

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

3306

Vragen van de leden **Bouwmeester** (PvdA) en **Bruins Slot** (CDA) aan de minster en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *gebrek aan ggz familiebeleid en tekortschietende hulp voor kinderen van verslaafde en/of verwarde ouders* (ingezonden 20 juni 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 28 augustus 2012). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 3117.

Vraag 1

Kent u de uitzending van de vijfde dag over tekortschietend familiebeleid in de geestelijke gezondheidszorg (ggz)?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Ziet u het belang dat betrekken van de familie bij behandeling kan hebben, zowel voor patiënt als familie, indien gewenst door de patiënt?

Antwoord 2

Ja.

Vraag 3

Vindt u, gezien de mogelijke heftigheid van een ggz-ziektebeeld, het ook belangrijk dat familie van verslaafde en/of verwarde mensen beter wordt begeleid en serieus wordt genomen?

Antwoord 3

Ja.

Vraag 4

Welke rol ziet u weggelegd voor familie bij de extramuralisering van de ggz? Op welke manier kan familie hierin ondersteund worden?

¹ De vijfde dag, 31 mei 2012.

Antwoord 4

Voor mij staat goede zorg op maat en zoveel mogelijk zelfredzaamheid centraal. Behandeling vindt wat mij betreft zoveel mogelijk ambulant plaats. Dat uitgangspunt is ook vastgelegd in het bestuurlijk akkoord GGZ dat ik onlangs met partijen heb gesloten. Ook het bestuurlijk akkoord met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voorziet in extra ondersteuning om mensen met psychische klachten zo goed mogelijk te begeleiden naar de juiste zorg op de juiste plek. Familieleden of naasten kunnen een steunsysteem voor de patiënt zijn, afhankelijk van wat voor hen mogelijk en haalbaar is.

Familie of naasten worden op diverse manieren ondersteund. Familieleden of naasten kunnen contact opnemen met de landelijke hulp- en advieslijn van de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersoon (LSFVP) of een gesprek aangaan met een familievertrouwenspersoon. Daarnaast bieden ggz-instellingen veelal methodieken en hulpmiddelen aan, zoals psycho-educatie of de triadekaart, in het kader van preventie en betrokkenheid bij de behandeling. Een aantal instellingen hanteert deze instrumenten die (mede) gericht zijn op ondersteuning van familieleden en naasten als onderdeel van het familiebeleid. Steeds meer ggz-instellingen onderkennen het belang van familiebeleid en zijn bezig met de ontwikkeling en uitvoering daarvan. In het wetsvoorstel verplichte ggz zal de behandelaar verplicht worden om betrokkene actief en herhaaldelijk, op voor de patiënt geschikte momenten, erop te wijzen dat hij zich op diverse momenten in het zorgproces kan laten bijstaan door een familielid of naaste. Zo kan het familielid of de naaste bij de behandeling en evaluatie daarvan worden betrokken. Het familielid of de naaste wordt op deze manier beter geëquipeerd om bijvoorbeeld betrokkene te ondersteunen waar nodig, terugval te signaleren en weet wat te doen in geval van crisis.

Vraag 5

Bent u ook trots op de drie instellingen die een ster hebben gekregen van het landelijk platform ggz, omdat deze een goed familiebeleid voeren?²

Antwoord 5

Deze drie instellingen zijn volgens het landelijk platform ggz (LPGGz) een goed voorbeeld voor andere instellingen voor wat betreft de wijze waarop met familie in de GGZ kan worden omgegaan. Dat is een mooie prestatie. Het is een goed initiatief van de LPGGz om deze goede praktijkvoorbeelden op hun website te plaatsen. Goed voorbeeld doet immers goed volgen.

Vraag 6

Bent u ook zo geschrokken dat vele instellingen niet de moeite hebben genomen de vragenlijst ten behoeve van het sterrenstelsel voor patiënten en hun familie in te vullen? Wat zegt dit over de cultuur in de ggz-sector?

Antwoord 6

Inmiddels is bekend dat niet 40, maar 44 instellingen de enquête hebben ingevuld. Ik heb van GGZ-Nederland en de LPGGz begrepen dat zij tevreden zijn met deze respons. Waarom 16 instellingen niet hebben gereageerd kan diverse oorzaken hebben. Zo kan het bijvoorbeeld zijn, dat een instelling niet reageert omdat zij eerst haar familiebeleid nog verder wil ontwikkelen voordat zij naar een prijs wil meedingen. Daarbij past dat het overzicht van welke instellingen sterren voor onderdelen van familiebeleid hebben gekregen door de LPGGz gedurende het jaar aangevuld kan worden. Het is een dynamisch systeem. Naar mijn mening kunnen daarom geen conclusies worden verbonden aan de respons op deze enquête ten aanzien van de cultuur in de ggz-sector.

Vraag 7 en 8

Vindt u het ook zeer teleurstellend dat vele instellingen nog geen familiebeleid voeren? Zo ja, op welke manier gaat u stimuleren dat hier verandering in komt?

Op welke manier kan een zorgverzekeraar stimuleren dat instellingen een goed familiebeleid voeren? Wat is hierbij uw rol?

² <http://www.platformggz.nl/lpggz/>

Antwoord 7 en 8

Voor de beantwoording van deze vragen wil ik verwijzen naar mijn eerdere antwoorden op de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over GGZ-instellingen die de familie van een patiënt buitenspel zet (2011Z20400) van 14 oktober 2011.

Eveneens verwijs ik u naar het antwoord op vraag 4.

Vraag 9

Waarom heeft nog niet elke instelling een familievertrouwenspersoon? Vindt u het van belang dat instellingen een familievertrouwenspersoon hebben? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe gaat u stimuleren dat instellingen hier werk van maken?

Antwoord 9

In eerdere antwoorden op Kamervragen over het familiebeleid in de ggz (2011Z20400, 2011Z21192) heb ik reeds aangegeven dat een goede belangenbehartiging van familieleden en naastbetrokkenen van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg van groot belang is. Het wetsvoorstel verplichte ggz voorziet dan ook in de verplichting tot het hebben van een familievertrouwenspersoon (fvp) voor ggz-instellingen.

De Landelijke Stichting Familievertrouwenspersoon (LSFVP) die in 2010 is opgericht moet ervoor zorgen dat er een landelijke dekking is voor de fvp binnen de ggz-instellingen. Zoals ik reeds in eerdere antwoorden op de vragen van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het familiebeleid in de GGZ (2011Z21192) van 8 november 2011 heb gemeld, beschikken 35 ggz-instellingen al over een fvp. De LSFVP werkt momenteel hard aan de verdere ontwikkeling en spreiding van de fvp-functie. Voor instellingen en regio's waar (nog) geen fvp beschikbaar is, biedt de landelijke hulp- en advieslijn toegang tot de fvp-functie.

Vraag 10

Deelt u de mening dat ouders, die erg verward en/of verslaafd zijn, hun opvoedkundige taak niet altijd goed kunnen vervullen, en dat daarom automatisch gekeken moet worden wat het effect van de ziekte van de ouder op het kind heeft? Zo ja, waarom gebeurt het dan niet overal?

Antwoord 10

Ja, het is bekend dat ouders met psychische en/of verslavingsproblemen hun opvoedkundige taak door de omstandigheden waarin zij verkeren niet altijd naar behoren kunnen vervullen.

In aanvulling op de meldcode kindermishandeling «Over sommige kinderen moet je praten» heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in 2011 de handreiking «Gebruik meldcode kindermishandeling in de psychiatrie» opgesteld. Met deze handreiking worden psychiaters bewust gemaakt van het feit dat de volwassen patiënt ook een ouder kan zijn en gewezen op het mogelijke effect van de stoornis op de opvoeder. De psychiater zal bij elke ouder een inschatting maken van de mogelijke consequenties van het psychiatrisch beeld voor de opvoedingscapaciteiten van de patiënt op dat moment. Bij twijfel zal de psychiater in dialoog met betrokkenen, naar een redelijke en gepaste oplossing zoeken die leidt tot een stabiele en veilige opvoedingssituatie. De IGZ doet in 2012 onderzoek naar de invoering van de meldcode in de gezondheidssector en gaat daarbij voor de GGZ-sector uit van de afspraken zoals opgenomen in de handreiking.

Vraag 11

Bent u ervan op de hoogte dat het merendeel van kinderen in de jeugdzorg te maken heeft met ouders die een probleem hebben, en dit dus een grote voorspellende factor is? Is het in dat licht niet logisch dat alle kinderen van ouders met een ggz-ziektebeeld die preventieve aandacht/ ondersteuning krijgen?

Antwoord 11

Kinderen in de jeugdzorg hebben vaak ouders met psychische problemen. Maar kinderen van ouders met psychische problemen kunnen desalniettemin gezond opgroeien. Er is vaak ook een gezonde ouder of steun uit de

omgeving. Op grond van signalen moeten zij preventieve aandacht en ondersteuning krijgen. Zie verder het antwoord op vraag 10 en 14.

Vraag 12 en 13

Vindt u het een gemiste kans dat, indien een kind zorg krijgt er – terecht- naar het gezinssysteem wordt gekeken, maar als een ouder zorg krijgt er niet automatisch naar een kind wordt gekeken? Zo ja, wat gaat u eraan doen?

Vindt u ook dat, als ouders met een ggz-ziektebeeld in behandeling zijn, er automatisch door behandelaren gekeken moet worden welk effect dit op kinderen heeft? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom gebeurt dat nu dan nog niet overal?

Antwoord 12 en 13

Zie het antwoord op vraag 10. Preventief ingrijpen leidt over het algemeen tot goede resultaten waardoor deze kinderen later niet in de jeugdzorg of ggz terechtkomen. Familiebetrokkenheid in de ggz vind ik belangrijk. Het is belangrijk dat bij de behandeling van een patiënt met psychische problemen de familie (volwassenen en kinderen) hierbij betrokken wordt.

Het is de professionele verantwoordelijkheid van de individuele behandelaar om in de behandeling dit aspect mee te nemen. De behandelaar moet daarbij handelen zoals gebruikelijk is onder beroepsgenoten of daar gemotiveerd van afwijken. Indien een behandelaar niet handelt zoals gebruikelijk is onder beroepsgenoten en daar geen goede argumentatie voor heeft opgenomen in het dossier is de betreffende behandelaar uiteindelijk tuchtrechterlijk aansprakelijk.

Omdat ik KOPP (kinderen met ouders met psychische problemen)/KVO (kinderen van verslaafde ouders) een belangrijke doelgroep vind, laat ik een handreiking KOPP/KVO voor gemeenten ontwikkelen. Doel van deze handreiking is om dit aanbod toegankelijker voor gemeenten te maken en de inkoop ervan door gemeenten te faciliteren. Verder heb ik de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) gevraagd om het bestaande aanbod wederom onder de aandacht van gemeenten te brengen en zal ik met partijen als GGZ-Nederland en de VNG over dit onderwerp in gesprek blijven. Hoewel familiebeleid in de ggz nog niet breed ingevoerd is, zien steeds meer ggz-instellingen het belang hiervan in en besteden zij er steeds meer aandacht aan.

Vraag 14

Wat vindt u er van dat de preventieve aandacht/ ondersteuning van kinderen van ouders in de ggz niet voor elk kind beschikbaar is, maar het afhangt of een instelling dit aanbiedt? Vindt u dat behandelaren automatisch kinderen moeten betrekken en zo nodig verwijzen naar KOPP of KVO (kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO)? Zo ja, hoe gaat u dit stimuleren?

Antwoord 14

Het is bekend dat niet elk kind de preventieve aandacht en ondersteuning krijgt die het behoeft. Voor KOPP/KVO-kinderen is er een voldoende en gevarieerd aanbod ontwikkeld. Dit aanbod valt onder selectieve preventie. Gemeenten zijn op basis van de Wmo voor de inkoop hiervan verantwoordelijk. Zie verder het antwoord op vraag 12 en 13.

Vraag 15

Hoe kan, indien ouders wel een ggz-ziektebeeld hebben, maar niet in behandeling zijn, en er al helemaal geen preventieve aandacht voor kinderen is, vroegsignalering verbeterd worden, zodat ook deze kinderen preventieve aandacht/ondersteuning krijgen, voordat het te laat is en jeugdzorg nodig is?

Antwoord 15

Niet alleen de ggz maar ook andere partijen (b.v. gemeenten, scholen, politie, maatschappelijk werk, enz.) hebben een belangrijke rol bij het vroeg signaleren van deze kinderen. De handreiking KOPP/KVO zal hiertoe extra handvatten bieden.

Vraag 16

Deelt u de mening dat preventieve aandacht/ondersteuning van deze kinderen niet door een aparte instantie moet worden gedaan, waardoor er weer nieuwe intakes moeten worden gedaan, maar liefst zo dicht mogelijk bij de behandelaren die de casus al kennen?

Antwoord 16

Ja, dit lijkt mij de meest efficiënte en voor de handliggende werkwijze en voor de kinderen het minst belastend.

Vraag 17

Vindt u dat, nu de leidraad oudermelding in ziekenhuizen geldt; hier ook aan mee moet worden gedaan in de ggz-sector en onderdeel moet worden van de taskforce die in december 2012 is ingesteld?

Antwoord 17

U doelt waarschijnlijk op het ouderprotocol Medisch Centrum Haaglanden dat is opgesteld voor de spoedeisende hulp en waarover in het AO kindermishandeling van 15 december 2011 is gesproken. Brede verspreiding van dit protocol zal vanuit de Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik worden gestimuleerd. Overigens wordt het protocol dit jaar geëvalueerd. Begin 2013 worden de resultaten verwacht. De ggz-sector kent al vergelijkbare initiatieven en wordt hierop getoetst door de IGZ. Zie het antwoord op vraag 10.

Vraag 18

Herinnert u zich motie Bruins Slot en Bouwmeester over kinderen van ouders met psychiatrische problemen³, waarin de regering wordt verzocht het veld best practices voor interventies bij KOPP en KVO te laten ontwikkelen? Kunt u aangeven hoe het staat met het opstellen van de handreiking voor gemeenten over het specifieke aanbod en de inkoop hiervan? Kunt u daarnaast aangeven wie er verantwoordelijk is voor de financiering van programma's voor KOPP/KVO?

Antwoord 18

Ja, ik herinner mij de motie van Bruins Slot en Bouwmeester. De planning is dat in het najaar de handreiking gereed zal zijn. In 2009 heeft het College voor Zorgverzekeringen bepaald dat programma's voor KOPP/KVO tot selectieve preventie behoren. Selectieve preventie behoort tot het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo.

³ 33 000-XVI, nr. 116.