

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:
Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
181917-115128-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
9 december 2013

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

Datum 16 januari 2014
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de levensomstandigheden van psychiatrische patiënten bij langdurige opname (2013Z24229).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de levensomstandigheden van psychiatrische patiënten bij langdurige opname . (2013Z24229)

1

Heeft u kennisgenomen van het artikel 'Joana in de GGZ'? 1)

1

Ja.

2

Wat vindt u van de kennelijke levensomstandigheden die in het artikel beschreven worden?

2

De in het artikel beschreven omstandigheden, waarin de moeder haar dochter aantreft, vind ik erg naar om te lezen. Als minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ben ik echter niet bevoegd om te bemiddelen in individuele gevallen. Ik ben verantwoordelijk voor het systeem van de gezondheidszorg en de beroepsgroepen en zorgaanbieders en behandelaars zijn in de eerste plaats verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg. Dit neemt niet weg dat ik mij de gevoelens van onmacht en frustratie van de moeder goed kan voorstellen. Iedere ouder wenst dat zijn kind de beste zorg en behandeling krijgt die voorhanden is en dat die zorg ook aanslaat.

3

Vormen de levensomstandigheden zoals die in het artikel beschreven worden volgens u een afspiegeling van de omstandigheden in de vijf Klinieken voor Intensieve behandeling (KIB's) en de andere instellingen waar zware psychiatrische patiënten langdurig worden opgenomen?

3

Nee. De vijf Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB) bieden een hoogwaardige en zeer specialistische behandel functie aan voor mensen die sterk ontregeld zijn en niet meer te behandelen zijn binnen de reguliere GGZ. De KIB's zijn gespecialiseerd om cliënten weer in balans te krijgen en te stabiliseren. Tevens hebben de KIB's veel expertise om goed om te gaan met ontwrichtend en zelfbeschadigend gedrag. Het zorgprogramma op de KIB's voorziet enerzijds in de behandeling van de stoornis en anderzijds in het doen van een uitgebreide analyse van de ontwrichting. Hierbij dient de familie te worden betrokken. De behandeling van de stoornis is gebaseerd op de laatste state-of-the-art ontwikkelingen en richtlijnen. Er wordt gebruik gemaakt van medicatieprotocollen. Er is een uitgebreid therapie- en programma- aanbod en er is veel aandacht voor het leefklimaat. Hoewel veel aandacht wordt besteed aan het motiveren van mensen tot een gezond leefpatroon bij de doelgroep in de KIB's, is dit in de praktijk moeilijk: het belang enerzijds voor respect voor de autonomie van de patiënt en anderzijds de behandel- en begeleidingsdoelen staan soms op gespannen voet met elkaar. De balans daartussen vinden is een dagelijkse uitdaging binnen de klinieken. De inhoud van de zorg en de keuzes daarbinnen vallen onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders, de zorgprofessionals en de wetenschappelijke verenigingen, net zoals dat in de somatische zorg is geregeld.

4

Wat is het oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de levensomstandigheden van zware psychiatrische patiënten die intramuraal zorg ontvangen?

4

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) besteedde in de Staat van de Gezondheidszorg 2012 aandacht aan een specifieke doelgroep binnen de GGZ: patiënten met anti-psychoticagebruik. De inspectie inventariseerde in dit rapport op basis van bestaande richtlijnen welke inspanningen GGZ-instellingen moeten leveren om somatische complicaties te voorkomen bij intramurale patiënten die langdurig anti-psychotica slikken. De inspectie constateerde dat de instellingen al goed op weg waren met een somatische screening, maar dat een integrale – preventieve - benadering voor leefstijlbegeleiding nog onvoldoende was. Zo hadden instellingen bijvoorbeeld wel aandacht voor gezond eten en bewegen, maar nauwelijks voor ondersteuning bij stoppen met roken. De inspectie verwacht dat instellingen in 2014 een integrale aanpak hebben geïnternaliseerd. Zij zal hier op toezien waarbij de aandacht specifiek uitgaat naar de somatische screening.

5

Deelt u de opvatting dat gezonde voeding, lichaamsbeweging, fatsoenlijke leefomgeving en voldoende buitenlucht van evident belang zijn voor patiënten in de GGZ en basisvoorwaarden vormen voor gezondheid? Zo nee, waarom niet?

5

Een gezonde leefstijl is voor een ieder van belang dus ook voor patiënten in de GGZ.

De GGZ-instellingen dienen hier aandacht aan te besteden. De wijze waarop GGZ-instellingen daaraan invulling geven behoort tot het kwaliteitsbeleid van de betreffende GGZ-instelling. Vanzelfsprekend is het ook van belang dat de patiënt zelf tot inzicht komt dat hij moet letten op zijn voeding en dat hij voldoende moet bewegen. Zie ook mijn antwoord op vraag 3.

6

In hoeverre kunt u garanderen dat GGZ-patiënten worden voorzien in deze basisvoorwaarden?

6

Zie mijn antwoord vraag 3.

7

Deelt u de opvatting van onderzoeker Smilde dat het ontbreken van het eerder afgeschafte 'bestwil criterium' goede zorg voor GGZ-patiënten in de weg staat?

7

Nee, deze opvatting deel ik niet. De zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor inhoud van de behandeling en voor de afweging wat het beste is voor de individuele patiënt. In welke gevallen zorg onder dwang effect kan hebben en wanneer dat juist contraproductief werkt is een zorginhoudelijke afweging. Ik ben er geen voorstander van om hiervan een politieke afweging te maken.

8

Biedt het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg mogelijkheden voor het opnieuw toepassen van het 'bestwil criterium'? 2) Zo ja, hoe is dat geborgd? Zo nee, waarom niet?

8

Het bestwil criterium lag ooit ten grondslag aan de Krankzinnigenwet (uit 1841). De wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wet Bopz) gaat uit van het gevaarscriterium, waarin de autonomie van de patiënt centraal staat. De Wet verplichte GGZ hanteert het schadecriterium, waarmee aangesloten wordt bij de praktijk en internationale verdragen waar over 'harm' wordt gesproken. Alleen indien er sprake is van een aanzienlijk risico op ernstige schade voor de patiënt zelf of voor anderen, kan verplichte zorg aan de orde zijn. Verschil met de Wet bopz is dat niet langer de opname van de cliënt centraal staat, maar zijn behandeling. De Wet verplichte GGZ kent daartoe meer interventiemogelijkheden dan de Wet Bopz, waardoor de cliënt zorg op maat wordt geboden. Hiermee kan nog nadrukkelijker dan onder de wet bopz ingezet worden op het verbeteren van de geestesstoornis zelf (inclusief herstel van autonomie) en kan de noodzakelijke zorg worden geboden. Voor alle verplichte zorg geldt echter dat deze getoetst moeten worden aan de beginselen subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid. Daarnaast moet de cliënt altijd worden gehoord. Daarmee moet ook in de Wet verplichte GGZ een afweging worden gemaakt tussen de autonomie van cliënt en de zorg en bescherming die zij nodig hebben.

9

Deelt u de mening van onderzoeker Smilde dat medewerkers werken in een 'verantwoordingscultuur' waarbij talloze protocollen goede zorg en levensomstandigheden in de weg staan? Zo ja, hoe denkt u die cultuur te gaan doorbreken?

9

Nee, deze mening deel ik niet. De laatste jaren wordt in de psychiatrie hard gewerkt om de diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen te verbeteren, ondermeer met behulp van multidisciplinaire GGZ richtlijnen. In toenemende mate worden door het veld protocollen ontwikkeld die bijdragen aan het behandelen van psychiatrische stoornissen en het leveren van goede zorg aan patiënten. Te denken valt onder andere aan de richtlijnen voor de behandeling van depressies en schizofrenie. Genoemde richtlijnen staan de levensomstandigheden in de klinieken niet in de weg. Ook de KIB's zullen voor de komende jaren een gezamenlijke agenda opstellen voor het ontwikkelen van veldnormen, prestatie-indicatoren en kennisdeling met andere organisaties. Op deze wijze wordt zoveel gewerkt aan verbetering en uniformering van de behandeling van psychiatrische ziekten.

1) NRC Handelsblad, 16 november 2013: 'Joana in de GGZ'

2) Kamerstukken, 32 399