

Vergaderjaar 2008–2009

**24 077**

**Drugbeleid**

**Nr. 236**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2009

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft thematisch toezicht naar de zorg voor de schizofrene patiënt met een middelenafhankelijkheid uitgevoerd in alle 33 geïntegreerde GGZ-instellingen. In de bijlage ontvangt u de rapportage die de IGZ hier over heeft opgesteld.<sup>1</sup> Middels deze brief informeer ik u over de bevindingen van de IGZ en geef ik u mijn reactie daarop.

Patiënten met schizofrenie behoren tot een kwetsbare groep patiënten. De lijdensdruk van patiënten met schizofrenie is hoog en de kans op terugval is aanzienlijk. Doorgaans betekent de ziekte een langdurige, vaak levenslange, afhankelijkheid van professionele zorg. Het lijden wordt niet alleen bepaald door de aandoening zelf, maar ook door de sociale consequenties. De kwetsbaarheid van deze groep patiënten wordt vergroot wanneer tevens sprake is van problematisch drugs- en alcoholgebruik. De behandeling van schizofrenie vraagt een langdurige en intensieve multidisciplinaire inspanning, waarbij de patiëntveiligheid (o.a. middelengebruik, suïcidegevaar, somatische comorbiditeit, medicatieveiligheid) steeds aandacht behoeft.

De IGZ geeft aan dat de resultaten van dit thematisch toezicht laten zien dat de meeste instellingen over het algemeen de schizofreniezorg goed hebben georganiseerd. Op het gebied van een effectief drugspreventiebeleid en een hulpaanbod dat de aanpak van drugsproblematiek integreert is verbetering wenselijk. Een andere belangrijke conclusie uit het toezicht is dat weliswaar rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt maar dat van systematische en geborgde patiëntgerichte zorg nog beperkt sprake is. Tevens laat de betrokkenheid van de familie bij de behandeling te wensen over, terwijl juist de afstemming en samenwerking tussen behandelaar, patiënt en familie de beste behandelresultaten geeft. Een goede ontwikkeling is dat bijna alle instellingen werken met een elektronisch patiëntendossier. Instellingen moeten

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

zich echter inspannen de dossiers beter bij te houden en hierdoor beter te laten aansluiten bij de zorg.

De IGZ concludeert uit het onderzoek het volgende:

- De schizofreniezorg is over het algemeen van voldoende kwaliteit en grotendeels gebaseerd op de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie 2005, maar dient te worden herzien op basis van resultaten uit effectiviteitsstudies en systematische reviews;
- In de richtlijn ontbreekt een onderdeel aangaande de integrale behandeling van schizofrenie en middelenafhankelijkheid;
- Bij het aanbod voor de behandeling van verslavingsproblemen ontbreekt visie;
- Niet elke instelling hanteert een effectief drugspreventiebeleid;
- Er is weinig systematische aandacht voor de wens van de patiënt en de betrokkenheid van familieleden;
- Er is onvoldoende systematische taxatie van het suïciderisico;
- De aandacht voor comorbiditeit moet beter;
- De kwaliteit van de dossiervoering laat te wensen over en is veelal een onvoldoende weergave van de praktijk;
- Nog niet alle instellingen meten behandeluitkomsten.

De IGZ doet in haar rapport dan ook een aantal aanbevelingen op bovenstaande conclusies. Hieronder is mijn reactie op deze aanbevelingen verwoord.

#### **Ontwikkelen van veldnormen**

De IGZ beveelt aan om de huidige multidisciplinaire richtlijn schizofrenie te herzien op basis van recente effectiviteitsstudies. Tevens dient middelenafhankelijkheid een integraal onderdeel van de richtlijn te zijn. Met de IGZ ben ik het eens dat richtlijnen zo actueel mogelijk moeten worden gehouden. Als er nieuwe inzichten zijn, die gezondheidswinst kunnen opleveren, dan dienen de beroepsgroepen hierop te anticiperen. Ik ga er in dit geval dan ook vanuit dat de beroepsgroepen hun verantwoordelijkheid in deze oppakken en de aanbeveling verder uit zullen werken.

#### **Deskundigheidsbevordering**

De IGZ adviseert de veldpartijen een beleidsplan op te stellen dat voorziet in een programma van eisen voor deskundigheidsbevordering c.q. het opdoen van kennis en vaardigheden. Ik ben het met de IGZ eens dat GGZ-instellingen aandacht moeten hebben voor deskundigheidsbevordering van hun personeel. Ik zie het dan ook als een verantwoordelijkheid van GGZ Nederland en de GGZ-instellingen om te zorgen voor een goede deskundigheidsbevordering van personeel in de GGZ. Ook dient er op toe worden gezien dat personeel de mogelijkheid heeft om kennis en vaardigheden op te doen.

#### **Drugspreventiebeleid en integrale (verslavings)zorg**

Schizofrenie in combinatie met middelenafhankelijkheid dient integraal te worden behandeld. Door structureel integraal te gaan behandelen is zeker (gezondheids)winst te behalen. Het feit dat er nog altijd instellingen zijn waar geen, althans een onvoldoende effectief, drugspreventiebeleid wordt gehanteerd, waardoor druggebruik en zelfs overlast vanwege druggebruik (dealen) binnen de instelling plaats vindt, is niet bevorderlijk voor de behandeling/behandelsituatie en de veiligheid binnen de GGZ-instelling. De aanbeveling van de IGZ is in lijn met mijn beleid om te komen tot een integrale zorgaanpak en het terugdringen van drugsoverlast in GGZ-instellingen.

### **Multicenter wetenschappelijk onderzoek**

Met de IGZ ben ik het eens dat onderzoek van belang is om de behandeling van patiënten te verbeteren. Het verdient dan ook aanbeveling onderzoeksvragen op het gebied van schizofrene patiënten met een middelenafhankelijkheid landelijk te coördineren. Bij ZonMw en het Fonds PGO heb ik programma's geïnitieerd waar onderzoeksvragen kunnen worden ingediend.

### **Patiënten- en familiebetrokkenheid**

De IGZ stelt dat GGZ-instellingen beleid dienen te ontwikkelen om patiënten en hun familieleden meer bij de behandeling te betrekken. Ik onderschrijf dat de betrokkenheid van familie tijdens de behandeling een goede stimulans voor de patiënt zal zijn. Wel wil ik hierbij aantekenen dat daar waar sprake is van verslavingsproblematiek, de sociale omgeving in veel situaties uiteindelijk afhaakt. Dit zal ook gelden voor een schizofrene patiënt met verslavingsproblematiek.

### **Suïcidepreventiebeleid**

Uit het onderzoek van de IGZ is gebleken dat er nog onvoldoende systematische taxatie van het suïciderisico plaatsvindt. Dit geldt niet alleen voor de schizofrene patiënt met verslavingsproblematiek. GGZ-breed is dit een punt van aandacht. De door de IGZ gedane aanbeveling is in lijn met de voornemens uit de Beleidsagenda verminderen van suicidaliteit die vorig jaar naar de Tweede Kamer is gezonden en waarin aandacht is voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met suïcidale klachten.

### **Comorbiditeit**

De IGZ heeft geconstateerd dat het merendeel van de GGZ-instellingen geen beleid heeft op comorbiditeit. Als voorbeeld kan genoemd worden bewegingsstoornissen die mogelijk kunnen optreden als gevolg van het gebruik van antipsychotica. Ik ben het met de IGZ eens dat het van belang is breder dan alleen naar de hoofddiagnose te kijken en ook het risico van comorbiditeit mee te nemen. Dit komt de integrale zorg aan de patiënt ten goede. De GGZ-instellingen zijn hierin eerstverantwoordelijke.

### **Dossiervoering en meten behandeluitkomsten**

Goede dossiervorming is van belang als onderdeel van de keten. Zorgverleners moeten snel inzicht hebben in het medicatieplan en behandelplan van een patiënt. Een goed patiëntendossier is van wezenlijk belang als je de behandeluitkomsten wil gaan meten. Deze behandeluitkomsten vormen de basis voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deze aanbeveling van de IGZ is dan ook in lijn met mijn beleid. Het is aan de partijen om een goed instrument voor het meten van behandeluitkomsten te ontwikkelen. Hierbij wil ik wel opmerken dat het zaak is te zorgen dat er geen wildgroei in Routine Outcome Monitorings-tool (ROM) ontstaat. Uitwisselbaarheid en koppeling aan diverse ICT-systemen zijn hierbij sleutelwoorden.

### **Tot slot**

De IGZ heeft op basis van de toezichtsbevindingen per instelling een risicogestuurd handavingsplan vastgesteld. Bij zesentwintig instellingen liepen patiënten nauwelijks risico op onverantwoorde zorg. De IGZ toetst in 2010 door middel van jaargesprekken welke verdere verbeteringen in de zorg bij deze instellingen zijn doorgevoerd. Patiënten in zes instellingen liepen een verhoogd risico op onverantwoorde zorg. Deze instellingen hebben een plan van aanpak gemaakt om de zorg te verbeteren en de uitvoering van dit plan wordt in 2010 door de IGZ getoetst. Eén instelling leverde zorg waarbij patiënten een hoog risico lopen op onverantwoorde

zorg. Direct na het vaststellen van het instellingsrapport is bij deze instelling geïntensiveerd toezicht ingesteld. De IGZ rapporteert eind 2010 over de doorgevoerde verbeteringen in de schizofreniezorg. Daarnaast kunnen GGZ-instellingen die verder in hun ontwikkeling zijn, als goed voorbeeld dienen. De IGZ brengt deze onder de aandacht bij de andere GGZ-instellingen onder andere door middel van de rapportage van het thematisch toezicht.

De IGZ draagt zorg voor verspreiding van het onderhavige rapport onder de betrokken partijen. In het verlengde daarvan zal ik hen een afschrift van deze brief toesturen en de conclusies en aanbevelingen van de IGZ onder hun aandacht brengen. Ik ga er samen met de IGZ van uit dat de betrokken partijen hun verantwoordelijkheid in deze nemen en samen komen tot een verbeteringslag daar waar het de integrale zorg van schizofrene patiënten met verslavingsproblemen betreft.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink