie die hen kan helpen bij wat er wel en niet kan. Helderheid geeft hen meer zekerheid en houvast. Ik stimuleer daarom dat mantelzorgers zich vooral op de zorgtaken kunnen richten. Daarom heeft MantelzorgNL de openingstijden van de mantelzorglijn verruimd en een uitgebreide lijst van Q&A's opgesteld om mantelzorgers van de juiste informatie te voorzien.

Ook is er een richtlijn mantelzorgondersteuning gepubliceerd op de website van de rijksoverheid met de verschillende vormen van ondersteuning en zorg voor mantelzorgers.⁷ Centraal in de richtlijn staat de zorgladder die in beeld brengt hoe zorg en ondersteuning opgeschaald kan worden van het eigen netwerk tot aan crisisopvang. Aansluitend hierop is er ook een richtlijn over dagbesteding en dagopvang, waarbij het uitgangspunt is de continuïteit van zorg en ondersteuning.⁸ Ook nu wordt van gemeenten en aanbieders een uiterste inspanning gevraagd om in goed overleg met de cliënten, naasten en hun mantelzorgers, passende

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/04/16/richtlijn-mantelzorgondersteuning>.

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/04/16/richtlijn-dagbesteding-en-dagopvang>.

zorg en ondersteuning te leveren, rekening houdend met de (soms gewijzigde) omstandigheden en de richtlijnen van het RIVM.

Niet in de laatste plaats is de onvermoeibare inzet van vrijwilligers in onze samenleving van belang. Het is mooi om te zien dat in deze lastige tijd mensen graag iets willen betekenen voor de ander die het moeilijk heeft. Voor de mentale gezondheid werkt de inzet vanuit de vrijwilligers vaak twee kanten op: de inzet vanuit de vrijwilliger draagt met zijn/haar aandacht bij aan het mentale welbevinden van degenen die ondersteund wordt, tegelijkertijd draagt de inzet op zichzelf vaak ook bij aan de mentale gezondheid van de vrijwilliger zelf. De toegenomen inzet van vrijwilligers is in onze hele samenleving te zien. Zo zag bijvoorbeeld de Luisterlijn in een kort tijdsbeslag (maart-april) het aantal vrijwilligers met 800 personen toenemen. Ook deze mensen kunnen geconfronteerd worden met de dilemma's die de coronamaatregelen met zich brengen. De vragen over wat er wel en niet mag en hoe praktisch te handelen. Daarom is het van belang dat er goede informatie beschikbaar is die hen hierbij ondersteunt, dat kan met meer specifieke informatie door de organisaties die deze vrijwilligers inzetten als mede via de algemene informatie die via Arq voor het publiek aangeboden

Patiënten met een al bestaande psychische kwetsbaarheid

De crisisaanpak ggz & corona onder coördinatie van het Ministerie van VWS heeft in belangrijke mate oog gehad voor deze doelgroep. Het betreft mensen die vaak al in zorg zijn bij zorgaanbieders in de ggz. De zorg aan deze doelgroep is zo veel als mogelijk gecontinueerd, zij het in aangepaste vorm. Continu is gemonitord (en zijn peilingen uitgevoerd door MIND en Trimbos-instituut) of de klinische en ambulante behandel-mogelijkheden voldoende werden ingezet, ondanks de aanpassingen om goed voor deze doelgroep te blijven zorgen. In reactie op de Kamervragen (Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 3008) die zijn gesteld door het lid Diertens (D66) ga ik inhoudelijk in op de beelden en uitkomsten van de peiling van het Trimbos-instituut.

Specifiek is ook door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gemonitord of de crisisdiensten in de ggz het aantal zorgvragen afdoende konden opvangen, rekening houdend met het scenario dat het aantal crisisverwijzingen zou toenemen als gevolg van de bijzondere omstandigheden. Hieruit kwamen geen knelpunten naar voren. Verder hebben we vroegtijdig het scenario onderkend waarin mensen die kampen met een bestaande of nieuw ontwikkelde psychische kwetsbaarheid de neiging kunnen hebben om geen hulp te zoeken. Dit effect werd in het bijzonder verondersteld, vanwege de oproep om vooral thuis te blijven en het beeld dat het zorgsysteem niet extra belast kon worden.

Met de diverse betrokken organisaties is daarom in de afgelopen periode contact gezocht om te zoeken naar een set aan interventies om dit effect te ondervangen. Zoals hiervoor toegelicht, hebben LHV, GGZ NL, MeerGGZ en Ineen met elkaar een factsheet ontwikkeld om met elkaar goede afspraken te maken met betrekking tot de verwijzing en goede voorbeelden gedeeld op welke wijze praktijkvoering gecontinueerd wordt. Daarmee wordt de beroepspraktijk ondersteund.

De acties van de NZa rondom herstart reguliere zorgverlening zien ook op dit proces van totstandkoming zorgvraag en bieden van hulp en waar nodig totstandkoming van een verwijzing naar de ggz. Elders in deze brief informeer ik u over het huidige beeld ten aanzien van de verwijzingsstroom.

Voor steun en hulp is er lotgenotencontact beschikbaar via MIND en meer specifieke patiëntenorganisaties, dit soort initiatieven ondersteun ik actief. Het belang hiervan was de afgelopen tijd evident, omdat we rekening

hielden met de negatieve effecten van het tijdelijk wegvallen van diverse vormen van dagbesteding.

Algemeen publiek

Iedere Nederlander, jong of oud, wordt geraakt door deze crisis. Dat is onontkoombaar. Mensen kunnen te maken krijgen met baanverlies, het wegvallen van uitoefening van sport of andere hobby, kunnen zich in een onzekere situatie bevinden of voelen zich eenzaam of verdrietig vanwege het gemis van een dierbare. Dit soort nare effecten is onvermijdelijk, maar we staan niet met lege handen. We zien mooie initiatieven om elkaar bij te staan en te helpen.

Wel zijn we rekening gaan houden met de negatieve effecten die deze omstandigheden per saldo kunnen hebben op het mentaal welbevinden van burgers.

We hebben er voor zorg gedragen dat er ten behoeve van het brede publiek voldoende capaciteit en middelen zijn voor een brede beschikbaarheid van de Luisterlijn. Daarnaast zijn er verschillende andere organisaties die voor het brede publiek beschikbaar zijn, waaronder MIND Korrelatie, 113 Zelfmoordpreventie en het Rode Kruis.

Er is inmiddels een breed onderzoeksprogramma gestart bij ZonMw betreffende de mentale gevolgen van de crisis. Het is de bedoeling dat gedurende de crisis we de uitkomsten van de onderzoeken naar de mentale gevolgen van de crisis passend benutten om mensen die het specifiek betreft bij te staan. Tegelijkertijd vinden periodieke peilingen plaats door organisaties, zoals het Trimbos-instituut en MIND, onder mensen met een bestaande psychische kwetsbaarheid. Het RIVM onderzoekt samen met GGD GHOR en NIVEL de brede gezondheidseffecten – waaronder mentale – onder de bevolking.

De uitkomsten van deze onderzoeken en peilingen gebruiken we als input voor het Informatie en Verwijscentrum (IVC) dat medio mei gestart is, door het opnemen van specifieke toegesneden informatie.⁹ Het IVC voorziet breed in allerlei informatie, tools en betrouwbare verwijsinformatie en zal gedurende twee jaar in bedrijf zijn om de burgers en zorgverleners breed (preventief) te ondersteunen in hun zorgvragen en informatiebehoefte vanuit de maatregelen en mentale gevolgen van de coronacrisis.

Ook voor mijn beleid zal ik gebruik maken van genoemde informatiebronnen, om op die manier samen met de organisaties op het vlak van preventie en ggz, in te spelen op de zorgen en knelpunten die maatschappelijk kunnen leven op mentaal vlak, als gevolg van de coronacrisis. Daarnaast communiceren we vanuit de rijksoverheid over handvatten en tips ter ondersteuning van de mentale gezondheid. Dit doen we passend bij de omstandigheden en maatregelen van dat moment, op onder andere rijksoverheid.nl, radio en via social media. De campagne die hier specifiek voor is opgezet heet «Somber of gespannen door het coronavirus? Praat erover»¹⁰.

Voor de te zetten stappen ten aanzien van bovenstaande doelgroepen blijf ik in overleg met de betrokken organisaties.

Wachttijden

In december 2019 heb ik u voor het laatst geïnformeerd over de wachttijden in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 504). Met deze brief informeer ik u opnieuw. Ik ga met name in op de stand van de wachttijden en de inzet

⁹ <https://www.rivm.nl/ivccorona>.

¹⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/28/campagne-over-mentale-gezondheid-tijdens-de-coronacrisis-van-start>.

van de NZa en inspectie. Over de laatste stand van zaken van de aanpak van veldpartijen kan ik u nog niet informeren, aangezien ik de tussenevaluatie van de stuurgroep wachttijden nog niet heb ontvangen. Dat hoop ik voor het zomerreces alsnog te doen.

De meest recente cijfers over de wachttijden in de ggz zijn op dit moment te vinden in de monitor die de NZa publiceert in het kader van het traject «opschalen reguliere zorg». Op 3 juni jl. heeft de NZa de meest recente monitor gepubliceerd. Deze monitor vindt u in de bijlage¹¹. Er zitten nog vier hoofddiagnosegroepen boven de Treeknorm voor de totale wachttijd van 14 weken, één minder dan in september 2019. Dat zijn aandachtstekort- en gedragsstoornissen (15 weken), persoonlijkheidsstoornissen (18 weken), pervasieve stoornissen (21 weken) en de restgroep diagnoses (15 weken). De totale wachttijd bij de basis-ggz valt met 8 weken nog steeds ruim binnen de Treeknorm. Uit de monitor blijkt tevens dat de regionale verschillen nog steeds groot zijn. Bij pervasieve stoornissen, de hoofddiagnosegroep met gemiddeld de langste wachttijden, zien we bijvoorbeeld uitschieters naar 40 weken wachten, maar ook regio's waarbij de totale wachttijd met 10 weken ruim binnen de Treeknorm valt.

Zoals ik eerder in deze brief heb toegelicht, zeggen de nu beschikbare cijfers vanwege het retrospectieve karakter nog weinig over het effect van de corona-crisis op de wachttijden. Een eventueel effect van de coronacrisis op de wachttijden zal op zijn vroegst zichtbaar zijn in de cijfers over de maand mei, die medio juni beschikbaar komen. Daarnaast heeft de Landelijke stuurgroep wachttijden een aantal vragen over het effect van de coronacrisis meegenomen in de reguliere uitvraag bij de taskforces naar de stand van zaken in de regio.

Hetzelfde hebben GGZ Nederland en MeerGGZ gedaan bij de uitvraag bij ggz-instellingen naar aantallen wachtenden. In de tussenevaluatie van de stuurgroep, die ik u voor de zomer hoop toe te sturen, zult u de uitkomst van die uitvragen vinden. De NZa geeft in de monitor aan te verwachten dat de wachttijden in de ggz de komende maanden weer gaan oplopen, mede omdat een deel van de zorg die is weggevallen door achterblijvende verwijzingen, weer zal moeten worden ingehaald. Deze toename zal een extra inspanning van verschillende partijen in de ggz betekenen. Vanzelfsprekend denk ik nu reeds met partijen na over de aanpak als onderdeel van het toewerken naar een «nieuwe normaal» voor de behandelomgeving binnen de ggz.

In mijn Kamerbrief van 8 april (Kamerstuk 25 424, nr. 528) heb ik u gemeld dat de NZa in 2018 en 2019 controlebezoeken aan zorgverzekeraars heeft gebracht in het kader van het toezicht op de zorgplicht. Naar aanleiding van de verbeterpunten die de NZa heeft geconstateerd in 2019, hebben zorgverzekeraars het eerste kwartaal van 2020 verbeterplannen ingediend. De NZa beoordeelt deze plannen momenteel en koppelt de bevindingen in de zomer terug. Verder brengt de NZa in 2020 samen met de inspectie (virtuele) bezoeken aan regio's waar de wachttijden heel lang zijn. Zij vragen de zorgverzekeraars, ggz-aanbieders en huisartsen aldaar om SMART doelen omtrent de samenwerking en reductie van wachttijden te formuleren. Later dit jaar komen de NZa en IGJ terug bij desbetreffende regio's om de voortgang en resultaten te bespreken.

De NZa zet ook verder in op het inzicht in de wachttijden. Sinds medio april worden de landelijke wachttijden maandelijks online gepubliceerd.¹² In juli worden hier de regionale cijfers aan toegevoegd. Verder ben ik

¹¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹² www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/wachttijden/geestelijke-gezondheidszorg.

samen met de NZa in gesprek met partijen uit de stuurgroep om het inzicht in aantallen wachtenden structureel te verbeteren, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis daarvan betere afspraken kunnen maken over het aanpakken van de wachttijden. Zoals hierboven toege- licht, hebben GGZ Nederland en MeerGGZ dit voorjaar een losse uitvraag naar aantallen wachtenden gedaan. De NZa geeft in haar brief¹³ aan dat het inzicht in unieke wachtenden de volgende stap is. Met die informatie zou bij de instroom beter bepaald kunnen worden waar in de regio de patiënt het snelst een passende behandeling kan vinden en zou indivi- duele wachtenden actief de mogelijkheid kunnen worden geboden om ergens anders in de regio eerder aan de beurt te komen. De NZa kondigt aan hierover met veldpartijen in gesprek te gaan, met expliciete aandacht voor belemmeringen zoals privacy.

Plan van aanpak hoogcomplexen zorg

Op 13 maart jl. heb ik u het zogenoemde «Plan van aanpak toeganke- lijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexen ggz» van verzekeraars en ggz-aanbieders toegestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 528). Kern van dit plan is dat patiënten waar een hoogcomplex zorgaanbod voor nodig is, met prioriteit een behandelaanbod op maat krijgen en dat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg voor deze doelgroep wordt verbeterd. Partijen hebben aangegeven dit in te vullen door per 1 april van start te gaan met een landelijk sluitend netwerk van aanbieders en financiers, in de vorm van zeven regiotafels. De tafels hanteren het principe van doorzettingskracht op basis van gezamenlijke verantwoordelijkheid: er wordt niet losgelaten en indien nodig net zolang opgeschaald totdat passende zorg of ondersteuning is gevonden. Op 7 mei heb ik u in antwoord op schriftelijke vragen geïnformeerd over de voortgang van de uitvoering van dit plan (Kamerstuk 25 424, nr. 530). Ondanks de enorme inspanningen die de coronacrisis de afgelopen periode heeft gevraagd van ggz-aanbieders en zorgverzekeraars, hebben inmiddels alle zeven aangekondigde regio's een plan gereed voor de regionale casuïstiektafels en worden de tafels opgestart. Daarnaast wordt er een achtste regio in het noorden van het land opgezet.

Tevens hebben ZN en GGZ Nederland een procesbegeleider aangesteld die de vorderingen in de regio's in beeld brengt en begeleidt. In juni verwachten partijen een eerste stand van zaken op te kunnen leveren. Tot slot liet ik u weten dat ik met de VNG heb afgesproken dat zij op papier gaan zetten hoe zij hun aandeel in het organiseren van passend aanbod voor mensen met een hoogcomplexen zorgvraag gaan invullen, aansluitend bij het plan dat er al ligt.

De VNG inventariseert op dit moment hoe gemeenten in de samen- werking met relevante stakeholders kunnen bijdragen aan de verbeterde aanpak voor deze doelgroep. Dan gaat het bijvoorbeeld om lokale aanbieders, de preferente zorgverzekeraar en woningbouwverenigingen. De inzet van de VNG en gemeenten is erop gericht om daar voor 1 juli meer duidelijkheid over te hebben. Op basis daarvan gaat de VNG met ZN en GGZ NL in gesprek over de nadere uitwerking.

Bij de aanbieding van het plan heb ik aangekondigd, samen met de NZa en partijen te gaan werken aan een prestatie in de bekostiging voor de hoogcomplexen doelgroep, zodat verzekeraars de hoge behandelkosten van patiënten beter kunnen vergoeden aan aanbieders. Momenteel bespreek ik met de NZa de verschillende mogelijkheden voor een dergelijke prestatie, waarbij we ons conform de afspraak richten op invoering per 2021. Ik informeer u zo spoedig mogelijk en uiterlijk in het najaar over de oplossing die gevonden is. Daarnaast zouden de Minister

¹³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

voor Medische Zorg en Sport en ik met zorgverzekeraars in gesprek gaan over een mogelijke aanpassing van de risico-verevening voor patiënten uit deze doelgroep met zeer hoge zorgkosten. Dit heeft geleid tot een aanpassing van de hogekostencompensatie in de ggz. In 2020 is de hogekostencompensatie in de ggz geïntroduceerd voor de 0,5% ggz-gebruikers met de hoogste kosten (ongeveer 3.500 verzekerden). De ggz-kosten van deze verzekerden die boven de drempel van circa € 90.000 uitkomen, worden dit jaar voor 75% vergoed. Ik ben met partijen overeengekomen om per 2021 het vergoedingspercentage naar 90% te brengen. De hogekostencompensatie betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars en leidt daarom niet tot een verhoging van de Zvw-uitgaven. In de praktijk komt het erop neer dat de zorgverzekeraar met een kleiner aantal dure cliënten meebetaalt aan de kosten van de zorgverzekeraar die een hoog aantal dure cliënten heeft. Een volledige vergoeding van alle kosten boven het drempelbedrag heeft niet de voorkeur, omdat ik graag doelmatigheidsprykkels intact wil laten.

Monitor contractering 2020

Op 10 april 2020 heb ik u de Monitor contractering ggz naar de Tweede Kamer verzonden.¹⁴ De NZa brengt met deze monitor het inkoopproces in de ggz in kaart en geeft daarbij aanbevelingen voor het contracteerproces. Een belangrijk onderdeel van de monitor is de aandacht voor de afspraken die partijen hebben gemaakt over het bevorderen van contracteren in het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 – 2022. Hieronder volgt alsnog een korte samenvatting van de belangrijkste punten van deze monitor en de beleidsreactie.

De NZa concludeert in de monitor dat het proces rond de contractering beter verloopt dan in 2019. De zorgverzekeraars hebben stappen gezet om hun bereikbaarheid en antwoordtermijnen te verbeteren, hun inkoopdocumenten te uniformeren en hebben meer beleid geformuleerd voor de bijcontractering. Zorgaanbieders kunnen de benodigde informatie voor het contracteren gemakkelijker vinden, maar hebben er last van dat indientermijnen voor (bij)contractering niet uniform zijn, dat ze lang of tevergeefs moeten wachten op inhoudelijke beantwoording van hun vragen, en dat de besluitvorming over bijcontracteringsverzoeken niet altijd transparant is. Hier ligt een taak van de zorgverzekeraars voor verbetering.

Gezien de wachttijden in de ggz is het van belang dat zorgaanbieders met zorgverzekeraars in de contracten zoveel mogelijk concrete afspraken maken over het terugdringen van de wachttijden. ZN, GGZ Nederland en MeerGGZ hebben in het kader van de aanpak van de wachttijden een gespreksleidraad wachttijden ontwikkeld om goede afspraken te maken in de contractering 2020 over het terugdringen van wachttijden in de ggz. Onderwerpen uit de leidraad zijn de patiënt op de juiste plaats, voorkomen van onder- of overbehandeling, zorgen voor wachttijdbegeleiding en vergroten van de beschikbare capaciteit. Uit de enquête van de NZa blijkt dat het overgrote deel van de vrijgevestigden (87%) de gespreksleidraad niet kent. Van de ggz-instellingen kent ongeveer de helft de leidraad, maar slechts 17% heeft (resultaat)afspraken gemaakt over het reduceren van de wachttijden voor specifieke patiëntgroepen. Slechts drie van de vier grote en een van de vier kleine verzekeraars die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben aangegeven dat zij afspraken hebben gemaakt over het reduceren van wachttijden. Dit is veel te weinig, gezien de zware opgave waar de sector voor staat; de NZa vindt deze uitkomst dan ook niet acceptabel. Ze neemt dit mee in de onder wachttijden genoemde gezamenlijke aanpak met de IGJ. Het is belangrijk dat verzekeraars en

¹⁴ Kamerstuk 32 620, nr. 261.

branchepartijen de gespreksleidraad beter onder de aandacht gaan brengen en daadwerkelijk gaan gebruiken. Ten aanzien van de specifieke onderwerpen uit de leidraad geeft 23–28% van de instellingen aan afspraken hierover te hebben gemaakt. Ook afspraken over innovatie of over zorg aan kwetsbare patiënten (zoals EPA) worden betrekkelijk weinig gemaakt.

De uitdaging is om het in een contract zowel over kwaliteit van de zorg als over kosten te hebben, en om daar ook daadwerkelijk afspraken over te maken. Het is dringend nodig dat zorgverzekeraars en aanbieders concrete en specifieke resultaatafspraken maken in een contract over de aanpak van wachttijden, gezien de omvang van deze problematiek. Het is eveneens dringend nodig dat partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen en afspraken maken over onderwerpen als de patiënt op de juiste plaats, het voorkomen van onder- of overbehandeling, zorgen voor wachttijdbegeleiding en het vergroten van de beschikbare capaciteit. Hier is dus nog veel winst te behalen. Ik zal zelf bestuurlijke overleggen gebruiken om de partijen op de voortgang op dit onderwerp te bevragen en aan te spreken. Ook zal ik het gebrek aan kennis en gebruik van de eerdergenoemde gespreksleidraad van ZN, GGZ NL en MeerGGZ bij de partijen aan de orde stellen.

Dat het vaak niet lukt om afspraken te maken over de inhoud van zorg, heeft volgens de NZa ook te maken met het feit dat de kwaliteitsstandaarden die zijn afgesproken (en ingeschreven in het Register) nog niet geïmplementeerd zijn. Er is op korte termijn samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nodig om ervoor te zorgen dat die kwaliteitsstandaarden wel geïmplementeerd worden. Op basis daarvan zijn concrete afspraken mogelijk die de zorg aan de patiënt ten goede komen. Dan kan men contracten sluiten die bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en de juiste zorg op de juiste plaats. Deze concrete afspraken in de contracten kunnen het onderlinge vertrouwen vergroten en de administratieve lasten van het contracteren laten afnemen. Ook dit onderwerp zal ik in bestuurlijke overleggen aankaarten en hierop met partijen de voortgang bewaken.

Met partijen wil ik afspreken dat ze met de aanbevelingen van de NZa aan de slag gaan. Van belang is dat verzekeraars en zorgaanbieders dat in gezamenlijkheid doen en dat de contractering verder verbetert.

Visie op zorglandschap ggz

In het Algemeen overleg van 29 januari jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 524) heb ik aangekondigd een visie op het zorglandschap in de ggz te ontwikkelen. Inmiddels is het bijna twee jaar geleden dat ik samen met 13 partijen het hoofdlijnenakkoord ggz (HLA) gesloten heb.

We hebben daarin belangrijke afspraken gemaakt die de ggz op termijn beter laten functioneren. Ik wil met volle kracht vooruit blijven gaan in de uitvoering van de afspraken die we als HLA-partijen hebben gemaakt en die uiterlijk in 2022 tot resultaat moeten hebben geleid. Tegelijkertijd zijn we nog zeker niet op alle fronten waar we zouden willen zijn. We staan voor een aantal opgaven die betrekking hebben op hoe het zorglandschap van de ggz er in de toekomst uit zal zien, opgaven die niet in het HLA geadresseerd zijn.

Deze visie zal betrekking hebben op de wijze waarop de ggz zich kan doorontwikkelen richting de toekomst, gegeven de huidige knelpunten. Er zal aandacht zijn voor domeinoverstijgende vraagstukken en voor problemen die ik specifiek binnen de ggz zie, zoals het feit dat sommige hoofddiagnosegroepen structureel te lange wachttijden kennen en dat mensen met een complexe zorgvraag soms heel lang zoeken naar passend aanbod. De visie op het zorglandschap ggz heeft betrekking op de vraag hoe de ggz er in de toekomst uit kan komen te zien. In deze visie

wil ik aangeven wat volgens mij kan bijdragen aan een toekomstbestendige doorontwikkeling van de ggz, waarbij de uitgangspunten zoveel mogelijk aansluiten bij de huidige inrichting van het zorgstelsel. Ik heb, samen met mijn collega-bewindspersonen van VWS, een contourennota aangekondigd over de goede organiseerbaarheid van de zorg met de juiste prikkels, sturing en toezicht. Waar de contourennota algemener aspecten zal adresseren, wil ik met de visie nader ingaan op aspecten die vooral de (context van de) ggz betreffen.

Voor mij begint de visie op het zorglandschap in de ggz, met stilstaan bij de mens in zijn of haar context. Mensen met een hulpvraag moeten worden gezien als mensen met mogelijkheden en behoeften, niet als individu met een verzameling van problemen. Door werken, wonen, deelname aan het maatschappelijk verkeer en het van betekenis kunnen zijn, komt een mens tot zijn recht. Wanneer iemand met mentale problemen kampt, is het zaak om te werken aan het herstellen van een balans. Vaak kan dit gebeuren in de eigen omgeving, door ondersteuning uit de kring van naasten of andere hulp dichtbij. Niet voor alles is de (curatieve) ggz de voorkeursoplossing.

Wanneer ggz wel (tijdelijk) nodig is, moet die geboden kunnen worden door professionals waarop we kunnen vertrouwen. Professionals moeten tegelijkertijd dat vertrouwen krijgen en zich erkend voelen en niet druk hoeven zijn met hoge administratieve lasten. Professionals werken samen in hun netwerk – domeinoverstijgend – en worden daarin gefaciliteerd.

Vanuit die basis kom ik tot de volgende onderwerpen die deel uit maken van de op te stellen visie:

- **Zorgvraag in de ggz.** Wat is de verwachte zorgvraag in de ggz? Welke rol speelt preventie en hoe kan de mentale weerbaarheid worden bevorderd?
- **Zorgaanbod in de ggz.** Hierbij ga ik in op oplossingsrichtingen waar het gaat om toegankelijkheid voor de ggz voor mensen die dat nodig hebben, bijvoorbeeld door een betere afstemming ten aanzien van zorg voor mensen met een complexere zorgvraag.
- **Samenwerken en coördinatie.** Hoe verbeteren we de samenwerking en het leren van elkaar, hoe zorgen we ervoor dat de zorgvrager sneller op het juiste moment op de juiste plek komt?
- **Duurzaamheid en betaalbaarheid.** Hierbij ga ik in op hoe uitgangspunten van «de juiste zorg op de juiste plek» zoveel mogelijk kunnen bijdragen aan de doelmatigheid en het blijven organiseren van de meest gepaste zorg in de ggz, die ook in de toekomst realiseerbaar en betaalbaar blijft. Uitgangspunten zijn het behoud van (financiële) prikkels die in het stelsel zitten en de macrobudgettaire beheersbaarheid.
- **Verwant aanbod van zorg en ondersteuning.** Een blik op de ggz vergt een breed perspectief, aangezien vanuit diverse wetten en grondslagen de zorg wordt bekostigd. Juist in die «grensgebieden» dringen zich inhoudelijke en bureaucratische knelpunten op, zoals in de verbinding tussen sociaal domein en de ggz. Ik ga in op mogelijke verbeteringen op dat punt.
- **Professionaliteit.** De zorg die de ggz levert valt of staat met betrokken en deskundige medewerkers. De bevoegdheid die ik zie waardeer ik enorm, maar we moeten nadenken over hoe (de aantrekkelijkheid van) het vak en vakmanschap geborgd blijft naar de toekomst.
- **Digitalisering en innovatie.** De sturingsvraagstukken in de ggz enerzijds en innovatieve mogelijkheden anderzijds, maken dat ook dit aspect niet in de visie mag ontbreken. Ggz zal altijd mensenwerk blijven, maar innovatie van (digitale) zorg kan enorm bijdragen aan bereikbaarheid en werkzaamheid van zorg.

De crisisaanpak vanwege het coronavirus heeft iedereen beziggehouden, ook binnen de ggz. Dit heeft geleid tot vertraging in het traject tot visievorming op de ggz. De komende maanden ga ik verder handen en voeten geven aan de thema's zoals ik hierboven heb geschetst. Hiervoor treed ik ook in contact met organisaties en deskundigen uit de ggz. Daarbij gaat mijn aandacht uit naar (afvaardiging uit) de groepen: cliënten, naasten en ervaringsdeskundigen, professionals, zorgaanbieders en zorginkopende partijen. Ik zal mij ook baseren op recente rapporten en andere publicaties die richtinggevend kunnen zijn voor de visie op het zorglandschap van de ggz, zoals het op 10 april 2020 verschenen IGJ-rapport «Meer samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronische psychische aandoeningen». Vanzelfsprekend worden opgedane inzichten uit de crisisaanpak ggz&corona ook benut bij het invullen van de visie.

Overige onderwerpen

ANW-diensten

Uw Kamer heeft mij vorig jaar in een motie gevraagd om een uitgewerkt wettelijk kader voor te bereiden, waarin de mogelijkheid wordt gecreëerd dat alle psychiaters gaan meedraaien in de Avond-, Nacht- en Weekend-diensten (ANW-diensten) in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 466). Eind november 2019 heb ik uw Kamer een verkenning naar een wettelijk kader toegestuurd. Ik heb moeten concluderen dat een dergelijke richting nog met veel vragen en onzekerheden omkleed is. Zoals destijds aangegeven, acht ik een oplossing die door de veldpartijen zelf wordt ontwikkeld veel kansrijker en beter dan een opgelegd wettelijk kader. Ik ben daarom blij dat de sector vorderingen maakt met de gezamenlijk afgesproken acties. GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) hebben regionale bijeenkomsten georganiseerd en op basis daarvan de oplossingsrichtingen verder ontwikkeld. Zo is een uitvraag gedaan naar de sterk verschillende bezettingsbehoefte bij instellingen per regio en hebben de aangekondigde regiobijeenkomsten plaatsgevonden. Daarnaast is de cao-afspraken over een «georganiseerde vorm van inspraak» voor psychiaters (medische staf) inmiddels gemaakt. Dit is van groot belang voor de aantrekkingskracht van het werken in loondienst bij een instelling en daarmee voor betaalbare beschikbaarheid van mensen die ANW-diensten kunnen draaien. GGZ Nederland en de NVvP hebben een stappenplan opgesteld voor de implementatie van de medische staf binnen instellingen. Doel is dat elke instelling uiteindelijk een medische staf heeft. Dit vergroot de inspraak en betrokkenheid van medisch specialisten in instellingen. Een goed georganiseerde medische staf is een professionele gesprekspartner voor de Raad van Bestuur en kan helpen bij het vereenvoudigen en creëren van meer draagvlak voor besluitvorming. Om nader te onderzoeken of beloning kan bijdragen aan het aantrekkelijker maken van diensten is een werkgroep geformeerd. Deze zal op korte termijn met resultaten komen. Daarnaast wordt naar taakherschikking gekeken, om de werkdruk van psychiaters te verlichten en hierdoor de ANW- en crisisdiensten werkbaarder te maken. Er zijn al diverse goede voorbeelden van het inrichten van de ANW- en crisisdiensten waarbij verschillende disciplines worden in gezet zodat de werkdruk van psychiaters verlicht wordt. De NVvP en GGZ Nederland bekijken welke van de goede voorbeelden behulpzaam kunnen zijn voor andere regio's. Tenslotte is de NVvP via raadpleging van de achterban bezig om inzichtelijk te maken wat de mogelijkheden zijn rondom het verplichten van de diensten en schrijft hierover een notitie, die naar verwachting deze maand beschikbaar zal zijn.

Partijen geven aan dat bovenstaande richtingen voortdurend worden gemonitord. Onder meer door periodiek bestuurlijk overleg maar ook door in de tweede helft van 2020 opnieuw een aantal regiobijeenkomsten in het land te organiseren. Dit zal tot concrete oplossingen moeten leiden in de regio's waar problemen spelen rondom de ANW-diensten. Ik verwacht dat deze inzet ertoe zal leiden dat dit vraagstuk dit jaar in belangrijke mate wordt opgelost. Ik zal uw Kamer op de hoogte houden van de voortgang.

Uitvoerbaarheid Wet verplichte ggz

De rechtspositie van de betrokkene staat in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) centraal. In de praktijk blijkt echter dat de uitvoerbaarheid van de Wvggz op onderdelen knelt en dat de uitvoeringslasten als hoog worden ervaren. De signalen van partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wvggz neem ik uiterst serieus. Hier wordt op drie verschillende punten actie ondernomen. Ten eerste wordt gewerkt aan wetgeving. Op 11 mei jl. is een Spoedreparatiewetsvoorstel aan uw Kamer aangeboden. De consultatie van een tweede omvangrijker wetsvoorstel ter vereenvoudiging van de Wvggz start begin juni met het streven om dit wetsvoorstel rond de jaarwisseling aan uw Kamer aan te bieden. Ten tweede bezien de ketenpartijen, ondersteund door het ketenprogramma, of een vereenvoudigingsslag bereikt kan worden op de gezamenlijk opgestelde brieven en informatieproducten. Ten slotte wordt naar aanleiding van de uitgevoerde gateway review¹⁵ met een voortvarende doorstart van het ketenprogramma ingezet op de realisatie van een gestructureerde digitale informatievoorziening tussen de ketenpartijen.

Vervoer voor personen met verward gedrag

In het kader van het Actieprogramma «Lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag» van ZonMw worden door Regionale Ambulancevoorzieningen en andere vervoersdiensten verspreid over het land pilots uitgevoerd met nieuwe, passende vormen van vervoer met psychiatrische hulpverlening voor personen met verward gedrag. Hierbij worden goede resultaten gehaald. De pilotperiode loopt dit jaar af.

Dit vervoer is onderdeel van een keten waarvoor partijen een gezamenlijke ketenverantwoordelijkheid dragen en waarbinnen diverse onderlinge afhankelijkheden bestaan. Binnen die keten zijn Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) op grond van de huidige Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) verantwoordelijk voor dit vervoer. Afgelopen periode is met partijen bekeken bij wie de hoofdverantwoordelijkheid voor dit vervoer na afloop van de pilotperiode het beste structureel belegd kan worden.

Wat betreft de verantwoordelijkheid voor het vervoer met psychiatrische hulpverlening vóór psychiatrische beoordeling, is vorig jaar besloten om dit structureel bij de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) te beleggen, waarbij RAV's alternatieve vervoerders als onderaannemer kunnen inschakelen (zie Kamerstuk 25 424, nr. 476). In een bestuurlijk overleg op 7 april jl. hebben GGZ Nederland, Mind, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de politie en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) steun uitgesproken voor een voorstel om ook de verantwoordelijkheid voor het vervoer met psychiatrische hulpverlening ná psychiatrische beoordeling bij de RAV's te laten, met als uitgangspunten dat RAV's de ruimte hebben hier regionaal nader invulling aan te geven en hierbij – net als bij het vervoer vóór psychiatrische beoordeling –

¹⁵ Per brief van 12 mei is uw Kamer geïnformeerd over de uitgevoerde gateway review en de doorstart van het ketenprogramma (Kamerstuk 35 370, nr. 4).

onderaannemers in kunnen schakelen en dat daarbij wordt voldaan aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en een kwaliteitskader. Ik ben blij met de steun voor deze lijn en ook ik ondersteun deze. Ik ben met Ambulancezorg Nederland (AZN) in gesprek over de concrete wijze waarop AZN hier invulling aan zal geven.

Regiebehandelaarschap orthopedagoog-generalist

In het VAO GGZ van 30 januari jl. heeft het Kamerlid Renkema mij verzocht om de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) te betrekken bij het gesprek over zij-instromers. Zoals ik u in april heb laten weten, is de NVO bij dit traject betrokken via de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten.¹⁶ De NVO heeft mij naar aanleiding van deze toezegging verzocht ook betrokken te worden bij gesprekken over het zo spoedig mogelijk inzetten van de orthopedagoog-generalist als regiebehandelaar. Hierbij informeer ik u over mijn reactie op dat verzoek.

Het is niet aan mij om invulling te geven aan het model-Kwaliteitsstatuut ggz (het Kwaliteitsstatuut) en het regiebehandelaarschap, omdat het Kwaliteitsstatuut is opgesteld als veldnorm voor de ggz en ontwikkeld is door organisaties van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten en hun naasten. De doorontwikkeling en de invulling van het Kwaliteitsstatuut is de verantwoordelijkheid van diezelfde partijen. Ik heb het door de NVO aangekaarte punt desondanks betrokken in het bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord ggz. De bij dit overleg betrokken partijen hebben besloten om een verzoek om hulp bij het oplossen van deze kwestie in te dienen bij Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut). Het Zorginstituut heeft mij namelijk op 30 september 2019 laten weten de regie op dit onderwerp te nemen en zijn wettelijke doorzettingsmacht in te zetten op (onderdelen) van het Kwaliteitsstatuut, waaronder het regiebehandelaarschap. Het Zorginstituut heeft de Kwaliteitsraad verzocht om voor een eenduidige omschrijving van het regiebehandelaarschap in de ggz te zorgen. Dit betreft de rol, taak en verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, wie regiebehandelaar mag zijn, in hoeverre voor sommige beroepen (bij bepaalde patiëntengroepen) onder welke condities kan worden afgeweken van de gestelde eisen, en welke rol de psychiater en klinisch psycholoog hebben en wanneer zij op welke wijze betrokken worden. Het Zorginstituut verwacht in september 2020 zijn werkzaamheden rondom de wettelijke doorzettingsmacht op het Kwaliteitsstatuut te kunnen afronden. Ik reken op een constructieve bijdrage van het Zorginstituut ten aanzien van het eerdergenoemde verzoek van betrokken partijen.

Nieuwe bekostiging ggz

Tot slot wil ik nog ingaan op de nieuwe bekostiging in de ggz. De inspanningen van de NZa en partijen zijn er nog steeds op gericht om een zorgvuldige invoering per 2022 mogelijk te maken. In het laatste bestuurlijk overleg met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord (van medio mei) heb ik die ambitie nog eens onderstreept. De oplevering van de definitieve uitwerking van de geadviseerde nieuwe bekostiging door de NZa vindt plaats in juli. Bij oplevering door de NZa van de gevraagde producten in juli, is het mijn streven de kabinetsbesluitvorming over de nieuwe bekostiging in de zomer te laten plaatsvinden. Daarover zal ik u dan zo snel mogelijk informeren. De NZa geeft aan dat er nog discussie is tussen partijen over de zogenaamde zorgvraagtypering en dat dit op

¹⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 528.

gespannen voet gaat staan met de oplevering van de genoemde uitwerking in juli. Dit betekent mogelijk een risico voor de planning.

Rapport «zorg in de wijk voor mensen met EPA»

Op verzoek van de VNG en ZN heeft het onderzoeksbureau HHM de feiten rondom F-ACT-teams in beeld gebracht, om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop zorg en ondersteuning aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) in de praktijk verbeterd kan worden. Dit rapport «Zorg in de wijk voor mensen met EPA» treft u bijgaand aan¹⁷. Partijen zullen het rapport eind juni op bestuurlijk niveau agenderen ter bespreking van de uitkomsten en verder te ondernemen acties.

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

¹⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.