

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

### 1898

Vragen van de leden **Bouwmeester** en **Wolbert** (beiden PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat psychiatrische patiënten in Nederland veel vaker alleen gelaten worden* (ingezonden 4 februari 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 22 maart 2011).

Vraag 1

Kent u het bericht «Andere landen laten patiënten minder alleen»?<sup>1</sup>

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat is uw reactie op het bericht dat uit internationale vergelijkingen blijkt dat Nederland koploper separeren is? Hoe verklaart u dat, en wat is uw ambitie om dit tegen te gaan?

Antwoord 2

Het is mij bekend dat Nederland internationaal hoog scoort als het gaat om het separeren van psychiatrische patiënten. Er is in Nederland een historische voorkeur voor separeren boven een maatregel zoals dwangmedicatie. Finland en Ierland hebben een vergelijkbaar beleid. De reden voor dit beleid ligt in het feit dat in Nederland van oudsher dwangmedicatie ingrijpender wordt gevonden dan opsluiting. Verschillen in separatiecijfers zijn geen indicatie voor meer of minder kwaliteit van zorg. Andere landen medicaliseren of fixeren sneller onder dwang.

Een belangrijk aspect van mijn beleid is het terugdringen van dwang en drang. In Nederland hebben we daarom afspraken gemaakt om het separeren tot het minimum te beperken. Deze cultuuromslag is gaande sinds 2000. Om dit proces verder te ondersteunen zijn in de afgelopen jaren een aantal concrete zaken in gang gezet. Ten eerste is er vanaf 2006 een beleidsregel voor het financieren van de zogenaamde «dwang en drang»-projecten. Deze projecten kunnen beschouwd worden als goede voorbeelden oftewel «best practices» voor het terugdringen van dwang en drang. Dankzij dit beleid is er vanaf 2006 een gestage afname te zien van het aantal separaties en de duur

<sup>1</sup> 1 februari 2011, NRC.

daarvan, terwijl er geen (evenredige) toename van dwangmedicatie of andere dwangtoepassingen waargenomen is. Onlangs is deze beleidsregel voor één jaar verlengd. Ten tweede is kort geleden een intentieverklaring ondertekend door een aantal partijen (VWS, GGZNL, NVvP, LPGGZ, e.d.) met als doel het committeren van deze partijen aan het terugdringen van dwang en drang en het borgen van de «dwang en drang»-projecten in de lijn. Hieruit spreekt een duidelijke ambitie van alle partijen in de geestelijke gezondheidszorg om het aantal en de duur van alle dwangtoepassingen tot het minimum terug te brengen. Ten derde heeft mijn ambtsvoorganger in 2010 veldpartijen opgeroepen om een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang te ontwikkelen. Een dergelijke richtlijn is een goed instrument om het beleid rond het terugdringen van dwang en drang te ondersteunen en de goede voorbeelden opgedaan bij alle «dwang en drang»-projecten zorgvuldig te bundelen.

#### Vraag 3

Bent u het eens met de uitspraak «behandelen is gericht op verandering, verandering doe je niet onder dwang»?<sup>2</sup>

#### Antwoord 3

Dwangbehandeling komt voor in de GGZ. Een patiënt kan bijvoorbeeld onder dwang medicatie krijgen toegediend of moet verplicht met een rechterlijke machtiging op een afdeling verblijven. Hiervoor zijn altijd gegronde redenen aanwezig en er liggen uiterst zorgvuldige procedures aan ten grondslag. Dwangbehandeling en dwangopname worden alleen in uiterste noodzaak toegepast (zijn altijd een ultimum remedium) en worden alleen daar toegepast waar alle andere opties niet tot een gewenst resultaat hebben geleid of waar aannemelijk is dat zij niet tot een gewenst resultaat zullen leiden. Consensus over de behandeling met betrokken partijen (patiënt, eventueel diens vertegenwoordiger en de betrokken hulpverleners) bij de behandeling is uitgangspunt.

#### Vraag 4

Kent u de onderzoeken, van onder andere Bert van der Werf, waaruit blijkt hoe groot de persoonlijke en psychische schade van separeren is? Welke conclusie trekt u hieruit?

#### Antwoord 4

In de GGZ is vanaf 2000 een cultuuromslag in gang gezet. De insteek is meer gericht op voorkomen dan separeren. Mensen eenzaam opsluiten is een zeer ingrijpende maatregel die diepe impact heeft en sporen achterlaat. Het beleid is erop gericht om separeren en andere dwangtoepassingen tot het minimum te beperken en zoveel mogelijk terug te dringen. Op basis van recente wetenschappelijke literatuur kunnen de cijfers van Bert van der Werf weerlegd worden of als achterhaald betiteld worden. In het NRC-artikel staat ook dat het vergelijkend internationaal onderzoek van Bert van der Werf naar eigen zeggen «impressionistischer» van aard was. Er kunnen daarmee vraagtekens bij de onderbouwing van zijn onderzoek geplaatst worden.

#### Vraag 5

Wat is uw reactie op de stelling dat het volledig isoleren van patiënten in Nederland nog wordt gezien als een behandelmethode, terwijl we weten dat isolatie door patiënten vaak als traumatisch wordt ervaren? Deelt u de mening dat deze Nederlandse visie achterhaald is, en dat het traumatiseren van patiënten geen onderdeel kan zijn van een behandeling?

#### Antwoord 5

Het is mij bekend dat dwangtoepassingen, waaronder isolatie, door patiënten als traumatisch worden ervaren. Daarom heeft mijn ambtsvoorganger beleid ingezet gericht op het terugdringen van dwang en drang. Ik zet dit beleid voort. Traumatiseren is nooit onderdeel of doel van een behandeling. Tijdens een behandeling kan het echter noodzakelijk of zelfs wenselijk zijn de cliënt vanuit veiligheidsperspectief de bescherming van een separeerruimte te geven. Dat kan voor de patiënt maar ook voor de veiligheid van de hulpverleners noodzakelijk zijn.

<sup>2</sup> Opendeuren, boekje cliënten organisatie GGZE.

Mijn beleid gericht op het verminderen van dwang en drang zal echter, hoe spijtig ook, nooit tot een volledig verdwijnen van dwangtoepassingen in de GGZ leiden. Er zullen immers altijd patiënten zijn op wie dwang zal moeten worden toegepast gelet op hun geestelijke gezondheidssituatie. Daarnaast moet ook het perspectief van de hulpverleners en de medepatiënt bij de beoordeling wel of niet overgaan tot separatie worden betrokken. Soms is er geen alternatief om de veiligheid in de kliniek te borgen. Als separatie toch noodzakelijk is, dan overgaan tot snelle mobilisatie of re-integratie van de cliënt.

#### Vraag 6

Wat is uw reactie op de stelling dat, hoewel er nieuwe, betere behandelmethoden zijn, oude methoden nog altijd worden gebruikt? Welke maatregelen worden genomen om juist die toepassing van verbeterde behandelmethoden te stimuleren? Welke stappen zet u?

#### Antwoord 6

«Evidence based»-methoden zijn uitgangspunt bij behandeling. GGZ Nederland is nu bezig alle «best practices» of alternatieven die bijdragen aan het terugdringen van dwang en drang in kaart te brengen. In oktober 2011 zal dit proces afgerond zijn. Daarnaast is geld beschikbaar gesteld om deze «best practices» te implementeren en te borgen bij behandeling en begeleiding van patiënten die zeer intensieve zorg nodig hebben. Ten slotte heeft mijn ambtsvoorganger, zoals reeds in mijn antwoord op vraag 2 vermeld, veldpartijen opgeroepen om een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang te ontwikkelen. Ik heb er alle vertrouwen in dat veldpartijen de laatste stand van de wetenschap in de multidisciplinaire richtlijn zullen meenemen, en zal toezien op een vlotte ontwikkeling van deze multidisciplinaire richtlijn.

#### Vraag 7

Welke alternatieven voor dwang en drang zijn (onder andere uit het buitenland) u bekend, zoals meer personeel, en in hoeverre wilt u zich inspannen deze in Nederland te introduceren?

#### Antwoord 7

Er zijn mij diverse alternatieven bij zeer intensieve zorgvragen bekend. Te denken valt daarbij aan: «één op één»-begeleiding, opschaling bij crises, intensieve care units, inzet van ervaringsdeskundigen, familieparticipatie, comfortrooms, «eerste vijf minuten»-methodiek en vele andere. In 2010 heeft mijn ambtsvoorganger GGZ Nederland gevraagd alle «best practices» of alternatieven die bijdragen aan terugdringen van dwang en drang in kaart te brengen. In oktober 2011 zal dit overzicht afgerond zijn. Daarnaast heb ik gelden beschikbaar gesteld om deze practices te implementeren en te borgen bij behandeling en begeleiding van zeer zorg intensieve cliënten.

#### Vraag 8

Herinnert u zich de antwoorden op Kamervragen over verwarde mensen in de politiecel? Waarom worden verwarde mensen in Nederland eerst in de politiecel gezet, in plaats van meteen te worden behandeld in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Deelt u de mening dat zorg vanuit menselijkheid (ook in het weekend) altijd voor opsluiten gaat?

#### Antwoord 8

Ja, ik herinner mij de antwoorden op kamervragen over verwarde mensen in de politiecel en ik deel de mening dat zorg altijd voor opsluiten gaat. Het beleid in Nederland is er op gericht dat verwarde mensen niet eerst in een politiecel worden gezet. Opsluiting van verwarde personen in een politiecel is echter niet altijd te voorkomen. Een enkele keer wanneer een verwarde, angstige of agressieve patiënt via de politie in beeld komt bij de GGZ kan het in afwachting van plaats en plaatsing, noodzakelijk zijn een patiënt tijdelijk op het politiebureau vast te houden. Opsluiting in een politiecel vindt dus slechts plaats als tijdelijke eerste opvang, totdat een psychiater kan beoordelen of doorverwijzing naar een GGZ-instelling wenselijk is. Alle partijen, politie, GGZ en acute diensten spannen zich tot het uiterste in deze ongewenste situatie zo kort mogelijk te houden en zo snel mogelijk toeleiding naar zorg te bewerkstelligen.

GGZ Nederland en de politie leggen momenteel de laatste hand aan een convenant met betrekking tot zorg rondom patiënten en eerste opvang. Verder is in de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg voorgesteld om de crisisopvang zoveel mogelijk te organiseren op een plaats die ingericht is voor zorg met slechts als ultimum remedium een politiecel.

#### Vraag 9

Deelt u voorts de mening dat de huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) te weinig mogelijkheden biedt om vroeg hulp te bieden, zodat separeren kan worden voorkomen? Zo ja, deelt u de mening dat de nieuwe wet verplichte ggz, die hier een oplossingen voor biedt, daarom snel naar de Kamer moet worden gezonden? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 9

In de huidige Wet bopz kan inderdaad niet altijd in een vroeg stadium die zorg ambulante verleend worden die wel noodzakelijk is. In het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) zijn meer interventies mogelijk om al reeds in de ambulante sfeer schade af te wenden of te voorkomen. Zo kan iemand reeds thuis intensief worden begeleid of alleen voor de toediening van de voorgeschreven medicatie naar de polikliniek worden gebracht. De interventie moet zijn omschreven in de door de rechter opgelegde zorgmachtiging. Onder de Wet bopz was hier veelal een verblijf aan gekoppeld van minimaal drie dagen. Het wetsvoorstel is overigens op 14 juni 2010 bij uw Kamer ingediend (nr. 32 399).

#### Vraag 10

Kent u de toezegging uit 2008 van uw ambtvoorganger dat er zo snel mogelijk een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang zou komen? Waarom is deze er nog steeds niet?

#### Antwoord 10

Ja, ik ken de toezegging van mijn ambtvoorganger. Het Trimbos Instituut heeft een voorstudie gedaan naar de haalbaarheid en wenselijkheid van een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Dit rapport heeft mijn ambtvoorganger op 17 februari 2010 aan de Tweede Kamer aangeboden. Met zijn brief van 22 juli 2010 aan de Tweede Kamer heeft mijn ambtvoorganger aangegeven positief te staan tegenover de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang en de beroepsgroepen te zullen oproepen om zo snel mogelijk met een plan van aanpak voor de ontwikkeling en de implementatie van de richtlijn te komen. Bovenstaande heb ik met mijn brief van 5 augustus 2010 aan veldpartijen kenbaar gemaakt. Kort geleden heb ik bij de beroepsgroepen navraag gedaan naar de stand van zaken rondom het plan van aanpak. Partijen hebben mij een eerste globaal plan van aanpak toegezonden dat nu ter beoordeling voorligt. Op basis hiervan zullen zij de richtlijn ontwikkelen en implementeren. Alle betrokken partijen (V&VN, NIP en NVvP) evenals GGZ Nederland onderschrijven het belang van een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang.

De voortgang hiervan is een vast bespreekpunt op de agenda van de Stuurgroep dwang en drang.

De ontwikkeling van een richtlijn is altijd een langdurig traject. Dit geldt in het bijzonder voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn, omdat hierbij verschillende partijen, elk met zijn eigen deskundigheid en zienswijze, nauw betrokken zijn. Ik zal toezien op een vlotte voortgang.

#### Vraag 11

Deelt u de mening dat het instellen van een high care/ intensive care voor de ggz, waarbij intensief behandelen centraal staat een menswaardig alternatief is voor lange opsluiting? Zo ja, bent u voornemens te zorgen voor meer high care afdelingen in de ggz?

#### Antwoord 11

Langdurige opsluiting wordt binnen de GGZ als zeer ongewenst gezien. Daar waar zeer intensieve zorg noodzakelijk is, kan deze binnen de beschermende omgeving van een intensive care unit (ICU) worden uitgevoerd. Diverse instellingen hebben al ICU's of zijn er mee bezig. Waar deze ICU's nog niet

zijn gevormd, is een andere vorm van intensieve zorg gewenst (b.v. «één op één»-begeleiding door gespecialiseerde begeleiders).