

Vergaderjaar 2020–2021

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 559

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 november 2020

Ter voorbereiding op het Notaoverleg van 19 november a.s. informeer ik uw Kamer met deze brief over diverse onderwerpen, moties en toezeggingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Recent heb ik uw Kamer geïnformeerd over de verstevigde aanpak van de wachttijden¹, de derde landelijke agenda suïcidepreventie², de stappen op weg naar het nieuwe zorgprestatie-model³ en de reparatiewetgeving van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg⁴. In deze brief zal ik onder meer ingaan op de totstandkoming van de visie die bijdraagt aan een toekomstbestendige doorontwikkeling van de ggz, de stappen die zijn gezet om te komen tot zorgaanbod voor mensen met een hoogcomplexere zorgvraag en de voortgang die is geboekt ter versterking van de lerende cultuur. Voordat ik uw Kamer hierover informeer, ga ik eerst in op de impact van het coronavirus en de coronamaatregelen op het mentale welzijn en de ggz.

Impact van corona

Het is onmiskenbaar dat de maatregelen die we genoodzaakt zijn te treffen om de uitbreiding van het coronavirus opnieuw een halt toe te roepen van invloed zullen zijn op het mentale welzijn van de Nederlandse samenleving. Tijdens de eerste golf van de corona pandemie is er veel werk verzet en naar alternatieven gezocht om de zorg door de ggz zoveel mogelijk doorgang te laten vinden. De wijze waarop dat ingevuld werd, betrof veelal zorg op afstand. Er is door MIND periodiek gepeild hoe patiënten deze wijze van behandelen hebben ervaren. Die ervaringen waren wisselend. Het is vooral van belang dat de wijze waarop de behandeling vormgegeven wordt in gezamenlijkheid door zorgverlener en

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 555

² Kamerstuk 32 793, nr. 502

³ Kamerstuk 25 424, nr. 554

⁴ Kamerstuk 35 456, nr. 6

patiënt besloten wordt. In de richtlijn «corona & ggz» die de beroepsgroep heeft opgesteld is ruimte voor maatwerk en is de nadruk gelegd op dit uitgangspunt. Dit betekent dat face-to-face behandelingen kunnen plaatsvinden, met inachtneming van de geldende coronamaatregelen. Voorop staat dat de zorgaanbieder de veiligheid van medewerkers en patiënten kan waarborgen. Ook de zorgverleners in de ggz oefenen immers een vitaal beroep uit waarvoor face-to-face contact vaak aangegeven is. Het is belangrijk dat werkgevers hun medewerkers daartoe in staat stellen. Mijn inzet is erop gericht om dit uitgangspunt de komende periode vast te houden en dat zorgverleners passende maatregelen treffen om de zorg langs deze wijze verantwoord te laten verlopen. Ik zie dit gelukkig ook gebeuren, mede door regionale samenwerking tussen ggz-aanbieders.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt als onderdeel van haar taak om de opschaling van de reguliere zorg te coördineren, onder andere het effect in beeld van de coronacrisis op verwijzingen naar de ggz. Recent is uw Kamer met de brief over de coronamaatregelen van 4 november jl.⁵ geïnformeerd over deze verwijzingen. Op basis van de meest actuele data schat de NZa dat er sinds half maart ongeveer 76.000 minder verwijzingen van de huisarts naar de ggz hebben plaatsgevonden dan op basis van de aantallen uit 2019 en de eerste maanden van dit jaar verwacht mocht worden. Tegelijkertijd zien we dat de gemiddelde wachttijden niet zijn terug gelopen. Bij mijn beantwoording van het VSO wachttijden ggz⁶ heb ik aangegeven deze ontwikkelingen samen met de NZa te adresseren in overleggen met de ggz-partijen.

Ik constateer uit mijn gesprekken met de sector, dat er nog geen eenduidig antwoord is op de vraag waarom de daling in verwijzingen vooralsnog geen effect heeft op de gemiddelde wachttijden. Vanuit de veldpartijen wordt een aantal mogelijke verklaringen genoemd, bijvoorbeeld het afnemen van beschikbare behandelcapaciteit gedurende de coronacrisis, de wijze van meten van de wachttijden (voornamelijk gebaseerd op de data van grote instellingen, waarvan de data bovendien retrospectief zijn). Ook een mogelijk toegenomen behandelduur van patiënten wordt genoemd, onder andere als gevolg van het in acht nemen van de RIVM-richtlijnen omtrent Covid-19 waardoor bijvoorbeeld afspraken op het laatste moment niet door konden gaan. Deze laatste verklaring wordt gestaafd door data van de NZa omtrent het aantal afgesloten trajecten. De NZa noemt een substantiële daling van het aantal geopende behandeltrajecten als mogelijke verklaring. De sector schrijft dit onder andere toe aan het feit dat in eerste instantie nadruk is gelegd op (voorbereidingen op) coronazorg, continuering van reguliere zorg en extra aandacht aan cliënten op het vlak van psychisch welzijn die reageerden op onrust en risico's als gevolg van het coronavirus. Ook hebben er in de eerste golf substantieel minder face-to-face intakes plaatsgevonden. Dit heeft invloed gehad op de intakes bij specifieke cliëntgroepen waarvoor face-to-face contact sterk de voorkeur heeft, denk aan mensen met een licht verstandelijke beperking en autisme. Ik zal de Kamer begin 2021 nader informeren over dit vraagstuk.

Met het oog op de mentale fitheid en weerbaarheid van onze samenleving zet ik breed in op preventie. Van belang is dat mensen hun verhaal goed kwijt kunnen en dat mensen goed zijn voorzien van betrouwbare informatie en hulp via het Steunpunt Coronazorgen. Het kabinet heeft begin oktober een oproep gedaan aan gemeenten, (maatschappelijke) organisaties, bedrijven en individuen om initiatieven te ontplooien om

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 688

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 557

mensen bij te staan en oog te hebben voor elkaar. Nog dit najaar zal met een publiekscampagne opnieuw aandacht worden besteed aan het belang van mentaal gezond blijven en wordt er aangegeven wat daarbij handvatten zijn.

Visie op het zorglandschap ggz

De coronacrisis drukt een zware stempel op onze samenleving en heeft grote invloed op onze mentale gezondheid. Eens te meer wordt duidelijk wat de ggz voor onze samenleving betekent, we mogen trots zijn op het bijzondere werk dat professionals in deze sector verrichten. Tegelijk zijn de problemen waar we eerder voor stonden in de ggz, zoals lange wachttijden, personeelstekorten en complexe zorgsituaties niet weg. Door uitvoering van het HLA ggz worden stappen gezet om deze problemen op te lossen. We boeken resultaten, maar ik zie de behoefte aan nieuw perspectief, aan een blik op de toekomst van de ggz. Ik wil dit perspectief schetsen met de door mij aangekondigde «visie zorglandschap ggz».

Bij brief van 4 juni jl.⁷ heb ik uw Kamer geïnformeerd over het proces en de thema's die ik hierin aan de orde wil stellen. En tijdens het AO van 8 juni jl. (Kamerstukken 25 424, 29 325 en 32 793, nr. 547) heb ik aanvullend benadrukt dat preventie een belangrijk aandachtspunt zal zijn in de visie.

De afgelopen periode is er vanuit VWS een groot aantal gesprekken gevoerd met betrokkenen en belangstellenden in het veld. Hierbij benutten we zowel het professioneel, wetenschappelijk als ervaringsdeskundig perspectief. We hebben knelpunten, aandachtspunten en suggesties ter verbetering opgehaald en onze eerste ideeën getoetst. Op dit moment voer ik digitale rondetafelgesprekken, om volop interactief met elkaar na te denken over de wenselijke ontwikkelrichting van de ggz. Ik spreek in dat kader met tal mensen met kennis van het veld. Ik verwacht in het begin van 2021 de «visie zorglandschap ggz» aan uw Kamer te sturen. Deze visie zal nader ingaan op de specifieke context van de ggz, voortbouwend op de basis die de contourennota biedt.

Ik zie mijn visie als een schets waarover we het gesprek moeten voeren, daarom wil ik deze na verzending aan uw Kamer ter consultatie voorleggen aan het veld. Daarna moeten belangrijke onderwerpen nader worden verkend, onderbouwd en uitgewerkt. Definitieve besluitvorming over mogelijke beleidsopties is aan het nieuwe kabinet.

Plan van aanpak hoogcomplexen ggz

Dit jaar heb ik fors ingezet op een beter toegankelijk specialistisch zorgaanbod voor mensen waarbij dit niet zomaar goed te regelen is. Bij brief van 13 maart jl.⁸ heb ik uw Kamer hierover geïnformeerd, aan de hand van het «plan van aanpak hoogcomplexen ggz». Dit plan is – op mijn uitdrukkelijke verzoek – opgesteld door enkele zorgverzekeraars, ggz-aanbieders en brancheorganisaties Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse GGZ (dNggz). Dit heeft geresulteerd in het optuigen van acht regiotafels, waarmee een landsdekkend bereik is gerealiseerd. De kern van deze aanpak is dat patiënten met een uiterst hoogcomplexen zorgvraag in de ggz een behandelaanbod op maat krijgen, door middel van een verbeterde toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg voor deze doelgroep. Dit wordt gerealiseerd door een landelijk sluitend netwerk van zorgaanbieders en financiers in de vorm van regiotafels. De zorgbe-

⁷ Kamerstukken 25 424 en 25 295, nr. 531

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 545

hoeft van mensen met een hoogcomplexere zorgvraag wordt op een regiotafel ingebracht, als deze niet adequaat via de reguliere route kan worden opgepakt.

Bij mensen met een hoogcomplexere zorgvraag geldt dat er niet alleen sprake is van een specialistische zorgvraag, maar van meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen, problematiek op meerdere levensdomeinen en/of ernstig risico op lichamelijke schade. Deze patiënten hebben reeds meerdere behandelingen gehad en hebben een uitzonderlijk integraal behandelregime op maat nodig.

De regiotafels zijn allemaal vóór het einde van de zomer van start gegaan. In sommige regio's was dit later dan gepland, in verband met de omstandigheden door corona bij ggz-aanbieders en andere bij dit plan betrokken partijen. Inmiddels kunnen we reflecteren op de eerste beelden vanuit de acht betreffende landsdekkende regio's. Het aantal personen waarvan de zorgvraag besproken is aan de regiotafels in de periode van juli tot en met oktober ligt rond de 30. Dit is minder dan oorspronkelijk verwacht, maar – met het oog op een moeizame opstart vanwege de coronacrisis – toch een beeld dat perspectief biedt. De aanpak lijkt te werken. Er is inmiddels voor een deel van de groep personen passende zorg gevonden, inclusief financiering vanuit zorgverzekeraars. Het zoeken naar een passende plek is met deze mate van complexiteit een uitdagende zoektocht, maar betrokken partijen blijven garant staan voor een passend aanbod voor elke patiënt waarvan de zorgvraag ter bespreking bij de regiotafel terecht komt.

Ik hoor terug dat in alle acht regio's concrete processtappen gezet zijn en dat de energie en het enthousiasme bij de trekkers van de tafels en betrokken organisaties aanwezig is. Wat daarnaast opvalt, is dat op de regiotafels ingebrachte casuïstiek afkomstig is van een breed palet aan partijen. Naast de deelnemende partijen zijn dat bijvoorbeeld huisartsen en andere zorgverleners, maar ook verzekeraars (zorgbemiddeling).

Ik vind het prijzenswaardig hoe betrokken partijen het principe van doorzettingskracht op basis van gezamenlijke verantwoordelijkheid hier in de praktijk gaan brengen. Er worden slagen gemaakt voor een groep zeer kwetsbare mensen. Tegelijkertijd zijn we er nog niet. Het vinden van een «match» tussen hoogcomplexere zorgvraag en maatwerk-aanbod blijft een gecompliceerd vraagstuk, niet in de laatste plaats vanwege het vaak domeinoverstijgende karakter van de problematiek. Zoals ik uw Kamer tijdens het AO van 8 juni jl. aangaf, heb ik daarom de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) direct na oplevering van het plan hoogcomplexere ggz gevraagd om vanuit hun rol bij te dragen aan de doelen van het plan. De VNG heeft hier constructief op gereageerd en neemt op dit moment deel aan de begeleidingscommissie van het plan hoogcomplexere ggz. Samen met ZN en dNggz beziet de VNG vanuit deze positie welke casussen aan de orde komen en of er in de regionale infrastructuur hiaten zijn die moeten worden opgelost.

Als onderdeel van de ingezette monitoring, loopt er op dit moment in opdracht van de dragende partijen een evaluatie van de casuïstiek binnen het plan van aanpak hoogcomplexere ggz. Deze is begin 2021 afgerond en zal ik te zijner tijd met uw Kamer delen. Deze evaluatie geeft inzicht in de aard en omvang van de groep ingebrachte casussen en het percentage waar een passend aanbod voor is gevonden. Doel van de evaluatie is tevens een beeld te geven van de (ervaren) meerwaarde van het plan hoogcomplexere ggz. Ik ben positief over dit traject van monitoring, omdat het de kans biedt om opgedane inzichten te gebruiken voor doorontwikkeling. Zoals de opstellers van het plan eerder aangaven wordt geschat

dat er op dit moment ca. 250 – 300 casussen zijn die voor deze maatwerkaanpak in aanmerking komen. Dit aantal betreft een schatting die ook hoger of lager uit kan vallen.

De verwachting van zowel dNggz als ZN is dat de in het plan van aanpak gedefinieerde doelgroep, daar waar deze tot de Zorgverzekeringswet-aanspraken behoort, afdoende gefinancierd kan worden binnen de bestaande DBC-tarieven (inclusief de mogelijkheid om max-max tarieven af te spreken indien nodig).

Regionale doorzettingsmacht

Met mijn brief van 13 oktober jl.⁹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de vorderingen rondom regionale doorzettingsmacht. Ik heb met uw Kamer gedeeld hoe complex en weerbarstig de uitwerking van het concept is. We hebben te maken met veel verschillende belangen en de betreffende problematiek is in veel gevallen domein overstijgend. Hoewel een concrete uitwerking nog niet is gerealiseerd, heb ik mij de afgelopen tijd met relevante veldpartijen in de ggz ingespannen om vooruitgang te kunnen boeken. Om verder te komen, organiseer ik in december een zogenaamde «whole system in the room» bijeenkomst onder leiding van VWS. Door het gesprek met alle partijen tegelijk aan te gaan op basis van een aantal uitgangspunten die universeel gedragen worden, hoop ik een doorbraak te kunnen realiseren. Ik zal uw Kamer in januari informeren over de voortgang.

Gezamenlijk toezicht NZa & IGJ

Op mijn verzoek hebben de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hun toezichthoudende taken met betrekking tot de toegankelijkheid van de ggz de afgelopen jaren geïntensiveerd. Het toezicht van de NZa richt zich op de naleving van de zorgplicht door verzekeraars en de aanlevering van de wachttijdgegevens. Het toezicht van de IGJ richt zich op de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders, bijvoorbeeld bij de regionale vormgeving van de ambulante ggz. Aanvullend zijn de toezichthouders gestart met gezamenlijke toezicht op de regionale aanpak van de wachttijden.

Bij brief van 13 oktober jl.¹⁰ en in het VSO wachttijden ggz van 5 november jl.¹¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de aanvullende activiteiten die de NZa en de IGJ – naast hun eigen toezichthoudende taken – in gezamenlijkheid ontplooiën. Dit betreft het uitvoeren van een toezichtsronde in vier regio's waar de wachttijden erg lang zijn. De focus hiervan ligt op «samenwerking in de regio», waarbij de toezichthouders aandachtspunten agenderen en stimuleren op het nemen van de passende verbeterstappen. De IGJ en de NZa hebben per regio plannen gevraagd en monitoren de uitvoering hiervan actief. Inmiddels hebben ze hierover op 12 november jl. een rapportage op hun website gepubliceerd en deze ook aan mij toegestuurd.

In zijn algemeenheid concluderen de toezichthouders wederom dat de intensivering van regionale samenwerking cruciaal is voor de reductie van de wachttijden. Een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden is hierbij van belang. De samenwerking en afstemming in de regio verloopt niet altijd goed en partijen maken onvoldoende duidelijk naar elkaar wat zij van elkaar kunnen verwachten. Duidelijkheid over waar de

⁹ Kamerstuk 25 424, nr. 555

¹⁰ Kamerstuk 25 424, nr. 555

¹¹ Kamerstuk 25 424, nr. 557

regie ligt in de regio is daarbij van belang. Ik ben blij dat de toezichthouders een rol nemen in het stevig stimuleren van de samenwerking in de regio's. Daarmee bieden ze ook een concrete steun in de rug aan de zojuist aangestelde versnellers, die op initiatief de Stuurgroep wachttijden en mij zijn aangesteld.

De toezichthouders signaleren – op basis van zowel eerdere als nieuwe inzichten – problemen die ons grotendeels bekend zijn. Problemen waarop reeds verschillende acties zijn ingezet, die hun vruchten nog moeten gaan afwerpen. Zo werken we aan verbeterd (regionaal) zicht op zorgbehoefte en aanbod, onder andere door de aanpassing van de Transparantieregeling die de NZa heeft doorgevoerd, en zetten we in op verbeterde regionale samenwerking en betrokkenheid, door middel van de zogenaamde «transfermechanismen». Bovendien zijn er, zoals hierboven genoemd, voor acht regio's met lange wachttijden de genoemde versnellers ingezet.

De toezichthouders geven aan dat er ten aanzien van de doorstroming, instroom en uitstroom meer samenwerking nodig is tussen ggz aanbieders, sociaal domein en huisartsen. Ik herken dit. Over de samenwerking tussen huisartsen en de ggz-aanbieders vinden op dit moment gesprekken plaats in het veld. Met het oog op de relatie met het sociaal domein vind ik het belangrijk te noemen dat de VNG nu is aangesloten bij de landelijke stuurgroep wachttijden ggz.

Ik ga op korte termijn met de toezichthouders in gesprek over de resultaten van hun rapportage en mogelijke vervolgacties. Ik zal de uitkomsten van dit gesprek meenemen in mijn overleg met de veldpartijen.

Ambulantisering

In het debat van 29 januari (Kamerstuk 25 424, nr. 524) heb ik mij uitgesproken over een mogelijke heroverweging van verdere afbouw van de klinische capaciteit. Voor een oordeel hierover is, naast de uitkomsten van het onderzoek uitkomsten wachttijden beschermd wonen, een gedegen inzicht in de ontwikkelingen ook specifiek in het sociale domein van belang. In 2021 zal een breed gedragen monitor uitgevoerd gaan worden dat dit inzicht in beeld zal gaan brengen. Daarmee kunnen we de (intramurale) ggz-capaciteit, de plekken die beschikbaar zijn in beschermd wonen en breder aanbod in het sociale domein in onderlinge samenhang beschouwen.

ANW-diensten

Op 4 juni jl.¹² heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van de gezamenlijke acties van dNggz en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) bedoeld om de problemen rond de invulling van de avond-, nacht- en weekenddiensten aan te pakken. Dit mede in het licht van de motie van de leden De Lange en Van den Berg¹³.

Partijen hebben mij opnieuw geïnformeerd over de voortgang op diverse deelonderwerpen. Er is een aantal stappen gezet waarover ik uw Kamer graag informeer. De NVvP en dNggz hebben inmiddels via de aangekondigde brede uitvraag inzicht verkregen in de bezettingsbehoefte per regio, waaruit flinke verschillen zichtbaar worden. Op basis hiervan wordt voor elke regio een specifiek plan van aanpak opgesteld (een zogenaamd

¹² Kamerstukken 25 424 en 25 295, nr. 531

¹³ Kamerstuk 25 424, nr. 466

«regioplan»). De komende weken wordt gestart met het opstellen van de plannen voor de eerste regio's. Deze moeten in het eerste kwartaal van 2021 klaar zijn. De uitrol voor de overige regioplannen volgt direct daarna, zodat «best practices» uit de eerste regio's kunnen worden gebruikt. Hierbij wordt onder andere de mogelijkheden naar taakherschikking gekeken, als mogelijk middel om de druk op de diensten te verlichten.

Een tweede oplossingsrichting was het verder ontwikkelen en positioneren van «medische staven». Dit leidt tot meer inspraak, betrokkenheid en daarmee tevredenheid van psychiaters in een instelling. Zowel de NVvP als dNggz faciliteren bij het opzetten van medische staven, bijvoorbeeld door het aanbieden van een stappenplan, het opzetten van een meerdaagse training en het actief uitdragen van het belang van deze staven naar hun leden. Inmiddels heeft ruim 85% van de regio's een medische staf of zijn zij bezig met de oprichting daarvan.

De NVvP en dNggz geven aan dat de werkgroep die zich bezighoudt met het vraagstuk rondom beloning en het aantrekkelijker maken van uitvoeren van ANW-diensten, waarschijnlijk dit najaar nog haar resultaat oplevert.

Tenslotte werkt de NVvP aan een notitie waarin zij haar standpunt verwoordt en onderbouwt ten aanzien van het verplichten van ANW- en crisisdiensten via de herregistratie. De kern van het standpunt zal zijn dat een verplichting via de herregistratie niet wenselijk en haalbaar is en contraproductief zal werken in het licht van de ontstane problematiek. Omdat de NVvP wel van mening is dat crisiszorg een essentieel onderdeel is van het vak van psychiater zal de notitie ook een alternatieve deeloplossing bevatten die de beroepsvereniging zelf wil en kan implementeren. Het streven is om deze notitie 5 december af te ronden.

Ik ben blij te zien dat veldpartijen zich nadrukkelijk hebben gecommitteerd aan het vinden van oplossingen voor de diensten-problematiek. Zij geven aan dat de problematiek taai is en dat het coronavirus de voortgang van het dossier in de weg zit. Cruciaal is dat in dit traject de betreffende professionals nauw samen optrekken met de instellingen waar de diensten worden verricht. Door gerichte acties, zoals het opstellen van regioplannen, wordt ingezet op de regio's waar de problematiek speelt. Dit «maatwerk» in combinatie met de algemene maatregelen – zoals beloning, taakherschikking of het opzetten van medische staven (vastgelegd in CAO afspraken) – zie ik als een kansrijke aanpak. Juist omdat deze aanpak door de betrokken partijen zelf gedragen wordt, en niet van bovenaf is opgelegd. Tegelijkertijd besef ik terdege dat een aanpak pas als succesvol bestempeld kan worden, wanneer concrete resultaten hier aanleiding toe geven. Ik zie erop toe dat de huidige ontwikkelstappen van een solide vervolg worden voorzien. Vanzelfsprekend houd ik uw Kamer op de hoogte van relevante ontwikkelingen.

Arbeidsparticipatie in de ggz

Het hebben van passend werk draagt bij aan het kunnen meedoen in de samenleving, ook voor mensen met een psychische kwetsbaarheid die eerder uit het arbeidsproces zijn gevallen. We weten dat veel mensen met psychische problemen geen werk hebben en aan de kant staan. Een groep die de laatste jaren alleen maar is gegroeid. De ambitie om mensen met psychische aandoeningen aan het werk te helpen, wordt gedragen door alle betrokken partijen in de domeinen zorg en werk en inkomen. Enkele mooie voorbeelden hiervan zijn het project «Werk als beste zorg» van zorgverzekeraar VGZ, zorginstelling Yulius en de gemeente Drechtsteden en het project «Meedoen, meedelen». UWV, gemeenten, ggz-instellingen

en zorgverzekeraars werken hierbij samen om de verschillende bestaande geldstromen samen te voegen tot één geldstroom die bestemd is om mensen met een psychische kwetsbaarheid naar werk te begeleiden. Het begeleiden van mensen met een arbeidsbeperking naar werk levert maatschappelijk veel op. Mensen met een arbeidsbeperking doen minder vaak een beroep op ggz en Wmo-ondersteuning als ze werk hebben. De nadruk ligt op meedoen, inclusie, burgerschap, erbij horen, en waar dat kan: demedicaliseren. Ik ben ervan overtuigd dat deze initiatieven een impuls zullen geven aan een goed zorg-, participatie- en ondersteuningsaanbod voor mensen met psychische problemen. Stimulering en ondersteuning van de samenwerking tussen het domein werk en inkomen en het domein zorg is daarom nodig en noodzakelijk. De ministeries van SZW en VWS werken tegen deze achtergrond al geruime tijd samen met de Nederlandse ggz, UWV, VNG, Divosa, MIND en werkgeversorganisatie AWWN. Ik zal uw Kamer later over de voortgang van de hier genoemde initiatieven informeren.

Psychodiagnostisch werkenden

In mijn brief van 1 juli jl.¹⁴ heb ik aangegeven dat ik samen met de Vereniging van Psychodiagnostische werkenden (VVP) een aantal wegen aan het verkennen ben die kunnen bijdragen aan goede diagnostiek van patiënten in de ggz. Daarom heb ik de VVP in contact gebracht met Akwa ggz, zodat de VVP inhoudelijke inbreng kan leveren bij het opstellen van de generieke module diagnostiek, waarin ook de inzet van beroepen in de ggz wordt onderbouwd. Akwa ggz heeft inmiddels een werkgroep ingesteld en de VVP is bij deze werkgroep aangesloten.

Participatie bij netwerken/lerende cultuur

De leden Van den Berg en Diertens hebben mij per motie¹⁵ verzocht om in overleg met het veld te komen tot participatie bij de huidige netwerken, zodat behandelingen met goede resultaten eenduidig worden uitgevoerd en landelijk geïmplementeerd. De ggz-sector is voortdurend in beweging. Er wordt continu gezocht naar betere behandel mogelijkheden, meer kennis en expertise en betere kwaliteit van leven voor patiënten. Daarvoor is het belangrijk een doorlopende leercyclus in de (organisatie)cultuur te borgen en goede voorbeelden met elkaar te delen. Ook door en tussen instellingen wordt steeds meer in gezamenlijkheid geleerd. Er zijn diverse actieve leernetwerken tussen aanbieders en professionals in Nederland zoals bijvoorbeeld SUPRANET GGZ (het suïcidepreventie actienetwerk binnen de ggz) en Herstel voor Iedereen (platform dat verschillende netwerken de kans geeft om kennis en ervaringen uit te wisselen op gebied van herstel, participatie, bejegening en behandeling van mensen met een psychische kwetsbaarheid). En zo zijn er nog veel meer formele en informele netwerken gericht op leren van elkaar om mensen met ggz-problematiek nog beter te kunnen helpen. Ik vind het positief dat de sector hiermee laat zien initiatief te nemen om van elkaar te leren, niet alleen binnen instellingen, maar aanbieder-overstijgend en op belangrijke thema's gericht. Akwa GGZ ondersteunt daarnaast als onafhankelijke organisatie in de ggz deze lerende netwerken. Ten eerste heeft Akwa GGZ een online panel voor professionals. Doel van het panel is om de mening van zorgprofessionals in te zetten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Verder is er veel interesse in de mogelijkheden die het GGZ Dataportaal biedt. In GGZ Dataportaal kan de voortgang van de behandeling worden bijgehouden. Vervolgens kunnen behandelaars en instellingen door spiegelrapportages gebaseerd op geaggregeerde (en

¹⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 546

¹⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 514

geanonimiseerde) data van zichzelf en elkaar leren. Onder andere Verslavingskunde Nederland (VKN) en het eerder genoemde SUPRANET GGZ gaan gebruikmaken van de mogelijkheden van het Dataportaal zoals spiegelrapportages. Vanuit de wil om te leren en te verbeteren zoeken aanbieders de verbinding met elkaar in lerende netwerken en willen zij gebruikmaken van de onderzoeks- en vergelijkingsmogelijkheden.

Zorgevaluatie en gepast gebruik

Op 2 juli jl. is door het lid Van den Berg c.s. een motie¹⁶ ingediend die ertoe strekt om naar het voorbeeld van de medisch-specialistische zorg te komen tot een project Zorgevaluatie en Gepast Gebruik voor de ggz. Daarbij heb ik aangegeven hetgeen er al in de ggz gaande is te willen betrekken en dat bij elkaar te willen voegen om daarover met de partners van het hoofdlijnenakkoord ggz het gesprek te willen voeren. De Kamer heeft daarbij verzocht om uiterlijk 1 januari 2021 geïnformeerd te willen worden over het plan van aanpak. De uitvoering van de motie wordt goed ter hand genomen. Met de indieners van de motie ben ik van mening dat het goed is om te bekijken naar hetgeen er gaande is op het gebied van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik in de medisch specialistische zorg en te bekijken wat de ggz daarvan kan leren. Ik wil daaraan toevoegen, en dat heb ik al eerder aan uw Kamer meegedeeld, dat het zeker niet zo is dat er op dit moment in de ggz niks gebeurt op het gebied van leren en ontwikkelen. Naar aanleiding van de motie heb ik met Zorginstituut Nederland, Akwa ggz en ZonMw die betrokken zijn bij kennisnetwerken in de ggz gesproken om hierover meer inzicht te krijgen. Daarnaast heeft er op 7 oktober jl. op initiatief van de NVvP een expertbijeenkomst over zorgevaluatie in de ggz plaatsgevonden. Centraal in deze bijeenkomst stonden de vragen of zorgevaluatie en gepast gebruik de kwaliteit van behandelingen in de ggz kan verbeteren en hoe zorgevaluatie en gepast gebruik in de ggz te bevorderen zijn. Ik ben de NVvP zeer erkentelijk voor hun betrokkenheid en inzet van deskundigheid op dit thema en laat mij informeren over het vervolg. Samen met de genoemde partijen ga ik de vervolgstap maken om een en ander te kunnen vatten in het plan van aanpak. Voor het einde van dit jaar zal ik uw Kamer dit het plan van aanpak sturen.

Herdiagnostiek

De leden Diertens, Van den Berg, Regterschot en Dik-Faber hebben per motie¹⁷ verzocht onderzoek te laten doen naar hoeveel patiënten in de specialistische ggz geholpen kunnen worden met de werkwijze van herdiagnostiek zoals door ggz-instelling GGNet is toegepast. Tevens hebben zij de regering verzocht om op basis van deze onderzoeken ggz-veldpartijen aan te sporen om de opgedane inzichten toe te passen en zorgverzekeraars en toezichthouders aan te sporen hierop toe te zien. Over dit onderwerp heb ik, zoals toegezegd tijdens het AO van 8 juni jl., inmiddels meerdere keren gesproken met de betreffende onderzoekers en andere betrokkenen, waaronder ggz-instelling GGZ Oost- Brabant en het actieplatform Herstel voor Iedereen. Het potentieel van de aanpak en de ervaringen die zij schetsen spreken mij zeer aan. Ik streef ernaar de aanpak met voortvarendheid breed uit te rollen.

In Nederland zijn er naar schatting 281.000 patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) tussen de 18 en 65 jaar. Het zorgmodel DITSMI (Diagnose, Indicate, Treat Severe Mental Illness) heeft als doel patiënten met een EPA opnieuw en soms voor het eerst te diagnosticeren

¹⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 536

¹⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 542

en na indicatiestelling te behandelen volgens de huidige professionele richtlijnen. Voor de uitvoering van de motie van het lid Dierstens c.s. wordt samen met GGNet en enkele van hun samenwerkingspartners verkend hoe de resultaten van het zorgmodel DITSMI breder beschikbaar gesteld en geïmplementeerd kunnen worden bij ggz-instellingen in Nederland. Bij de implementatie van DITSMI bij een aantal ggz-instellingen zal onderzocht worden of de implementatie tot vergelijkbare resultaten leidt als bij GGNet. Voordat er ook daadwerkelijk geïmplementeerd kan worden zal via actieonderzoek worden onderzocht welke belemmerende en bevorderende factoren van invloed zijn en welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn voor succesvolle implementatie. Na afronding van dit actieonderzoek zal implementatie van start gaan binnen de geselecteerde ggz-instellingen waarna DITSMI verder kan worden verbreed naar meer ggz-instellingen in Nederland. Het gaat dus om een ambitieus, intensief en minutieus traject waarbij de te doorlopen stappen zorgvuldig en gedegen moeten worden uitgevoerd. Stapsgewijze opschaling is volgens de onderzoekers een noodzakelijke randvoorwaarde om landelijke implementatie te laten slagen. Ik wil de adviezen vanuit GGNet en de betrokken partijen niet negeren waarbij het gaat om gefaseerd en zorgvuldig uitbouwen en implementeren. Ik ben verheugd te merken dat alle betrokkenen gemotiveerd zijn en heb er vertrouwen in dat zij zich sterk maken om dit traject verder te gaan brengen.

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

Op 1 januari dit jaar is de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) in werking getreden. Bij de start heb ik de ketenpartners beloofd niet te wachten met het verbeteren van de wet waar dat noodzakelijk was, ook in het belang van goede zorg voor de betrokkene. In mijn brieven en in de nota naar aanleiding van het verslag bij het Spoedreparatiewetsvoorstel om de uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) te vergroten¹⁸ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de processen die lopen om de uitvoerbaarheid van de wet te verbeteren. In de gesprekken die ik de afgelopen maanden met de ketenpartners heb gevoerd over de voorstellen voor reparatiewetgeving, werden de uitgangspunten van de wet en het belang van een goede rechtsbescherming van de betrokkene gedeeld door alle partijen. Waar draagvlak was voor aanpassing van de wet, is dit meegenomen in de Spoedreparatiewet, die op 29 oktober 2020 in werking is getreden, of in het tweede Reparatiewetsvoorstel, dat ik naar verwachting rond de jaarwisseling aan uw Kamer kan aanbieden. Ik blijf met partijen in overleg over de uitvoering van de Wvggz. Zo heb ik vorige week nog gesproken met MIND, de stichting PVP (patiëntenvertrouwenspersoon), de dNggz, de NVvP en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) om te bekijken wat er verder nog mogelijk is om de uitvoerbaarheid van de wet te verbeteren, vooruitlopend op de evaluatie eind 2021.

Krankzinnigenwet op de BES-eilanden

Tijdens het AO op 8 juni jl. heeft uw Kamer gevraagd om de verouderde Krankzinnigenwet op de BES-eilanden aan te laten sluiten bij de Nederlandse wetgeving op het gebied van gedwongen zorg en de Kamer hierover na de zomer te informeren. Ik heb toegezegd een verkenning in te stellen naar de meerwaarde van het vervangen van de Krankzinnigenwet op de BES-eilanden door nieuwere wetgeving. Ik heb tijdens het AO ook al aangegeven dat we niet de hele systematiek van de Wvggz en

¹⁸ Kamerstukken 35 370 en 32 399, nr. 3; Kamerstuk 35 370, nr. 4; Kamerstuk 25 424, nr. 551; Kamerstuk 25 424, nr. 555; Kamerstuk 35 456, nr. 6

Wzd zondermeer kunnen vertalen naar Bonaire, Saba en Sint-Eustatius. Deze wetten zijn vanwege de eiland-specifieke kenmerken, die resulteren in een ander zorgaanbod, namelijk niet een-op-een toepasbaar op de eilanden.

In een eerder stadium was het idee de verkenning lokaal uit te voeren, maar vanwege de coronacrisis en daarbij samenhangende lokale personele capaciteitsproblemen en vliegbeperkingen is het nog niet mogelijk geweest dit onderzoek uit te voeren en af te reizen naar de BES-eilanden. Daarbij komt dat we nog volop bezig zijn met de implementatie en reparatie van de wetten in Nederland. Wanneer we willen kijken welke elementen uit de nieuwe Europees Nederlandse wetgeving geschikt zijn om te gebruiken voor de BES-eilanden, is het nodig dat hiermee meer ervaring is opgedaan. Alles bij elkaar heeft dit ervoor gezorgd dat het niet mogelijk was een verkenning binnen de gewenste termijn in te stellen.

Ik laat een aangepaste verkenning uitvoeren op de BES-eilanden. Hierbij breng ik de huidige situatie in kaart en betrek ik lokale actoren om de behoefte tot aanpassing van de wetgeving te concretiseren. Het doel is om een geschikte manier te vinden om de rechtsbescherming van de patiënt op de BES-eilanden beter te waarborgen in een kleinschalige setting en duidelijke handvatten te bieden voor ggz-professionals. Of het meerwaarde heeft nieuwe wetgeving hiervoor in te zetten zal moeten blijken uit de verkenning. Betrokkenheid van de lokale actoren is van belang om dit doel te laten slagen. In januari 2021 zal ik uw Kamer informeren over de voortgang van de verkenning.

Tot slot

Met deze brief heb ik uw Kamer geïnformeerd over ontwikkelingen in de ggz-sector ter voorbereiding op het Notaoverleg van 19 november 2020. Samen met de organisaties in de ggz houd ik een vinger aan de pols waar het gaat om de impact op de sector, als gevolg van het coronavirus en de getroffen coronamaatregelen. Voorop staat dat we mentale gezondheid en zorg aan mensen met een psychische kwetsbaarheid zo goed mogelijk blijven ondersteunen. Ik heb veel respect voor de wijze waarop professionals in de ggz hier telkens weer vorm aan weten te geven, ook onder de huidige moeilijke omstandigheden.

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