

Vergaderjaar 2001–2002

**25 424**

## **Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 37**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 november 2001

In reactie op het verzoek van Mw Hermann e.a., gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden op 13 november 2001, bericht ik u het volgende.

#### **Inleiding**

Signalen over achterblijvende zorg voor chronische patiënten in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (apz-en) zijn niet nieuw. Zo waren er met name in 1997 publikaties en brieven waarin gesproken werd over «zorg-verschraling».

Het kabinet nam deze signalen serieus en stelde (mede op geleide van de motie Wolffensperger c.s.<sup>1</sup>) in 1997 een structureel bedrag van f 20 mln beschikbaar aan de sector. Deze gelden zijn vanaf 1998 toegevoegd aan de budgetten van de instellingen.

Daarnaast werd in overleg met de sector besloten om naar aanleiding van deze signalen onderzoek te laten uitvoeren door het Trimbosinstituut. Dit onderzoek is recent afgesloten met de publicatie van het rapport «Een keten van lege zondagen». De inhoud van het rapport heeft inmiddels de nodige publiciteit gehad. Ik bied u de publicatie hierbij aan<sup>2</sup>.

Het onderzoek is uitgevoerd bij 23 afdelingen voor langdurig zorg-afhankelijke patiënten (eerder ook wel afdelingen voor chronische patiënten genoemd) in een zestal apz-en. Op die afdelingen is het feitelijk zorggebruik en het feitelijk zorgaanbod vergeleken met een standaard. Een dergelijke «algemeen aanvaardbare standaard voor passende zorg» ontbrak en is ten behoeve van het onderzoek opgesteld door een breed samengesteld panel van hulpverleners, die in dit onderdeel van de apz-en werkzaam zijn.

Daarnaast is het oordeel van patiënten gevraagd over de materiële voorzieningen en het zorgaanbod.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 1997–1998, 25 600, nr. 18.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## **De onderzoeksresultaten**

De onderzoeksresultaten onderstrepen de eerdere signalen uit 1997. Die resultaten zijn kort samengevat:

In alle onderzochte apz-en blijft het niveau van de zorg en van de materiële voorzieningen achter bij de standaard. De mate waarin dat zorgtekort zich voordoet, verschilt per afdeling en per apz.

Het tekort in het zorgaanbod doet zich vooral voor bij de dagactivering en de dagbesteding.

Ook de materiële voorzieningen en de geboden diensten zijn vaak niet voldoende: met name de kwaliteit van de huisvesting, de vervoersmogelijkheden en de recreatie-mogelijkheden blijven achter bij de standaard.

In verhouding tot de standaard is het zorgtekort bij de meest zorgafhankelijke patiënten het grootst.

Het oordeel van patiënten bevestigt dit beeld. Zij blijken – wat het zorgaanbod betreft – vooral ontevreden over het aantal gesprekken met begeleiders, over de dagactiviteiten en de psychiatrische hulp. Bij de materiële voorzieningen en de diensten is men vooral ontevreden over recreatiemogelijkheden, vervoer, huisvesting en kwaliteit van het eten.

Daarnaast vinden patiënten het beschikbare inkomen (meestal is dat het zak- en kleedgeld) te laag om adequaat te kunnen functioneren binnen instelling en samenleving.

Het totaaloordeel van patiënten over de zorg is (desondanks) mild; zij geven gemiddeld een zeven als rapportcijfer.

De oorzaken blijken complex. Er is sprake van een kluwen van oorzaken. De belangrijkste daarvan zijn volgens de onderzoekers problemen van financiële en personele aard: beperkte financiële middelen voor instelling en patiënt, alsmede een kwalitatief en kwantitatief personeelstekort. Er wordt veel met invalkrachten gewerkt.

Tussen de afdelingen (ook binnen één apz) en tussen de apz-en bestaan verschillen in de mate waarin het zorgtekort zich voordoet. Dat hangt samen met het beleid en management van de instelling en de zorgvisie van de afdeling. Met dezelfde middelen blijkt de ene afdeling meer voor de patiënten te kunnen doen dan de andere.

## **Mijn reactie**

In de geestelijke gezondheidszorg is de aandacht op dit moment sterk gericht op vermaatschappelijking en toenemende participatie van patiënten in de maatschappij, alsmede op het terugdringen van wachttijden en wachtlijsten. Dat mag echter niet ten koste gaan van de aandacht voor de meest kwetsbaren in de psychiatrie: de intramuraal verblijvende langdurig zorgafhankelijke patiënt.

Het rapport schetst een schrale en tekortschietende zorg, zowel op het niveau van de materiële voorzieningen als van het zorgaanbod. Dit veront- rust mij.

Alle psychiatrische patiënten hebben recht op een kwalitatief goede zorg die adequaat aansluit op hun hulpvraag en hun behoeften. Het doet er niet toe of de patiënt in het kader van de vermaatschappelijking in de maatschappij verblijft of op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis. Juist voor de meest zorgafhankelijke patiënten en de patiënten die aange- wezen zijn op de asiel functie geldt dat de kwaliteit van het leven in belangrijke mate bepaald wordt door de kwaliteit van de directe leef- omgeving en de kwaliteit van de zorg. Ook voor hen moet verdere partici- patie in de maatschappij mogelijk zijn. Het is echter tegelijkertijd ook reëel te onderkennen dat patiënten in verband met de psychiatrische beper-

kingen soms (tijdelijk) geen gebruik meer kunnen of willen maken van bestaande faciliteiten voor bv. dagactivering of dagbesteding.

Deze situatie vraagt dringend om verbetering. Ook GGZN onderkent dat verbetering noodzakelijk is. In eerste instantie ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de borging daarvan bij het management van de instellingen. Deze zijn op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitsniveau van de instelling. Branche-organisaties en beroepsverenigingen kunnen de instellingen daarbij ondersteunen, onder meer door het opstellen (waar mogelijk samen met patiëntenorganisaties) en implementeren van veldnormen, waaraan de kwaliteit getoetst kan worden. Voor de afdelingen voor langdurig zorgafhankelijke patiënten kan de in het kader van het onderzoek ontwikkelde «standaard voor passende zorg» als zodanig fungeren. Instellingen kunnen het eigen kwaliteitsniveau nu vergelijken met dit instrument. GGZN zal dit proces verder ondersteunen door deze standaard bestuurlijk te onderschrijven als uitgangspunt voor het kwaliteitsbeleid en deze, na verdere afstemming en verfijning in samenspraak met patiënten- en verwantenorganisaties, te verankeren in het beleid door verwerking in het komende kwaliteitscertificatieschema voor de sector. Door opnemings in dit schema nemen de mogelijkheden voor externe toetsing belangrijk toe.

Ik beschouw de standaard als een belangrijke stap tot realisatie van een dergelijke door het veld onderschreven norm.

Verbetering van de situatie is zeker niet alleen een kwestie van meer geld; het gaat ook om bejegening, om interne prioritering binnen instellingen, om meer aandacht van het management voor deze afdelingen, om personeelsbeleid e.d.

Instellingen kunnen op korte termijn een stap zetten om de situatie in het eigen apz te verbeteren. Het onderzoek geeft aan dat op onderdelen doelmatigheidswinst is te bereiken (de verhouding tussen patiënt- en niet-patiëntgebonden werkzaamheden verschilt tussen de afdelingen en tussen de apz-en). Daarnaast blijkt de ene afdeling binnen de beschikbare middelen meer zorg te kunnen realiseren dan de andere afdeling. Instellingen kunnen dus van elkaar leren; bv. door uitwisseling van praktijkervaringen en formulering van «best practices».

Apz-en hebben budgetvrijheid; dat betekent dat zij binnen het huidige budget prioriteit kunnen geven aan de verbetering van de zorg op de afdelingen voor langdurig zorgafhankelijke patiënten. Met de nodige creativiteit kan al het nodige gewonnen worden. Speerpunten voor verbetering lijken vooral de dagactivering, de kwaliteit van de leefomgeving en de vervoersmogelijkheden.

In een bestuurlijk overleg met GGZN en ZN is afgesproken dat GGZN op korte termijn uitvoering zal geven aan deze verbeteractiviteiten. Deze eerste stap kan binnen de huidige budgetten gezet worden.

Daarnaast is afgesproken om op korte termijn in kaart te brengen waar de knelpunten in financiële zin liggen en hoe groot deze zijn. Uitgangspunt daarbij is een kostenconforme bekostiging van de zorg op deze afdelingen.

Weliswaar zijn in 1997 – ook voor deze afdelingen – nieuwe kostprijsconforme bekostigingscategorieën ingevoerd. Ontwikkelingen, zoals deconcentratie, vermaatschappelijking en uitplaatsing van de «minder zorgafhankelijke» patiënten, RGC-vorming e.d., zijn sindsdien echter voortgegaan; daarnaast zijn de maatschappelijke normen met betrekking tot aanvaardbare zorg veranderd, zoals blijkt uit de opgestelde standaard.

Verbetering van de situatie vraagt om een planmatige aanpak vanuit de sector en om coördinatie en ondersteuning vanuit de branche-organisatie.

Ik heb GGZN gevraagd om in overleg met ZN, CTG en patiëntenorganisaties op korte termijn te komen met een samenhangend plan van aanpak, waarin duidelijk staat aangegeven welke stappen ondernomen zullen worden, in welke termijnen en met welke resultaten.

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat het vrij besteedbare inkomen (meestal het zak- en kleedgeld) door patiënten als te laag wordt ervaren; zij zijn daardoor niet in staat om op de door hen gewenste wijze in de maatschappij te participeren. Ik vind dit een belangrijk signaal. Ook daar kan op korte termijn ter verbetering al het nodige aan gedaan worden vanuit de sector zelf. Uit het onderzoek blijkt dat het besteedbaar inkomen van de patiënten mede beperkt is doordat instellingen kosten zijn gaan rekenen voor diensten die voorheen gratis waren. Apz-en kunnen daar nog eens kritisch naar kijken; een andere mogelijkheid betreft de mogelijkheid om de kosten voor vervoer voor de patiënten te beperken door het sluiten van collectieve contracten met vervoersmaatschappijen. Met de nodige creativiteit is ook hier het nodige te bereiken; ook hier kunnen instellingen van elkaar leren. Patiëntenorganisaties kunnen daarbij behulpzaam zijn door het inventariseren van «best practices» en goede voorbeelden.

GGZN heeft in het bestuurlijk overleg toegezegd dit mee te zullen nemen in de eerder genoemde verbeteractie.

In samenhang met de recent gerealiseerde verbeteringen in het eigen bijdrage regime AWBZ en het niveau voor het zak- en kleedgeld ontstaan daardoor meer mogelijkheden voor patiënten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers