



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

Datum: 20 oktober 202
Kenmerk: 22-058
Onderwerp: Commissiedebat vaste VWS: GGZ/Suïcidepreventie op 2 november as.
Contact: Mirjam Drost E: mirjam.drost@wijzijnmind.nl ; M 06 19973092

Geachte Kamerleden,

Op 2 november a.s. vindt het commissiedebat “ggz en suïcidepreventie” plaats. Met deze brief levert MIND inbreng voor dit debat.

Effectieve aanpak voor preventie van mentale problemen hard nodig, maar samenhang ontbreekt
MIND gaf in de Tweede Kamerbrief voor het IZA debat en in de reactie op de Rijksbegroting aan dat de preventie-aanpak voor mentale gezondheid versnipperd is. Ggz-preventie maakt deel uit van het integraal zorgakkoord (IZA), daarnaast is het onderdeel van het gezond en actief leven akkoord (GALA, dit is nog niet ondertekend door de betrokken partijen), voor de zomer verscheen de ‘Aanpak mentale gezondheid: van ons allemaal’, en het is opgenomen in de afspraken voor een regionale preventie-infrastructuur die zijn gemaakt tussen de koepels van zorgverzekeraars en gemeenten, ZN en VNG. Het is ons momenteel niet duidelijk hoe deze verschillende aanpakken met elkaar samenhangen, wie waarvoor verantwoordelijk is, en wat de budgetten zijn. Het huidige coalitieakkoord stelt in totaal €60 miljoen beschikbaar voor preventie. Het is echter nog niet bekend welk deel van het budget is gereserveerd voor preventie in de ggz, en voor welk van de bovenstaande programma’s.

Kunt u de minister en staatssecretaris vragen:

- *Om een samenhangend overzicht te geven van de verschillende programma's op het gebied van ggz-preventie, inclusief de concrete aanpak, de verantwoordelijke partijen en de budgetten per programma?*
- *Of zij het ermee eens zijn dat 'voorkomen beter is dan genezen' en dat preventieve maatregelen ten behoeve van psychische problemen topprioriteit moeten krijgen, evenals de financiering ervan? En dat hieronder ook de volledige, structurele financiering van een landelijk dekkend netwerk van zelfregie- en herstelcentra valt, zoals vermeld in het IZA?*
- *Of zij onderschrijven dat dit ook extra investering vraagt in aanpalende gebieden, zoals versterking van de rol van de POH-ggz en van de huisartsenpraktijk, zoals 'gegarandeerd meer tijd voor de patiënt' waar huisartsen al geruime tijd om vragen?*
- *Of zij ook willen kijken naar de veelbelovende resultaten van een veelbelovend onderzoek in Den Helder, waarbij gebleken is dat het bieden van financiële zekerheid een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van kwetsbare ggz-cliënten? En dat armoedebestrijding dus ook een preventieve werking heeft als het gaat om het voorkomen van psychische problematiek?¹*

Overheidscampagne 'Samen beslissen' heeft nauwelijks iets opgeleverd; wat nu?

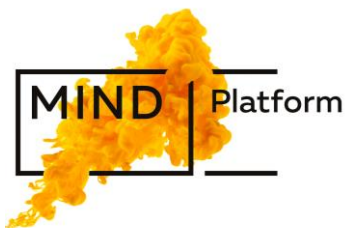
Recent is gebleken dat de overheidscampagne 'Samen Beslissen' niet het beoogde resultaat heeft opgeleverd.² De €70 miljoen overheidsgeld die hieraan is besteed, heeft geen verbetering voor de patiënt/cliënt opgeleverd in de spreekkamer. MIND betreurt dit ten zeerste.

Het rapport concludeert: "Bij de zorgverleners is een beweging uitgebleven. Het commitment is op geen van de vijf hoofddoelgedragingen significant gestegen en geen van de doelstellingen is al bereikt." Sterker nog, de omgekeerde beweging lijkt in gang te zijn gezet: "Het aantal zorgverleners dat patiënt "uitnodigt" om mee te beslissen is gedaald van 49 naar 48 procent. Hierbij was het doel om naar 59 procent te komen. Het aantal zorgverleners dat de patiënt persoonlijk vraagt om mee te beslissen, daalde van 35 naar 33 procent. Nog slechts een vijfde van de zorgverleners vraagt wat belangrijk is voor de patiënt. Ook dit percentage bleef ongewijzigd."

De campagne is onderdeel van het overheidsprogramma 'Uitkomstgerichte zorg' waarbij het uitgangspunt is dat de geleverde zorg zo goed mogelijk aansluit bij de wensen en behoeften van de persoon die de zorg nodig heeft. De professionele kennis van de zorgprofessional en de kennis van de patiënt of cliënt vullen elkaar aan, zo is de gedachte.

¹ Drie jaar lang ontving een groep kwetsbare cliënten van GGZ Noord-Holland-Noord een verhoogd inkomen van de gemeente Den Helder. De resultaten zijn veelbelovend: de groep cliënten ervoer minder stress door geldtekort, waardoor hun kwaliteit van leven toenam en overtredingen en daarmee samenhangende maatschappelijke kosten afnamen. Bron: [Onderzoek naar effecten verhoogd inkomen afgerond \(ggz-nhn.nl\)](#)

² [Campagne 'Samen Beslissen' grotendeels mislukt - Skipr](#), voor het originele rapport, zie: [Rapport Campagne effectmeting Samen beslissen Eindmeting_DEFINITIEF\[91\].pdf - Google Drive](#)



MIND merkt op dat samen beslissen uitdrukkelijk onderdeel uitmaakt van 'Passende Zorg', een begrip dat het fundament is van het nieuwe Integraal Zorg Akkoord (IZA). Het IZA opent zelfs met het hoofdstuk 'Passende zorg: Waardegedreven – samen met de patiënt, pakket en kwaliteit'. In dit hoofdstuk wordt 'samen beslissen' nader uitgewerkt. Het is ook het onderdeel van het IZA dat over (en met) de patiënt gaat, en daardoor direct effect heeft op de kwaliteit van zorg.

Wij geven u het volgende in overweging:

- *Kunt u de minister vragen om een reactie te geven op de resultaten van dit onderzoek.*
- *Erkent de minister dat het van belang is dat de geleverde zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt in het kader van uitkomstgerichte – en dus passende – zorg?*
- *Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de IZA-doelen over 'samen beslissen' dit keer wel gehaald gaan worden, gezien de teleurstellende resultaten van deze overheids campagne?*

Wachlijsten in de ggz

Mooie ambitie, waarom nu wel haalbaar? Hoge prioriteit en tempo is noodzakelijk

De ambitie om de wachttijd terug te brengen tot de helft van de treeknormen door een andere ordening en een betere samenwerking is natuurlijk prachtig. De manier waarop deze doelen gehaald gaan worden en de tussentijdse metingen en monitoring moet met de verschillende verantwoordelijke partijen wel nog worden uitgewerkt. Wat MIND betreft wordt het tempo waarmee de ambities uit het IZA worden uitgevoerd, flink opgeschroefd. Voor mensen met psychische klachten is iedere dag op een wachtlijst er één te veel.

Kunt u de minister vragen:

- *Om de Kamer te informeren over de wijze waarop de voortgang gemonitord zal worden om in 2025 de doelen van het IZA op het gebied van wachtlijsten en wachttijden in de ggz te behalen?*
- *Om in dit kader ook tussentijdse en betrouwbare metingen te verrichten, en bij het achterwege blijven van resultaten de verzekeraars en aanbieders hierop aan te spreken?*
- *Of zij in dit kader de NZa als markttoezichthouder een nog stevigere rol kan geven?*

Inzetten op verbetering van instroom, doorstroom en uitstroom

MIND stelt voor om in te zetten op het verbeteren van de trits instroom-doorstroom-uitstroom. Het bestaan van wachtlijsten suggereert immers een stagnatie in de keten vanwege een gebrek aan capaciteit dan wel een gebrek aan de juiste zorg op de juiste plek. Een analyse van de trajectduur van zorgvragers (wie zit waar en waarom) zou mogelijk kunnen helpen om de stagnaties te lokaliseren. Ook de Algemene Rekenkamer (AR) signaleerde al in 2020 in haar rapport 'Geen plek voor grote problemen' dat uitstroom van patiënten met complexe problematiek na hun behandeling gebrekkig verloopt waardoor ze behandelaars blijven innemen die vrij zouden moeten komen voor nieuwe patiënten. Daarnaast kan het volgen van de zorgcyclus (triageren, diagnosticeren, indiceren, behandelen, monitoren en evalueren) helpen om de cliëntenstroom op gang te houden. Daarbij moet gedurende de cyclus de vinger aan de pols worden gehouden door behandelaar en cliënt, zodat indien nodig tijdig kan worden besloten tot opschalen en afschalen.

Primaire proces als succesfactor

De stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden legt tot op heden de nadruk op (regionale) samenwerking als sleutel voor succes. Het IZA legt de nadruk op het beperken van de instroom. Dat moet onder andere worden gerealiseerd door afvangen door bredere intake en afbuigen, bijvoorbeeld richting Wmo. Zoals gezegd, de AR noemt als probleem juist ook de uitstroom.

Kunt u de minister vragen om meer aandacht te schenken aan het primaire proces van de aanbieders als oplossing voor toegang en wachttijden?

Daarbij spelen vragen als:

Wat is het 'stroomschema' van een instelling? Waar zitten de knelpunten en hoe worden die aangepakt en zo goed mogelijk opgelost? Wordt er gewerkt met een patiëntvolgsysteem en wat voor informatie geeft dat over knelpunten en doorstroom?

Maar ook:

Is de zorgstandaard geïmplementeerd, d.w.z. de generieke module (GM) Diagnostiek? Wordt daarop toegezien en wordt dat gehandhaafd door de IGJ?³

Aandacht voor goede nazorg is ook onderdeel van het primaire proces. Er zijn praktijkvoorbeelden van duurzame nazorg die de uitstroom vergroten en terugval (en heropname) beperken. MIND vindt het belangrijk dat de minister goed naar het primaire proces kijkt, en ook dat de stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden dit onderwerp centraal op de werkagenda plaatst.

Implementatie Doorzettingsmacht

Uit de monitor over de 1e helft van 2022 van de stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden blijkt dat het inregelen van de Regionale Doorzettingsmacht (RDM) nog in de beginfase is. Ook zijn er signalen dat mensen die vastlopen met hun zorgvragen niet weten dat ze terecht kunnen bij een RDM. Het lijkt

³ Toelichting: het proces in de GM Diagnostiek is triageren, diagnosticeren, indiceren, behandelen, monitoren en evalueren. Het is zaak tijdig te monitoren en eventueel bij te sturen (opschalen-afschalen-overdragen, et cetera).

erop – mede op basis van signalen vanuit onze achterban – dat de RDM nog onvoldoende bekend is. Een gericht communicatieplan om bekendheid te vergroten is op zijn plaats. Daarnaast is het zaak dat er adequate onafhankelijke cliënt ondersteuning (OCO) wordt georganiseerd voor mensen die gebruik moeten maken van RDM. Dit is nog niet in iedere gemeente het geval.

Kunt u de minister verzoeken om een implementatieplan voor de RDM, inclusief (1) een communicatieplan voor (aankomende) cliënten en (2) voldoende beschikbaarheid van, en bekendheid met, OCO?

Preventie om instroom te beperken

Met betrekking tot de wachtlijsten in de ggz heeft MIND nog een aantal vragen bij het IZA.

U kunt overwegen de minister het volgende te vragen:

- *Waar is preventie gebleven als aanpak om instroom te beperken? Op school, op het werk, op andere plekken? Wat doen we daar om mensen te helpen weerbaar te zijn?*
- *Voor de extra uitgaven ten behoeve van het wegwerken van wachtlijsten in de GGZ wordt in totaal eenmalig € 60 miljoen toegevoegd aan het macrokader GGZ. Het macrokader GGZ wordt hiertoe opgehoogd met € 30 miljoen in 2023 en € 30 miljoen in 2024 (p 108) Hoe wordt dit geld besteed? Wie gaat dat bepalen?*
- *In de invoering van het verkennend gesprek zien we een risico op kansenongelijkheid. Ziet de minister dit ook en zo ja, wat kan zij hieraan doen?*

Geen totaalbeeld van de hoeveelheid klinische behandelplekken

In de uitzending van Pointer 'GGZ in nood' van 4 september jl. komt het volgende naar voren. Er is geen totaalbeeld hoeveel klinische behandelplekken er nu waar precies zijn in het land, en hoeveel deeltijd- of ambulante behandelingen er precies bij komen. Dat blijkt uit een rondgang van Pointer langs overheidsinstellingen, zorgverzekeraars, brancheverenigingen en onderzoeksinstituten. Cijfers blijken niet actueel of zijn onvolledig. “Het is niet goed, dat heb ik ook geconstateerd”, reageert minister Helder in de uitzending van Pointer op het gebrek aan cijfers. De minister gaf aan dat zij dit najaar een overzicht wil hebben. “Het is belangrijk dat het er komt. Ik wil weten welke ondergrens er nodig is voor de klinische capaciteit en hoeveel ambulante capaciteit nodig is, zodat we met elkaar weten hoe we dat moeten organiseren en welke afspraken we daarover moeten maken.”

U kunt de minister vragen wat de status is van dit overzicht. Wanneer wordt het gepubliceerd?

Vanuit onze eigen achterban bereiken ons regelmatig geluiden dat juist de mensen met de meest complexe aandoeningen nauwelijks tot geen (gespecialiseerd) behandelaanbod vinden. In het IZA is het volgende uitkomstdoel voor cruciale zorg opgenomen: “Eind 2023 is – op basis van de te ontwikkelen regiobeelden – zowel op regionaal als landelijk niveau in beeld wat de cruciale zorgfuncties zijn, dit mede op basis van de te ontwikkelen handreiking die duidelijk maakt wat we verstaan onder cruciale zorg en welk aanbod nodig is regionaal/landelijk. Dit in aansluiting op de (inhoudelijke en proces) afspraken over cruciale zorg.”



MIND vindt het goed om de cruciale zorgfuncties in kaart te brengen, maar daarin moet ook worden meegenomen: welke cruciale zorg is de afgelopen jaren verdwenen en welke zorg moet eventueel weer terugkomen? Achterliggende vraag hierbij is: wat te doen als een instelling bepaalde cruciale zorg niet meer aanbiedt?

Het is belangrijk om een landelijk prognose/capaciteitsmodel voor de vraag naar (cruciale en specifieke) zorg te ontwikkelen, zodat we regionaal knelpunten zichtbaar kunnen maken. De NZa zou hier het voortouw in kunnen nemen. Verder zouden de effecten van een voorgenomen sluiting of wijziging van cruciale en specifieke zorg door de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar eerst in kaart moeten worden gebracht en gemeld moeten worden aan de NZa (de zogenaamde zorgeffectrapportage uit de motie Van den Berg/De Neef (kamerstukken 25424, 614).

Kunt u de minister verzoeken om bovenstaande aspecten mee te nemen bij de ontwikkeling van de regiobeelden ten aanzien van de cruciale en specifieke zorgfuncties in de ggz?

Suïcidepreventie – voortgangsrapportage van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie

Op het gebied van suïcidepreventie wordt in het commissiedebat de voortgang van de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie besproken. MIND is bij diverse doelstellingen van deze Landelijke Agenda betrokken en ervaringsdeskundigen, naast en nabestaanden zijn volop met de bijbehorende projecten bezig. We gaan door op de ingezette koers en hebben er vertrouwen in dat de projecten volgens plan gerealiseerd zullen worden.

Wij maken u er verder op attent dat de Ivonne van de Ven Stichting aandacht vraagt voor financiering van de Tweede Onderzoeksagenda Suïcidepreventie. Dit budget is niet belegd binnen de Landelijke Agenda. MIND staat evenwel achter deze oproep.

Naast de Landelijke Agenda-werkzaamheden en gewenste onderzoekssubsidies blijft het erg belangrijk om oog te hebben voor de mogelijke (maatschappelijke) oorzaken achter de toename van het aantal zelfdodingen in de afgelopen maanden bij jongvolwassen mannen. MIND reikt in dit kader hulp- en ondersteuningsmogelijkheden aan vanuit ervaringskennis.⁴

Nauwelijks inkoop door zorgverzekeraars van Esketamine-behandeling voor ernstig depressieve patiënten

Tot slot vragen wij nog uw aandacht voor het volgende. 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 eerste 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. Een belangrijk deel van deze groep heeft veel baat bij deze behandeling, gesteund door wetenschappelijk onderzoek.

⁴ Zie ook de [MIND website](#).

De behandeling met Esketamine vraagt een zorgvuldige, intensieve begeleiding vanuit een kliniek. Daarom zijn door het zorgveld criteria afgesproken waaraan behandelcentra moeten voldoen. Ruim een jaar na de introductie van Esketamine 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 Esketamine-behandelingen 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 worden tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. En wanneer de - vaak wanhopige - patiënten in aanmerking komen voor deze behandeling dan zijn zij veroordeeld tot lange reistijden vanwege de ongelijke verdeling van de centra over het land.

Zoals de inkoop van Esketamine-behandelingen nu verloopt moeten wij er rekening mee houden dat 2023 opnieuw een verloren jaar wordt voor deze groep ernstig zieke patiënten. Dat is voor patiënten en hun naasten niet te begrijpen.

Wilt u de minister vragen om het stagnerende proces vlot te trekken van de introductie van Esketamine voor de behandeling van mensen met een ernstige depressie, en in het bijzonder de volledige stagnatie van de inkoop door zorgverzekeraars van de Esketamine-behandelingen?

Indien u vragen heeft naar aanleiding van deze brief, zijn wij natuurlijk graag bereid om deze te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,



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