

Vergaderjaar 2004–2005

29 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005

Nr. 9

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2004

In het Algemeen Overleg met uw Commissie op 29 april 2004 (29 200 XVI, nr. 234), heb ik u toegezegd nog op een aantal vragen schriftelijk te zullen reageren. In het onderstaande doe ik die toezegging gestand.

Bouwprioriteiten

Door mevrouw Vietsch is gevraagd naar een overzicht van de bouw-prioriteitenlijsten.

De laatste bouwprioriteitenlijst voor de GGZ dateert van 5 juli 2002.

De bouwprioriteitenlijst instandhouding verpleeghuizen 1997–2006 dateert van 17 oktober 2003 (bijlage 1)¹.

De bouwprioriteitenlijst instandhouding verzorgingshuizen 2001–2006 heb ik op 11 augustus 2004 vastgesteld (bijlage 2)¹.

De laatste bouwprioriteitenlijst instandhouding voor de gehandicapten-zorg is die voor 2001–2004, deze dateert uit juli 2001. Binnenkort zal de bouwprioriteitenlijst instandhouding voor de gehandicaptenzorg 2003–2006 vastgesteld worden.

Onderschrijding bouwkader instandhoudingsbouw

	1998	1999	2000	2001	2002
Verpleeghuizen					
Instandhouding cumulatief	– 3,4	– 3,0	– 8,0	– 25,0	– 40,4
enkelvoudig	– 3,4	0,4	– 5,0	– 17,0	– 15,4
GGZ					
Instandhouding cumulatief	0,0	– 3,6	– 4,3	0,9	– 6,7
enkelvoudig	0,0	– 3,6	– 0,7	5,2	– 7,6

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Gehandicapten Zorg	1998	1999	2000	2001	2002
instandhouding cumulatief	0,0	- 2,5	1,6	3,9	3,7
enkelvoudig	0,0	- 2,5	4,1	2,3	- 0,2

In reactie op het verzoek om de onderuitputting van het bouwkader in de afgelopen periode in beeld te brengen zijn deze in het onderstaande overzicht per sector en per jaar weergegeven.

Onderschrijdingen vergunningsplichtige WZV-instandhoudingsbouw

Alleen voor de vergunningsplichtige WZV- instandhoudingsbouw wordt nu gebruik gemaakt van een bouwkader.

Het jaar 2003 is nog niet afgerekend en wordt daarom niet opgenomen in dit overzicht.

De onderschrijdingen in de vergunningsplichtige WZVinstandhoudingsbouw worden voornamelijk veroorzaakt door vertraging in de realisatie van projecten ten opzichte van geraamde aanvangstijden van de bouw. In veel gevallen zijn de oorzaken van de vertraging toe te schrijven aan externe factoren. Dit betekent niet dat er structureel geld vrijvalt maar dat het pas later dan gepland wordt uitgegeven. De middelen die vrijvallen kunnen dus niet aangewend worden voor zaken die structureel gefinancierd moeten worden.

Uitbreidingsbouw

Voor de uitbreidingsbouw is thans geen apart bouwkader meer beschikbaar. De middelen die benodigd zijn voor deze bouw worden afgeboekt van de beschikbare ruimte voor de uitbreiding van capaciteit.

Met betrekking tot de opmerking van mevrouw Vietsch over het handelen van zorgkantoren bij sommige bouwplannen merk ik op dat het zorgkantoor zorgplicht heeft ten aanzien van zijn verzekerden. Het dient daarvoor voldoende zorg in te kopen. Het zorgkantoor dient daarbij beleidsruimte te hebben voor de beoordeling van de noodzaak van bepaalde bouwplannen. Het kan niet zo zijn dat een bouwplan moet doorgaan alleen omdat de instelling dat graag wil. Het beleid is er nu juist op gericht om over te stappen van aanbodsturing naar vraagsturing.

Wisselen van initiatiefnemer

Door mevrouw Verbeet is gevraagd of het mogelijk is dat andere instellingen een uitbreidingsplan kunnen overnemen indien de oorspronkelijke initiatiefnemer geen voortgang maakt.

In zijn algemeenheid wijs ik erop dat er allerlei andere redenen zijn dan alleen «onwil» waarom een project geen voortgang maakt. Zo is het bijvoorbeeld denkbaar dat een instelling niet vooruit kan omdat de omwonenden in beroep zijn gegaan of omdat de gemeente niet vlot meewerkt aan wijziging van het bestemmingsplan, gestelde eisen aan een plan door de schoonheidscommissie of de beschikbaarheid van de benodigde grond. Ook als gevolg van directiewisselingen en fusies treden er vertragingen op in de realisatie. Een alternatief plan kan ook te maken krijgen met dergelijke situaties. Het is dus niet zeker dat het kiezen voor een alternatief plan leidt tot een snellere realisatie van een gewenste uitbreiding. Een beslissing tot veranderen van initiatiefnemer is mogelijk maar moet zorgvuldig onderbouwd worden. Verder is het in deze van belang in welke fase het initiatief zich bevindt. Indien een verklaring is afgegeven is artikel

13, eerste lid, van de wet ziekenhuisvoorzieningen van toepassing, waarbij een aparte procedure geldt voor het kunnen laten vervallen van deze verklaring. Indien het gaat om een voorgenomen uitbreiding, waarvoor nog geen verklaring is aangevraagd en dat niet opschiet, kan besloten worden een ander initiatief te laten starten. In de gehandicaptenzorg zijn verklaringen van een beperkte geldigheidsduur voorzien (meestal 3 jaar), wat aanknopingspunten biedt voor afvoering bij vertragingen.

Protocol garantiestructuur verzorgingshuizen

Op de vraag van mevrouw Verbeet over het uitblijven van een uitbreiding van het protocol garantiestructuur verzorgingshuizen kan ik mededelen dat het hier om een complexe zaak gaat. Daarom is door mij voorgesteld om allereerst tot een beperkte uitbreiding van de zogenaamde schadeloosstellingsregeling te komen. Dit zou er in hoofdzaak toe leiden dat de regeling ook van toepassing zou zijn op verpleeghuizen die tot stand gekomen zijn als gevolg van ombouw van verzorgingshuizen. Aedes achtte dit een te beperkte aanpassing. Uitbreiding van de werking van de schadeloosstellingsregeling naar alle verpleeghuizen compliceert echter het beleid van het kabinet om marktprikkels in te voeren en de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieders te stimuleren, onder het tot stand brengen van een gelijk speelveld. Daarmee staat het geven van garanties aan één van de marktpartijen op gespannen voet. Deze samenhangende problematiek wordt nader gezien tevens in interdepartementaal verband. Op basis van nader standpuntbepaling zal verder met belanghebbenden worden gesproken.

Standaarden voor goede zorg

Door mevrouw Tonkens is opgemerkt dat ik naar de professionals in het veld moet luisteren, als het gaat om standaarden voor goede zorg. Mijnerzijds is die aandacht ook zeker aanwezig, al staat voor mij het oordeel van de cliënt zelf voorop. Voor zover de opmerking bedoeld is om aan te geven dat er meer middelen naar de zorg zouden toe moeten, merk ik op dat het uiteindelijk een politiek besluit is in welke omvang collectieve middelen voor de zorg beschikbaar zijn. Dit wordt niet zelfstandig door de professionals bepaald. Binnen de gegeven omvang zal de zorg geleverd moeten worden.

Toegestane maximale omvang intramurale voorzieningen

Mevrouw Tonkens stelde verder voor om geen maximum omvang voor instellingen meer vast te stellen. Dit maximum zou de keuzemogelijkheid met betrekking tot wonen beperken. Ik vraag mij af of mensen bewust kiezen voor verblijf in zeer grote instellingen. Het punt lijkt mij eerder dat bij deconcentratie van grote instellingen een deel van de bewoners moet verhuizen en dat men liefst wil blijven in zijn vertrouwde omgeving. Ik ben echter van mening dat het uit oogpunt van spreiding en kwaliteit van zorgverlening wenselijk is juist wel maxima vast te stellen. Zeer grote instellingen zijn ongewenst. Zij zullen mee moeten werken om meer variëteit te creëren tussen groot-intramuraal en kleinschalig in de wijk. Overigens hebben de meeste instellingen geen moeite om aan dit criterium te voldoen en ontstaan ook daadwerkelijk kwalitatief goede oplossingen. Daarbij kunnen de overblijvende – intramurale – locaties ook op kwalitatief hoog niveau gebracht worden.

In antwoord op de opmerking van mevrouw Van Miltenburg betreffende het verlenen van dispensatie ten aanzien van de toegestane omvang, merk ik op dat het vastgestelde maximum een beperking is ten aanzien van de omvang van een instelling en niet van het aantal instellingen. Als

zodanig is de maximering juist bedoeld als prikkel om te bereiken dat de keuze mogelijkheden voor cliënten worden vergroot. Bovendien wordt niemand gedwongen te verhuizen. Wél zullen instellingen die met een locatie niet voldoen aan het omvangcriterium minder makkelijk nieuwe cliënten op die locatie kunnen opnemen, vanwege de beperking aan hun toekomstige omvang.

Vooralsnog zie ik geen reden om dispensatie ten aanzien van deze beperking te verlenen.

Ik ben ondertussen een onderzoek gestart om het zogenaamde woonwensen/leefwensen onderzoek, dat sinds 1 april 2003 verplicht is bij grote huisvestingstrajecten, te voorzien van kwaliteitseisen. Hierdoor is beter vast te stellen of de resultaten van dergelijke onderzoeken ook daadwerkelijk de mening van de cliënten vertegenwoordigt. Ik verwacht dit onderzoek in het najaar van 2004 afgerond te hebben. Misschien kan dit een nuancering van de genoemde beperking mogelijk maken. Ik zal u te zijner tijd daarover berichten.

Gehandicapten zorg; 10-bedskamers

Voor zover er nog meerbedskamers zijn in de gehandicaptenzorg vallen deze in de zogenaamde «rood» of «oranje» scorende gebouwen. De instellingen met dit soort gebouwen zullen dit zo spoedig mogelijk in orde moeten maken. Ik heb al eerder toegezegd dat over 5 jaar alle gebouwen met rode en oranje scores zullen zijn vervangen en/of gerenoveerd. De 10-bedskamers waarvan sprake is in de vraagstelling huisvesten veelal zeer complex gehandicapte mensen. Deze mensen worden vaak overdag groepsgewijs verzorgd, om daaruit nog de nodige prikkels te ontvangen. In sommige gevallen is daarbij geen terugval mogelijk ('s nachts bijvoorbeeld) naar 1 persoons slaapkamers. In deze gevallen zullen deze plaatsen weer «rood» scoren en geldt het hiervoor gestelde.

Onderzoek huisvesting GGZ

Ten slotte kan ik u meedelen dat het door mij in het Algemeen Overleg aangekondigde onderzoek naar de huisvesting van de patiënten in de GGZ door het College bouw voor ziekenhuisvoorzieningen is afgerond. Het College bouw heeft de resultaten van het onderzoek op 1 september jl. aangeboden aan de voorzitter van GGZ Nederland. In vervolg op de uitkomsten van het rapport zijn afspraken gemaakt met het College bouw dat op korte termijn de instellingen die een slechte score hebben zullen worden benaderd om de situatie van de huisvesting te verbeteren.

Recht op een eigen kamer

Met betrekking tot de stelling van mevrouw Kant dat mensen recht hebben op een eigen kamer en moeten kunnen kiezen waar hun kamer zich bevindt, merk ik op dat ik die stelling niet onderschrijf. De AWBZ is een ziektekostenverzekering die zich richt op een adequate zorgverlening aan verzekerden waarvoor een aanspraak op in de AWBZ omschreven zorg bestaat. Het beleid is er op gericht om die zorg zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving te leveren. Pas als de functie verblijf wordt geïndiceerd bestaat aanspraak op intramurale opname. Dat is geen vrije keus van de verzekerde. Verder wordt mede op grond van de financiële mogelijkheden bepaald of men soms de kamer met een ander moet delen.

Gedwongen scheiding van partners

Door mevrouw Kant is verder het onderwerp van de gedwongen scheiding van partners aangekaart. Met de wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ van 26 januari 2004, is geregeld dat partners gezamenlijk kunnen worden opgenomen in verzorgingshuizen. Waar thans sprake is van overplaatsing naar een andere instelling, is dat het gevolg van de zorgbehoefte van de betreffende persoon. Het is dan niet langer verantwoord betrokkene in de oude omgeving te laten. Dat is een trieste zaak, maar onvermijdelijk. Het is financieel niet haalbaar en in mijn ogen ook ongewenst, om alle instellingen zodanig toe te rusten dat zij op iedere denkbare situatie zijn toegerust. In sommige gevallen is overplaatsing zowel voor patiënt als omgeving de beste oplossing.

Toepassing Wet Bopz

Mevrouw Vietsch vroeg tot slot ook of ik een oplossing weet voor het fixeren van mensen in verpleeghuizen. Zij is van mening dat dat niet kan en niet mag. Die stelling kan ik helaas niet onderschrijven. Soms heeft een zorgverlener geen andere keus dan het moeten fixeren van een bewoner. Met name in die situaties dat er gevaar dreigt, en alle alternatieven al zijn geprobeerd. Op het toepassen van dergelijke vrijheidsbeperkingen is op dit moment de Wet Bopz van toepassing.

Inmiddels is duidelijk geworden dat de Wet Bopz moeilijk toepasbaar is op mensen met dementie of een verstandelijke handicap. De termen van de wet sluiten niet aan op de beperking of het ziektebeeld van deze groepen, en het gedrag dat daarbij hoort in de dagelijkse zorgverlening. Bovendien wordt ook steeds vaker zorg – ook intensieve zorg – verleend in extramurale situaties, waar de wet niet geldt. Om die reden ben ik een nieuw wettelijk kader aan het ontwikkelen, dat een uniforme regeling moet bieden voor zowel de opnemings- als het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Het kader moet meer aansluiten bij de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke handicap, en daardoor betere rechtsbescherming bieden aan de kwetsbare groepen waar het hier om gaat. Uitgangspunt is en blijft dat het toepassen van een vrijheidsbeperking, waaronder fixatie, in principe het laatste redmiddel is. In antwoord op vragen van mevrouw Vietsch en (eerder al) op vragen van de kamerleden Veenendaal en Jagersma, ben ik ingegaan op de achtergrond en de doelstelling van de nieuwe wettelijke regeling.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp