



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Discussienota
Zorglandschap ggz

Inhoud

1.	Inleiding en probleemanalyse	3
	1.1. Waar staan we nu	4
	1.2. Probleemanalyse	5
	1.3. Beeld van de ggz-sector van de toekomst	7
	1.4. Hoofdthema's en focus van deze discussienota	8
2.	Preventie, zorg en ondersteuning rondom de mens	9
	2.1. Preventie (voorkomen van ontwikkelen ggz-problematiek)	9
	2.2. Toegang tot ggz: organisatie van nieuwe 'screenteams'	12
	2.3. Uitstroom en bijbehorende ondersteuning	13
3.	Organisatie en regie	15
	3.1. Spreiding en concentratie	15
	3.2. Rollen en verantwoordelijkheden	17
	3.3. Financiële prikkels	19
4.	Vernieuwing en werkplezier	20
	4.1. Belangrijke knelpunten werkplezier wegnemen	20
	4.2. Beschrijven en inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg	22
	4.3. Digitalisering en innovatie	23
5.	Hoe gaan we verder?	25

1. Inleiding en probleemanalyse

Ieder jaar doen ruim een miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder een beroep op curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz). Mede dankzij de inzet en professionaliteit van onze zorgverleners vinden de meeste mensen tijdig de zorg die zij nodig hebben. Maar dat geldt helaas niet voor iedereen. We weten dat voor sommige aandoeningen, mensen te lang op zorg moeten wachten, denk daarbij bijvoorbeeld aan persoonlijkheidsstoornissen of autisme. Ook voor mensen met een complexe zorgvraag kan het ingewikkeld zijn om passende zorg te vinden en duurt dat soms veel te lang. Zij dreigen tussen wal en schip te vallen.

De afgelopen jaren heeft het kabinet, samen met de partijen in het veld, ingezet op de beweging 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'. Dit heeft geleid tot veel nieuwe initiatieven rond het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg zodat de zorg beter aansluit bij de behoefte van degene die zorg nodig heeft.

Voor de toekomst willen we kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz voor iedereen garanderen. De ggz moet meebewegen, met het oog op een toekomstbestendige inrichting van het zorglandschap. De vraag is hoe we problemen in de ggz kunnen oplossen en tegelijk vol kunnen inzetten op behoud van vertrouwen in de ggz. Hoe kunnen we de ggz het beste inrichten? Hoe kunnen we zorgen dat behandeling (in de curatieve ggz) en begeleiding (in andere levensdomeinen) beter op elkaar aansluiten zodat ze elkaar versterken? Wat is de stip op de horizon en hoe gaan we daar met elkaar naar toe werken? Hoe ziet Nederland er straks uit als we het over ggz hebben?

Over deze en andere vragen is in de zomer en het najaar van 2020 met veel betrokken partijen, experts en belangstellenden (denk aan cliënten, behandelaren, en wetenschappers) gesproken. De meeste contacten waren één-op-één gesprekken, maar er zijn ook rondetafelsessies georganiseerd om ideeën op te halen, te toetsen en te bediscussiëren. Deze discussienota is gebaseerd op de ideeën die in die gesprekken naar voren kwamen, op onze eigen ervaringen en op diverse bronnen zoals onderzoek en rapporten die de afgelopen jaren over de ggz zijn verschenen.

Deze discussienota is geen visie van het kabinet. Het is ook geen visie van VWS. Het bevat zelfs geen standpunten en er worden geen keuzes gemaakt. Het is nadrukkelijk een discussiestuk, geen blauwdruk voor de ggz. Het stuk draagt uiteenlopende bouwstenen aan voor de toekomstige inrichting van de ggz. Daarmee is het een 'menukaart' van maatregelen die bij kunnen dragen aan de kwaliteit en toegankelijkheid. Maar spreekt het zich niet uit over de (politieke) wenselijkheid daarvan. In het stuk wordt ook niet ingegaan op beleidsopties omtrent de betaalbaarheid.

In andere ambtelijke rapporten, zoals Zorgkeuzes in Kaart 2020, de discussienota 'Zorg voor de Toekomst', de Brede Maatschappelijke Heroverweging en de recent gepubliceerde ombuigings- en intensiveringslijst zijn ook beleidsopties opgenomen bedoeld voor politieke besluitvorming. Omdat deze rapporten al openbaar zijn, gaat deze discussienota hier niet verder op in. Wij realiseren ons dat verschillende bouwstenen de noodzaak van bijvoorbeeld verschuivingen in verantwoordelijkheden, financieringsstromen, wettelijk aanpassingen of andere relevante zaken in zich kunnen dragen. Er moet nog gekeken worden naar wat past binnen (EU-)wetgeving.

Bovendien reiken verschillende bouwstenen verder dan de grenzen van de curatieve ggz. Mede daarom moeten de beschreven beleidsopties in de eerste plaats worden gezien als eerste denkrichtingen, die bijdragen aan de discussie over de toekomstige ordening en structuur van de ggz. De precieze effecten zijn nog niet onderzocht, uitgewerkt of onderbouwd. Zo is bijvoorbeeld nog niet duidelijk wat de volume-effecten van de maatregelen zijn of wat het macro-effect zou zijn op de betaalbaarheid van de ggz-zorg.

Deze discussienota heeft niet de bedoeling uitputtend te zijn in de mogelijke beleidsopties. De focus ligt op thema's die spelen in de ggz. In het aankakten van onderwerpen die verder reiken hebben we ons dan ook zoveel mogelijk beperkt. Het zou niet passend zijn om voorstellen die voor de hele zorg in Nederland consequenties hebben hier te adresseren.

Deze discussienota is onderdeel van een langer traject, waarin veel uitgewerkt en onderbouwd moet worden. Zo hebben we meer feiten en cijfers nodig en meer inzicht in de daadwerkelijke effecten in de praktijk en de samenhang van de problematiek. Daar gaan we mee aan de slag. De eerste stap in het uitwerkingstraject is dat we iedereen die betrokken is of belangstelling heeft, uitnodigen om zijn of haar zienswijze te geven op dit discussiestuk. De uiteindelijke besluitvorming over een toekomstbestendige inrichting van de ggz is aan een volgend kabinet.

De thema's en de daarbinnen geschetste beleidsopties in deze discussienota staan niet op zichzelf. De beleidsopties bevatten maatregelen die raken aan een veelheid van partijen die samen de verandering zullen moeten vormgeven. Graag gaan we dan ook met betrokkenen in gesprek om deze verder uit te werken. We nodigen iedereen die betrokken is bij de ggz of belangstelling heeft, om te reageren op deze discussienota.

1.1. Waar staan we nu

Nederland heeft een goede gezondheidszorg, maar de houdbaarheid daarvan staat steeds meer onder druk. De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we niets doen, onze zorg niet op het huidige niveau kunnen houden. Zonder maatregelen zullen we op de drie publieke doelen in onze zorg - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - moeten inleveren en zijn vergaande aanpassingen in het pakket en verhogingen van eigen betalingen onvermijdelijk. Dat vermindert de solidariteit in onze zorg omdat het niet voor iedereen gelijk zal uitpakken. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, is het noodzakelijk dat we kritisch kijken naar de wijze waarop we onze zorg hebben georganiseerd en voorstellen doen om de ordening en structuur van de zorg toekomstbestendig te maken. Het doel is dat we waarborgen dat we ook in de toekomst beschikken over goede zorg.

In 2018 is voor de ggz, net als voor de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg en de wijkverpleging, een bestuurlijk akkoord (het zogenoemde hoofdlijnenakkoord ggz) gesloten met partijen.¹ In het hoofdlijnenakkoord hebben de betrokken partijen afspraken gemaakt om de ggz te verbeteren en er zijn financiële afspraken gemaakt om de kosten te beheersen. De hoofdlijnenakkoorden hebben een looptijd van vier jaar (2019-2022).

Het hoofdlijnenakkoord ziet op de curatieve ggz, maar legt heel nadrukkelijk een relatie met het sociaal domein. Het akkoord is dan ook door partijen uit beide domeinen ondertekend. Belangrijk is dat het akkoord de mens zoveel mogelijk centraal zet en de mens in zijn context beziet: mensen die als gevolg van externe ontwikkelingen psychische klachten of aandoeningen ontwikkelen, mensen die geboren worden met een (erfelijke) aandoening, maar ook naasten en familie. De afgelopen jaren is door betrokken partijen hard gewerkt aan de uitvoering van het akkoord. En dat blijven we ook doen.

Er is echter terecht ongemak in de maatschappij over het feit dat het te lang duurt voor de problemen van vandaag worden opgelost. De beweging die is ingezet om de klinische ggz af te bouwen en mensen meer in hun eigen omgeving te behandelen en te ondersteunen is waardevol maar kent ook een grens. Het is van belang wanneer het nodig is, voldoende klinische capaciteit beschikbaar te hebben. De ambitie die partijen met elkaar hebben afgesproken is voor wat betreft de afbouw van bedden gerealiseerd. De doelstellingen op dit terrein zijn volgens de monitor ambulantisering bereikt.² Dat geldt helaas nog niet voor de opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning. Daar is verdere intensivering nodig om mensen die deze zorg en ondersteuning behoeven voldoende te kunnen bieden.

1 GGZ Nederland (GGZ NL), MIND Landelijk Platform (MIND), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogogen (P3NL), Platform MEERGGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), InEen, vereniging voor eerstelijnsorganisaties, Federatie Opvang (FO), RIBW Alliantie, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

2 Monitor Ambulantisering en hervorming van langdurige zorg 2019.

1.2. Probleemanalyse

De grootste opgave is om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz te borgen. Op basis van gesprekken met partijen, signalen die we ontvangen, onderzoeken en evaluaties, berichten die in de media verschijnen en onze eigen ervaringen in het ggz-veld zien we een aantal grotere, concrete knelpunten waardoor grenzen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz in zicht komen.

We willen de volgende concrete knelpunten in deze discussienota adresseren:

- **Nadruk op zorg in plaats van op de mens als geheel**
Te vaak hebben we het beeld van een maakbare samenleving waarin tegenslagen snel als een probleem worden genoemd waarvoor een oplossing moet worden gevonden. En er is te weinig aandacht voor hoe we kunnen omgaan met tegenslagen zonder dat daaruit direct een zorgvraag ontstaat, die in de ggz moet worden opgelost. Mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, krijgen die te vaak onvoldoende integraal. Zij worden bijvoorbeeld wel behandeld in de ggz, maar we hebben te weinig aandacht voor stabiliteit in de andere levensdomeinen. Schuldenproblematiek of het opgroeien in een gezin waarbij de ouders een psychische stoornis hebben kunnen bijvoorbeeld zeer bepalend zijn voor het psychisch welzijn van mensen.
- **Lange wachttijden**
Sommige hoofddiagnosegroepen kennen structureel te lange wachttijden³, dat wil zeggen dat mensen met een zorgvraag langer dan 14 weken moeten wachten op de start van hun zorgtraject.
- **Toenemende instroom**
In onze complexe samenleving ervaren mensen problemen, die kunnen bijdragen aan de mentale druk en het uitgroeien van een psychische klacht naar een psychische aandoening. We zien dat dit leidt tot een toenemende instroom in de ggz, terwijl het de vraag is of de curatieve ggz een passende oplossing biedt.^{4,5} Voorkomen dat mensen in de ggz terechtkomen is daarom van groot belang. Preventie heeft op dit moment echter geen stevige wettelijke verankering. In de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn de taken voor gemeenten op het gebied van preventie niet concreet ingevuld, de samenwerking met het domein van de curatieve zorg (Zvw) komt niet altijd tot stand en de Zvw bevat geen voldoende duidelijke verplichting tot domeinoverstijgende samenwerking.
- **Problemen bij diagnosestelling**
Mensen met complexere psychische aandoeningen kunnen last hebben van meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Dit is veelal een complicerende factor, omdat behandelpaden nu (te) vaak langs de lijn van één diagnose zijn ingericht. Als een cliënt bijvoorbeeld een depressie heeft en daarnaast kampt met een verslaving, dan moet eerst de verslaving onder controle zijn voordat de depressiebehandeling kan starten, terwijl de problematiek juist vaak niet los van elkaar op te lossen is. Ook de verschillende wetten voor gedwongen zorg⁶ maken de zorg aan personen met multiproblematiek ingewikkelder. De ggz kent ook een groep cliënten waarbij door de jaren heen veel verschillende diagnoses zijn gesteld. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat in eerste instantie niet aan het licht komt dat iemand (ook) licht verstandelijk beperkt is terwijl dat van groot belang is voor de effectiviteit van een behandeling. Een ander voorbeeld is dat niet altijd direct duidelijk is dat sprake is van multiproblematiek.

3 Bron: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz>

4 Bron: Rapport Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 'Recept voor maatschappelijk probleem' (2017)

5 Bron: <https://www.ntvg.nl/artikelen/medicalisering-en-ondoelmatige-zorg-de-ggz/volledig#lb-7>

6 Wet verplichte ggz, Wet zorg en dwang en Wet forensische zorg

- Mensen met chronische psychische problematiek blijven (te) lang in zorg

In Nederland zijn er naar schatting 281.000 mensen die kampen met ernstige psychische aandoeningen, daarvan is ongeveer 75% in zorg (inclusief verslavings en- en forensische zorg). 160.000 cliënten tussen 18 en 65 jaar met ernstige psychische aandoeningen worden in de ggz worden behandeld.⁷

Voor mensen met chronische psychische problematiek geldt dat zij vaak een groot deel van het leven zorg nodig hebben en hun zorgkosten zijn vaak hoog. Een deel van de cliënten met een chronische psychische aandoening maakt relatief veel gebruik van curatieve ggz. We zien dat sommige cliënten relatief lang worden behandeld, ook als blijkt dat doorbehandelen niet zal bijdragen aan verder herstel. Zij moeten leren leven met hun kwetsbaarheden en daar in hun dagelijks functioneren rekening mee moeten houden. Het ontbreekt nu vaak aan hulp in de vorm van goede begeleiding en ondersteuning en leren omgaan met problematiek.
- Passend aanbod voor mensen met complexere zorgvraag niet altijd voorhanden

Voor bepaalde groepen cliënten lijkt nauwelijks of zelfs geen passend zorgaanbod te zijn. Denk aan de gevallen waarbij iemand lijdt aan een eetstoornis in combinatie met autisme. Regelmatig zijn er signalen dat daar nu geen, of te weinig, passend aanbod voor is en dat dit tot nog toe ook maar beperkt wordt gecreëerd. Daarnaast is er een groep cliënten die blijvend is aangewezen op ggz-zorg, ook voor hen moeten adequate zorgarrangementen beschikbaar zijn.
- Belemmeringen voor domeinoverstijgende vraagstukken

Een deel van de mensen die psychische zorg ontvangt, heeft een arbeidsongeschiktheidsuitkering (UWV) of bijstandsuitkering (gemeente). Deze mensen ontvangen niet altijd een integraal aanbod van zorg en ondersteuning omdat de afstemming niet altijd goed verloopt. Zorg- en hulpverleners ervaren soms dat zij in de goede samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten worden beperkt, onder andere door het ontbreken van duidelijke bestuurlijke afspraken, door het bestaan van verschillende financieringsstromen of door onvoldoende eenduidig belegde of ingevulde verantwoordelijkheden. Er is niet altijd voldoende aandacht voor de stapeling van problematiek door verschillende categorieën kwetsbare mensen in één wijk. Dit zien we bijvoorbeeld ook bij de aanpak voor mensen met verward gedrag. De oorzaak van dit gedrag is niet eenduidig. Er wordt in de aanpak daarom ook gezocht naar bredere oplossingen en bijbehorende zorg- en ondersteuning.
- Arbeidsmarkt- en opleidingsproblematiek

In 2020 werkten er ongeveer 95.000 werknemers in de ggz-sector.⁸ Om de tekorten in de zorg tegen te gaan en ervoor te zorgen dat er ook voor de toekomst voldoende professionals beschikbaar zijn, moeten we nu kwalitatief en kwantitatief passend opleiden om aan te blijven sluiten bij een veranderende zorgvraag in een veranderende samenleving. Diverse ggz-veldpartijen geven aan dat de instroom van medewerkers in de ggz achterblijft bij de behoefte. Tegelijkertijd zien we dat er ook veel medewerkers uitstromen. Een deel begint voor zichzelf en een deel stroomt helemaal de ggz uit. Dit heeft onder meer te maken met een gebrek aan loopbaanmogelijkheden, uitdaging in werkzaamheden en de manier van werken in de organisatie of aansturing door de leidinggevende.⁹ Verder zijn er hardnekkige signalen dat te hoge administratieve lasten het werkplezier verminderen. De overgebleven professionals moeten het werk doen, dat daardoor steeds zwaarder wordt. Er ontstaat een vicieuze cirkel.

7 Bron: www.ggzstandaarden.nl

8 Bron: CBS AZW Statline

9 Bron: <https://regioplus.nl/wp-content/uploads/2020/12/Doorlopend-uitstroombonderzoek-2020.pdf>

1.3. Beeld van de ggz-sector van de toekomst

De huidige ggz laat zich tekenen als een piramide met een brede basis (POH en basis-ggz) en een smalle top (hoog specialistische ggz) waarin mensen worden behandeld voor ggz-problematiek. Verreweg de meeste mensen hebben (betrekkelijk) makkelijk toegang tot de zorg die zij nodig hebben. Zij vinden tijdig de juiste zorg. Echter, voor te veel mensen blijkt de juiste zorg niet goed toegankelijk. De zorgvraag kan in eerste instantie onduidelijk zijn, het (actuele) zorgaanbod is onoverzichtelijk of de doorstroom in de keten stopt. Een (beperkt) deel van de mensen helpen we via de Unit Complexe Zorgvragen verder.

De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we niets doen, onze zorg niet op het huidige niveau kunnen houden. Daarom blijft het nodig voldoende zorgverleners op te leiden op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan, opleidingen te moderniseren en waar mogelijk te verkorten. Daarnaast is ook blijvend aandacht nodig voor het doelmatiger verdelen van taken tussen zorgverleners (taakherschikking) en een heldere beroepenstructuur.

De toekomstbestendige oplossing is niet om de ggz steeds verder uit te breiden. In plaats daarvan moet de ggz samenwerking zoeken met relevante andere domeinen (zoals wonen, participatie/werk, jeugdhulp en jeugdbescherming), moet de ggz-keten efficiënter worden georganiseerd én moeten, in samenwerking met aanpalende domeinen, voorzieningen worden opgezet waar mensen terecht kunnen voor ondersteuning, naast, na of ter voorkoming van behandeling in de ggz.

Een toekomstbestendige ggz kent ten minste de volgende elementen:

- De cliënt staat centraal: er wordt gekeken naar de mens als geheel, in zijn eigen context.
- Preventie is structureel georganiseerd en is geborgd in de opleidingen.
- Beter triage leidt ertoe dat mensen sneller de juiste behandeling of begeleiding vinden. Hierdoor wordt de (beleefde) wachttijd korter.
- Behandeling (curatieve ggz) en begeleiding (aandacht voor problemen in andere levensdomeinen) worden zoveel mogelijk afgestemd.
- Er is voldoende vervolgaanbod (bijvoorbeeld nazorgprogramma's) waardoor behandeling niet onnodig wordt gerekt.
- Op regionaal niveau is het zorgaanbod goed afgestemd op de zorgvraag. Waar mogelijk wordt in netwerken gewerkt.
- Werken in de ggz is aantrekkelijk, de zorgprofessional heeft meer autonomie over zijn werk en de ggz kent een overzichtelijkere beroepenstructuur.
- Er wordt toekomstbestendig, vernieuwend en flexibel opgeleid voor de ggz met meer aandacht voor preventie, e-health en 'samen beslissen'.
- Door de ggz-zorg meer op de juiste plek te organiseren wordt de doelmatigheid en de betaalbaarheid ook beter geborgd.

1.4. Hoofdthema's en focus van deze discussienota

Drie hoofdthema's

Op grond van de door ons geïnventariseerde knelpunten en ontwikkelingen identificeren wij drie thema's waarop maatregelen nodig zijn: 'preventie, zorg en ondersteuning rondom de mens', 'organisatie en regie' en 'vernieuwing en werkplezier'. Hiermee sluiten we aan bij thema's zoals beschreven in de discussienota 'Zorg voor de Toekomst'. De volgende hoofdstukken beschrijven deze thema's met mogelijke beleidsopties. Het gaat om maatregelen die het welbevinden van mensen centraal stellen in onze gezondheidszorg én om maatregelen die ervoor zorgen dat financiële prikkels goede zorg ondersteunen en die de ggz laten focussen op voor wie deze zorg echt bedoeld is. Deze discussienotitie presenteert uiteenlopende beleidsopties maar spreekt zich niet uit over de wenselijkheid daarvan.

Afbakening en verbinding met andere beleidsterreinen

We sluiten voor de afbakening van deze discussienota aan bij het hoofdlijnenakkoord ggz (2019-2022). Dat betekent dat het startpunt van deze discussienota de ggz in het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is. Discussies die relevant zijn voor het gehele zorgstelsel in Nederland, komen aan bod in de discussienota 'Zorg voor de Toekomst'.

Tegelijkertijd realiseren wij ons dat er voor de partijen een gezamenlijke opgave ligt die niet alleen vanuit het domein van de curatieve ggz opgelost kan worden. Om te komen tot passende zorg en ondersteuning gaat het in deze notitie net als in het hoofdlijnenakkoord ook over de vraag hoe om te gaan met de raakvlakken met andere domeinen, zoals het sociaal domein (huisvesting, jeugdhulp, jeugdbescherming, maatschappelijke opvang en beschermd wonen), het veiligheidsdomein (forensische zorg) en de langdurige zorg, en ook over de raakvlakken met andere zorgsectoren, zoals de medisch-specialistische zorg en de huisartsenzorg. In het verlengde daarvan beperken we ons hier tot de volwassenen-ggz.

Deze notitie richt zich op de ggz in brede zin. Dat houdt in dat het gaat om het brede spectrum van mensen met lichte mentale klachten tot mensen met complexe multiproblematiek, al dan niet in gedwongen kader.

Aandacht voor effecten corona pandemie

Bij het opstellen van de beleidsopties is waar mogelijk rekening gehouden met de effecten van en de lessen die we hebben getrokken en trekken uit de coronapandemie.

2. Preventie, zorg en ondersteuning rondom de mens

2.1. Preventie (voorkomen van ontwikkelen ggz-problematiek)

Onze samenleving is steeds ingewikkelder vormgegeven en stelt hoge eisen aan mensen waardoor problemen zich kunnen opstapelen en mensen toenemende mentale druk kunnen ervaren. De problemen kunnen zich voordoen in alle levensdomeinen. Denk daarbij aan schulden, relaties, werk of zingeving.¹⁰ Mentale druk kan uitgroeien tot psychische klachten en aandoeningen met gevolgen voor het welzijn en de kwaliteit van leven.

Preventie kan een belangrijke rol spelen voor mensen om mentaal zo gezond mogelijk te blijven. Daar hoort dan ook bij dat in onze samenleving 'de imperfecties van het leven' beter geaccepteerd worden. Ieder mens kan in zijn leven periodes ervaren waarin hij zich minder goed voelt. Dat kan te maken hebben met somatische klachten of met mentale druk. Een dergelijke ervaring hoeft niet altijd direct te betekenen dat je ziek bent of zorg nodig hebt. Tot nu toe hebben we veel inzet gepleegd in het wegnemen van het stigma op mentale problemen. Wat nog ontbreekt is een goede inzet op het bevorderen van mentale gezondheid via preventie.

Het belang van preventie mag niet worden onderschat en de rijksoverheid heeft hier steeds meer aandacht voor. Denk daarbij aan het programma Kansrijke start gericht op bevorderen van de gezondheid voor, tijdens en na de geboorte (eerste 1000 dagen), het programma Gezonde start, gericht op pedagogisch medewerkers en gastouders, ten behoeve van ondersteuning van ouders, en in het verlengde daarvan het programma Gezonde School. Maar ook meer specifiek op het terrein van preventie van mentale (on)gezondheid is inzet gepleegd. Zo wordt onder andere aanbod van anonieme e-mental health gefinancierd, waarmee mensen in een vroegtijdig stadium bij lichte klachten hulp krijgen om hun klachten aan te pakken. In 2017 is het programma Meerjarenaanpak depressiepreventie van start gegaan. En sinds 2019 wordt vanuit het oogpunt van preventie de gecombineerde leefstijlinterventie onder voorwaarden vergoed uit het basispakket Zvw.

In het hele land lopen diverse initiatieven gericht op integrale preventie, zoals 'welzijn op recept': waarin de huisarts patiënten verwijst naar een welzijnscoach in plaats van medicatie voor te schrijven. Klachten als vermoeidheid, pijn in de nek, maar ook stress, angst en somberheid hebben lang niet altijd een medische oorzaak. Vaak spelen onderliggende sociaal maatschappelijke problemen een rol, zoals overlijden van een partner, verlies van werk of eenzaamheid. Zorg en welzijn werken bij 'welzijn op recept' nauw met elkaar samen om cliënten de juiste ondersteuning te kunnen geven.

Gemeenten spelen ook een belangrijke rol in preventiebeleid en mentale ondersteuning. Zij hebben een zeer breed pallet aan verantwoordelijkheden. Denk aan het bevorderen van mentale gezondheid, het vroegsignaleren van mentale problemen, de ondersteuning van volwassenen bij bijvoorbeeld schuldenproblematiek, huisvesting en gezins- en relatieproblematiek. De integrale aanpak op deze terreinen waarmee psychische problematiek voorkomen kan worden door het gericht ondersteunen, verdient intensivering en versteviging. Het verbeteren van een meer integrale aanpak is met het wetsvoorstel Aanpak meervoudige problematiek (Wams) onderkend. Het wetsvoorstel beoogt de coördinerende taak van gemeenten steviger juridisch te verankeren. Het stelt gemeenten straks in staat om de Wmo 2015, de Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening in samenhang met elkaar uit te voeren. Inwerkingtreding is voorzien in 2022.

¹⁰ Bron: Rapport Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 'Recept voor maatschappelijk probleem' (2017)

Daarnaast kunnen ook gezonde leefstijlinterventies een rol spelen in de preventie van psychische problematiek en het mentaal welzijn bevorderen. Bij interventies waarbij samenwerking noodzakelijk is tussen partijen in het sociaal domein en het zorgdomein is het in sommige gevallen onduidelijk wie initiatief moet nemen voor het aanbod en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering en coördinatie ervan. En daarmee is ook niet altijd duidelijk wie wat moet financieren. Dat kan in de praktijk leiden tot een patstelling en onvoldoende inzet op het terrein van preventie en initiatief. Daarnaast ontbreken directe prikkels voor gemeenten om hierin te investeren omdat zij niet rechtstreeks profiteren van de baten (besparingen in de curatieve ggz) van de inzet die zij hierop plegen. Gemeenten profiteren wel indirect van de baten, bijvoorbeeld wanneer er minder uitkeringen verleend worden omdat ggz-cliënten met begeleiding weer sneller aan het werk kunnen gaan.

Ook is een gezonde leef- en werkomgeving van belang. Dat is een omgeving die als prettig wordt ervaren, die uitnodigt tot gezond gedrag en waar de druk op de gezondheid zo laag mogelijk is. Het betekent dat de fysieke leef- en werkomgeving zo worden ingericht dat het gezond is én dat mensen deze kunnen benutten voor een gezonde leefstijl. Dat wil onder andere zeggen: het makkelijker maken van een gezonde leefstijl (bewegen, voedingsaanbod, rookvrije leefomgeving) en het verlagen van stressniveaus waardoor de mentale gezondheid verbetert.¹¹

In de ggz van de toekomst zijn er minder mensen met een zorgvraag. We investeren in mentale gezondheid en accepteren tegelijkertijd dat het leven imperfecties kent. De ggz levert niet de antwoorden en oplossingen op dit terrein, maar is bestemd voor mensen die ggz-problematiek/aandoeningen ontwikkelen. Het is van belang om hier helder over te zijn. Mensen beschikken over mentale gezondheidsvaardigheden die bijdragen aan hun welzijn en kwaliteit van leven. En er zijn laagdrempelige voorzieningen, dicht bij huis, waar mensen niet worden behandeld (behandeling vindt plaats in de ggz-piramide) maar (integraal) worden begeleid in relevante levensdomeinen, zoals werk, inkomen, schulden, wonen, opgroeien en opvoeden. De ‘mens in zijn omgeving’ staat centraal. We verwachten dat acceptatie van het leven, gemakkelijkere toegang tot ondersteuning bij problemen in het leven en een aanpak waarbij mensen zelf centraal staan ertoe leiden dat mensen minder ernstige ggz-problematiek ontwikkelen.

Beleidsopties

Maatschappelijk debat over de acceptatie imperfecties van het leven. In onze huidige samenleving hebben we 24 uur per dag toegang tot internet en sociale media. De voorbeelden van succesvolle mensen, sociaal en zakelijk zijn legio. Ons leven en daarmee onze mentale gesteldheid moet perfect zijn. Het maatschappelijk debat moet worden gevoerd over hoe mensen zelf om kunnen gaan met de tegenslagen in het leven, over de manier waarop dit van invloed is op de mentale gezondheid en over de vraag of elk probleem een oplossing in de vorm van professionele begeleiding of behandeling nodig heeft.

Preventie o.o./gezondheidsvaardigheden. Eén op drie Nederlanders¹² is nu nog minder gezondheidsvaardig. Zij hebben moeite om informatie over bijvoorbeeld hun klachten of ziekte te begrijpen en hun weg te vinden in de zorg als dat nodig is. Vaak hebben zij meerdere problemen met hun gezondheid. Ook van hen wordt gevraagd om zelf regie en verantwoordelijkheid te nemen voor hun dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en welzijn. Eventueel met ondersteuning van zorgverleners. In de praktijk is dit een lastige opgave. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld die (beter) benut kunnen worden (bijvoorbeeld ‘Praten met je dokter’¹³ in stripvorm). Daarbij is een omgeving die stress en spanning reduceert en die aanzet tot bewegen van belang (bijvoorbeeld poli ‘Fit op weg’). De overheid kan dit soort initiatieven stimuleren en faciliteren.

11 Aanbiedingsbrief bij Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024 | [Rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl)

12 Bron: Nivel 2018 Consumentenpanel

13 Bron: Zorg voor Beter bevat verschillende voorbeelden op dit terrein

Blijvende inzet op anti-stigma. We blijven ons inzetten om openheid over psychische problematiek en acceptatie ervan te bevorderen en daarmee de schaamte over psychische klachten terug te dringen. Op psychische klachten moet geen taboe meer rusten.

Laagdrempelige voorzieningen over alle levensdomeinen. Gemeenten organiseren in elke GGD-regio een breed toegankelijke laagdrempelige voorziening waar mensen terecht kunnen voor hun problemen die zij ervaren, bijvoorbeeld problemen met financiën, werken en wonen. Deze vorm van ondersteuning wordt fysiek vormgegeven (het gaat hier om een bundeling van de inzet/diensten die de gemeenten al bieden en het meer geïntegreerd aanbieden en beter zichtbaar maken daarvan), maar is ook laagdrempelig online beschikbaar. Vanuit de rijksoverheid wordt dit ondersteund met verschillende vormen van laagdrempelig beschikbaar e-healthaanbod en e-healthinterventies. Voor die mensen die vanuit schaamtegevoelens de stap fysiek en in openheid (nog) niet kunnen maken, is anoniem hulpaanbod beschikbaar. De laagdrempelige voorzieningen zouden multidisciplinair moeten zijn samengesteld zodat alle kennis geborgd is. Mogelijk op verwijzing van huisarts en/of sociaal wijkteam maar ook rechtstreeks te benaderen door mensen zelf die deze ondersteuning willen. Eventueel kan aangesloten worden bij de lokale GGD of kan het centrum voor jeugd en gezin worden uitgebreid. Belangrijke randvoorwaarde is dat elke gemeente beschikt over een sociale wijk- of gebiedsteams (of vergelijkbare organisatievorm).

Aanscherping verantwoordelijkheid van partijen binnen de huidige kaders. Maatschappelijk lijkt er een business case te maken voor de inzet van preventie, of ondersteuning buiten het zorgdomein en het daarmee verminderen van kosten in de ggz, of maatschappelijke kosten door bijvoorbeeld arbeidsuitval.

Voor de verantwoordelijke partijen zoals gemeenten, verzekeraars, woningcoöperaties en anderen, is een dergelijke kosten-batenanalyse echter diffuus. In combinatie met onduidelijkheid over tot waar wettelijke taken belegd zijn kan dit in de praktijk leiden tot een patstelling en onvoldoende samenwerking en inzet op het terrein van preventie. Het aanbrengen van een verduidelijking met betrekking tot de verantwoordelijkheden voor preventie en vroegsignalering binnen de Wmo en de Zvw, moet dit verhelpen. Een mogelijkheid is om de rol van gemeenten, de verzekeraars, maar ook andere partijen die een rol kunnen spelen in preventie te expliciteren. De discussienota 'Zorg voor de Toekomst' beschrijft daarvoor diverse beleidsopties. Verder onderzocht moet nog worden hoe concrete opties er in de ggz precies uit zouden zien.

Beter benutten aanspraken Zvw leefstijlinterventies. Leefstijlinterventies die bijdragen aan fysieke gezondheid, leveren veelal ook een verbetering van de mentale gezondheid op.¹⁴ Dit brengt in eerste instantie extra kosten met zich mee, maar kan op termijn ook kostenverlagend zijn.

Om dit vorm te geven staan verschillende mogelijkheden open:

- Het maken van afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten in het geval een vorm van preventie niet valt onder de aanspraken van de Zvw, en zelf middelen inzetten om dit samen te realiseren;
- Organiseren van verder onderzoek naar de effectiviteit van leefstijlinterventies voor behandeling van mensen met psychische klachten. Mogelijk leidt dit tot inzet binnen het reguliere behandelarsenaal van specifieke preventieve interventies binnen de ggz.

Stimuleren van de inzet van de door de ggz ontwikkelde re-integratiemethode Individuele Plaatsing en Steun (IPS) bij de groep mensen met veel voorkomende psychische aandoeningen om op die manier, via het verkrijgen van werk, ernstige aandoeningen te voorkomen.

¹⁴ Zo hebben mensen die meer bewegen een aanzienlijk lager risico op het ontwikkelen van een depressie. Het voldoen aan de beweegrichtlijnen voorkomt tot 22% van de gevallen van depressie; voor 12% van de gevallen wordt dit resultaat al met een uur bewegen per week bereikt. Bron: AmericanJournal of Psychiatry: Depression: results of the HUNT cohort study.

2.2. Toegang tot ggz: organisatie van nieuwe ‘screenteams’

Mensen die te maken hebben met psychische klachten moeten snel en adequaat worden geholpen. De toename van de instroom in de ggz en de hardnekkige lange wachttijden voor sommige behandelingen in de specialistische ggz maken het noodzakelijk om de toegang tot de ggz tegen het licht te houden. Signalen dat mensen niet de juiste zorg en begeleiding krijgen of heen en weer worden gestuurd tussen verschillende zorgaanbieders of partijen in het sociaal domein, ondersteunen de noodzaak om de toegang tot zorg en begeleiding duurzaam op een andere manier in te richten. Daarbij moeten we zoeken naar structurele oplossingen die de oorzaak van de problemen aanpakken. Zo klinkt het ‘meenemen’ van wachttijd van de ene naar de andere aanbieder, op het eerste gezicht aantrekkelijk. Maar het gaat voorbij aan het echte probleem, namelijk dat mensen (te lang) niet op de juiste zorg wachten. Als we het hebben over een toekomstbestendige ggz, gaat het erom dat we het systeem zo inrichten dat mensen niet op de verkeerde wachttijd komen, maar direct naar de juiste aanbieder worden verwezen.

In de ggz van de toekomst zijn er regionale voorzieningen om triage en toegang tot de ggz te verbeteren, zogenaamde screenteams. Deze screenteams hebben een goed overzicht van beschikbare capaciteit. Zij kunnen instroom, doorstroom en uitstroom optimaal coördineren. De screenteams kunnen inhoudelijk adviseren over passend zorgaanbod (denk aan zorgverzekeraars, gemeenten en de adviesrol van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), maar dan minder vergaand). Daarnaast hebben zij op regionaal niveau een signaleringsfunctie over de meer structurele balans tussen zorgvraag en –aanbod. De screenteams kijken breder dan de ggz en kijken juist ook naar voorzieningen die belangrijk zijn voor een soepele werking van de ggz-keten, bijvoorbeeld naar beschermd wonen. De screenteams vormen hét schakelpunt tussen verschillend zorgaanbod (denk ook aan aanbod voor complexe casuïstiek) in een regio en ondersteunen en ontlasten huisartsen. Regionale screenteams werken op basis van een verwijzing of adviesvraag van een huisarts of sociaal wijkteam.

Beleidsopties

Screenteams. De verhoudingen tussen partijen blijven ongewijzigd. Huisartsen verwijzen, instellingen/behandelaren triageren zelf en bepalen zelf welke cliënt zij in behandeling nemen en zorgverzekeraars en gemeenten bepalen hun eigen inkoop- en vergoedingenbeleid.

Het screenteam heeft een adviserende functie. Adviezen van het screenteam hebben geen bindend karakter voor zorgaanbieders, die cliënten in behandeling zouden moeten nemen, en ook niet voor verzekeraars (of gemeenten), die zouden moeten financieren. Wel kunnen de partijen regionaal afspraken maken waarin zij allen bepaalde uitgangspunten onderschrijven. Dit biedt de huisarts of het wijkteam meer zekerheid dat de mensen waarvoor zij verantwoordelijkheid dragen, zo snel mogelijk de juiste zorg of begeleiding ontvangen. Elke adviesvraag van de huisarts of het wijkteam wordt in behandeling genomen. Ter versoepeling van het proces van triage kan een verwijzing vergezeld worden van een vooraf ingevulde digitale vragenlijst. In de uitwerking van deze beleids optie kan ook worden bezien wat de voor- en nadelen zijn van het zwaarder inrichten van de functie van de screenteams.

De screenteams zijn multidisciplinair samengesteld. In de screenteams wordt kennis van de curatieve ggz gecombineerd met kennis van begeleiding binnen het sociaal domein. Dit betekent dat deze teams bestaan uit medewerkers die in de verschillende disciplines zijn opgeleid en getraind. Om mensen optimaal door te verwijzen, worden de screenteams bemenst door hoogopgeleide krachten. Dit moet ertoe leiden dat het overgrote deel van de mensen direct wordt doorverwezen naar de juiste behandelaar/aanbieder.

De teams hebben inzicht in de actuele regionale beschikbare capaciteit van behandelaanbod en aanbod aan begeleiding (denk aan beschermd wonen). Dit betekent dat er een ict-voorziening beschikbaar is waar zowel ggz-aanbieders als gemeenten op aangesloten zijn, zoals in het dashboard beveiligde bedden dat ontwikkeld is, en waarin de actuele gegevens over de beschikbare capaciteit worden gedeeld. Een combinatie van kennis en het inzicht in de regionale capaciteit betekent dat het screenteam de instroom in de ggz optimaal kan coördineren. Waar nodig verwijzen deze teams ook naar begeleiding in het sociaal domein.

De screenteams hebben een signaalfunctie waar het gaat om de zorginkoop van de verzekeraars en gemeenten. Het actuele overzicht over de behandelcapaciteit in combinatie met de verwijzingen geeft een beeld van de mate van evenwicht tussen vraag en aanbod in de curatieve ggz en het sociaal domein. De screenteams koppelen hierover terug aan verzekeraars en gemeenten. Dat betekent dat de verzekeraars en gemeenten op deze manier relevante informatie verkrijgen, die zij kunnen gebruiken bij de inkoop.

2.3. Uitstroom en bijbehorende ondersteuning

We zien dat uitstroom, met name uit de specialistische ggz, vaak niet soepel verloopt. Dat geldt vooral als mensen na behandeling voor een psychische aandoening een bepaalde psychische kwetsbaarheid houden, die een aangepaste leefwijze vraagt om naar vermogen mee te doen in de maatschappij.

Behandelaren en cliënten kunnen, ondanks dat verdere behandeling eigenlijk nauwelijks nog tot gezondheidswinst leidt, aarzelen om de behandeling te beëindigen. Eén van de genoemde redenen is dat er te weinig vervolgaanbod is. Dan kan de behandelaar een cliënt alleen 'loslaten' in plaats van overdragen voor begeleiding. Een andere reden is dat zolang een cliënt in behandeling is, de intensiteit van het contact met de behandelaar eenvoudig kan worden opgeschaald, als zijn situatie daar aanleiding toe geeft.

In de ggz van de toekomst blijven mensen niet eindeloos in behandeling in de specialistische ggz. Er wordt geprotocolleerd gewerkt om te concluderen wanneer het geen toegevoegde waarde meer heeft om behandeling voort te zetten omdat er geen gezondheidseffect meer wordt verwacht of omdat bepaalde aandoeningen chronisch zijn.

Als behandelingen worden afgerond, worden mensen niet aan hun lot overgelaten. Mensen met chronische aandoeningen die wél ondersteuning nodig hebben, maar eigenlijk geen behandeling (meer) in de gespecialiseerde ggz, worden begeleid. Ze worden opgevangen in voorzieningen in het gemeentelijke domein en hebben een goed vangnet om zich heen. Hier zijn uitdrukkelijk het sociale wijkteam maar ook zelfregiecentra, e-communities, wijkcentra, lotgenotengroepen in beeld. Daarbij wordt niet alleen de ondersteuning van degene met psychische problemen betrokken, maar wordt ook gekeken naar de situatie van het huishouden/gezin als geheel, denk hier bijvoorbeeld aan de situatie dat er kinderen zijn. In veel gevallen wordt hiermee een terugslag en de noodzaak van opnieuw zwaardere behandeling voorkomen. De deur naar behandeling blijft open. Als nodig kunnen mensen snel opnieuw in zorg komen.

Beleidsopties

Draagvlak in de wijk is nodig om alle categorieën kwetsbaren te kunnen helpen. Gemeenten hebben niet alleen te maken met mensen die ondersteuning nodig hebben op grond van de Wmo, maar bijvoorbeeld ook op het gebied van werk, taalachterstand of schuldenproblematiek. Zij dienen daarvoor voldoende te zijn toegerust en er is aandacht nodig voor de samenhang tussen de zorg en ondersteuning voor al deze doelgroepen. Dit kan door bijvoorbeeld buurthuizen of -initiatieven te betrekken en hun een rol te geven in het betrekken van uitstromende ggz-cliënten in de maatschappij.

Afschalen als het kan en opschalen als het nodig is. Om een behandeling in de specialistische ggz te kunnen afronden en cliënten uit een instelling te ontslaan, is het voor zowel behandelaar als cliënt belangrijk dat gewaarborgd is dat snel opnieuw kan worden opgeschaald als dat nodig is. Hiervoor is het ook van belang dat er voldoende bedden beschikbaar zijn en opname kan plaatsvinden indien dat nodig is.

Hiertoe wordt er een signaleringsplan opgezet door huisarts en/of begeleider vanuit het sociaal domein (wijkteam met bijvoorbeeld SPV'er, ervaringsdeskundige, etc.). Opschalen kan vervolgens op verschillende manieren: de huisarts kan de oud-behandelaar van de cliënt bellen voor advies (als de cliënt daarvoor toestemming geeft) en indien nodig terugverwijzen. Als het wijkteam verslechtering signaleert, kan ook de huisarts of de ggz worden betrokken voor beoordeling/triage.

Niet loslaten, maar overdragen. Als het nodig is om een cliënt door te verwijzen naar een andere zorgverlener of af te schalen naar het sociale domein of andersom dan is het vanuit het oogpunt van ‘goed hulpverlenerschap’ belangrijk dat de cliënt niet ‘losgelaten’ maar verantwoord overgedragen wordt. De verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder (zorgplicht jegens zijn cliënt) stopt niet in het geval besloten wordt het specifieke behandelaanbod te beëindigen. De zorgplicht vergt – conform bestaande kwaliteitsrichtlijnen van de individuele behandelaar dat er een *warme overdracht* naar een andere hulpverlener in de keten plaatsvindt. Daarbij is het voor professionals én patiënt belangrijk dat duidelijk is bij wie men voor welke zorg terecht kan. In de huidige beroepenstructuur in de ggz is er voor patiënten en verwijzers onduidelijkheid over de verschillende beroepen en toegepaste methoden, die naast elkaar worden ingezet. Het aantal verschillende titels dat refereert aan psychologische beroepen is groot. Samenwerkende beroepsverenigingen hebben daarom het initiatief genomen om te komen tot een meer overzichtelijke beroepenstructuur. Momenteel wordt er gewerkt aan de impactanalyse. Een warme overdracht betekent dat er – na toestemming van de patiënt – gegevens worden overgedragen en dat de continuïteit van de zorg wordt geborgd. Een overdracht gaat verder dan het uitwisselen van gegevens. Verschillende beroepsgroepen uit zowel het sociaal domein als het zorgdomein dienen met elkaar in gesprek te gaan om te kijken hoe zij, binnen de kaders van hun beroepsgeheim en van de AVG, tot het uiterste kunnen gaan om een goede, warme, overdracht te waarborgen.

Taskforce wonen/thuis in de wijk. Het vinden van een (geschikte) woning is voor voormalige ggz-patiënten niet altijd eenvoudig. Zelfstandig wonen, waar nodig met zorg op maat, vormt de basis voor volwaardige deelname aan de maatschappij en bevordert zelfstandig herstel, mits mensen hierin goed begeleid worden en op een voor hen prettige plek terecht komen. Door zorgaanbieders te koppelen aan woningcorporaties kan ervoor gezorgd worden dat er al in een vroeg stadium samen met cliënten kan worden gezocht naar een geschikte woning. Hierbij kan nabijheid van (ambulante) zorg en voorzieningen gericht op preventie een criterium zijn. De koppeling tussen zorgaanbieders en woningcorporaties kan gemaakt worden door de inzet van taskforces. Deze regionale/lokale/wijk teams kunnen cliënten helpen bij het vinden van een woning en hen begeleiden in de aanloop naar de verhuizing. Een goed voorbeeld hiervan zijn de zogenaamde transferpunten waarin corporaties en zorgaanbieders samenwerken. Het is van belang dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van relevante kennis en ervaring die de afgelopen jaren is opgedaan, onder andere vanuit de Taskforce Wonen en Zorg.

3. Organisatie en regie

De huidige tendens is dat de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod steeds meer op het regionale niveau plaatsvindt. Op regionaal niveau is er meer kennis, ervaring met specifieke omstandigheden en vooral slagkracht dan op landelijk niveau. Tegelijkertijd is het regionaal niveau groot genoeg om behandeling buiten de muren van één organisatie of expertise mogelijk te maken. Voor hoogspecialistische en hoogcomplexe zorg is sprake van een zeer specifiek specialistisch behandelaanbod. Dergelijk aanbod kan gegeven deze aard alleen bovenregionaal worden geboden. Spreiding en concentratie van zorg zijn essentieel voor een goede match tussen het aanbod en de vraag uit de samenleving.

Daarnaast speelt in de organisatie van zorg en begeleiding dat er in sommige gevallen sprake is van verschil van inzicht over de financiering. Deze discussie tussen financiers heeft voor mensen met een zorgvraag als consequentie dat zij laat of niet op de juiste manier worden geholpen.

Het principe van de juiste zorg op de juiste plek wordt in de ggz breed toegepast. Dat betekent dat mensen in de ggz van de toekomst in hun eigen regio, dus dichtbij huis, tijdig terecht kunnen voor passende ggz. Waar het gaat om hoogspecialistische zorg of zorg voor zeer complexe aandoeningen moeten mensen mogelijk verder reizen. De kwaliteit van de noodzakelijke expertise voor deze behandelingen is gebaat bij concentratie van deze voorzieningen op bovenregionaal niveau.

De verschillende partijen met verantwoordelijkheden in de mentale gezondheid van mensen werken samen, ieder vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid. Het gedeelde doel is om mensen de beste zorg en begeleiding te bieden.

De overheid neemt de regie op de ontwikkelingen in de ggz, onder meer door het stellen van harde randvoorwaarden aan de ontwikkeling van de noodzakelijke kaders. Waar ontwikkelingen vertragen, grijpt de overheid in. De overheid schept voor de uitvoering bovendien meer mogelijkheden tot domeinoverstijgende samenwerking. De ontwikkeling en invoering van (nieuwe) samenwerkingsmodellen worden gestimuleerd.

3.1. Spreiding en concentratie

Zorg moet zoveel mogelijk dichtbij de cliënt worden georganiseerd. Dat kan door op regionaal niveau afspraken te maken. Tegelijkertijd is het niet mogelijk om voor elke zorgvraag een breed regionaal aanbod te organiseren. Voor aandoeningen of combinaties van aandoeningen die heel ernstig of zeldzaam zijn, is maatwerk nodig. Dit geldt vaak voor comorbiditeit/multimorbiditeit, waarbij cliënten last hebben van verschillende psychische stoornissen tegelijkertijd, die veelal op elkaar inwerken (zoals autisme in combinatie met een eetstoornis, autisme met PTSS, een verslaving met andere psychische problemen). Ook bij psychische problemen in combinatie met een verstandelijke beperking, gedragsproblematiek of agressie, waardoor vaak een ander behandelregime is aangewezen, is het ingewikkeld om passende zorg te organiseren. Evenals voor cliënten waarbij het risico op schade voor de cliënt zelf groot is, bijvoorbeeld door ernstige somatische problemen (bijvoorbeeld eetstoornissen).

Voor deze kwetsbare cliëntengroepen moeten we zorgen dat er voldoende behandelcapaciteit is waarbij behandeling niet alleen hoogspecialistisch, maar ook op maat gemaakt is: hoogcomplex aanbod. De afgelopen jaren is al een aantal stappen gezet om ook deze hoogcomplexe groep cliënten tijdig te kunnen voorzien van passende zorg. Zo is er in 2020 gestart met de uitvoering van het plan hoogcomplexe ggz: een landelijk sluitend netwerk van regiotafels, waarin experts vanuit bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen mensen met hoogcomplexe zorgvragen gaan helpen en deze pas loslaten als er een geschikte behandelplek gevonden is.

Het organiseren van hoogcomplex zorgaanbod is niet haalbaar op regionaal niveau. Versnippering van dergelijke specialistische zorg komt de kwaliteit niet ten goede en is bovendien vanwege personeelstekorten ook niet uitvoerbaar. In dit geval is concentratie van zorg nodig. Oftewel: de behandeling van sommige hoogcomplexere zorgvragen kan redelijkerwijs alleen bovenregionaal of zelfs landelijk worden georganiseerd.

Beleidsopties

Toegankelijkheid faciliteren. De toegankelijkheid van zorg moet niet onder de concentratie van zorg lijden. Cliënten moeten waar nodig gefaciliteerd worden in bijvoorbeeld het vervoer naar een behandeling en voor naasten moeten er, net als in de somatische zorg, voorzieningen zijn waardoor het voor hen mogelijk is cliënten te bezoeken (bijvoorbeeld met een logeerkamer).

Verminderen stapeling van regio-indelingen. Om tot een goede regionale samenwerking te komen is het van belang dat er een meer eenduidig begrip komt van wat wordt verstaan onder 'de regio'. Op dit moment worden in onze gezondheidszorg circa 26 formele verschillende regio-indelingen naast elkaar gebruikt (bijvoorbeeld op het niveau van zorgkantoren, gemeenten, jeugdzorg, veiligheid, etc.) en daarnaast is er nog een groot aantal informele samenwerkingsregio's. Dit gebrek aan eenduidigheid kan de regionale samenwerking belemmeren en gaat gepaard met veel bestuurlijke last. Ongeveer 1 op de 5 ggz-cliënten kampt met hardnekkige problemen op meerdere levensgebieden.¹⁵ Het maatschappelijke herstel van deze cliënten vraagt op lokaal niveau om intensieve samenwerking tussen maatschappelijke partners. Op regionaal niveau hebben ggz-aanbieders voor verschillende wetten en regelingen met andere regio-indelingen te maken. Een eenduidige regionale indeling stimuleert samenwerking en vermindert bureaucratie. Daarom zijn er in de nota 'Zorg voor de Toekomst' voorstellen geformuleerd voor meer eenduidigheid van de regio-indeling. In de houtkoolschets acute zorglandschap is de regionale zorgmeldkamer de spil van de netwerkorganisatie voor de acute zorg (bij niet levensbedreigende acute zorgvragen). Cliënten kunnen met één landelijk telefoonnummer automatisch worden doorverbonden naar de juiste regionale zorgmeldkamer die een multidisciplinaire triage zullen uitvoeren. Juist in acute situaties is het van cruciaal belang dat cliënten helderheid hebben waar ze terecht kunnen. Het zorgcoördinatiecentrum kan helpen om te zorgen dat cliënten de juiste acute zorg ontvangen.

Opschalingsstructuur bij vastlopende casuïstiek. Als mensen vastlopen in hun zoektocht naar passende zorg, moet de zorgvraag kunnen worden opgeschaald. Hiertoe wordt landelijk een 'opschalingsstructuur' opgezet die zijn basis heeft in de regio. Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande structuren. Dat betekent dat zorgvragen in eerste instantie worden besproken op het niveau van de wachttijdregio's. Bijvoorbeeld binnen de recent opgerichte transfermechanismen. Indien dit niet tot een oplossing leidt, wordt opgeschaald naar het niveau van de regiostafels hoogcomplexere ggz. Wanneer een cliënt ook hier vastloopt, wordt in een escalatie op bestuurlijk niveau voorzien. Bestuurders van zorgaanbieders en -verzekeraars gebruiken hun bestuurlijk mandaat om voor de cliënt alsnog de best passende oplossing te bieden. In het uitzonderlijke geval dat de bestuurlijke escalatietafel niet in staat is om tot een oplossing te komen, leggen zij de casus voor een finaal oordeel voor aan de bewindspersoon van VWS. De toegang tot 'opschalingstafels' of 'escalatietafels' loopt veelal via een zorgaanbieder maar kan ook via een verzekeraar lopen.

Cliënten kunnen ook zelf bij een 'opschalingstafel' aankloppen, waarbij er altijd eerst wordt gekeken of alle mogelijkheden die het reguliere proces biedt zijn uitgeput. We moeten ons realiseren dat er altijd een kleine groep cliënten zal blijven waarvoor het niet lukt om een oplossing te vinden, bijvoorbeeld omdat de cliënt het geboden aanbod niet naar wens vindt.

Landelijk ggz-dashboard. De overheid ontwikkelt een 'landelijk ggz-dashboard' voor bovenregionaal en landelijk aanbod, zodat alle verwijzers weten waar ze voor dergelijk aanbod de cliënt heen kunnen verwijzen. Voor de beveiligde zorg is een dergelijk dashboard er al. Dit dashboard sluit aan bij de 'sociaal-medische kaart' die gemeenten en zorgverzekeraars samen op regionaal niveau maken. Screenteams hebben toegang tot dit landelijke ggz-dashboard en kunnen deze gebruiken om snel en efficiënt zorg en aanbod te matchen.

¹⁵ Bron: DNG: paper 'Geestelijke gezondheidszorg op maat en op tijd'

Concentratie en bekostiging van hoogcomplex zorg. Deels kunnen we het benodigde hoogcomplex aanbod ‘aan de voorkant definiëren’: er zijn X-behandelplekken nodig voor aandoening Y en die plekken moeten bij een bepaald type aanbieder worden georganiseerd. Deels zal het aanbod op maat moeten worden gecreëerd, op het moment dat de vraag zich voordoet. Bijvoorbeeld als een cliënt een combinatie van verschillende specialistische behandelingen nodig heeft waarvoor geen aanbod bestaat. In dit geval kan in het kader van de opschalingstafels besloten worden dat de aanbieder met het meest gelijkende zorgaanbod, wordt aangewezen om dit specifieke aanbod alsnog te organiseren. Voor het deel van de behandelplekken waarvan vooraf vastgesteld kan worden dat deze beschikbaar dienen te zijn voor de behandeling van een bepaalde (combinatie van) aandoening(en), kan worden gezien of hiervoor een aanpassing van de bekostiging nodig is. Dit vergt nader onderzoek van de NZa, onder andere naar de mogelijkheden om hoogcomplex zorg goed af te bakken en te concentreren en naar de effecten op de positie van verzekeraars.

Coördinatie realiseren bij de inkoop van (delen van) het hoogcomplex aanbod. Onderzocht kan worden of het zinvol is om de inkoop door zorgverzekeraars van (delen van) het hoogcomplex zorgaanbod gecoördineerd te laten plaatsvinden. Hier zijn verschillende varianten denkbaar waaronder bestuurlijke afspraken, volgbeleid en alleen als de minder ingrijpende varianten aantoonbaar niet voldoende blijken voor de gesignaleerde problematiek inkoop, in representatie zoals nu in de acute ggz aan de orde is.

3.2. Rollen en verantwoordelijkheden

Het Nederlandse zorgstelsel staat voor goede en toegankelijke zorg voor iedereen. Daarin hebben alle betrokken actoren hun eigen rol. Tegelijkertijd zien we dat het stelsel niet altijd optimaal functioneert. Veel van die problemen hebben te maken met toegang tot zorg. Dat kan komen door factoren zoals structureel te lange wachttijden voor bepaalde groepen, de discussie over een doorzettingsmacht of complexe casuïstiek. Mensen ervaren problematische toegang tot zorg, bijvoorbeeld omdat de zorgvraag complex of onduidelijk is, omdat het zorgaanbod overlappend is of juist niet aansluit, omdat partijen elkaar niet kunnen vinden, op elkaar wachten, er samen niet uit kunnen komen, omdat iedere partij maar voor een gedeelte van de zorg verantwoordelijk is en geen van de partijen het initiatief neemt om de regie over het geheel te pakken. In deze gevallen is extra inzet nodig om ervoor te zorgen dat cliënten niet tussen wal en schip terecht komen. Mogelijk is een andere scherpere invulling nodig van de rollen die partijen in ons ggz-stelsel hebben.

Beleidsopties

Rol gemeenten verduidelijken. Op grond van de Wet publieke gezondheid zijn gemeenten verantwoordelijk voor het lokale gezondheidsbeleid, de jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg, infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering. Daarnaast zijn gemeenten op grond van de Wmo verantwoordelijk voor het bevorderen van maatschappelijke participatie. Maatschappelijke participatie kan bijdragen aan gezondheidswinst en welbevinden van mensen. Ook moeten gemeenten actief inzetten op het gebied van preventie en vroegsignalering om te voorkomen dat mensen aangewezen raken op (zwaardere) vormen van langdurige, maatschappelijke ondersteuning. Van oudsher heeft de gemeente een rol op het terrein van de bevordering van de openbare geestelijke gezondheidszorg en de verantwoordelijkheid om op dit terrein de kennis en vaardigheden te borgen ten behoeve van het welzijn van haar burgers. Dit aspect van de taken van de gemeenten kan beter benut en verstevigd worden.

Voor het aanpakken van bijvoorbeeld schulden en werkloosheid vanuit het sociaal domein komen in elke regio speciale instanties beschikbaar, gratis en laagdrempelig toegankelijk, met veel expertise om mensen te begeleiden richting een oplossing. Denk aan herstelcentra en aanbod in buurthuizen. Gemeenten kunnen vanuit de landelijke overheid relevante kennis en informatie ontvangen over welke vormen van aanbod in de regio (minimaal) passend zouden zijn. De te ontwikkelen monitor ‘psychische problematiek’ voorziet gemeenten en regio’s daarbij in relevante informatie. Ook zou het makkelijker moeten zijn voor gemeentelijke professionals om te schakelen met ggz-behandelaren en omgekeerd over de behandeling en begeleiding van een cliënt. Belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de cliënt hier toestemming voor geeft.

Toezicht op samenwerking. De IGJ houdt toezicht op de ggz-zorg en is als toezichthouder op zorgaanbieders in verschillende sectoren en domeinen, ook in staat om ook sector- en domeinoverstijgend te kijken naar de samenwerking tussen de betrokken zorgaanbieders in zorgnetwerken. De IGJ zou partijen niet alleen moeten kunnen aanspreken op de individuele zorg die zij leveren, maar ook op hun verantwoordelijkheid voor samenwerking. Bijvoorbeeld tussen het Wmo- en Zvw domein, tussen het jeugd- en Zvw domein (als het gaat om de 18-/18+ overgang en om psychische zorg die ouders nodig hebben en de invloed daarvan op kinderen) en tussen de sectoren voor wat betreft het verlenen van gedwongen zorg. Het ggz-veld zou veldnormen kunnen opstellen over waaraan deze samenwerking moet voldoen. De IGJ kan daar vervolgens op handhaven en zich in het toezicht naast individuele zorgaanbieders ook richten op zorgnetwerken en –ketens.

Prikkels om samenwerking te stimuleren. Per regio wordt de situatie geanalyseerd (krijgen mensen op tijd de zorg die zij nodig hebben?) en prikkels ingebouwd om te stimuleren dat samengewerkt wordt. Wanneer binnen een regio de zorg en ondersteuning goed functioneert, krijgen aanbieders, verzekeraars en gemeenten bijvoorbeeld extra mogelijkheden vanuit het Rijk of minder controles.

Passende zorg voor de mensen die soms vallen in zorgdomein en soms in het veiligheidsdomein. Er is een groep hoogrisicocliënten die regelmatig pendelt tussen het zorg- en veiligheidsdomein. Uit de praktijk komt regelmatig het signaal dat het voor veel van deze personen vanwege de complexiteit en stapeling van problematiek lastig blijkt om tijdig de passende zorg, hulp en ondersteuning te krijgen.

Bezien wordt of en hoe het veiligheidsaspect een stevigere plek kan krijgen binnen de reguliere ggz, bijvoorbeeld door het gebruik van multidisciplinaire risicotaxatie-instrumenten op het gebied van zorg en veiligheid om zo de juiste zorg, hulp en ondersteuning aan deze patiënten te kunnen bieden zodat deze geen risico meer vormen voor zichzelf en/of anderen in de maatschappij. Ook is het goed om te bekijken hoe we de overdracht vanuit het justitie kader naar reguliere ggz klinieken (de niet-beveiligde zorg) zo soepel mogelijk kunnen laten verlopen, zoals we nu ook al doen in het kader van Ketenveldnorm levensloopfunctie.

Aanscherpen invulling definitie zorgplicht en toezicht NZa. In de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' is beschreven dat in de wet zou kunnen worden geëxpliciteerd dat zorginkopers hun inkoopbeleid zodanig vormgeven dat dit er redelijkerwijs toe leidt dat de verschillende zorgsoorten goed op elkaar aansluiten en de NZa hen daarop kan aanspreken. In de ggz zien we bij sommige diagnosegroepen een structurele overschrijding van wachttijden. Daarnaast zien we in een deel van de regio's dat de wachttijden over de hele linie structureel lang zijn. Dit zou een reden kunnen zijn om naar de definiëring van de zorgplicht te kijken. Hoe dat er precies uit zou zien, moet nog onderzocht worden.

In de Zvw is opgenomen dat zorgverzekeraars de uitvoering van hun taken afstemmen met de zorginkopers in andere domeinen. Daarbij is nu echter niet uitgewerkt hoe zij hier invulling aan moeten geven. Hieraan wordt nadere concrete invulling gegeven.

Een verdergaande keuze is dat in de wet geëxpliciteerd wordt welke inspanning zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren moeten leveren, bijvoorbeeld het zorg dragen voor de totstandkoming van een regionaal plan voor de zorg voor kwetsbare doelgroepen of dat zij systematisch waarborgen dat risico's voor de beschikbaarheid van de zorg vroegtijdig worden gesignaleerd en dat zij zich tijdig inspannen om deze risico's weg te nemen. Hiervoor kan worden gekeken naar wat nu al is geregeld in de Jeugdwet.

3.3. Financiële prikkels

Ook in de toekomst moet de goede ggz-zorg die Nederland kent realiseerbaar en betaalbaar blijven. Domeinoverstijgende samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning, wordt nu soms bemoeilijkt door belemmeringen die worden ervaren vanuit de verschillende systemen.

Beleidsopties

Duidelijkheid over financiering consultatiefunctie. Het is van belang dat gemeentelijke professionals en ggz-specialisten domeinoverstijgend met elkaar kunnen samenwerken en op een eenvoudige manier advies kunnen overleggen over passende ondersteuning en zorg voor mensen met (een vermoeden van) psychische problematiek. Verschillende opties voor de financiering van de consultatiefunctie worden op dit moment verkend.

Vereenvoudiging van de overgangen tussen domeinen is soms nodig. Voor bepaalde vormen van zorg geldt dat coördinatie wordt bemoeilijkt, doordat de zorg valt onder het ene wettelijke kader terwijl het andere logischer zou zijn. De taken, verantwoordelijkheden en de organisatie met betrekking tot de zorg binnen de domeinen wordt geëxpliciteerd. De coördinatie is daar een belangrijk onderdeel van. Afhankelijk van de uitwerking hiervan kunnen aanpassingen in de financiering gemaakt worden en hierover afspraken gemaakt worden.

Voor het stimuleren van netwerkzorg zijn veel partijen nodig. De behoefte van de patiënt staat centraal en in aansluiting hierop wordt een netwerk gecreëerd van zorgverleners uit de betrokken domeinen. Hierbij wordt breed gekeken naar de leefwereld van de patiënt en de gezinssituatie. Financiële prikkels kunnen daarbij helpen, maar het begint met de bereidheid om samen te werken. Hiertoe kunnen duidelijke afspraken gemaakt worden om de randvoorwaarden in vullen die nodig zijn om dit onderdeel te laten zijn van de goede zorg die zij leveren aan de cliënt. Te denken valt daarbij aan afspraken met inkopers, afspraken over gegevensuitwisseling en indien ondersteunend, eventuele aanpassingen in de bekostiging binnen de betrokken domeinen zodat er geen belemmeringen bestaan voor een goede samenwerking. Ook een netwerkintake kan helpen bij het stimuleren van netwerkzorg. Daarom is voor professionals een herstelondersteunende probleemanalyse ontwikkeld. Deze maakt het mogelijk om tijdens een intake samen met de cliënt een praktische inventarisatie te maken van wat er nodig is en welke netwerkdeelnemers daarvoor nodig zijn. De analyse richt zich niet alleen op het inventariseren van de klachten of symptomen en het onderliggend lijden maar ook op problemen op sociaal-maatschappelijk gebied. Deze problemen kunnen de klachten onderhouden, veroorzaken of versterken en moeten dus ook worden aangepakt om echt tot herstel te komen.¹⁶

Verbeteren contractering. In de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' wordt al aan beleidsopties gerefereerd om Zwv-breed de niet-gecontracteerde zorg via wetgeving te beperken. Naast deze opties zou ook binnen de ggz zou gekeken moeten worden hoe contractering verder kan worden bevorderd.

¹⁶ <https://www.sociaalweb.nl/blogs/netwerkpsychiatrie-hoe-dan>

4. Vernieuwing en werkplezier

4.1. Belangrijke knelpunten werkplezier wegnemen

Veel werknemers werken met plezier in de zorg. Maar we kennen allemaal ook de problemen die spelen op de arbeidsmarkt. Tegenover een toenemende instroom van nieuwe zorgprofessionals, staat helaas een hoge uitstroom.¹⁷ Ook in de ggz ervaren medewerkers een hoge werk- en regeldruk en voelen zij niet altijd voldoende autonomie en zeggenschap. Bovendien ligt hun handelen in toenemende mate onder een vergrootglas van media, samenleving en politiek waardoor professionals kwetsbaarder worden in uitoefening van hun beroep. Dit leidt tot ongewenste effecten, zoals een lagere betrokkenheid bij het werk, een hoge uitstroom en ziekteverzuim, en in sommige gevallen een overstap naar het zzp-schap.

We ondernemen al veel om mensen te stimuleren voor een carrière in de zorg. Met het Actieprogramma 'Werken in de Zorg' wil de overheid ervoor zorgen dat er meer mensen in de zorg gaan en blijven werken. Dit programma wordt de komende jaren voortgezet. Daarbij ligt de focus op meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling, meer ruimte en tijd voor zorgprofessionals, en meer zeggenschap.

Aan de Sociaal-Economische Raad (SER) is gevraagd om specifieke knelpunten en oplossingen op het terrein van arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden te verkennen op mogelijkheden voor betere beloning en begeleiding van nieuwe medewerkers, zoals de mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling en mogelijkheden voor meer werkplezier.

Naast het zorgbrede actieprogramma zijn er specifiek voor de ggz in het hooflijnenakkoord afspraken gemaakt over arbeidsmarkt en opleiden. Zo wordt gewerkt aan de bezettingsproblematiek bij ANW- en crisisdiensten, het organiseren van meer inspraak van professionals, taakherschikking en zijn extra opleidingsplaatsen gecreëerd voor GZ-psychologen. Toch is uit de gesprekken die we voor het opstellen van dit stuk hebben gevoerd gebleken dat niet alle problemen daarmee worden opgelost. We schetsen daarom hierna een aantal concrete beleidsopties om daaraan tegemoet te komen.

In de ggz van de toekomst is er voldoende, goed toegerust en betrokken personeel beschikbaar. Naast het vergroten van de instroom en het transparanter inrichten van de beroepen en bevoegdheden in de ggz, is het cruciaal dat zorgprofessionals gemotiveerd zijn en blijven om in de ggz te werken. Dit vraagt om een stevige inzet op het aantrekkelijker maken van het werken in de ggz. Iedere ggz-professional kan zijn of haar talenten benutten, zodat ze optimaal tot hun recht komen en dat zij vanuit trots en bevlogenheid kunnen doen waarvoor ze zijn opgeleid. Ggz-professionals kunnen meer nadruk leggen op kwaliteit en inhoud en zijn minder tijd kwijt aan administratieve lasten. Door ruimte te bieden en vaardigheden en kennis in te zetten is de ggz een aantrekkelijke sector om in te werken. Ggz-professionals zijn trots op het feit dat zij zich inzetten voor de psychische gezondheid van ons land. Dit leidt tot een grotere arbeidstevredenheid van zorgprofessionals en minder uitstroom van werkenden uit de ggz. Dit betekent ook meer continuïteit in het aanbod van de zorg voor cliënten en minder uitgaven voor zorgorganisaties voor werving en vervanging van personeel en minder problemen met roostering van medewerkers.

¹⁷ SCP 2020, Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg, 177.

Beleidsopties

Regionale netwerken opzetten. We zien dat een deel van de professionals in de ggz om diverse redenen vertrekt uit loondienst en verder gaat als zzp'er. Dit wil echter niet zeggen dat zij niet willen bijdragen aan de taken die een instelling heeft. Ook andere groepen zoals gepensioneerden willen graag een steentje bijdragen. Hiervoor kunnen regionale netwerken worden opgericht waar zzp'ers, gepensioneerde werknemers en andere betrokkenen zich bij kunnen aansluiten. Zij kunnen bijvoorbeeld ondersteuning bieden op onderdelen zoals het draaien van avond-, nacht- en weekenddiensten en voor het begeleiden van mensen die werkzaam zijn in de ggz. Denk aan gepensioneerden die als intervisor of mentor kunnen functioneren. VWS kan leernetwerken faciliteren, en werkgevers kunnen technische mogelijkheden bieden om minder te werken of lichter werk te gaan doen.

Evenwicht tussen ruimte en regeldruk. Er is structurele inzet nodig voor evenwicht tussen ruimte en regeldruk. De klachten over hoge administratieve lasten en regeldruk in de zorg bestaan al lang en acties en programma's daarvoor ook. Desondanks staan administratieve lasten nog steeds bovenaan de lijst van irritaties van veel zorgprofessionals. Uit gesprekken kwam naar voren dat ervanuit zorgprofessionals bij rapportage behoefte is aan meer standaardisatie en meer comfort middels innovatie zoals spraaktechnologie. De hoge regeldruk in de zorg hangt onder meer samen met de manier waarop de verantwoordingspraktijk is georganiseerd. Een systeem dat meer uitgaat van vertrouwen in de zorgverlener zonder daarbij af te doen aan de rechtmatigheid van zorg is nodig. Dit zorgt voor meer werkplezier, gevoel van autonomie en meer tijd voor de cliënt.

Ondersteun goed werkgeverschap, leiderschap en opschaling van good practices. Goed werkgeverschap, inspraak van professionals in hun organisatie en goed leiderschap dragen bij aan vermindering van de arbeidsmarktproblematiek in de zorg. Er zijn good practices bekend van werkgevers met een lage uitstroom en hogere tevredenheid onder medewerkers, zoals de InDialoog methodiek van Stichting IZZ of het programma Excellente Zorg van V&VN. Dit soort voorbeelden moet breder onder de aandacht worden gebracht in de ggz en op grotere schaal worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Om zoveel mogelijk van elkaar te leren en snelheid te maken is het belangrijk dat ggz-aanbieders hierin de samenwerking met elkaar opzoeken en met partijen die hier een ondersteunende rol in kunnen spelen.

Verdere standaardisering van inkoop- en verantwoordingseisen. Individuele regels zijn vaak met de beste bedoelingen tot stand gekomen en doorgaans ook goed navolgbaar, maar op het bordje van de zorgverlener komen ze allemaal samen. De stapeling aan inkoop- en verantwoordingseisen vanuit verschillende inkopers (zoals zorgverzekeraars gemeenten), kost zorgverleners veel tijd en is een bron van administratieve lasten; zeker wanneer een zorgaanbieder in diverse zorgdomeinen zorgt levert. In de begroting 2021 van VWS is vanaf 2023 een opgave opgenomen om voor de hele Zvw, waaronder de curatieve ggz, inkoop- en verantwoordingseisen te standaardiseren. De Zvw-partijen en VWS kunnen een plan van aanpak maken om deze opgave te realiseren, waarbij voor de ggz ook gekeken kan worden naar verantwoordingseisen die over de verschillende domeinen heen gestandaardiseerd kunnen worden. Overigens wordt in het kader van de invoering per 2022 van de nieuwe bekostiging voor de ggz (Zvw-domein), door zorgaanbieders en zorgverzekeraars een gezamenlijk controle- en verantwoordingsarrangement ontwikkeld overeenkomstig de uitgangspunten van 'horizontaal toezicht'. Dit draagt naar verwachting bij aan de beperking van de administratieve lasten.

Onderzoek naar transparantie in relatie tot cliënten. Via het cliëntenportaal hebben cliënten toegang tot hun eigen dossier. Voor zorgverleners kan dit stress opleveren, omdat wat ze opschrijven in het dossier tegen hen kan worden gebruikt. Cliënten die het bijvoorbeeld niet eens zijn met beslissingen zijn kritisch over wat ze lezen in hun dossier. Wat de ervaringen van zorgverleners zijn in de ggz met de transparantie die het cliëntenportaal biedt en of daar wat in aangepast zou moeten worden verdient onderzoek.

Beter benutten van arbeidsmarktpotentieel in de ggz. Sollicitanten die op een bepaalde functie niet zijn aangenomen verdwijnen niet van de radar, maar kunnen opnieuw worden benaderd wanneer zich elders in de sector een vacature aandient. Na de sollicitatie bij een organisatie kan (na toestemming) de informatie over de kennis en vaardigheden van iemand worden bewaard. Misschien is er namelijk op een toekomstig moment wel een passende vacature beschikbaar. Op basis van het portfolio van een kandidaat kan deze dan snel worden benaderd en behouden worden voor de zorg.

4.2. Beschrijven en inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg

In sommige onderdelen van de ggz is de beschrijving van wat men ziet als goede zorg en de transparantie over de kwaliteit van zorg een knelpunt. De zoektocht naar geschikte kwaliteitsinformatie in de ggz is al geruime tijd gaande. Er is de afgelopen jaren daarom veel gesproken over geschikte kwaliteitsinformatie voor de ggz. Er zijn eerste stappen gezet maar het bereikte resultaat is vooralsnog te beperkt. Goede kwaliteitsinformatie draagt bij aan een meer cliëntgerichte, lerende, effectieve en doelmatige ggz. Professionals en cliënten moeten meer inzicht in uitkomsten van zorg krijgen om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren (leren door professionals) en om de juiste behandelbeslissing te nemen (samen beslissen door cliënt en professional) die bij die individuele cliënt past.

Transparantie is dus belangrijk. Daarbij dient de zorgprofessional goed te worden betrokken bij hoe te rapporteren over de kwaliteit van zorg om waar mogelijk te voorkomen dat rapporteren over kwaliteit wordt ervaren als regeldruk en afdoet aan het werkplezier.

Kwaliteitsinformatie over de geleverde zorg (bij voorkeur uitkomstinformatie) ondersteunt het leren en verbeteren van de professionals zelf, ondersteunt het samen beslissen van patiënt en behandelaar over de juiste behandeling en ondersteunt patiënten en verzekeraars bij het kiezen en contracteren van de juiste aanbieder. Toch is de aanwezigheid van transparante kwaliteitsinformatie in de ggz niet vanzelfsprekend in Nederland.

In de ggz van de toekomst zijn er richtlijnen voor de ggz beschikbaar die een adequate beschrijving voor de inhoud van zorg bevatten. De bewijsvoering van de kwaliteitsstandaarden is gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke literatuur die ten grondslag ligt aan de beschrijving van zorg in de kwaliteitsstandaard. Ook is er een set van gestandaardiseerde indicatoren, die de beschreven kwaliteit van zorg inzichtelijk maken en waaraan de spelers in de ggz zich moeten houden. Indicatoren die uitkomsten meten op behandelniveau, hebben hierbij de voorkeur. Cliënten maken op basis van deze kwaliteitsinformatie een keuze voor een zorgaanbieder en aanbieders onderscheiden zich op basis van kwaliteit. Aanbieders en instellingen kunnen ook op basis van deze informatie van zichzelf en van elkaar leren. Verzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie benutten bij hun zorginkoop. Over het geheel bezien wordt gemeten of diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van het verzekerde pakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet.

Beleidsopties

Verplicht aanleveren indicatoren. De overheid kan het aanleveren van indicatoren verplichten en de verspreiding van informatie coördineren. Het verbeteren van kwaliteitsinformatie in de zorg is de grote uitdaging voor de toekomst en een belangrijke voorwaarde voor doelmatigheidsverbeteringen op andere vlakken, zoals het tegengaan van overbehandeling en introduceren van uitkomstbepaling. Het is belangrijk daarbij waar mogelijk te voorkomen dat dit leidt tot meer administratieve lasten.

Verantwoord en veilig data verzamelen en verwerken. In wet- en regelgeving moet door de overheid worden geregeld hoe verantwoord verzamelen en verwerken van medische gegevens in de ggz er uitziet. Het is belangrijk dat het verzamelen en verwerken van data over zorg verantwoord en veilig gebeurt.

Regierol overheid. Om van de grond te laten komen dat kwaliteitsinformatie ontwikkeld wordt, kan de overheid, bijvoorbeeld via Zorginstituut Nederland, de regie nemen. Zo kan de overheid eerder dan nu het geval is de door het veld ontwikkelde kwaliteitsstandaarden en aangeleverde gestandaardiseerde indicatorensets vastleggen en, bewaken en, waar nodig, zelf indicatoren vaststellen wanneer het veld niet tot consensus komt. Daarbij uiteraard de administratieve lastendruk in het oog houdend.

4.3. Digitalisering en innovatie

Digitalisering en innovatie bieden kansen om de ggz efficiënter, toegankelijker, duurzamer en toekomstbestendig te maken. Zo geeft digitalisering een grote flexibiliteit in waar en wanneer je zorg ontvangt en geeft.

In de ggz van de toekomst is het van belang dat de digitale mogelijkheden worden benut waar dit wenselijk en mogelijk is. In elke fase (voor, tijdens en na de behandeling) zullen de behandelaar en cliënt samen moeten kijken wat het beste past. Het is dus maatwerk, waarbij het belangrijk is om de digitale mogelijkheden te bieden, maar niet te verplichten aan de cliënt.

In het onderstaande worden per fase een aantal toepassingen genoemd die de meerwaarde van digitalisering en innovatie schetsen.

- *Preventie.* In het kader van preventie is het belangrijk dat mensen met hun kwetsbaarheden zelf aan de slag kunnen met hun mentale gezondheid, bijvoorbeeld door gebruik te maken van (anonieme) e-health. Dit zijn websites, apps en e-learnings die mensen in hun eigen tijd vanaf elke gewenste plek kunnen bezoeken om te helpen bij het verminderen van stress, depressie, verslaving of andere problematiek. Op deze manier kan instroom in de (reguliere) ggz waar mogelijk voorkomen worden.
- *Voor/gedurende de behandeling.* Wat betreft de toegankelijkheid van de ggz, heeft het meerwaarde als mensen voor een behandeling ook kunnen kiezen om gebruik te maken van een digitale poli, waarbij de behandeling veelal op digitale wijze plaats zal vinden. Daarnaast kan het behulpzaam zijn als mensen ter voorbereiding op hun behandeling vragenlijsten en gerichte e-healthmodules kunnen volgen, zodat intake en triage gericht plaats kunnen vinden en de eventuele wachttijd tot een behandeling nuttig besteed kan worden. Ook tijdens een behandeling kunnen digitale innovaties van grote waarde zijn. Denk hierbij aan beeldbellen of het inzetten van virtual reality bij de behandeling van angsten. Bepaalde therapieën kunnen deels digitaal plaatsvinden, wat aan cliënten en behandelaren meer flexibiliteit in tijd en plek kan bieden.
- *Nazorg.* Beeldbellen heeft door de coronacrisis een vlucht genomen en biedt mogelijkheden om op een laagdrempelige manier na een behandeling contact te houden met een behandelaar, maar daarvoor niet meer naar de locatie te hoeven reizen. Daarnaast biedt anonieme e-health ook na de behandeling opties aan cliënten om verder te onderzoeken hoe om te (blijven) gaan met hun eigen kwetsbaarheid.

Om de inzet van innovatie in de zorg te bevorderen zijn er diverse initiatieven. Zo helpt Zorg voor Innoveren bij innovatievragen en bieden zij onder andere de mogelijkheid om een implementatiecoach in te huren of zorgmedewerkers op te leiden tot digicoach. Een ander voorbeeld is het communicatieprogramma Zorg van Nu van VWS. Zorg van Nu vergroot de bewustwording van de mogelijkheden van slimme zorgoplossingen. Voorbeelden van interessante ontwikkelingen binnen het ggz-veld zijn Psynet en Psydata. Psynet is een digitaal platform waar de cliënt samen met zijn mantelzorgers en zorgverleners een netwerk vormt. In één oogopslag is voor iedereen in het netwerk te zien wie er betrokken is bij de persoonlijke hulpverlening. Psydata gaat over het benutten van de kennis die verborgen zit in data. In de zorg verzamelen we veel data, zoals tijdens diagnostiek en behandelingen. We kunnen deze informatie nog veel beter gebruiken, bijvoorbeeld om mentale gezondheid beter te begrijpen en om de dagelijkse zorg te verbeteren.

Binnen de bekostiging wordt de ruimte voor digitale zorg per 2022 ook verder vergoot. Het zorgprestatie-model voor de nieuwe ggz-bekostiging geeft behandelaren maximale ruimte om consulten digitaal vorm te geven in afstemming met de patiënt. Met de introductie van de facultatieve prestatie wordt ook ruimte voor andere soorten digitale zorg gecreëerd, waarmee digitale zorg verder wordt gestimuleerd. Het is aan de zorgaanbieder – in overleg met cliënten – en zorgverzekeraar om nader invulling aan deze extra ruimte te geven.

Het bovenstaande laat zien dat er al veel goede voorbeelden en mogelijkheden zijn om aan de slag te gaan met digitalisering en innovatie in de ggz. Tegelijkertijd is het van belang om richting de toekomst te kijken hoe goede voorbeelden verder verspreid en breder ingezet kunnen worden, zodat het hier niet bij blijft.

Beleidsopties

Nader onderzoek: we zorgen ervoor dat we goede voorbeelden van innovatie en digitalisering in de ggz breder kunnen implementeren. In dit onderzoek zou het volgende uitgewerkt kunnen worden:

Wat zijn de goede voorbeelden als het gaat om digitalisering en innovatie in de ggz?

- Wat leveren deze voorbeelden/toepassingen op (business cases) en voor welke doelgroepen werken deze toepassingen wel en niet?
- Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren bij de inzet van deze toepassingen en hoe kunnen deze worden beïnvloed?
- Welke randvoorwaarden zijn nodig om deze initiatieven breder te implementeren? Denk hierbij aan leiderschap, mogelijkheden tot informatie-uitwisseling en financiële prikkels (bijvoorbeeld innovatie aantrekkelijk maken via de bekostiging). In het zorgprestatieproces voor de nieuwe ggz-bekostiging is ruimte gecreëerd voor (nieuwe) prikkels voor digitale zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen daar nader invulling aan geven.

Op basis van de resultaten kan gericht worden gekeken wat nodig is voor bredere implementatie. Ook kunnen de resultaten worden omgeschreven naar een handreiking voor professionals en cliënten in de ggz, zodat ze meer zicht hebben op wat wanneer werkt en gezamenlijk een keuze kunnen maken waar digitale mogelijkheden van meerwaarde zijn.

Digitalisering en e-health vaste plek in opleidingen en nascholing. Digitalisering en e-health moeten (via stimuleren/faciliteren) een vaste plek krijgen in opleidingen en nascholing van zorgverleners, zodat zorgverleners voldoende kennis/basis hebben om samen met de cliënt een keuze te kunnen maken waar digitale mogelijkheden van meerwaarde zijn. Hierover wordt met het veld in overleg getreden.

(Investerings)programma om verduurzamingsinitiatieven te ondersteunen en op te schalen. Ook in de ggz gaat zorg- en hulpverlening op dit moment gepaard met uitstoot van broeikasgassen, productie van afval en schade aan het milieu. Van de kwaliteit en duurzaamheid van het zorgvastgoed (en de energiehuishouding daarvan) tot het gebruik van grondstoffen en het afval dat ontstaat. En van het gebruik van (milieubelastende) medicatie tot aan voeding. Inmiddels is bekend dat inzetten op verduurzaming van de zorg, ook goed is voor gezondheid.¹⁸ Meer zorg op afstand vermindert de noodzaak tot vervoer en kan leiden tot meer tijd voor de cliënt. Op talloze plekken in de zorg en op verschillende manieren wordt steeds meer kennis en ervaring opgedaan hoe zorg ook duurzaam kan worden vormgegeven en ingericht. Ook in de ggz vindt dit steeds meer plaats. Deze ontwikkelingen verdienen steun en medewerking van alle betrokkenen, om te zorgen dat de ggz een sector is die goed is voor de mens en de planeet.

¹⁸ Medisch Contact nr 47

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/duurzame-zorg-komt-dubbel-tot-zijn-recht.htm>

5. Hoe gaan we verder?

Vanaf de zomer van 2020 heeft VWS gesproken over het toekomstbestendig(er) maken van het zorglandschap ggz met veel betrokken partijen, experts en belangstellenden. We spraken met beroeps-, branche- en patiëntenorganisaties, met individuele professionals/behandelaren en patiënten, met experts, wetenschappers en dwarsdenkers en met andere departementen en overheden. Deze discussienota is gebaseerd op de ideeën die in die gesprekken naar voren kwamen, op onze eigen ervaringen en op diverse bronnen zoals onderzoek en rapporten die de afgelopen jaren over de ggz zijn verschenen.

De beleidsopties in deze discussienota moeten nader worden bediscussieerd, uitgewerkt en onderbouwd. We vinden het belangrijk dat de uiteindelijk inrichting van het zorglandschap ggz kan rekenen op draagvlak bij de partijen die bij de ggz betrokken zijn. De eerste stap is dat we iedereen die betrokken is bij de ggz of daar belangstelling voor heeft uitnodigen om te reageren op de voorliggende discussienota. Dat is de start van een maatschappelijke dialoog. Vervolgstappen en besluitvorming met betrekking tot het zorglandschap ggz zijn aan een nieuw kabinet.

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
www.rijksoverheid.nl/vws

mei 2021