

Vergaderjaar 2020–2021

**31 839**

**Jeugdzorg**

**Nr. 780**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juni 2021

Tijdens het debat over de maatregelen Covid van 21 januari 2021, is door uw Kamer de motie van het lid Klaver aangenomen die de regering verzoekt zo snel mogelijk het aantal crisisplekken in de (jeugd-)ggz op te schalen, extra middelen beschikbaar te stellen voor beschermd wonen om de uitstroom te verbeteren, en de Kamer wekelijks te informeren over de huidige stand van zaken.<sup>1</sup>

In mijn brief van 24 februari (Kamerstuk 25 424 nr. 582) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de wijze waarop ik uitvoering geef aan deze motie. Ik heb u aangegeven te starten met het in beeld brengen van de meest recente feiten en inzichten omtrent de acute ggz (volwassenen en jeugd) om daarna te bezien of en zo ja welke actie aangewezen is. Voor wat betreft extra middelen voor beschermd wonen, ook onderdeel van de motie, heb ik uw Kamer in diezelfde brief reeds uiteengezet waar we staan.

Op 22 april heb ik uw Kamer geïnformeerd over de afspraken die het kabinet heeft gemaakt met de VNG over een aantal acute financiële knelpunten in de zorg voor jeugd (Kamerstuk 31 839, nr. 774). Hierdoor is er, naast de eerder beschikbaar gestelde middelen, aanvullend € 613 miljoen beschikbaar voor de acute problemen in de jeugdzorg. Als onderdeel van deze afspraken is specifiek € 50 miljoen gereserveerd voor de crisiscapaciteit in de jeugd-ggz. In mijn brief op 28 mei heb ik aangegeven dat ik samen met betrokken partijen aan de slag ben om een regeling uit te werken, zodat deze middelen beschikbaar komen voor de zorg (Kamerstuk 31 839, nr. 777).

In deze brief beperk ik mij daarom tot de acute volwassen ggz en de plekken die ingeval van een beoordeling tot specialistische vervolgzorg nodig zijn in de specialistische ggz. Ik heb mij daarbij laten informeren

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 923.

vanuit de verschillende regio's en ggz-instellingen. Daarnaast baseer ik mij voor deze reactie op de inbreng vanuit de IGJ en de NZa.

### *Context crisisplekken acute ggz*

Ik hecht eraan alvorens dieper op de materie in te gaan, de context van de crisisplekken voor de acute ggz te schetsen. Dit is van belang om de feiten en de analyse te kunnen duiden.

De beoordeling en toeleiding van patiënten waarvoor een IC-bed (al dan niet vanwege Covid-19) nodig is en beoordeling en toeleiding van mensen waarvoor een acute opname nodig is vanwege een acute psychische problematiek zijn niet één-op-één vergelijkbaar.

Voor de beoordeling van mensen waarvan het vermoeden bestaat dat zij kampen met een acute psychische crisis, spelen de crisisdiensten een belangrijke rol. De crisisdiensten beoordelen aan de hand van de situatie en de omstandigheden van de persoon, wat er aan de hand is en nodig is. Mocht uit beoordeling blijken dat sprake is van een acute psychische crisis waarvoor opname noodzakelijk is, dan is sprake van vervolgzorg in de specialistische ggz. «Crisisbedden» zijn in de specialistische ggz niet als zodanig geoormerkt.

Of het nodig is om iemand op te nemen voor zijn of haar behandeling, is ter beoordeling van de zorgprofessional op basis van professionele standaarden, indien mogelijk in afstemming met de patiënt die het betreft en indien mogelijk met zijn of haar naasten. Van belang hierbij is op te merken dat personen die niet-acuut psychiatrisch zijn, wel zelf kunnen ervaren dat zij in een crisis verkeren waarvoor direct een opname nodig is. Zorgprofessionals kunnen ook oordelen dat een opname wel wenselijk maar niet acuut is. Deze patiënten kunnen in de overbruggingsperiode worden ondersteund door intensieve behandeling in de thuissituatie. Het is belangrijk om de ervaringen van patiënten in deze context te zien.

De acute ggz betreft een beperkt deel van de ggz, namelijk de beoordelingen die de crisisdiensten uitvoeren om te zien wat er nodig is in een acute situatie. De inrichting en werkwijze van de crisisdiensten is met regelmaat onderwerp van debat in uw Kamer geweest. Tijdens het debat op 24 januari 2017 (Kamerstuk 25 424, nr. 342) heeft mijn ambtsvoorganger op verzoek van uw Kamer toegezegd om de NZa te verzoeken een financiering voor de crisisdiensten te ontwerpen die los staat van het aantal behandelingen of het aanbod van mensen en die beter de beschikbaarheid financiert en aansluit bij de ontwikkelde Generieke module acute psychiatrie. Het advies van de NZa dat volgde om voor dit deel van de zorg (de eerste 72 uur) de inkoop door de zorgverzekeraars in representatie te laten plaatsvinden en daarmee af te wijken van de systematiek van de reguliere individuele zorginkoop, heb ik in lijn met het voorgaande integraal overgenomen.

Sinds 1 januari 2020 zijn zowel de aangescherpte normen voor de kwaliteit van zorg (kwaliteitstandaard Generieke module acute psychiatrie (GMAP)) als de nieuwe bekostiging van kracht en is afgestapt van de bekostiging waarbij het aantal patiënten leidend is. De bekostiging van de beschikbaarheid staat in de nieuwe systematiek centraal.

Onderdeel van de nieuwe systematiek is ook dat de crisisdiensten afspraken maken met de gespecialiseerde ggz over de beschikbaarheid van en het aantal noodzakelijk geachte opnameplaatsen voor acuut psychiatrische patiënten en over de bemensing van de crisisdienst. Deze bedden worden bekostigd, ook als ze niet bezet zijn. Deze afspraken worden vastgelegd in zogenaamde regioplannen, die jaarlijks worden aangepast. De GMAP is hierbij richtinggevend en zorgt door een

implementatieplan voor eenduidigheid in de organisatie en de inhoud van de acute zorg binnen en tussen de acute zorgregio's.

De eerste evaluatie over de implementatie van de nieuwe bekostiging en aangescherpte normering wordt in het voorjaar van 2022 verwacht.

#### *Uitvoering motie: uitvraag sector*

Ten behoeve van het in beeld brengen van de feiten en inzichten, heb ik de Nederlandse ggz gevraagd een uitvraag te doen onder ggz-instellingen.

De Nederlandse ggz komt op basis van de uitkomsten van de uitvraag tot het oordeel het signaal niet te herkennen dat volwassen personen die zich in een ernstige crisis bevinden, niet opgenomen worden indien dit geïndiceerd is. Wel wordt het signaal herkend dat personen die niet-acuut psychiatrisch zijn, maar wel zelf ervaren dat zij in een acute ggz-crisis verkeren, niet in alle gevallen direct opgenomen (kunnen) worden. Deze cliënten worden in de overbruggingsperiode ondersteund door intensieve behandeling in de thuissituatie.

Onderstaande uiteenzetting licht de uitvraag door de Nederlandse ggz verder toe.

In deze uitvraag stond centraal:

*In hoeverre moet de acute ggz, na beoordeling, moeite doen om iemand in de specialistische ggz geplaatst te krijgen (en is dat te kwantificeren)?  
Lopen de crisisdiensten in acute situaties tegen belemmeringen op, zo ja, hoe vaak, in welke regio's?*

Om de vraag goed te kunnen beantwoorden is een nadere definiëring van het woord «acuut» of «crisis» noodzakelijk. Als er een melding wordt gedaan bij de crisisdienst door de huisarts dan zal de triagist beoordelen (triagewijzer ggz) of er sprake is van een vermoeden van een acute psychiatrische situatie en hoe snel de beoordeling plaats dient te vinden. De beoordeling door de psychiater en het gesprek met de patiënt leiden grofweg (op basis van de eerdergenoemde kwaliteitstandaard) tot drie mogelijkheden:

1. De persoon heeft acute psychiatrische problematiek, maar opname is niet noodzakelijk of gewenst (er is bijvoorbeeld een veilige thuissituatie die steun biedt). In afstemming met de cliënt wordt intensieve thuisbehandeling geboden, zodat opname voorkomen kan worden;
2. De persoon heeft ernstige acute psychiatrische problematiek, waarbij er sprake is van een (dreigend) gevaar voor zichzelf of voor anderen. Opname kan dan geïndiceerd zijn, meestal in het kader van de Wvvgg;
3. Er is geen sprake van acute psychiatrische problematiek en met de persoon wordt besproken hoe hij/zij extra ondersteuning vanuit de lopende behandeling kan krijgen, meestal het FACT-team<sup>2</sup>. Deze persoon of zijn familie kan de problematiek natuurlijk zelf (anders) ervaren en wegen en van oordeel zijn in een acute crisis te verkeren. Het kan zijn dat de psychiater van het FACT-team een opname op korte termijn wel wenselijk vindt en de cliënt of zijn familie daar ook om vraagt, maar dat er geen sprake is van een acute situatie. Deze cliënten worden op korte termijn opgenomen om verergering van de situatie te voorkomen. Als opname niet direct mogelijk is wordt ter overbrugging extra behandeling thuis geboden.

---

<sup>2</sup> Flexible Assertive Community Treatment (FACT).

In 2019 waren er 56.900 beoordelingen bij de crisisdiensten in de 28 regio's. Er was toen sprake van een gemiddeld opnamepercentage van 20%.

De Nederlandse ggz heeft met het oog op de vraag naar de capaciteit van de opnameplekken in de ggz, navraag onder de 28 crisisdiensten gedaan over de situaties 2 en 3.

#### Acute psychische problematiek

Met betrekking tot de situatie waarbij sprake kan zijn van gedwongen opnamen begrijp ik dat ongeveer tweederde van de crisisdiensten aangegeven heeft dat er geen tekort is aan opnameplaatsen voor deze cliënten. De cliënten worden direct opgenomen in een ggz-organisatie die in veel gevallen gelieerd is aan de crisisdienst. Een beperkt aantal crisisdiensten heeft aangegeven dat zij in de afgelopen drie maanden vier of vijf patiënten tijdelijk heeft geplaatst bij een andere ggz-instelling. In een enkele regio is aangegeven dat een cliënt soms op de beoordelingslocatie moet wachten tot opname in hun eigen organisatie of bij een andere ggz-instelling mogelijk is. In alle regio's ervaart men druk op de opnamebedden, maar elke cliënt met acute psychiatrie wordt opgenomen. In geen enkele regio worden cliënten in een situatie die opname vergt naar huis gestuurd.

#### Niet acute psychiatrische problematiek, tijdelijke opname wel wenselijk

Personen met psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld met een zorgmachtiging) kunnen in een bepaalde periode het extra moeilijk hebben en de behandelaar en zijzelf kunnen dan in het kader van hun herstel een tijdelijke opname wenselijk vinden om een eventuele verergering van de situatie te voorkomen. Ongeveer eenderde van de regio's heeft aangegeven dat deze personen/cliënten direct opgenomen kunnen worden. In het merendeel van de andere regio's geeft men aan dat er soms een beperkt aantal (gemiddeld 4) (niet-acute) cliënten per maand in aanmerking komt voor een opname, waarbij er dan een wachttijd is van gemiddeld 1–2 weken. In twee regio's is er sprake van een groter aantal cliënten (ongeveer 10–15 per maand) en daardoor kan er sprake zijn van een iets langere wachttijd (gemiddeld 2 weken). De periode tot opname wordt altijd overbrugd door intensieve behandeling thuis en/of extra inzet van het FACT-team om verergering van de situatie te voorkomen.

#### *NZa*

Zoals ik onder meer in eerdergenoemde brief van 24 februari 2021 heb aangegeven monitort de NZa sinds de coronacrisis wekelijks het aantal verwijzingen naar de ggz. Tijdens de eerste coronagolf lag het aantal verwijzingen lager dan in de vergelijkbare periode 2019, daarna lag het aantal verwijzingen op een vergelijkbaar niveau en in de laatste weken ligt het aantal verwijzingen op een iets hoger niveau ([https://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_307165\\_22/1/#a3e731f6-8874-4222-9d31-8ee30b9d22dd](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_307165_22/1/#a3e731f6-8874-4222-9d31-8ee30b9d22dd)). Op dit moment inventariseert de NZa welke afspraken (en aantal bedden in de specialistische ggz ten behoeve van acute situaties) tussen de zorgverzekeraars en de ggz voor 2021 zijn gemaakt over de acute ggz. De NZa geeft aan vooralsnog geen aanleiding te hebben om te vermoeden dat het hier knelt. Ik verwacht uw Kamer hierover binnenkort verder te kunnen informeren.

*IGJ*

De IGJ heeft in januari jl. een telefonische inventarisatie uitgevoerd onder de grote ggz-instellingen. Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat de situatie wisselend was per instelling. Bij het merendeel van de ggz instellingen hoefde de reguliere zorg en dagbesteding onder de huidige omstandigheden niet afgeschaald te worden. Eén instelling heeft de IGJ laten weten dat de minder urgente zorg werd afgeschaald om urgente zorg overeind te kunnen houden. Een andere instelling heeft de IGJ laten weten dat de ambulante aanmeldingen fors teruggelopen waren, maar ook de crisisaanmeldingen toenamen

(Beeld+IGJ+na+contacten+met+GGZ-instellingen+-+januari+2021 (3).pdf.).

*Tot slot*

Zoals ik in deze reactie uiteen gezet heb, lukt het de crisisdiensten doorgaans goed om voor die mensen die acuut een opname in de specialistische ggz nodig hebben, een plek te vinden. Iedereen die op basis van triage acuut een opnameplek nodig heeft, wordt opgenomen. Voor wat betreft mensen waarvoor tijdelijke opname wenselijk is, maar die geen indicatie hebben om acuut te worden opgenomen, is er in veel gevallen ook direct een plek beschikbaar. Als dit niet het geval is, is het mogelijk dat mensen gemiddeld twee weken moeten wachten. In deze periode wordt ter overbrugging zorgintensieve behandeling en begeleiding thuis geboden.

De NZa en de IGJ onderschrijven deze conclusie.

Op basis van de feiten en inzichten die het veld en de toezichthouders hebben opgeleverd, concludeer ik dat er voor de acute ggz voor volwassenen op dit moment geen aanvullende actie aangewezen is.

Inmiddels hebben enkele fracties mij een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd naar aanleiding van mijn eerdere reactie van 24 februari 2021 op de motie Klaver.

Ik verwacht uw Kamer hierover nog deze maand te informeren.

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