

Vergaderjaar 2000–2001

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

27 401

Zorgnota 2001

Nr. 33

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juni 2001

Inleiding

Bij brief van 18 april 2001, GVM/2174477 zond ik u de Rapportage landelijke inventarisatie wachtlijsten ggz. Deze Rapportage bevat de resultaten van het sectorbrede onderzoek naar de wachtlijsten en wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg, dat als onderdeel van het Plan van Aanpak wachtlijsten ggz per 1 januari 2001 is uitgevoerd onder auspiciën van de Taskforce Aanpak wachtlijsten AWBZ. De resultaten van dat onderzoek zijn nader bekeken; die analyse bied ik u hierbij aan overeenkomstig mijn toezegging in eerdergenoemde brief.¹ In deze brief ga ik kort in op de belangrijkste punten uit de analyse. Daarnaast besteed ik aandacht aan de verdere uitvoering van het Plan van Aanpak wachtlijsten ggz, mede in relatie tot de motie Arib/Hermann over de behoefte aan een sluitende keten van 24-uursopvang voor dak- en thuislozen en psychiatrische patiënten².

Wachtlijsten en wachttijden in de ggz

Over het aantal wachtenden en de wachttijden in de gespecialiseerde ggz was tot voor kort weinig bekend. Dat is veranderd met de wachtlijst-inventarisatie en -opschoning. Enkele kerngegevens uit de Rapportage: op 1 januari 2001 bedroeg het aantal wachtenden in de gespecialiseerde ggz zo'n 72 000. Daarvan wacht ruim 27% (19 700) op een intake-gesprek, 35% (25 100) op afronding van de indicatiestelling of zorgtoewijzing en 38% (27 200) op de aanvang van de behandeling. Van deze laatste groep wacht 78% (21 900) op extramurale hulp, 5% (1 200) op semi-murale zorg, 12% (2 600) op een intramurale plaats en 5% (1 500) op een vorm van beschermd wonen.

De resultaten van de wachtlijstinventarisatie zijn in een kwalitatieve analyse vanuit verschillende invalshoeken bekeken.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Kamerstukken II, 2000/2001, 27 401, nr. 15.

Meer in het algemeen blijkt uit die analyse dat de wachtlijstproblematiek in de ggz complex van aard is. De hulpvragen in de gespecialiseerde ggz zijn zeer verschillend van aard en intensiteit. Het hulpaanbod weerspiegelt dat: er is een grote differentiatie in zorgvormen en een breed scala aan (specialistische) voorzieningen. Zo is de zorg inhoudelijk georganiseerd naar 5 circuits: de kinder- en jeugd-ggz, de volwassenenzorg, de ouderenpsychiatrie, de verslavingszorg en de forensische psychiatrie. Binnen die circuits bestaat het aanbod uit een zorgketen van extramurale, semi-murale en intramurale zorg alsmede beschermd wonen. Naast het meer reguliere zorgaanbod zijn er ook specialistische of categoriale zorgvormen, soms met een bovenregionaal of landelijk werkgebied. Bij een dergelijke gedifferentieerd zorgaanbod en complexe organisatie ontstaat eerder het risico van het niet of onvoldoende aansluiten van vraag en aanbod. Een gedeelte van de wachtlijstproblematiek is op deze factor terug te voeren. De zorgketen is niet altijd sluitend en de overgang naar andere zorgvormen loopt soms stroef en geeft fricties. Een ander probleem is dat een deel van de huidige ggz-patiënten door gebrekkige doorstroming en capaciteitsproblemen in enkele sectoren een «verkeerd» bed of plaats bezet houdt. Dat doet zich met name voor in de psychiatrische ziekenhuizen: zo'n 575 personen wachten in een apz op de overgang naar een vorm van beschermd wonen.

Uit de analyse kwamen verder de volgende specifieke punten naar voren.

- De wachtduur blijkt in het algemeen lang. Zo overschrijdt – naar verwachting – bij minimaal 65% van de wachtenden de wachtduur de door het veld geformuleerde streefnormen, de zgn. Treeknormen. Er wordt vooral lang gewacht in de kinder- en jeugd ggz en op vormen voor beschermd wonen.
- Het aantal wachtenden op extramurale zorg is veruit het grootst.
- Tussen de diverse regio's in Nederland bestaan grote verschillen; de wachtlijsten en wachttijden variëren sterk per regio en per zorgsoort. Er zijn daarin geen algemene patronen of tendensen te onderkennen; dit onderbouwt de gekozen regionale aanpak via zorgkantoren en aanbieders.
- Een aantal wachtenden op behandeling (zo'n 25%) blijkt gedurende de wachttijd al of ook een andere vorm van ggz-zorg te ontvangen. Dit blijkt het meest voor te komen bij de personen die wachten op intramurale opname of een vorm van beschermd wonen.

De wachtlijstproblematiek laat zich op landelijk niveau het best als volgt verbeelden: een lange rij wachtenden vóór het gebouwencomplex van de ggz met een redelijke doorstroming; binnen dat gebouwencomplex veel, vaak kortere, maar soms hardnekkige wachtrijen voor allerlei tussendeuren en zelfs voor de achterdeur.

Duidelijk is dat de wachtlijstproblematiek in de ggz zich niet van vandaag op morgen laat oplossen. Daarvoor is tijd nodig en een gerichte aanpak.

De cijfers uit de rapportage en de resultaten van de analyse bevestigen de juistheid van de eerder gekozen zwaartepunten in het wachtlijstbeleid. Die speerpunten zijn: de extramurale zorg, het beschermd wonen, de kinder- en jeugd-ggz.

Via de eerste twee zwaartepunten wordt de wachtlijstproblematiek van twee kanten aangepakt, zowel aan de voorkant als de achterkant van de zorgketen. De kinder- en jeugd ggz heeft prioriteit omdat de wachtlijstdruk hier relatief hoog is en lang wachten leidt tot onnodige verergering van de problematiek.

Ander speerpunt van beleid is de crisisopvang en de crisisinterventie. Op dit onderdeel blijken zich soms ook spanningen voor te doen tussen vraag en aanbod. Dit leidt met name bij crisisopnames tot plaatsingen (ver)

buiten de regio wegens gebrek aan specifieke opnamecapaciteit binnen de eigen regio.

Uitvoering Plan van Aanpak wachtlijsten ggz.

Centrale doelstelling van het Plan van Aanpak wachtlijsten ggz is niet alleen inzicht krijgen in de werkelijke wachtlijsten en wachttijden, maar vooral ook het terugdringen van de wachtlijsten en wachttijden in de ggz. Die tweede doelstellingen krijgt binnen door de overheid gestelde kaders en voorwaarden vooral op regionaal niveau vorm. Zorgkantoren stellen samen met de aanbieders en afgestemd met de cliëntenorganisaties regionale wachtlijstplannen op, waarin concreet wordt aangegeven hoe de wachtlijsten en de wachttijden worden aangepakt en wat daarvoor nodig is. Deze plannen dienen integraal, realistisch en realiseerbaar te zijn en aan te sluiten op de regionale mogelijkheden en kenmerken. Van belang daarbij zijn onder meer factoren als de regionale arbeidsmarkt-situatie, de omvang en de opbouw van de bevolking en de aard, de opbouw en de omvang van het regionale zorgaanbod en het feitelijk zorggebruik.

Voor de ggz is het werken met dergelijke wachtlijstplannen nieuw, zowel voor de zorgkantoren, als voor de aanbieders. Dit voorjaar zijn dergelijke plannen voor het eerst door de zorgkantoren opgesteld; deze droegen soms nog een voorlopig karakter met nadruk op de korte termijn. Deze plannen zijn op landelijk niveau marginaal getoetst aan de landelijke beleidskaders; ze kunnen binnen de beschikbare financiële kaders en onder voorwaarden van transparantie en doelmatigheid tot uitvoering worden gebracht.

Voor 2001 is voor de realisatie van de wachtlijstplannen als eerste tranche een bedrag van f 82,5 mln. structureel ter beschikking gesteld. In mei 2001 is daar in het kader van de voorjaarsbrief bij wijze van tweede tranche een bedrag van f 90 mln. aan toegevoegd. Daarnaast is f 10 mln. beschikbaar voor versterking van PGB in de ggz.

Over de uitvoering van die plannen en de effecten daarvan op de wachtlijsten en de wachttijden zal via de gebruikelijke wegen worden gerapporteerd.

Met de zorgkantoren is afgesproken dat de ingediende plannen tot uiterlijk 1 september 2001 kunnen worden aangevuld en uitgewerkt tot integrale wachtlijstplannen.

Zoals toegezegd in mijn reactie op de motie Arib/Hermann¹ heb ik partijen gevraagd bij het opstellen van de regionale wachtlijstplannen aandacht te besteden aan de crisisopvang en de psychiatrische thuiszorg/casemanagement. Uit de ingediende plannen blijkt dat in ruim een derde van de regio's concrete voornemens bestaan om de crisisopvang en de crisis-interventie te versterken. De voornemens in de regio Amsterdam zijn in omvang het grootst en het meest uitgewerkt.

Bijna alle ingediende werkplannen bevatten ook voorstellen rondom de versterking van de extramurale hulp. De mate van gedetailleerdheid van die voorstellen verschilt echter; niet altijd is zichtbaar welk gedeelte daarvan dient ter versterking van de ambulante sociaal-psychiatrische zorg.

Op basis van deze gegevens constateer ik dat door partijen gehoor gegeven is aan mijn verzoek. Het is nu verder aan regionale partijen om aan die plannen uitvoering te geven binnen de beschikbare kaders.

¹ Brief van 25 januari 2001, (kamerstuk II, 2000-2001, 27 401, nr. 43).

Herhaling wachtlijsttelling

De wachtlijsttelling per 1 januari 2001 heeft een ruime hoeveelheid informatie opgeleverd. Deze telling heeft echter ook zijn beperkingen. Het is een momentopname, die statische informatie oplevert. Meer dynamische gegevens kunnen daaraan niet ontleend worden. Aan dergelijke informatie over bijvoorbeeld werkelijke wachttijden, doorstroming en dergelijke bestaat echter wel degelijk behoefte.

Met landelijke partijen zijn inmiddels afspraken gemaakt over verbetering van de registraties, over uniformering van begrippen en over de tijds-
paden van invoering. Voorbereid wordt ook een AWBZ-brede Zorgregistratie. Er is dus veel in ontwikkeling. Deze registraties zullen echter niet op korte termijn volledig operationeel zijn. Daarom zal de wachtlijsttelling worden herhaald. Ik zal u te zijner tijd over de uitkomsten informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers