

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
773941-137384-PG

Bijlagen
1

Uw brief
29 mei 2015

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 22 juni 2015
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Wolbert (PvdA)
over lange wachtlijsten voor hiv-test (2015Z09849).

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over lange wachtlijsten voor hiv-test .
(2015Z09849)

1

Kent u het bericht 'Ggd-Amsterdam trekt aan de bel: hiv-wachtlijsten te lang'? In hoeverre doet het daarin geschetste probleem zich ook voor in andere gemeenten?

Ja, dat artikel is mij bekend.

In principe kan iedereen zich laten testen in de reguliere 1e lijnszorg. Mensen die in het kader van Aanvullende Seksuele Gezondheidsregeling aangemerkt worden als hoogrisicogroepen voor soa en hiv kunnen daarnaast via de GGD gratis getest worden op soa én hiv. Deze regeling is per 1 januari gemaximeerd op het bedrag tot 2014. GGD-en zijn nog in transitie om efficiënter de medische afweging en prioritering te maken (triëren). Hierin hebben ze de ruimte gekregen om naast risicogroepen ook het risicogedrag mee te nemen in de afweging. Daarnaast kunnen zij scherpere kostenafspraken met laboratoria maken, waardoor er ruimte kan ontstaan voor meer consulten en/of testen.

Het is aan de zorgprofessionals om goede zorg te leveren. GGD Amsterdam geeft aan dat cliënten die recent onbeschermd seksueel contact hebben gehad met een verhoogd risico binnen de gestelde richtlijnen een consult krijgen, waarbij Post Expositie Profylaxe (PEP) kan worden voorgeschreven om mogelijke hiv-besmetting te voorkómen. Deze cliënten worden dus op tijd gezien. De andere gemeenten volgen dezelfde richtlijnen. Daarnaast kan eenieder te allen tijden bij zijn huisarts terecht.

2

Deelt u de mening dat de huidige regeling van toegevoegde waarde is, omdat zij GGD-en faciliteert doelgroepen te bedienen die zich elders niet laten testen?

De regeling voorziet in de mogelijkheid voor bepaalde doelgroepen om zich via de GGD laagdrempelig te laten testen. Dit is niet alleen gebaseerd op het feit dat ze zich elders niet zouden laten testen, maar bijvoorbeeld in geval van jongeren ook om dit te kunnen koppelen aan voorlichting en weerbaarheidvergrotenende interventies. Voor slachtoffers van seksueel geweld hebben de GGD-en goede contacten met justitie en politie en kunnen zij zorgen voor integrale hulpverlening. In de evaluatie van de aanvullende seksuele gezondheidsregeling (TK 32239, nr.3) staat dat juist door deze koppeling van taken de uitvoering van de regeling goed belegd is bij de GGD'en.

3

Hoe duidt u lange wachtlijsten voor hiv-testen in het kader van de volksgezondheid en veiligheid?

Cliënten die recent onbeschermd seksueel contact hebben gehad met een verhoogd risico op hiv, krijgen volgens GGD Amsterdam binnen de in de richtlijnen gestelde termijnen een consult, waarbij Post Expositie Profylaxe (PEP) kan worden voorgeschreven om mogelijke hiv-besmetting te voorkómen. Deze cliënten worden dus op tijd gezien.

Het is aan de professionaliteit van de beroepsgroepen om goede zorg te bieden. Wachttijden zijn uiteraard nooit wenselijk. De zorgprofessionals zijn zeker in staat op basis van de richtlijnen te triëren. In deze afweging en prioritering wordt de individuele cliënt zo goed mogelijk bediend en worden de volksgezondheidsaspecten in ogenschouw genomen. Daarnaast kan eenieder te allen tijde op kortere termijn bij de reguliere zorg terecht.

4

Waarom slagen eerstelijnsaanbieders er onvoldoende in om wachtlijsten voor hiv-testen te voorkomen? Zouden GGD-en naar uw mening eerder kunnen verwijzen naar de huisarts bij te lange wachttijden?

De monitoring van de GGD-en/RIVM houdt het aantal uitgevoerde testen bij door zowel huisartsen als GGD-en. Voor beide blijft de verhouding in het aantal consulten in de loop der tijd gelijk. Er blijkt dus niet uit dat GGD-en consulten overnemen van de eerste lijnzorg. Anderzijds zijn de GGD-en, zoals bij vraag 1 is aangegeven, in transitie. Ze zullen duidelijker de risicogroepen af gaan baken en personen die niet tot de risicogroep behoren doorverwijzen naar de eerste lijnzorg. Het is nog te vroeg om aan te geven of de wachttijden tijdelijk van aard zijn of niet. Iedereen kan regulier bij de huisarts terecht, daar is geen verwijzing voor nodig.

5

Welke belemmeringen ervaren GGD-en en huisartsen om goede samenwerkingsafspraken te maken, zodat iedereen met een hulpvraag tijdig volgens de richtlijn getest kan worden op hiv? Hoe pakt u deze belemmeringen, in het belang van de patiënt, aan?

GGD-en en huisartsen hebben hun richtlijnen geharmoniseerd. Er zijn veel huisartsen in een GGD-regio werkzaam en de mate waarin een huisarts actief is op het gebied van seksuele gezondheid is wisselend. Het testprotocol is echter helder. Cliënten met een verhoogd risico op HIV krijgen tijdig een consult, zie het antwoord op vraag 3.

Zorgprofessionals triëren op basis van richtlijnen. Hierin worden naast risicogroep ook risicogedrag meegenomen, en word zowel gekeken naar de individuele cliënt als ook naar de volksgezondheidsaspecten. Het juist doorverwijzen, maakt hier onderdeel van uit. Bovendien kan eenieder te allen tijde op kortere termijn in de reguliere zorg terecht.

GGD-en dienen conform de regeling in ieder geval bij te houden hoe vaak ze doorverwijzen naar de huisarts. Dit kan helpen om de opvolging van de doorverwijzing te onderzoeken. Andersom hebben de landelijke ondersteuningsinstituten, samen met GGD-en en huisartsen een tool ontwikkeld hoe een huisarts personen door kan sturen voor partnerwaarschuwing.

6

In hoeverre staat u, vooruitlopend op de evaluatie in 2017, nog achter uw uitspraak dat 'het bedrag dat nu beschikbaar is voor de regeling voldoende is om het gewenste niveau van bescherming te bieden'? 2)

De regeling is een aanvullende regeling. Iedereen kan in de reguliere zorg terecht met gezondheidsklachten. De GGD-en werken aan de efficiëntie van de zorg aan de risicogroepen. Personen die niet volledig aan de criteria van de aanvullende regeling voldoen, worden gestimuleerd naar de huisarts te gaan. Voor de risicogroepen spelen naast testen ook andere factoren mee om bescherming te bieden: risico om derden te besmetten, voorlichting en weerbaarheidverhoging voor jongeren en geïntegreerde hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. De aangepaste regeling is nog maar net in werking en heeft tijd nodig om geheel geïmplementeerd te raken. Het is nog te vroeg om te zeggen hoe de wijzigingen, inclusief het beschikbare bedrag, in de praktijk uitwerkt. Daarom is de evaluatie in 2018 gepland.

7

Bent u van mening dat de verdeelsleutel van de regeling voor een doelmatige verdeling van middelen zorgt? Zo ja, waaruit blijkt dat? Zo nee, welke maatregelen neemt u om beschikbare middelen doelmatiger in te zetten?

Bij de herziening van de regeling, op basis van de evaluatie in 2013, is gekozen om uit te gaan van een verdeelsleutel gebaseerd op meerdere voorafgaande jaren. In de analyse over die jaren bleek dat er slechts zeer geringe variatie optrad tussen de onderlinge verhoudingen: de middelen stegen in alle regio's verhoudingsgewijs op eenzelfde wijze. Om veranderingen te kunnen onderscheiden die niet binnen een normaal fluctuatiepatroon vallen, is tijd nodig. Daarom is de evaluatie in 2018 gepland.