Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2011–2012

33 000 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012

Nr. 167

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 2 maart 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport[1] heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 december 2011 inzake de uitvoering motie Wiegman-van Meppelen Scheppink (32 500 XVI nr. 63) over verkeerd diagnosticeren van doven en slechthorenden (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 150).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 29 februari 2012. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

[1] Samenstelling:
Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Elias, T.M.Ch. (VVD), Ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Straus, K.C.J. (VVD).
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Hazekamp, A.A.H. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Eijsink, A.M.C. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Burg, B.I. van der (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Lodders, W.J.H. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL), Tongeren, L. van (GL) en Liefde, B.C. de (VVD).

kst-33000-XVI-167
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2012

1
Kunnen de aanbevelingen en de antwoorden op de feitelijke vragen worden meegenomen bij het algemeen overleg op 15 februari over het zorglandschap?

Nee, zie hiervoor mijn brief van 15 februari 2012 onder (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 64) met verzoek om uitstel voor beantwoording van de vragen.

2
Wie gaat ervoor zorgen dat het rapport ter harte wordt genomen?

Ik heb het rapport naar GGZNederland en de gespecialiseerde GGZ voorziening voor doven in Ede gestuurd. Met GGZNederland zal ik in overleg treden om het rapport meer onder de aandacht te brengen van behandelaren en zorginstellingen.

3
Op welke wijze wordt het rapport verspreid onder het veld? Komt er een campagne die het rapport in brede zin bekend maakt binnen de niet-gespecialiseerde GGZ?

Ik zal GGZNederland vragen dit onderzoek onder de aandacht te brengen van haar leden. Daarnaast wil ik het onder aandacht brengen bij de NVvP, Zorgverzekeraars Nederland, de Orde van Medisch Specialisten en NHG en LHV.

4
Wie wordt er bedoeld met het veld?

Afhankelijk van de context van de aanbevelingen kan het gaan om de GGZ zorgverleners in de eerste en tweede lijn, de huisartsen in de eerstelijn, en de medisch specialisten. Zie ook mijn antwoord op vraag 3.

5
Het verzoek van de motie (32 500-XVI-63) is tweeledig, hoe wordt er uitvoering gegeven aan het tweede deel van de motie «en te komen met passende zorg»?

In eerste instantie is het een taak van verzekeraars om zorg in te kopen om daarmee aan hun zorgplicht te voldoen. De zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor een passend zorgaanbod. De toeleiding tot deze zorg was echter onvoldoende. Er is slechts een beperkt aantal zorgvragers. Het is daarom van belang dat aanbieders van deze zorg het beschikbare zorgaanbod goed kenbaar maken. Dit zal ertoe moeten bijdragen dat dat zorgaanbod goed wordt benut.

6
Waarom wordt gehoorproblematiek niet meegenomen bij de anamnese in de GGZ?

Het is van belang dat bij het afnemen van de anamnese alle revelante aspecten van iemands functioneren in kaart worden gebracht. Zonder de elementen zoals visus en gehoor mede te beoordelen is het niet mogelijk om tot een verantwoorde anamnese te komen. Anders gezegd, een te monodisciplinaire benadering van deze patiënten is niet toereikend.

7
Wat is de verklaring voor het onvoldoende bewustzijn van de impact van gehoorproblematiek op diagnostiek en behandeling in de reguliere zorg?

Bij verantwoorde zorgverlening hoort een adequate anamnese. Ik verwijs naar mijn antwoord op vraag 6. Door de lage incidentie schiet de anamnese soms tekort. Een te monodisciplinaire benadering van deze patiënten is niet toereikend.

8
Waarom vertellen huisartsen en KNO-artsen dat er met tinnitus (oorsuizen) te leven is, als het bewezen is dat mensen hier psychische klachten door ontwikkelen?

Het feit dat huisartsen en KNO-artsen dat stellen heeft ermee te maken dat de klacht niet is te verhelpen. In de patiënteninformatiebrief van de NHG staat letterlijk dat «Veel mensen leren op den duur toch met het oorsuizen te leven.» Het is daarbij groot belang dat mensen met oorsuizen zich concentreren op andere zaken zoals hobby, yoga, etcetera. De houding die de professional daarbij aanneemt kan dat zeker bevorderen. Het is gelet daarop juist passend en professioneel adequaat handelen dat huisartsen en KNO-artsen hun patiënten vertellen dat er met tinnitus (oorsuizen) te leven is. Van deze groep ontwikkelt 1–2% psychische klachten. Hierop moeten behandelaren attent zijn om in die gevallen betrokkenen op tijd voor de juiste ggz zorg in aanmerking te laten komen om erger te voorkomen.

9
Waarom is de behandelmogelijkheid onder huisartsen niet in orde bij tinnitus?

Op grond van de huidige wetenschappelijke inzichten is er geen oorzakelijke therapie die oorsuizen gericht kan aanpakken. Het is dus niet zo dat de behandelmogelijkheid «niet op orde is». Zie ook mijn antwoord op vraag 8.

10
Wat is de verklaring dat landelijke aansturing en de gemeenschappelijke visie langzaam van de grond komt bij betrokken organisaties voor doven en slechthorenden?

De verklaring hiervoor is dat het vooral de individuele professionals zijn die hun zorgverlening op de zorgvraag van slechthorenden met of zonder GGZ problematiek moeten afstemmen. Landelijke aansturing, noch gemeenschappelijke visies dragen daaraan wezenlijk bij.

11
Waarom is er geen hoogspecialistische zorg voor deze doelgroep ontwikkeld?

De zorg voor de doelgroep van slechthorende GGZ patiënten omvat de samenloop van twee zorgelementen die allebei aanwezig moeten zijn: (technische) mogelijkheden om met de gehoorbeperkingen om te gaan en kennis om de GGZ problematiek te behandelen. Verschillende instellingen in Nederland zijn hiertoe in staat. Bekendheid binnen de verschillende zorgverleners over de aanwezigheid van de specialistische functie voor behandeling van GGZ-problematiek in combinatie met gehoorproblemen is dan essentieel.

12
Waarom zijn zorgverleners onvoldoende geschoold in de zorg en diagnostiek voor doven en slechthorenden?

Zie mijn antwoorden op de vragen 6 en 7.

13
Waarom is het zorgaanbod zo verdeeld in Nederland voor deze doelgroep?

Het huidige zorgaanbod is ontstaan door specialisatie binnen het bestaande zorgaanbod. Hierover is destijds overleg gevoerd tussen zorgaanbieders en overheid. Dat heeft er in geresulteerd dat het zorgaanbod klinisch is gecentraliseerd en er ambulant meer plaatsen zijn waar behandeling mogelijk is.

14
Waarom wordt de gehoorstoornis in combinatie met psychiatrische problematiek niet of onvoldoende geregistreerd?

Er bestaat geen verplichting om alles te registreren. Het is aan de beroepsgroepen om te bepalen welke registraties wezenlijk kunnen bijdragen aan het leveren van verantwoorde zorg.

15
Waarom bestaat er voor mensen met gehoorproblematiek behandeling in de eerstelijns GGZ en voor kinderen geen klinische capaciteit?

In de Riethorst in Ede is klinische behandeling van kinderen met gehoorstoornissen mogelijk. Zie ook mijn antwoord op vraag 13.

16
Waarom is de tweede- en derdelijnszorg en hoogspecialistische zorg beperkt?

Wat hoogspecialistisch genoemd wordt, is in belangrijke mate de samenloop van voorzieningen en deskundigheid om om te gaan met slechthorendheid en gehoorproblemen. Dat zal per definitie een beperkt zorgaanbod betreffen. Zie ook mijn antwoord op de vragen 11 en 15.

17
Wat wordt gedaan met de aanbevelingen die het rapport «Rapport verkeerd bestempelen doven en slechthorenden in de GGZ» biedt?

Ik zal deze aanbevelingen delen met GGZ Nederland, daarnaast zal ik het rapport onder de aandacht brengen van de verschillende huisartsenverenigingen, de NVvP, Zorgverzekeraars Nederland en de Orde van Medisch Specialisten . Zie ook mijn antwoord op vraag 3.

18
Op welke wijze gaat de minister het veld uitdagen om deze problematiek aan te pakken?

Zie mijn antwoord op de vragen 3 en 17.

19
Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over verbeteringen van de problemen die bij doven en slechthorenden zijn geconstateerd?

Zoals ik heb aangegeven, zal ik de signalen delen met de veldpartijen. Het is aan de veldpartijen om – voor zover dat onvoldoende het geval is – op de juiste wijze in te spelen op de zorgvraag van deze groep. Het is zeker niet ongebruikelijk dat zorgaanbieders zorg moeten leveren aan patiënten bij wie zich verschillende zorgvragen en beperkingen tegelijkertijd voordoen. Ik kan deze verantwoordelijkheid van het zorgveld niet overnemen.

20
Hoe economisch rendabel, of onrendabel, is het om iemand verkeerde zorg te verlenen waardoor iemand geen kans heeft op een normaal leven? Zijn hier cijfers van?

Hierover zijn mij geen cijfers bekend. Waar het om gaat is dat de individuele professionals hun zorgverlening op de zorgvraag van slechthorenden met of zonder GGZ problematiek moeten afstemmen. Ik heb het vertrouwen dat doorgaans in de zorg naar eer en geweten wordt gehandeld en behandeld. Zie ook mijn antwoord op vraag 11.

21
In het rapport «Rapport verkeerd bestempelen doven en slechthorenden in de GGZ» worden een aantal adviezen gegeven met betrekking tot de samenwerking in de GGZ. Welke rol ziet de minister voor zichzelf?

Anders dan het onder de aandacht brengen van de conclusies bij relevante partijen, zie ik geen verdere rol voor mijzelf weggelegd.

22
Op pagina 2 van de brief roept de minister het veld op om de «uitdaging aan te gaan voor deze doelgroep» en deze doelgroep «een aanbod van zorg te bieden dat toegankelijk is en brede bekendheid geniet onder de behandelaren in de sectoren». Kan de minister aangeven welke einddoelen zij voor ogen heeft en op welke wijze zij toezicht gaat houden op de te bereiken resultaten? Wat moet het veld doen en wat gaat de minister doen?

Het is een samenspel tussen verzekeraars en aanbieders van zorg. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 19 heb aangegeven, is mijn einddoel dat zorgaanbieders verantwoorde zorg moeten leveren aan patiënten bij wie zich verschillende zorgvragen en beperkingen tegelijkertijd voordoen. Het betreft zeker geen ongebruikelijke situatie en ik kan en wil deze verantwoordelijkheid van het zorgveld niet overnemen.

23
Is er dossieronderzoek gedaan om te bezien hoelang cliënten er over hebben gedaan om in een juiste behandeling te komen?

Nee, daarvoor waren er te weinig casussen beschikbaar voor analyse.

24
Was het realistisch, toen de onderzoeksvraag werd verbreed, om nog inzicht te krijgen in het aantal cliënten?

De gedachte was dat de verbreding van de onderzoeksvraag meer resultaat zou opleveren vanuit gegevens die beschikbaar zouden zijn. De groep van patiënten waar het hier om gaat is zo klein dat tegen de verwachting in de verbrede onderzoeksvraag met schattingen moest worden beantwoord.

25
Vraagt een bredere onderzoeksvraag om een breder onderzoek?

Niet in dit geval. Omdat al spoedig duidelijk werd dat de onderzoeksvragen niet te beantwoorden zouden zijn, is de onderzoeksvraagstelling aangepast. Ik zou dan ook van een aangepaste in plaats van een verbrede onderzoeksvraag willen spreken.

26
In het onderzoek worden verklaringen gegeven voor diagnostische fouten. Welke oplossingen zijn er om deze diagnostische fouten te voorkomen?

Ik ben van mening dat met de aanbevelingen in het rapport de kans op fouten kan worden verminderd. Deze aanbevelingen komen er vooral op neer dat de individuele zorgaanbieder zich ervan moet vergewissen dat hij verantwoorde zorg kan leveren aan patiënten bij wie zich verschillende zorgvragen en beperkingen tegelijkertijd voordoen.

27
Is er inzicht in de oorzaak van onderconsumptie van zorg van slechthorende en dove patiënten?

Nee, er is geen empirisch inzicht of er feitelijk sprake is van onderconsumptie.

28
In het rapport wordt aangegeven dat de toeleiding naar specialistische centra niet goed verloopt. Welke oplossingen zijn er om dit te verbeteren?

Geconstateerd is dat beperkt gebruik gemaakt wordt van voorzieningen in specialistische zorgcentra. Het vermoeden dat er sprake is van vermijdbare onderbehandeling, is weliswaar geuit, maar niet geconstateerd. Als er onvoldoende zorgaanbod is, zijn het de zorgverzekeraars die daar vanuit hun zorgplicht het eerste tegenaan lopen. Het is dan aan hen om voldoende passende zorg in te kopen. Zie ook mijn antwoord op vraag 5.

29
In het rapport wordt aangegeven dat in de huidige organisatie van specialistische zorg gaten vertoont. Op welke wijze kan de organisatie van specialistische zorg op korte termijn worden verbeterd? Op welke wijze kunnen zorgverzekeringen hieraan bijdragen?

Zie mijn antwoorden op de vragen 22 en 28.

30
Het rapport doet aanbevelingen om de organisatie van zorg te verbeteren, zo kunnen kennis en expertise beter georganiseerd worden, er kan in gesprek worden gegaan met verwijzers om de toeleiding naar specialistische zorg te verbeteren en er kunnen oplossingen gezocht worden voor financiële knelpunten. Kan de minister sturing geven aan deze aanbevelingen zodat de zorg daadwerkelijk verbeterd kan worden?

Ik zal de aanbevelingen delen met het zorgveld. Het zorgveld is aan zet om met de aanbevelingen aan de slag te gaan voor zover dat noodzakelijk is. Zoals ik in mijn antwoorden op de eerdere vragen al heb aangegeven, zie ik dat niet zozeer als een organisatievraagstuk. Zie onder andere mijn antwoord op vraag 22 en 28.

31
Welke mogelijkheden zijn er om voor de bekostiging van deze hoogspecialistische zorg af te wijken van de reguliere GGZ, voor onder meer de inzet van tolken, infrastructurele aanpassingen en reisafstand?

Kosten voor doventolken zijn in de DBC systematiek voorzien. Kosten voor infrastructuur kunnen instellingen zelf oppakken nu het bouwregime is opgeheven. Zij zullen dit moeten verdisconteren in de productieafspraken die zij met verzekeraars maken. De reisafstand speelt vooral bij klinische

opname vanwege de centralisatie van de kliniek. Ambulante behandeling biedt meer mogelijkheden dicht bij huis. Het is een algemeen gegeven dat voor bepaalde bijzondere verrichtingen een langere reistijd is vereist.

32
Is er in beeld hoe tolken in het DBC systeem kunnen worden meegenomen?

Zie mijn antwoord op vraag 31.

33
Wie is er verantwoordelijk voor het ontwikkelen van een veldnorm/ zorgstandaard voor GGZ zorg aan slechthorenden en doven? Hoe ver is men al met deze ontwikkeling?

Het veld is verantwoordelijk voor het onderhoud van het eigen professionele kennissysteem. Als er bij het veld behoefte bestaat aan een richtlijn, dienen zij het opstellen daarvan zelf ter hand te nemen.»Als het veld dat nalaat en er evidente noodzaak is van (nieuwe) richtlijnen zal het Kwaliteitsinstituut dat kunnen afdwingen.

34
Welke mogelijkheden zijn er voor het oprichten van een expertcentrum die hoogspecialistische zorg voor doven kan ontwikkelen?

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 13 heb aangegeven, is het huidige zorgaanbod ontstaan door specialisatie binnen het daarvoor bestaande zorgaanbod. Ik zie geen verdere taak voor de overheid aangaande die verdeling. Het oprichten van een nieuw expertisecentrum zal daarmee in lijn dus door de zorginstellingen zelf ter hand genomen moeten worden.