

Vergaderjaar 2021–2022

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 606

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 10 mei 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de brief van 23 februari 2022 over de stand van zaken wachttijden GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 602).

De vragen en opmerkingen zijn op 29 maart 2022 aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 9 mei 2022 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

| | | |
|-----|---|---|
| I. | Vragen en opmerkingen vanuit de fracties | 2 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie | 2 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie | 3 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie | 6 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie | 7 |
| II. | Reactie van de Minister | 8 |

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie lezen dat uit de cijfers blijkt dat de aanmeldwachtlijden (licht) afnemen terwijl de behandelwachtlijden toenemen. Zij vinden het positief dat mensen hierdoor minder lang op een intake hoeven te wachten, maar betreuren het dat mensen wel langer moeten wachten op de start van hun behandeling.

De leden van de VVD-fractie vinden het verder positief te lezen dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) oordeelt dat ggz-aanbieders over het algemeen in staat blijken de extra uitdagingen die de pandemie met zich meebrengt (zoals een fluctuerende zorgvraag en hoger verzuim) op te vangen. Genoemde leden vinden dit een groot compliment waard richting de ggz-aanbieders die zich met hart en ziel inzetten om de zorg te blijven bieden aan mensen die dit nodig hebben.

De NZa geeft aan dat bijna 85.000 mensen in Nederland wachten op basis en specialistische ggz en dat binnen deze groep geldt dat voor bijna 9.000 mensen de wachttijd voor behandeling langer is dan de norm die het veld hiervoor heeft bepaald (de Treeknorm van tien weken). Welk deel van deze groep mensen wacht op basis ggz en welk deel op specialistische ggz? Wat is de gemiddelde wachttijd per groep? Wordt er een inzet gepleegd om deze mensen tijdens de wachttijd te ondersteunen? In hoeverre speelt de Praktijkondersteuner Huisarts (POH) hierbij een rol? De leden van de VVD-fractie lezen dat voor ongeveer 31.000 mensen de wachttijd voor een intake langer is dan de Treeknorm (van vier weken). Zij zijn geschrokken van deze cijfers en vernemen graag van de Minister hoe deze cijfers teruggebracht kunnen worden naar de norm, temeer gezien het feit dat ten opzichte van de situatie in mei 2021 het totale aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht licht is toegenomen: van ruim 37.000 mensen toen naar een krappe 40.000 nu. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het zorgelijk is dat veel mensen wachten op een intake en op een behandeling, en dat dit de uiteindelijke zorgvraag en duur van de behandeling niet ten goede komt. Dit zal vervolgens volgens genoemde leden juist zorgen voor nog langere wachttijden. Zij ontvangen in dit kader graag een reactie van de Minister.

Het is bekend dat er soms zwaardere complexe zorg ontstaat uit eerdere hulpvragen wanneer er in een eerder stadium geen passende hulp is geboden. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister of er inzicht is of de groep mensen die wachten op het starten van hun behandeling wegens het verslechteren van hun situatie terecht komen bij de acute ggz. Zo ja, om hoeveel mensen gaat het? Wat wordt er gedaan om mensen in psychische nood tijdens hun wachttijd te ondersteunen om dit te

voorkomen? En zijn er ook mensen die in de wachtperiode uit beeld verdwijnen? Zo ja, om hoeveel mensen gaat het?

De leden van de VVD-fractie onderschrijven met de Minister het belang van beleid dat inzet op gezondheid en mentale weerbaarheid, het voorkomen van onnodige instroom in de ggz en het slim organiseren van de ggz-zorg. Zij ontvangen graag een gedetailleerdere reactie waarin de Minister beschrijft hoe zij voornemens is de ggz-zorg slim te organiseren om zo de doorstroom te bevorderen en ook de wachttijden terug te dringen. Is de Minister voornemens om de toekomstagenda ggz te koppelen aan concrete doelen met betrekking tot de wachtlijstenproblematiek? Kan de Minister hier een toelichting op geven?

In figuur 1 en 2 van het NZa-rapport zien de leden van de VVD-fractie dat met name mensen met bepaalde diagnoses en uit bepaalde regio's, langer dan de Treeknorm wachten op een intakegesprek. Vindt er op basis van deze data extra gerichte inzet en/of samenwerking plaats tussen regio's om de wachtlijstenproblematiek te verminderen? Zo ja, welke? In hoeverre speelt het Ondersteuningsteam Zorg en Jeugd (OZJ) hierin een rol?

Verder zijn genoemde leden benieuwd hoe de aanpak van wachttijdenproblematiek zich verhoudt tot de regionale doorzettingsmacht die de Minister vanaf 1 mei 2022 zal krijgen voor het plaatsen van ggz-patiënten die tussen wal en schip dreigen te vallen. Deze leden vinden het goed dat de Minister deze formele bevoegdheid krijgt, maar willen onderstrepen dat dit alleen als uiterste redmiddel kan worden ingezet. Op welke gaat dit Minister dit borgen? Wat is de inzet en verwachting van de Minister op dit punt?

Ook willen de leden van de VVD-fractie aandacht vragen voor taakher-schikking in de ggz en de manier waarop dit kan bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten. Een hbo-geschoolde toegepaste psycholoog zou bepaalde taken van een GZ-psycholoog kunnen overnemen om de werkdruk beter te verdelen. In de praktijk gebeurt dit echter niet vanwege formele knelpunten (zo heeft een toegepaste psycholoog geen bekostigingscode en mag hij of zij niet tijdschrijven). Is de Minister het met genoemde leden eens dat dit soort regels niet in de weg mogen staan van het verlenen van pragmatische, efficiënte en kwalitatief goede zorg? Ziet de Minister mogelijkheden om deze knelpunten op te lossen? En is de Minister voornemens om taakher-schikking op te nemen in de toekomstagenda ggz? Deze leden ontvangen op dit punt graag een reactie van de Minister. Ook ontvangen zij graag een reactie van de Minister op praktische initiatieven vanuit het veld, zoals Wachtverzachter (www.wachtverzachter.nu), om de wachttijden in de ggz draaglijker te maken. Tot slot ontvangen genoemde leden graag een reactie van de Minister op het initiatief Hoofdzaken van MIND, ZonMw, de Nederlandse Organisatie van Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en de Hersenstichting, waarbij door nauwere samenwerking tussen specialisten ook wordt beoogd patiënten sneller en effectiever te helpen. Is de Minister in gesprek met de organisaties achter Hoofdzaken om na te gaan hoe hun aanpak zou kunnen leiden tot kortere wachttijden in de ggz?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de laatste stand van zakenbrief, alsmede van eerdere brieven aangaande de wachttijden in de ggz. Zij constateren dat er binnen de ggz een grote uitdaging ligt om ervoor te zorgen dat juist de wachttijden in de specialistische ggz tot een uiterst minimum worden beperkt. Zij benadrukken dat, naast preventie en

vroegsignalering, het belangrijk is dat juist deze groep patiënten de prioriteit krijgen binnen de ggz. Het betreft immers mensen die het meest kwetsbaar zijn. Zij kijken daarom uit naar de inzet van de Minister met betrekking tot de toekomstagenda ggz.

Deze leden vragen aan de Minister hoe zij haar rol ziet binnen de ggz-sector om ervoor te zorgen dat ook hier passende zorg wordt geleverd. Geldt passende zorg wat de Minister betreft ook voor de ggz?

De leden van de D66-fractie zijn goed gestemd dat de Minister tijdens het Hoofdlijnendebat VWS van 8 maart jl. (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 180) aangaf dat de situatie in de ggz urgent is en dat in de samenwerking binnen de stuurgroep wachttijden ggz al enkele concrete acties zijn gerealiseerd, zoals de acht tafels hoogcomplexen ggz die zijn opgezet, de regionale doorzettingsmacht per 1 mei 2022, het aangekondigde onderzoek naar de dubbelwachtenden door de NZa en de regionale transfermechanismen die zijn opgezet met bijbehorende versnellers voor de regio's waar de wachttijden het langst zijn. Wanneer verwacht de Minister de eerste merkbare resultaten van al deze initiatieven? Hoe worden deze resultaten gemonitord en wat zijn de consequenties als doelstellingen niet worden gehaald? Deze leden vragen de Minister daarbij ook naar sanctionering richting zorgverzekeraars die binnen het stelsel een zorgplicht hebben (volgens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet) en hoe de NZa hier nu al op toeziet.

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa heeft bewerkstelligd dat zorgaanbieders gemakkelijker hun wachttijdinformatie kunnen doorgeven. Zij vragen de Minister het NZa te vragen hoeveel procent van de aanbieders dit ook doet en of het percentage ingevulde wachttijdinformatie op kiezenindeggz.nl is toegenomen ten opzichte van een jaar geleden.

De leden van de D66-fractie maken zich al lange tijd zorgen om de wachttijden en betreuren dat de NZa weinig grote ontwikkelingen ziet, temeer omdat juist de behandelwachttijd toeneemt maar de aanmeldwachttijd wel bij meerdere diagnosegroepen daalt. Hoe kijkt de Minister tegen dit verschil aan? Welke financiële prikkels kunnen eraan ten grondslag liggen dat de aanmeldwachttijd daalt maar de behandelwachttijd stijgt? Kan het zijn dat het voor aanbieders loont om wel een aanmelding te doen maar geen behandeling? Deze leden vragen de Minister daarbij wat zij vindt van de situatie dat ggz-patiënten na aanmelding bij een zorgaanbieder wordt verteld dat zij niet in aanmerking komen voor een behandeling omdat zij «te complex» zijn en dat aanbieders kunnen weigeren om patiënten te behandelen. Zij bemerken ook dat patiënten dan ook niet worden gewezen op alternatieven of worden doorverwezen of opnieuw op een wachtlijst moeten. Zij vragen de Minister dit omdat een specialist in het ziekenhuis zelden tot nooit een patiënt vertelt dat hij of zij «te complex» is voor zorg, met uitzondering van zeer zeldzame aandoeningen die tertiaire zorg in een Universitair Medisch Centrum (UMC) behoeven. De leden van de D66-fractie vragen de Minister of er ook bij zorgaanbieders een acceptatieplicht geldt en of de Minister bereid is te onderzoeken hoe vaak het voorkomt binnen de ggz dat patiënten te horen krijgen dat zorg vanwege een specifieke diagnose niet mogelijk is.

De leden van de D66-fractie vinden het fijn dat de wachttijd bij de basis ggz afneemt. Zij vrezen echter dat er een onevenredige verschuiving plaatsvindt van personeel en middelen van de specialistische ggz naar de basis ggz, waardoor de wachtlijsten in de laatste groep weliswaar afnemen maar de wachttijden voor specialistische zorg toenemen. Herkent de Minister dit? Hoe kijkt zij naar de berichtgeving, zoals bij de

situatie rondom PsyQ in Amsterdam, dat psychiaters en psychologen in toenemende mate de voorkeur geven aan het verlenen van zorg in de basis ggz, omdat werkomstandigheden prettiger zijn (zoals de ervaren vrijheid en administratieve druk)? Klopt dit en is dit te kwantificeren via bijvoorbeeld de beroepsverenigingen? Hoeveel psychiaters zijn momenteel actief als zelfstandige in vergelijking met tien à vijftien jaar geleden? Wat gaat de Minister zelf of richting zorgverzekeraars ondernemen om het werken bij grotere (specialistische) ggz-aanbieders aantrekkelijker te maken? Is de Minister bereid dit vraagstuk, arbeidsmarktbeleid in de ggz, mee te nemen in de toekomstagenda ggz die zij opstelt?

De leden van de D66-fractie vragen de Minister wat de stand van zaken is betreffende de handreiking wachttijdbegeleiding voor mensen die psychische hulp nodig hebben binnen de ggz. Zij constateren dat wachttijdbegeleiding, zoals e-health, psycho-educatie, informatie voor naasten of zelfzorginterventies, kunnen helpen gedurende de periode van wachten. Zij benadrukken dat dit geen alternatief is voor effectieve behandeling, maar zijn van mening dat het wel kan bijdragen dat klachten gedurende het wachten niet erger worden. Deze handreiking werd reeds genoemd in het Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018–2019¹. Wat is het effect van deze handreiking wachttijdbegeleiding? Indien deze nog steeds niet aanwezig is, waarom is dat het geval en wanneer is deze er wel? En is de Minister van mening dat dit alsnog van toegevoegde waarde kan zijn? Zo nee, waarom niet?

De leden van de D66-fractie benadrukken het belang van goede diagnostiek aan het begin van een behandeltraject. Zo wordt voorkomen dat patiënten van het kastje naar de muur worden gestuurd of onnodig wachten bij een aanbieder die eigenlijk niet de juiste zorg kan bieden. Hoe kijkt de Minister aan tegen het belang van psychodiagnostiek en dan met name het uitvoeren van een volledig psychologisch onderzoek? Klopt het dat er momenteel nog geen richtlijn of kwaliteitsstandaard is voor psychodiagnostiek en geen kwaliteitsregister is voor psychodiagnostici, terwijl deze wel kunnen bijdragen aan juiste diagnoses bij patiënten? Is de Minister bereid dit vanuit haar rol aan te jagen, zodat diagnoses eerder en juist worden gesteld? Zo nee, waarom niet? Wat kan de Minister anders doen om het traject van diagnosticeren te verbeteren?

De leden van de D66-fractie zijn benieuwd naar de uitwerking van de passage in het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) om de POH in de ggz een grotere rol te geven. Komt de Minister hierop terug in de toekomstagenda ggz die zij voor het volgende debat over de ggz naar de Kamer stuurt? Zo ja, komt zij dan met plannen om het potentieel van de POH maximaal te benutten? Hoe kijkt de Minister aan tegen de conclusie in de rapportage Panel Psychisch Gezien dat de groep panelleden die de afgelopen twaalf maanden contact heeft gehad met de POH-ggz groter is geworden (dertien procent in 2015 en negentien procent in 2021). Is dit een positieve of minder positieve ontwikkeling, gegeven de huidige stand van de wachtlijsten in de ggz?

De leden van de D66-fractie vragen tot slot in welke mate de succesvolle pilot van Arkin, in samenwerking met Zilveren Kruis, de NZa en het Ministerie van VWS, om administratiedruk binnen de ggz terug te dringen,

¹ ZN, MIND, GGZ NL, MEER GGZ, LVVP, NVvP, V&VN, NIP, P3NL, 11 juli 2018, «Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018–2019»

navolging heeft gekregen.² Zij willen graag benadrukken dat alle onnodige tijd aan administratie ten koste gaat van behandeltijd en daarmee de wachttijden. Indien dit nog niet landelijk is uitgerold, waarom is dat dan het geval en wat vindt de Minister daarvan?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de geagendeerde stukken en hebben daarbij nog een aantal vragen.

Allereerst verbazen de leden van de SP-fractie zich over de minimale urgentie die uit de brief van de Minister lijkt te spreken. 85.000 mensen wachten op dit moment op ondersteuning of hulp bij problemen, waardoor zij in hun dagelijks leven (ernstig) belemmerd worden. Omdat aan de buitenkant niet altijd te zien is dat iemand een probleem heeft, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, wil niet zeggen dat de urgentie om geholpen te worden niet net zo groot kan zijn. Genoemde leden zien in de formuleringen voor de «toekomstagenda ggz» vooral een verdeling van de schaarste, in plaats van dat de schaarste wordt aangepakt. Kan de Minister daarop ingaan? Denkt zij dat met het herverdelen van de schaarste de wachtlijsten opgelost gaan worden? Of gaat zij nog meer maatregelen nemen zodat de wachtlijsten weggewerkt zijn, of dat tenminste nergens de Treeknormen overschreden worden?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister toe te lichten wat de effecten van de wachtlijsten in de ggz zijn voor de POH. Is daar nu sprake van een wachtlijst? Kan de POH-ggz de vraag nog aan?

De leden van de SP-fractie lezen dat de NZa geen uitspraken kan doen over dubbel- en voorkeurswachtenden. Met name de term voorkeurswachtenden is in de ogen van deze leden een term die in het leven is geroepen om de hoeveelheid personen op de wachtlijst te bagatelliseren. Want waarom zou iemand een plek moeten accepteren waarvan die persoon niet het gevoel heeft daar geholpen te worden op een manier die werkt of past? Genoemde leden horen graag van de Minister of zij gaat stoppen met deze bagatelliserende termen, of in ieder geval met de term voorkeurswachtenden. Het is immers niet meetbaar.

De leden van de SP-fractie constateren dat recent meerdere grote ggz-aanbieders in de problemen zijn gekomen of hun zorg flink afbouwen. Denk daarbij aan het Centrum voor Psychotherapie van Pro Persona, of het nieuws dat PsyQ mogelijk al haar locaties moet sluiten. Ziet de Minister dergelijke sluitingen als een risico voor de ggz en de wachttijden? Zo ja, wat gaat zij hier aan doen. Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie zien de trend dat grote zorgaanbieders met onrealistische, of ten minste zeer lage tarieven, verhoudingsgewijs eenvoudige trajecten naar zich toe trekken, waardoor instellingen met meer specialistische zorg met minimale marges de intensieve trajecten moeten doen. Herkent de Minister dit beeld en kan zij haar antwoord toelichten? Is zij het met de leden van de SP-fractie eens dat dit een gevolg is van de marktwerking in de ggz-zorg en dat hier iets aan gedaan moet worden?

² Arkin, 4 december 2018, «Experiment Arkin en Zilveren Kruis: minder administratieve lasten voor behandelaars» (<https://arkin.nl/experiment-arkin-en-zilveren-kruis-minder-administratieve-lasten-voor-behandelaars/>)

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie zijn teleurgesteld dat er weinig verandering of verbetering is in de wachttijdproblematiek binnen de ggz. Ondanks de inzet van allerlei plannen van aanpak is het niet gelukt om de wachttijden te verkorten. De behandelwachttijden nemen zelfs toe. Genoemde leden zijn allereerst benieuwd of de nieuwe Minister het aanpakken van de wachttijden in de ggz als een prioriteit ziet. Hoe gaat zij ervoor zorgen dat er wel vooruitgang komt op dit dossier? De ambtsvoorganger van de Minister was zeer begaan met het onderwerp, maar moest bij zijn afscheid toch concluderen dat het niet gelukt is om iets aan de wachtlijsten te doen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat haar ambtstermijn niet met dezelfde conclusie wordt afgesloten? Hoe prioriteert de Minister de ggz binnen alle taken van haar portefeuille?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de regering vooral wil inzetten op preventie en mentale weerbaarheid van mensen in de samenleving. Dit moet zorgen voor minder verwijzingen naar de ggz. Daarnaast wil de regering de schaarse zorgcapaciteit slimmer organiseren. Genoemde leden vinden preventie en mentale weerbaarheid ook belangrijk, maar vragen de Minister of dit het enige antwoord is op de problematiek in de ggz. Er zullen immers altijd mensen zijn die ggz nodig hebben. Bepaalde neurologische en psychiatrische aandoeningen zijn niet op te lossen met preventie. Hoe kijkt de Minister hier naar? Is de Minister het met deze leden eens dat het beleid tweeledig moet zijn: inzetten op mentale weerbaarheid om zo tot minder verwijzingen te komen, maar ook zorgen voor voldoende zorgcapaciteit voor de mensen die ggz zorg nodig hebben? Zo ja, wat gaat de Minister doen om ook voor dat laatste te zorgen? Ook met het oog op het grote personeelstekort in de sector, waarvan nog wordt verwacht dat dit oploopt de komende jaren. Hoe gaat de Minister alle voorgenomen plannen uitvoeren zonder genoeg beschikbaar personeel? Hoe staat het met het aantal opleidingsplekken voor GZ-psychologen? Zijn er genoeg plekken? Hoeveel zijn er en hoeveel is er nog nodig? Genoemde leden lezen dat er bij het versterken van de organiseerbaarheid in de ggz gedacht wordt aan het bevorderen van avond-, nacht-, en weekenddiensten. Op welke manier zal dit de organiseerbaarheid versterken? In hoeverre is dit plan uitvoerbaar met het huidige tekort aan personeel? Worden dit soort plannen uitgewerkt met inspraak en meedenken van ggz-personeel? Is voldoende in beeld hoe groot het tekort aan capaciteit is per aandoening? Is de Minister voornemens om zich bij de planvorming te baseren op actuele cijfers over de capaciteitstekorten per aandoening, maar ook naar de aard en achterliggende oorzaken van dit probleem? En is de Minister voornemens daarbij ook inzicht te geven in de structurele tekorten in de complexe zorg?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de Minister voor de zomer met een toekomstagenda ggz komt. Gaat de Minister hierin vooral voortbouwen op de ingezette aanpak wachttijden, waar de transfermechanismen, het plan hoog complexe ggz en de regionale doorzettingsmacht onderdeel van zijn? Of zal de Minister met nieuwe plannen komen? Per 1 mei 2022 wordt de «Handreiking Regionale Doorzettingsmacht» van kracht. Is de Minister het met genoemde leden eens dat goede onafhankelijke cliëntenondersteuning bij complexe ggz-casus, evenals de goede vindbaarheid van deze ondersteuning, voor burgers van belang is hierbij? Wordt dit meegenomen in de toekomstagenda ggz, inclusief borging bij gemeenten hiervan?

De leden van de GroenLinks- en de PvdA-fractie zijn ook benieuwd wie er meedenken en betrokken worden bij de toekomstagenda ggz. Gaat de

Minister actief gebruik maken van ervaringsdeskundigen van de wachtlijstproblematiek en hun naasten?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de aanmeldwachtijden (licht) afnemen en de behandelwachtijden toenemen. Deze ontwikkeling begon in het eerste half jaar van 2021 en wordt nu nog steeds gezien. Heeft de Minister een idee waar deze ontwikkeling vandaan komt? Genoemde leden lezen in het rapport over de wachttijden van de NZa dat de totale instroom in de ggz groter is dan de instroom die de informatiekaart weergeeft. Dit omdat de instroom bij ggz-aanbieders met tien of minder zorgverleners en de instroom uit crisisdiensten niet meetellen. Is er enig zicht op hoeveel mensen daar nog wachten? En is er zicht op hoe lang de wachttijden zijn?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie zijn ook benieuwd of er redenen zijn dat de wachttijden bij bepaalde diagnosegroepen langer zijn dan anderen. Ligt dat aan een tekort aan behandelaars bij deze diagnoses? Of zijn er te weinig plekken voor behandeling? Is het mogelijk om hier specifiek extra uitgebreid op in te gaan bij de vijf diagnosegroepen met de langste wachttijden? Zijn er langere wachttijden bij «zwaardere» zorg dan bij «lichtere» zorg? Hoe kijkt de Minister naar de prikkels in het systeem, waarbij het nu meer loont om «lichtere» patiënten te behandelen dan meer complexe en zware problematiek? Ziet de Minister deze prikkels ook en hoe is de Minister van plan om dit negatieve effect van marktwerking uit de ggz te halen? Is de Minister het met deze leden eens dat ook zwaardere, specialistische zorg beschikbaar moet blijven? Hoe gaat de Minister hiervoor zorgen, ook met het oog op een aantal instellingen voor complexe zorg die voornemens zijn hun deuren te sluiten? Hoe staat het met het voornemen van de ambtsvoorganger van de Minister om een «sluitingsprotocol» op te stellen? Wat zal dit sluitingsprotocol inhouden? Moet dit er ook voor zorgen dat aanbieders niet zomaar instellingen of afdelingen kunnen sluiten, omdat dit hen financieel gezien beter uitkomt? En hoe wordt daarin rekening gehouden met cliënten en werknemers?

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat het totaal aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht is toegenomen, van ruim 37.000 mensen naar een kleine 40.000 mensen nu. Is deze toename te verklaren? Wat vindt de Minister ervan dat er ongeveer 40.000 mensen langer wachten dan de normen die het veld hiervoor heeft bepaald? Is de Minister het met genoemde leden eens dat dit getal zo snel mogelijk naar beneden moet? Welke plannen heeft de Minister hiervoor? In hoeverre kunnen bijvoorbeeld toegepaste psychologen ingezet worden om de wachtlijstproblematiek terug te dringen, zo vragen deze leden? Bijvoorbeeld voor het leveren van overbruggingszorg en begeleiding, zodat regie-behandelaren zich kunnen richten op behandeling? Hoe staat de Minister hier tegenover? Is het juist dat inzet van de toegepaste psycholoog wordt belemmerd doordat instellingen deze inzet alleen via de opslag bekostigd kunnen krijgen, wat minder oplevert dan inzet van een wetenschappelijk geschoolde psycholoog? Hoe kijkt de Minister naar deze bekostigingssystematiek? Is er al eens onderzocht of een eigen bekostigingscode toekennen aan hbo-psychologen dit zou oplossen?

II Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie lezen dat uit de cijfers blijkt dat de aanmeldwachtijden (licht) afnemen terwijl de behandelwachtijden toenemen. Zij vinden het positief dat mensen hierdoor minder lang op een intake

hoeven te wachten, maar betreuren het dat mensen wel langer moeten wachten op de start van hun behandeling.

De leden van de VVD-fractie vinden het verder positief te lezen dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) oordeelt dat ggz-aanbieders over het algemeen in staat blijken de extra uitdagingen die de pandemie met zich meebrengt (zoals een fluctuerende zorgvraag en hoger verzuim) op te vangen. Genoemde leden vinden dit een groot compliment waard richting de ggz-aanbieders die zich met hart en ziel inzetten om de zorg te blijven bieden aan mensen die dit nodig hebben.

De NZa geeft aan dat bijna 85.000 mensen in Nederland wachten op basis en specialistische ggz en dat binnen deze groep geldt dat voor bijna 9.000 mensen de wachttijd voor behandeling langer is dan de norm die het veld hiervoor heeft bepaald (de Treeknorm van tien weken). Welk deel van deze groep mensen wacht op basis ggz en welk deel op specialistische ggz? Wat is de gemiddelde wachttijd per groep?

Voor actuele aantallen wachtenden (zowel voor aanmelding als behandeling) geldt dat de NZa deze niet naar basis en specialistische ggz kan uitsplitsen, omdat «diagnose» niet als variabele wordt meegenomen bij het verzamelen van data. De gemiddelde wachttijd per hoofddiagnosegroep – uitgesplitst naar aanmeld- en behandelwachttijd – is terug te vinden in de informatiekaart van de NZa, die ik uw Kamer heb doen toekomen met mijn brief van 23 februari jl.³

Wordt er een inzet gepleegd om deze mensen tijdens de wachttijd te ondersteunen? In hoeverre speelt de Praktijkondersteuner Huisarts (POH) hierbij een rol?

Ja, er zijn verschillende initiatieven om mensen gedurende de periode dat zij op een wachtlijst staan te begeleiden of ondersteunen. Wachttijdbegeleiding – het ondersteunen van mensen terwijl zij op een wachtlijst staan – is een vorm van onafhankelijke cliëntondersteuning, waarvoor Zorgkantoren (Wlz) en gemeenten (Zvw, Wmo) aan de lat staan. De inrichting ervan verschilt per regio/gemeente. Er zijn de afgelopen jaren overigens zowel op initiatief van gemeenten als van partijen daarbuiten al tal van mooie initiatieven ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn het initiatief van de «Wachtverzachter» in Dronten, de wachttijdondersteuning van Kompasie in Den Haag⁴ en de pilot van GGNet in Zutphen⁵. Ook bieden steeds meer ggz-aanbieders e-health aan tijdens het wachten.

De POH-ggz kan kortdurend cliënten met (lichte) psychische klachten begeleiden of ondersteunen, maar heeft in principe geen rol in het begeleiden van cliënten die al op een wachtlijst staan en vaak gespecialiseerde zorg nodig hebben.

De leden van de VVD-fractie lezen dat voor ongeveer 31.000 mensen de wachttijd voor een intake langer is dan de Treeknorm (van vier weken). Zij zijn geschrokken van deze cijfers en vernemen graag van de Minister hoe deze cijfers teruggebracht kunnen worden naar de norm, temeer gezien het feit dat ten opzichte van de situatie in mei 2021 het totale aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht licht is toegenomen: van ruim 37.000 mensen toen naar een krappe 40.000 nu.

³ Kamerstuk 25 424, nr. 602

⁴ Wachttijdondersteuning – Kompasie

⁵ Van wachttijd naar starttijd: GGNet zet wachtenden «aan het werk» – Weg van de wachtlijst

De wachttijden zijn – zoals ik in mijn brief van 23 februari jl.⁶ ook heb toegelicht – symptomen van dieperliggende en meer structurele problemen in de ggz. Ik begrijp dus het ongeduld van de leden van de VVD-fractie, maar wil hen ook wijzen op de complexiteit van deze opgave. Daarbij geldt dat de maatregelen die wij nu nemen in het kader van de wachttijden/toegankelijkheid van de ggz pas recent in werking zijn getreden. Zij moeten zich nog uitbetalen. Tevens is het belangrijk om te realiseren dat de coronapandemie extra uitdagingen met zich heeft meegebracht. Het is een positief signaal dat dat de wachttijden daardoor niet veel verder zijn opgelopen.

De cijfers van december (2021) laten over het algemeen namelijk geen grote schommelingen zien. Zo is het aantal diagnosegroepen dat de treetnorm overschrijdt (9) gelijk gebleven. Positief is dat de aanmeldwachttijden zijn gedaald, wat betekent dat mensen minder lang op een intake bij een ggz-aanbieder hoeven te wachten. Het verkorten van de aanmeldwachttijd was tot nu toe het belangrijkste focuspunt van de wachttijdenaanpak, omdat de problematiek hier het grootst is.

Het is mijn inzet om de komende tijd met de Toekomstagenda ggz en het Integraal Zorgakkoord (IZA) te werken aan het ondervangen van de dieperliggende en meer structurele vraagstukken in de ggz. En daarmee te werken aan een betere toegankelijkheid van de ggz.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het zorgelijk is dat veel mensen wachten op een intake en op een behandeling, en dat dit de uiteindelijke zorgvraag en duur van de behandeling niet ten goede komt. Dit zal vervolgens volgens genoemde leden juist zorgen voor nog langere wachttijden. Zij ontvangen in dit kader graag een reactie van de Minister. Het is bekend dat er soms zwaardere complexe zorg ontstaat uit eerdere hulpvragen wanneer er in een eerder stadium geen passende hulp is geboden. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister of er inzicht is of de groep mensen die wachten op het starten van hun behandeling wegens het verslechteren van hun situatie terechtkomen bij de acute ggz. Zo ja, om hoeveel mensen gaat het? Wat wordt er gedaan om mensen in psychische nood tijdens hun wachttijd te ondersteunen om dit te voorkomen? En zijn er ook mensen die in de wachtperiode uit beeld verdwijnen? Zo ja, om hoeveel mensen gaat het?

Informatie over het door de leden van de VVD veronderstelde verband tussen wachttijd en de zorgvraag en duur van de behandeling is niet voorhanden. De NZa verzamelt – met het oog op privacywetgeving – geen gegevens op individueel niveau. Dat wil zeggen dat er niet wordt geregistreerd of cliënten die instromen bij de (acute) ggz óók op een wachtlijst staan of hebben gestaan (en zo ja, hoe lang). Hierdoor is het ook niet mogelijk een eventueel verband tussen behandelwachttijd en instroom in de acute ggz inzichtelijk te maken of cijfermatig in beeld te krijgen of er – en zo ja, hoeveel – mensen «uit beeld verdwijnen». Dit betekent overigens niet dat dit zich in de praktijk niet voordoet of dat ik de zorgen van de leden van de VVD-fractie niet deel; het doel moet altijd zijn mensen zo snel mogelijk aan passende zorg te helpen.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven zijn er verschillende initiatieven om mensen gedurende de periode dat zij op een wachtlijst staan te begeleiden of ondersteunen. Wachttijdbegeleiding – het ondersteunen van mensen terwijl zij op een wachtlijst staan – is een vorm van onafhankelijke cliëntondersteuning, waarvoor Zorgkantoren (Wlz) en gemeenten (Zvw, Wmo) aan de lat staan. De inrichting ervan verschilt per regio/

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 602

gemeente. Er zijn de afgelopen jaren overigens zowel op initiatief van gemeenten als van partijen daarbuiten al tal van mooie initiatieven ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn het initiatief van de «Wachtverzachter» in Dronten, de wachttijdondersteuning van Kompasie in Den Haag⁷ en de pilot van GGNet in Zutphen⁸. Ook bieden steeds meer ggz-aanbieders e-health aan tijdens het wachten.

De leden van de VVD-fractie onderschrijven met de Minister het belang van beleid dat inzet op gezondheid en mentale weerbaarheid, het voorkomen van onnodige instroom in de ggz en het slim organiseren van de ggz-zorg. Zij ontvangen graag een gedetailleerdere reactie waarin de Minister beschrijft hoe zij voornemens is de ggz-zorg slim te organiseren om zo de doorstroom te bevorderen en ook de wachttijden terug te dringen. Is de Minister voornemens om de toekomstagenda ggz te koppelen aan concrete doelen met betrekking tot de wachtlijstenproblematiek? Kan de Minister hier een toelichting op geven?

Vanzelfsprekend hebben veel thema's die relevant zijn in het aanpakken van de wachttijden een belangrijke plek in de Toekomstagenda ggz. Thema's die in de agenda aan de orde komen zijn samenwerking binnen en tussen regio's om het aanbod van zorg beter te spreiden en instroom te beperken, inzet op betere (multidisciplinaire) triage en het versterken van de organiseerbaarheid van de ggz (onder andere) het bevorderen van de contractering en avond-, nacht en weekenddiensten. Ook wil ik meer focus op kwaliteit en doelmatigheid van zorg, het bevorderen van het werkplezier en inzetten op innovatie en het lerend vermogen van de sector.

Ik hoop en verwacht dat de inzet op deze thema's, samen met de aanpak waar ik me samen met de partijen vanuit de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz⁹ voor hard maak, voor duurzaam resultaat zorgt in het terugdringen van de wachttijden.

In figuur 1 en 2 van het NZa-rapport zien de leden van de VVD-fractie dat met name mensen met bepaalde diagnoses en uit bepaalde regio's, langer dan de Treeknorm wachten op een intakegesprek. Vindt er op basis van deze data extra gerichte inzet en/of samenwerking plaats tussen regio's om de wachtlijstenproblematiek te verminderen? Zo ja, welke? In hoeverre speelt het Ondersteuningsteam Zorg en Jeugd (OZJ) hierin een rol?

Binnen de wachttijdenaanpak is het vertrekpunt dat er voornamelijk *binnen* regio's nadrukkelijk samengewerkt moet worden om de wachttijden aan te pakken. Regio's worden door de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz gestimuleerd om waar mogelijk samen te werken en best practices uit te wisselen, maar is er vooral ruimte voor maatwerk; de aard van de problematiek kan per regio verschillen en dat geldt dus ook voor de mogelijke oplossingen. Een voorbeeld hiervan is de inzet op transfermechanismen. Binnen een transfermechanisme spannen onder andere 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 op basis van een analyse van oorzaken van de wachttijdenproblematiek. Zo kan er in de ene regio meer nadruk liggen op de overdracht van cliënten op een wachtlijst

⁷ Wachttijdondersteuning – Kompasie

⁸ Van wachttijd naar starttijd: GGNet zet wachtenden «aan het werk» – Weg van de wachtlijst

⁹ Voorheen «landelijke stuurgroep wachttijden ggz»

naar andere aanbieders, terwijl er in de andere regio meer wordt ingezet op het verbeteren van de door- en uitstroom van cliënten.

Naast het maatwerk binnen regio's, gaat er vanuit de landelijke stuurgroep en de toezichthouders extra aandacht uit naar de regio's waar er relatief meer problemen zijn wat betreft de wachttijden. In deze regio's kunnen versnellers worden ingezet. Bij brief van 4 november jl.¹⁰, werd u geïnformeerd over de afronding van de opdracht van de eerste acht versnellers. Zowel de leden van de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz als de toezichthouders waren zeer positief over de invloed en opbrengsten van de versnellers. Recent heb ik daarom besloten de inzet van de versnellers niet alleen te continueren, maar ook te verbreden. Door middel van een subsidieoproep, waarvoor in totaal vier miljoen beschikbaar is, kunnen regio's met relatief grote wachttijdproblemen een aanvraag doen voor een eenmalige impuls om met de inzet van een versneller (gezamenlijk met alle betrokken partijen in een regio) de wachttijdproblematiek aan te pakken.

In de regio's waar de wachttijdproblematiek groot is, is er overigens ook gezamenlijk toezicht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Het is aan regio's om te bepalen met welke partijen zij samenwerken binnen hun wachttijdenaanpak, dit kan dus ook zijn met de Ondersteuningsteams Zorg en Jeugd indien dit opportuun is.

Verder zijn genoemde leden benieuwd hoe de aanpak van wachttijdenproblematiek zich verhoudt tot de regionale doorzettingsmacht die de Minister vanaf 1 mei 2022 zal krijgen voor het plaatsen van ggz-patiënten die tussen wal en schip dreigen te vallen. Deze leden vinden het goed dat de Minister deze formele bevoegdheid krijgt, maar willen onderstrepen dat dit alleen als uiterste redmiddel kan worden ingezet. Op welke gaat dit Minister dit borgen? Wat is de inzet en verwachting van de Minister op dit punt?

De aanpak van de wachttijden heeft als belangrijkste doel het realiseren van *tijdige* zorg. Regionale doorzettingsmacht is een middel dat richt op *passende* zorg. Regionale doorzettingsmacht is in het leven geroepen voor mensen die middels de reguliere processen¹¹ niet op de juiste plek in de zorg terecht komen. Dit zijn mensen die (nog) niet op een wachtlijst staan.

Regionale doorzettingsmacht heeft de vorm van een opschalingsproces¹², waarvan de basis en het zwaartepunt in de regio ligt. Het proces werkt vanuit de gedachte dat partijen gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om naar een oplossing te zoeken. Als dat niet regionaal lukt, wordt er bovenregionaal gekeken. En als in een uitzonderlijk geval blijkt dat een oplossing ook daar niet voor handen is, wordt er opgeschaald naar de bestuurlijke tafel. Daar kan een oplossing zo nodig geforceerd worden door bestuurders. Dezelfde bestuurders die ik anders uitnodig om met mij het gesprek aan te gaan over waarom die oplossing er nog niet is. Dat dit een ultimatum remedium is staat voor alle partijen dus vast, opschaling naar het niveau van het Ministerie van VWS is voor alle partijen onwenselijk. Ik verwacht daarom ook dat partijen zeer terughoudend omgaan met deze mogelijkheid. Indien dit niet het geval is zal ik hierover in gesprek treden met partijen.

¹⁰ Kamerstuk 25 424, nr. 594

¹¹ O.a. verwijzing, triage, zorgbemiddeling vanuit zorgverzekeraar

¹² Voor meer details, zie Kamerstuk 25 424, nr. 549

De partijen uit de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden¹³ en mijn ambtsvoorganger hebben gezamenlijk een handreiking¹⁴ vastgesteld waarin minimale procedurele afspraken staan beschreven over wat regionale partijen (ggz-aanbieders, verzekeraars, etc.) moeten organiseren. Zo wordt onder andere van deze partijen verlangd dat ze afspraken maken over de voorwaarden waaronder een casus kan worden opgeschaald, over de verdeling van verantwoordelijkheden en over de termijn waarbinnen een casus behandeld moet zijn. Ook worden partijen geacht de landelijke stuurgroep over vorderingen op de hoogte te houden. Het streven is het proces vanaf deze maand in alle regio's te hebben staan. Samen met de stuurgroeppartijen blijf ik vinger aan de pols houden.

Ook willen de leden van de VVD-fractie aandacht vragen voor taakherschikking in de ggz en de manier waarop dit kan bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten. Een hbo-geschoolde toegepaste psycholoog zou bepaalde taken van een GZ-psycholoog kunnen overnemen om de werkdruk beter te verdelen. In de praktijk gebeurt dit echter niet vanwege formele knelpunten (zo heeft een toegepaste psycholoog geen bekostigingscode en mag hij of zij niet tijdschrijven). Is de Minister het met genoemde leden eens dat dit soort regels niet in de weg mogen staan van het verlenen van pragmatische, efficiënte en kwalitatief goede zorg? Ziet de Minister mogelijkheden om deze knelpunten op te lossen? En is de Minister voornemens om taakherschikking op te nemen in de toekomstagenda ggz? Deze leden ontvangen op dit punt graag een reactie van de Minister.

Het zou niet zo mogen zijn dat toegepaste psychologen niet worden ingezet in de ggz omdat zij geen bekostigingscode hebben. Er is een situatie ontstaan waarin voor het gemak BIG-nummers worden gebruikt voor zaken die niets te maken hebben met de doelstellingen van de Wet BIG: zorgdragen voor de patiëntveiligheid. Voor dergelijk gebruik is de Wet BIG nooit bedoeld en ik vind dit ook onwenselijk. De Minister van VWS adresseert dit probleem in zijn brief over Toekomstbestendigheid BIG die op 29 april jl. naar uw Kamer is verzonden¹⁵.

In algemene zin ondersteun ik de beweging van taakherschikking. Voor de specifieke vraag of bij het overdragen van taken van de gz-psycholoog naar toegepaste of Masterpsychologen de kwaliteit voldoende geborgd is, geldt dat ik niet de aangewezen partij ben om hier uitspraken over te doen, die beoordeling is aan het veld zelf. Ik zal de vraag naar mogelijkheden voor taakherschikking wel meenemen in gesprekken met het veld, wanneer ik met hen spreek over de transformatie die nodig is om een toenemende zorgvraag niet alleen op te vangen met meer zorgpersoneel.

In de Toekomstagenda ggz heb ik aandacht voor de arbeidsmarktvragestukken en slimme oplossingen voor personeelstekorten die er zijn.

Ook ontvangen zij graag een reactie van de Minister op praktische initiatieven vanuit het veld, zoals Wachtverzachter (www.wachtverzachter.nu), om de wachttijden in de ggz draaglijker te maken.

¹³ De Nederlandse ggz, Zorgverzekeraars Nederland, MIND, Ineen, MeerGGZ, Sociaal Werk Nederland, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

¹⁴ Zie Handreiking-RDM-januari-2022.pdf (wegvandewachtlijst.nl)

¹⁵ Kamerstuk 29 282, nr. 461

Het is mooi om te zien dat er door het hele land praktische initiatieven ontstaan die het wachten voor cliënten in de ggz draaglijker maken. Deel van de strategie van de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz is het versterken van dit soort initiatieven door goede voorbeelden breder toegankelijk te maken, de ontwikkeling van goede voorbeelden te versnellen en ze te ondersteunen richting duurzaam organiseren en financieren. Ik onderschrijf de inzet van de stuurgroep op versterking en verbreding.

Tot slot ontvangen genoemde leden graag een reactie van de Minister op het initiatief Hoofdzaken van MIND, ZonMw, de Nederlandse Organisatie van Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en de Hersenstichting, waarbij door nauwere samenwerking tussen specialismen ook wordt beoogd patiënten sneller en effectiever te helpen. Is de Minister in gesprek met de organisaties achter Hoofdzaken om na te gaan hoe hun aanpak zou kunnen leiden tot kortere wachttijden in de ggz?

De initiatiefnemers van Hoofdzaken streven naar een nationaal kennis- en innovatieprogramma hersen- en psychische gezondheid, waarin kennis en data over psychiatrie, psychologie, neurologie en neurowetenschappen worden gebundeld en er sneller betere oplossingen voor patiënten in praktijk worden gebracht. Ik ben in overleg met de initiatiefnemers over de opzet van dit programma. Onderdeel van het programma is het sneller naar de praktijk vertalen van kennis, waardoor patiënten snellere en effectievere hulp kunnen krijgen. Dit zou op termijn bij kunnen dragen aan een verkorting van de wachttijden in de ggz.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de laatste stand van zakenbrief, alsmede van eerdere brieven aangaande de wachttijden in de ggz. Zij constateren dat er binnen de ggz een grote uitdaging ligt om ervoor te zorgen dat juist de wachttijden in de specialistische ggz tot een uiterst minimum worden beperkt. Zij benadrukken dat, naast preventie en vroegsignalering, het belangrijk is dat juist deze groep patiënten de prioriteit krijgen binnen de ggz. Het betreft immers mensen die het meest kwetsbaar zijn. Zij kijken daarom uit naar de inzet van de Minister met betrekking tot de toekomstagenda ggz. Deze leden vragen aan de Minister hoe zij haar rol ziet binnen de ggz-sector om ervoor te zorgen dat ook hier passende zorg wordt geleverd. Geldt passende zorg wat de Minister betreft ook voor de ggz?

Ja, dit geldt zeker ook voor de ggz. Passende zorg is doelmatige, waarde gedreven en effectieve zorg, zet in op gezondheid in plaats van ziekte en komt samen met de patiënt tot stand. Bij passende zorg staat de hulpvraag centraal, wordt gekeken welke juiste zorg op de juiste plek nodig is en wordt er multidisciplinair gekeken naar wat iemand nodig heeft. Dit hoeft niet altijd ggz-hulp te zijn. Soms is iemand beter geholpen met ondersteuning bij het oplossen van schulden of het vinden van een baan. De blijvende krapte op de arbeidsmarkt en de grote vraag naar ggz-hulp maakt dat we de beschikbare ondersteuning en zorg anders met elkaar moeten gaan inzetten. Hier wil ik samen met de sector aan gaan werken. In deze transitie is passende zorg ook voor de ggz een deel van het antwoord. In het kader van het IZA en de Toekomstagenda ggz neem ik dit uitgangspunt ook mee.

De leden van de D66-fractie zijn goed gestemd dat de Minister tijdens het Hoofdlijnendebat VWS van 8 maart jl. aangaf dat de situatie in de ggz urgent is en dat in de samenwerking binnen de stuurgroep wachttijden ggz al enkele concrete acties zijn gerealiseerd, zoals de acht tafels

hoogcomplexere ggz die zijn opgezet, de regionale doorzettingsmacht per 1 mei 2022, het aangekondigde onderzoek naar de dubbelwachtenden door de NZa en de regionale transfermechanismen die zijn opgezet met bijbehorende versnellers voor de regio's waar de wachttijden het langst zijn. Wanneer verwacht de Minister de eerste merkbare resultaten van al deze initiatieven? Hoe worden deze resultaten gemonitord en wat zijn de consequenties als doelstellingen niet worden gehaald?

Zoals aangegeven in reactie op vragen van leden van de VVD-fractie zijn de wachttijden feitelijk een symptoom van dieperliggende en meer structurele problemen in de ggz. Desondanks zijn de maatregelen die wij nu nemen in het kader van de wachttijden/toegankelijkheid van de ggz pas recent in werking getreden. Zij moeten zich nog uitbetalen. Tevens is het belangrijk om te realiseren dat de coronapandemie extra uitdagingen met zich heeft meegebracht. Het is een positief signaal dat de wachttijden daardoor niet veel verder zijn opgelopen.

De eerste ervaringen met maatregelen als de transfermechanismen en versnellers zijn positief. De landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz en de toezichthouders zien een verbetering in de regionale samenwerking tussen diverse partijen en een gedeeld gevoel van urgentie. Deze observaties worden onderschreven door de toezichthouders. We blijven de voortgang zowel inhoudelijk als procesmatig scherp monitoren. De stuurgroep monitort ieder half jaar de voortgang op de verschillende onderdelen van de aanpak van de wachttijden. Daarnaast blijft de NZa de wachttijden monitoren.

Deze leden vragen de Minister daarbij ook naar sanctionering richting zorgverzekeraars die binnen het stelsel een zorgplicht hebben (volgens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet) en hoe de NZa hier nu al op toeziet.

Voor (de totstandkoming van) de transfermechanismen is sprake van een collectieve inzet en verantwoordelijkheid van ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen (de exacte samenstelling van het transfermechanisme verschilt per regio). De IGJ en de NZa volgen de ontwikkelingen en afspraken die in het kader van de transfermechanismen worden gemaakt en nemen dit mee in hun reguliere toezicht. Ook hoort daar voor de NZa het toezien – en aanspreken – op de zorgplicht van zorgverzekeraars bij.

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa heeft bewerkstelligd dat zorgaanbieders gemakkelijker hun wachttijdinformatie kunnen doorgeven. Zij vragen de Minister het NZa te vragen hoeveel procent van de aanbieders dit ook doet en of het percentage ingevulde wachttijdinformatie op kiezenindeggz.nl is toegenomen ten opzichte van een jaar geleden.

Door een nieuwe wijze van berekenen¹⁶ en het feit dat er nu nog nauwelijks wordt gedeclareerd¹⁷, kan de NZa nu (nog) geen actueel aanleverpercentage geven. Over een eventuele toename kan ik dus geen uitspraken doen. Het laatst bekende aanleverpercentage bedraagt ongeveer 90%¹⁸. Dit percentage is door de jaren heen vrij consistent. Wanneer het percentage onder die 90% zou komen, zou de NZa haar toezicht intensiveren.

¹⁶ Wachttijden worden niet meer gewogen op basis van het jaarvolume, maar op basis van de instroomcijfers die de NZa vóór 2022 nog niet had

¹⁷ Hierdoor zijn recente volumecijfers überhaupt niet beschikbaar

¹⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 602

De leden van de D66-fractie maken zich al lange tijd zorgen om de wachttijden en betreuren dat de NZa weinig grote ontwikkelingen ziet, temeer omdat juist de behandelwachttijd toeneemt maar de aanmeldwachttijd wel bij meerdere diagnosegroepen daalt. Hoe kijkt de Minister tegen dit verschil aan? Welke financiële prikkels kunnen eraan ten grondslag liggen dat de aanmeldwachttijd daalt maar de behandelwachttijd stijgt? Kan het zijn dat het voor aanbieders loont om wel een aanmelding te doen maar geen behandeling?

De cijfers van december 2021 laten over het algemene geen grote schommelingen zien. Tegelijkertijd merkt de NZa wel op dat er in de ggz vooralsnog geen weerslag van de coronapandemie terug te zien is in de wachttijden – ondanks dat de coronapandemie een forse wissel op de zorg heeft getrokken. Dit is wat mij betreft een compliment in de richting van de sector waard. Dit neemt niet weg dat ook ik mij blijf inzetten voor het terugdringen van de wachttijden als onderdeel van mijn bredere ambitie om de toekomstbestendigheid van de sector te vergroten.

Er is geen eenduidige verklaring voor het toenemen van de behandelwachttijd en het afnemen van de aanmeldwachttijd. De NZa geeft aan dat er tal van factoren een rol zouden kunnen spelen: er is de laatste jaren veel aandacht uitgegaan naar het verkorten van de aanmeldwachttijden (omdat de problemen hier het grootst waren). Daarnaast is de instroom gedurende de corona-tijd met momenten kleiner geweest, waardoor achterstanden in het afnemen van intakes wellicht (deels) zijn weggewerkt. Tegelijkertijd is het personeelsverzuim hoog en is er schaarste op de arbeidsmarkt, waardoor er minder capaciteit beschikbaar is. Dit laatste zou voornamelijk één van de verklaringen kunnen zijn voor het (licht) toenemen van de behandelwachttijden.

Deze leden vragen de Minister daarbij wat zij vindt van de situatie dat ggz-patiënten na aanmelding bij een zorgaanbieder wordt verteld dat zij niet in aanmerking komen voor een behandeling omdat zij «te complex» zijn en dat aanbieders kunnen weigeren om patiënten te behandelen. Zij bemerken ook dat patiënten dan ook niet worden gewezen op alternatieven of worden doorverwezen of opnieuw op een wachtlijst moeten. Zij vragen de Minister dit omdat een specialist in het ziekenhuis zelden tot nooit een patiënt vertelt dat hij of zij «te complex» is voor zorg, met uitzondering van zeer zeldzame aandoeningen die tertiaire zorg in een Universitair Medisch Centrum (UMC) behoeven. De leden van de D66-fractie vragen de Minister of er ook bij zorgaanbieders een acceptatieplicht geldt en of de Minister bereid is te onderzoeken hoe vaak het voorkomt binnen de ggz dat patiënten te horen krijgen dat zorg vanwege een specifieke diagnose niet mogelijk is.

Ik vind dat schrijnend om te horen. Het is tegelijkertijd de professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners (op basis van vigerende standaarden/richtlijnen) om te beoordelen of zij passende zorg kunnen verlenen aan zorgvragers/patiënten en of er geen exclusiecriteria aan de orde zijn. Zorgverzekeraars hebben echter wel een zorgplicht. Die zorgplicht houdt in dat de verzekeraar ervoor moet zorgen dat zijn verzekerde tijdig zorg krijgt van een kwalitatief goed niveau dan wel een vergoeding ontvangt van geleverde zorg. In het geval dat iemand niet terecht kan bij een zorgaanbieder, dan rust op de zorgverzekeraar de verantwoordelijkheid voor zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar zal er dan zo snel mogelijk voor moeten zorgen dat de verzekerde bij een passende zorgaanbieder wel terecht kan.

Het plan hoogcomplexe ggz is in het leven geroepen om mensen met een hoogcomplex ziektebeeld, waarvoor geen passend zorgaanbod voor handen lijkt, toch aan passende zorg te helpen. Zij kunnen door verwijzers, ggz-aanbieders, andere zorgverleners of zorgverzekeraars op een zogenaamde casuïstiektafel complexe ggz¹⁹ worden ingebracht. Aangesloten ggz-aanbieders en zorgverzekeraars doen dan hun uiterste best een behandelplek te vinden en financieren. In het uiterste geval kan ook regionale doorzettingsmacht een oplossing bieden voor mensen die dreigen tussen wal en schip te vallen.

De leden van de D66-fractie vinden het fijn dat de wachttijd bij de basis ggz afneemt. Zij vrezen echter dat er een onevenredige verschuiving plaatsvindt van personeel en middelen van de specialistische ggz naar de basis ggz, waardoor de wachtlijsten in de laatste groep weliswaar afnemen maar de wachttijden voor specialistische zorg toenemen. Herkent de Minister dit? Hoe kijkt zij naar de berichtgeving, zoals bij de situatie rondom PsyQ in Amsterdam, dat psychiaters en psychologen in toenemende mate de voorkeur geven aan het verlenen van zorg in de basis ggz, omdat werkomstandigheden prettiger zijn (zoals de ervaren vrijheid en administratieve druk)? Klopt dit en is dit te kwantificeren via bijvoorbeeld de beroepsverenigingen?

Ik herken de signalen. Er is momenteel echter geen cijfermatige onderbouwing van de stelling in deze berichtgeving. Het Capaciteitsorgaan doet onderzoek naar het zorgaanbod. Een onderdeel van dit onderzoek zal duidelijkheid geven over de mobiliteit van een zestal beroepen in de ggz, waaronder gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz en verslavingsarts. Deze informatie geeft ons meer inzicht in de mate waarin ggz-behandelaren de voorkeur geven aan het verlenen van zorg in de basis-ggz ten opzichte van de gespecialiseerde ggz. Ik verwacht de uitkomsten van het onderzoek van het Capaciteitsorgaan dit jaar. Het Capaciteitsorgaan neemt deze inzichten mee in de nieuwe capaciteitsramingen.

Hoeveel psychiaters zijn momenteel actief als zelfstandige in vergelijking met tien à vijftien jaar geleden? Wat gaat de Minister zelf of richting zorgverzekeraars ondernemen om het werken bij grotere (specialistische) ggz-aanbieders aantrekkelijker te maken? Is de Minister bereid dit vraagstuk, arbeidsmarktbeleid in de ggz, mee te nemen in de toekomst-agenda ggz die zij opstelt?

De meest recente cijfers van CBS Statline over de positie in de werkkring van BIG-geregistreerde zorgverleners zijn afkomstig uit 2020. In de onderstaande tabel is voor de jaren 2020, 2010 en 2005 het aantal BIG-geregistreerde, werkzame psychiaters opgenomen.

¹⁹ Ook wel «regiotafels» of «tafels hoogcomplex» genoemd

| BIG-geregistreerde artsen met specialisme psychiatrie | Totaal aantal werkzaam | Werkzaam als werknemer | Positie in de werkring | |
|---|------------------------|------------------------|--|---------------------------|
| | | | Werkzaam als werknemer en zelfstandige | Werkzaam als zelfstandige |
| 2020 ¹ | 3.525 | 2.070 | 645 | 810 |
| 2010 | 2.715 | 1.440 | 805 | 465 |
| 2005 | 2.280 | 1.085 | 790 | 410 |

¹ Voorlopige cijfers

Bron: CBS Statline, Medisch geschoolden; arbeidspositie, werkring, specialisme, vanaf 1999 (afgerond op vijftallen)

Voor de kwaliteit en continuïteit van zorg nu en in de toekomst is het belangrijk dat de ggz voor alle medewerkers een aantrekkelijke branche is en blijft om in te werken. Dit betekent dat er binnen ggz instellingen meer aandacht moet komen voor goed werkgeverschap, onder andere door het vergroten van zeggenschap van medewerkers, aandacht voor de werk-privé balans en een gezonde en veilige werkomgeving. Het is een taak van werkgevers om hiermee aan de slag te gaan en ik ben voornemens om dit te stimuleren vanuit de sectorbrede arbeidsmarkt-aanpak. De hoofdlijnen van deze aanpak ontvangt uw Kamer op korte termijn. In die brief sta ik tevens stil bij de samenwerking met andere partijen in de sector, zoals zorginkopers en toezichthouders.

De leden van de D66-fractie vragen de Minister wat de stand van zaken is betreffende de handreiking wachttijdbegeleiding voor mensen die psychische hulp nodig hebben binnen de ggz. Zij constateren dat wachttijdbegeleiding, zoals e-health, psycho-educatie, informatie voor naasten of zelfzorginterventies, kunnen helpen gedurende de periode van wachten. Zij benadrukken dat dit geen alternatief is voor effectieve behandeling, maar zijn van mening dat het wel kan bijdragen dat klachten gedurende het wachten niet erger worden. Deze handreiking werd reeds genoemd in het Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018–2019²⁰. Wat is het effect van deze handreiking wachttijdbegeleiding? Indien deze nog steeds niet aanwezig is, waarom is dat het geval en wanneer is deze er wel? En is de Minister van mening dat dit alsnog van toegevoegde waarde kan zijn? Zo nee, waarom niet?

De handreiking waar de leden van de D66-fractie op doelen is in 2019 voltooid. Van partijen vanuit de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz begrijp ik dat er in de regio's waar gebruik wordt gemaakt van (delen van) de handreiking, er daadwerkelijk sprake is van meer samenwerking op het gebied van wachttijdbegeleiding.

In mijn antwoorden op vragen van leden van de VDD-fractie ging ik ook al in op wachttijdbegeleiding. Er zijn verschillende initiatieven om mensen gedurende de periode dat zij op een wachtlijst staan te begeleiden of ondersteunen. Wachttijdbegeleiding – het ondersteunen van mensen terwijl zij op een wachtlijst staan – is een vorm van onafhankelijke cliëntondersteuning, waarvoor Zorgkantoren (Wlz) en gemeenten (Zvw, Wmo) aan de lat staan. De inrichting ervan verschilt per regio/gemeente. Er zijn de afgelopen jaren overigens zowel op initiatief van gemeenten als van partijen daarbuiten al tal van mooie initiatieven ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn het initiatief van de «Wachtverzachter» in

²⁰ ZN, MIND, GGZ NL, MEER GGZ, LVVP, NVvP, V&VN, NIP, P3NL, 11 juli 2018, «Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018–2019»

Dronten, de wachttijdondersteuning van Kompassie in Den Haag²¹ en de pilot van GGNet in Zutphen²². Ook bieden steeds meer ggz-aanbieders e-health aan tijdens het wachten.

Voor de begeleiding van mensen die binnen de ggz tussen wal en schip vallen en niet weten waar ze moeten beginnen met het zoeken van hulp, werk ik op dit moment samen met MIND en de VNG cliëntondersteuning in het kader van regionale doorzettingsmacht uit. Op basis van ervaringen binnen enkele «pilot-gemeenten» moet de komende tijd duidelijk worden of cliënten binnen regionale doorzettingsmacht voldoende geholpen zijn met cliëntondersteuning vanuit het gemeentelijk domein en – zo niet – wat er aanvullend nodig is.

De leden van de D66-fractie benadrukken het belang van goede diagnostiek aan het begin van een behandeltraject. Zo wordt voorkomen dat patiënten van het kastje naar de muur worden gestuurd of onnodig wachten bij een aanbieder die eigenlijk niet de juiste zorg kan bieden. Hoe kijkt de Minister aan tegen het belang van psychodiagnostiek en dan met name het uitvoeren van een volledig psychologisch onderzoek? Klopt het dat er momenteel nog geen richtlijn of kwaliteitsstandaard is voor psychodiagnostiek en geen kwaliteitsregister is voor psychodiagnostici, terwijl deze wel kunnen bijdrage aan juiste diagnoses bij patiënten? Is de Minister bereid dit vanuit haar rol aan te jagen, zodat diagnoses eerder en juist worden gesteld? Zo nee, waarom niet? Wat kan de Minister anders doen om het traject van diagnosticeren te verbeteren?

Om te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek krijgt, is optimale samenwerking tussen patiënt, naaste en professional in het diagnostische proces van groot belang. Er is een generieke module ontwikkeld over hoe goede diagnostiek eruitziet. Naar verwachting zal deze generieke module diagnostiek volgende maand op de website van Akwa GGZ worden gepubliceerd. Eén van de uitgangspunten in de generieke module is gepaste diagnostiek: diagnostiek doe je zo kort als het kan, zo lang als het moet, zo licht als het kan, zo zwaar als het moet. In de module staat beschreven dat de professional (diagnosticus) altijd vanuit verschillende invalshoeken naar de klachten, problemen en mogelijkheden van de patiënt kijkt en per patiënt bekijkt of aanvullende (psycho)diagnostiek nodig is om te komen tot een diagnose die richting geeft aan de indicatiestelling. Voor professionals zijn er verschillende registers. Zo beheert het Registerplein het register Psychodiagnostisch Werkenden en heeft het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een register voor de Basisaantekening Psychodiagnostiek (BAPD).

De leden van de D66-fractie zijn benieuwd naar de uitwerking van de passage in het coalitieakkoord om de POH in de ggz een grotere rol te geven. Komt de Minister hierop terug in de toekomstagenda ggz die zij voor het volgende debat over de ggz naar de Kamer stuurt? Zo ja, komt zij dan met plannen om het potentieel van de POH maximaal te benutten?

De rol van de POH-ggz in de keten van sociaal domein- huisartsenzorgzorg en de ggz zal worden meegenomen in het IZA. Dit betreft de samenwerking tussen de ggz, huisartsen en het sociaal domein ten behoeve van het realiseren van passende zorg en ondersteuning. Hierbij zal het onder meer gaan over het concretiseren van verantwoordelijkheden, het verbeteren van de zichtbaarheid en bereikbaarheid ten behoeve van de samenwerking tussen ggz, huisartsen en het sociaal domein, het realiseren van multidisciplinaire triage en expertise aan de

²¹ Wachttijdondersteuning – Kompassie

²² Van wachttijd naar starttijd: GGNet zet wachtenden «aan het werk» – Weg van de wachtlijst

voorkant, het versterken van het sociaal domein/sociale basis en de wettelijke en financiële mogelijkheden bij domeinoverstijgende samenwerking. Ook zal de rol van de POH-ggz in de keten van sociaal domein, huisartsenzorg en de ggz onderdeel uitmaken van de Toekomstagenda ggz.

Hoe kijkt de Minister aan tegen de conclusie in de rapportage Panel Psychisch Gezien dat de groep panelleden die de afgelopen twaalf maanden contact heeft gehad met de POH-ggz groter is geworden (dertien procent in 2015 en negentien procent in 2021). Is dit een positieve of minder positieve ontwikkeling, gegeven de huidige stand van de wachtlijsten in de ggz?

Om mensen beter en sneller te kunnen doorgeleiden naar passende zorg en ondersteuning moet sneller duidelijk zijn wat de (zorg)behoefte is. Daarmee wordt ook onnodige zorg voorkomen. Samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz-keten is dan ook van groot belang. Binnen deze keten heeft de POH-ggz van de huisarts een belangrijke rol. Ik vind het goed dat mensen steeds beter de POH-ggz weten te vinden, maar heb tegelijkertijd zorgen over de toenemende werkdruk die dit voor de POH-ggz met zich meebrengt. In het IZA zal ik hier – zoals ik in mijn voorgaande antwoord heb toegelicht – verder op ingaan.

De leden van de D66-fractie vragen tot slot in welke mate de succesvolle pilot van Arkin, in samenwerking met Zilveren Kruis, de NZa en het Ministerie van VWS, om administratiedruk binnen de ggz terug te dringen, navolging heeft gekregen.²³ Zij willen graag benadrukken dat alle onnodige tijd aan administratie ten koste gaat van behandeltijd en daarmee de wachttijden. Indien dit nog niet landelijk is uitgerold, waarom is dat dan het geval en wat vindt de Minister daarvan?

Het experiment van Arkin waaraan u refereert is op 1 januari 2019 van start gegaan. Het registeren van indirecte tijd werd afgeschaft, en alleen nog consulten waarbij sprake is van direct patiëntencontact werden vastgelegd. De uitkomsten van dit succesvolle experiment zijn meegenomen in het nieuwe bekostigingsmodel binnen de ggz – het Zorgprestatie-model – dat sinds begin dit jaar van kracht is. Het registeren van indirecte tijd – zoals het bijwerken van het dossier of het voeren van multidisciplinair overleg is niet langer vereist. De tijd die hiermee vrijkomt, kan zo worden besteed aan bijvoorbeeld meer direct contact met cliënten en deskundigheidsbevordering.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de geagendeerde stukken en hebben daarbij nog een aantal vragen.

Allereerst verbazen de leden van de SP-fractie zich over de minimale urgentie die uit de brief van de Minister lijkt te spreken. 85.000 mensen wachten op dit moment op ondersteuning of hulp bij problemen, waardoor zij in hun dagelijks leven (ernstig) belemmerd worden. Omdat aan de buitenkant niet altijd te zien is dat iemand een probleem heeft, zoals bijvoorbeeld een gebroken been, wil niet zeggen dat de urgentie om geholpen te worden niet net zo groot kan zijn. Genoemde leden zien in de formuleringen voor de «toekomstagenda ggz» vooral een verdeling van

²³ Arkin, 4 december 2018, «Experiment Arkin en Zilveren Kruis: minder administratieve lasten voor behandelaars» (<https://arkin.nl/experiment-arkin-en-zilveren-kruis-minder-administratieve-lasten-voor-behandelaars/>)

de schaarste, in plaats van dat de schaarste wordt aangepakt. Kan de Minister daarop ingaan? Denkt zij dat met het herverdelen van de schaarste de wachtlijsten opgelost gaan worden? Of gaat zij nog meer maatregelen nemen zodat de wachtlijsten weggewerkt zijn, of dat tenminste nergens de Treeknormen overschreden worden?

Ik wijs u er graag op dat ik de wachttijden zie als een symptoom van onderliggende problemen in de ggz, zoals ik ook al aangaf in mijn antwoorden op vragen van leden van de VVD en D66. De aanpak wachttijden heeft mijn aandacht, maar ik wil deze niet in isolement prioriteit geven. Ik zet de drieslag kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg centraal.

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland is van een hoog niveau. Tegelijkertijd hebben we de afgelopen tijd gezien dat het in toenemende mate een uitdaging is om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De zorgvraag neemt de komende jaren alleen maar toe terwijl zorgpersoneel en mantelzorgers schaars zijn. De zorg drukt nu al zwaar op de arbeidsmarkt (1 op 6 mensen op de Nederlandse arbeidsmarkt werkt nu in de zorg). Het is niet reëel te veronderstellen dat het aandeel van de zorg op de Nederlandse arbeidsmarkt of op de collectieve financiële middelen verder kan oplopen. We hebben als samenleving immers ook nog andere grote uitdagingen die noodzakelijke voorwaarden vormen voor het (mentaal) welzijn van iedereen in Nederland en waar (veel) mensen en middelen voor nodig zijn: klimaat, veiligheid, onderwijs, wonen, etc. Bovendien is ons zorgstelsel geënt op solidariteit. Als het beslag van de zorg op de collectieve middelen verder toeneemt, komt deze solidariteit onder druk te staan.

Ik wil daarom inzetten op een brede transitie. Dit doe ik samen met de Minister van VWS in het IZA. Ik zet me hiervoor tevens in met de Toekomstagenda ggz. Daarnaast vormt preventie een belangrijke sleutel om iedereen in Nederland gezond en mentaal weerbaar te houden. Hierop zet ik met Staatssecretaris van VWS in middels de Aanpak mentale gezondheid.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister toe te lichten wat de effecten van de wachtlijsten in de ggz zijn voor de POH. Is daar nu sprake van een wachtlijst? Kan de POH-ggz de vraag nog aan?

De huisartsenzorg biedt generalistische zorg, waarvan ook psychische zorg bij lichtere, veel voorkomende problematiek binnen de huisartsgeneeskundige kaders. Dit kan door zowel de huisarts of de POH-ggz uitgevoerd worden. In de NZa-monitor Toegankelijkheid van Zorg (2022)²⁴ wordt benoemd dat de hoge wachttijden bij de ggz zorgen voor extra druk bij de huisartsenzorg. Ook signaleert de NZa dat de wachttijden voor de POH-ggz oplopen.

De algehele druk op de huisartsenzorg is al geruime tijd erg hoog. Door de forse wachttijden voor ggz-behandelingen, zijn er gevallen bekend waarbij de huisarts of de POH-ggz een cliënt een aantal keer ziet tijdens de wachttijd. Enerzijds zorgt dit voor extra druk en ongemak bij de huisarts of praktijkondersteuner, omdat zij de benodigde gespecialiseerde zorg voor de patiënt niet kunnen dragen en/of bieden, anderzijds zorgt het voor wachttijden voor patiënten die komen voor de lichte psychische hulp die de huisarts nu juist kan bieden.

²⁴ Monitor Toegankelijkheid van zorg – 27 januari 2022 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Ik ben – mede met het oog op het toenemend beroep dat op de POH wordt gedaan – voornemens afspraken te maken over het versterken van de samenwerking in deze keten in het nog af te sluiten IZA. Hierbij zal het onder meer gaan over het organiseren van laagdrempelige beschikbaarheid van ggz-expertise in zowel de huisartsenpraktijk als het sociaal domein.

De leden van de SP-fractie lezen dat de NZa geen uitspraken kan doen over dubbel- en voorkeurswachtenden. Met name de term voorkeurswachtenden is in de ogen van deze leden een term die in het leven is geroepen om de hoeveelheid personen op de wachtlijst te bagatelliseren. Want waarom zou iemand een plek moeten accepteren waarvan die persoon niet het gevoel heeft daar geholpen te worden op een manier die werkt of past? Genoemde leden horen graag van de Minister of zij gaat stoppen met deze bagatelliserende termen, of in ieder geval met de term voorkeurswachtenden. Het is immers niet meetbaar.

Met »voorkeurswachtenden« worden mensen bedoeld die op een wachtlijst staan voor een specifieke instelling en niet wensen ergens anders geholpen te worden, ook niet als dat een verkorting van de wachttijd zou betekenen. De term vindt zijn oorsprong in de «voorkeur» die men uitdrukt om op een bepaalde wachtlijst te blijven staan. In de term ligt geen waardeoordeel besloten.

Overigens klopt het dat de NZa geen *kwantitatieve* uitspraken kan doen over dubbel- en voorkeurswachtenden. Zoals mijn ambtsvoorganger u op 12 juli jl. schreef²⁵, doet de NZa echter wel *kwalitatief* onderzoek naar dubbel- en voorkeurswachtenden.

De leden van de SP-fractie constateren dat recent meerdere grote ggz-aanbieders in de problemen zijn gekomen of hun zorg flink afbouwen. Denk daarbij aan het Centrum voor Psychotherapie van Pro Persona, of het nieuws dat PsyQ mogelijk al haar locaties moet sluiten. Ziet de Minister dergelijke sluitingen als een risico voor de ggz en de wachttijden? Zo ja, wat gaat zij hier aan doen. Zo nee, waarom niet?

Het is op dit moment niet mogelijk om de effecten op de wachttijden van deze (voorgenomen) sluitingen exact te voorspellen.

De NZa en de IGJ houden toezicht op de situatie vanuit het oogpunt van zorgplicht en kwaliteit van zorg. Omdat – zoals de leden van de SP-fractie opmerken – er zich de afgelopen periode meer (voornemens tot) sluiting en aanpassingen van behandelaanbod plaats hebben voorgedaan, heb ik mij door de NZa en IGJ laten informeren en heeft het Ministerie van VWS contact gehad met bestuurders van enkele betreffende instellingen. Ik heb de NZa tevens gevraagd om de casuïstiek nader te bezien en mij over eventuele gemeenschappelijke onderliggende factoren te informeren. Ik wil namelijk scherp in beeld hebben of dit incidenten zijn of dat hier sprake is van een breder onderliggend probleem dat vraagt om een aanpassing van beleid. De NZa zal mij hier voor de zomer over informeren.

De leden van de SP-fractie zien de trend dat grote zorgaanbieders met onrealistische, of ten minste zeer lage tarieven, verhoudingsgewijs eenvoudige trajecten naar zich toe trekken, waardoor instellingen met meer specialistische zorg met minimale marges de intensieve trajecten moeten doen. Herkent de Minister dit beeld en kan zij haar antwoord toelichten? Is zij het met de leden van de SP-fractie eens dat dit een

²⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 590

gevolg is van de marktwerking in de ggz-zorg en dat hier iets aan gedaan moet worden?

Wat ik herken is dat de oude bekostiging van de ggz (de DBC-bekostiging) onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz in de hand werkte. Dat kwam onder andere doordat deze gebaseerd was op (gemiddelde) trajecten van diagnostiek en behandeling. Per 1 januari 2022 is een nieuwe bekostiging ingevoerd voor de ggz. De nieuwe bekostiging is gebaseerd op de feitelijke inzet van beroepen en aantallen behandel- en diagnostiekconsulten. Daarbij zijn er ook aparte tarieven voor outreachende ggz en hoogspecialistische ggz geïntroduceerd. Outreachende ggz en hoogspecialistische ggz betreft veelal zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag. Daarmee geeft de nieuwe bekostiging betere handvatten aan verzekeraars en zorgaanbieders om een passende vergoeding voor geleverde zorg af te spreken dan de oude bekostiging deed, juist ook als het om meer specialistische/complexere zorg gaat. Het is daarbij wel van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de contractering ook daadwerkelijk op een effectieve manier gebruik gaan maken van de (nieuwe) handvatten. De verwachting van mijn ambtsvoorganger was dat dit niet meteen volledig, maar wel in toenemende mate zal gebeuren. Ik deel die verwachting. In juni verschijnt de monitor contractering ggz van de NZa. Daarin wordt ook ingegaan op hoe het zorgprestatie-model is meegenomen in de contractering en wat de invloed is van de invoering van het zorgprestatie-model op het contracteerproces voor 2022.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie zijn teleurgesteld dat er weinig verandering of verbetering is in de wachttijdproblematiek binnen de ggz. Ondanks de inzet van allerlei plannen van aanpak is het niet gelukt om de wachttijden te verkorten. De behandelwachttijden nemen zelfs toe. Genoemde leden zijn allereerst benieuwd of de nieuwe Minister het aanpakken van de wachttijden in de ggz als een prioriteit ziet. Hoe gaat zij ervoor zorgen dat er wel vooruitgang komt op dit dossier? De ambtsvoorganger van de Minister was zeer begaan met het onderwerp, maar moest bij zijn afscheid toch concluderen dat het niet gelukt is om iets aan de wachtlijsten te doen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat haar ambtstermijn niet met dezelfde conclusie wordt afgesloten? Hoe prioriteert de Minister de ggz binnen alle taken van haar portefeuille?

De aanpak wachttijden heeft mijn aandacht, maar ik wil deze niet in isolement prioriteit geven. De wachttijden zijn – zoals ik in mijn brief van 23 februari jl. ook heb toegelicht – symptomen van dieperliggende en meer structurele problemen in de ggz. Ik begrijp dus het ongeduld van de leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie, maar wil hen ook wijzen op de complexiteit van deze opgave. Daarbij geldt dat de maatregelen die wij nu nemen in het kader van de wachttijden/toegankelijkheid van de ggz pas recent in werking zijn getreden. Zij moeten zich nog uitbetalen. Tevens is het belangrijk om te realiseren dat de coronapandemie extra uitdagingen met zich heeft meegebracht. Het is een positief signaal dat dat de wachttijden daardoor niet veel verder zijn opgelopen.

Met de Toekomstagenda ggz en de afspraken in het IZA wil ik de komende periode bijdragen aan de oplossing van de dieperliggende en meer structurele problemen en daarmee aan de toegankelijkheid van de ggz.

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de regering vooral wil inzetten op preventie en mentale weerbaarheid van mensen in de samenleving. Dit moet zorgen voor minder verwijzingen naar de ggz. Daarnaast wil de regering de schaarse zorgcapaciteit slimmer organiseren. Genoemde leden vinden preventie en mentale weerbaarheid ook belangrijk, maar vragen de Minister of dit het enige antwoord is op de problematiek in de ggz. Er zullen immers altijd mensen zijn die ggz nodig hebben. Bepaalde neurologische en psychiatrische aandoeningen zijn niet op te lossen met preventie. Hoe kijkt de Minister hier naar? Is de Minister het met deze leden eens dat het beleid tweeledig moet zijn: inzetten op mentale weerbaarheid om zo tot minder verwijzingen te komen, maar ook zorgen voor voldoende zorgcapaciteit voor de mensen die ggz zorg nodig hebben? Zo ja, wat gaat de Minister doen om ook voor dat laatste te zorgen? Ook met het oog op het grote personeelstekort in de sector, waarvan nog wordt verwacht dat dit oploopt de komende jaren. Hoe gaat de Minister alle voorgenomen plannen uitvoeren zonder genoeg beschikbaar personeel?

Ik deel de analyse van de leden van GroenLinks en de PvdA. Het inzetten op preventie, mentale weerbaarheid en versteviging van de samenwerking met het sociaal domein en de huisartsenzorg is ontzettend belangrijk om te komen tot passende zorg en daarmee tot minder verwijzingen naar de ggz. Tegelijkertijd moet iedereen die behoefte heeft aan geestelijke gezondheidszorg, passende zorg kunnen krijgen. Gegeven de blijvende krapte op de arbeidsmarkt vraagt dit een brede transitie, niet alleen in de ggz, maar ook over domeinen heen. Ik wil hierop inzetten met de Toekomstagenda ggz en de afspraken in het IZA.

Hoe staat het met het aantal opleidingsplekken voor GZ-psychologen? Zijn er genoeg plekken? Hoeveel zijn er en hoeveel is er nog nodig? Genoemde leden lezen dat er bij het versterken van de organiseerbaarheid in de ggz gedacht wordt aan het bevorderen van avond-, nacht-, en weekenddiensten. Op welke manier zal dit de organiseerbaarheid versterken? In hoeverre is dit plan uitvoerbaar met het huidige tekort aan personeel? Worden dit soort plannen uitgewerkt met inspraak en meedenken van ggz-personeel?

Het aantal opleidingsplekken dat ik beschikbaar stel, hangt af van de ramingen die het veld zelf met het Capaciteitsorgaan maakt. Belangrijk is om op te merken dat er voor de opleiding tot gz-psycholoog veel animo is. Er zijn meer afgestudeerde master-psychologen dan dat er opleidingsplekken voor gz-psychologen beschikbaar zijn. De ramingen gaan echter niet uit van de vraag hoeveel studenten een postacademische (medische) vervolgopleiding zouden willen volgen, maar van de verwachte toekomstige zorgvraag van de Nederlandse bevolking. Ik ben mij ervan bewust dat er daardoor enige onvrede zal blijven bestaan in de sector, omdat niet iedereen die dat wil, opgeleid zal worden tot gz-psycholoog. Wel zal het Capaciteitsorgaan in zijn nieuwe ramingen meenemen in hoeverre instellingen liever gz-psychologen zouden willen inzetten, waar zij nu masterpsychologen inzetten.

De groeiende zorgvraag zal niet alleen met meer behandelaren kunnen worden opgevangen. De combinatie van een toenemende zorgvraag en schaarste op de arbeidsmarkt maakt het noodzakelijk dat we de zorg anders moeten organiseren en slimmer moeten werken. Daarover ga ik met de sector in gesprek in het kader van de sectorbrede arbeidsmarkt-aanpak en worden er tevens afspraken vastgelegd in het IZA, zoals ook aangegeven in mijn antwoord op de voorgaande vraag.

Is voldoende in beeld hoe groot het tekort aan capaciteit is per aandoening? Is de Minister voornemens om zich bij de planvorming te baseren op actuele cijfers over de capaciteitstekorten per aandoening, maar ook naar de aard en achterliggende oorzaken van dit probleem? En is de Minister voornemens daarbij ook inzicht te geven in de structurele tekorten in de complexe zorg?

Ondanks een toename van het aantal gezondheidszorgpsychologen (21,6% over vijf jaar) en het volgen van de ramingen van het Capaciteitsorgaan ten aanzien van de gevraagde capaciteit, blijf ik signalen ontvangen van capaciteitstekorten, met name bij complexe, multidisciplinaire, intensieve en gespecialiseerde zorg. Mijn inzet is niet om dit verder te specificeren per aandoening, maar wel om met de sector te bezien dat de extra behandelaren die wij opleiden daar ingezet worden waar de individuele en daarmee de maatschappelijke urgentie het grootste is.

Hier wil ik samen met de sector aan gaan werken. In het kader van het IZA neem ik dit uitgangspunt ook mee. Specifiek voor de ggz werk ik daarnaast aan de Toekomstagenda ggz.

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de Minister voor de zomer met een toekomstagenda ggz komt. Gaat de Minister hierin vooral voortbouwen op de ingezette aanpak wachttijden, waar de transfermechanismen, het plan hoog complexe ggz en de regionale doorzettingsmacht onderdeel van zijn? Of zal de Minister met nieuwe plannen komen?

Met de Toekomstagenda ggz en het IZA wil ik ingaan op bredere en meer fundamentele vraagstukken zoals ik die hiervoor heb geschetst. Daarnaast blijf ik samen met partijen de ingezette aanpak wachttijden voortzetten, waaronder het plan hoogcomplexe ggz en regionale doorzettingsmacht.

Per 1 mei 2022 wordt de «Handreiking Regionale Doorzettingsmacht» van kracht. Is de Minister het met genoemde leden eens dat goede onafhankelijke cliëntondersteuning bij complexe ggz-casus, evenals de goede vindbaarheid van deze ondersteuning, voor burgers van belang is hierbij? Wordt dit meegenomen in de toekomstagenda ggz, inclusief borging bij gemeenten hiervan?

Ik hecht net als de leden van GroenLinks en de PvdA-fractie aan het belang van goede, vindbare, onafhankelijke cliëntondersteuning. Juist voor deze kwetsbare groep kan deze ondersteuning een wezenlijk verschil maken. Daarom zet ik mij met de VNG en MIND in voor het komen tot een duurzame vorm van cliëntondersteuning binnen regionale doorzettingsmacht. Zoals ik in mijn antwoorden op vragen van leden van de D66-fractie ook aangaf, moet de komende tijd duidelijk worden of cliënten binnen regionale doorzettingsmacht voldoende geholpen zijn met cliëntondersteuning vanuit het gemeentelijk domein en – zo niet – wat er aanvullend nodig is.

De leden van de GroenLinks- en de PvdA-fractie zijn ook benieuwd wie er meedenken en betrokken worden bij de toekomstagenda ggz. Gaat de Minister actief gebruik maken van ervaringsdeskundigen van de wachtlijstproblematiek en hun naasten?

De Toekomstagenda ggz bouwt verder op de discussienota zorglandschap ggz, in dit traject is uitvoerig gesproken met alle partijen binnen de ggz en dus ook met (vertegenwoordigers van) cliënten en naasten. Het laten meedenken van ervaringsdeskundigen en (vertegenwoordigers van) patiënten valt gelukkig niet meer weg te denken in de huidige beleidsvorming. Het is belangrijk om te weten wat er speelt in de praktijk en te

toetsen welke uitwerkingen bepaalde maatregelen hebben voor mensen die het aangaat.

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat de aanmeldwacht-tijden (licht) afnemen en de behandelwacht-tijden toenemen. Deze ontwikkeling begon in het eerste half jaar van 2021 en wordt nu nog steeds gezien. Heeft de Minister een idee waar deze ontwikkeling vandaan komt? Genoemde leden lezen in het rapport over de wacht-tijden van de NZa dat de totale instroom in de ggz groter is dan de instroom die de informatiekaart weergeeft. Dit omdat de instroom bij ggz-aanbieders met tien of minder zorgverleners en de instroom uit crisisdiensten niet meetellen. Is er enig zicht op hoeveel mensen daar nog wachten? En is er zicht op hoe lang de wacht-tijden zijn?

Zie mijn antwoord op vragen van leden van de VVD. Er is geen eenduidige verklaring voor het toenemen van de behandelwacht-tijd en het afnemen van de aanmeldwacht-tijd. De NZa geeft aan dat er tal van factoren een rol zouden kunnen spelen: er is de laatste jaren veel aandacht uitgegaan naar het verkorten van de aanmeldwacht-tijden (omdat de problemen hier het grootst waren). Daarnaast geeft de NZa aan dat de instroom gedurende de corona-tijd met momenten kleiner geweest, waardoor achterstanden in het afnemen van intakes wellicht (deels) zijn weggewerkt. Tegelijkertijd is het personeelsverzuim hoog en is er schaarste op de arbeidsmarkt, waardoor er minder capaciteit beschikbaar is. Dit laatste zou één van de verklaringen kunnen zijn voor het (licht) toenemen van de behandelwacht-tijden.

Ggz-aanbieders met meer dan tien zorgverleners zijn verantwoordelijk voor ongeveer 90% van de totale (geneeskundige) ggz. Bovendien zijn het vooral de grote aanbieders die kampen met (te) lange wacht-tijden en een groot aantal wachtenden. De NZa gaat er daarom vanuit dat het beeld dat ontstaat vanuit deze groep aanbieders een betrouwbare weergave van de (omvang van de) problematiek biedt.

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie zijn ook benieuwd of er redenen zijn dat de wacht-tijden bij bepaalde diagnosegroepen langer zijn dan anderen. Ligt dat aan een tekort aan behandelaars bij deze diagnoses? Of zijn er te weinig plekken voor behandeling? Is het mogelijk om hier specifiek extra uitgebreid op in te gaan bij de vijf diagnose-groepen met de langste wacht-tijden? Zijn er langere wacht-tijden bij «zwaardere» zorg dan bij «lichtere» zorg?

Het onderscheid «zwaarder» en «lichter» is in de ggz – anders dan in bijvoorbeeld de medisch specialistische zorg – niet of nauwelijks te maken. De ene diagnosecategorie is niet «zwaarder» of «lichter» dan de andere. Zelfs binnen een diagnose kan er veel verschil zijn in de «ernst» waarin de aandoening zich voordoet, het is dus niet mogelijk uitspraken te doen over een mogelijk verband tussen de «zwaarte» van zorg en de wacht-tijd.

Dat de wacht-tijden voor sommige diagnosegroepen langer zijn dan voor andere heeft te maken met een combinatie van factoren (die per diagnose en regio kan verschillen). Hierover kan ik dan ook geen uitspraken doen op landelijk niveau. De NZa en IGJ volgen of in de regio's een maatwerkaanpak wordt geleverd voor de oplossing van de specifieke problematiek in die regio. Het is aan de regionale partijen om bij de voor hen geldende oorzaken een aanpak te ontwikkelen, uit te voeren en op (bij) te sturen. De toezichthouders volgen dit proces en spreken partijen aan als ze onvoldoende vanuit hun eigen mogelijkheden acteren.

Er is wel een aantal gemeenschappelijke factoren die in elke regio de kop opsteken. Denk daarbij aan een stijgende zorgvraag, gebrekkige transparantie, een gebrek aan regionale samenwerking en personeelstekorten. Op de aanpak van een aantal van deze gemeenschappelijke knelpunten – bijvoorbeeld transparantie en regionale samenwerking – zet ik in samen met partijen vanuit de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wacht-tijden ggz. Aan meer structurele problemen, zoals schaarste op de arbeidsmarkt, wil ik werken met de Toekomstagenda ggz en het IZA.

Hoe kijkt de Minister naar de prikkels in het systeem, waarbij het nu meer loont om «lichtere» patiënten te behandelen dan meer complexe en zware problematiek? Ziet de Minister deze prikkels ook en hoe is de Minister van plan om dit negatieve effect van marktwerking uit de ggz te halen? Is de Minister het met deze leden eens dat ook zwaardere, specialistische zorg beschikbaar moet blijven?

Zoals ik in mijn antwoord op vragen van leden van de SP-fractie al aangaf, is er per 1 januari 2022 een nieuwe bekostiging ingevoerd voor de ggz, het Zorgprestatiemodel. De oude bekostiging van de ggz (de DBC-bekostiging) werkte onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz in de hand. Dat kwam onder andere doordat deze gebaseerd was op (gemiddelde) trajecten van diagnostiek en behandeling. De nieuwe bekostiging is gebaseerd op de feitelijke inzet van beroepen en aantallen behandel- en diagnostiekconsulten. Daarbij zijn er ook aparte tarieven voor outreachende ggz en hoogspecialistische ggz geïntroduceerd. Outreachende ggz en hoogspecialistische ggz betreft veelal zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening en/of een complexe zorgvraag. Daarmee geeft de nieuwe bekostiging betere handvatten aan verzekeraars en zorgaanbieders om een passende vergoeding voor geleverde zorg af te spreken dan de oude bekostiging, juist ook als het om zwaardere zorg gaat. Het is daarbij wel van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de contractering ook daadwerkelijk op een effectieve manier gebruik gaan maken van de (nieuwe) handvatten. De verwachting van mijn ambtsvoorganger was dat dit niet meteen volledig, maar wel in toenemende mate zal gebeuren. Ik deel die verwachting. In juni verschijnt de monitor contractering ggz van de NZa. Daarin wordt ook ingegaan op hoe het Zorgprestatiemodel is meegenomen in de contractering en wat de invloed is van de invoering van het Zorgprestatiemodel op het contracteerproces voor 2022.

Hoe gaat de Minister hiervoor zorgen, ook met het oog op een aantal instellingen voor complexe zorg die voornemens zijn hun deuren te sluiten? Hoe staat het met het voornemen van de ambtsvoorganger van de Minister om een «sluitingsprotocol» op te stellen? Wat zal dit sluitingsprotocol inhouden? Moet dit er ook voor zorgen dat aanbieders niet zomaar instellingen of afdelingen kunnen sluiten, omdat dit hen financieel gezien beter uitkomt? En hoe wordt daarin rekening gehouden met cliënten en werknemers?

Eerder is aan uw Kamer toegezegd dat er voor de ggz een apart sluitingsprotocol opgesteld zou worden. De IGJ ontwikkelt in het kader van sluitingen nu een Leidraad continuïteit voor de zorgaanbieders, welke door de IGJ deze maand nog gepubliceerd zal worden. In deze leidraad maak de IGJ duidelijk wat zij verwachten van zorgaanbieders in situaties waarin er (mogelijk) risico's ontstaan voor de continuïteit van zorg aan patiënten en cliënten. De NZa heeft daarbij voor de verzekeraars handvatten opgesteld om invulling te geven aan hun zorgplicht, zodat verzekerden tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen. Deze leidraad en handvatten maken onder meer helder wat van partijen verwacht mag worden als zij hun zorgaanbod wijzigen. Ik zal de komende

tijd in gesprek gaan met partijen (o.a. patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars) welke behoefte er nog is, aanvullend op deze (te verschijnen) stukken.

De leden van de GroenLinks- en PvdA-fractie lezen dat het totaal aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht is toegenomen, van ruim 37.000 mensen naar een kleine 40.000 mensen nu. Is deze toename te verklaren? Wat vindt de Minister ervan dat er ongeveer 40.000 mensen langer wachten dan de normen die het veld hiervoor heeft bepaald? Is de Minister het met genoemde leden eens dat dit getal zo snel mogelijk naar beneden moet? Welke plannen heeft de Minister hiervoor?

De NZa geeft aan dat om de stijging te verklaren er onder andere gekeken kan worden naar de fluctuerende zorgvraag (in verband met corona), het hoge personeelsverzuim en het eveneens hoge aantal «no shows» van cliënten. Daarnaast geeft de NZa aan dat de zorgvraag op deelterreinen van de ggz (met name de jeugd-ggz) aantoonbaar toegenomen. Dit kan een weerslag hebben op de volwassenen-ggz, omdat het in veel gevallen om dezelfde instellingen/professionals gaat.

Ik wil dat de toegankelijkheid van de ggz goed is en – zoals ik al aangaf in mijn antwoord op vragen van de leden van de SP-fractie – is de geestelijke gezondheidszorg in Nederland van een hoog niveau. Tegelijkertijd hebben we de afgelopen tijd gezien dat het in toenemende mate een uitdaging is om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De zorgvraag neemt de komende jaren alleen maar toe terwijl zorgpersoneel en mantelzorgers schaars zijn. De zorg drukt nu al zwaar op de arbeidsmarkt (1 op 6 mensen op de Nederlandse arbeidsmarkt werkt nu in de zorg). Het is niet reëel te veronderstellen dat het aandeel van de zorg op de Nederlandse arbeidsmarkt of op de collectieve financiële middelen verder kan oplopen. We hebben als samenleving immers ook nog andere grote uitdagingen die noodzakelijke voorwaarden vormen voor het (mentaal) welzijn van iedereen in Nederland en waar (veel) mensen en middelen voor nodig zijn: klimaat, veiligheid, onderwijs, wonen, etc. Bovendien is ons zorgstelsel geënt op solidariteit. Als het beslag van de zorg op de collectieve middelen verder toeneemt, komt deze solidariteit onder druk te staan.

Ik wil daarom inzetten op een brede transitie. Dit wil ik samen met de Minister van VWS doen in het IZA. Ik ga hier tevens op in in de Toekomst-agenda ggz. Daarnaast vormt preventie een belangrijke sleutel om iedereen in Nederland gezond en mentaal weerbaar te houden. Hierop zet ik met de Staatssecretaris van VWS in middels de Aanpak mentale gezondheid.

In hoeverre kunnen bijvoorbeeld toegepaste psychologen ingezet worden om de wachtlijstproblematiek terug te dringen, zo vragen deze leden? Bijvoorbeeld voor het leveren van overbruggingszorg en begeleiding, zodat regie-behandelaren zich kunnen richten op behandeling? Hoe staat de Minister hier tegenover?

Of toegepaste psychologen uiteindelijk ingezet kunnen worden als medebehandelaar in de ggz is niet aan mij, omdat het Landelijke Kwaliteitsstatuut ggz is opgesteld als veldnorm voor de ggz. De invulling van het Landelijke Kwaliteitsstatuut ggz is de verantwoordelijkheid van organisaties van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten en hun naasten.

Is het juist dat inzet van de toegepaste psycholoog wordt belemmerd doordat instellingen deze inzet alleen via de opslag bekostigd kunnen krijgen, wat minder oplevert dan inzet van een wetenschappelijk geschoolde psycholoog? Hoe kijkt de Minister naar deze bekostigingssystematiek? Is er al eens onderzocht of een eigen bekostigingscode toekennen aan hbo-psychologen dit zou oplossen?

Toegepast psychologen kunnen binnen de nieuwe bekostiging zelfstandig declarabele consulten registreren, voor zover zij binnen de geneeskundige ggz een beroep uitoefenen dat aan een aantal basiscriteria voldoet. Dit zijn criteria die partijen met elkaar hebben afgesproken in het kader van het programma zorgprestatie model. Zo moet er onder andere een landelijk – door de beroepsgroep erkend – beroeps competentieprofiel zijn, moet er een professionele beroepsvereniging zijn met een beroepscode, die beschikt over (of verwijst naar) een klachtenprocedure, moet er een openbaar (beroeps)register zijn op basis van objectieve criteria, moet de inzet van het beroep bijdragen aan de kwaliteit van zorg in de ggz/forensische zorg en moeten de beroepsbeoefenaars deskundig en bekwaam zijn om (een deel van) diagnostiek, behandeling en/of (geneeskundige) begeleiding zelfstandig uit te voeren, onder eigen professionele verantwoordelijkheid, waarbij zij van deze werkzaamheden verslag doen in het patiëntendossier²⁶. Het beroep van psychodiagnostisch werkende voldoet aan deze criteria (vaak hebben psychodiagnostische werkenden de HBO-opleiding Toegepaste psychologie gevolgd). Sinds 1 januari 2022 kunnen psychodiagnostische werkenden dan ook declarabele consulten registreren in de geneeskundige ggz.

De zorginhoudelijke beoordeling van welke beroepen aan de criteria voldoen is door de betreffende koepelorganisaties zelf gemaakt en de uitkomsten van die beoordeling zijn vastgelegd in een veldafspraak²⁷.

²⁶ Zie voor de volledige lijst criteria: <https://www.zorgprestatie model.nl/shared/content/uploads/2020/12/Criteria-beroepen-definitief-webversie.pdf>

²⁷ Zie: <https://www.zorgprestatie model.nl/shared/content/uploads/2021/12/Veldafspraken-zorgprestatie model-december-2021.pdf>, bijlagen H en I. De bij de ontwikkeling van het zorgprestatie model betrokken koepelorganisaties hebben met elkaar afgesproken de bovengenoemde veldafspraak over de beroepenlijst jaarlijks te evalueren. Zie: <https://www.zorgprestatie model.nl/shared/content/uploads/2021/12/Veldafspraken-zorgprestatie model-december-2021.pdf>, paragraaf 3.4.1.