

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1012

Vragen van het lid **Pouw-Verweij** (BBB) aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over *het artikel «Tom Klaassen belandde in een zorgvacuum en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen»* (ingezonden 5 december 2023).

Antwoord van Minister **Helder** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 13 februari 2024). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2023–2024, nr. 687.

Vraag 1

Bent u bekend met het NCR-artikel «Tom Klaassen belandde in een zorgvacuum en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen» waarin wordt gesteld dat de zorg voor complexe psychiatrische patiënten tekortschiet en dat kwetsbare groepen aan hun lot worden overgelaten?¹

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met dit bericht.

Vraag 2

Hoe kan het dat een patiënt zoals bovengenoemd, die al jarenlang af en aan behandeld wordt voor psychiatrische problemen en drankverslaving, te horen krijgt dat zijn behandeling wordt gestaakt en dat hij zich niet aan de afspraken houdt? Wie bepaalt of een patiënt «uitbehandeld» is?

Antwoord 2

De term «uitbehandeld» wordt door hulpverleners in de ggz meestal gebruikt voor de situatie waarin langdurige en intensieve behandelingen zijn uitgevoerd en deze geen blijvend positief effect hebben gehad. Het is in deze situatie aan een behandelaar of behandelteam om te beslissen of een zorgvraag als «uitbehandeld» kan worden beschouwd. Overigens geldt dat hiermee de zorgvraag van de persoon in kwestie niet weggenomen is en er naar alternatieven gezocht moet worden. Zo kan het zijn dat als de medische behandeling in de ggz niet werkt, ingezet kan worden op herstellende zorg en

¹ NRC, 1 december 2023, «Tom Klaassen belandde in een «zorgvacuum» en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen» Tom Klaassen belandde in een «zorgvacuum» en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen / Nexis Newsdesk® (lexisnexis.com)

ondersteuning te organiseren om de persoon te helpen omgaan met aanhoudende psychische en/of verslavingsklachten.

Vraag 3

Wat zijn de oorzaken van het zorgtekort voor mensen met een dubbele diagnose (verslaving en psychiatrische klachten) en welke maatregelen kunnen worden genomen om dit aan te pakken?

Antwoord 3

Zoals u weet kampt de ggz al lange tijd met lange wachttijden, daarnaast is de afgelopen jaren de vraag naar geestelijke gezondheidszorg (ggz) toegenomen en dit zorgt voor toenemende druk op de toegankelijkheid van deze zorg en wachtlijsten voor een aantal ggz-behandelingen.

Bij een dubbele diagnose geldt daarbij dat er behoefte is aan een specifieke, geïntegreerde behandelaanpak, bij voorkeur uitgevoerd door een multidisciplinair team. Deze geïntegreerde behandelaanpak wordt door een beperkt aantal zorgaanbieders geleverd en de capaciteit hiervan is beperkt.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een brede set aan maatregelen afgesproken om de toegankelijkheid van de ggz te vergroten. Hierbij is specifiek voor complexe zorg het doel om de vraag naar- en aanbod van complexer zorg beter op elkaar af te stemmen. Per brief van 21 december jl.² heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stappen die zorgaanbieders en verzekeraars hiervoor hebben gezet in het traject cruciale zorg.

Naast het vergroten van de toegankelijkheid van de ggz is het belangrijk om het tekort aan medewerkers in de ggz aan te pakken. Dit is uitgewerkt in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ)³.

De diagnosestelling en behandeling van patiënten met een dubbele diagnose vraagt ook om specifieke kennis. Het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) is opgericht om instellingen verder te helpen en praktisch te ondersteunen bij het bieden van goede zorg aan mensen met een dubbele diagnose.⁴ Het LEDD stelt instrumenten beschikbaar voor de implementatie van een geïntegreerde aanpak en biedt het zorginstanties en professionals de meest actuele informatie over behandelmethodes en -instellingen voor dubbele diagnoses.

Vraag 4

Hoe kan het dat patiënten zoals bovengenoemd, die behoefte hebben aan langdurige ondersteuning, geen vervolgzorg krijgen? Wat kan gedaan worden om passend zorgaanbod voor deze groep te realiseren?

Antwoord 4

Het artikel schetst hoe moeilijk het kan zijn om passende (vervolg)zorg en ondersteuning te organiseren voor mensen met complexe en meervoudige problematiek, zeker wanneer zij zorg mijden. Wanneer er sprake is van zorgmijding kan op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) worden ingezet op bemoeizorg. Voor de invulling hiervan zijn gemeenten op grond van de Wmo 2015 verantwoordelijk.

Om de (bemoei)zorgketen zo goed mogelijk te laten functioneren zijn er vanuit de aanpak voor personen met onbegrepen gedrag instrumenten ontwikkeld om gemeenten te helpen bij het uitvoering geven aan deze taak. Voorbeelden hiervan zijn het inrichten van meldpunten niet acute zorg, Streettrriage en de wijk-GGD'er.

Daarnaast wordt op verzoek van de Staatssecretaris van VWS een onderzoek uitgevoerd naar het aanbod van bemoeizorg door gemeenten⁵. De resultaten hiervan verwacht hij dit voorjaar te ontvangen. Hiermee ontstaat ook meer inzicht in de wijze waarop gemeenten invulling geven aan hun verantwoordelijkheden betreffende bemoeizorg en de knelpunten die zij hierbij ervaren.

² Kamerstukken 2023/24, 25 424, nr. 679

³ Kamerstukken II, 2022–2023 29 282, nr. 485

⁴ www.ledd.nl

⁵ Kamerstuk 29 235, nr. 156

Vraag 5

In hoeverre hebben de decentralisatie van de zorg en de bezuinigingen van de afgelopen jaren bijgedragen aan het tekort aan zorg voor complexe psychiatrische patiënten? Wat zijn de gevolgen hiervan?

Antwoord 5

U vraagt naar de relatie tussen enerzijds de decentralisatie van de zorg en anderzijds de zorg aan complexe patiënten. Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en ondersteuning aan langdurig zieken en ouderen. Hierdoor kan deze zorg en ondersteuning lokaal worden georganiseerd, waarbij beter kan worden ingespeeld op de vraag van de patiënt. Een goed voorbeeld van de ondersteuning die vanuit gemeenten wordt georganiseerd zijn de zogenaamde laagdrempelige steunpunten. Laagdrempelige steunpunten dragen als middel bij aan het maatschappelijk herstel van mensen die door problemen met hun mentale gezondheid hun rollen verliezen in de maatschappij. In het IZA is een stevige ambitie afgesproken om de komende vijf jaar te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten. Ook zijn in het IZA afspraken gemaakt om de samenwerking tussen huisartsen, het sociaal domein en de ggz te verbeteren, waardoor mensen met complexe psychiatrische problematiek eerder passende zorg en ondersteuning krijgen. Daarnaast vraagt u naar de relatie tussen bezuinigingen van de afgelopen jaren en het tekort aan zorg voor complexe psychiatrische patiënten. In de afgelopen jaren is er binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet bezuinigd op de ggz. Sinds 2020 was er telkens sprake van een overschrijding van het macrokader ggz en in het IZA is afgesproken om de overschrijdingen van 2020 en 2021 kwijt te schelden. In het IZA is het kader ggz structureel opgehoogd met € 180 miljoen. Ook voor het wegwerken van wachtlijsten in de ggz is in totaal eenmalig € 60 miljoen toegevoegd aan het macrokader ggz. Het macrokader ggz is hiertoe opgehoogd met € 30 miljoen in 2023 en € 30 miljoen in 2024.⁶

Vraag 6

Bent u op de hoogte van de problemen rondom de samenwerking tussen verschillende zorginstellingen en de afstemming tussen de betrokken instanties in de regio Amsterdam? Wat kan gedaan worden om deze samenwerking te verbeteren?

Antwoord 6

Op basis van het IZA heeft iedere regio een zogenaamd regiobeeld opgesteld. Amsterdam signaleert in haar regiobeeld dat mentale gezondheid in het algemeen en specialistische ggz in het bijzonder aandachtspunten zijn. Op basis van het regiobeeld, heeft de regio in een concreet plan geschreven over hoe zij de geconstateerde uitdagingen gaan aanpakken. In het regioplan van Amsterdam, dat rond de jaarwisseling beschikbaar is gekomen, zet de regio haar voorgestelde aanpak uiteen op het thema mentale gezondheid, waarbij ook de samenwerking in de regio aan bod komt⁷. Ook zijn in het regioplan afspraken gemaakt over welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan, op welke schaal en op welke meetbare resultaatafspraken gestuurd wordt. De partijen in de regio hebben zich gecommitteerd aan dat plan en zorgverzekeraars en gemeente houden hier rekening mee in hun inkoop.

Vraag 7

Hoe kan voorkomen worden dat patiënten zoals genoemd, die als «zorgmijder» worden bestempeld, buiten het zicht van instanties verloederen en geïsoleerd raken door hun verslaving? Welke maatregelen zijn nodig om deze groep beter te kunnen ondersteunen?

⁶ Het Integraal Zorgakkoord – samenwerken aan gezonde zorg | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl, p. 108

⁷ <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/uc/fec01cf9e0102c6e8b300e875a6020f55a7939469d92b00/Regioplan%20Amsterdam%20-%202023-2026.pdf>

Antwoord 7

Zoals benoemd in vraag vier ligt hier een belangrijke rol voor gemeenten. Met de inzet op bemoeizorg kan een gemeente voorkomen dat deze mensen buiten het zicht van instanties blijven terwijl hun zorg- en ondersteuningsbehoefte toeneemt. Om de (bemoei)zorgketen zo goed mogelijk te laten functioneren zijn er vanuit de aanpak voor personen met onbegrepen gedrag steeds meer instrumenten ontwikkeld om gemeenten te helpen bij het uitvoering geven aan deze taak. Daarnaast wordt zoals hierboven vermeld op dit moment een onderzoek uitgevoerd naar het aanbod van bemoeizorg door gemeenten.

Vraag 8

Wat vindt u van de suggestie uit het rapport om palliatieve zorg te organiseren in samenwerking met huisartsen, inclusief begeleiding bij een euthanasiewens? Hoe verhoudt zich dit tot de huidige wet- en regelgeving rondom euthanasie bij verslaving?

Antwoord 8

Het artikel verwijst naar een intern rapport dat is opgesteld vanuit de regio Amsterdam. In het artikel wordt de suggestie gewekt dat een palliatief traject, inclusief begeleiding bij een euthanasiewens, eenzijdig kan worden geïnitieerd, zonder overleg met de patiënt of diens naasten. Ik kan niet ingaan op de specifieke individuele situatie zoals geschetst in het artikel. In algemene zin wil ik benadrukken dat het starten van palliatieve zorg een zorgvuldig proces dient te zijn, waarvoor een kwaliteitskader en richtlijnen voor professionals gelden. Principes van palliatieve zorg, zoals geformuleerd in het kwaliteitskader palliatieve zorg⁸, zijn onder andere gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. Dit vormt de basis voor de zorgverlening, waarin de patiënt en diens naasten centraal staan en waarbij zo goed als mogelijk tegemoet wordt gekomen aan de waarden, wensen, behoeften en omstandigheden van de patiënt en diens naasten. Ook als zij daar zelf niet toe in staat worden geacht blijven deze principes gelden en kan bijvoorbeeld een naaste worden betrokken. Wat betreft euthanasie is het zo dat patiënten die kampen met psychiatrische en verslavingsproblematiek een arts eventueel om euthanasie kunnen vragen. Echter, slechts onder specifieke en in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) omschreven voorwaarden mag een arts gehoor geven aan een euthanasieverzoek van een patiënt. Euthanasie is en blijft namelijk een bijzondere medische handeling die met alle nodige waarborgen is omgeven.

Vraag 9

Bent u op de hoogte van het feit dat grote geestelijke gezondheidszorg (ggz)-instellingen, zoals Arkin, en ook instellingen buiten de Randstad, te maken hebben met ernstige problemen, zoals het sluiten van de deuren voor nieuwe patiënten en het beperken van behandelingen voor bestaande patiënten?

Antwoord 9

Het klopt dat er druk staat op het aanbod van zorg binnen de ggz. Hierdoor hebben sommige instellingen moeite om patiënten tijdige en goede zorg te bieden. Ik wil er zorg voor dragen dat mensen kunnen blijven rekenen op zorg. Om deze reden heb ik in het kader van het IZA met zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten afspraken gemaakt over de toegankelijkheid van de curatieve ggz. Hierbij zetten we in op het vergroten van behandelcapaciteit en het voorkomen en beperken van de instroom in de ggz (onder meer door het voeren van het zogenaamde «verkennende gesprek»). Maar ook door het organiseren van beter overzicht in de wachttijden en het aantal wachtenden op regionaal niveau en het inkopen van voldoende (zeer complexe) zorg die passend wordt bekostigd. Het beperken van behandelingen van patiënten die reeds onder behandeling zijn op niet behandelinhoudelijke gronden is mij niet bekend.

⁸ Kwaliteitskader_web-240620.pdf (palliaweb.nl)

Vraag 10

Kunt u aangeven welke maatregelen u heeft genomen om de genoemde problemen in de ggz aan te pakken? Bent u van plan om extra middelen beschikbaar te stellen om de wachtlijsten te verminderen en de benodigde behandelingen te waarborgen?

Antwoord 10

Zoals in de beantwoording van vraag negen aangegeven, heb ik in het kader van het IZA een brede set aan afspraken om de toegankelijkheid van de curatieve ggz te verbeteren. Hiervoor zijn ook middelen beschikbaar. Zo is er in totaal € 2,8 miljard aan transformatiemiddelen beschikbaar gesteld voor de IZA-afspraken⁹. Ook is er specifiek voor de toegankelijkheid van de ggz € 60 miljoen extra beschikbaar gesteld om wachtlijsten te verminderen.¹⁰ Daarnaast kunnen regio's die ondersteuning nodig hebben in hun wachttijdenaanpak een beroep doen op een onafhankelijke versneller via een subsidie van ZonMW.

Vraag 11

Wat is uw reactie op het feit dat ernstig zieke ggz-patiënten, met name degenen die suïcidaal, psychotisch of verward zijn, momenteel worden geweigerd voor behandeling bij kleinere, commerciële ggz-aanbieders omdat ze «te complex» zijn? Bent u van mening dat deze patiënten recht hebben op passende zorg en dat deze weigeringen onacceptabel zijn?

Antwoord 11

Het is aan een zorgaanbieder om te bepalen of die de juiste zorg kan bieden. In de KNMG-richtlijn «Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst»¹¹ wordt ingegaan op de situatie waarin een zorginstelling de deskundigheid niet in huis heeft die een patiënt nodig heeft. Dit vormt dan een beletsel om een behandelingsovereenkomst aan te gaan. De zorginstelling is in dat geval niet te verplichten tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst. Met deze mogelijkheid mogen zorgaanbieders niet lichtvaardig omspringen.

Vraag 12

Kunt u toelichten welke acties u heeft ondernomen om de zorgverzekeraars te controleren en ervoor te zorgen dat het geoordeelde ggz-budget daadwerkelijk wordt besteed aan ggz-zorg? Bent u bereid strengere maatregelen te treffen om ervoor te zorgen dat dit budget op de juiste wijze wordt ingezet?

Antwoord 12

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en rapporteert hierover jaarlijks.¹² Ik heb geen signalen dat er sprake zou zijn van inzet van middelen uit het macrokader ggz ten behoeve van andere zorgvormen. Naast het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de NZa voorziet het Zorginstituut in een monitor op de uitputting van het ggz-kader.¹³ In de jaren 2019, 2020 en 2021 is sprake geweest van overschrijdingen van het kader.¹⁴

Vraag 13

Wat is uw reactie op de beschuldigingen uit de psychiatrische sector van netwerkcorruptie en het gebrek aan tegenmacht tegen uw beleid? Bent u bereid om maatregelen te nemen om de onafhankelijkheid van de ggz-sector te waarborgen en ervoor te zorgen dat de belangen van de patiënten centraal staan?

⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 812

¹⁰ Het Integraal Zorgakkoord – samenwerken aan gezonde zorg | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl, p. 108

¹¹ Vernieuwd: KNMG-richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst | KNMG

¹² Samenvattend rapport Zvw 2022 | Publicatie | Rijksoverheid.nl

¹³ Zorgcijfersdatabank.nl

¹⁴ GGZ+zorgkosten+2016–2019+resultaten+20220412.pdf

Antwoord 13
Dergelijke beschuldigingen herken ik niet.

Vraag 14
Kunt u deze vragen zo spoedig mogelijk beantwoorden?

Antwoord 14
Helaas is het niet gelukt de vragen binnen de reguliere beantwoordingstermijn te beantwoorden.