

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

1529

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de uitzending Beschadigd* (ingezonden 13 februari 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 11 maart 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1446

Vraag 1

Heeft u de eerste uitzending van «Beschadigd» gezien? Zo ja, wat vindt u hiervan?¹

Antwoord 1

Ja, zoals ik ook in de antwoorden van Kamerlid Leijten aangaf vond ik het een indrukwekkende documentaire. Ik vind het heel moedig van deze mensen om hun verhaal voor de camera te vertellen. Hiermee zorgen ze voor meer begrip bij hulpverleners voor dit probleem en helpen ze tevens ook andere mensen met hetzelfde probleem hulp te zoeken. Maar ik ben ook geschokt over de negatieve ervaringen die patiënten met zelfbeschadiging hebben op de spoedeisende hulp. Uit navraag bij de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) blijkt dat zij dit beeld absoluut niet herkennen en het ook volstrekt onacceptabel te vinden.

Vraag 2

Hoeveel mensen in Nederland, en van welke leeftijd, beschadigen zichzelf? Hoeveel van die mensen zoeken hulp bij professionele zorgverleners?

Antwoord 2

Zelfbeschadiging wordt als zodanig niet geregistreerd omdat het geen stoornis betreft, maar een symptoom. Op basis van het Letsel Informatie Systeem van VeiligheidNL wordt geschat dat het jaarlijks aantal personen dat op een SEH-afdeling werd behandeld voor zelf toegebrachte letsels in de periode 2009–2013 fluctueerde tussen 13.000 en 16.000 (13.000 in 2013). Statistische analyse van de SEH-cijfers laat in deze periode geen significante stijging of daling zien (Kerncijfers Zelf toegebracht letsel, VeiligheidNL, december 2014). Bij zelf toegebracht letsel is geen onderscheid te maken tussen suïcidepogingen (met de intentie om zichzelf te doden) en ander

¹ NPO 3, donderdag, 12 februari 2015

zelfbeschadigend gedrag: deze intentie is vaak niet goed vast te stellen op de SEH. Zelfverwondend gedrag komt op alle leeftijden voor, maar het meest tijdens de adolescentie (90%). Bij de meeste adolescenten betreft het een tijdelijk verschijnsel. Echter, bij een aanzienlijk deel van deze mensen die zich melden op de eerste hulp betreft het een ernstig symptoom van een complexe psychische stoornis die op korte termijn professionele en gespecialiseerde hulp behoeft.

Vraag 3

Welke vormen van behandeling bij zelfbeschadiging c.q. gespecialiseerde instellingen zijn er in Nederland?

Antwoord 3

Voor de behandeling van zelfbeschadiging en onderliggende psychische problemen zijn verschillende mogelijkheden. Dit is mede afhankelijk van de diagnose. Zo is er een behandelprotocol voor jongeren met zelfbeschadigend gedrag en een e-health programma, bijvoorbeeld bij stichting Palier. Via www.zelfbeschadigingondercontrole.nl wordt deskundige online zorg geboden die wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Over het algemeen is, conform de richtlijnen, ambulante deeltijd of klinische behandeling aangewezen binnen de specialistische GGZ. Medicamenteuze behandeling is belangrijk bij bijvoorbeeld psychotische stoornissen. Er is een verschil tussen de behandeling van de gevolgen van zelfbeschadiging en de behandeling van het gedrag van de onderliggende psychische stoornis. Gevolgen van zelfbeschadiging moeten altijd adequaat worden behandeld in het ziekenhuis. Vervolgens is consultatie door de consultatieve psychiatrische dienst in het ziekenhuis passend en indien nodig gevolgd door een verwijzing naar de GGZ, al dan niet via de huisarts. Een tijdige onderkenning dat het bij deze mensen kan gaan om een ernstig symptoom van een ernstige en complexe psychische aandoening die behandeling behoeft is belangrijk.

Vraag 4

Wat vindt u van de negatieve ervaringen van patiënten met zelfbeschadiging die op de Eerste Hulp terechtkomen?

Antwoord 4

Dit vind ik niet acceptabel. Het betreft hier hele kwetsbare mensen waarbij de juiste bejegening juist cruciaal is voor het verdere verloop van de ziekte. Behandeling van alle patiënten op de SEH zou gelijkwaardig moeten zijn in alle situaties en onder alle voorkomende omstandigheden. Een negatieve, ongelijkwaardige bejegening hangt veelal samen met onvoldoende kennis en hieruit voortvloeiende vooroordelen en ervaren onmacht. Dit vooroordeel jegens mensen met psychische problemen is een breder maatschappelijk fenomeen. Organisaties als het Fonds Psychische Gezondheid, de Stichting Samen Sterk zonder Stigma, de patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen zetten zich in op het bestrijden van deze vooroordelen.

Vraag 5

Deelt u de mening dat de eerste opvang op de Eerste Hulp van ziekenhuizen en huisartsenpost voor elke patiënt gelijkwaardig moet zijn? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Ja, alle patiënten met somatische aandoeningen of psychische stoornissen verdienen een gelijkwaardige en deskundige benadering. Bejegening dient respectvol te gebeuren. Behandeling dient plaats te vinden op basis van de ernst en urgentie van het letsel en de ziekte, niet op basis van de toedracht.

Vraag 6

Wat vindt u ervan dat patiënten aangeven onverdoofd gehecht te zijn, en dat dit vaak om grote wonden gaat? Is dit in overeenstemming met de richtlijnen die artsen hiervoor hebben vastgesteld? Op welke wijze houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hier toezicht op?

Antwoord 6

Ik heb mij door artsen laten informeren dat er heel soms redenen kunnen zijn om bij hechten niet te verdoven, bijvoorbeeld wanneer het verdoven zelf meer pijn doet dan het hechten of wanneer de risico's van hechten te groot zijn. Echter, daar moet met een patiënt wel goed over gecommuniceerd worden.

Naar aanleiding van de uitzending zijn er bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) signalen gemeld over de behandeling van patiënten met zelfbeschadiging. Het LMZ heeft deze signalen doorgeleid naar de IGZ. De IGZ neemt deze signalen serieus. Binnen een aantal weken beziet de IGZ wat ze met het beeld uit de signalen kan en gaat doen.

De IGZ heeft bij mij aangegeven zorgaanbieders, zowel in de somatische als in de geestelijke gezondheidszorg aan te spreken op de specifieke risico's in de zorg voor patiënten met zowel somatische als psychische problematiek. De behandeling van psychiatrisch patiënten met een zogeheten somatische co-morbiditeit is een terugkerend en bekend probleem binnen de psychiatrie en de ziekenhuiszorg. Het is voor zowel algemene ziekenhuizen als GGZ-instellingen zeer moeilijk om patiënten optimaal te behandelen die zeer ernstig lichamelijk ziek zijn en tegelijkertijd ook ernstige psychiatrische verschijnselen hebben. Goede afspraken over samenwerking tussen GGZ en ziekenhuizen zijn daarom extra belangrijk.

Vraag 7

Wat vindt u van het feit dat deze patiënten na afloop geen klacht in durven dienen bij het ziekenhuis?

Antwoord 7

Dit vind ik heel erg. De klachtenprocedures dienen laagdrempelig toegankelijk te zijn. Patiënten zouden door hun huisarts of andere hulpverlener, of door een patiëntenvertrouwenspersoon, aangemoedigd en gesteund moeten worden bij het indienen van een klacht.

Vraag 8

Deelt u de in de uitzending uitgesproken zienswijze over handelingsverlegenheid» van medewerkers? Wat kunt u doen om deze handelingsverlegenheid te verbeteren?

Antwoord 8

Handelingsverlegenheid kan alleen veranderen door scholing, bijscholing en kwaliteitseisen aan herregistratie. In de opleiding tot spoedeisende hulp arts van de KNMG wordt aandacht besteed aan de adequate behandeling van patiënten met gedragsstoornissen/psychiatrische problematiek. De IGZ onderzoekt op dit moment signalen van patiënten met zelfbeschadiging die zijn doorgestuurd van het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Binnen een aantal weken beziet de IGZ wat ze met het beeld uit de signalen gaat doen.

Vraag 9

Op welke wijze kan de kennis over en aandacht voor mensen die met zelfbeschadiging op de Eerste Hulp voor hulp komen worden verbeterd? Bent u bereid hierover met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen in gesprek te gaan?

Antwoord 9

Een onprofessionele of negatieve houding jegens patiënten met zelfbeschadigend gedrag komt veelal voort uit onvoldoende kennis en vaardigheden, met daaruit voortvloeiende vooroordelen en ervaren onmacht. De consultatieve psychiatrische dienst van een ziekenhuis kan een belangrijke bijdrage leveren in het met chirurgen en SEH-artsen gezamenlijk ontwikkelen van lokale richtlijnen of zorgpaden, inclusief het bespreekbaar maken en professioneel leren hanteren van gevoelens die zelfbeschadiging oproept. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen heeft aan mij aangegeven dat zij de signalen dat er sprake zou zijn van onvoldoende kennis op de SEH's niet herkent. Zie verder vraag 8.

Vraag 10

Op welke wijze kunnen mensen die aan zelfbeschadiging doen door de spoedeisende hulp beter naar achterliggende hulpverlening worden geholpen?

Antwoord 10

Een tijdige onderkenning dat het hier meestal gaat om een ernstig symptoom van een ernstige en complexe psychische aandoening die behandeling behoeft is belangrijk. Waarop vervolgens consultatie dient plaats te vinden, bij voorkeur door de consultatieve psychiatrische dienst in het ziekenhuis. Ook bij niet acute zorg moet worden ingeschat welke behandeling geïndiceerd is en of moet worden doorverwezen naar de GGZ, al dan niet via de huisarts. Als deze zorg al aanwezig is dient terugkoppeling met de behandelbaar plaats te vinden. Het kwaliteitsdocument ketenzorg bij suicidaliteit voorziet in dergelijke afspraken.

Vraag 11

Bent u van mening dat er in opleidingen van medisch personeel (van verpleegkundigen tot artsen) die later werkzaam zullen zijn op Eerste Hulpdiensten of huisartsenposten voldoende aandacht en kennis voorhanden is om patiënten met een GGZ-problematiek (specifiek: automutilatie) goed te helpen?

Antwoord 11

De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen heeft mij laten weten dat er in principe voldoende aandacht en kennis zou moeten zijn bij alle spoedeisende hulp-artsen van de KNMG. In de opleiding wordt aandacht besteed aan de adequate behandeling van patiënten met gedragsstoornissen/psychiatrische problematiek. Mocht dit toch niet voldoende zijn, bijvoorbeeld naar aanleiding van het onderzoek van de IGZ, dan kan gekeken worden of in de verlengde versie van het opleidingscurriculum zoals dat nu geschreven wordt meer aandacht aan deze problematiek kan worden besteed.

Vraag 12

Als u van mening bent dat er in de opleidingen meer aandacht moeten komen voor patiënten met een GGZ-problematiek op eerste hulpdiensten en huisartsenposten, wat kunt u hier concreet aan doen?

Antwoord 12

Binnen de beroepsgroep van spoedeisende hulp-artsen KNMG wordt aandacht besteed aan deze problematiek. Zie verder vraag 11.

Vraag 13

Bent u bekend met het feit dat mensen die zichzelf beschadigen binnen een behandelrelatie met een zorgverlener soms een contract moeten tekenen zichzelf niet te beschadigen en als zij dit wel doen zij een soort van strafmaatregel krijgen? Wat vindt u hiervan?

Antwoord 13

Nee, dat is mij niet bekend. De medische beroepsgroep adviseert een professionele houding aan te nemen bij de behandeling van zelfbeschadiging en op een empathische en niet straffende wijze te werken aan een crisissignaleringsplan, om in de toekomst zelfbeschadiging te voorkomen door tijdig hulp in te roepen. Dit in het kader van een goed behandelplan. In het behandelplan kan worden afgesproken dat het doel van de behandeling moet zijn om zelfbeschadiging te verminderen en dat er overeenstemming tussen patiënt en behandelaar nodig is om dit doel te bereiken. Dit is iets anders dan het tekenen van een contract met bijbehorende strafmaatregelen. Dit soort afspraken lijken mij niet effectief en vind ik onwenselijk. Het zet patiënten onnodig onder druk.

Vraag 14

Heeft u er zicht op hoeveel van dit soort contracten (zie vraag 13) er afgesloten zijn, en hoe vaak zorgverleners dit instrument gebruiken? Is dit een normale handelwijze in de geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord 14

Nee, daar heb ik geen zicht op. Het is ook geen normale handelwijze in de GGZ. Zie vraag 13.

Vraag 15

Deelt u de mening dat het afsluiten van dit soort «niet-beschadigingscontracten» gezondheids- en veiligheidsrisico's voor de patiënt met zich mee kan brengen, en dus contraproductief kan werken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 15

Zie vraag 13.

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Leijten (SP), ingezonden 13 februari 2015 (vraagnummer 2015Z02666)