

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

111

Vragen van de leden **Leijten** en **Kooiman** (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *onder meer de vermindering van het aantal bedden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)* (ingezonden 1 augustus 2012)

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 27 september 2012)

Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 3245

Vraag 1

Hoeveel bedden in totaal zullen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) tot 2020 worden geschrapt naar aanleiding van het gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ, waarin sprake is van een forse afname van het aantal bedden met éénderde ten opzichte van 2008?¹

Antwoord 1

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is inderdaad een ambitie afgesproken dat eenderde van de bedden wordt afgebouwd. Dit gaat om ongeveer 10 000 bedden. Daarbij benadruk ik dat het niet alleen om een afbouw gaat. Ambulantiseren betekent ook een opbouw van actieve ondersteuning in de thuissituatie, bijvoorbeeld met behulp van (F)ACT-teams.

Vraag 2

Hoe is de vermindering van bedden in de GGZ precies opgebouwd? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 2

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ is afgesproken dat er eerst een nulmeting voor de gehele sector wordt uitgevoerd die inzicht geeft in de functioneel in gebruik zijnde beddenscapaciteit. Om te komen tot een adequate afbouw is een transitie noodzakelijk (tempo, aantallen, randvoorwaarden). Partijen willen eind 2012 inzicht hebben in dit proces en zullen op basis daarvan een weloverwogen besluit nemen hoe om te gaan met het tempo van afbouw, welke bedden wel of niet kunnen worden afgebouwd en de randvoorwaardelijke sfeer hieromtrent. Ook de kosten en de baten van ambulantisering zullen, gezamenlijk met partijen, nog in kaart worden gebracht.

¹ Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ, 18 juni 2012

Vraag 3

Waarom is er, zowel in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ als in het Kunduzakkoord, geen onderscheid gemaakt in de verschillende typen bedden in de GGZ?

Antwoord 3

Ik verwijs hierbij naar het antwoord op vraag 2.

Vraag 4

Hoeveel bedden in de GGZ in totaal zijn er sinds het aantreden van het kabinet Rutte verdwenen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4

Op dit moment zijn er nog geen geaggregeerde landelijke cijfers over de ontwikkelingen in 2011.

Vraag 5

Hoeveel intensief beschermd wonen (IBW)-bedden, hoeveel klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-GGZ zijn er geschrapt onder het kabinet Rutte? Kunt u uw antwoord toelichten uitgesplitst in bedsoort?

Antwoord 5

Zie het antwoord op vraag 4.

Vraag 6

Hoeveel intensief beschermd wonen (IBW)-bedden, klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-GGZ zullen er verdwijnen door het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ? Kunt u uw antwoord toelichten uitgesplitst in bedsoort?

Antwoord 6

Ik verwijs hierbij naar het antwoord op vraag 2.

Vraag 7

Wat is uw reactie op het bericht dat er een nijpend tekort is aan bedden voor slachtoffers van huiselijk geweld en voor slachtoffers van mensenhandel?²

Antwoord 7

De afgelopen jaren heeft de staatssecretaris van VWS extra middelen toegevoegd aan de decentralisatie-uitkering vrouwenopvang, onder andere voor extra capaciteit in de vrouwenopvang³. Ondanks de forse investering hoor ik af en toe dat er een tekort aan bedden in de vrouwenopvang voor slachtoffers van huiselijk geweld zou zijn. Voor voldoende opvangplaatsen is vooral ook een goede uitstroom uit de vrouwenopvang van belang. In het kader van het samenwerkingsproject Aanpak geweld in huiselijke kring van de VNG, de Federatie Opvang en het ministerie van VWS wordt momenteel de monitoring van de in- en uitstroom in de vrouwenopvang vormgegeven. Met betrekking tot de beschikbare capaciteit voor slachtoffers van mensenhandel is er onlangs overleg geweest met CoMensha. Hieruit bleek dat er op dit moment geen sprake is van een tekort aan bedden bij de eerste opvang van slachtoffers van mensenhandel. Wel zijn er nog knelpunten bij de doorstroming van slachtoffers uit de eerste opvang naar – bijvoorbeeld – reguliere opvang of huisvesting.

Vraag 8

Hoe verhoudt het tekort aan bedden voor deze kwetsbare groepen vrouwen zich tot het beleid om te komen tot een forse reductie van het aantal bedden?

Antwoord 8

Het betreft hier geen GGZ. In de vrouwenopvang en de categorale opvang voor slachtoffers van mensenhandel is geen sprake van reductie van bedden.

² Volkskrant.nl, 21 juli 2012 «Vrouwenopvang zit overvol»

³ Kamerstuknummer 28 345, nr. 90, vergaderjaar 2008 – 2009

Vraag 9

Waar worden slachtoffers van mensenhandel en/of huiselijk geweld opgevangen als zij niet terecht kunnen in de daarvoor bestemde opvang?

Antwoord 9

Zoals uit het antwoord op vraag 7 blijkt, is er geen sprake van een capaciteitstekort. Uit navraag bij CoMensha en Federatie Opvang blijkt dat tot op heden altijd kan worden gezorgd voor een noodbed.

Vraag 10

Hoe kunt u garanderen dat slachtoffers van mensenhandelen/of huiselijk geweld voldoende zorg en veiligheid wordt geboden?

Antwoord 10

Er is voldoende veilige opvang via de vrouwenopvang en categorale opvang slachtoffers mensenhandel. Over eventuele knelpunten hebben VWS, V&J en BZK/I&A overleg met CoMensha en Federatie Opvang.

Vraag 11

Wat is uw reactie op het bericht dat er een tekort is aan bedden voor GHB-verslaafden?⁴

Antwoord 11

GHB-verslaving is een relatief nieuwe verslaving. Het aantal behandelde patiënten is de afgelopen 5 jaar toegenomen van 60 naar 660. Gelet op de mogelijke gezondheidsrisico's die bij het afkicken kunnen optreden heeft de detoxificatie-behandeling het karakter van een intensive care. Vanwege de intensieve inzet van gekwalificeerd personeel is de capaciteit per instelling niet onbegrensd.

Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in GHB-gebruik. In Twente is het GHB-gebruik relatief hoog. Daardoor kunnen in die regio GHB-verslaafden die willen afkicken bij de lokale verslavingszorginstelling Tactus niet altijd direct worden geholpen. Er is landelijk geen tekort aan bedden.

Vraag 12

Hoe hoog zijn de wachtlijsten in de verslavingszorg, uitgesplitst naar middelgebruik? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

De verslavingszorginstellingen hanteren geen aparte wachtlijsten per middel. Op de websites van de instellingen staan de wachttijden voor ambulante zorg vermeld. De aanmeldingswachttijd is gemiddeld 4 weken en de wachttijd voor ambulante behandeling gemiddeld 5 weken. Uit een inventarisatie onder verslavingszorginstellingen blijkt de gemiddelde wachttijd voor klinische behandeling 3 weken te bedragen. Deze wachttijden vallen alle binnen de zogenaamde Treek-normen.

Vraag 13

Hoe kan het zijn dat u, in antwoorden op schriftelijke vragen van 17 mei 2011, stelt dat «de behandelcapaciteit voor GHB-verslaafden zal toenemen», terwijl er nu sprake is van wachtlijsten?⁵

Antwoord 13

Het door mij gestimuleerde project waarbij onder wetenschappelijke begeleiding een detoxificatie protocol voor GHB-verslaving is ontwikkeld zal eind dit jaar worden afgerond. Bijna alle verslavingszorginstellingen werken inmiddels volgens het experimentele protocol. Door de beschikbaarheid van het protocol zijn meer hulpverleners in staat een adequate behandeling te bieden. Daardoor is de totale behandelcapaciteit toegenomen. Vanwege exponentiële groei van de hulpvraag in enkele regio's is de situatie ontstaan dat niet elke GHB-patiënt direct in de eigen regio kan worden geholpen.

⁴ Nu.nl, 30 juli 2012 «Tekort aan bedden voor GHB-verslaafden»

⁵ Aangangsel Handelingen II 2010/11, nr. 2535

Vraag 14

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor GHB-verslaafden en hoe gaat u deze oplossen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 14

Zie het antwoord op vraag 12.

Vraag 15

Op welke manier kunt u garanderen dat GHB-verslaafden niet tussen wal en schip raken door wachtlijsten met alle gevaarlijke gevolgen van dien? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 15

Zoals uit het antwoord op vraag 11 is af te leiden is er landelijk geen tekort aan bedden. Indien dat bij een verslavingszorginstelling anders is of wordt, geldt het volgende.

Indien een GHB-patiënt in een crisissituatie verkeert wordt direct hulp verleend. Indien een GHB-patiënt niet direct in de eigen regio kan worden geholpen bestaat de mogelijkheid om uit te wijken naar behandeling in een andere regio.

Vraag 16

Werken inmiddels alle instellingen voor verslavingszorg met het nieuwe ontgiftingsprotocol dat u stimuleerde en wat is het effect daarvan? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 16

Er zijn acht verslavingszorginstellingen die deelnemen aan de ontwikkeling van een detoxificatie protocol voor GHB-verslaving, waarbij in een afbouwschema medicinale GHB wordt gebruikt. De oplevering van dit protocol is eind van dit jaar gepland. De andere drie verslavingszorginstellingen hanteren een ontgiftingsmethode waarbij benzodiazepinen worden gebruikt. Het in ontwikkeling zijnde protocol wordt ook toegepast in het project «GHB detoxificatie in de politie- en justitiecel» van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Hoewel de definitieve resultaten pas eind van het jaar bekend zijn is nu al wel duidelijk dat het nieuwe protocol voor een veilige detoxificatie zorgt.

Vraag 17

Kunt u uw uitspraak in antwoord op de hiervoor genoemde eerdere schriftelijke vragen dat «het terugdringen van het aantal bedden in de GGZ niet van toepassing is op het ontgiftingsproces» nog garanderen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 17

Gelet op de gezondheidsproblemen die kunnen optreden bij het stoppen met het gebruik van GHB is de ontgiftingsfase (detox) van essentieel belang. Hoewel er uitzonderingen op de regel zijn is voor de ontgifting van GHB doorgaans klinische opname noodzakelijk. Dit onderdeel van de behandeling van GHB-verslaving is aan te merken als specialistische GGZ. Bovendien heeft de begeleiding tijdens de ontgifting een hoog intensief karakter. Daardoor zijn de in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ gemaakte afspraken, zoals bijvoorbeeld over ambulantisering, niet als passende zorg voor deze aandoening te beschouwen en is het terugdringen van het aantal bedden in de GGZ niet van toepassing op het ontgiftingsproces van GHB-verslaafden.

Vraag 18

Wat is uw reactie op het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) om de GGZ de regie te geven in de behandeling van patiënten met psychische aandoeningen in de justitiële sfeer?⁶

⁶ <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/14490/Ggz-krijgt-regie-bij-criminele-patienten-met-stoornis.htm>

Antwoord 18

Een reactie op het RVZ-advies laat ik over aan een volgend kabinet.

Vraag 19

Hoe verhoudt de reductie van bedden zich tot de mogelijkheid om patiënten eerder verplicht op te nemen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 19

Evenals onder de Wet Bopz, is verplichte opname onder het wetsvoorstel WvGGZ slechts mogelijk wanneer het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander. De huidige Wet Bopz is een opnamewet. Dit uitgangspunt strookt niet meer met de hedendaagse opvattingen over zorg en behandeling voor personen met een psychische stoornis. De WvGGZ is een behandelwet. Verplichte zorg is niet beperkt tot alleen de opname, maar kan ook in lichtere en zelfs ambulante vorm (behandeling, verzorging en begeleiding thuis) worden verleend. De nieuwe wetgeving staat dus niet haaks op de beddenreductie, er wordt juist meer ambulante behandeling door de WvGGZ mogelijk gemaakt.

Vraag 20

Hoe verhoudt het beleid om het aantal bedden te verminderen zich tot het door de RvZ geformuleerde knelpunt dat de GGZ het accent moet leggen op «voldoende intramurale capaciteit voor gesloten, gestructureerde intensive care, desnoods van lange duur, ook voor verslaafden»?

Antwoord 20

Het beleid om het aantal bedden te verminderen laat onverlet dat personen ten aanzien waarvan dit noodzakelijk wordt geacht, ook daadwerkelijk verplicht opgenomen kunnen worden. Er moet mitsdien – ook op de intensive care – voldoende capaciteit beschikbaar zijn voor mensen voor wie ambulante behandeling (tijdelijk) niet mogelijk is. Zorgverzekeraars blijven verantwoordelijk voor het voldoende inkopen van deze bedden.

Vraag 21

Wat zijn de kosten om de teams voor actieve zorg in de wijk ((F)ACT-teams) uit te breiden van 160 naar 500 en houdt dat in dit geheel ten koste gaat van het budget van de bedden in de GGZ? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 21

De kosten voor actieve zorg in de wijk ((F)ACT-teams) zijn altijd minder dan een bed op dit moment kost. Zoals ik tevens bij vraag 2 heb aangegeven, zullen de specifieke kosten en baten van ambulantisering door de partijen nog nader worden onderzocht. Dit is tevens zo afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord GGZ.

Vraag 22

Op welke termijn is er sprake van de uitbreiding van (F)ACT-teams en dus met een verdere reductie van bedden als het advies van de RvZ wordt overgenomen?

Antwoord 22

In het bestuurlijk akkoord GGZ 2012–2014 is aangegeven dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ambitie delen om de huidige totale beddenscapaciteit tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg, die veelal door (F)ACT-teams geleverd zal worden. Zorgverzekeraars en aanbieders maken lokaal afspraken over mogelijkheid, inhoud en tempo van deze ambulantisering. Dit proces staat los van het RVZ-advies.

Vraag 23

Deelt u de mening dat het aan een nieuwe Tweede Kamer en een nieuw kabinet is om een politiek besluit over het RvZ-advies te nemen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 23
Ja.