

Vergaderjaar 2021–2022

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 609

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 mei 2022

In april 2020 trad het «plan hoogcomplexे ggз» in werking¹. In zijn brief van 13 november 2020² heeft mijn ambtsvoorganger u toegezegd de evaluatie van het plan hoog complex ggз met uw Kamer te delen. Bijgaand treft u de zogenoemde «Rapportage monitor casuïstiektafels hoogcomplexе ggз» aan, die in opdracht van de Nederlandse ggз en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) door SiRM is uitgevoerd³.

De voor mij belangrijkste conclusie uit het evaluatierapport is dat de tafels meerwaarde hebben voor mensen met een hoogcomplexе ggз-zorgvraag. De casuïstiektafels bieden een overlegstructuur waarmee voor mensen met een hoogcomplexе zorgvraag een passend aanbod kan worden gerealiseerd. Daarnaast bieden de tafels expertise op bovenregionaal niveau, ook buiten het plan hoogcomplexе ggз; SiRM geeft aan dat er sprake is van een «expertisenetwerk», waarbij ook consultatie, verwijzing of de organisatie van samenwerking en financiering geboden wordt voor casussen die niet op de casuïstiektafels terecht komen.

In totaal zijn er in 2020 en 2021 77 cliënten aangemeld op de casuïstiektafels (exclusief het aantal cliënten waarvoor consultatie is verleend). Dat is een lager aantal dan aanvankelijk werd verwacht⁴. SiRM geeft echter aan dat – afgaand op beschikbare informatie – de meeste cliënten met een hoogcomplexе ggз-vraag in beeld zijn. Bovendien concludeert SiRM dat acties ten behoeve van de zichtbaarheid en bekendheid van de casuïstiektafels – die tijdens de looptijd van het plan werden ingezet door onder meer de Nederlandse ggз, ZN en VWS – een positief effect hebben gehad.

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 525.

² Kamerstuk 25 424, nr. 559.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁴ Bij de totstandkoming van het plan hoogcomplexе ggз, werd het aantal cliënten met een hoogcomplexе zorgvraag door de Nederlandse ggз en ZN (grootweg) geschat op 200–300, het equivalent van 10% van de groep ggз-clieuten met de hoogste zorgkosten.

Dit neemt niet weg dat de bekendheid en zichtbaarheid van de casuïstiektafels een blijvend aandachtspunt is.

De Nederlandse ggz en ZN blijven hieraan werken en pakken signalen van casussen die – mogelijk onterecht – niet op een casuïstiektafel terecht komen serieus op. Met partijen uit de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz⁵ is afgesproken dat ook landelijke partijen zich waar dat nodig is inzetten om de hoogcomplexen ggz casuïstiek op de juiste plek te adresseren.

Het grootste deel van de cliënten die op de casuïstiektafels waren aangemeld is inmiddels een passend aanbod gedaan. In zeven gevallen lukte het niet een passend aanbod te doen. SiRM geeft in het rapport aan dat de redenen hiervoor verschillen per casus: *«In een aantal gevallen leidde de complexiteit van de casuïstiek ertoe dat veel benaderde zorgaanbieders niet konden helpen vanwege exclusiecriteria. In een ander deel van de gevallen waren cliënten op zoek naar een zeer specifiek zorgaanbod dat niet binnen een voor de cliënt haalbare afstand aanwezig was»*⁶.

Zoals mijn ambtsvoorganger al meldde voor aanvang van het plan hoogcomplexen ggz, kunnen er ondanks alle mogelijkheden van zorgbemiddeling toch situaties bestaan waarin het een zoektocht blijft naar wat het meest passend is voor een cliënt⁷. Ik ben bij de Nederlandse ggz en ZN nagegaan hoe de zeven gevallen waarin er geen passend aanbod werd gedaan zich verhouden tot het principe van «opschaling tot een passende oplossing is gevonden»⁸ en hoe het nu verder gaat met deze zeven casussen. Zij hebben aangegeven dat zij niet beschikken over de actuele situatie van de betreffende personen, maar dat zij er zorg voor dragen dat de zeven casussen conform de gemaakte afspraken opvolging krijgen. Hierbij voorzie ik de volgende vervolgstappen: 1. De zorgvraag is inmiddels wel ingevuld of achterhaald, 2. Er vindt escalatie plaats naar het (regionale) bestuurlijk niveau en in het uiterste geval naar VWS binnen regionale doorzettingsmacht of 3. De reden is gelegen in specifieke wensen van de cliënt waaraan niet voldaan kan worden. In dat geval wordt de cliënt niet «losgelaten» maar wordt er samen met de cliënt naar hernieuwd perspectief gezocht.

De Nederlandse ggz en ZN hebben aangegeven daarbij te gaan bezien wat geleerd kan worden uit deze zeven casussen om het proces voor de toekomst nog verder aan te scherpen. Over de vervolgstappen en de lessen die getrokken kunnen worden zullen ze mij na de zomer informeren. Voor wat betreft de gevallen waarin cliënten op zoek waren naar een zeer specifiek zorgaanbod wat niet binnen een voor de cliënt haalbare afstand aanwezig was, vind ik het belangrijk te achterhalen hoe drempels om een langere afstand af te leggen kunnen worden overbrugd. Voor zeer specifiek zorgaanbod kan ik mij namelijk voorstellen dat het alleen mogelijk is dit meer centraal te organiseren.

Vervolg

Het advies van SiRM om de functie van de casuïstiektafels te behouden, zij het in een iets andere vorm waarbij regio's meer autonomie krijgen maar wel aan bepaalde voorwaarden omtrent kwaliteit en toeganke-

⁵ Voorheen de «stuurgroep wachttijden in de ggz», bestaande uit: de Nederlandse ggz, ZN, MIND, InEen, MeerGGZ, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

⁶ Zie de rapportage monitor casuïstiektafels hoogcomplexen ggz, pagina 6.

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 525.

⁸ Een van de uitgangspunten van het plan hoogcomplexen ggz, zie Kamerstuk 25 424, nr. 525.

lijkheid worden geacht te voldoen, nemen opdrachtgevers de Nederlandse ggz en ZN ter harte. Zij blijven het aanspreekpunt voor de bovenregionale casuïstiektafels en zullen de tafels tevens monitoren. De uitkomsten van deze monitoring worden besproken in het bestuurlijk overleg dat ik met betrokken partijen voer. Ik zal uw Kamer over relevante ontwikkelingen op de hoogte houden.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder