

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

82

Vragen van het lid **Ellemeet** (GroenLinks) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Onrust in je hoofd en geen plek waar je hulp kunt krijgen»* (ingezonden 11 september 2017).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 oktober 2017).

Vraag 1

Kent u het bericht «Onrust in je hoofd en geen plek waar je hulp kunt krijgen»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2 en 3

Kunt u aangeven hoe het aantal opnameplekken de afgelopen jaren is afgebouwd, en hoe dit zich verhoudt tot de ontwikkelingen in het gebruik van ambulante zorg?

Heeft daarmee in uw ogen de beoogde verschuiving van het beroep op opnameplekken naar ambulante zorg plaatsgevonden?

Antwoord 2 en 3

Ik informeer uw Kamer met de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz (hierna: Monitor Ambulantisering) jaarlijks over de afbouw van de klinische capaciteit en de ontwikkelingen en opbouw van de ambulante zorg. Deze Monitor Ambulantisering heb ik u op 14 december 2016 aangeboden (Kamerstuk 25 424, nr. 337). Uit de Monitor Ambulantisering bleek dat de afbouw van de klinische capaciteit doorzet en een verschuiving heeft plaatsgevonden van behandeling van de specialistische ggz naar de basis ggz. Ook kwam naar voren dat het totaal aantal cliënten dat ambulante basis ggz of ambulante specialistische ggz ontvangt afneemt en binnen de ambulante specialistische ggz het aantal intensievere trajecten (licht) daalt. Kanttekening bij deze uitkomsten is wel dat er een grote toename te zien is bij de inzet van de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (poh-ggz). Uit de Monitor generalistische basis-ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 358) blijkt dat in 2015 relatief gezien negen keer zoveel patiënten met psychische problemen

¹ NRC, 7 september 2017

en symptomen de poh-ggz raadplegen dan in 2011. De poh-ggz is echter niet meegenomen in de uitkomsten van de Monitor Ambulantisering. Het beeld dat de Monitor Ambulantisering schetst, stemt mij niettemin ontevreden. De opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning moet worden versneld en geïntensiveerd en de ondersteuning vanuit het sociaal domein moet naar een hoger plan worden getild. Ik heb dan ook nadere afspraken hierover gemaakt met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de Aanpak wachttijden ggz die ertoe moeten leiden dat zorgverzekeraars goede plannen van ggz-aanbieders zullen financieren.

Vraag 4

Herkent u het geschetste beeld in het bericht dat mensen met een ernstige psychische aandoening met een acute zorgvraag nul op het rekest krijgen wanneer zij om hulp vragen?

Antwoord 4

Met mijn brief van 19 september jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 860) heb ik aangegeven dat voor mij voorop staat dat de patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ik verwacht dat zorgverzekeraars en aanbieders hun verantwoordelijkheid nemen om in het belang van de patiënt te handelen. De NZa heeft mij laten weten specifiek toezicht te houden op de ggz en de komende periode bovenop de gemaakte afspraken te zitten en zodra instellingen of verzekeraars zich niet aan de afspraken houden, alle partijen aan de tafel te roepen om hieraan een einde te maken. Zo nodig zal de NZa handhavend optreden.

Vraag 5, 6, 8 en 9

Hoe zijn voorzieningen voor acute geestelijke gezondheidszorg (ggz) nu geregeld?

Is er inzicht in vraag en aanbod de afgelopen jaren? Zo ja, kunt u dat verstrekken?

Deelt u de zorgen dat er mensen met een acute zorgvraag zijn die tussen wal en schip vallen doordat er niet voldoende acute psychiatrische hulpverlening beschikbaar is?

Is het voldoende aanbod voor acute geestelijke gezondheidszorg in de wet gewaarborgd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, acht u dit nodig?

Antwoord 5, 6, 8 en 9

De acute ggz wordt verleend door een dertigtal crisisdiensten die heel Nederland bestrijken en zich in het bijzonder richten op het beoordelen en zo nodig stabiliseren van mensen die verwezen zijn naar, of gemeld zijn bij de crisisdienst. Voor een goed overzicht en inzicht van deze deelsector, verwijs ik u naar het rapport van het bureau SiRM. Dit rapport heb ik bij brief van 25 februari 2015 aan uw Kamer aangeboden (Kamerstuk 25 424, nr. 265). Ik heb uw vraag naar inzicht in vraag en aanbod van acute ggz opgevat als een vraag in hoeverre vraag en aanbod op elkaar aansluiten en of zich hier wachttijden voordoen. De NZa heeft op mijn verzoek in 2015² onderzoek gedaan naar de wachttijden in de acute ggz. De uitkomst van dit onderzoek was dat de wachttijd die er is om beoordeeld te worden door de crisisdienst, voornamelijk veroorzaakt wordt door reistijd en soms door een samenloop van meerdere aanvragen tegelijk. Uit het onderzoek bleek verder dat er wél wachttijden zijn om cliënten na de crisisbeoordeling/opvang door te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz voor een vervolgbehandeling. Het probleem zit dus niet zozeer in de wachttijd voor de crisiszorg zelf, als wel in de wachttijd voor het vervolgtraject in de gespecialiseerde ggz ná de crisisopvang. De problematiek in de acute ggz om mensen die dit nodig hebben snel te beoordelen en zo nodig snel in zorg te krijgen, komt daarmee niet voort uit onvoldoende beschikbaarheid van de acute ggz. Het is wel van groot belang dat de samenwerking tussen de ketenpartners in de acute ggz verbeterd wordt en de organisatie en inrichting verbeterd wordt. Partijen hebben met elkaar begin dit jaar de generieke module acute psychiatrie vastgesteld die een groot aantal knelpunten in de acute ggz

² Onderzoek Zorgplicht (inkoop en wachttijden) november 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 677)

aanpakt. Een groot aantal crisisdiensten is inmiddels in de praktijk aan de slag met deze verbeteringen.

Voldoende aanbod van acute ggz is geborgd via de Zorgverzekeringswet: de zorgverzekeraar heeft een zorgplicht voor zijn verzekerden. Dat betekent dat de zorgverzekeraar ervoor dient te zorgen dat de zorg tijdig en binnen redelijke afstand voor zijn verzekerden beschikbaar is. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet toe op de naleving van deze zorgplicht.

Vraag 7

Waar wordt de in het artikel beschreven «intensive home treatment» ingezet? In hoeverre wordt deze gefinancierd?

Antwoord 7

Intensive home treatment is een vorm van zorg die gefinancierd wordt op basis van de aanspraken die voortvloeien uit de Zorgverzekeringswet. Deze vorm van zorg wordt ingezet bij die mensen die intensievere zorg nodig hebben in hun eigen omgeving. Een dergelijke vorm van zorg kan aangewezen zijn na (langdurige) opname in een ggz-instelling of juist in het geval een verdergaande escalatie (met uiteindelijk opname) te voorkomen.