Gezondheidsraad
Health Council of the Netherlands

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp	: Advies *Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg*	
Uw kenmerk	: CZ-3116142	
Ons kenmerk	: -1278/VR/ts/007-C	Publicatienr. 2014/14
Bijlagen	: 3	
Datum	: 7 mei 2014	

Geachte minister,

De Gezondheidsraad ontving van u het verzoek om advies uit te brengen over de afbakening van de hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg (bijlage A). Een multidisciplinair samengestelde commissie heeft zich over uw vraag gebogen (bijlage B). In deze brief [a] bericht ik u over de bevindingen van de commissie met betrekking tot de afbakening en structuur van de hoogspecialistische GGZ, alsmede over de knelpunten in en verbetermogelijkheden voor de structuur van zorg en onderzoek. Het advies is getoetst in de Beraadsgroep Geneeskunde en in de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek.

Visie op hoogspecialistische GGZ

De commissie is van mening dat hoogspecialistische GGZ een bestaand onderdeel is van het totale zorgaanbod in de GGZ en definieert deze vorm van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als volgt:

Diagnostiek en/of behandeling[b] van complexe problematiek, ofwel ingezet als diagnostiek en/of behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet afdoende is gebleken, ofwel ingezet na inschatting van de verwijzer dat diagnostiek en/of behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet afdoende zal zijn.

[a] Over een vijftal onderwerpen zijn achtergronddocumenten beschikbaar op de website van de Gezondheidsraad.[1-5]
[b] Dit kan zowel *cure* en *care* als geïndiceerde preventie betreffen.

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

Patiënten die door de hoogspecialistische GGZ worden behandeld[a] hebben vaak:

- complexe problematiek zoals blijkt uit:
  - (1a) een hoge mate van ernst en/of comorbiditeit en/of complicaties zoals wordt vastgesteld in de eerste of tweede lijn, en/of
  - (1b) onvoldoende respons op gespecialiseerde behandeling in de tweede lijn
  - (1c) zeldzame (combinaties van) aandoeningen waarvoor de richtlijnen nog geen soelaas bieden

en/of

- problemen die complexe interventies of kennis vereisen.

Ten aanzien van hoogspecialistische GGZ komt de commissie tot de volgende conclusies:

Het werken binnen netwerken neemt in de gezondheidszorg steeds meer een vlucht. In plaats van te werken in een min of meer trapsgewijs systeem van vaste lijnen, vindt men binnen netwerken de mogelijkheid om kennis en expertise snel uit te wisselen, om specialisme in te roepen en om tot een goede balans van het zorgaanbod te komen. De hoogspecialistische functies komen volgens de commissie het best tot hun recht wanneer ze binnen dergelijke netwerken stevig in het totale zorgaanbod worden verankerd.

Kennisontwikkeling en -implementatie zijn van groot belang binnen de gehele GGZ. De hoogspecialistische GGZ neemt in dit speelveld een belangrijke positie in. Dat wil echter niet zeggen dat onderzoek en opleiding alleen in de hoogspecialistische GGZ thuis horen. Ook in de generalistische basis GGZ en in de gespecialiseerde GGZ heeft onderzoek een plek.

Het vervolg van deze brief zal bovenstaande in een kader plaatsen en uitwerken.

GGZ: een veld in beweging

De geestelijke gezondheidszorg is een veld in beweging. Er zijn vele ontwikkelingen gaande, zoals de invoer van de prestatiebekostiging, de transitie langdurige zorg, de overheveling van de jeugdGGZ naar de gemeenten en de doelstelling om het aantal bedden in de psychiatrie terug te brengen. In juni 2012 werd op uw initiatief het Bestuurlijk Akkoord Toekomst Geestelijke

[a] Voor concrete voorbeelden zij verwezen naar de achtergronddocumenten Echelonnering[2] en Specifieke groepen.[3]

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

Gezondheidszorg gesloten en ondertekend door GGZ Nederland, het Landelijk Platform GGz, Zorgverzekeraars Nederland, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten en Meer GGZ.[6-8] Dit advies wordt in dat akkoord genoemd als onderbouwing voor de voorgenomen ontwikkeling van topzorg binnen de GGZ.

Tegen deze dynamische achtergrond heeft de commissie haar advies geformuleerd door middel van onderlinge discussies, bestudering van relevante literatuur en door het voeren van gesprekken met deskundigen en betrokkenen in het veld (bijlage C).

Omschrijving hoogspecialistische GGZ

In het Bestuurlijk Akkoord wordt nadrukkelijk de verbinding gezocht met de somatische gezondheidszorg. De commissie heeft in haar beraadslagingen ook steeds getracht deze verbinding te zoeken.

De commissie constateert dat er in de GGZ, net als in de somatische gezondheidszorg, patiënten zijn die dusdanig ingewikkelde, zeldzame of moeilijk behandelbare klachten hebben dat er een beroep gedaan wordt op of verwezen wordt naar behandelaren met zeer gespecialiseerde kennis over diagnostiek en/of behandeling. Hoewel de positie van de hoogspecialistische GGZ nog niet duidelijk omlijnd is, is er in de GGZ zeker sprake van en behoefte aan deze functie.

De ontstaansgeschiedenis van de GGZ verschilt van die van de somatische gezondheidszorg.[1] Desondanks concludeert de commissie dat het systeem van verwijzingen binnen beide sectoren op soortgelijke wijze is vormgegeven. Men spreekt in de gezondheidszorg over drie zorglijnen of echelons[2]: van generalistisch naar specialistisch naar hoogspecialistisch. In de algemene gezondheidszorg gaat het dan over de huisarts (1e lijn), de algemene ziekenhuizen (2e lijn) en de UMC's en de STZ-ziekenhuizen[a] (3e lijn). In de GGZ vormen de huisarts/praktijkondersteuner de eerste lijn, gespecialiseerde afdelingen van GGZ-instellingen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen vormen de tweede lijn en hoogspecialistische afdelingen van universitair

[a] De website van de STZ stelt: "De STZ is de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen. STZ-ziekenhuizen zorgen samen voor een effectieve, efficiënte en onderling samenhangende organisatie van medisch (gespecialiseerde), verpleegkundige en paramedische opleidingen, topklinische en topreferente zorg en toegepast wetenschappelijk onderzoek. Kern van de samenwerking zijn de opleidingen binnen het hele zorgcontinuüm in samenhang met topklinische en topreferente zorg, toegepast wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Daarnaast hebben STZ-ziekenhuizen een regionale verantwoordelijkheid en rol door hun raakvlak met umc's en andere algemene ziekenhuizen."[9]

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

medische centra (UMC's) of GGZ-instellingen de derde lijn. De generalistische basis GGZ, die per 1 januari 2014 is ingevoerd, ligt tussen de klassieke eerste en tweede lijn in.

De verwijzing naar hoogspecialistische GGZ gebeurt vanuit de tweede lijn en kan ook direct vanuit de eerste lijn worden gedaan.

Net als in de somatische zorg is hoogspecialistische GGZ verweven met kennisontwikkeling en -implementatie en vervullen hoogspecialistische afdelingen vaak ook een opleidingsfunctie. Onderzoek en opleiding zijn echter geen onderscheidend criterium voor hoogspecialistische zorg omdat die ook in de basis en gespecialiseerde GGZ plaats (kunnen) vinden. Hoogspecialistische GGZ kan wel een belangrijke rol vervullen in het bij elkaar brengen van fundamenteel, strategisch en toegepast onderzoek en in het versterken van de samenhang tussen universitaire en niet-universitaire kaders; twee intenties van de toenmalige Raad voor Gezondheidsonderzoek bij het in het leven roepen van het ZonMw onderzoeksprogramma voor de GGZ: 'Geestkracht'.[4,10,11]

Structuur hoogspecialistische GGZ

Zoals hierboven al aangegeven wordt het eerste echelon in de GGZ gevormd door de huisarts/praktijkondersteuner en de generalistische basis GGZ. De tweede lijn betreft de gespecialiseerde GGZ en de derde lijn ten slotte de hoogspecialistische GGZ. Ook in de GGZ heeft de public health vooral een functie op het terrein van preventie en signalering.

Wanneer het type instelling in beschouwing wordt genomen, wordt duidelijk dat de structuur van de hoogspecialistische GGZ vergelijkbaar is met die van de somatische derde lijn: de UMC's, een aantal hoogspecialistische GGZ-instellingen en hoogspecialistische afdelingen van een aantal geïntegreerde GGZ-instellingen.

Op initiatief van GGZ-instellingen Altrecht, Parnassia Groep en Lentis is in 2007 Stichting TOPGGz in het leven geroepen, met het doel inzichtelijk te maken op welke locaties in Nederland hoogspecialistische GGZ geleverd wordt. Een visitatiecommissie bepaalt of de afdeling aan door de stichting opgestelde criteria voldoet, waarna een keurmerk wordt verleend. Afdelingen die het keurmerk hebben verworven worden elke vijf jaar gehervisiteerd. Op de website van de stichting is een overzicht te vinden van de verschillende afdelingen in Nederland met een TOPGGz-keurmerk.[12] De commissie vindt het een goede stap dat er vanuit het veld inzichtelijk gemaakt wordt waar hoogspecialistische zorg geleverd wordt. Ook hier is een parallel te trekken met de algemene gezondheidszorg, waar de vereniging STZ door middel van een productcatalogus laat

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

zien waar welke hoogspecialistische zorg geleverd wordt. De commissie constateert echter dat noch het STZ- noch het TOPGGz-overzicht volledig is; de UMC's ontbreken bijvoorbeeld.[13]

Knelpunten in de hoogspecialistische GGZ

Samenwerken op verschillende niveaus

De dynamiek van het behandelen en ondersteunen van mensen met psychische problemen is ingewikkeld in een zorgsysteem dat nog sterk ingericht is op basis van een volgordelijke piramidegedachte (van eerste naar tweede naar derde lijn). Patiënten in de GGZ worden vaak juist gekenmerkt door zorgbehoeften die tegelijkertijd verschillende lijnen en domeinen (niet alleen de gezondheidszorg) kunnen betreffen. In het bijzonder noemt de commissie mensen met een verslaving en mensen met forensisch-psychiatrische problemen. Bovendien is er een aantal speciale groepen patiënten[3] die zorg van verschillende zorgverleners uit verschillende domeinen ontvangen en waarvoor een goede samenwerking essentieel is. Deze groepen lopen het risico met de op handen zijnde stelselwijzigingen ernstig in het gedrang te komen. Mensen met een verstandelijke beperking krijgen bijvoorbeeld te maken met de nieuwe WMO met daarin het wederkerigheidprincipe en het scheiden van zorg en wonen in de transities rond langdurige zorg. Kinderen, adolescenten en jongvolwassenen op hun beurt krijgen te maken met de overheveling van de jeugdGGZ naar de gemeenten per 1 januari 2015, waardoor de academische functies opleiding, onderzoek en hoogspecialistische zorg in de jeugdGGZ risico lopen.[14-16]

Concentratie en spreiding

De huidige concentratie en spreiding van hoogspecialistische GGZ zijn historisch bepaald en niet gebaseerd op epidemiologische en demografische gegevens. Daarnaast is er geen volledig overzicht van wie precies hoogspecialistische zorg verleent. Hierdoor zijn er mogelijk witte vlekken in de verdeling van hoogspecialistische GGZ over het land.

Financiering

Er is veel discussie over de financiering van zorg. Na onderbrenging van de curatieve GGZ in de Zorgverzekeringswet, werd in 2013 de prestatiebekostiging ingevoerd. De huidige financiering van de hoogspecialistische GGZ kent enkele knelpunten. Hoewel de wet- en regelgeving formeel

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

voorziet in de mogelijkheid tot het bieden van consultatie en in de dekking van een duurdere beroepenmix die in de hoogspecialistische GGZ vaker voorkomt, blijken deze regelingen administratief te ingewikkeld. Daarnaast bemoeilijkt de financiering samenwerken en het werken in netwerken, doordat maar één instelling eigenaar van de diagnose behandeling combinatie (DBC) is.

Ook de verzekeraars ervaren knelpunten in de huidige vorm van financiering. Zo wordt de behandelcomponent in de DBC's in behandelduur uitgedrukt, in plaats van in typen behandeling die medisch herkenbaar zijn. Verzekeraars geven aan hierdoor te weinig inzicht te krijgen in gepast gebruik van zorg: het is niet duidelijk welke patiënten welke zorg krijgen en hoe effectief deze zorg is. Zij hebben daarom het initiatief genomen om de zorgvraagzwaarte van de patiënt inzichtelijk te maken, in samenwerking met GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen en het Landelijk Platform GGz.[17] Een eerste versie van de zorgvraagzwaarte indicator is nu beschikbaar en beoogt een stap te zijn in de weg in de ontwikkeling naar medisch herkenbare zorgproducten die aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt.[17] De zorgvraagzwaarte indicator beoogt de te verwachten behandelinzet op basis van patiëntkenmerken te voorspellen. Op geaggregeerd niveau voorspelt de indicator de behandelinzet redelijk goed, maar de indicator is niet geschikt voor indicatiestelling door de zorgaanbieder bij individuele patiënten en kan ook niet door zorgverzekeraars worden gebruikt om declaraties af te wijzen, sec op de verhouding van zorgvraagzwaarte en gedeclareerd bedrag. Het voorspellend vermogen van de zorgvraagzwaarte indicator is nog beperkt en daarom wordt het zorgvraagzwaarte model verder doorontwikkeld. In het vervolgtraject wordt de validatie van het model meegenomen.

Zoals ook beschreven in het recente Gezondheidsraad signalement 'Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg' loopt de GGZ met de ontwikkelingen van dergelijke indicatoren voor op de somatische zorg, maar de beschikbare indicatoren zijn eveneens onderwerp van meningsverschillen.[18,19] Het pleidooi in genoemd signalement om systematisch te streven naar empirisch onderzoek en wetenschappelijke en ethische reflectie ten aanzien van dergelijke indicatoren, zoals dat bij interventies in de gezondheidszorg gebruikelijk is, is ook geldig voor deze zorgvraagzwaarte indicator.

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

Kennisontwikkeling en -verspreiding

Kennisontwikkeling en -verspreiding dragen bij aan het verbeteren en innoveren van zorg. Binnen de Nederlandse GGZ wordt dan ook wetenschappelijk onderzoek gedaan, dat internationaal goed staat aangeschreven.[4,20] Door bezuinigingen in de zorg en het stoppen van het Geestkrachtprogramma is financiering van wetenschappelijk onderzoek steeds moeilijker geworden. Nederland loopt hierdoor het risico zijn internationale voortrekkersrol op dit terrein te verliezen.[20]

Aanbevelingen

In bovenstaande heeft de commissie aangegeven wat zij onder hoogspecialistische GGZ verstaat, wat de kenmerken zijn van de meeste patiënten die een beroep moeten doen op de hoogspecialistische GGZ en wat zij als knelpunten signaleert. In dit deel van het advies formuleert de commissie haar aanbevelingen ter verbetering van de structuur van de hoogspecialistische GGZ.

Werk in netwerken

Hoogspecialistische functies zijn in de GGZ van groot belang voor juist die patiënten voor wie in de reguliere zorg geen passend aanbod te vinden is. Deze mensen, met dusdanig ernstige, zeldzame of complexe psychische problemen zullen zelden alleen in dat echelon behandeld worden. Meestal zal maatschappelijke ondersteuning of zorg vanuit de generalistische basis- of gespecialiseerde GGZ nodig zijn, naast of alternerend met de hoogspecialistische GGZ. Daarom verdient het aanbeveling om te streven naar het werken in netwerken[5], hetgeen ook in de somatische zorg in ontwikkeling is. Het idee is dat patiënten niet volledig in een bepaalde zorglijn ‘belanden’, maar dat zij op elk moment in het zorgproces een behandeling krijgen die past bij de zorgvraag. De zorg hangt minder op fysieke locaties en meer op het delen van informatie rond en met de patiënt. Het werken in netwerken heeft een aantal voordelen: zorg kan gemakkelijk geïntensiveerd en weer afgebouwd worden wanneer dat nodig is; hulpverleners rondom de patiënt staan met elkaar in contact; kennis wordt sneller gedeeld. Binnen een netwerk kan een specialisme worden ingeschakeld wanneer aanvullende diagnostiek benodigd is, wanneer een patiënt in crisis is, of wanneer specifieke kennis en expertise op het gebied van een bepaalde aandoening (of een combinatie van aandoeningen) of een specifieke context (bijvoorbeeld dakloosheid) benodigd zijn.

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

Kijk breder

De netwerken die de commissie voor ogen heeft zijn breder dan louter de GGZ. Ze beslaan ook maatschappelijke participatie, welzijn en somatische gezondheidszorg. Voor verschillende groepen patiënten is het van groot belang dat er een goede samenwerking tussen deze domeinen bestaat. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen met ernstige somatische aandoeningen en psychiatrische comorbiditeit, voor wie een stevige samenwerking tussen GGZ en somatische gezondheidszorg onontbeerlijk is. Een goede samenwerking tussen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychiatrische aandoeningen is eveneens van groot belang: veel patiënten hebben behoefte aan zorg uit beide sectoren. Door de nieuwe wet op de forensische zorg (Wfz) zal de GGZ een grotere toestroom van patiënten vanuit justitie krijgen.[21] Mensen met een verslaving kampen dikwijls met andere (psychiatrische) aandoeningen en krijgen vaak te maken met problemen op meerdere levensgebieden. Ook voor deze groepen zijn goede aansluiting en samenwerking noodzakelijk.

In dit verband noemt de commissie ook nadrukkelijk de kinder- en jeugdGGZ. Hoewel men met de transitie juist beoogt om breder te kijken en samenwerking te stimuleren, bestaat het gevaar dat de hoogspecialistische functies binnen dit nieuwe systeem in het gedrang komen. Het is van groot belang dat deze functies geborgd blijven, ook na de overheveling.

Ook binnen de netwerken zelf is het van belang om breed te kijken. Zo deelt de commissie de overtuiging van patiënten- en oudervereniging dat mantelzorgers en andere naasten in het netwerk rondom de patiënt opgenomen zouden moeten worden en dat zij ondersteund moeten worden. Het betrekken van (geschoolde) ervaringsdeskundigen kan de expertise binnen netwerken vergroten.

Netwerken hoeven niet noodzakelijkerwijs gekoppeld te worden aan diagnostische groepen binnen de GGZ. In sommige gevallen kan het zelfs zinnig zijn om de diagnostische criteria los te laten en in bredere zin (transdiagnostisch) te kijken naar de psychosociale zorgbehoeften en behandelmodaliteiten die breder effectief zijn.

Zoek een balans tussen concentratie en spreiding

Het vraagstuk van concentratie en spreiding speelt bij elke vraag naar een goede inrichting van het zorgaanbod. Door bepaalde functies te concentreren kunnen kennis en expertise vergroot worden. Tegelijkertijd is het van belang dat er voldoende spreiding is van de hoogspecialistische functies

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

over het land. Het werken in netwerken kan het vraagstuk rond concentratie en spreiding voor een deel ondervangen. Kennis en expertise kunnen binnen netwerken op zo'n manier gedeeld worden dat deze niet op alle plekken continu beschikbaar hoeven zijn. De mogelijkheden van ICT kunnen hierbij nog beter worden benut.

De driehoek patiënt-zorgverlener-verzekeraar zal over concentratie en spreiding en de positie van hoogspecialistische GGZ daarbinnen tot afspraken moeten komen. Stichting TOPGGz heeft onlangs met een notitie over concentratie en spreiding van topzorg een bijdrage aan deze discussie geleverd.[22]

Op dit moment is niet direct inzichtelijk waar in Nederland de hoogspecialistische functies zich bevinden en het is zoals eerder aangegeven goed mogelijk dat er witte vlekken in het zorgsysteem aan te wijzen zijn. Wanneer hoogspecialistische GGZ een duidelijk gezicht krijgt en wanneer voor zowel patiënt, verwijzer als andere zorgverleners duidelijk is waar deze functies zich bevinden, krijgt deze vorm van zorg de kans om verder uit te kristalliseren en om zich verder te verbeteren. Daarmee zal ook tot een optimale concentratie en spreiding van voorzieningen en kennis gekomen kunnen worden.

Het verdient daarom aanbeveling om een onafhankelijke instantie een overzicht te laten maken van het aanbod van hoogspecialistische zorg in Nederland. Dat zou bijvoorbeeld in de vorm van een 'hoogspecialistische productcatalogus' kunnen gebeuren, in vergelijking met de productcatalogus van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Hierbij kan men gebruik maken van de TRF-portal van de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), waarin de topreferente functies van de UMC's zijn verzameld (ook op het terrein van de psychiatrie), het overzicht van afdelingen met een TOPGGz-keurmerk en input van de leden van het Landelijk Platform GGz.[23-25]

Stem de zorg af op fase en context

Binnen netwerken kan de zorg beter toegespitst worden op fase en context. Door gebruik te maken van stagering en profilering is de verwachting dat in de toekomst steeds beter vastgesteld zal kunnen worden welke vorm van zorg een patiënt op welk moment in het zorgproces nodig heeft. Stagering richt zich op het in kaart brengen van de verschillende ontwikkelstadia van de aandoening, terwijl profilering zich richt op het in kaart brengen van de bredere context van de patiënt gedurende de hele levensloop door kenmerken en variabelen die etiologische en prognostische betekenis kunnen hebben te onderscheiden.[26] Hoewel er in de GGZ al onderzoek

naar stagering en profilering wordt gedaan, is meer onderzoek gewenst om de zorg in de toekomst beter af te kunnen stemmen op de verschillende fasen van ernst binnen stoornissen en om een persoonsgerichte benadering te stimuleren. Dit geldt zeker ook voor de jeugdGGZ en forensische psychiatrie.

In het verlengde hiervan vraagt de commissie aandacht voor doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarte indicator, waartoe de verzekeraars het initiatief hebben genomen. Het is voor een goede bruikbaarheid noodzakelijk om het voorspellend vermogen van deze indicator te vergroten. De werkgroep zorgvraagzwaarte noemt als ontwikkellijnen *routine outcome monitoring* (ROM) als maatstaf voor de ernst van de problematiek en stagering en profilering als maatstaf voor het beloop van de ziekte en persoonsgebonden kenmerken die van invloed zijn op het behandelproces[a].[17] Meer inzicht in wat er gedaan wordt voor welke patiënten is nodig om tot een doelmatige financiering en betere, *evidence based* zorg te komen.

Ondersteun de regiefunctie van de patiënt

Het is van belang dat er voldoende aandacht is voor de rol van de patiënt zelf in relatie tot de zorgverlening. Hierbij geven patiënten- en oudervereniging aan dat continuïteit van hulpverleners cruciaal is, evenals het beperken van het aantal verschillende hulpverleners.

Er lopen verschillende ICT-pilots (bijv. MijnZorgnet, Topicus, Pazio) die het de patiënt vergemakkelijken om deze regiefunctie op zich te nemen.[27-29] Wanneer de patiënt de regiefunctie niet zelf kan dragen, moet deze bij een andere partij komen te liggen die het overzicht over de zorg die een patiënt ontvangt bewaakt. Dat kan bijvoorbeeld de huisarts zijn, een mantelzorger of de praktijkondersteuner. Er kan gedacht worden aan het inzetten van een 'casemanager', zoals dat binnen het *collaborative care* model wordt gedaan.[30-33]

Heroverweeg de financieringsstructuur

Om te komen tot doelmatig gebruik van middelen is het nodig dat er beter inzicht komt in wat er in de GGZ gedaan wordt voor welke patiënten. De bouwstenen om te komen tot een goede financieringsstructuur zijn: het scheppen van mogelijkheden voor samenwerking in netwerken met een duidelijke rol voor de hoogspecialistische functie; het definiëren van zorgproducten voor

[a] ROM en stagering en profilering zijn instrumenten die in de gehele GGZ worden gebruikt / ontwikkeld en zijn daarmee zeker ook van invloed op de praktijk en ontwikkeling van de hoogspecialistische GGZ.

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

specifieke doelgroepen en het systematisch monitoren van klinische uitkomsten, patiëntervaringen en kosten. De commissie beveelt dan ook aan hierop sterk in te zetten. Veldpartijen en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kunnen dit ondermeer meenemen bij de ontwikkeling van de inhoudelijk verbeterde productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ, waar zij op dit moment aan werken.

De commissie onderkent ook de knelpunten die zijn ontstaan in de financiering van hoogspecialistische GGZ. Voor een deel zullen die op wat langere termijn opgelost worden met het inregelen van de nieuwe stelsels. De commissie vraagt echter nadrukkelijk aandacht voor het oplossen van de acute problemen ten aanzien van de financiering van de beroepenmix en hoogspecialistische consultatie.

Investeer in onderzoek in de verschillende lagen van de GGZ

Netwerken bieden een uitstekende organisatievorm voor wetenschappelijk onderzoek door alle lijnen heen. Daarnaast zijn zij bij uitstek geschikt voor een snelle implementatie van onderzoeksresultaten en richtlijnontwikkeling ofwel *evidence based medicine*. In de veranderende bestuurlijke context is het van belang om binnen de gehele GGZ kennis, specialisatie en expertise goed te borgen en om de met het ZonMw-programma 'Geestkracht' ingezette professionalisering en academisering van het veld te consolideren en verder uit te bouwen.[34] Goed wetenschappelijk onderzoek (van fundamenteel tot implementatieonderzoek) is en blijft bovendien nodig om de GGZ te innoveren en daarmee kwalitatief goed en kosteneffectief – doelmatiger – te maken. De UMC's en hoogspecialistische GGZ-instellingen en afdelingen kunnen hierbij gezamenlijk een voortrekkersrol vervullen.[12,13] De commissie beveelt dan ook aan te blijven investeren in wetenschappelijk onderzoek van goede kwaliteit op het terrein van de GGZ. Nederland kan dan zijn toonaangevende positie in het internationale onderzoek op dit terrein behouden en uitbouwen.

Ik onderschrijf de bevindingen van de commissie.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. W.A. van Gool,
voorzitter

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

Onderwerp : Advies *Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg*
Ons kenmerk : -1278/VR/ts/007-C Publicatienr. 2014/14
Pagina : 12
Datum : 7 mei 2014

Literatuur

1 Gezondheidsraad. Historische context. Achtergronddocument bij advies Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. 2014. Den Haag Gezondheidsraad. Internet: www.gr.nl.

2 Gezondheidsraad. Echelonnering. Achtergronddocument bij advies Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. 2014. Den Haag Gezondheidsraad. Internet: www.gr.nl.

3 Gezondheidsraad. Specifieke groepen binnen de GGZ. Achtergronddocument bij advies Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. 2014. Den Haag Gezondheidsraad. Internet: www.gr.nl.

4 Gezondheidsraad. Kennisinfrastructuur GGZ. Achtergronddocument bij advies Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. 2014. Den Haag Gezondheidsraad. Internet: www.gr.nl.

5 Gezondheidsraad. Netwerken. Achtergronddocument bij advies Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. 2014. Den Haag Gezondheidsraad. Internet: www.gr.nl.

6 Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017. 16-7-2013. Den Haag.

7 Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. 18-6-2012. Den Haag.

8 American Psychiatric Association. DSM-5. http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx. geraadpleegd: 15-4-2014.

9 STZ. Homepage STZ. http://www.stz.nl/. geraadpleegd: 15-4-2014.

10 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid. Den Haag: RGO; 1999: Advies nr.19.

11 ZonMw. GGZ-programma Geestkracht. http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/ggz-programma-geestkracht/. geraadpleegd: 15-4-2014.

12 Stichting TOPGGz. Position Paper. Topklinische zorg in de GGZ krijgt een gezicht. 2007. Altrecht, Lentis en Parnassia Groep.

13 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Samen verantwoordelijk. De academische zorg- en innovatiekracht van de UMC's. Doelstellingen tot 2020: de visie van de NFU. Utrecht: NFU; 2012.

14 Staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Voorstel van wet - regels inzake Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. 2014. Den Haag.

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

15 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Veranderingen in de AWBZ. http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/veranderingen-in-de-awbz. geraadpleegd: 15-4-2014.

16 Staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport., Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Jeugdwet. 2013. Den Haag.

17 Werkgroep Zorgvraagzwaarte. Zorgvraagzwaarte GGZ. Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte. Definitieve versie (1.0). Utrecht: Capgemini Consulting; 2013.

18 Gezondheidsraad. Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2013: publicatienr. 2013/29.

19 Os J van. Zorgvraagzwaartemodel 1.0: naar een model van random zorgtoewijzing? Tijdschr Psychiatr 2014; 56(2): 125-128.

20 Gezondheidsraad. Medische producten: nieuw en nodig! Achtergrondstudies bij de investeringsagenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten. Den Haag: Gezondheidsraad; 2011: A10/10.

21 Eerste Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). 32 398. 2013.

22 Kruytzer J, Mogendorff E. Concentratie van topzorg in de ggz. Discussiedocument. 2014. KPMG Plexus / Stichting TOPGGz.

23 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. TRF-portal. http://www.nfu.nl/trf/. geraadpleegd: 15-4-2014.

24 Stichting TOPGGz. Criteria voor het TOPGGz keurmerk geldig vanaf 1 januari 2013 tot 1 januari 2015. http://www.topggz.nl/criteria.html. geraadpleegd: 15-4-2014.

25 Stichting Topklinische Ziekenhuizen. Topklinische en topreferentiezorg in STZ-ziekenhuizen. Utrecht: 2007.

26 Beekman ATF, Van Os J, van Marle HJC, van Harten PN. Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2012; 54(11): 915-920.

27 MijnZorgnet. https://www.mijnzorgnet.nl/. geraadpleegd: 15-4-2014.

28 Topicus. http://www.topicus.nl/. geraadpleegd: 15-4-2014.

29 Pazio. http://www.pazio.nl/. geraadpleegd: 15-4-2014.

30 Trimbos instituut. Collaborative Care in Nederland. Eindrapport van het depressie initiatief. 2012. Utrecht Trimbos Instituut.

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

31 Druss BG, Ji X, Glick G, von Esenwein SA. Randomized trial of an electronic personal health record for patients with serious mental illnesses. Am J Psychiatry 2014; 171(3): 360-368.

32 Fortney JC, Owen RR. Increasing treatment engagement for persons with serious mental illness using personal health records. Am J Psychiatry 2014; 171(3): 259-261.

33 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. 2013. Den Haag.

34 Trimbos instituut, NIP, LPGGZ, GGZ Nederland, TOPGGz, NIVEL e.a. Onderzoek op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg. Brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 25-6-2010.

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
E-mail: v.ruiz@gr.nl
Telefoon (070) 340 59 15

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
www.gr.nl

Bijlage **A**

De adviesaanvraag

Brief van 27 juni 2012 (kenmerk CZ 3116142) van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de waarnemend voorzitter van de Gezondheidsraad.

Hierbij verzoek ik u mij te adviseren over de afbakening van de hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Onder hoogspecialistische ggz kunnen meerdere zaken vallen, zoals de behandeling van complexe problematiek (bijvoorbeeld zeldzame aandoeningen, comorbiditeit, of behandelresistentie), de 'last resort'- functie voor patiënten die niet verder doorverwezen kunnen worden (ook wel de derdelijnsfunctie genoemd), en de combinatie van onderzoek en behandeling om zo tot innovatie te komen.

Mijn verzoek past binnen het streven om de ggz zo te organiseren dat de juiste zorg op de juiste plaats, en in goede samenhang wordt verleend. Het uitgangspunt is daarbij dat de zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd. Om tot een goede inrichting te komen is het wenselijk dat de verschillende niveaus van zorg helder en eenduidig afgebakend zijn. Anders dan in de somatische zorg kan er in de ggz nog niet gesproken worden van een piramide met in de basis een brede eerste lijn, daarbovenop de tweede lijn en in de punt de hoogspecialistische derdelijns zorg en het onderzoek.

De eerste stappen om tot een goede inrichting te komen worden al gezet. Zo is afgesproken dat in 2013 in de specialistische geestelijke gezondheidszorg prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Daarmee komt daar de vraag van de patiënt meer centraal te staan. Tegelijkertijd wordt er gewerkt aan de versterking van de gener-

alistische basis ggz. Daarmee ontstaan de eerste contouren van een structuur waarbij de juiste zorg op de juiste plaats wordt verleend.

Het is in dit kader wenselijk dat er ook wordt toegewerkt naar een goede inrichting van de hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. De hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg is op dit moment verdeeld over de psychiatrische universitaire centra, de geïntegreerde ggz-instellingen, en een aantal categorale instellingen. Er bestaat geen eenduidige structuur voor deze zorg, en de zorg is niet duidelijk afgebakend ten opzichte van de specialistische geestelijke gezondheidszorg.

Niet alleen vanuit VWS is er behoefte aan een goede afbakening van de hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. Ook uit het veld komen signalen dat er behoefte is aan een steviger fundament voor de hoogspecialistische ggz. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan de toekenning van keurmerken aan afdelingen van ggz-instellingen waar volgens de criteria van de Stichting TopGGZ topklinische zorg wordt geleverd. Vanuit deze stichting komt ook de vraag om een meer solide onderzoeksstructuur in de hoogspecialistische ggz; een vraag die wordt gedeeld door andere partijen uit het veld .

Ik wil u verzoeken binnen het kader van deze beleidsvraag de volgende vragen te behandelen en te beantwoorden.

1 Wat moet worden verstaan onder hoogspecialistische ggz? Welke functies (op het gebied van zorg en onderzoek) bestrijkt deze? Wat zijn de (patiënt-)kenmerken van de doelgroep van hoogspecialistische ggz?
2 Wat is de huidige structuur van de hoogspecialistische ggz?
3 Zijn er, met het oog op de kwaliteit van patiëntenzorg en onderzoek, knelpunten en verbetermogelijkheden voor de structuur van de hoogspecialistische ggz aan te wijzen?

Gezien het belang van deze adviesaanvraag voor de lopende beleidsontwikkeling op verschillende terreinen, wil ik u vragen uiterlijk in de zomer van 2013 het advies uit te brengen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

(w.g.)
mw. drs. E.I. Schippers

Bijlage **B**

De commissie

- prof. dr. E. Schadé, *voorzitter*
  emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Haarlem
- prof. dr. Th.A.H. Doreleijers
  emeritus hoogleraar forensische psychiatrie/kinder- en jeugdpsychiatrie, Amsterdam
- prof. dr. P.J.C.M. Embregts
  hoogleraar mensen met een verstandelijke beperking: psychopathologie en behandeling, Tranzo, Tilburg University / hoogleraar beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, medische en klinische psychologie Tilburg University
- dr. T.J. Heeren
  voormalig hoogleraar ouderenpsychiatrie, voorzitter Raad van Bestuur GGZ Centraal, Amersfoort
- prof. dr. M.J.H. Huibers
  hoogleraar klinische psychologie en experimentele psychotherapie, Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr. B. Koekkoek
  verpleegkundig specialist, lector sociale en methodische aspecten van psychiatrische zorg, epidemioloog, Hogeschool Arnhem Nijmegen
- dr. R. Luijk
  senior beleidsadviseur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist
- prof. dr. H. van de Mheen
  Raad van Bestuur IVO Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving,

Rotterdam / bijzonder hoogleraar verslavingsonderzoek, Erasmus MC, Rotterdam / bijzonder hoogleraar Zorg en Preventie van Risicogedrag en Verslaving, Universiteit Maastricht
- prof. dr. J. van Os
  hoogleraar psychiatrische epidemiologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum
- dr. F.E. Scheepers
  medisch afdelingshoofd psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- prof. dr. R. Verheul
  voormalig hoogleraar persoonlijkheidsstoornissen, Universiteit van Amsterdam / voorzitter Raad van Bestuur de Viersprong, Halsteren
- dr. E.M. van Weel-Baumgarten
  huisarts(onderzoeker), universitair hoofddocent eerstelijnsgeneeskunde, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen
- drs. P.D. Gill, *waarnemer*
  senior beleidsmedewerker curatieve zorg, directoraat-generaal curatieve zorg, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
- C.A. Dondorp MA, *secretaris*
  Gezondheidsraad, Den Haag
- dr. ir. V.W.T. Ruiz van Haperen, *secretaris*
  Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Bijlage **C**

Geraadpleegde deskundigen

- drs. L.G. Bandsma, bestuurslid Landelijk Platform GGz, Utrecht
- prof. dr. A.T.F. Beekman, hoogleraar psychiatrie, VUmc, Amsterdam
- prof. dr. T.K. Bouman, hoofdopleider GZ-psycholoog, Rijksuniversiteit Groningen
- mr. J.M. van Diggelen, beleidsmedewerker Zorginstituut Nederland, Diemen
- prof. dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, senior wetenschappelijk medewerker Trimbos Instituut,Utrecht
- prof. dr. R.J. van der Gaag, (destijds) voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- prof. dr. R.S. Kahn, hoogleraar psychiatrie, UMC Utrecht
- dr. E.S.G. Mogendorff, directeur Stichting TOPGGz, Amersfoort
- dr. C. de Pater, directeur Denk- en Doewerk
- prof. dr. P. Schnabel, voormalig directeur Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag
- drs. N. Sax, directeur Nederlandse vereniging voor Psychiatrie
- prof. dr. M.J.M. van Son, emeritus hoogleraar klinische psychologie, Universiteit Utrecht
- prof. dr. M.J.P.M. Verbraak, bijzonder hoogleraar gezondheidszorgpsychologie, Radboud Universiteit Nijmegen
- N. Vos de Wael, beleidsmedewerker participatie en langdurige zorg, Landelijk Platform GGz, Utrecht
- drs. J. K. van Wijngaarden, hoofdinspecteur publieke en geestelijke gezondheidszorg, Den Haag

Vertegenwoordigers lidorganisaties Landelijk Platform GGz, Utrecht:

- B. Aben, Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen
- T. Feldman, Regiokamer
- M. Kotterer, Caleidoscoop
- M. Lansen, Anoiksis
- B. Stavenuiter, Ypsilon
- S. Storimans, Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen
- R. Trinks, Ypsilon, Landelijk Platform GGz
- P. Ulrich, Stichting Borderline
- P. Verharen, Caleidoscoop
- J. Zandijk, Ypsilon
- Centrum voor Neuropsychiatrie, Vincent van Gogh, Venray:
  - prof. dr. J.I.M. Egger, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, opleider
  - prof. dr. W.M.A. Verhoeven, zenuwarts, opleider medisch specialisten
  - drs. J.E.M. Tijhuis, bestuursvoorzitter
- Angstcentrum Overwaal, Pro Persona, Lent:
  - dr. C. Exterkate, lid Raad van Bestuur van Pro Persona
  - dr. G.J. Hendriks, hoofd Zorgprogramma Angststoornissen, psychiater, onderzoeker
  - prof. dr. A. van Minnen, hoogleraar Angstregulatie en behandeling van Angststoornissen, klinisch psycholoog
  - dr. M. Kampman, programmaleider ambulante zorg in het zorgprogramma Angststoornissen, klinisch psycholoog en onderzoeker
  - drs. H. van den Berg, directeur RVE Nijmegen
  - A. van Lubeck MMI (Master Management en Innovatie), clustermanager RVE Nijmegen
- Psychosecircuit, GGZ Drenthe:
  - E. van der Haar, psychiater, bestuurder GGZ Drenthe
  - R. Kooijman, directeur bedrijfsvoering Volwassenen & Ouderen
  - J. van der Sluis, directeur behandelzaken Volwassen & Ouderen
  - J. Arends,psychiater, hoofd behandelbeleid psychosecluster
  - H.J. Huiting, clustermanager bedrijfsvoering psychosecluster
  - dr. G.H.M. Pijnenborg, GZ-psycholoog, onderzoeker REFLEX
- Centrum Eetstoornissen Ursula, Rivierduinen Leidschendam:
  - prof. dr. E.F. van Furth, klinisch psycholoog, directeur behandelzaken
  - drs. E. Epema, directeur algemene zaken