Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2022–2023

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 624 **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 oktober 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij verzocht om een reactie te geven op de artikelen: «Dimence groep kiest voor eigen invulling landelijk kwaliteitsstatuut ggz» en «Zorgvisie over de ggz»». Voor wat betreft het laatste artikel is verzocht om een duidelijke reactie te geven op de paragraaf: «Maar de organisatie en financiering van de zorg is nu opgebouwd op de DSM». Daarnaast ontving ik het verzoek van de commissie om voor het debat van 2 november a.s. een recent overzicht van de wachtlijsten in de ggz aan uw Kamer te zenden. In deze brief zal ik ingaan op beide artikelen en een reactie geven op het verzoek om een overzicht van de wachtlijsten in de ggz.

Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz en de Dimence groep

Zoals ook aangegeven in het commissiedebat van 29 september jongstleden (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 36) over het WRR-rapport «Kiezen voor houdbare zorg. Mensen middelen en maatschappelijk draagvlak» (Bijlage bij Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 192), heb ik kennisgenomen van de berichtgeving over de Dimence groep die aangeeft af te wijken van het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz (LKS). Het LKS is opgesteld als veldnorm voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en door Zorginstituut Nederland opgenomen in het Openbaar Register (het Register) als norm voor goede zorg. De uitvoering, implementatie, doorontwikkeling en de invulling van het LKS is de verantwoordelijkheid van veldpartijen in de ggz. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is opgenomen dat zorgaanbieders moeten handelen in overeenstemming met de in het Register opgenomen veldnormen. Het is daarmee een bindende norm waarvan individuele veldpartijen niet eigenstandig kunnen besluiten om bepaalde onderdelen van het LKS niet uit te voeren of te implementeren. In specifieke behandelsituaties kan het overigens wel noodzakelijk zijn om incidenteel en gemotiveerd af te wijken van een veldnorm. De handelwijze van Dimence lijkt echter verder te gaan dan een specifieke en incidentele afwijking van de gestelde norm. Daarom heb ik deze casus nadrukkelijk onder de aandacht gebracht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

kst-25424-624
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2022

(IGJ), die als toezichthouder toeziet op de naleving van wet – en regelgeving, waaronder ook het LKS. De IGJ heeft aangegeven nog dit jaar op deze situatie bij mij terug te komen.

Reactie op artikel «Het medisch model is te dominant in de ggz»

In het artikel van Zorgvisie van 23 september jongsleden geeft psychiater Floortje Scheepers aan dat zij zich kan vinden in de koers die met passende zorg wordt ingezet, waarbij zorg gericht is op gezondheid in plaats van ziekte. Ze stelt dat passende zorg aansluit bij de behoefte van mensen, waarbij niet alle antwoorden op behoeften uit de zorg hoeven te komen. Het UMC Utrecht heeft hiervoor samen met het veld een werkwijze ontwikkeld, de zogenaamde netwerkintake. Deze manier van werken wordt al door veel ggz-instellingen toegepast. Ggz-instelling Reinier van Arkel, waar ik recent op werkbezoek was, werkt hier bijvoorbeeld al mee. Maar ook de mentale gezondheidscentra in GGz Breburg en het Ecosysteem mentale gezondheid (GEM) zijn hier voorbeelden van.

De afspraken in het IZA sluiten aan op dit gedachtegoed. Ik heb met betrokken partijen, waaronder de VNG, afspraken gemaakt om het sociaal domein en de sociale basis te versterken, waarbij we de komende vijf jaar komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (zoals herstel- en regiecentra) en digitale lotgenotengroepen. Daarnaast richt de ggz in samenspraak en afstemming met zorgverzekeraars, huisartsen en gemeenten de komende twee jaar overal regionale mentale gezondheidscentra[1] in waar verkennende gesprekken worden gevoerd. De huisarts verwijst mensen met een combinatie van psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen door naar dit verkennende gesprek en de ambitie is dat iemand binnen een week zo'n gesprek heeft. Met deze werkwijze wordt multidisciplinair gekeken naar de problemen en samengewerkt met het sociaal domein als bijvoorbeeld schuldenaanpak, huisvesting of andere ondersteuning passend is.

Zoals mevrouw Schepers aangeeft, kiezen binnen het huidige stelsel veel zorgverleners al voor een andere aanpak waarin het bredere gesprek met de patiënt plaatsvindt en het in context plaatsen van problemen al mogelijk is. Dit sluit aan bij mijn beeld dat de huidige bekostigingswijze al mogelijkheden biedt.

Bovendien wordt in de ggz in het zorgprestatiemodel de DSM[2]-classificatie vervangen door zorgvraagtypering die los staat van de DSM-classificatie[3]. Ten slotte werken we binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) opties voor bekostiging uit die domeinoverstijgende samenwerking onder andere met het sociaal domein nog verder ondersteunen.

Wachttijden ggz

Tijdens de procedurevergadering van 12 oktober jl. heeft het lid Mohandis (PvdA) verzocht om nog voor het commissiedebat GGZ/Suïcidepreventie op 2 november aanstaande een recent overzicht van de wachtlijsten in de ggz aan de Kamer te zenden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorziet mij twee keer per jaar van een informatiekaart met daarin de actuele

---

[1] Mentale gezondheidscentra is nog een werktitel.

[2] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische aandoening op basis van wetenschappelijke inzichten).

[3] De DSM-classificatie zit nu nog als informatie-element in de bekostiging, in de transitiejaren 2022 en 2023. Deze transitiefase is bedoeld om de overgang van de huidige typering naar de nieuwe typering te kunnen faciliteren.

gemiddelde wachttijden en aantallen wachtenden. Over de meest recente cijfers heb ik u geïnformeerd met mijn brief van 7 juli jl.[4] Eind december publiceert de NZa een nieuwe informatiekaart met de wachttijdcijfers en een analyse van de trends, welke ik vanzelfsprekend met uw Kamer zal delen.

Aanvullend publiceert de NZa eenmaal per maand over de toegankelijkheid van de medisch specialistische zorg, de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg. In het overzicht zijn de landelijke gemiddelde wachttijden opgenomen. Voor dat overzicht verwijs ik naar de meest recente monitor Toegankelijkheid van zorg.[5]

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder

[4] Kamerstuk 25 424, nr. 609.
[5] De meest recente monitor is gepubliceerd op Monitor Toegankelijkheid van zorg – 29 september 2022 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).