

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

2943

Vragen van de leden **Kat** en **Raemakers** (beiden D66) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over *het artikel «Het gebrek aan zorg voor psychiatrische patiënten met een verslaving drijft ouders tot wanhoop: «Wij zijn gevangen in de zorg voor hem»»* (ingezonden 21 april 2023).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Ooijen** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en van Minister **Helder** (Langdurige Zorg en Sport) (ontvangen 19 juni 2023). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2022–2023, nr. 2533.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht over het gebrek aan zorg voor psychische patiënten met een verslaving?¹

Antwoord 1

Ja, dat bericht is ons bekend.

Vraag 2

Wat is uw reactie op de gestelde problematiek in het artikel: «je hebt lichte psychische problemen, maar je verliest je huis, je sociale steunsysteem en je kan ook niet snel bij je psychiater terecht, dan is de kans groot dat je na een half jaar op straat bent afgeleden naar een zeer zwaar geval»?

Antwoord 2

We vinden het belangrijk dat mensen met psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen passende en tijdige ondersteuning en zorg krijgen. In het Integraal zorgakkoord (IZA) hebben we daarom afspraken gemaakt om de samenwerking tussen ggz, sociaal domein en huisartsenzorg te verbeteren. Voor mensen die de grip op het leven kwijt zijn of dreigen te raken zetten we daarnaast in op het vormgeven van een werkende aanpak op lokaal niveau. Met het actieprogramma Grip op onbegrip (AGO) stellen we

¹ De Volkskrant, 15 april 2023, «Het gebrek aan zorg voor psychiatrische patiënten met een verslaving drijft ouders tot wanhoop: «Wij zijn gevangen in de zorg voor hem»» (Het gebrek aan zorg voor psychiatrische patiënten met een verslaving drijft ouders tot wanhoop: «Wij zijn gevangen in de zorg voor hem» (volkskrant.nl)).

gemeenten in staat om deze aanpak vorm te geven, van elkaar te leren en concrete initiatieven uit te rollen.²

Vraag 3

Heeft u een beeld van de omvang van de groep patiënten met meerdere psychische klachten (waaronder verslaving)? Kunt u daarop reflecteren?

Antwoord 3

Het Trimbos instituut geeft aan dat een fors deel van de mensen met psychische problemen ook kampt met een verslaving en vice versa dat een groot deel van de mensen met een verslaving kampt met psychische problemen. Dit is de zogenaamde dubbele diagnose. Het is moeilijk om een exact beeld te krijgen van hoeveel mensen een dubbele diagnose hebben, maar er zijn wel schattingen gedaan waarbij ervan wordt uitgegaan dat 20 tot 50 procent van de patiënten in de ggz ook verslavingsproblematiek heeft, naast hun psychische stoornis.³ De samenloop van verslaving en psychische problematiek is dus veelvoorkomend en vraagt om een integrale blik op beide aspecten in de zorgverlening. Hier is in de verschillende zorgstandaarden dan ook expliciet aandacht voor, zowel binnen de zorgstandaarden voor de ggz, als voor de verslavingszorg.

Vraag 4

Hoe kan het dat deze groep met multiproblematiek geen plek vindt in ons zorgsysteem, juist omdat meerdere problemen (waaronder verslaving) vaak voorkomen?⁴

Antwoord 4

Verslavingszorg is een onderdeel van geestelijke gezondheidszorg. In de kwaliteitsstandaard «Verslavingszorg als onderdeel van de ggz» is opgenomen dat kennis van verslaving (diagnostiek en behandeling) binnen elke ggz-instelling aanwezig moet zijn. In de kwaliteitsstandaarden voor de verschillende verslavingen (alcohol, opiaten en drugs) wordt ingegaan op samenhang tussen verslaving en psychische problemen bij de diagnose en in de behandeling. Toezicht op de naleving van deze kwaliteitsstandaarden is belegd bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Indien personen met dubbele diagnoses niet de juiste zorg ontvangen kan dit liggen aan het zorgaanbod, dat niet voldoende is toegerust op de ernst of samenloop van aandoeningen en/of problemen. In dit soort gevallen is het aan zorginstanties om te bezien hoe een patiënt toch passende zorg geboden kan worden, waarbij de zorgverzekeraar ook vanuit zijn zorgplicht de wettelijke verantwoordelijkheid heeft om te zorgen dat de patiënt toegang krijgt tot deze zorg.

Vraag 5

Heeft u in beeld hoe groot de groep is die nu «tussen wal en schip» valt omdat zorginstanties naar elkaar verwijzen (eerst afkicken, of juist eerst psychische stoornis behandelen)?

Antwoord 5

Zorginstanties houden geen gegevens bij over het doorverwijzen naar andere zorginstanties, dus er is geen landelijk beeld hoe groot deze groep is. Zoals is vermeld bij de beantwoording van vraag 4 is in dit soort gevallen het aan zorginstanties om te bezien hoe een patiënt toch passende zorg geboden kan worden, waarbij de zorgverzekeraar ook vanuit zijn zorgplicht de wettelijke verantwoordelijkheid heeft om te zorgen dat de patiënt toegang krijgt tot deze zorg. Voor mensen voor wie via de reguliere kanalen geen passende behandelplek gevonden kan worden, bestaat het opschalingsmodel van de regionale doorzettingmacht⁵. Hierbij wordt eerst op regionaal, dan op bovenregionaal en dan op bestuurlijk niveau gezocht naar een passende plek.

² ZonMw (2021). Programmavoorstel Actieprogramma Grip op Onbegrip. ZonMw. Geraadpleegd van: Programmapagina actieprogramma grip op onbegrip | ZonMw.

³ Dubbele diagnose: feiten en cijfers – Trimbos-instituut.

⁴ Trimbos Instituut, 2023, «Dubbele diagnose: feiten en cijfers» (Dubbele diagnose: feiten en cijfers – Trimbos-instituut).

⁵ Kamerstukken 25 424, nr. 590, 594, 619.

Vraag 6

Wat zijn volgens u de gevolgen voor de patiënt en de samenleving als deze patiënten niet de juiste zorg (eventueel met opvangplek) krijgen?

Antwoord 6

De juiste zorg is voor zowel patiënt als de samenleving van groot belang. De gevolgen wanneer iemand niet de juiste zorg ontvangt kunnen uiteenlopend zijn en verschillen daarmee per casus. Het is daarom belangrijk om passende en kwalitatief goede zorg te bieden. Hier zetten we ook volop op in, onder andere met de gemaakte afspraken in het IZA. Een voorbeeld van deze IZA-afspraken is

het opzetten van regionale mentale gezondheidscentra. De huisarts verwijst zijn patiënt hier naartoe als er onduidelijkheid is over hoe iemands sociaal-maatschappelijke problemen zich verhouden tot de psychische klachten.

Vraag 7

In hoeverre deelt u de overtuiging dat verslavingszorg en psychiatrische zorg te gescheiden zijn in Nederland?

Antwoord 7

Zoals in antwoord op vraag 4 is aangegeven, wordt binnen de diagnostiek en behandeling van ggz-patiënten rekening gehouden met de zogenaamde dubbele diagnose. Er zijn ook veel goede voorbeelden van zorg en ondersteuning in de praktijk die zijn toegespitst op patiënten met dubbele diagnoses. Dit zijn bijvoorbeeld FACT-teams die zich richten op het algehele welzijn van patiënten en het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) dat zich specifiek richt op mensen met zowel verslaving als psychische problemen. In samenwerking met het Trimbos-instituut stelt het LEDD 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 8

Deelt u als Staatssecretaris de mening dat deze mensen (mét multiproblematiek) terecht zouden moeten kunnen in begeleid wonen-projecten, zodat zij een thuis kunnen behouden?

Antwoord 8

Ja, ik deel de mening dat deze mensen zoveel mogelijk thuis moeten kunnen wonen, met ambulante zorg en ondersteuning. Het beleid van onder andere gemeenten en het Rijk in het kader van de zorgakkoorden (onder andere het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en IZA) en de beweging van beschermd wonen naar een beschermd thuis is dan ook gericht op de beweging naar de voorkant. Door meer in te zetten op preventie en een passende zorg- en ondersteuningsinfrastructuur voor de patiënt in de thuissituatie is verhuizen naar en opname in een instelling minder vaak noodzakelijk. Of dat mogelijk is moet per patiënt worden bezien, het betreft individueel maatwerk.

Factoren die dat mede bepalen zijn onder meer de concrete problematiek van de patiënt, het sociale netwerk en de aanwezigheid van een lokale en regionale ambulante zorg- en ondersteuningsinfrastructuur die flexibel kan inspelen op de vaak wisselende zorgbehoefte van een patiënt. In een aantal gevallen is de ondersteuning en zorg thuis niet toereikend en is – tijdelijke of langdurige – opname nodig in een ggz-instelling of instelling voor beschermd wonen. Ook dan blijft het doel gericht op herstel, toewerken naar zelfredzaamheid en vergroten van de zelfstandigheid.

Sinds 2021 is het ook mogelijk voor mensen met psychische problemen om een beschermde woonvorm te krijgen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Dan is er sprake van een langdurige en intensieve zorgvraag waarbij er geen zicht is op herstel.

Vraag 9

Wat is nu de gemiddelde wachttijd voor een beschermd wonen-plek?

Antwoord 9

Wachttijden en wachtlijsten voor beschermd wonen worden niet structureel en uniform in kaart gebracht. Wat wel bekend is uit het onderzoek Wachttijden Beschermd Wonen dat in 2019 was sprake van omvangrijke wachtlijsten in beschermd wonen. Het ging destijds om ongeveer drie- tot vierduizend patiënten⁶. Meer recente landelijke gegevens over wachttijden voor beschermd wonen zijn niet bekend.

Vraag 10

In hoeverre zijn kleinere gemeenten nu toegerust om patiënten met complexe problematiek (zoals psychische stoornissen gecombineerd met een verslaving) te helpen?

Antwoord 10

Preventie en passende ambulante ondersteuning zijn in beginsel beschikbaar in alle gemeenten. Gemeenten ontvangen hier ook middelen voor vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Op dit moment ontvangen alleen 43 centrumgemeenten middelen voor beschermd wonen en voeren zij in mandaat van de andere gemeenten in de regio beschermd wonen uit, onder meer bij de inkoop. Voor de (kleinere) regiogemeenten is er geen prikkel en ontbreken ook de middelen om een goede ambulante ondersteuningsinfrastructuur op te bouwen. In het kader van de beweging «van beschermd wonen naar een beschermd thuis» is het dan ook het voornemen om de middelen voor beschermd wonen door te decentraliseren naar alle gemeenten, zodat een geleidelijke verschuiving naar meer beschermd thuis en ambulante vormen van ondersteuning en zorg wordt gemaakt.

Vraag 11

Herkent u als Minister het beeld dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) nu te verkokerd is en welke stappen kunt u nemen om de samenwerking in de ggz meer te bevorderen?

Antwoord 11

Zoals eerder aangegeven in de antwoorden op vraag 4 en 7 is de verslavingszorg onderdeel van de ggz en zijn er goede voorbeelden van zorg die is toegespitst op dubbel diagnoses en waar goed wordt samengewerkt. Naast de in het antwoord op vraag 4 genoemde kwaliteitsstandaarden over verslavingszorg als onderdeel van de ggz, heeft de sector ggz ook veldnormen voor samenwerking. Het gaat hierbij om het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz en de Landelijke samenwerkingsafspraken.⁷ De Landelijke samenwerkingsafspraken geven aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken met de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ bij de zorgverlening en ze geven aandachtspunten voor regionale afstemming. Zowel het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz als de Landelijke samenwerkingsafspraken zijn door Zorginstituut Nederland opgenomen in het Openbaar Register als veldnorm voor goede zorg en de IGJ houdt toezicht op de uitvoering hiervan.

Daarnaast is per 1 december 2022, naar aanleiding van een afspraak in het Coalitieakkoord, Arnt Schellekens aangesteld als Nationaal Rapporteur Verslavingen (NRV).⁸ De NRV heeft aangegeven comorbiditeit in de ggz en verslavingszorg een belangrijk punt van aandacht te vinden. Wij laten ons door de NRV informeren over eventuele verbeterpunten op dit vlak.

Vraag 12

Hoe wordt ervoor gezorgd dat organisaties die verantwoordelijk zijn voor wonen en dagbesteding naadloos samenwerken met de ggz?

⁶ KPMG (2020). Wachttijden beschermd wonen: *Onderzoek naar inzicht in en oplossingsrichtingen voor de wachttijden en wachtlijsten beschermd wonen*. KPMG Advisory N.V. (in opdracht van VWS en VNG). Geraadpleegd van: Wachttijden beschermd wonen | Rapport | Rijksoverheid.nl.

⁷ GGZ Landelijk Kwaliteitsstatuut | Zorginzicht
GGZ Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz (LGA) | Zorginzicht.

⁸ Kamerstuk 36 200-XVI, nr. 123.

Antwoord 12

Goede samenwerking op lokaal niveau tussen sociaal domein en de ggz is van groot belang. Hier wordt in de regio's op verschillende manier vorm aan gegeven. Ook in het kader van het IZA wordt veel aandacht besteed aan het verbeteren van de samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein. Er wordt onder andere een werkwijze opgezet waarin goed opgeleide professionals verkennende gesprekken voeren, waarbij wordt afgewogen of ggz of inzet vanuit het sociaal domein, waaronder dagbesteding, nodig is. De nadruk ligt hier onder andere op het inzetten van consultatie en overleg tussen de het sociaal domein en de ggz voor individuele patiënten en het gezamenlijk begeleiden van burgers met ernstige psychische aandoeningen.

Vraag 13

Hoe kijkt u aan tegen de pilot van HVO Querido waar bewoners in samenwerking met ggz-medewerkers 24 uur per dag begeleiding krijgen?

Antwoord 13

De Staatssecretaris van VWS staat in algemene zin positief ten aanzien van nieuwe tussenvormen van beschermd wonen waar passende – op- en afschaalbare – ondersteuning en zorg mogelijk is, al dan niet met 24-uurs toezicht.

Vraag 14

Bent u van plan de pilot van HVO Querido landelijk in te voeren als deze succesvol is?

Antwoord 14

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van passende ondersteuning die vanuit de Wmo wordt geboden. Om die reden is het aan gemeenten om deze pilot landelijk in te voeren. Wel zal ik deze pilot – indien succesvol – onder de aandacht brengen bij gemeenten en de vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) om verder beziën of en hoe we deze pilot als goed voorbeeld breder kunnen toepassen.

Vraag 15

Hoe kijkt u aan tegen de «De Nieuwe ggz» – een beweging die de geestelijk gezondheidszorg in Nederland compleet anders wil inrichten, weg van dwingende labels uit het psychiatrisch handboek DSM-5?

Antwoord 15

De Kamerbrief van 21 oktober 2022⁹ bevat een reactie op het artikel «Het medisch model is te dominant in de ggz» waarin psychiater Floortje Scheepers de beweging van «De Nieuwe ggz», zorg gericht op gezondheid in plaats van ziekte, ondersteunt. Zoals benoemd in de reactie op het voornoemde artikel sluit deze beweging aan bij de afspraken die wij samen met partijen, waaronder de deNLggz, ZN, de LHV en de VNG, in het IZA hebben gemaakt over het verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz.

⁹ Kamerstuk 25 424, nr. 624.