

Vergaderjaar 2017–2018

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 396

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 april 2018

Met deze brief bied ik uw Kamer de «tussenstand wachttijden in de ggz» en de bijbehorende aanbiedingsbrief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)¹ aan. Daarnaast zend ik uw Kamer de inventarisatie van de afspraken over intensivering van de opbouw van ambulante ggz van het Trimbos-instituut. Ik geef uw Kamer een duiding bij deze rapporten en een beschrijving van de verdere aanpak. De tussenstand van de wachttijden in de ggz heb ik uw Kamer toegezegd in mijn brief van 22 december 2017 over de voortgangsrapportage wachttijden in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 385).

Op 13 juli 2017 heeft mijn ambtsvoorganger met betrokken partijen afspraken gemaakt over het terugdringen van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Kamerstuk 25 424, nr. 369). Het belangrijkste doel van die afspraken was om de wachttijden uiterlijk 1 juli 2018 weer terug te brengen tot onder de daarvoor geldende normen, de zogenaamde Treeknormen. Op 22 december 2017 heb ik uw Kamer de eerste rapportage van de NZa doen toekomen (Kamerstuk 25 424, nr. 385). De volgende rapportage was voorzien voor juli 2018. Ik heb uw Kamer een extra update over de wachttijden in april toegezegd. Met de bij deze brief gevoegde «tussenstand wachttijden in de ggz» voldoe ik aan die toezegging. De informatiekaart van de NZa bevat een kwantitatief beeld van de wachttijden. De rapportage van juli zal ook in kwalitatieve zin een beeld schetsen van de uitvoering van de met de partijen overeengekomen inzet.

Op basis van de nu door de NZa gepresenteerde informatie is de conclusie gerechtvaardigd dat het overeengekomen doel, namelijk het per juli binnen de Treeknormen terugbrengen van de wachttijden in de ggz, te hoog gegrepen lijkt. Dit ondanks dat betrokken partijen mij een- en andermaal expliciet hebben verzekerd gecommitteerd te zijn aan de

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

realisatie ervan. Dat is een teleurstellende conclusie, vooral voor de mensen die nu te lang moeten wachten op zorg die zij nodig hebben.

Omdat pas in juli weer wordt gerapporteerd over de wijze waarop partijen uitvoering geven aan de overeengekomen inzet, kan ik nu geen oordeel vellen over de vraag of partijen voldoende daadkrachtig zijn. De feitelijke cijfers over de wachttijden geven echter wel aanleiding om de betrokken partijen bij elkaar te roepen en hierover indringend met hen in gesprek te gaan. Ik zal dat op zeer korte termijn doen.

Ik hecht er evenwel aan te benadrukken dat de wachttijdproblematiek zeer complex blijkt. Er zijn verschillende, onderling interfererende oorzaken van het ontstaan van wachttijden: een tekort aan behandelcapaciteit (en slechte verdeling ervan), suboptimale samenwerking in de regio, inefficiënt op- en afschalen, een krappe arbeidsmarkt en onvoldoende informatievoorziening voor de wachtende cliënt zijn slechts enkele van de oorzaken die ten grondslag liggen aan te lange wachttijden. Dat maakt dat de oplossing van de wachttijdproblematiek ook zeer complex is en op onderdelen, zoals het verhelpen van krapte op de arbeidsmarkt, buiten de directe invloed ligt van individuele partijen of van de overheid.

Desalniettemin zal ik partijen stevig aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Ik verwacht dat zij zich tot het uiterste inspannen om de onwenselijke situatie dat mensen te lang op zorg moeten wachten zo snel mogelijk te beëindigen. De NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna Inspectie) houden toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars en op de kwaliteit van zorg die door aanbieders wordt geboden. Ik heb contact opgenomen met de NZa en de Inspectie en zij hebben mij verzekerd de samenwerking op het wachttijdendossier te intensiveren, ook als het gaat om handhavende interventies.

Stand van zaken

NZa-informatiekaart over wachttijden ggz

Het beeld dat naar voren komt uit de informatiekaart van de NZa is teleurstellend.

Ten eerste ligt de wachttijd voor een aantal diagnoses nog altijd ruim boven de Treeknorm. Dit geldt met name voor de groepen aandachts-tekort- en gedragsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve stoornissen (waaronder ook autisme valt).

Ten tweede blijkt dat de aanmeldwachttijd, waarvoor de Treeknorm vier weken is, voor bijna alle hoofddiagnosegroepen wordt overschreden. De behandelwachttijd is voor alle diagnoses wel binnen de Treeknorm van tien weken.

Ten derde laat de informatiekaart zien dat er grote verschillen tussen regio's bestaan en tussen de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz.

De NZa-rapportage die uw Kamer ontving op 22 december jl. bevatte ook een cijfermatig overzicht van de wachttijden. Het is echter niet goed mogelijk die cijfers te vergelijken met de cijfers in de bij deze brief gevoegde informatiekaart.

Het was nodig om de kwaliteit van de wachttijdinformatie te verbeteren. Eerder werd de wachttijd berekend op basis van verwachting, nu wordt feitelijk vastgesteld hoe lang een patiënt op de wachtlijst heeft gestaan tot het moment dat de behandeling is gestart. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen aanmeldwachttijd en behandelwachttijd en vindt uitsplitsing plaats naar hoofddiagnosegroep. De nieuwe meetmethodiek geeft beter inzicht in de daadwerkelijke wachttijden.

De methodiek om wachttijden te bepalen is dus verbeterd, maar de cijfers bieden daardoor helaas weinig houvast om te bepalen of de wachttijden zijn afgenomen sinds afgelopen najaar. Op korte termijn zal de overgang van meetmethodiek en manier van dataverzameling zorgen voor een stabiel en actueel inzicht in wachttijden. Feit is wel dat de wachttijden, zeker voor sommige diagnosegroepen, nog steeds (fors) boven de Treeknorm zijn.

Daarnaast zijn stappen gezet om beter inzicht in de wachttijden te krijgen. Sinds 1 januari 2018 zijn ggz-aanbieders verplicht om actuele wachttijdinformatie aan te leveren bij Vektis. Voor het einde van dit jaar wordt deze informatie gepubliceerd op de website «kiezen in de ggz». Vanaf dan is actuele wachttijdinformatie dus centraal beschikbaar voor onder andere cliënten, verwijzers en andere zorgverleners.

Trimbos-rapportage over intensivering opbouw ambulante ggz

Op verzoek van mijn ambtsvoorganger heeft het Trimbos-instituut de specifieke afspraak over het opbouwen van ambulante zorg geïnterviewd onder 27 geïntegreerde ggz-instellingen en de vier grootste zorgverzekeraars (bijlage)². Deze inventarisatie schetst een gemengd beeld. Uit het onderzoek blijkt dat ruim 20% van de geïnterviewde aanbieders inderdaad specifieke plannen of voorstellen voor de (verdere) opbouw van de ambulante zorg heeft besproken met verzekeraars. Daarbij ging het enerzijds om uitbreiding van de capaciteit, anderzijds om het inzetten van andere typen professionals waardoor tijd wordt vrijgemaakt voor capaciteit voor de specialistische ggz voor mensen met ernstigere problematiek. Daarnaast heeft 15% van de aanbieders geen specifieke, aanvullende plannen ingediend maar zijn er in de afgesloten contracten wel afspraken gemaakt over de opbouw van extra ambulante zorg. Ruim 40% van de aanbieders heeft aangegeven binnen de contractafspraken waarschijnlijk verder te kunnen gaan met de opbouw van ambulante zorg. 20% van de aanbieders geeft aan dat zij niet naar wens afspraken over ambulante opbouw hebben kunnen maken. Daarnaast voelen sommige aanbieders zich geremd in het indienen van plannen vanwege het personeelstekort. Aanbieders geven aan dat sommige zorgverzekeraars teveel op beheersing van de kosten sturen, terwijl andere meer op inhoud gericht zijn. Zorgverzekeraars moeten wel voldoende inkopen om te voldoen aan hun zorgplicht en de NZa ziet toe op de naleving daarvan. De NZa gaat haar toezicht hierop verscherpen (zie voor nadere toelichting hieronder).

Contracteringscijfers

In mijn eerder aangehaalde brief van 22 december jl. heb ik uw Kamer gemeld dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland op basis van contracteringsafspraken 2018 inzicht geven in de uitbreiding van de capaciteit voor beveiligde, acute en ambulante ggz.

Uit de contracteringscijfers voor 2018 blijkt dat door zorgverzekeraars in 2018, ten opzichte van 2017, voor € 109 miljoen extra gecontracteerd is in de ggz. Uit de cijfers blijkt niet waar deze extra middelen aan worden besteed. Niet duidelijk is om welke doelgroepen het gaat, of er echt meer zorg is ingekocht of dat de extra middelen zijn ingezet als inflatiecorrectie en of het om ambulante of juist intramurale zorg gaat. Zorgverzekeraars geven aan dat het grotendeels volumeverruiming betreft, beschikbaar om wachttijden te kunnen wegwerken.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars ook gedurende het jaar nog bijcontracteren indien de zorgplicht in het geding komt. ZN bevestigt dat dit in

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

2017 in meerdere gevallen is gebeurd. Het exacte effect van de extra contractering in 2018 is lastig te bepalen. Feit is wel dat ondanks deze extra contractering, de wachttijden niet zijn teruggebracht tot onder de Treeknorm.

Ik kijk dan ook uit naar de bevindingen van de NZa, die onderzoekt of zorgverzekeraars in hun inkoopvoorwaarden voldoende oog hebben voor groepen waarvoor de wachttijden lang zijn. Verder wil ik laten onderzoeken of het vergroten van de behandelcapaciteit ertoe heeft geleid dat er in de afgelopen maanden meer mensen zijn geholpen. Daarbij is het wel goed te realiseren dat dit inzicht niet op korte termijn kan worden verkregen omdat de benodigde declaratiegegevens pas laat beschikbaar komen.

Inzet komende periode

Wachtnlijstbemiddeling

Ik vind het van groot belang dat er meer werk wordt gemaakt van het informeren van patiënten over de mogelijkheid van wachtnlijstbemiddeling. De NZa signaleert in haar aanbiedingsbrief dat er onvoldoende bekendheid is met de mogelijkheid van wachtnlijstbemiddeling. Het is in eerste instantie aan verzekeraars en ggz-aanbieders om mensen hier actief op te wijzen. De verplichting daartoe is vastgelegd in de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz. De NZa neemt het initiatief voor overleg met betrokken partijen over hoe de informatiepositie van burgers op dit punt kan worden verbeterd. Ik vind het van belang dat daarbij niet alleen gekeken wordt naar verzekeraars en ggz-aanbieders, maar bijvoorbeeld ook naar huisartsen. Ik reken er op dat partijen hier voortvarend op inzetten.

Handhaving door NZa en IGJ i.o.

De NZa beschrijft in haar aanbiedingsbrief ook hoe zij het toezicht op de zorgverzekeraars intensiveert en scherper controleert of zij voldoen aan de zorgplicht. In dat kader controleert de NZa de komende periode bij alle zorgverzekeraars wat zij concreet doen om te zorgen dat verzekerden tijdig passende ggz-zorg krijgen en of zorgverzekeraars in de inkoopvoorwaarden voldoende oog hebben voor patiënten die complexe ggz-zorg nodig hebben. In mijn brief van 22 december 2017 over de voortgangsrapportage wachtnlijsten in de ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 385) heb ik aangegeven welke mogelijkheden de NZa heeft om in te grijpen als zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen. Dit kan zij doen op verschillende manieren, bijvoorbeeld door middel van gesprekken en het uitbrengen van rapportages, maar ook door zwaardere maatregelen zoals een aanwijzing of last onder dwangsom. De afgelopen periode is vaak met zorgverzekeraars gesproken. Toch constateert de NZa dat de wachtnlijsten niet voldoende zijn afgenomen. Daarmee is de volgende stap aangebroken in de handhaving. De NZa heeft bij zorgverzekeraars gerichte controles aangekondigd en op basis van de uitkomsten beraadt de NZa zich over verdere acties.

Ook de Inspectie beschikt over toezichtsinstrumentarium – dat onder andere voorziet in extra inspectiebezoeken of verscherpt toezicht – en zal dat instrumentarium passend inzetten als daar aanleiding toe is omdat de kwaliteit van zorg aan patiënten in het geding is. Daarnaast beziet de Inspectie of de aanmeldwachtnlijst in het toetsingskader voor de beoordeling van kwaliteit kan worden opgenomen. Ik zal uw Kamer hierover voor de zomer nader informeren.

De NZa en de Inspectie hebben mij verzekerd de samenwerking in het wachtnlijstendossier te intensiveren. Zo informeert de NZa de Inspectie

over de Vektis-data over wachttijden. Deze data worden door de Inspectie meegewogen in de risicobeoordeling van zorgaanbieders. Daarnaast betreft de Inspectie ook andere signalen over onvoldoende geboden kwaliteit van zorg bij het voorkomen en wegwerken van te lange wachttijden in haar toezicht en waar deze signalen relevant zijn, worden ze door de Inspectie weer gedeeld met de NZa.

De Inspectie en de NZa treden op wanneer dat nodig is en informeren elkaar over formele handavingsstappen. De Inspectie bezoekt, mede op basis van informatie over handhaving door de NZa, gericht de zorgaanbieders waar de kwaliteit van zorg rondom wachttijden het meest onder druk staat. Op deze manier versterken de NZa en de Inspectie elkaar in hun inzet.

De Inspectie heeft vanuit haar rol als toezichthouder op veilige en kwalitatieve goede zorg ook aandacht voor de uitvoering van de ambulantisering van de ggz. Ze kijkt daarbij naar het zorgnetwerk rondom thuiswonende cliënten met chronische psychische aandoeningen. De Inspectie concentreert zich daarbij op de samenwerking tussen ggz en huisartsen. De aandacht voor eigen regie en herstel van de cliënt- en de rol van naasten – staat hierbij centraal. Om een beeld te krijgen van de effecten van ambulantisering en herstelgericht werken in de ggz is door de Inspectie in 2016 en 2017 een rondgang gemaakt langs diverse regio's. Zowel het toezichtskader als een rapportage over de bevindingen van de Inspectie zend ik rond de zomer naar uw Kamer.

Naast de controle op en handhaving van verplichtingen, vind ik het ook van belang dat de NZa er aan bijdraagt dat zogenaamde best practices in het veld worden gekend zodat ze breder kunnen worden toegepast in het contracteerproces.

Regionale aanpak

De wachttijdenproblematiek kan niet alleen met landelijke afspraken worden opgelost. De sleutel ligt voor een belangrijk deel in de regio's. Dat blijkt ook uit de kaartjes in de informatiekaart van de NZa. Afgelopen najaar zijn in acht regio's taskforces gestart. Uit terugkoppeling van KPMG, die de taskforces begeleidt, blijkt dat per regio een probleem-analyse is uitgewerkt en dat de knelpunten zijn benoemd. Deze zijn geadresseerd in de verschillende taskforces. We hebben hierdoor goed inzicht in de specifieke situatie in een regio en dat biedt aanknopingspunten voor maatwerkoplossingen. Eerder was al afgesproken de regioaanpak uit te breiden. Ik zie daarnaast graag dat de inzet van KPMG in de regionale taskforces langer doorloopt dan tot 1 juli en stel hiervoor geld beschikbaar. Om kennisdeling maximaal te stimuleren, zullen best practices worden gedeeld op een speciaal congres over de aanpak van wachttijden op 12 april en via een website die zal worden gelanceerd door GGZ Nederland, ZN en MIND. Hieronder vindt u twee voorbeelden van hoe instellingen lange wachttijden aanpakken. Vanzelfsprekend draagt ook KPMG bij aan de verspreiding van opgedane kennis.

In het kader van het verbeteren van de regionale samenwerking onderzoek ik ook op welke wijze het best invulling kan worden gegeven aan de in het regeerakkoord aangekondigde regionale doorzettingsmacht. Het gaat dan om de vraag wat nodig is om mensen die nu niet de zorg krijgen die ze nodig hebben, naar de goede zorg te geleiden. Samen met patiëntenorganisatie MIND bezie ik hiervoor op dit moment ook welke voorbeelden (ook uit andere sectoren) in de ggz toepasbaar zijn.

Hoe kun je lange wachttijden in de instelling aanpakken?

Dimence: ggz-instelling Dimence heeft in de divisie Specialistische diagnostiek en behandeling, waar ook de diagnosegroepen angststoornis en persoonlijkheidsstoornis onder vallen, de wachttijden «van onderop» aangepakt. Elk team heeft het eigen behandelproces (instroom, behandeling, evaluatie, uitstroom) geanalyseerd en is vervolgens via korte verbeterlagen met de knelpunten aan de slag gegaan. Dit heeft geresulteerd in een efficiëntere werkwijze: met dezelfde behandelcapaciteit kan Dimence op jaarbasis 600 patiënten extra in behandeling nemen.

Altrecht: de afdeling Eetstoornissen van Altrecht, Rintveld, constateerde hoge percentages van terugval bij hun patiënten met anorexia nervosa. Daardoor durfden behandelaren patiënten niet goed los te laten en bleven patiënten ook soms te lang hangen in zorg. Samen met e-health leverancier Karify heeft Rintveld een richtlijn terugvalpreventie ontwikkeld, met een online werkboek om patiënten en naasten inzicht te geven in het proces van terugval. Daarnaast is een APK-traject ontwikkeld, waarin gedurende 18 maanden de toestand van patiënten en naasten af en toe nog gecheckt wordt, onder andere via beeldbellen. Door deze manier van zorg verlenen kan de behandeling sneller en toch verantwoord worden afgebouwd. Ook is het terugvalpercentage gedaald naar 11%. Hierdoor kunnen nieuwe patiënten eerder gezien kunnen worden en wachtlijsten worden teruggedrongen.

Aanpak arbeidsmarktproblematiek

Zoals het Trimbos-instituut al aangeeft in zijn inventarisatie, komt de arbeidsmarktproblematiek steeds vaker aan de orde in gesprekken en onderhandelingen over het terugdringen van de wachttijden. Ik herinner uw Kamer in dit kader aan het actieprogramma «Werken in de zorg» dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister voor Medische Zorg en Sport en ik recent aan uw Kamer hebben aangeboden (Kamerstuk 29 282, nr. 303). Voor de ggz is dit een belangrijke eerste stap om zicht te krijgen op de aard en de omvang van de arbeidsmarktproblematiek. De volgende raming van het Capaciteitsorgaan, inclusief analyses van de vacatures in de ggz, zal een deel van die vraag beantwoorden.

Ondersteuning voor patiënten op de wachtlijst

Aanvullend op bovenstaande wil ik in de komende periode met betrokken partijen in gesprek gaan over wat een patiënt van een zorgaanbieder mag verwachten als hij op de wachtlijst staat. Hierbij valt, naast het actief wijzen op de mogelijkheid tot zorgbemiddeling, bijvoorbeeld te denken aan het bieden van (of verwijzen naar) overbruggingszorg of contact met ervaringsdeskundigen, het verwijzen naar alternatieve aanbieders waar een kortere wachttijd is en het monitoren van de toestand van de patiënt als deze op de wachtlijst blijft staan. Ik zou het goed vinden dat partijen hier concreet benoemen wat patiënten kunnen verwachten en zich daarbij ook bezinnen over welke instrumenten behulpzaam zijn om goede voornemens tot standaardpraktijk te maken.

Ik vind het niet alleen belangrijk om de wachttijden terug te brengen tot de Treeknorm, maar ook om te zorgen dat patiënten die op een wachtlijst staan worden ondersteund en zich ook gesteund weten. In het kader hieronder vindt u twee voorbeelden van hoe ggz-instellingen de ondersteuning tijdens de wachttijd inrichten.

Hoe kun je patiënten ondersteunen tijdens de wachtperiode?

Arkin: ggz-instelling Arkin heeft een centrale aanmelding waar met cliënten en verwijzers besproken wordt wat er nodig is om de wachttijd tot de intake verantwoord te overbruggen. Als de verwijzer en/of cliënt van mening is dat de wachttijd te lang is, worden de mogelijkheden besproken. Deze kunnen bestaan uit: het regelen van een spoedintake, tijdelijke inzet van een ander team, overbrugging door de crisisdienst, overbrugging door de POH-GGZ of huisarts of doorverwijzen naar een collega-instelling. Voor de wachttijd tussen intake en behandeling biedt Arkin ook verschillende mogelijkheden, zoals overbruggingsmodules, voorrang, e-health of overbrugging door POH/huisarts.

Mediant: zorgaanbieder Mediant heeft voor een aantal specialis-tische programma's te maken met lange wachttijden. Mediant heeft hiervoor een aanbod van overbruggingscontacten opgezet, in de vorm van enkele groepen die mensen die op een behandeling wachten de mogelijkheid bieden al iets te gaan doen aan hun herstel. Ervaringsdeskundigen spelen daar een rol in, maar ook het Mobiele Consultatie en Behandel Team. Dat team is opgezet om ondersteuning te bieden aan huisartsen en praktijkondersteuners in de eerste lijn. Het team vormt zo als het ware een brug tussen de ggz voorzieningen in de eerste lijn en de gespecialiseerde ggz-instelling. Door het team worden consulten geboden aan huisartsen en POH-GGZ en Basis GGZ behandelingen uitgevoerd om in die eerste lijn al interventies aan te bieden die doorstroming naar de tweede lijn kunnen kanaliseren. Deze vorm van ondersteuning wordt door de huisartsen, POH-GGZ en patiënten zeer gewaardeerd. Mediant zet momenteel een studie op om te bekijken in welke mate deze relatief nieuwe strategie leidt tot verkorting van wachtlijsten en verbetering van de in- en doorstroom.

Conclusie

In juli 2017 hebben betrokken partijen met elkaar een ambitieuze doelstelling gesteld, namelijk de wachttijden voor de ggz voor de zomer van 2018 terugbrengen binnen de Treeknormen. Daardoor is in de ggz-sector een beweging in de goede richting in gang gezet. Dat wordt het meest duidelijk in het werk van de regionale taskforces. Desondanks is het zonder meer teleurstellend dat de wachttijden, met name voor een aantal specifieke diagnosegroepen, nog ruim boven de Treeknorm liggen. Dat betekent immers dat patiënten langer moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben dan door de veldpartijen als aanvaardbaar is benoemd. In het belang van die patiënten verwacht ik van alle betrokken partijen dat zij zich tot het uiterste inspannen. Ik roep betrokken partijen bij elkaar voor een indringend gesprek. Daarbij wil ik met nog meer nadruk bezien wat gedaan kan worden om met name de aanmeldwachttijden te verkorten.

De wachttijden in de ggz moeten zo snel mogelijk weer onder de Treeknorm en ik wil er op inzetten dat patiënten die op een wachtlijst staan – ook al is de wachttijd beneden de Treeknorm – beter geholpen worden. Dat kan bijvoorbeeld via wachtlijstbemiddeling en overbrug-gingszorg. Betrokken partijen hebben zich gecommitteerd aan het verminderen van de wachttijden. Ik spreek hen daar op aan en waar nodig zullen de NZa en de Inspectie handhavend optreden.

In juli zend ik uw Kamer de volgende (uitgebreide) voortgangsrapportage van de NZa over wachttijden in de ggz. Dan zal ik ook expliciet ingaan op noodzakelijke vervolgstappen.

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