



Aan: leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG
E: cie.vws@tweedekamer.nl

Datum: 28 april 2022
Kenmerk: 20-026
Onderwerp: Inbreng MIND voor Commissiedebat GGZ, Maatschappelijke opvang en Suïcidepreventie.
Contact: Nic Vos de Wael E: nic.vosdewael@wijzijnmind.nl

Geachte leden,

Op 11 mei a.s. vindt het commissiedebat ggz, maatschappelijke opvang en suïcidepreventie plaats. Met deze brief vraagt MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid u tijdens dit debat tijd te besteden aan een aantal onderwerpen, uiteenlopend van jeugd, wachttijden en beschermd wonen, tot het stimuleren van contracteren en de toelating van de behandeling van ernstig depressieve mensen met Esketamine. Ieder onderwerp heeft zijn eigen dynamiek en urgentie. De gemene deler is dat het telkens over beleid gaat dat een directe impact heeft op het leven van mensen die MIND vertegenwoordigt: mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun naasten.

Systeemverantwoordelijkheid

Kabinet Rutte IV is op 10 januari jl. geïnstalleerd. Dat betekent dat de minister voor LZS nu ruim 100 dagen in functie is. Wij kijken met belangstelling uit naar dit eerste debat over de staat van de ggz in Nederland en de visie en voorgenomen daden van de minister.

De afgelopen jaren is bij MIND het gevoel gegroeid dat wij als organisatie van cliënten en naasten ook in de wacht staan, net als de tienduizenden op de wachtlijsten en hun naasten. Er gebeurt zeker het nodige goede en er worden zaken ontwikkeld en geprobeerd. Dat is positief en daar werken wij graag aan mee, bijvoorbeeld in de 'Stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden'. Maar net als in het escalatiemodel van de regionale doorzettingsmacht is uiteindelijk de 'hoogste trede' verantwoordelijk voor het gehele verloop op alle niveaus in de (zorg)keten. In dit geval de minister voor LZS.

Op dit moment wordt gewerkt aan het Integraal Zorgakkoord (IZA) en werkt de minister een toekomstagenda ggz uit. Het IZA richt zich op de zorgverzekeringswet (Zvw) en laat andere wetgeving (Wmo, Wlz, etc.) en aanpalende beleidsterreinen (sociaal domein) buiten beschouwing. Als de mens werkelijk centraal staat in het beleid, is het wat MIND betreft noodzakelijk om die verbindingen juist wel te maken. We vragen de minister om het voortouw te nemen bij de aanpak van de problemen in de ggz; om heldere keuzes te maken, te prioriteren en te coördineren.



Wilt u de minister vragen om haar positie als systeemverantwoordelijke voor de ggz op brede wijze (inclusief preventie en nazorg) invulling te geven?

Antwoorden op alle door u gestelde vragen

De wachttijden zijn een hardnekkig probleem: meer dan 40.000 mensen staan langer op een wachtlijst dan wij in Nederland met elkaar hebben afgesproken (de 'Treeknorm'). Dit probleem blijft maar aanhouden. Wij beschouwen de problemen met de wachttijden als een symptoom van zaken die misgaan in de ggz. MIND is dan ook niet verrast dat verschillende fracties heel veel vragen hebben gesteld aan de minister. Niet alleen *veel* vragen, maar ook *terechte* en *nodige* vragen die een duidelijk antwoord behoeven van de minister voor LZS.

Wilt u daar waar nodig in het debat doorvragen op de antwoorden zodat altijd duidelijk wordt wat de uitwerking van het beleid concreet betekent voor de wachtenden en hun naasten? Ten positieve en ten negatieve.

Duidelijke doelen, heldere strategie en gerichte acties

De partijen in de genoemde 'Stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden' werken goed samen en men boekt zeker voortgang, bijvoorbeeld als het gaat om stimuleren van regionale samenwerkingen. Al deze activiteiten vertalen zich helaas nog niet in het afnemen van het aantal wachtenden en de lengte van de wachttijden. Het is cruciaal dat de minister voor LZS concreet benoemt en toezegt wat er de komende kabinetsperiode van het kabinet te verwachten is om de cijfers naar beneden te brengen.

Ons schot voor de boeg: leg de focus op de meest urgente problemen. Mensen met ernstige zorgvragen die nu geen zorg krijgen en dikwijls al het langst wachten. Werk daarbij van 'achteren naar voren'; begin *nu* bij de mensen met de meest complexe zorgvraag en kijk wat we per direct voor deze mensen kunnen doen. Maak dit concreet en controleerbaar, en benoem de betrokken partijen en hun verantwoordelijkheden. De tijd voor vrijblijvendheid in de ggz is echt voorbij.

De lichtere problematiek moet wellicht iets langer wachten op zorg. Voor deze mensen kunnen (tijdelijk) andere oplossingen worden ingezet. We denken hierbij aan MIND Korrelatie waarbij hulpverleners dagelijks gratis anonieme hulp bieden en mensen handelingsperspectief krijgen en worden verwezen naar laagdrempelige hulp. Ook maatregelen op het terrein van (terugval-) preventie kunnen daarbij een rol spelen. En natuurlijk speelt ook hier de noodzaak om het sociaal domein veel beter te betrekken en te verbinden met het zorgdomein. Goede interventies op het gebied van welzijn kunnen helpen om de druk op de (specialistische) ggz te verminderen.

Wilt u de minister vragen - in aansluiting op de beantwoording van de door uw leden gestelde vragen - welke (kwantitatieve) doelen en strategie zij de komende kabinetsperiode heeft en wat zij aan concrete, meetbare acties gaat ondernemen om de wachttijden en wachtlijsten terug te brengen? Waar kunnen mensen op een wachtlijst en hun naasten op rekenen? En ook: wat verlangt de minister van de diverse partijen bij de aanpak van dit probleem? Wie moet wat (beter) gaan doen? Kan de minister in dit geval partijen en verantwoordelijkheden benoemen?



MIND vindt dat de stuurgroep goede zaken in gang heeft gezet, maar dat die nog niet overal worden toegepast. Zoals de inrichting van bestuurlijke overlegtafels voor mensen met zeer complexe zorgvragen. Het is dus nodig dat wat landelijk is afgesproken in elke regio wordt opgepakt.

Wilt u de minister vragen op welke wijze zij er voor gaat zorgen dat de goede zaken die bedacht zijn ook overal -regionaal en lokaal- zullen worden uitgevoerd?

Sluitingen, marktwerking en toezicht

Zeer zorgelijk zijn de recente sluitingen van diverse instellingen en gespecialiseerde centra. Tot op heden zien wij weinig urgentie en beweging bij aanbieders, verzekeraars en de toezichthouder (NZa) om de achterliggende redenen van deze sluitingen te analyseren en er vervolgens een oplossing voor te vinden. En ook hier zijn wederom juist de meest kwetsbare patiënten de dupe. MIND vindt dit schrijnend en onacceptabel.

De NZa moet als toezichthouder handhaven op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Op welke wijze monitort de NZa dat zorgverzekeraars daadwerkelijk (tijdig en in overleg met de cliënt en diens naaste) passende zorg aanbieden? Wordt in de toezichtsaanpak van de NZa ook het cliëntenperspectief meegenomen, bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met cliënten- en naastenraden van deze ggz-instellingen?

De achterban van MIND maakt zich hier niet alleen grote zorgen over, maar is gewoonweg boos en ongerust over de sluitingen en de ontstane situaties. Weken geleden is dit probleem al aan de orde gesteld. En intussen zet de trend van sluitingen door. Mensen die al in zorg waren raken die kwijt of moeten overstappen op een nieuwe behandeling. Mensen die op de wachtlijst stonden komen soms onderaan op een nieuwe wachtlijst te staan. Voor sommige intensieve zorg is überhaupt geen alternatief in de beschikbaar.

Uiteindelijk wordt de rekening van deze sluitingen aan de maatschappij gepresenteerd: door een stijging van het aantal personen met verward gedrag, door een toename van duurdere vormen van zorg, doordat het langer duurt voordat mensen hersteld zijn en hun normale leven (inclusief werk) kunnen hervatten, enzovoort. Een oplossing voor de korte termijn wordt zo uiteindelijk een probleem voor de lange termijn.

De vraag die hierbij speelt is niet alleen of er voldoende aanbod is voor de specifieke zorgvragen, maar vooral of zeer gespecialiseerde (derdelijns) zorg niet een voorziening moet zijn die landelijk wordt georganiseerd en aangeboden, buiten de markt om. Vraag en aanbod zijn immers te klein voor een goede marktwerking. Voorzieningen als de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB) van Inforsa / Arkin moeten worden gezien als 'systeemvoorzieningen' zoals we ooit spraken over 'systeemziekenhuizen' en 'systeembanken'.



Wilt u de minister vragen een uitspraak te doen over het organiseren van systeemvoorzieningen voor zeer gespecialiseerde zorg? Zijn er afspraken over een ondergrens van minimale voorzieningen die er moeten zijn op gebied van complexe zorgvragen? Maar ook: hoe kan het dat er zomaar kan worden afgeschaald tot 0? Hoe wordt er voorzien in een uitwijkplek voor de meest kwetsbare groep, zodat zij niet het risico lopen op straat te belanden?

Vanuit de achterban van MIND bereiken ons ook veel vragen over de sluitingen. Hieronder een selectie:

- *In hoeverre is in beeld hoeveel behandelplaatsen en welke soort behandelplaatsen er landelijk en regionaal afgelopen halfjaar zijn verdwenen?*
- *Zijn er alternatieve behandelingen aangeboden aan cliënten en mensen op de wachtlijst?*
- *Hoeveel hulpvragers betreft het hier?*
- *Weten we wat de invloed is van deze trend op de toename van dwangtoepassingen en het aantal suïcides in Nederland?*

Mentaal preventieakkoord

Voorkomen is beter dan genezen. De bevordering van mentale gezondheid verdient daarom een eigen plek in het beleid van VWS, zoals in een Preventieakkoord Mentale Gezondheid. Wat dit akkoord zou moeten bevatten hebben wij opgenomen in onze brief aan uw commissie voor het debat van 9 november 2021. Een belangrijk punt is ook de aansluiting bij het bestaande Preventieakkoord Gezonde Leefstijl.

Mentale gezondheid moet breed en vroegtijdig worden ingezet; in de zorg, maar zeer zeker ook in het onderwijs, op de werkvloer en bij het (top-)sporten. Preventie doe je namelijk in hoge mate *buiten* de zorg. Inzet op preventie, inclusief terugvalpreventie en suïcidepreventie, vraagt daarom om logische verbindingen tussen ggz en andere maatschappelijke domeinen. Ons uitgangspunt is aansluiting bij alle aspecten van de leefwereld van iedere burger. Zet dus in op het versterken van de vaardigheden van mensen om dat te kunnen doen. Als het specifiek gaat om preventie en jongeren is daar ook aantoonbaar effect. Misschien dat niet alle opbrengsten in het jeugddomein zelf vallen, maar juist later in het leven en/of in andere domeinen. (Bron: Op de groei, 2021).

Suïcidepreventie

Hoewel het totale aantal suïcides per 100.000 inwoners gelijk is gebleven, is het zorgelijk dat het aantal suïcides onder jong volwassen mannen tussen de 20-30 jaar in 2021 is gestegen. Het totaal aantal suïcides per 100.000 inwoners is gelijk gebleven. Er is helaas geen helder zicht op het aantal pogingen wat er is geweest. We zien al jaren dat 60% van de mensen die suïcide heeft gepleegd niet in behandeling was in de ggz. Het blijft belangrijk om ons, met alle samenwerkende partijen, in te kunnen zetten om zelfdodingen te voorkomen. Suïcidepreventie is een inspanning van meerdere partijen; niet alleen zorg. Dat vraagt om een interdepartementale inspanning; bij meerdere departementen moet er aandacht zijn voor het voorkomen van suïcides. Het is dan ook essentieel dat suïcidepreventie opgenomen wordt in de zorg- en preventieakkoorden. Daarnaast willen we nog steeds dat integrale suïcidepreventie opgenomen wordt in de Wet publieke gezondheid.

We blijven vanuit MIND tevens aandacht vragen voor de inzet van ervaringsdeskundigheid bij suïcidaliteit. Het laatste is weliswaar een onderdeel van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en we zien het ook terug in de projecten die nu uitgevoerd worden, maar er is nog geen perspectief om de inzet van ervaringsdeskundigen op het gebied van suïcidaliteit structureel te kunnen borgen en financieren. Ervaringsdeskundigen suïcidaliteit kunnen van grote betekenis zijn op het gebied van suïcidepreventie, juist ook buiten de ggz. Hieronder valt ook goede naasten- en nabestaandenzorg. Het vereist wel een specifieke expertise bij betrokken ervaringsdeskundigen. Daarom is het niet weg te zetten onder algemene activiteiten voor herstelondersteuning. Het is noodzakelijk om eerst suïcidale gedachten bespreekbaar te maken, voordat mensen verder kunnen met hun herstel.

Suïcidepreventie is een overkoepelend ggz-thema dat gerelateerd is aan bijna alle bovenstaande aandachtspunten uit deze brief. Wij maken ons in het kader van suïcidepreventie dan ook zorgen over het verdwijnen van juist die schaarse ggz-opnameplaatsen die een therapeutisch klimaat kunnen bieden, waarin behandeling en herstel plaats kan vinden.

Wilt u de minister en de staatssecretaris vragen naar de stand van zaken met betrekking tot het opnemen van suïcidepreventie in de Wet publieke gezondheid? Is er aandacht voor suïcidepreventie in de akkoorden die in ontwikkeling zijn? Zijn de bewindslieden het met ons eens dat suïcidepreventie blijvend aandacht verdient en dat de inzet van (ervaringsdeskundige) hulpverleners geborgd dient te worden?

Stimuleren van contracteren

Gepast gebruik en zorgevaluatie zijn vanzelfsprekend, maar MIND is van mening dat de keuzevrijheid van cliënten voor een hulpverlener niet in het geding mag komen. Het lijkt erop dat in de context van “stimuleren van contracteren” er met wantrouwen wordt gekeken naar alle niet-gecontracteerde hulpverleners of vrijgevestigden en dat de keuzevrijheid steeds meer onder druk komt te staan. De vraag is of dat terecht is. Nu zien we dat meerdere verzekeraars nog maar 75% of minder vergoeden bij niet-gecontracteerde ggz-zorg.

Zeker nu de wachttijden in de ggz zo lang zijn, is het van belang dat cliënten zelf een behandelaar kunnen kiezen en dat de capaciteit niet extra beperkt wordt. Bovendien is keuzevrijheid in de ggz een cruciaal element van de kwaliteit van zorg, omdat ‘de persoonlijke klik met en het vertrouwen in de therapeut’ zo belangrijk zijn voor het resultaat van de behandeling. Het mag niet zo zijn dat cliënten die gebruik maken van de keuzevrijheid daar een steeds hogere prijs voor moeten betalen. Cliënten met een smalle beurs kunnen dit vaak niet betalen en zouden dan naar een andere zorgverlener moeten overstappen. Niet iedere cliënt kan zomaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar in verband met de aanvullende verzekering.

Wilt u de minister vragen of zij bereid is om representatief onderzoek te doen naar de mate van keuzevrijheid voor cliënten? En is de minister ook bereid om representatief onderzoek te doen naar de extra kosten die cliënten van zelfgekozen niet-gecontracteerde zorgverleners maken? Zij moeten immers naast het eigen risico ook bij steeds meer zorgverzekeraars 25% bijbetalen voor een behandeling.



Introductie Esketamine-behandeling voor ernstig depressieve patiënten stagneert volledig

Per 1 september 2021 is het geneesmiddel Esketamine (merknaam Spravato) opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Het wordt verstrekt als neusspray voor de behandeling van volwassenen met een ernstige, therapieresistente depressieve stoornis die eerder niet hebben gereageerd op minstens drie verschillende behandelingen met antidepressiva. Dit nieuwe medicijn geeft een grote groep patiënten hoop op herstel of op een dragelijker leven. Een voorlopige inschatting is dat het om ongeveer 1.500 tot 2.000 patiënten gaat die aan een ernstige depressie lijden en voor deze behandeling in aanmerking komen.

De behandeling met Esketamine vraagt een zorgvuldige, intensieve begeleiding vanuit een kliniek. Daarom zijn door het zorgveld criteria afgesproken waaraan behandelcentra moeten voldoen. Na 9 maanden zien wij dat slechts enkele tientallen patiënten in de gelegenheid zijn gesteld om met de behandeling te starten. Zorgverzekeraars zijn tot nu toe zeer terughoudend met de inkoop van Esketaminebehandelingen en er worden wat ons betreft ongewenste drempels (machtigingen, aanvullende criteria) opgeworpen die nu ten koste lijken te gaan van een grote groep patiënten. Wij vinden het onaanvaardbaar dat er geen volumeafspraken gemaakt kunnen worden tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

Wilt u de minister vragen aandacht te schenken aan het stagneren van de toelating van Esketamine en in het bijzonder het stagneren van het komen tot afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Beschermd wonen en maatschappelijke opvang

Voor MIND is de toekomst van beschermd wonen veel meer dan een technisch bestuurlijke of financiële kwestie. Het gaat allereerst om een maatschappelijke opgave waarbij de cliënt en diens naaste centraal moeten staan. Terecht noemt de staatssecretaris in zijn brief over de zogenoemde 'doordecentralisatie beschermd wonen' het advies van de commissie Dannenberg als leidend principe. Het gaat om het bieden van integrale en – waar nodig – langdurige ondersteuning in de wijk aan mensen met ernstig psychische aandoeningen, zodat zij volwaardig aan de samenleving kunnen deelnemen.

Als de maatschappelijke opgave leidend is, is het noodzakelijk om verbinding te leggen met andere trajecten vanuit het Rijk, met name het aanstaande Integraal Zorgakkoord. MIND vreest dat de uitdagingen in het sociaal domein en in de curatieve zorg vanuit het ministerie toch weer gescheiden worden opgepakt. Het stelsel is dan weer leidend, in plaats van de leefwereld van cliënten/burgers.

MIND is blij met het besluit van staatssecretaris om de doordecentralisatie van beschermd wonen te heroverwegen. Het betreft een specialistische vorm van intensieve zorg voor een vrij beperkte groep Nederlanders - ongeveer 24.000 mensen, waarvan ongeveer de helft in een instelling verblijft. De andere helft woont in een tussenvorm of thuis. Het is de vraag of alle gemeenten, ook de kleinere, voldoende expertise hebben om deze zorg te leveren. De ervaringen in de (complexe) jeugdhulp zijn daarbij een waarschuwing. Uitvoerbaarheid is een belangrijk criterium voor de organisatie van beschermd wonen en beschermd thuis. Mocht het kabinet toch vast willen houden aan

doordecentralisatie, dan zien wij graag een wettelijke verankering van de plicht tot regionale samenwerking, want alleen zo kan die samenwerking ook op lange termijn geborgd worden.

Wilt u de staatssecretaris vragen de maatschappelijke opgave van beschermd thuis en de uitvoerbaarheid leidend te laten zijn in de besluitvorming over de toekomst van beschermd thuis/wonen? Ook vraagt MIND om de toekomst van beschermd wonen te zien in het bredere perspectief van ambulantisering en integrale zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Wilt u tevens de staatssecretaris verzoeken om regionale samenwerking wel in de wet te verankeren, indien de doordecentralisatie toch doorgang vindt?

Jeugd

De afgelopen maanden hebben cliënten(vertegenwoordigers), zorgaanbieders en professionals verder gewerkt aan verbetervoorstellen voor het jeugdhulpstelsel. Deze 'driehoek' heeft een inhoudelijke agenda opgesteld, die dient als uitnodiging aan de overheid voor een doorstart van de transformatie van de jeugdhulp, welke sinds eind januari stilligt vanwege de bestuurlijke impasse die is ontstaan in het traject van de Hervormingsagenda Jeugd. Deze alternatieve agenda is 11 april jl. aan het Rijk en gemeenten aangeboden, met de dringende oproep samen als 'vijfhoek' de nodige inhoudelijke verbeteringen te realiseren en met elkaar hierover in gesprek te gaan.

Het is belangrijk en noodzakelijk dat dit traject niet verder wordt vertraagd, ook gezien de doorstroom naar andere vormen van zorg en vigerende wetgeving ten aanzien van jongeren die de betreffende leeftijdsgrens van 18, 21 of 23 jaar bereiken.

Tot slot

Wij weten dat er geen 'quick fix' is voor de problemen in de ggz en de aanpalende terreinen. Dat bijvoorbeeld de capaciteitsproblemen de komende jaren voortdurend aandacht en actie zullen vragen. Dat er een omslag nodig is naar waardegedreven zorg waarbij de zorgvrager centraal staat. En dat er lerende netwerken ontstaan binnen de ggz. Het is nu echt tijd voor gerichte stappen, waarbij de minister van VWS het voortouw neemt in de aanpak voor het 'heel maken van de ggz'. MIND kijkt derhalve uit naar de Toekomstagenda Ggz en is te allen tijde bereid ervaringskennis en andere expertise in te brengen.

Met vriendelijke groeten,



Drs. M.J. ter Avest
Directeur / bestuurder MIND