

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

1504

Vragen van het lid **Synhaeve** (D66) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht over grote verschillen in verslavingszorg* (ingezonden 28 februari 2024).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Ooijen** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 15 april 2024). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2023–2024, nr. 1269.

Vraag 1

Bent u bekend met het signaal uit de berichtgeving?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

In hoeverre herkent u het beeld dat er grote verschillen bestaan binnen de verslavingszorg?

Antwoord 2

Ik herken de signalen over verschillen binnen de verslavingszorg. Op 15 februari jl. heb ik het jaarverslag van de Nationaal Rapporteur Verslavingen (NRV) aan uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 24 077, nr. 536). De NRV schrijft in dit jaarverslag dat er signalen zijn uit de praktijk dat er aanzienlijke kwaliteitsverschillen bestaan tussen instellingen, maar geeft daarbij ook aan dat onvoldoende zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg en de overeenkomsten en verschillen tussen de aanbieders. Ook de IGJ herkent het beeld dat er een grote variëteit aan aanbieders bestaat. Dit wordt breed in de ggz gezien, maar ook in andere zorgsectoren.

Ik ben het met de NRV eens dat ongewenste praktijkvariatie tussen verslavingszorginstellingen tegen moet worden gegaan. Het is goed dat de NRV en betrokken organisaties hier aandacht voor hebben en beter inzicht wordt verkregen in de kwaliteit van de verslavingszorg. In dit kader wil ik wijzen op het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de afspraken die daarin zijn gemaakt met partijen over toegankelijke, passende en kwalitatief goede zorg. Deze afspraken zijn ook van toepassing op de verslavingszorg.

¹ Skipr, 15 februari 2024, «Grote verschillen in kwaliteit verslavingszorg, inspectie moet optreden» («Grote verschillen in kwaliteit verslavingszorg, inspectie moet optreden» – Skipr)

Zoals toegezegd in bovengenoemde brief zal het kabinet uw Kamer voor het zomerreces een reactie op het jaarverslag van de NRV aanbieden. Er zal dan ook worden ingegaan op het voorkomen van ongewenste praktijkvariatie.

Vraag 3

In hoeverre herkent u het beeld dat sommige mensen helemaal geen zorg ontvangen, bijvoorbeeld omdat zij te kampen hebben met zware problematiek en de voorkeur wordt gegeven aan lichtere problematiek (cherry picking)?

Antwoord 3

Ik ben bekend met signalen over het geven van voorkeur aan het behandelen van mensen met lichtere verslavingsproblematiek. Ik ben het echter ook met de NRV eens dat er op dit moment onvoldoende gegevens zijn om te kunnen constateren in hoeverre dit in de praktijk voorkomt en hoe structureel dit probleem is. Het is daarom goed als ook dit aspect wordt meegenomen in het verkrijgen van meer inzicht in de kwaliteit van de verslavingszorg. Mensen dienen toegang te krijgen tot de zorg die ze nodig hebben, ongeacht de zwaarte van de problematiek.

Vraag 4

Waar kunnen de mensen zich tot wenden als zij geen passende zorg krijgen voor hun verslavingsproblematiek?

Antwoord 4

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke verantwoordelijkheid bij het realiseren van goede en passende zorg. Wanneer patiënten naar hun mening geen passende zorg ontvangen, dan is het belangrijk dat zij zich melden bij hun zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben speciale afdelingen voor zorgbemiddeling en zorgadvies. Deze afdelingen kunnen dan kijken of er een passend alternatief is. De zorgverzekeraar is in het kader van zijn zorgplicht verplicht om de verzekerde te bemiddelen naar zorg die de verzekerde nodig heeft en waar hij wettelijk aanspraak op heeft, tijdig en bereikbaar. Voor een restitutiepols gaat het daarbij om een inspanningsverplichting. Het is aan de NZa in haar rol als toezichthouder om vast te stellen of er aan de zorgplicht is voldaan.

Het is aan het veld om stelling te nemen over passende zorg en op basis daarvan richtlijnen eventueel aan te passen. Wanneer de IGJ signalen en meldingen ontvangt dat persoonsgerichte zorg (waarbij gekeken wordt of de zorg is afgestemd op de problematiek van de patiënt, diens hulpvraag en eventuele risico's) niet geborgd is, neemt de IGJ contact op met de zorgaanbieder. De focus van de IGJ bij dit toezicht is de kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten.

Vraag 5

In hoeverre hebben zorgverzekeraars en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) nu voldoende inzicht in of verslaafden passende zorg krijgen?

Antwoord 5

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht jegens hun individuele verzekerden. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar in het geval van een naturapolis verplicht is voldoende zorg in te kopen zodat zijn verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang heeft tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars hebben daarbij ook de wettelijke taak om gerichte controles uit te voeren naar de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg. Ook worden in de contractering afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg. Zorgverzekeraars hebben overigens geen zicht op welke verzekerden op een wachtlijst staan zonder dat zij zich melden; zij weten dit alleen van verzekerden die zich bij hen melden voor zorgbemiddeling. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg die zorgaanbieders (waaronder ook verslavingszorgaanbieders) leveren. Onderdeel van het toezicht is de vraag of er sprake is van persoonsgerichte zorg, waarbij gekeken wordt of de zorg is afgestemd op de problematiek van de patiënt, diens hulpvraag en eventuele risico's. Verder verwacht de IGJ dat de zorgaanbieders en de zorgverleners handelen conform hun professionele en kwaliteitsstandaarden. Als de IGJ signalen krijgt waaruit blijkt dat wordt afgeweken van behandelrichtlijnen, dan zal zij daarop acteren. Vanuit het

toezicht heeft de IGJ op dit moment geen risico's in beeld die aanleiding geven om specifiek toezicht uit te voeren op de verslavingszorg.

Vraag 6

Herkent u het beeld dat er een groot gat bestaat tussen het aantal mensen dat verslaafd is en het aantal mensen dat zorg krijgt?

Antwoord 6

Ja, ik herken dit beeld. De NRV wijst in zijn jaarverslag op het feit dat het grootste deel van de mensen met een verslaving die zorg nodig heeft, niet bekend is bij de verslavingszorg (de zogenaamde zorgkloof). Er is echter nog weinig bekend over hoe groot die groep exact is of om welke doelgroepen of verslavingen het gaat. Het is moeilijk dit goed in beeld te krijgen. Een deel van de mensen zoekt behandeling en komt wellicht op een wachtlijst of vindt geen passende zorg. Een grote groep mensen zoekt echter geen hulp. Daar kunnen verschillende redenen voor zijn, zoals schaamte en stigma of het niet willen stoppen met het gebruik. Een deel zoekt pas in een laat stadium zorg als men al op meerdere levensgebieden is vastgelopen. Ook zijn er veel mensen die het zelfstandig lukt om te stoppen of hulp zoeken bij zelfhulpgroepen zoals de Anonieme Alcoholisten.

Vraag 7

Welke stappen neemt u zodat verslaafden eerder geholpen kunnen worden?

Antwoord 7

Ik vind het zorgelijk dat een groot deel van de mensen die kampen met een verslaving geen hulp zoeken, lang wachten met hulp zoeken of niet de juiste hulp kunnen vinden. Zoals de NRV aangeeft in zijn jaarverslag is er geen panacee voorhanden om de zorgkloof eenvoudig te dichten en te zorgen dat mensen eerder worden geholpen. Het is van belang dat gelijktijdig wordt ingezet op preventie, vroegsignalering, toegankelijkheid en kwaliteit van de verslavingszorg en goede nazorg. Daarnaast ben ik het met de NRV eens dat tegengaan van stigmatisering van groot belang is.

Om mensen tijdig toe te geleiden naar de juiste hulp en ondersteuning is een belangrijke rol weggelegd voor bijvoorbeeld de huisarts, de praktijkondersteuner GGZ, andere professionals in de gezondheidszorg, maar ook in de wijk, zoals bijvoorbeeld jongerenwerkers. Het is cruciaal dat zij symptomen van verslaving tijdig herkennen en erover in gesprek gaan, zonder te stigmatiseren.

Daarnaast kan goede voorlichting helpen zodat mensen eerder hulp zoeken. Zoals we bijvoorbeeld doen met de Alcohol, Drugs, Roken en Gamens infolijnen en websites van het Trimbos-Instituut.

Vraag 8

In hoeverre wordt er nu overbruggingszorg geboden in de verslavingszorg?

Antwoord 8

Wanneer iemand door de huisarts wordt verwezen voor behandeling naar de ggz, is het belangrijk dat mensen ondersteuning krijgen tijdens het wachten, om te voorkomen dat problemen verergeren. Deze overbruggingszorg is feitelijk geen zorg maar ondersteuning, het gaat om activiteiten die worden aangeboden om de periode tot zorg te overbruggen en zijn daarmee onderdeel van het sociaal domein. Er zijn veel goede voorbeelden van overbruggingsondersteuning, zoals Wachtkracht in Zwolle en Wachterzachter in Dronten. Deze initiatieven laten zien dat wachttijdbegeleiding en overbruggingsondersteuning van grote meerwaarde kunnen zijn en brede navolging verdienen.

In de motie van lid Synhaeve (Kamerstuk 36 410-XVI-58) is het kabinet verzocht te stimuleren dat eind 2024 door alle zorgaanbieders in de ggz een vorm van overbruggingsondersteuning wordt aangeboden. Hieraan wordt invulling gegeven door de stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden te verzoeken om in afstemming met de regionale versnellers te kijken naar mogelijkheden om mensen bij verwijzing naar de ggz meer informatie mee te geven waar men in de regio terecht kan voor ondersteuning tijdens het wachten op behandeling in de ggz. Veel gemeenten hebben een sociale kaart waar voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn zichtbaar zijn.

Hiernaast is er ondersteuning in de vorm van laagdrempelige steunpunten. In het IZA is hierover afgesproken in vijf jaar toe te werken naar een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten en e-communities, waar iedere inwoner zonder indicatie toegang tot heeft en waar je kunt werken aan je herstel. Dit geldt dus ook voor mensen die wachten op verslavingszorg. Specifiek ter overbrugging richting de verslavingszorg kan op dit moment gebruik worden gemaakt van zelfhulp zoals online zelfhulpprogramma's of zelfhulpgroepen. Ook zijn er initiatieven waarbij de hulp van ervaringsdeskundigen wordt ingezet.

Vraag 9

Welke stappen neemt u, ook in het kader van het Integraal Zorgakkoord, om comorbiditeit onder patiënten in gezamenlijkheid aan te pakken?

Antwoord 9

Mensen met een verslaving en een psychische aandoening (comorbiditeit of dubbele diagnose) ontvangen bij voorkeur een specifieke, geïntegreerde behandeling. Diagnosestelling en behandeling vragen om specifieke kennis en samenwerking tussen professionals uit verschillende vakgebieden. In het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) werkt het Trimbos-Instituut samen met verschillende partijen om instellingen verder te helpen en praktisch te ondersteunen bij het bieden van goede zorg aan mensen met een dubbele diagnose. Het LEDD stelt instrumenten beschikbaar voor de implementatie van een geïntegreerde aanpak en biedt zorginstanties en professionals de meest actuele informatie over behandelmethodes en -instellingen voor dubbele diagnoses.

In algemene zin zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) met partijen afspraken gemaakt om de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Deze afspraken gaan niet over specifieke patiëntengroepen maar meer algemeen over de inzet op passende zorg, meer samenwerking en meer focus op gezondheid. Zo zijn er afspraken gemaakt over het versterken van het sociaal domein en de sociale basis om zo mensen met psychische klachten (dit kan ook een verslaving zijn) laagdrempelig te ondersteunen. Daarnaast zijn er afspraken over het verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en de ggz om tijdig passende zorg en ondersteuning aan te kunnen bieden door middel van het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken, van waaruit verkennende gesprekken worden gevoerd door ggz-professionals en professionals uit het sociaal domein. Dit soort maatregelen komen aan iedereen met een ondersteunings- of zorgvraag ten goede, dus ook mensen die te maken hebben met een verslaving en/of psychische klachten.

Vraag 10

In hoeverre ondersteunt het Rijk gemeenten om stappen te zetten om te voorkomen dat mensen verslaafd raken?

Antwoord 10

Vanuit de Rijksoverheid wordt de ontwikkeling van verschillende initiatieven en interventies op het gebied van verslavingspreventie voor gemeentes gefinancierd. Gemeentes worden daarbij gestimuleerd om verslavingspreventie te integreren in hun bredere aanpak op het gebied van gezondheid en preventie.

Met het Nationaal Preventieakkoord (NPA) zijn in 2018 landelijke afspraken gemaakt met meer dan 70 maatschappelijke partijen, waaronder ook de VNG, over onder meer het realiseren van een rookvrije generatie en het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. Meer recent heeft het Ministerie van VWS samen met de VNG, GGD GHOR en Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over het verbeteren van lokaal beleid op het gebied van gezondheid en preventie, sport en bewegen, en het sociaal domein. In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) zijn ook afspraken gemaakt over verslavingspreventie en hebben gemeenten extra middelen gekregen voor vroegsignalering van alcoholproblematiek en om de aanpak Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO) te implementeren. OKO is een aanpak waarin gemeenten en lokale partners samen werken aan een positieve, gezonde en veilige leefomgeving voor jongeren.

Daarnaast hebben het RIVM en het Trimbos-Instituut allerhande producten voor gemeentes ontwikkeld, waaronder «Wat werkt dossiers», met informatie over effectieve interventies en andere mogelijkheden voor preventie van gebruik van alcohol, tabak en drugs bij jongeren. Ook heeft het Trimbos voor gemeenten het Modelplan Lokaal Drugsbeleid ontwikkeld, een concreet format dat een gemeente helpt bij het schrijven van een effectief, integraal en lokaal drugspreventiebeleid. Hierop aanvullend is er ook de «Tool middelenpreventie kwetsbare groepen» voor gemeenten die aan de slag willen met het ontwikkelen of verbeteren van middelenpreventie voor kwetsbare groepen. Daarnaast zijn er handreikingen voor meer specifieke situaties en middelen, zoals de Handreiking Lachgas, de Leidraad Evenementen, en een Handreiking voor Nederlandse gemeenten ten behoeve van de aanpak van GHB-problematiek.

Ook heeft Verslavingskunde Nederland (VKN) in het kader van het Nationaal Preventieakkoord, in samenwerking met het Trimbos-instituut, het informatie-instrument Lokaal samenwerken aan verslavingspreventie ontwikkeld. Dit instrument bestaat uit kwalitatief goede interventies, die bewezen effectief zijn en die passen binnen de preventieketen. Instellingen voor verslavingszorg kunnen gemeenten adviseren over de implementatie van deze interventies.