

Vergaderjaar 2012–2013

**25 424**

## **Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 225**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 augustus 2013

Hierbij bied ik u aan de Trendrapportages GGZ 2012 en GGZ in tabellen 2011 die op verzoek van het ministerie van VWS door het Trimbos Instituut zijn opgesteld<sup>1</sup>.

De Trendrapportage GGZ 2012 bestaat uit drie verschillende delen en brengt ontwikkelingen en trends in de geestelijke gezondheidszorg in beeld en analyseert deze ontwikkelingen. De drie vaste onderdelen van de Trendrapportage GGZ zijn:

- 1 Organisatie, structuur en financiering (onderwerp voor 2012: ambulantisering);
- 2 Toegang en zorggebruik (onderwerpen voor 2012: «GGZ in de eerste lijn. De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog» en «Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik»);
- 3 Kwaliteit en effectiviteit (onderwerpen voor 2012: «Naar transparante kwaliteitsinformatie» en «Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg. Resultaten van een verkennend onderzoek»);

In 2012 zijn dus in totaal vijf deelrapporten verschenen. Hieronder wordt een korte schets gegeven van de inhoud van elk van bovenstaande deelrapporten.

#### **Trendrapportage GGZ 2012**

##### ***Deelrapport 1. Ambulantisering***

Partijen in de GGZ hebben in het bestuurlijk akkoord 2013–2014 afgesproken om een derde van de intramurale GGZ-plaatsen (peiljaar 2008) af te bouwen en om te zetten in ambulante zorg. Kerngedachte in het rapport is dat ambulantisering geen doel op zich is, maar een middel

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

tot «sociale inclusie» van mensen met psychische aandoeningen. Een van de conclusies van het rapport is dat een breed gedragen transitieplan kan helpen om de ambities voor de komende jaren waar te maken en de bijbehorende uitdagingen het hoofd te bieden.

### ***Deelrapport 2A: GGZ in de eerste lijn. De rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog***

Het versterken van de GGZ in de eerste lijn staat al ruim een decennium op de agenda van de overheid. De overheid en partijen in de GGZ hebben, in het bestuurlijk akkoord 2013–2014, afgesproken toe te werken naar een sterke huisartsenzorg en generalistische basis-GGZ, zodat deze echelons een aanzienlijk deel van de patiënten gaan overnemen die nu in de tweedelijns-GGZ worden geholpen. In rapportage 2A wordt gekeken naar de hulp die twee belangrijke zorgverleners in de eerste lijn bieden: de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Sommige bevindingen geven aan dat de GGZ in de eerste lijn sterker is geworden in de afgelopen jaren, andere bevindingen wijzen op ruimte voor verdere verbetering.

### ***Deelrapport 2B: Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik***

De overheid en partijen in de GGZ streven ernaar om de zorg voor mensen met psychische problemen meer in te richten volgens de principes van stepped care en matched care. Rapportage 2B presenteert recente gegevens over de relatie tussen de ernst van psychische problematiek en de aard en intensiteit van zorggebruik. Het blijkt onder meer dat relatief veel mensen met psychische problemen die niet ernstig genoeg zijn om te kunnen spreken van een psychische stoornis, in behandeling zijn in de GGZ, terwijl veel ernstige gevallen dit niet zijn.

### ***Deelrapport 3A: Naar transparante kwaliteitsinformatie***

Deze rapportage gaat in op het streven om transparante informatie te verkrijgen over de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg in de GGZ. Er wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen rond twee methoden die gericht zijn op het verkrijgen van kwaliteitsinformatie: Prestatie-indicatoren en Routine Outcome Monitoring (ROM). Ook de recente koppeling tussen beide methoden komt aan bod. Uit het rapport blijkt dat er in de afgelopen jaren verscheidene positieve stappen gezet zijn, maar dat er nog een weg te gaan is om de ambitie van transparante kwaliteitsinformatie daadwerkelijk te realiseren.

### ***Deelrapport 3B: Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg. Resultaten van een verkennend onderzoek***

In het kader van het streven naar een sterke GGZ in de eerste lijn – en de afspraken daarover in het bestuurlijk akkoord 2013–2014 – is het belangrijk om zicht te hebben op de kwaliteit van de verleende zorg in de huisartsenpraktijk, en hoe deze verder verbeterd zou kunnen worden. In rapportage 3B wordt verkend hoe de werkelijke depressiezorg in de huisartsenpraktijk zich verhoudt tot de wenselijke zorg zoals beschreven in de eerste versie van de Zorgstandaard Depressie, en op de beïnvloedende factoren. Het blijkt dat er op een aantal gebieden een kloof bestaat tussen werkelijke en wenselijke zorg. Een aantal onderdelen van depressiezorg die de concept Zorgstandaard Depressie aanbeveelt lijkt minder vaak toegepast te worden, b.v.: huisartsen hanteren een eenvoudiger ernstindeling van depressie; zelfmanagement interventies, e-health interventies en Problem Solving Treatment worden weinig aangeboden in de huisartsenpraktijk; de huisartsen maken doorgaans geen gebruik van een instrument bij het

vaststellen en het monitoren van de ernst van depressieve klachten; terugvalpreventie en zorg voor chronische depressie bestaat in de huisartsenpraktijken voornamelijk uit continuering van medicatie en laagfrequente contacten. Aan een aantal randvoorwaarden voor ketenzorg bij depressie wordt ook niet voldaan, b.v.: sommige huisartsen voeren weinig tot geen overleg met eerstelijns- GGZ-hulpverleners; bij sommige huisartsen is er geen sprake van structurele samenwerking met tweedelijns-GGZ -instellingen en de berichtgeving vanuit de tweede lijn laat vaak te wensen over. Het onderzoek betrof een verkennende, kwalitatieve studie onder een relatief kleine onderzoekspopulatie (zes huisartsen en 22 andere zorgverleners). De vraag is dus in hoeverre deze bevindingen representatief zijn voor de rest van de Nederlandse huisartsenpraktijk. Vervolgonderzoek kan hier uitsluitsel over geven.

### **GGZ in tabellen 2011**

GGZ in tabellen 2011 is een naslagwerk waarin de belangrijkste cijfers over verschillende aspecten van de geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) zijn gebundeld. De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- het vóórkomen van psychische stoornissen;
- toegang en zorggebruik;
- zorgaanbod: capaciteit en productie
- kosten en financiering
- personeel

### **De Trendrapportage GGZ 2012 in relatie tot het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 en het onderhandelaarsresultaat ggz 2014–2017**

Met de Trendrapportage GGZ 2012 beschrijft het Trimbos Instituut een aantal strategisch, belangrijke ontwikkelingen in de huidige GGZ: ambulantisering, eerstelijns GGZ, relatie tussen ernst van een psychische aandoening en de mate van zorggebruik en transparante kwaliteitsinformatie. Het belang van deze ontwikkelingen voor de GGZ-sector blijkt uit het feit dat deze thema's in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 en in het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 zijn opgenomen en tot vergaande, concrete, strategische afspraken met alle relevante veldpartijen hebben geleid. Het gaat hier met andere woorden om lopend beleid voor nu en de toekomst.

Wat betreft het thema ambulantisering kunnen we concluderen dat de Trendrapportage GGZ 2012, het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 en het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 voor een groot deel goed op elkaar aansluiten. De afbouw van de intramurale bedden capaciteit wordt in alle gevallen gezien als een belangrijke voorwaarde voor ambulantisering. De aanbeveling van het Trimbos Instituut rondom het opstellen van een interdepartementale visie op sociale inclusie deel ik niet. Dit punt is tijdens het Algemeen Overleg van 5 juni 2013 ter sprake gekomen. In mijn brief van 14 juni 2013 aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven dat, gelet op alles wat reeds in gang is gezet (bestuurlijk akkoord, hervorming langdurige zorg en nauwe interdepartementale samenwerking) een aparte interdepartementale visie op sociale inclusie naar mijn mening niet noodzakelijk is.

Ten aanzien van de eerstelijns GGZ wijst het Trimbos Instituut in de Trendrapportage GGZ 2012 op het belang van een goede ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ en de wijze waarop dit bereikt kan worden, namelijk via flexibilisering van de module POH-GGZ. Deze aanbeveling sluit goed aan op hetgeen in het bestuurlijk akkoord

toekomst GGZ 2013–2014 en in het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 afgesproken is. Verder beveelt het Trimbos Instituut aan om de recent herziene NHG-standaarden te implementeren, de effecten van beleid ingezet na 2010 te monitoren en beter zicht op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden hulp te krijgen. In het kader van het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 en in het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 komen deze onderwerpen ook aan de orde. Duidelijke afspraken zijn gemaakt met het GGZ-veld rondom het opzetten van een ambitieus kwaliteitsprogramma voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten. Tevens zijn afspraken gemaakt over het leveren van transparante beleids- en kwaliteitsinformatie (o.a. op basis van Routine Outcome Monitoring).

In het kader van de relatie tussen de ernst van een psychische aandoening en de mate van zorggebruik concludeert het Trimbos Instituut in zijn Trendrapportage GGZ 2012 dat relatief veel mensen met subklinische/ lichte psychische klachten in behandeling zijn in de GGZ, terwijl veel ernstige gevallen dit niet zijn. Op basis van deze conclusie doet het Trimbos Instituut aanbevelingen over hoe de huisartsenzorg versterkt kan worden zodat meer personen met lichte psychische problematiek in deze setting kunnen worden opgevangen in plaats van in de GGZ. Het thema van de versterking van de huisartsenzorg en de eerstelijns zorg is één van de belangrijkste onderwerpen in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 en in het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017. De daarin gemaakte afspraken (b.v. rondom de flexibilisering van de module POH-GGZ) zullen de geconstateerde lacunes opheffen.

Ten slotte vraagt het Trimbos Instituut in zijn Trendrapportage GGZ 2012 zich af of de ambities ten aanzien van transparante kwaliteitsinformatie gerealiseerd kunnen worden en zet het vraagtekens bij volledigheid, validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van aangeleverde gegevens. Het Trimbos Instituut meent dat er nog een weg te gaan is om de ambitie van transparante kwaliteitsinformatie daadwerkelijk te verwezenlijken. Met de afspraken die in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 en in het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 zijn gemaakt worden belangrijke stappen gezet op weg naar het realiseren van de ambitie.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers