

Vergaderjaar 2021–2022

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

L

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

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 november 2021

Hierbij bied ik u een afschrift aan van de brief van 4 november 2021 over de ontwikkelingen in de ggz waaronder de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz), die aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal is aangeboden.

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

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 november 2021

Met deze brief wil ik u informeren over de voortgang op een aantal onderdelen van het ggz-beleid. Ik ga achtereenvolgens in op de wachttijden in de ggz, de consultatie- en coördinatiefunctie, de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz), de evaluatie van het dashboard capaciteit beveiligde bedden en het zorgprestatie-model. Het onderdeel Wvvggz stuur ik u mede namens de Minister voor Rechtsbescherming. Het onderdeel over de evaluatie van het dashboard capaciteit beveiligde bedden verstuur ik u mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid.

Wachttijden in de ggz

In de brief van 12 juli jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de meest recente wachttijdcijfers die door de NZa met mij zijn gedeeld. Ik heb destijds toegezegd u na de zomer te informeren over de voortgang op een drietal belangrijke elementen in de aanpak van de wachttijden: de transfermechanismen, het plan hoogcomplexiteit ggz en de voortgang op de regionale doorzettingsmacht. Hieronder ga ik achtereenvolgens op deze onderwerpen in.

Transfermechanismen & regionale samenwerking

Ik heb u met mijn brief van 11 februari jl.¹ geïnformeerd over de opzet van de zogenaamde transfermechanismen. Binnen het transfermechanisme spannen verwijzers, aanbieders en financiers zich optimaal in om cliënten tijdige en passende zorg te bieden en zo de wachttijden te verkorten. Een transfermechanisme wordt – binnen een aantal kaders – vormgegeven en ingevuld naar de behoefte van een regio. Zo kan er in de ene regio meer nadruk liggen op de overdracht van cliënten op de wachtlijst naar andere aanbieders, terwijl er in de andere regio meer wordt ingezet op het verbeteren van de door- en uitstroom van cliënten.

Op 1 november jl. heeft de landelijke stuurgroep wachttijden mij bijgepraat over de voortgang op de transfermechanismen. De stuurgroep geeft aan dat er op dit moment in 28 van de 31 regio's een werkend transfermechanisme bestaat. In de regio's waar dit nog niet geldt, worden wel goede stappen gezet richting het alsnog zo snel mogelijk realiseren van een mechanisme. De stuurgroep staat in nauw contact met de regio's voor het realiseren van de afspraken, met name waar de laatste stappen nog gezet moeten worden. Hoewel nagenoeg alle operationele transfermechanismen zich nog in de startfase bevinden, zijn de eerste ervaringen volgens de stuurgroep positief. Naast deze ontwikkelingen met betrekking tot de transfermechanismen, ziet de landelijke stuurgroep over het algemeen een verbetering in de regionale samenwerking tussen diverse partijen, bijvoorbeeld verwijzers, sociaal domein, grote aanbieders en verzekeraars. Deze observaties worden onderschreven door het briefrapport van de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) en de Nederlandse zorgautoriteit (NZa)².

Vanzelfsprekend blijf ik de (door)ontwikkeling van de transfermechanismen en de regionale samenwerking ook de komende maanden nauwlettend volgen. Ik heb daarbij in het bijzonder aandacht voor de regio's waar op dit moment nog geen mechanisme operationeel is.

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 581.

² Briefrapport wachttijden ggz – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

De afgelopen jaren heb ik me sterk gemaakt voor het toegankelijker maken van de geestelijke gezondheidszorg, ook voor mensen met een hoogcomplexe zorgvraag. Met mijn brief van 13 maart 2020³ heb ik uw Kamer geïnformeerd over het zogenaamde plan van aanpak hoogcomplexen ggz. Dit plan is op mijn verzoek uitgewerkt door enkele grote zorgverzekeraars, grote ggz-aanbieders en brancheorganisaties Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse ggz (deNLggz). Het ziet erop dat patiënten met een hoogcomplexen zorgvraag⁴ met prioriteit aan een behandelaanbod op maat te helpen, door een landsdekkend netwerk van zogenaamde «regiotafels»⁵.

Op 13 november 2020 deelde ik per brief enkele eerste bevindingen en inzichten met betrekking tot de uitvoering van het plan met u⁶. De afgelopen maanden heb ik met de betrokken partijen overlegd over de *voorlopige* resultaten van de monitoring die zij laten uitvoeren. Het belangrijkste inzicht uit deze monitoring is dat het plan daadwerkelijk meerwaarde heeft voor cliënten en de regionale samenwerking zienderogen verbetert. Tegelijkertijd blijkt het aantal aanmeldingen voor de bovenregionale tafels hoogcomplexen casuïstiek lager dan in eerste instantie werd verwacht, met zo'n 35 ingebrachte casussen in de eerste maanden van de implementatie van het plan. Ik heb aanbieders en verzekeraars kritische vragen gesteld over het aantal van 35 casussen, dat in contrast lijkt te staan met de schatting die vooraf door hen werd gemaakt⁷. Partijen hebben mij toegezegd begin 2022 een actualisatie van het aantal ingebrachte casussen te geven.

DeNLggz, ZN en het onderzoeksbureau benadrukken dat hen geen signalen bereiken dat er mensen zijn die onterecht buiten beeld blijven. Wel geven zij aan dat er al veel patiënten via andere structuren, zoals de transfermechanismen, geholpen worden en dus niet bij het plan hoogcomplexen ggz terecht komen. Om te voorkomen dat mensen uit de doelgroep, ondanks het uitblijven van signalen, toch buiten beeld blijven of niet worden geholpen, heb ik met de partijen afgesproken dat extra inzet wordt gepleegd op het vergroten van de bekendheid en toegankelijkheid volgens drie sporen: 1) de bekendheid van het plan onder verwijzers en zorgaanbieders verbeteren, 2) de bekendheid van het plan onder de doelgroep verbeteren en 3) het vergroten van de toegankelijkheid van het plan door het nadrukkelijk hanteren van «de menselijke maat» in het beoordelen van casussen die anders mogelijk nét niet binnen de toetsingscriteria vallen. De «menselijke maat» houdt volgens de betrokken partijen concreet in dat professionals aan de tafels ervoor kunnen kiezen om mensen die feitelijk (net) buiten de toegangscriteria vallen, toch te bespreken en te helpen.

DeNLggz en ZN hebben in de zomer actie ondernomen op het eerste en laatste spoor door gerichte communicatie over regiotafels hoogcomplexen ggz richting relevante partijen (verwijzers, zorgaanbieders, verzekeraars)

³ Kamerstuk 25 424, nr. 545.

⁴ Bij patiënten met een hoogcomplexen zorgvraag is er niet alleen sprake van een (hoog)specialistische zorgvraag, maar ook van meerdere vervlochten psychiatrische aandoeningen, problemen op meerdere levensdomeinen en/of ernstig risico op lichamelijke schade. Voor deze patiënten geldt dat zij al meerdere ggz-behandelingen hebben gehad en een uitzonderlijk behandelregime op maat nodig hebben.

⁵ Ook wel: bovenregionale tafel hoogcomplexen casuïstiek.

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 559.

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 525. De schatting was toen dat het om 250 tot 300 mensen ging. Dit betrof een aanname gebaseerd op de 10% van de patiënten met de hoogste zorgkosten binnen de ggz.

in de regio's. Zij werken momenteel aan gerichte communicatie op *landelijk* niveau.

Door VWS is gewerkt aan het versterken van de voorlichting aan de doelgroep, «aan de voordeur». Op de website www.regelhulp.nl en via «het Juiste Loket» kunnen cliënten nu niet alleen informatie krijgen over de (acht) bovenregionale tafels, maar wordt ook duidelijk uitgelegd wie er in welke volgorde kan worden benaderd en hoe zij contact kunnen opnemen met de voor hen relevante bovenregionale tafel.

Begin 2022 rondt het onderzoeksbureau zijn evaluatie in opdracht van de NLggz en ZN af en zal ik deze met uw Kamer delen.

Regionale doorzettingsmacht

Met mijn brief van 11 februari jl.⁸ informeerde ik u over de overeengekomen hoofdlijnen van regionale doorzettingsmacht. Sindsdien is er hard gewerkt aan een nadere uitwerking. Dit was niet eenvoudig, met name door de veelheid aan belangen, factoren en betrokkenen. Maar ik ben trots op het resultaat waar alle partijen zich achter kunnen scharen.

We hebben afspraken gemaakt over twee aspecten: het opschalingsmodel, waarover ik uw Kamer al eerder informeerde⁹, en cliëntondersteuning. Regionale doorzettingsmacht heeft als doel te voorkomen dat patiënten die ggz-zorg nodig hebben, maar voor wie via de reguliere kanalen geen passende/geschikte behandelplek gevonden kan worden, tussen wal en schip vallen. In eerste instantie wordt er voor een cliënt op regionaal niveau naar passend aanbod gezocht. Als dat niet lukt wordt de vraag van de cliënt «geëscaleerd» naar een bovenregionale tafel. Als ook daar geen geschikte behandelplek is, wordt er naar het (regionale) bestuurlijk niveau geëscaleerd en als dáár geen overeenstemming bereikt wordt, wordt een casus naar de voor ggz verantwoordelijke bewinds-persoon van VWS doorverwezen. Deze kan – op basis van alle beschikbare informatie en professioneel advies – een bindende uitspraak doen over waar een passende plek geboden moet worden en hoe de financiering geregeld wordt. In dit hele opschalingsproces is ondersteuning van de cliënt, door bijvoorbeeld de cliëntondersteuner, cruciaal. Deze (cliënt)ondersteuner kan bovendien invloed uitoefenen op het proces. Zo kan hij/zij in overleg met de cliënt bijvoorbeeld besluiten de vraag van een cliënt naar de volgende trede binnen de opschalingsstructuur te escaleren.

Om ervoor te zorgen dat het opschalingsmodel in elke regio op orde is, is er een zogenaamde «handreiking» opgesteld. In deze handreiking wordt beschreven wat er in de regio's minimaal op orde moet zijn. Alle betrokken veldpartijen hebben met het vaststellen van de handreiking toegezegd erop toe te zien dat regio's ook echt voldoen aan die minimale eisen. Zo wordt gegarandeerd dat iedereen die in het proces van regionale doorzettingsmacht instroomt, aan een behandelplek wordt geholpen. Het is belangrijk dat regio's uiteindelijk de precieze inrichting van de regionale doorzettingsmacht kunnen kiezen die bij de regionale omstandigheden past.

Wat er nodig en mogelijk is om cliëntondersteuning ten behoeve van regionale doorzettingsmacht verder vorm te geven, werk ik de komende maanden uit samen met MIND en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Ik informeer uw Kamer voor het begin van het tweede kwartaal van 2022 over deze uitwerking.

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 581.

⁹ Kamerstuk 25 424, nr. 581.

Ik heb uw Kamer in het verleden meermaals geïnformeerd¹⁰ over de inzet van zogenaamde «versnellers» in de acht regio's die door de landelijke stuurgroep wachttijden waren aangewezen als «probleemregio»¹¹. Inmiddels is de opdracht van de, door VWS gefinancierde, versnellers in de acht regio's afgelopen en concludeer ik – samen met de stuurgroep – dat deze succesvol is. De versnellers identificeerden knelpunten en kwamen tot een aanpak die een duurzame regionale samenwerking bevordert. Ook droegen zij in veel gevallen bij aan het opzetten van de transfermechanismen en andere regionale samenwerkingsafspraken.

In de acht regio's waar de versnellers actief waren, werd door de IGJ en NZa het afgelopen jaar gezamenlijk toezicht gehouden. In een briefrapport, dat zij eind oktober met mij deelden, doen zij verslag van hun belangrijkste bevindingen en aanbevelingen. Eén van de belangrijkste conclusies van de toezichthouders is dat er het afgelopen jaar in de acht regio's, veel meer dan in de jaren daarvoor, sprake is van een verbeterde samenwerking bij het terugdringen van de wachttijden. Ook zijn de toezichthouders positief over de toenemende betrokkenheid vanuit huisartsen en de opzet van de transfermechanismen, die daadwerkelijk een verschil voor de cliënt kunnen maken. Tegelijkertijd zien de toezichthouders dat de uitvoering van de ingezette acties zich vaak nog in het beginstadium bevindt. Hierdoor zijn er nog weinig concrete resultaten bereikt. Ook kennen partijen elkaar (soms) nog niet goed, waardoor het onderling vertrouwen beperkt is.

De toezichthouders doen aanbevelingen aan partijen in de regio, leden van de stuurgroep wachttijden en aan VWS. Voor VWS gaat het om drie concrete aanbevelingen: borg de continuïteit van de regionale samenwerking en ondersteuning, neem de regie bij het vormgeven van de benodigde randvoorwaarden om de regionale samenwerking te verbeteren en ga de mogelijkheden na om de zorgvraag naar ggz te verkleinen, bijvoorbeeld door een zwaardere inzet van preventie. Ik neem de aanbevelingen die de toezichthouders doen ter harte. Ik verken de komende tijd samen met de landelijke stuurgroep hoe de continuïteit van regionale samenwerking te borgen. Voor het nemen van de regie in het vormgeven van randvoorwaarden voor de regionale samenwerking zet ik me al enige tijd in, bijvoorbeeld in het komen tot landelijke afspraken over samenwerking binnen regionale doorzettingsmacht.

Ten aanzien van het verkleinen van de zorgvraag naar ggz geldt dat ik de rol van preventie daarin belangrijk vind. Ik heb u onlangs de verkenning naar de contouren van een Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid doen toekomen¹². Het belang van inzet op dit thema is ook meegenomen in de ambtelijke discussienota ggz, die voor de zomer openbaar is gemaakt. Besluitvorming over de maatregelen die in de discussienota worden geopperd, laat ik graag over aan een nieuw kabinet.

Inzet wachttijden

Ik heb mij – samen met de veldpartijen – de afgelopen periode stevig ingezet voor het aanpakken van de te lange wachttijden in de ggz. Ondanks dat er ontzettend veel werk is verzet, leidt dit helaas nog niet meteen tot kortere wachttijden. De wachttijden hebben vele uiteenlopende oorzaken en de oplossingen liggen daarmee ook op meerdere

¹⁰ Zie onder andere Kamerstuk 25 424, nr. 555 & 588.

¹¹ Te weten, Groningen, Drenthe, Flevoland, Apeldoorn/Zutphen, Nijmegen, Amsterdam, Rotterdam en Zuid-Limburg.

¹² Kamerstukken II, 2020–2021, 32 793, nr. 573.

fronten. Er zijn vorderingen, bijvoorbeeld waar het gaat om de eerste signalen over de transfermechanismen. Maar we hebben helaas meer tijd nodig om concrete resultaten terug te zien in de wachttijden. Ik beseef ook dat er nog meer stappen noodzakelijk zijn om te komen tot een duurzame en toekomstbestendige ggz. De toegankelijkheid van de ggz blijft onder toenemende druk staan – het veld signaleert een toenemende zorgvraag¹³, de arbeidsmarkt vormt een blijvende uitdaging en de NZa en de IGJ geven aan dat ook de pandemie zijn weerslag op de sector heeft gehad. Er is – naast het voortzetten van de ingezette actielijnen – nog veel werk te doen omtrent de inzet op preventie, de toegang tot de ggz, de begeleiding en de uitstroom uit de ggz en de aansluiting van het sociaal domein. Zoals ik ook aangaf in de verkenning naar de contouren van een Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid zal dit ook een domein overstijgende aanpak vragen. Met de ambtelijke discussienota zorgland-schap ggz, en de dialoog die daaruit volgt, liggen er voor het volgende kabinet elementen voor die bij kunnen dragen aan de aanpak van deze vraagstukken.

Ik ga de komende maanden verder in gesprek met de stuurgroeppartijen om te reflecteren op de acties die in het afgelopen jaar zijn ingezet en vooruit te kijken naar wat er in het aankomende jaar en verder nodig is om verdere stappen te kunnen zetten. Ik zal uw Kamer te zijner tijd over de uitkomsten van dit gesprek informeren. Ook zal ik uw Kamer begin 2022 over de nieuwste wachttijd cijfers informeren, die de NZa rond het einde van het jaar met mij deelt.

Vorderingen consultatie- en coördinatiefunctie

De consultatiefunctie ggz is een vorm van domeinoverstijgende samenwerking. Doordat professionals uit zowel het sociale domein als het ggz domein elkaar onderling bevragen en adviseren, wordt getracht cliënten de juiste zorg, ondersteuning en begeleiding te bieden. In het hoofdlijnen-akkoord ggz 2019–2022 is de afspraak gemaakt dat er behoefte is aan bekostiging van de consultatiefunctie. Om invulling te geven aan deze vorm van raadpleging stellen betrokken partijen met elkaar vast wat er wordt verstaan onder de consultatiefunctie, onder welke omstandigheden behoefte is aan consultatie en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Aan het Zorginstituut is gevraagd een advies uit te brengen over de vraag of in uiteenlopende situaties waar geconsulteerd wordt sprake kan zijn van verzekerde zorg (Zorgverzekeringswet, Zvw). Het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat in sommige situaties de consultatiefunctie ggz ten laste van de Zvw gebracht kan worden. Het gaat hierbij om cliënten die alleen in zorg zijn bij de huisarts en/of POH ggz en/of worden begeleid vanuit het sociaal domein en waarbij de beschikbaarheid van ggz-expertise (voor consultatie) zwaardere zorg kan voorkomen. Bemoeizorg, waar gemeenten voor verantwoordelijk zijn, valt dus buiten deze reikwijdte en ligt binnen het bereik van de Wmo.

Samen met de VNG, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut, de NZa en de Nederlandse ggz worden verschillende bekostigingsopties uitgewerkt. Daarbij is uiteraard ook aandacht voor de uitvoering en vraagstukken die daarbij horen. In de uitwerking wordt, aan de hand van het in kaart brengen van praktijksituaties, ook de afbakening van bemoeizorg meegenomen. Hierbij worden ook praktijkvoorbeelden betrokken gericht op de samenwerking met het jeugddomein en volwassen ggz.

¹³ Dit betreft zowel jeugd- als volwassenen-ggz, overigens is deze toename niet zichtbaar in de data van de NZa.

Mijn inzet is erop gericht voor het einde van het jaar te komen tot een richtinggevend bestuurlijk besluit over de vormgeving van de bekostiging. Afhankelijk van de richting die wordt gekozen, kan het zijn dat de beoogde vormgeving vervolgens – na verdere uitwerking – nog enige implementatietijd vergt. Een bekostigingsaanpassing heeft gevolgen voor ICT, inkoop en (beleids)regels van de NZa. Daarnaast moet de bekostigingswijziging mogelijk worden voorgehangen bij het parlement, alvorens ik de NZa een aanwijzing kan geven om de bekostiging in regelgeving (beleidsregels) vorm te geven. Ook de vormgeving en uiteindelijk vaststelling van beleidsregels vergt het doorlopen van procedures. Het doel is dat de bekostiging voor de consultatiefunctie uiterlijk in 2023 in werking kan treden.

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

Stand van zaken ontwikkeling keteninformatievoorziening

Om de administratieve lasten van de uitvoering van de Wvvgz te reduceren, is op drie manieren actie ondernomen. Ten eerste is voorzien in reparatiewetgeving. Ten tweede heeft het Ketenprogramma implementatie Wvvgz (hierna: ketenprogramma) samen met de ketenpartijen¹⁴ ketenafspraken en informatieproducten gemaakt en ten derde is gewerkt aan een keteninformatievoorziening ten behoeve van gestructureerde informatie-uitwisseling. Daarmee is ook invulling gegeven aan de motie van de leden Van Wijngaarden en Van Toorenburg, die vroeg om te komen tot een aanpak om een forse administratieve lastenreductie te realiseren.¹⁵

Wat de reparatiewetgeving betreft hebben beide Kamers der Staten-Generaal twee reparatiewetsvoorstellen aangenomen, waarmee is beoogd de uitvoering van de Wvvgz te verbeteren. Deze twee reparatiewetten zijn in oktober 2020¹⁶ respectievelijk november 2021¹⁷ in werking getreden.

Sinds de inwerkingtreding van de Wvvgz op 1 januari 2020 hebben ketenpartijen ervaring opgedaan met de uitvoering van de wet. Op basis van deze ervaring hebben zij in het ketenprogramma de door hen opgestelde ketenafspraken en informatieproducten vereenvoudigd en die vernieuwde versies in gebruik genomen. Zo zijn bijvoorbeeld werkafspraken over de uitvoering van zorgmachtiging aangevuld en zijn de handreikingen omtrent de crisismaatregel en het verkennend onderzoek geactualiseerd. Ook hebben zij ter voorbereiding op de inwerkingtreding van de reparatiewetgeving de ketenafspraken en informatieproducten aan de desbetreffende wetswijzigingen aangepast.

¹⁴ De Nederlandse ggz, de Nederlandse orde van advocaten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, MIND, de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen, de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, het Openbaar Ministerie, de politie, de Rechtspraak, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de Ministeries van Justitie en Veiligheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹⁵ Kamerstukken II 2019–20, 24 587, nr. 778.

¹⁶ Wet van 7 oktober 2020, houdende wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten teneinde de uitvoerbaarheid op punten te vergroten en enkele technische onvolkomenheden en omissies te herstellen (Stb. 2020, 404).

¹⁷ Wet van 29 september 2021 tot wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten teneinde de uitvoering te vereenvoudigen en technische onvolkomenheden en omissies te herstellen (Stb. 2021, 468).

Ten aanzien van de keteninformatievoorziening heb ik uw Kamer in mijn brief van 13 oktober 2020¹⁸ geïnformeerd over de pas op de plaats, waartoe de ketenpartijen destijds gezamenlijk hadden besloten. Het ketenprogramma en de ketenpartijen hebben vervolgens criteria opgesteld waaraan een toekomstige keteninformatievoorziening moet voldoen en er zijn meerdere scenario's uitgewerkt. Op dit moment blijkt er helaas geen ketenbreed draagvlak te zijn om de ontwikkeling van de keteninformatievoorziening voort te zetten. De VNG heeft aangegeven dat het werken met de huidige functionaliteit volstaat en de baten van verdergaande investeringen in een informatievoorziening beperkt zijn. De Nederlandse ggz heeft aangegeven dat voor hen de investering niet opweegt tegen de potentiële baten. Daarbij wordt er momenteel al veel van de ggz-sector gevraagd op het gebied van ICT en organisatorische veranderingen, mede vanwege de invoering van het zorgprestatie-model. De ketenpartijen hebben daarom voor nu besloten tot het stopzetten van de programma-activiteiten voor een keteninformatievoorziening.

Ik respecteer deze uitkomst en de standpunten van de verschillende ketenpartijen. Een ketenbrede aanpak vergt een breed draagvlak onder alle betrokken partijen. Ik blijf me inspannen voor de reductie van administratieve lasten en een goede uitvoerbaarheid van de Wvvgg. In dit licht is de wetsevaluatie, die nu plaatsvindt, van belang. Alle partijen hebben aangegeven dat als de evaluatie hiertoe aanleiding vormt, opnieuw met hen naar de mogelijkheden voor een voortgezette samenwerking inzake informatievoorziening gekeken zal worden.

Daarbij ben ik verheugd dat de ketenpartijen voornemens zijn om de ketensamenwerking ook in 2022 voort te zetten, nadat het formele opdrachtgeverschap van de Ministeries van Justitie en Veiligheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport eind dit jaar eindigt. Er ligt een gezamenlijk activiteitenplan om de uitvoerbaarheid van de Wvvgg verder te verbeteren, onder meer in het tijdig kunnen betrekken van een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en de mogelijkheid voor betrokkene om verplichte zorg af te wenden met een eigen plan van aanpak. Een belangrijk doel van de wet – goede zorg voor de betrokkene – blijft voor alle ketenpartijen een gedeeld belang waarop iedereen elkaar vindt en zal blijven vinden.

Stand van zaken gebruik veilige mail in de Wvvgg-keten

In mijn brief van 8 juli jl.¹⁹ heb ik uw Kamer laten weten dat uit een eerste inventarisatie van het ketenprogramma volgde dat veilige mail niet bij alle ggz-instellingen, gemeenten en rechtbanken goed geïmplementeerd leek, waardoor mogelijk informatiebeveiligingsrisico's spelen en onnodige administratieve lasten gepaard kunnen gaan met het gebruik van veilige mail. Ik heb de IGJ gevraagd onderzoek te doen naar de informatiebeveiliging in de keten van de Wvvgg.

Inmiddels hebben de betreffende ketenpartijen een nadere uitvraag bij hun achterban gedaan. Zij geven aan dat hieruit geen informatiebeveiligingsrisico's blijken en onderstrepen daarbij het belang van continue aandacht voor dataveiligheid binnen individuele organisaties. Op dit moment is het onderzoek van de IGJ nog gaande. Hiertoe voert de IGJ gesprekken met alle betrokken partijen, ook waar geen formele toezichtsrol van de IGJ aan de orde is. Voor zover noodzakelijk zal de IGJ de Autoriteit Persoonsgegevens bij haar onderzoek betrekken. De uitkomsten van het onderzoek verwacht ik in het begin van 2022.

¹⁸ Kamerstukken II 2020–21, 25 424, nr. 555.

¹⁹ Kamerstukken II 2020–21, 25 424, nr. 586.

Met inwerkingtreding van de meest recente reparatiewet (november 2021) ten aanzien van de Wvvgz en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) is het Burgerservicenummer (BSN) toegevoegd aan het overzicht van de verleende gedwongen zorg dat zorgaanbieders aan de IGJ aan moeten leveren. Door bij de bestaande praktijk van het gebruik van het BSN in de zorg aan te sluiten, worden de administratieve lasten verminderd en gegevens- of persoonsvervalsingen voorkomen. Omdat de verwerking van het BSN enkel is toegestaan voor zover de wet daarin voorziet en pas mogelijk is na aanpassing van de systemen van zorgaanbieders en de IGJ, is de aanlevering van het overzicht inclusief het BSN in overleg met de Nggz en de IGJ uitgesteld tot na inwerkingtreding van die wet. De IGJ verwacht dat zorgaanbieders uiterlijk 10 december 2021 het overzicht van de verleende gedwongen zorg over de eerste helft van 2021 hebben aangeleverd. De IGJ zal daarom het beeld van de gedwongen zorg in Nederland naar verwachting in het begin van 2022 publiceren.

Om te leren en verbeteren zijn zorgaanbieders verplicht de door hen geleverde gedwongen zorg te analyseren. Die analyse leveren zij vervolgens aan bij de IGJ ten behoeve van haar toezicht. Om beter aan te sluiten bij de interne kwaliteitscyclus van zorginstellingen, zodat ook voldoende gelegenheid is om (organisatorische) veranderingen te kunnen implementeren en te evalueren, heeft de IGJ met de zorgaanbieders die de Wvvgz of de Wzd uitvoeren afgesproken dat de analyse – in afwijking van artikel 8:25 van de Wvvgz en artikel 18 van de Wzd – niet halfjaarlijks, maar jaarlijks voor 1 juli van het daaropvolgende jaar aangeleverd moet worden. Wel blijven die zorgaanbieders verplicht om minimaal halfjaarlijks de gedwongen zorg te analyseren. Deze analyse kan bijvoorbeeld worden opgenomen in een managementrapportage van de organisatie. De IGJ kan desgevraagd deze kwaliteitsdocumenten en analyses inzien. Op basis van de aangeleverde analyses over 2021 kijkt de IGJ of een jaarlijkse aanlevering van de analyse voldoende inzicht geeft voor het toezicht. Mocht daar aanleiding toe zijn, dan zal ik dit betrekken bij eventuele wetgevingswerkzaamheden naar aanleiding van de wetsevaluatie.

De registratie en analyse van gedwongen zorg kunnen bijdragen aan de vermindering van de toepassing van gedwongen zorg. Uw Kamer informeerde ik eerder²⁰ dat de ambitie van ggz-instellingen verwoord in het Dolhuys Manifest, om per 1 januari 2020 helemaal «separeervrij» te zijn, helaas niet is gehaald. Het manifest is wel de start geweest voor enkele positieve ontwikkelingen. De afgelopen jaren is de High Intensive Care (HIC) methodiek ontwikkeld, waarbij terugdringen van separeren en de-escalatie de kerndoelen zijn. Inmiddels werken bijna alle gesloten opname-afdelingen volgens deze methodiek. Met de komst van de Wvvgz is ook in de ambulante behandeling terugdringen van verplichte zorg onderwerp van gesprek geworden. Op 26 oktober jl. is de Generieke Module Assertieve en Verplichte Zorg, de herziene versie van de Generieke Module Dwang en Drang, gepubliceerd op www.ggzstandaarden.nl. In deze module is meer aandacht voor het perspectief van patiënten en naasten en voor de samenwerking tussen patiënt, naaste en professional, en ligt er meer focus op het voorkomen van verplichte zorg. Het streven om dwang zo veel mogelijk terug te dringen wordt breed gedragen in de ggz-sector. Het veld werkt momenteel aan initiatieven om kennis en ervaring hierover te delen, mede aan de hand van de implementatie van de herziene module.

²⁰ Kamerstukken II 2019–20, 32 399, nr. 91.

Evaluatie van het dashboard capaciteit beveiligde bedden

Op 6 november 2020 hebben de Ministeries van JenV en VWS met aanbieders en financiers van zorg²¹ (hierna convenantpartners) afgesproken dat we de toegang tot beveiligde zorg willen verbeteren en «leuren» met patiënten willen voorkomen.²² Hiertoe hebben we het dashboard beveiligde bedden ingericht en het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden (LCBB) opgezet. In mijn brief van 6 juli 2021 heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de evaluatie hiervan.²³ Het beeld dat uit de evaluatie naar voren komt is positief. Er is een belangrijke bijdrage geleverd aan het primaire doel van het dashboard, het voorkomen dat er «geleurd» moet worden met patiënten door de plaatsingspraktijk te verbeteren. Zorgverleners en andere partijen geven aan nu beter te weten naar welke aanbieder van beveiligde zorg ze moeten bellen. Daarbij geven zorgaanbieders en de DJI aan dat er niet eerder zo veel gedetailleerde informatie over het aanbod en de beschikbaarheid van beveiligde zorg is verzameld. Door het dashboard kunnen we nu met elkaar in gesprek over feiten en cijfers als het gaat over de beveiligde zorg.

Tegelijkertijd geeft het dashboard inzicht in de knelpunten in de beveiligde zorg. Het dashboard maakt duidelijk dat er een forse druk is op de beschikbare capaciteit van beveiligde zorg op hogere beveiligingsniveaus. Dit mede als gevolg van beperkt aanbod van forensische zorg, specifiek voor cliënten die zorg nodig hebben op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd). Tevens is er sprake van gebrekkige uitstroom uit de beveiligde zorg, waardoor mensen te lang op een beveiligd bed verblijven («verkeerde bedden-problematiek»). Op dit moment lopen er al gesprekken over de uitbreiding van het aantal beveiligde bedden voor de Wzd, een mooi resultaat dat onder meer voortkomt uit inzichten die opgedaan zijn aan de hand van het dashboard.

Hoe nu verder?

Het dashboard en het LCBB hebben de afgelopen periode hun bestaansrecht bewezen en tegelijkertijd is er nog ruimte voor verbetering, zo blijkt uit de evaluatie. Om deze reden hebben de convenantpartners gezamenlijk besloten het dashboard en het LCBB voort te zetten. Hiervoor zal het Ministerie van Justitie en Veiligheid in ieder geval voor 2022 de benodigde middelen beschikbaar stellen. Ook zullen de betrokken veldpartijen verkennen hoe zij richting de toekomst de financiering op zich nemen, zoals ook in het convenant al was vastgelegd. Zo zorgen we er voor dat het dashboard en het LCBB een vast onderdeel wordt van het landschap van de beveiligde zorg.

Richting de toekomst nemen de convenantpartners aanbevelingen uit de evaluatie over met betrekking tot inhoud en organisatie van het dashboard en het LCBB. Ook wordt nader uitgewerkt hoe inzicht in de «verkeerde bedden-problematiek» met het dashboard kan worden verkregen en er zal navolging worden gegeven aan het advies om niveau 4 (de tbs) uit het dashboard te halen, om doelmatigheid te versterken. De aanbieders van tbs-plekken geven namelijk aan dat het dashboard voor hen minder relevant is omdat de DJI de enige plaatsende partij is op beveiligingsniveau 4 en los van het dashboard al over de informatie over capaciteit beschikt. De opmerkingen in de evaluatie over concentratie en

²¹ De Nederlandse ggz, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en DJI.

²² Kamerstukken II 2020/21 nr. 2020D44781.

²³ Kamerstukken II 2020/21, 25 424, nr. 589.

spreiding van het beveiligde zorgaanbod – welke zorg in de eigen regio hoort plaats te vinden en welk zorgaanbod bovenregionaal of zelfs landelijk moet worden ingericht – nemen we specifiek als Ministerie van VWS ter harte en wordt betrokken bij de brede discussie in de ggz over aanbod van hoogcomplexen ggz.

Zorgprestatiemodel

Per 2022 wordt een nieuwe bekostiging voor de geneeskundige ggz en forensische zorg (fz) ingevoerd, het zorgprestatiemodel. Gelijktijdig start een nieuw systeem van zorgvraagtypering, conform de motie Van den Berg c.s.²⁴ die de regering verzocht «zeker te stellen dat per 2022 de nieuwe bekostiging slechts zal starten indien gelijktijdig de zorgvraagtypering in werking treedt [...]». De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft mij op 28 oktober jl. per brief geïnformeerd over hoe de voorbereidingen verlopen. Hierbij bied ik u de brief van de NZa aan.

De NZa schrijft dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars momenteel – samen met ICT-leveranciers – werken aan de inrichting van hun ICT-systemen. Behandelaren moeten eenvoudig kunnen registreren, zorgaanbieders moeten kunnen declareren en zorgverzekeraars moeten deze declaraties kunnen ontvangen, controleren en verwerken. Daarnaast loopt op dit moment het contracteerproces voor 2022. De contractering vindt nu voor het eerst plaats op basis van het zorgprestatiemodel. De NZa schrijft dat deze opgave de komende tijd een grote druk op de betrokken partijen legt en een grote inspanning van alle partijen vergt.

Veldpartijen hebben bestuurlijk afgesproken gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor een financieel verantwoorde, zorgvuldige en macroneutrale overgang naar het zorgprestatiemodel. De NZa monitort het proces rond de financiële transitieafspraken nauwlettend om na te gaan of de bestuurlijke afspraken worden nageleefd. De NZa blijft intensief met partijen in gesprek en zal hen aanspreken wanneer een verantwoorde transitie in het geding komt.

De NZa verwacht dat niet alle ICT-leveranciers van ggz-aanbieders in staat zullen zijn om op 1 januari 2022 alle aspecten van het zorgprestatiemodel volledig met ICT te ondersteunen. Dat is ook niet noodzakelijk om per 1 januari a.s. met het zorgprestatiemodel te kunnen werken. Partijen hebben in overleg met ICT-leveranciers afgesproken welke ICT-functionaliteiten hiervoor wanneer beschikbaar moeten zijn. Deze afspraken voorzien erin dat de registratiefunctie in de ICT op 1 januari 2022 gereed is. Voor de declaratiefunctie is het streven 1 april 2022. Partijen in het programma blijven hierover in overleg, waarbij voor alle partijen het uitgangspunt is dat de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft en financiële problemen als gevolg van deze gefaseerde ICT-implementatie worden voorkomen.

De NZa gaat in haar brief ook in op hoe uitwerking en invulling is gegeven aan een aantal specifieke punten die ik eind vorig jaar aan de NZa heb meegegeven. Deze punten zijn toegelicht in mijn brief aan de Tweede Kamer van 6 oktober 2020²⁵ en betreffen bijvoorbeeld mijn verzoek om de definiëring van de zogenaamde «settings», die in het zorgprestatiemodel een rol spelen, aan te scherpen.

De NZa geeft ten slotte aan dat zij de samenwerking met alle veldpartijen als zeer constructief en succesvol heeft ervaren en partijen de intentie

²⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 575.

²⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 554.

hebben de samenwerking in 2022 in aangepaste vorm te continueren om een goede landing van het zorgprestatie­model te bewerkstelligen.

Voor wat betreft de forensische zorg (fz), schreef ik in mijn brief van 6 oktober vorig jaar dat één van de door de NZa geschetste manieren om fraude te bestrijden, namelijk op basis van signalen van patiënten, niet van toepassing is in de fz, omdat deze patiënten hun facturen niet zien. Daarop heb ik de NZa gevraagd te bekijken welke aanvullende maatregelen mogelijk getroffen moeten worden om hiervoor te compenseren. Gelet op mijn toezegging de Tweede Kamer hierover te informeren²⁶ kan ik u berichten dat de NZa momenteel geen aanleiding ziet om ter compensatie aanvullende maatregelen te nemen. De afwezigheid van controle door patiënten is geen nieuw gegeven en kenmerkend voor de forensische zorg. De NZa zet in op het in gesprek blijven met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en daar waar nodig te adviseren over controles om eventuele risico's op fouten en fraude te kunnen mitigeren.

Tot slot

Deze brief schetst de voortgang op een aantal belangrijke onderdelen van het ggz-beleid. Ik ben blij te constateren dat er voortgang is geboekt op belangrijke onderdelen van dit beleid. Er is veel werk verzet door partijen om te zorgen dat mensen die dit nodig hebben de juiste zorg krijgen op de juiste plek. Het is belangrijk dat deze acties worden voortgezet. Tegelijkertijd is helder dat er nog veel werk aan de winkel is. Een toegankelijke en houdbare ggz vraagt om inzet op voldoende beschikbaarheid van zorgmedewerkers die met plezier en op een innovatieve manier hun werk kunnen doen, preventie, het blijven verbeteren van de toegang tot de ggz, de begeleiding en de uitstroom uit de ggz en een goede aansluiting tussen het ggz- en sociaal domein. Met de verkenning naar de contouren van een Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid, de ambtelijke discussienota zorglandschap ggz en de dialoog die daaruit volgt, liggen er voor het volgende kabinet elementen voor die bij kunnen dragen aan de aanpak van deze vraagstukken.

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

²⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 578.