

Vergaderjaar 2021–2022

**25 424**

## **Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 619**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 juli 2022

Tijdens het commissiedebat ggz, maatschappelijke opvang en suïcidepreventie van 11 mei jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 610), heb ik uw Kamer toegezegd voor de zomer nog terug te komen op de rode draden analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar enkele (voorgenomen) sluitingen en wijzigingen in het behandelaanbod in de ggz. Tevens heb ik toegezegd om de verkenning die de NZa in dit kader voor mij heeft gedaan met uw Kamer te delen. Ook sta ik stil bij de meest recente ggz-wachttijd cijfers van de NZa en enkele ontwikkelingen omtrent de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

#### **Rode dradenanalyse en verkenning NZa inzake (voorgenomen) sluitingen en veranderingen in behandelaanbod**

De afgelopen periode heeft een aantal ggz-aanbieders aangekondigd hun behandelaanbod aan te passen of delen van hun aanbod te beëindigen. In mijn brief van 9 mei jl.<sup>1</sup> hierover schreef ik dat ik de NZa heb gevraagd om de casuïstiek nader te bezien en mij over eventuele gemeenschappelijke onderliggende factoren voor de zomer te informeren. Tevens heb ik hen gevraagd in te gaan op hoe beter inzicht kan worden geboden in de aard en omvang van het specialistische en unieke behandelaanbod met een bovenregionale functie. Dit met het doel om de grip op dit aanbod in Nederland te vergroten.

De NZa heeft naar aanleiding van mijn verzoek de afgelopen periode controlebezoeken gebracht aan vier zorgverzekeraars naar aanleiding van de (voorgenomen) sluitingen en/of aanpassingen van het behandelaanbod bij Pro Persona (Centrum voor Psychotherapie te Lunteren), Altrecht Psychosomatiek Eikenboom en Inforsa (Kliniek Intensieve Behandeling (KIB)). Het gaat hierbij om (voorgenomen) sluitingen en/of aanpassingen van specialistisch klinisch behandelaanbod. De NZa heeft op grond van deze controlebezoeken de bijgaande rapportage opgesteld.

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 608.

De NZa merkt op dat de drie genoemde casussen geen directe samenhang hebben met elkaar. Iedere casus kent zijn eigen aanloop en verloop. De (voorgenomen) sluiting van de KIB is vooral ingegeven door onvoldoende beschikbaarheid van personeel. Bij de andere twee casussen spelen vragen over de effectiviteit, doelmatigheid en de kosten van de zorg. De NZa geeft aan dat in de onderzochte casuïstiek de zorgplicht niet is geschonden, maar zij signaleert wel dat er een risico was dat dit anders had kunnen lopen. Niet iedere zorgverzekeraar zag er even proactief op toe dat elke patiënt passend in zorg wordt herplaatst. Mede daarom doet de NZa op basis van de bevindingen uit de controlebezoeken een viertal aanbevelingen:

1. Zorgverzekeraars moeten bij afbouw van zorg een meer proactieve rol vervullen richting verzekerden, met als doel dat verzekerden goede vervolgzorg krijgen.
2. Zorgaanbieders en verzekeraars in de ggz moeten bij besluiten over afbouw of ombuiging van klinische capaciteit ook rekening houden met het zorglandschap in de regio.
3. Bij een beweging naar ambulantisering is het cruciaal dat er een juiste afstemming plaatsvindt in de ggz-keten en met het sociale domein (waarbij ook het Zorginstituut moet worden betrokken met het oog op de juiste zorginhoudelijke keuzes qua behandeling).
4. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten vooraf in kaart brengen waar de ondergrens ligt qua klinische capaciteit in het licht van ambulantisering. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars daarvoor een proactieve, coördineerde rol vervullen.

Samen met zorgaanbieders en verzekeraars onderschrijf ik de aanbevelingen van de NZa. Voor wat betreft het uniek en specialistisch zorgaanbod met een landelijke functie zullen aanbieders en verzekeraars de komende periode het benodigde aanbod in kaart brengen. Mijn doel is daarbij dat bij veranderingen in het uniek en specialistisch zorgaanbod het effect hiervan op de totale (landelijke) zorgvraag en het aanbod door verzekeraars en aanbieders wordt meegewogen. Ik werk met aanbieders en verzekeraars aan afspraken hierover in het integraal zorgakkoord. Ten aanzien van de veranderingen bij de instellingen Eikenboom, CvP en KIB heb ik de NZa gevraagd om voor het einde van het jaar nogmaals bij de nu bezochte zorgverzekeraars langs te gaan om te controleren of alle voormalige cliënten die zorg nodig hebben in passende zorg zijn en de zorgplicht geborgd is. Zo houdt de NZa nadrukkelijk vinger aan de pols, met als doel om er voor te zorgen dat iedere verzekerde de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft.

### **Monitor Wachttijden NZA**

De NZa informeert mij halfjaarlijks over de meest actuele wachttijdscijfers met de informatiekaart wachttijden ggz<sup>2</sup>.

De belangrijkste conclusie die uit de informatiekaart naar voren komt, is dat er weliswaar een lichte daling van het aantal wachtenden is, maar dat mensen over het algemeen wel langer wachten<sup>3</sup>. Waar het in december 2021 nog ging om een totaal van 85.000 wachtenden, hebben we het nu over ongeveer 80.000 wachtenden. Hiervan wacht ongeveer 64% van de mensen te lang op een intake en ruim 30% te lang op een behandeling.

<sup>2</sup> Zie [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_716176\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/1/).

<sup>3</sup> Vanaf maart 2022 worden de wachttijden weergegeven per DSM-V diagnosegroep. Een precieze vergelijking met de periode daarvoor (DSM-IV diagnosegroepen) is daarom niet mogelijk. Desondanks geven de cijfers een goed beeld van de trend.

Een half jaar geleden ging het nog om ongeveer 55% van de mensen die te lang wachtte voor intake en een kleine 30% die te lang wachtte voor behandeling. Het aantal mensen dat te lang wacht op intake is dus de afgelopen periode toegenomen.

Van de NZa begrijp ik dat de langere gemiddelde wachttijd (deels) te verklaren zou kunnen zijn door het hoge personeelsverzuim. Daarnaast merkt de NZa op dat het aantal verwijzingen naar de ggz (vanuit de huisarts) blijft toenemen<sup>4</sup>. Ondanks deze relatief grotere instroom in de ggz is het totaal aantal wachtenden dus wel iets gedaald.

Om de precieze aard en omvang van de toegankelijkheidsproblematiek beter duiden, heeft de NZa de laatste maanden tevens geprobeerd het aantal dubbel- en voorkeurswachtenden die op een wachtlijst staan door middel van kwalitatief onderzoek inzichtelijker te maken. Hieruit komt naar voren dat ongeveer 22% van de wachtenden in de ggz vanwege dezelfde zorgvraag op meerdere wachtlijsten staat. Van deze groep staat 82% op twee wachtlijsten, en 15% op drie. Het onderzoek naar voorkeurswachtenden was vooral gericht op het beter duiden van dit fenomeen. De NZa concludeert dat het overgrote deel van de wachtenden hun wachten niet als vrijwillige of bewuste keuze ervaart, maar simpelweg niet (voldoende) op de hoogte is van mogelijke alternatieven. Het onderzoek toont daarmee vooral aan dat het belangrijk is dat wachtenden door huisartsen en/of ggz-aanbieders actiever worden gewezen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door zorgverzekeraars en/of op het bestaan van de regionale transfermechanismen. Ook moeten zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over de mogelijkheid ten aanzien van zorgbemiddeling.

Ik vraag daarom van alle partijen die samenwerken aan het inzichtelijk maken van de wachttijden om de werkwijze – zoals we die in de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden hebben opgesteld – rondom wachttijden met kracht door te zetten.<sup>5</sup> Dit houdt in dat zij actief deelnemen aan transfermechanismen in de regio en cliënten die elders beter geholpen kunnen worden overdragen aan andere aanbieders of verzekeraars, inzetten op actief wachtlijstbeheer en patiënten die lang moeten wachten wijzen op de bemiddeling door verzekeraars. Wat betreft dit laatste punt hebben zorgaanbieders nu sowieso al de verplichting om patiënten die langer dan de door het veld zelf bepaalde Treeknorm staan, te benaderen en actief te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de verzekeraar, zodat zij elders sneller in zorg kunnen komen. Ik zal de NZa daarbij gaan vragen om actief toe te zien op deze verplichting, zodat mensen die nu al te lang wachten actief benaderd worden door hun zorgaanbieder. Van zorgverzekeraars verwacht ik op hun beurt dat zij inzetten op goede informatievoorziening over wachttijdbemiddeling in de richting van patiënten en zorgaanbieders zoals huisartsen. Ook wil ik dat zij hun uiterste best doen om cliënten die dat willen te bemiddelen naar een zorgaanbieder die hen sneller kan helpen.

Zoals ik in het commissiedebat over de ggz van 11 mei heb aangegeven ben ik daarnaast ook in gesprek met partijen over aanvullende maatregelen om de toegang tot de ggz te verbeteren en daarmee de wachttijden te verminderen.

<sup>4</sup> Zie de Monitor Toegankelijkheid van zorg, die u heeft ontvangen bij Kamerstuk 25 424, nr. 617.

<sup>5</sup> Over de lopende maatregelen voor de aanpak van wachttijden heb ik u op 9 mei jl. uitvoerig geïnformeerd in reactie op uw vragen uit het schriftelijk overleg wachttijden.

## **Wet verplichte ggz**

In zijn brief van 4 november 2021<sup>6</sup> heeft de voormalig Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van het onderzoek van de IGJ naar de informatiebeveiliging in de keten van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz) met de focus op veilige e-mail. Dit onderzoek is geïnitieerd vanwege enkele signalen dat er mogelijk informatiebeveiligingsrisico's spelen en onnodige administratieve lasten gepaard kunnen gaan met het gebruik van veilige e-mail.

Inmiddels is het onderzoek afgerond en de IGJ heeft de bestuurders van alle betrokken ketenpartijen schriftelijk geïnformeerd over de uitkomsten. Het beeld dat de IGJ heeft opgehaald, is dat het gebruik van veilige mail niet optimaal is en er bezwaren aan het gebruik ervan kleven. Deze risico's worden niet direct veroorzaakt door het gebruik van veilige mail zelf, maar door onjuiste en/of onvolledige implementatie ervan. Dit zorgt dan voor extra werk, handmatige acties en verhoogde administratieve lasten met het risico op menselijke fouten.

Het is de verantwoordelijkheid van de organisaties zelf om maatregelen te treffen en informatie uit te wisselen conform de geldende wet- en regelgeving. De IGJ heeft de ketenpartijen daarom aangesproken op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de keten om voldoende aandacht te geven aan de technische implementatie van veilige e-mail.

In het verslag van 22 maart jl.<sup>7</sup> heb ik aangegeven dat het rapport van de tweede – en tevens laatste – fase van de wetsevaluatie van de Wvvgz en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) medio dit jaar wordt afgerond. Vanwege een vertraagde data-aanlevering aan de onderzoekers van de wetsevaluatie door onder meer technische problemen bij zorgaanbieders verwacht ik het eindrapport in oktober te ontvangen en aan uw Kamer te doen toekomen. Ik streef ernaar om de beleidsreactie op de rapporten van de eerste en tweede fase zo spoedig mogelijk in het nieuwe jaar aan uw Kamer te verzenden. Zoals ook aangegeven in het hiervoor genoemde wordt intussen al gewerkt aan de uitwerking van de aanbevelingen van het eerste rapport. Momenteel worden oplossingen opgehaald en getoetst bij het veld: de patiënten, cliënten en hun vertegenwoordigers en de uitvoerende praktijk van aanbieders en professionals.

## **Afsluiting**

Ik wil mij inzetten voor een goede, betaalbare en toegankelijke ggz. Daarbij heb ik alle betrokken partijen binnen de sector hard nodig, omdat we enkel samen antwoorden en oplossingen kunnen vormgeven die ingaan op de uitdagingen die er liggen wat betreft schaarste van mensen en middelen. De sector neemt daarbij zelf het initiatief, om het specialistisch en uniek aanbod met een landelijk functie in beeld te brengen en zo de vraag naar- en aanbod van zorg beter op elkaar aan te laten sluiten. Dat initiatief vanuit de sector is ook cruciaal, omdat de inhoudelijke kennis die zorgprofessionals en bestuurders hebben onontbeerlijk is

Dit is dan ook een cruciale eerste stap om meer grip te krijgen op de veranderingen wat betreft specialistisch en uniek landelijk zorgaanbod. In het IZA is het mijn inzet om verder afspraken te maken over de structurele vragen die in de ggz en domeinoverstijgend moeten worden aangepakt. Ik

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 594.

<sup>7</sup> Kamerstukken 25 424 en 35 370, nr. 605.

trek hier gezamenlijk met de sector op, waarbij ik verwacht dat zij verantwoordelijkheid neemt om aan de slag te gaan en waarbij ik hen in staat stel om deze verantwoordelijkheid te pakken door passende randvoorwaarden te borgen.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder