

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres**

Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**

737887-134273-CZ

**Bijlage(n)**

1

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Datum 7 mei 2015  
Betreft acute GGZ

Geachte voorzitter,

In opdracht van VWS heeft onderzoeksbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) knelpunten analyse acute Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) opgeleverd. Deze rapportage dient als basis (en stimulans) voor concrete werkafspraken tussen ketenpartners<sup>1</sup> in de acute GGZ ten behoeve van een patiëntvriendelijke en effectieve acute GGZ. Bij brief van 25 februari 2015 heb ik u het rapport "Acute geestelijke gezondheidszorg knelpunten en verbetervoorstellen in de keten" van SiRM toegezonden. U ontvangt hierbij de beleidsreactie op dit rapport.

Aanleiding

Het is van groot belang dat iedereen in Nederland als dat nodig is tijdig, kwalitatief goede acute GGZ kan krijgen. Er is sprake van een acute situatie van een patiënt als direct ingrijpen (medisch) noodzakelijk is teneinde direct gevaar voor de persoon of omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis dat wil zeggen een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening of verslaving. De belangrijkste taak van een crisisdienst is 24/7 acute psychiatrische zorg bieden in bovenstaande situatie.

Het contact met een crisisdienst is voor veel mensen de eerste kennismaking met de GGZ, in een uiterst kwetsbare situatie. Het is dan ook van belang dat de acute GGZ keten vanaf het eerste contact met een verwijzer tot aan passende zorg als een vloeiende keten functioneert, niet onnodig stigmatiserend en traumatiserend werkt en aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Het terrein van de geestelijke gezondheidszorg is sterk in beweging. Mensen worden korter opgenomen en zo mogelijk ambulante behandeld. Dit proces is sinds enkele jaren op gang gebracht, vanuit de wens om de kwaliteit van zorg te verbeteren door

---

<sup>1</sup> GGZ Nederland (GGZ NL), Landelijk Platform GGZ (LPGGZ), Ambulancezorg Nederland (AZN), Politie, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (VenVN), InEen (koepel van gezondheidscentra, zorggroepen, ROS'en, eerstelijns diagnostische centra en huisartsenposten), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).

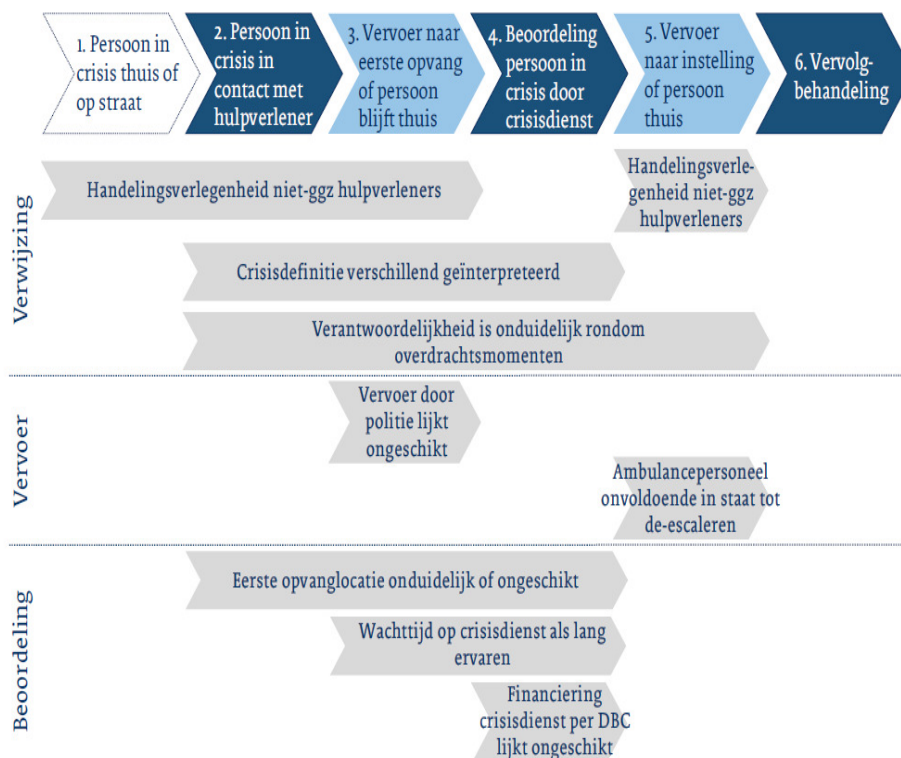
meer zorg op maat te bieden, dichterbij huis in de eigen omgeving. Dit heeft onder andere tot gevolg dat meer zorgverleners betrokken zijn bij het bieden van passende zorg, maar ook dat er meer patiëntbewegingen plaatsvinden tussen zorginstelling(en) en de thuissituatie van de patiënt. Het is daarom dan ook van groot belang dat de keten in de acute GGZ nauwgezet met elkaar samenwerkt en dat heldere verantwoordelijkheden zijn belegd, zodat wanneer zich een acute situatie voordoet, elke partij zijn rol ten behoeve van deze kwetsbare patiënt direct hierin kan oppakken.

**Kenmerk**  
737887-134273-CZ

VWS heeft in 2013 de stand van zaken in de acute GGZ-keten geïnventariseerd. Uit de interviews bleek dat partijen in de acute GGZ-keten tegen knelpunten aanlopen en er verbetering mogelijk en nodig zou zijn. Er is besloten nader onderzoek te laten uitvoeren door onderzoeksbureau SiRM.

#### Uitkomsten SiRM-rapport

Er zijn twintig knelpunten beschreven die de ketenpartners op dit moment ervaren; de knelpunten doen zich voor omtrent verwijzing van de persoon in crisis, vervoer en beoordeling van een acute GGZ-patiënt door de crisisdienst. Er zijn door de ketenpartners in totaal acht knelpunten geprioriteerd. Onderstaand schema<sup>2</sup> laat de geprioriteerde knelpunten zien en in welk deel van de keten het knelpunt zich voordoet.



Figuur 1. Knelpunten met hoogste prioriteit

<sup>2</sup>Bron: Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten, SiRM (2015)

## Figuur 1. Knelpunten met hoogste prioriteit

Uit het onderzoek blijkt dat ketenpartners het weliswaar eens zijn over de thema's/knelpunten, maar zich niet in alle gevallen kunnen vinden in de formulering van het knelpunt. Met het oog hierop is het van belang om de knelpunten te objectiveren in de zin van helder vastleggen van rollen en verantwoordelijkheden. Daarnaast is het in het kader van de objectivering van belang dat aantallen en kosten in de keten van de acute GGZ geregistreerd gaan worden. Daarmee kunnen gegevens over bijvoorbeeld wachttijden, verwijzers, de duur en kosten van het totale zorgtraject in beeld worden gebracht en geanalyseerd, ten einde te komen tot optimale patiëntenzorg. Tot slot stelt het rapport aan de orde dat er naast de (geprioriteerde) knelpunten die om een landelijke oplossing vragen, zich knelpunten voordoen die in de regio opgepakt moeten worden. Ten behoeve van het realiseren van kwaliteitsverbetering en het gericht aanpakken van knelpunten, is het van belang om goede voorbeelden breed te delen en te verspreiden.

**Kenmerk**  
737887-134273-CZ

### Reactie op rapport SiRM

Ik ben blij met het rapport en de heldere formulering van de knelpunten, de wijze van prioritering en het inzichtelijk maken van het proces in de keten. Ik zal in mijn reactie nader ingaan op de voorstellen voor verbetering die in het rapport aangereikt zijn om de knelpunten aan te pakken. Ik zal de uitvoering van de voorstellen voor verbetering nauwgezet monitoren door het organiseren van frequente netwerkbijsamelingen met de betrokken partijen. De in deze brief genoemde maatregelen (zie bijlage 1 voor een overzicht) dragen bij aan tijdige, kwalitatief goede acute GGZ. Ter toelichting wil ik duidelijk stellen dat naast de zorgvraag rond acute GGZ ook de problematiek van de verwarde personen op straat speelt. Bij de laatste groep hoeft niet per definitie sprake te zijn van acute zorg. Onder verwarde personen op straat wordt een bredere groep mensen geduid dan alleen psychiatrische patiënten. Onder deze groep bevinden zich ook veel oudere dementerenden, mensen met een geestelijke beperking en mensen met verslavingsproblematiek. Samen met de minister van V&J en zal ik u op korte termijn informeren over de wijze waarop de ketenpartners in de GGZ de groep verwarde personen tegemoet treden en welke aanpak wordt gekozen. Verbetering van de acute GGZ is nodig om mensen die verward zijn en acute GGZ nodig hebben snel en adequaat te kunnen behandelen en zo nodig op te vangen.

Allereerst zal ik stilstaan bij de ontwikkeling en aandachtspunten van een multidisciplinaire zorgstandaard voor de acute GGZ, vervolgens zal ik aandacht besteden aan de noodzaak van het objectiveren en registreren, de bekostiging, de landelijke versus de regionale aanpak en het knelpunt handelingsverlegenheid.

### **A. Ontwikkeling multidisciplinaire zorgstandaard**

Er is op dit moment geen landelijke multidisciplinaire zorgstandaard voor de keten van de acute GGZ met bijbehorende kwaliteitsindicatoren en normen. Een aantal van de knelpunten kan aangepakt worden met behulp van een dergelijke multidisciplinaire zorgstandaard. In het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ worden zorgstandaarden voor de GGZ ontwikkeld. GGZ Nederland en V&VN hebben aangeboden om namens de partijen een aanvraag in te dienen bij dit netwerk om een zorgstandaard voor de keten acute GGZ te ontwikkelen met het oog op de registratie van de zorgstandaard bij het Kwaliteitsinstituut. Ik verwacht dat deze zorgstandaard eind 2016 beschikbaar moet kunnen zijn. Dit neemt niet weg dat men al met tussentijdse resultaten op deelonderwerpen aan de slag kan in de praktijk. Gelet op de uitkomsten van het rapport van het onderzoeksbureau

SiRM is het van belang dat de volgende punten deel uit maken van de zorgstandaard voor acute GGZ:

**Kenmerk**  
737887-134273-CZ

- ✓Crisisdefinitie: hoewel er een eenduidige definitie beschikbaar is ten aanzien van wat een crisis in de acute GGZ is, lijkt het of verwijzers en crisisdiensten deze verschillend interpreteren. Personen die op basis van heldere indicatie criteria acute geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, zullen tijdig en zonder ongewenste drempels toegang tot passende zorgverlening moeten krijgen. Het is van belang dat deze zorg voor patiënten die deze zorg nodig hebben tijdig, bereikbaar en beschikbaar is. De partijen die deel uitmaken van de keten Acute GGZ zullen in het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ inbrengen dat er in de zorgstandaard een eenduidige definitie van een acute GGZ-crisis vastgelegd wordt.
- ✓Verantwoordelijkheid overdrachtmomenten: Een aantal partijen geeft aan dat het rondom overdrachtmomenten onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor de acute GGZ-patiënt. De meeste specifieke knelpunten die hieromtrent genoemd zijn, doen zich voor in de wachttijd tot beoordeling door de crisisdienst. In de zorgstandaard zullen daarom afspraken worden vastgelegd over een heldere verantwoordelijkheidsverdeling.
- ✓Vervoer door politie: vervoer door politie is ongeschikt voor acute GGZ-patiënten: het kan onnodig stigmatiserend werken en is meestal niet in het belang van de patiënt. Er is een aantal knelpunten geprioriteerd dat te maken heeft met (doelmatig) vervoer van patiënten. Op grond van de Tijdelijke Wet Ambulance Zorg is de directeur van de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) verantwoordelijk voor het vervoer van patiënten met acute psychiatrische problematiek waarvoor medische/verpleegkundige begeleiding tijdens vervoer geïndiceerd is. GGZ Nederland en AZN hebben het voortouw genomen om een specifiek 'Kwaliteitskader vervoer in de acute GGZ' te ontwikkelen. Ik verwacht voor de zomer 2015 een door de koepelorganisaties GGZ Nederland, AZN, LPGGZ en Politie gedragen kwaliteitskader vervoer in de acute GGZ. De implementatie van dit kader dient door deze partijen, in overleg met verzekeraars, hierna plaats te vinden. Het Kwaliteitskader vervoer in de acute GGZ zal worden opgenomen in de zorgstandaard.
- ✓Eerste opvang: Politie en AZN geven aan dat de eerste opvanglocatie voor een persoon in crisis vaak onduidelijk of ongeschikt is. In sommige regio's hebben GGZ-instellingen een eerste opvanglocatie beschikbaar, waar de politie of ambulance de persoon in crisis direct naar toe kan brengen. In gemeentes waar deze eerste opvanglocatie niet beschikbaar is, plaatst de politie de patiënt soms noodgedwongen in een politiecel. GGZ Nederland, AZN, politie maar ook de LPGGZ geven aan een politiecel geen geschikte locatie te vinden voor de eerste opvang van een GGZ-patiënt. Echter, in veel gemeentes in het land komen personen in crisis nog in een politiecel terecht. Van de acuut verwarde personen die de politie naar zorg probeert toe te leiden, zit 70% nog tijdelijk op het politiebureau. Dit kan zijn in een opvangkamer, maar is veelal een politiecel. Politie en GGZ Nederland hebben eind 2011 een landelijk convenant afgesloten. Daarin is overeengekomen dat verwarde personen niet langer in een politiecel terecht komen indien zij geen strafbaar feit hebben gepleegd. Partijen onderkennen de trage ontwikkelingen. Om genoemde wens, geen zieke mensen in een politiecel, te ondersteunen wordt de door politie en

GGZ Nederland gemaakte afspraak nader uitgewerkt in een aanpak voor de gesignaleerde knelpunten. Daarnaast zal het landelijke convenant tussen Politie en GGZ Nederland in 2015 worden herzien. De voorwaarden waaraan een eerste opvanglocatie moet voldoen, zullen ook een plek krijgen in de zorgstandaard.

**Kenmerk**  
737887-134273-CZ

- ✓ **Wachttijd op crisisdienst:** De wachttijd op de komst van de crisisdienst wordt als te lang ervaren. Daarnaast vinden partijen de bestaande norm van 80% fysieke aanwezigheid van de crisisdienst binnen 2 uur te ruim voor hoog urgente patiënten. Crisisdiensten geven aan dat zij meer zouden moeten werken met triage criteria en urgentiegraden, waarbij de maximale wachttijd gerelateerd wordt aan de urgentiegraad. Er zijn crisisdiensten die op dit moment al met dergelijke gedifferentieerde criteria werken. De partijen in het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ zullen in de zorgstandaard een gedifferentieerde norm voor bepaalde spoedgevallen ontwikkelen met een daarbij passende gezamenlijke triage standaard voor acute GGZ. Ook de telefonische responstijd van de crisisdienst wordt als lang ervaren. Ook hiervoor zullen de partijen een norm gaan vast stellen en duidelijk maken welk crisisdienstnummer er in de regio gebeld kan worden. Ik verwacht van de crisisdiensten dat, nadat de gedifferentieerde normen en gezamenlijke triage standaard ontwikkeld zijn, ingezet wordt op het behalen van deze normen.

## **B. Objectiveren en registreren**

Het registreren en analyseren van aantallen en kosten in de keten, kan helpen om partijen voor bepaalde knelpunten op één lijn te krijgen en de kwaliteit van zorg systematisch te verbeteren. Als eerste stap zal ik GGZ Nederland vragen om in samenwerking met (de hoofden van) de crisisdiensten de reeds beschikbare data die kunnen bijdragen aan het inzicht en het verbeteren van de kwaliteit van zorg periodiek (jaarlijks) beschikbaar te stellen ten behoeve van patiënten, aanbieders en zorgverzekeraars. Op basis van geaggregeerde gegevens van de crisisdiensten en verwijzers kunnen aantallen crisiscontacten geanalyseerd worden, naar verwijzer en naar soort behandeling. Door uiteindelijk de resultaten van crisisdiensten met elkaar te vergelijken, bijvoorbeeld in een benchmark, kan meer zicht worden gekregen op de (mogelijke) verschillen in patiëntpopulatie en kunnen de o.a. wachttijden geanalyseerd worden. Daarmee biedt een benchmark aanknopingspunten om continue verbetering van de keten te realiseren. Met het transparanter maken van de zorg wordt het mogelijk voor zorgverzekeraars om verdere afspraken te maken.

## **C. Bekostiging**

Zorgverzekeraars financieren crisisdiensten op basis van het aantal crisis Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) die de zorgaanbieder declareert. Het tarief voor een crisis-DBC bevat een bedrag dat de extra kosten voor de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst en de salaristoelagen voor het werk van behandelaar buiten kantooruren vergoedt<sup>3</sup>. Het tarief van deze verrichting maakt geen onderscheid tussen geleverde crisiszorg binnen of buiten kantooruren; er is sprake van een en het zelfde tarief. Ik zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nog dit jaar verzoeken om richting 2017 over het knelpunt met betrekking tot de

---

<sup>3</sup> Wordt nu gefinancierd door het registreren van een verrichting 'beschikbaarheidscomponent voor een 24-uurs crisisdienst'. De verrichting 'Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg' mag maar één keer per crisis-DBC geregistreerd worden.

beschikbaarheidsvergoeding, te adviseren. Zodra de zorgstandaard opgeleverd is zal ik de NZa vragen te evalueren of de bestaande bekostiging(systematiek) aansluit bij de beoogde keten van acute GGZ.

**Kenmerk**  
737887-134273-CZ

Daarnaast zal ik de NZa vragen in de periodieke herijking van de tarieven per 1 januari 2017 ook het tarief voor een crisis-DBC te herijken. Hierbij worden de tarieven gebaseerd op het gemiddelde van de daadwerkelijk gemaakte kosten uit een recent afgesloten boekjaar. De NZa heeft aangegeven graag in gesprek te gaan met de aanbieders over de beschikbare data waaruit blijkt dat er aanbieders zijn die veel crisis-DBC's declareren in relatie tot de totale GGZ omzet en aanbieders met een klein aantal crisis-DBC's.

#### **D. Landelijke versus regionale aanpak**

De geprioriteerde knelpunten vergen een landelijk kader en implementatie op lokaal niveau. Daarnaast is ook regionale aandacht voor verbetering in de keten nodig, met name voor die knelpunten die zich regionaal voordoen en per regio kunnen verschillen in urgentiegraad, oplossingsrichtingen en op welke manier partijen aan de oplossing kunnen werken. De organisatie van de keten is per regio anders: in sommige regio's is één crisisdienst verantwoordelijk voor de acute GGZ, in andere regio's hebben verschillende instellingen afspraken gemaakt over crisiszorg. Het is van belang dat knelpunten die regiospecifiek zijn, in bijvoorbeeld het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) worden besproken, waarbij het dan wel noodzakelijk is dat ook de politie bij dit overleg betrokken is.

Bij het werken aan oplossingen is het van belang om de beschikbare goede voorbeelden te delen, nader te onderzoeken en gezamenlijk te evalueren. Zo zouden het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de ROAZ'en goede voorbeelden kunnen inventariseren, delen en hierover terugkoppelen aan de ketenpartners Acute GGZ. Ik ga hierover in overleg met het LNAZ.

Daarnaast is het van cruciaal belang dat partijen gerichte aandacht besteden aan het communiceren van de afspraken die op nationaal of regionaal niveau gemaakt worden, richting de instellingen /zorgverleners die acute GGZ verlenen. Om dit te waarborgen zal door de partijen een communicatie- en implementatieplan opgesteld worden dat aansluit bij de inhoud van en stappen in de zorgstandaard.

#### **E. Handelingsverlegenheid**

Handelingsverlegenheid kan een gevolg zijn van een gebrek aan kennis en vaardigheden en/of stigmatisering van psychiatrische patiënten. Het merendeel van de partijen geeft aan dat er sprake kan zijn van handelingsverlegenheid, deze doet zich vooral voor bij niet-GGZ hulpverleners (politie). De acute GGZ is echter ook voor ambulancepersoneel, de huisartsenposten, de huisarts, triagisten en de spoedeisende hulp(artsen) onbekender terrein. Handelingsverlegenheid kan zich met name voordoen gedurende de wachttijd op de crisisdienst. Daarbij speelt de duur van de wachttijd maar ook de beschikbaarheid/ontbreken van een gepaste opvangmogelijkheid een belangrijke rol. De ontwikkeling en naleving van de zorgstandaard (door het werken met triagecriteria) kan op termijn een bijdrage leveren aan het terugdringen van dit knelpunt. Op dit moment zijn er al goede voorbeelden beschikbaar om mogelijke handelingsverlegenheid terug te dringen. Deze voorbeelden kunnen breder en beter verspreid worden. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het gebruik van een crisiskaart. Ook bestaan er verschillende cursussen en scholingsmogelijkheden voor hulpverleners die beogen een beter begrip en benadering van een GGZ-patiënt te creëren.

Ik wil de partijen vragen dit knelpunt op te pakken door bij- en nascholing gericht op het wegnemen van handelingsverlegenheid te intensiveren. Het betrekken van ervaringsdeskundigen maar ook aandacht voor de rol van familie en/of naasten, acht ik in het kader van de bij- en nascholing van wezenlijk belang.

**Kenmerk**  
737887-134273-CZ

**Tot slot**

Het is van groot belang dat iedereen in Nederland als dat nodig is tijdig, kwalitatief goede acute GGZ kan krijgen. Ik verwacht dat bovenstaande knelpunten volgens de daarbij horende werkafspraken worden opgepakt door alle partijen in de keten van de acute GGZ. Het contact met een crisisdienst is voor veel mensen de eerste kennismaking met de GGZ, in een uiterst kwetsbare situatie. Het is dan ook van belang dat de acute GGZ keten vanaf het eerste contact met een verwijzer tot aan passende zorg als een vloeiende keten functioneert, niet onnodig stigmatiserend en traumatiserend werkt en aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. De problematiek van de crisis GGZ raakt die van de verwarde mensen op straat. Gedeeltelijk vindt overlapping plaats en verbetering van de crisis GGZ, de samenwerking en afnemende handelingsverlegenheid zal ook een positief effect hebben op de opvang van en de omgang met het toenemend aantal verwarde mensen op straat.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers