

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

1106

Vragen van de leden **Dijk** (SP) en **Westerveld** (GroenLinks-PvdA) aan de Ministers voor Langdurige Zorg en Sport en van Justitie en Veiligheid over *het bericht «Tom Klaassen belandde in een «zorgvacuüm» en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen»* (ingezonden 13 december 2023).

Antwoord van Minister **Helder** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 27 februari 2024). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2023–2024, nr. 724.

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Tom Klaassen belandde in een «zorgvacuüm» en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen» van 1 december 2023?¹

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met dit bericht.

Vraag 2

Wat is uw reactie op het beeld dat in het artikel wordt geschetst van het totaal ontbrekende zorgaanbod in Nederland voor complexe psychiatrische patiënten met een verslaving? Wat is uw analyse over de vraag waarom dit zorgaanbod zo in gebreke is?

Antwoord 2

Ik herken dat personen met complexe psychiatrische problematiek en een verslaving niet altijd tijdig de juiste zorg ontvangen. Voor cliënten met een zogenoemde dubbele diagnose is een specifieke, geïntegreerde behandelaanpak vereist die bij voorkeur wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team. Deze geïntegreerde behandelaanpak is niet altijd breed beschikbaar, bij de instellingen die dit wel bieden zijn dan vaak ook wachtlijsten. Voor het overige herken ik de beelden uit het artikel niet

¹ NRC, 1 december 2023, «Tom Klaassen belandde in een «zorgvacuüm» en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen» Tom Klaassen belandde in een «zorgvacuüm» en stierf terwijl nog overlegd werd wie hem moest helpen – NRC

Vraag 3

Wat heeft ervoor gezorgd dat noodzakelijke voorzieningen en aanbod voor deze doelgroep zijn verdwenen zoals opvangplekken voor ontgiftiging, bedden voor de opvang van mensen met een combinatie van verslaving en psychiatrie, dagbesteding voor deze doelgroep, aandacht voor *harmreduction*, uitslaapplekken en dronkenmanscellen, pensions voor alcoholisten? Kunt u per bovengenoemde opvangplek uitleggen waarom en wanneer deze zijn verdwenen?

Antwoord 3

Over het lokale aanbod van de verschillende soorten opvangplekken en voorzieningen voor mensen met verslavingsproblematiek wordt geen landelijke data verzameld. Ik kan daarom geen inzicht geven in de ontwikkeling van het aanbod hiervan. Ik heb hierbij ook geen signalen dat er sprake is van een structurele afname van voorzieningen.

Vraag 4

Bent u het ermee eens dat *defocus* op zelfregie voor deze doelgroep niet passend is? Zo ja, waarom wordt daar toch nog steeds op ingezet?

Antwoord 4

Het is aan de behandelaar of behandelaren van een patiënt met complexe psychiatrische problemen om te bepalen wat voor deze patiënt de meest passende zorg en ondersteuning is. De term «zelfregie» wordt hierbij gebruikt voor het behandelprincipe dat de verantwoordelijkheid voor de keuzes in de behandeling en het dagelijks leven zoveel mogelijk gedeeld worden door de patiënt. Zelfregie betekent hierbij niet dat de patiënt zelf zijn koers moet bepalen of zelfstandig elke behandelstap moet aangaan.

Vraag 5

Gaat u gehoor geven aan de oproep uit het veld om meer aanbod voor deze doelgroep, door bijvoorbeeld meer acute bedden voor ontgiftiging, langdurige bedden voor behandeling en een inzet op *harmreduction* en dagbesteding te creëren? Zo niet, waarom niet?

Antwoord 5

Ik vind het met het veld belangrijk dat er passende en tijdige zorg en ondersteuning wordt geboden aan deze doelgroep vanuit een integrale blik op zowel verslaving als psychische problematiek. Hieronder geef ik aan hoe de Staatssecretaris en ik er reeds op inzetten om de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep te verbeteren.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is met onder andere de gemeenten afgesproken om in de komende vijf jaar te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, waar iedere inwoner toegang toe heeft. Deze steunpunten zijn met name bedoeld voor inwoners met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

Voor mensen met complexe en meervoudige problematiek die niet uit zichzelf hulp zoeken kunnen gemeenten op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) inzetten op bemoeizorg. 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 uitvoeren van deze taak. Ook worden gemeenten met het actieprogramma «Grip op onbegrip» in staat gesteld om de aanpak voor mensen met complexe psychiatrische problemen verder vorm te geven.

Tot slot is er ook aandacht voor het aanbod van zorg. Ten aanzien van de specialistische ggz is één van de opgaven waar ik samen met partijen vanuit het IZA in het kader van de toegankelijkheid van de ggz aan werk, het borgen van de continuïteit en het realiseren van voldoende toegankelijk ggz aanbod voor patiënten met een hoog complexe zorgvraag, de zogenaamde cruciale ggz. In mijn brief van 21 december 2023² heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken en de verdere aanpak hiervan.

² Kamerstuk 25 424, nr. 679.

Vraag 6

Bent u het met ons en deskundigen eens dat juist om terugval tegen te gaan, het relevant is dat mensen wat te doen hebben en er structuur is? Klopt het dat er geen bekostiging is voor activiteiten in opvang en zorglocaties? Zo ja, bent u bereid hierover afspraken te maken met zorgverzekeraars zodat ook activiteiten, sport en ontspannen bekostigd worden?

Antwoord 6

Voor mensen met complexe psychiatrische problemen kan dagbesteding een belangrijk onderdeel zijn van de behandeling voor herstel en terugvalpreventie. Dagbesteding wordt op verschillende manieren aangeboden en bekostigd. Voor patiënten die opgenomen zijn in een kliniek kan dagbesteding binnen de curatieve zorg worden bekostigd. Voor EPA-cliënten die ambulante behandeld worden kan op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) of Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak gemaakt worden op dagbesteding. Daarnaast wordt ook vanuit gemeenten voorzien in dagbesteding op basis van de Wmo.

Vraag 7

Kent u het vertrouwelijke ggz-rapport dat over deze doelgroep geschreven is door Zegerius, Zoeteman en De Wit? Wat is de status van het rapport en op welke manier is er opvolging gegeven aan dit document?

Antwoord 7

Ik heb kennisgenomen van het artikel en het vertrouwelijke rapport waar in het artikel via een digitale link naar wordt verwezen. Ik vind het aan de opdrachtgevers van dit rapport om te bepalen of en op welke manier hier opvolging aan gegeven zou moeten worden.

Vraag 8

In het rapport wordt gesteld dat het moeilijk is om de omvang van de doelgroep in kaart te brengen, wat maakt dit zo moeilijk? Wat wordt ondernomen om deze groep wel in beeld te krijgen?

Antwoord 8

Het is complex om deze groep van mensen met complexe psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek in kaart te brengen. Dit wordt onderschreven door het Trimbos-instituut in het rapport «Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland» (2022)³. Hierin wordt beschreven dat het een niet homogene doelgroep betreft, die ook verandert over de tijd qua kenmerken en zorgbehoeften. Daarnaast gaat het hier voor een deel om mensen die de zorg mijden of waar door het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats weinig zicht op is. Wanneer er sprake is van mensen die niet uit zichzelf hulp zoeken kan op basis van de Wmo worden ingezet op bemoeizorg, waardoor mensen dan binnen een gemeente toch in beeld komen. Vanuit de aanpak voor personen met onbegrepen gedrag zijn daarbij instrumenten ontwikkeld om gemeenten te helpen bij het uitvoeren van deze taak. Voorbeelden hiervan zijn het inrichten van meldpunten niet-acute zorg, Streettriage en de wijk-GGD'er.

Vraag 9

Wat is uw reactie op het feit dat palliatieve zorg wordt genoemd als één van de «gewenste oplossingen» voor het tekortschietende zorgsysteem?

Antwoord 9

Het artikel verwijst naar een intern rapport dat is opgesteld vanuit de regio Amsterdam. Op basis van het artikel en in reactie op uw vraag vind ik het belangrijk om het volgende te benadrukken. Palliatieve zorg mag nooit ingezet worden om eventuele tekortkomingen in het zorgaanbod te compenseren. Palliatieve zorg starten dient een zorgvuldig proces te zijn, waarvoor een kwaliteitskader en richtlijnen voor professionals gelden. Principes van palliatieve zorg, zoals geformuleerd in het kwaliteitskader palliatieve zorg, zijn onder andere gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. Dit vormt de basis voor de zorgverlening, waarin de

³ Recente inzichten in harm reduction voorzieningen in Nederland – Trimbos-instituut

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.

Vraag 10

Deelt u de mening van experts in het artikel dat een dergelijke aanbeveling ethische en juridische grenzen overschrijdt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 10

In het artikel plaatst één van de experts ethische en juridische vraagtekens bij het benoemen van palliatieve zorg in de context van een tekort aan zorgaanbod. Daarnaast stelt een andere expert dat besluiten dat genezing niet meer mogelijk is zonder overleg met de patiënt en mede ingegeven door de tekortkomingen in het zorgsysteem niet kan. Dit sluit aan bij het feit dat aan professionele zorgverlening (zorg)ethische en juridische principes verbonden zijn, zoals opgenomen in het kwaliteitskader palliatieve zorg⁴. De zorgverlener herkent, erkent en verkent de complexe ethische kwesties die zich voor kunnen doen in de zorg voor patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Geldende wet- en regelgeving, erkende medische zorgstandaarden en professionele richtlijnen vormen de kaders waarbinnen de waarden, wensen en behoeften van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger en diens naasten worden gerespecteerd. Ook wijst deze expert er op dat verzoeken voor euthanasie bij verslaving alleen in zeer uitzonderlijke situaties gehonoreerd worden. «Er is veel meer nodig om te voldoen aan het criterium van ondraaglijk lijden.»

Vraag 11

In hoeverre is deze aanbeveling van palliatieve zorg, met of zonder verzoek van de patiënt zelf, al in de praktijk gebracht?

Antwoord 11

In het artikel wordt verwezen naar een intern rapport uit de regio Amsterdam. In hoeverre aanbevelingen uit het rapport in de praktijk zijn gebracht is mij niet bekend.

Vraag 12

Welke gerichte maatregelen gaat u nemen om het afschuiven van verantwoordelijkheid, zoals te zien is in de in het artikel genoemde casus, maar ook bij andere ggz-patiënten met een complexe zorgvraag, tot het verleden gaat behoren? Hoe gaat u ervoor zorgen dat er in de toekomst meer samenwerking plaatsvindt tussen de betrokken partners?

Antwoord 12

Bij mensen met een complexe zorgvraag zijn vaak meerdere partijen betrokken die ieder een eigen rol en verantwoordelijkheid hebben om passende zorg of ondersteuning te bieden. Het is daarbij vooral belangrijk dat deze partijen goed samenwerken aan passende en integrale ondersteuning en zorg, waarbij de wensen en behoeften van mensen centraal dienen te staan. Er zijn op landelijk niveau verschillende initiatieven om deze samenwerking te bevorderen. Zo is het actieprogramma «Grip op onbegrip» in belangrijke mate gericht op het versterken van domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal, zorg- en veiligheidsdomein. Het versterken van domeinoverstijgende samenwerking staat ook centraal in het IZA. Zo wordt in de regio's gewerkt aan een integrale aanpak van gezondheidsvraagstukken op basis van regioplannen. Verder wordt in het IZA specifiek voor de GGZ ingezet op verbetering van de samenwerking tussen het sociaal domein, de eerstelijnszorg en de ggz.

Vraag 13

Welke gerichte maatregelen gaat u nemen om de gevolgen van eerder wegbezuinigde of anderszins verdwenen specialistische voorzieningen te herstellen en verdere verschraving van de ggz-zorg te voorkomen?

⁴ Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland – Palliaweb

Antwoord 13

De door u genoemde bezuiniging herken ik niet. De uitgaven in de ggz zijn de afgelopen jaren niet afgenomen, maar juist toegenomen. Het betreft een stijging van € 5,5 miljard in 2016 naar € 9,3 miljard in 2023.

Zoals hierboven aangegeven gaat het voor de doelgroep van mensen met complexe psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek om een combinatie van voorzieningen die aangeboden worden door de gemeenten en de specialistische ggz. Ten aanzien van de specialistische ggz is één van de opgaven om voldoende toegankelijk ggz aanbod voor patiënten met een hoog complexe zorgvraag te creëren, de zogenaamde cruciale ggz. In mijn brief van 21 december 2023⁵ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken en de verdere aanpak hiervan.

Vraag 14

Bent u bereid om te werken naar een systeem waarbij juist de hoogcomplexe ggz-zorg gebaat is bij stabiele financiering zodat zij een landelijk dekkende brandweerfunctie kan vervullen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 14

Ik vind het van belang dat er voldoende aanbod is van ggz voor mensen met een hoogcomplexe zorgvraag en dat hiervoor stabiele financiering en bekostigingsvorm beschikbaar is. Zoals aangegeven in de brief die ik op 21 december 2023 aan uw Kamer heb gestuurd⁶, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) recentelijk een verkenning uitgevoerd, waarin ze op dit moment tot de conclusie komen dat er binnen de huidige bekostiging en de huidige reguliere zorginkoop op dit moment afdoende mogelijkheden zijn om goede afspraken te maken over ggz-zorg voor de allerswaarste patiënten. Zoals in de brief van 21 december is aangegeven zal ik later in het proces de NZa nogmaals vragen naar dit vraagstuk te kijken.

Vraag 15

Bent u bereid om deze vragen één voor één en te beantwoorden?

Antwoord 15

Ja, hiertoe ben ik bereid.

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 679.

⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 679.