

Vergaderjaar 2010–2011

30 492

## Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling)

Nr. 52

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 5 april 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 16 maart 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 augustus 2009 over de voortgangsrapportage van het project Commissies Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (25 763, nr. 23);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 september 2009 over de quick scan «De praktijk van dwangbehandeling in de Wet bopz» (30 492, nr. 36);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 november 2009 ter beantwoording van commissievragen in het kader van het verslag schriftelijk overleg over de beleidsvoornemens terugdringen dwang en drang (30 492, nr. 37);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 maart 2010 over het onderzoek van de IGZ, «Preventie van Separeren» (30 492, nr. 38);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juli 2010 over het standpunt op de Voorstudie multidisciplinaire richtlijn dwang en drang (25 424, nr. 103);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2010 over de voortgangsrapportage tweedelijns curatieve GGZ (25 424, nr. 102);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 januari 2011 over de Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit 2010 (22 894, nr. 296);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 januari 2011 over de aanbidding Trendrapportage GGZ 2010 en GGZ in tabellen 2009 (25 424, nr. 110);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 februari 2011 over de resultaten toetsing dwangbehandelingen 2009 (30 492, nr. 42);**

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouweland (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).  
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 september 2010 over de rapportage Separeren in de GGZ: beleid, praktijk en toezicht (25 424, nr. 104).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

**Voorzitter: Smeets**  
**Griffier: Clemens**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Dijkstra, Leijten, Smeets, Straus, Voortman en Wiegman-van Meppelen Scheppink,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op de agenda staat het onderwerp «dwang en drang». Ik heet de minister en haar ambtenaren van harte welkom, evenals het publiek op de tribune en onze geachte afgevaardigden. Wij gaan iets later van start dan voorzien vanwege de stemmingen. Wij zullen proberen die vertraging in te halen, maar wij boeten niet in op de spreektijd van de fracties die op zes minuten is gesteld.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Nederland is koploper in het opsluiten van mensen in een isoleercel. Dit heeft schadelijke gevolgen voor mensen en mag daarom alleen als aller-, allerlaatste redmiddel worden ingezet. Het gebruik van een isoleercel is het laatste noodmiddel en geen hulpmiddel. Er is een cultuuromslag nodig om dit te bereiken, met een stok achter de deur en een inspectie die niet alleen registreert, maar ook ingrijpt. Dwang en drang moeten in brede zin worden teruggedrongen, omdat wij niet willen overgaan van mensen opsluiten op mensen platspuiten. Of iemand goede hulp krijgt, mag ook niet afhankelijk zijn van de media of van een spoeddebat. Er moeten structurele veranderingen plaatsvinden. In 2008 heeft de Kamer een spoeddebat gevoerd naar aanleiding van een verschrikkelijk incident in de ggz. Toen was al bekend dat Nederland koploper dwang en drang van Europa is, dat er onvoldoende eenheid was in de manier waarop wij mensen behandelen en dat de inspectie te laat reageerde en wel registreerde, maar niet ingreep.

Sinds die tijd is er veel gebeurd. Er zijn goede voorbeelden van projecten om dwang en drang terug te dringen. Ook zijn er hardwerkende medewerkers op de werkvloer. Er is een intentieverklaring getekend. Dat is hartstikke goed, maar in die verklaring is geen enkel keihard doel opgenomen. Er is een beleidsregel om dwang en drang terug te dringen, maar die geldt slechts tot 2012. De inspectie stelt dat het goed bedoeld is en dat de projecten hartverwarmend zijn, maar ook dat die innovatief en incidenteel gericht zijn. Gedurende vijf jaar wordt vijf keer 5 mln. geïnvesteerd, maar structureel verandert er te weinig.

Na vier jaar Kamerdebat kunnen wij niet langer accepteren dat niet elke instelling en afdeling dwang en drang terugdringt. Het is tijd voor een cultuuromslag opdat dwang en drang worden teruggedrongen op alle afdelingen in alle instellingen. Patiënten hebben hier recht op en medewerkers hebben het recht om ondersteund te worden. De raden van bestuur moeten dit tot topprioriteit in de instellingen maken.

Ik heb vijf vragen voor de minister. Mijn eerste punt betreft de kwaliteit van zorg. De kwaliteit van zorg kan worden verbeterd met behulp van een multidisciplinaire richtlijn. Ik heb daarom viereneenhalf jaar geleden in mijn maidenspeech gevraagd. Daarop is een toezegging gevolgd. Het Trimbosinstituut heeft gezegd dat de minister de regie moet nemen, opdracht moet geven en geld ter beschikking moet stellen. Toch is er nog steeds niets gebeurd. Wil de minister de aanbevelingen van het Trimbosinstituut overnemen? Wil zij binnen drie maanden een commissie in het leven roepen en ervoor zorgen dat er binnen zes maanden een behandelrichtlijn is opdat de zorg snel kan worden verbeterd?

Een ander punt van aandacht is de veldnorm voor verantwoorde zorg die menswaardig en veilige is. Daaraan ontbrak het in 2008. Wij zijn toen erg geschrokken. Die veldnorm zou er komen, maar is er nog steeds niet. Patiëntenorganisaties zouden betrokken worden, maar dat is na tweeënhalp jaar nog niet gebeurd.

Mijn tweede punt heeft betrekking op de cijfers. Het is nog steeds niet inzichtelijk hoeveel mensen hoe lang worden opgesloten of een dwangbehandeling krijgen. Daarover circuleren allerlei verschillende cijfers. Hoe kan de inspectie toezien op dwang en drang? Hoe kan zij vaststellen dat mensen niet te lang of onnodig worden opgesloten als er nog steeds geen eenheid in cijfers bestaat? Wanneer komt er nu eindelijk één registratiesysteem en wanneer zullen de cijfers op orde zijn?

Ik kom nu aan mijn derde punt. Als die cijfers op orde zijn, zou ik graag zien dat alle instellingen vanaf 2011 in hun jaarverslag publiceren hoe vaak zij gebruikmaken van dwang en drang. Dit onder het mom van «comply or explain». Als instellingen worden gedwongen om de cijfers die zij hebben openbaar te maken, kunnen wij direct zien welke instellingen het goed doen en welke niet en kunnen wij meteen ingrijpen. Het vierde punt heeft betrekking op de nieuwe wet verplichte ggz die gericht zou moeten zijn op preventie, op het geven van goede hulp om te voorkomen dat pas wordt ingegrepen als het te laat is, als iemand al helemaal in de war is of in een instelling moet worden opgesloten. Wanneer komt het wetsvoorstel naar de Kamer? Hoe staat het met de zorgcoördinatie? Er wordt al een jaar lang onderzocht of die nodig is en, zo ja, hoe die moet worden uitgevoerd. Het veld weet het al. Wanneer komt de minister hiermee? Zorgcoördinatie kan opsluiten voorkomen. Wij weten dat veel mensen van niet-westerse afkomst de ggz niet bereiken. Ik heb al zo'n vijf keer vragen gesteld tijdens het vragenuur en zo'n zes keer in een debat. Daarnaast heb ik zeventien sets schriftelijke vragen ingediend. GGZ Nederland is steeds opgeroepen om ervoor te zorgen dat ook mensen van niet-Nederlandse afkomst worden bereikt in de ggz. De enige toezegging die wij tot nu toe hebben gekregen is: «wij gaan praten met het veld», maar er is niets veranderd. Wat zal de minister hieraan doen?

Ik sluit af over dwang en drang met een zin van een patiënt in de ggz in Eindhoven. Hij zegt: «Behandelen is gericht op veranderen en veranderen doe je niet onder dwang. Dwang is beheersen en niet behandelen.» Ik hoop dat de minister de regie wil nemen en zich ervoor wil inzetten om dwang en drang zo snel mogelijk terug te dringen en dit niet vrijblijvend aan het veld te laten. Na de terecht grote verontwaardiging in de Kamer tweeënhalp jaar geleden zijn dwang en drang nog steeds niet voldoende teruggedrongen en wordt de isoleercel nog steeds soms als hulpmiddel gebruikt in plaats van als laatste redmiddel.

De agenda voor dit overleg is heel lang, dus ik moet er doorheen jassen, maar ik heb nog één vraag over suïcidepreventie. Het aantal mensen dat suïcide pleegt, is sterk gestegen. De minister wil de norm loslaten en vervolgens een goed initiatief als 113Online aan zijn lot overlaten. Wil zij ervoor zorgen dat dit initiatief structurele financiering krijgt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Gezondheidszorg is over het algemeen een onderwerp waarbij voor de uitgaven vaak meer aandacht is dan voor de opbrengsten. Dat is naar de mening van mijn fractie te eenzijdig. De mensen in de geestelijke gezondheidszorg dragen bij aan een zo gezond mogelijke bevolking en aan het meedoen van zo veel mogelijk mensen aan de samenleving. Het is zorgelijk dat de maatschappij verhardt in haar opstelling tegenover de ggz-patiënt en hoe daarmee moet worden omgegaan: «je komt er wel uit» en «ieder voor zich». De CDA-fractie maakt zich daarover zorgen. De geestelijke gezondheidszorg draait om mensen en is gericht op het welzijn van de cliënt, de kwaliteit en het welzijn van artsen en verpleegkundigen en de betrokkenheid en de

positie van de familie en relaties van de cliënt. Bij deze drie zaken ontstaan dikwijls spanningen om de verschillende belangen met elkaar te verenigen. Dwang en drang zijn hiervan vaak een voorbeeld, maar het onderwerp geestelijke gezondheidszorg is natuurlijk breder dan alleen dwang en drang.

Veel zorg binnen de ggz vindt plaats in de instellingen. Een veel gehoorde uitspraak is dat bedden geld zijn en dat het weinig aantrekkelijk is om het aantal bedden af te bouwen. Hoe ziet de minister het afbouwen van het aantal bedden in de intramurale zorg?

Binnen de ggz maken depressies een groot deel van de zorgvraag uit. Vaak gaat een depressie met een lichamelijke aandoening als diabetes samen. Deze «multiproblematiek» komt vaker voor binnen de ggz; de behandeling ervan is vaak erg moeilijk. Dit is het gevolg van twee problemen. In de eerste plaats herkennen huisartsen depressies vaak niet vanwege de andere problematiek. In de tweede plaats is het de vraag wat er eerder is: depressie en daarna diabetes of diabetes en daarna depressie? Kan de minister toelichten welke actie de sector onderneemt om meer inzicht te krijgen in deze multiproblematiek? De kosten van de ggz stijgen namelijk sneller dan de overige zorgkosten.

Als wij kijken naar de behandeling van depressieve ouderen is het beeld al snel helder. Ze worden plat gespoten en overbehandeld met medicijnen, zo blijkt uit het rapport van het Trimbosinstituut. Wat is de kwaliteit van het leven als je versuft achter de begonia's zit? De CDA-fractie hoort en leest veel over het principe van de «stepped care», dat wil zeggen dat eerst de lichte depressie wordt behandeld met lichte niet-medicamenteuze interventies. Waarom gebeurt dit nog zo weinig? Waarom heeft de praktijkondersteunende huisarts/ggz nog zo'n ondergeschoven rol in de huisartsenpraktijk? Hoe zal de minister de «stepped care» tussen de oren van de beroepsgroep krijgen?

Hoe staat het met het gebruik van e-health in de ggz? Cliënten kunnen op een effectieve en laagdrempelige manier worden behandeld. Welke ontwikkelingen kunnen de komende tijd tegemoet worden gezien op het gebied van e-health? Ik krijg hierop graag een reactie van de minister. Ik kom nu op een punt waarover mevrouw Bouwmeester ook al sprak. Uit statistieken blijkt dat vooral Marokkaanse en Antilliaanse of Arubaanse jongeren zijn oververtegenwoordigd in het forensisch circuit. Zij hebben ongeveer drie maal zo veel kans op een forensische behandeling als jongeren van Nederlandse origine. Hier klopt dus iets niet, want bepaalde etnische groepen zoals Marokkaanse jongeren zijn juist ondervertegenwoordigd in de normale ggz. Voorkomen is toch altijd beter dan genezen? Vroegtijdige behandeling van psychische problemen bij ook deze doelgroep voorkomt soms misschien ook de stap naar het criminele circuit. Waarom zijn deze etnische jongeren nog steeds niet terug te vinden in de normale ggz? Het lijkt er nu op dat de ggz er voor de autochtone jongeren is en de forensische ggz voor de allochtone jongeren. Daar willen wij toch niet met elkaar naartoe!

Waarom zoeken ouders van kinderen van niet-Nederlandse herkomst bijvoorbeeld minder snel hulp bij huisartsen? Wij kennen de antwoorden op die vragen nog steeds niet. Tijdens de begrotingsbehandeling in 2009 is een motie over dit onderwerp van mevrouw Van Toorenburg van het CDA en mevrouw Koşer Kaya van D66 aangenomen (Kamerstuk 32 123, XVII, nr. 21). De cijfers laten nog steeds niet zien dat er iets is veranderd in deze sector. Daarom is het tijd voor nader onderzoek. De minister moet maar eens een keer uitzoeken waarom etnische jongeren niet terechtkomen bij de normale ggz.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik hoor de CDA-fractie warme woorden over de geestelijke gezondheidszorg spreken. Die verbazen mij enigszins. Was het niet het CDA dat de psychosociale grondslag in de AWBZ met gemak heeft geschrappt terwijl daarmee juist mensen vroegtijdig hulp zouden

krijgen? Was het ook niet het CDA dat een handtekening heeft gezet onder het regeerakkoord van dit kabinet waardoor je minder naar de psycholoog kunt gaan en een hogere eigen bijdrage moet betalen als je een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg? Als de CDA-fractie de geestelijke gezondheidszorg zo'n warm hart toedraagt, waarom bezuinigt zij daar dan 150 mln. op?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik begrijp de woorden van mevrouw Leijten over de bezuinigingen. De bezuinigingen zijn lastig. Wij moeten 18,5 mld. bezuinigen en ook de geestelijke gezondheidszorg ondervindt daarvan gevolgen. Gelukkig is er in de zorg voor gekozen om voor minder meer te doen en worden de totale uitgaven uiteindelijk verminderd. Er wordt vooral bekeken hoe het op de lange termijn beter en efficiënter kan worden gedaan. Het is algemeen bekend dat bedden in de intramurale zorg een stuk duurder zijn dan ambulante zorg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Kan mevrouw Bruins Slot uitleggen waarom zij de keuze maakt dat mensen die een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg een eigen bijdrage moeten betalen? Ik heb het dan niet over de mensen die gebruikmaken van de forensische geestelijke gezondheidszorg en de doelgroepen die zij noemde. Kan zij uitleggen welke filosofie van het remgeld hieraan ten grondslag ligt als zij zo'n warm pleidooi houdt voor vroegtijdig signaleren waardoor mensen vroeg, al bij de huisarts, geestelijke zorg zouden moeten krijgen? Als zij daarvoor moeten betalen, zullen zij dat niet doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het lijkt mij goed om de plannen van de minister voor de komende periode af te wachten. Daaruit moet blijken hoe zij precies invulling zal geven aan deze bezuiniging. Verder blijkt uit de cijfers dat mensen die eerst terechtkomen bij de geestelijke gezondheidszorg, vaak al na één consult klaar zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is heel goed dat mevrouw Bruins Slot het met ons eens is dat het schandalig is dat de ggz deze doelgroep al zo lang niet weet te bereiken. Dit kan tot gevolg hebben dat mensen afglijden en in de criminaliteit belanden. De oorzaken zijn allang bekend, maar dit wordt al te lang aan het veld overgelaten. De eerste vraag is of mevrouw Bruins Slot van mening is dat de minister met een plan van aanpak moet komen en niet met nog meer onderzoek. Is zij ook van mening dat het terugdringen van dwang en drang veel meer prioriteit moet krijgen dan het nu heeft? Het is nu vrijblijvend: wij kijken nog even aan wat het veld doet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Met het oog op het vergroten van de kans dat etnische jongeren ook in de ggz terechtkomen, wijs ik erop dat uit de trendrapportage van 2010 blijkt dat onderzoekers nog onvoldoende zicht hebben op de factoren die ertoe leiden dat die jongeren geen toegang hebben tot de ggz. Als de minister wel over die informatie beschikt, hoeft zij natuurlijk geen onderzoek te laten uitvoeren, maar moeten er gewoon maatregelen komen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik hoef niet meer.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er was inderdaad een tweede vraag over drang en dwang. Ik kom daar zo in mijn inbreng op terug. Misschien kunnen we even kijken of de vraag nog overblijft.

De **voorzitter**: U hebt nog een krappe twee minuten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan zal ik tempo maken, voorzitter. Hoe gaat het met het terugdringen van dwang en drang? De minister geeft aan dat zowel de separaties als de afzonderingen de afgelopen jaren al aanzienlijk afgenomen zijn. Uit de trendrapportage blijkt dat de separaties afgenomen zijn, maar volgens mij is toch echt een stijging van 136 in 2002 naar 302 afzonderingen in 2009 te zien. Hoe verklaart de minister dit verschil? Welke ambities heeft de minister om het aantal separaties en afzonderingen terug te dringen?

De intentieverklaring dwang en drang in de ggz is een stap in de goede richting. Dekt het convenant wel de gehele sector? Net zoals de PvdA vraagt ook mijn fractie wat de stand van zaken is in de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang voor alle betrokken veldpartijen. Er blijkt in de praktijk ook nog wat onduidelijkheid te bestaan over enkele zaken van de verruimde dwangbehandelingen. Wat wordt er nu verstaan onder die redelijke termijn? Het doel van de verruiming van de dwangbehandeling was dat verblijf buiten de inrichting mogelijk is. Dat criterium blijkt regelmatig ruim te worden geïnterpreteerd. Wat valt er volgens de minister onder?

De besluitvorming over en de uitvoering van fixeren zijn slecht. Uit cijfers blijkt dat het in 42% van de gevallen waarin mensen worden vastgebonden, niet volgens de regels gaat. Dit kan toch niet? Het gaat om het vastbinden van mensen. Militairen hebben daar de conventie van Genève voor, terwijl het in de praktijk van de zorg onzorgvuldig gaat. Aan familie en andere relaties is dit moeilijk uit te leggen. Hoe gaat de IGZ dit oppakken? Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik wil graag van het CDA weten of dat ook vindt dat dwang en drang sneller moeten worden teruggedrongen. Mevrouw Bruins Slot heeft aangegeven dat ook te willen, maar zij vraagt de minister wat haar ambitie is, terwijl ik haar vraag wat de ambitie van het CDA is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het standpunt van het CDA is dat dwang echt het laatste redmiddel moet zijn. Uiteindelijk gaat het namelijk om de zelfstandigheid van mensen. In het begin van mijn betoog merkte ik op dat verpleegkundigen en andere mensen in instellingen het zelf vaak moeilijk vinden om dwang uit te oefenen, omdat het ook voor hen een soort uitweg is. De vraag is dus hoe je alle instellingen zo goed mogelijk mee kunt krijgen om dwang en drang terug te dringen. Daarvan zijn wij natuurlijk voorstander.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Voor de VVD staat vandaag de vraag centraal in hoeverre er in 2009 voldoende vooruitgang is geboekt in het terugdringen van het aantal patiënten in langdurige gedwongen afzonderingssituaties. Voor de VVD is dat een belangrijk onderwerp. Zij heeft in het verleden namelijk altijd gepleit voor het drastisch reduceren van dit aantal. Het gaat hier om mensen die tegen hun wil voor behandeling zijn opgenomen, niet omdat zij iets hebben misdaan, maar omdat zij ernstig ziek zijn. Doordat de overheid deze mensen hun vrijheid ontnemt, neemt zij een grote verantwoordelijkheid voor deze personen op zich. De rechtvaardiging daarvoor ligt in het vertrouwen dat patiënten en hun naasten erin hebben dat de overheid er ook voor zorgt dat de zieke een goede behandeling krijgt. De waarborg voor die zorgvuldigheid is de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2009 heeft de VVD samen met de Partij van de Arbeid een motie ingediend voor een onafhankelijk onderzoek met als doel, het vertrouwen in het toezicht op die dwangmaatregelen te herstellen. Het functioneren van de inspectie lag toen behoorlijk onder vuur. We zijn nu bijna twee jaar verder en er staan een heleboel stukken op de agenda: onderzoeken en brieven, gericht op het onder de aandacht brengen van de voortgang in het terugdringen van het aantal

dwang- en drangmaatregelen. Ook het IVA-onderzoek waarmee werd beoogd, uitvoering te geven aan genoemde motie, staat op de agenda. Het rapport over dat onderzoek mist in de ogen van de VVD-fractie helaas de kern: het creëren van veilige, optimale omstandigheden om ernstig zieke mensen te behandelen en het daarbij voorkomen van misstanden. De veiligheid van mensen is in het geding, zeker wanneer die mensen aan onze verantwoordelijkheid zijn toevertrouwd. Het gelaagde toezicht, zoals geregeld krachtens de Wet Bopz, dus van de afdeling via de geneesheer-directeur naar de inspectie, sluit niet meer aan op het veranderde zorgveld in de ggz. Ik wil de minister dan ook vragen wat er nu, vooruitlopend op de inwerkingtreding van de opvolger van de Wet Bopz, de Wvvggz, al verbeterd kan worden aan de toezichtstructuur, zodat het gelaagde toezicht beter kan functioneren.

Tot nu toe worden separaties in Bopzis geregistreerd. Dit nieuwe Argus ICT-systeem lijkt een duidelijke verbetering van de betrouwbaarheid van de registraties. Hierdoor kan de toezichtstaak van de inspectie ook verbeteren. Wil de minister aangeven wat de stand van zaken is in de invoering van het Argusregistratiesysteem?

Dankzij alle aandacht, vertaald onder andere in het project Terugdringen Dwang en Drang van GGZ Nederland, lijkt zich een cultuuromslag in het denken over gedwongen separeren te voltrekken. De motivatie om gedwongen separaties terug te dringen is hoog in het ggz-veld. Hoe zit het eigenlijk met de instellingen voor verstandelijk gehandicapten en met dwangmaatregelen in de ouderenzorg? Op de agenda staat vandaag de ggz, maar toch lijkt het me dat de samenhang met dwangmaatregelen in deze sectoren een vraag is die de moeite van het stellen waard is. Het kennisniveau in het werkveld van dwangtoepassingen is goed, maar er is behoefte aan verduidelijking, nadere invulling van de dwangbehandelingscriteria. In 2009 riep toenmalig minister Klink de beroepsgroepen op om zelf hiervoor richtlijnen te ontwikkelen. Deze multidisciplinaire richtlijn – mijn collega's hebben het daar zonet al over gehad – is er echter nog steeds niet. Kan de minister aangeven waarom deze er nog steeds niet is? Wanneer denkt de minister dat deze gereed zal zijn? Als zich een cultuuromslag aftekent, zou dit toch ook tot uitdrukking moeten komen in de urgentie om tot deze richtlijn te komen? Het baart de VVD-fractie zorgen dat de initiatieven van instellingen om gedwongen separaties terug te dringen, veelal een projectmatig karakter hebben. Het gevaar hiervan is dat de cultuurverandering die is ingezet, niet beklijft doordat er te weinig borging is in de lijnorganisaties en in de raden van bestuur van de instellingen. Ook de minister geeft aan dat nu het moment is om de projectaanpak te verlaten en over te stappen op instellingsbreed beleid. Onlangs hebben ggz-partijen een intentieverklaring ondertekend waarin zij hun ambitie hebben neergelegd om nader invulling te geven aan de vermindering van dwang- en drangtoepassingen. Denkt de minister dat de door haar voorgestelde maatregelen voldoende zijn om de aandacht voor terugdringing van dwang- en drangmaatregelen structureel te maken? Wat zijn haar overwegingen over een eventueel langere verlenging van de beleidsregel dwang en drang ten opzichte van structurele inmenging in beleid? Op welke termijn verwacht de minister de eerste resultaten van de invulling van die intentieverklaring in de praktijk terug te zien?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Partij van de Arbeid en de VVD hebben inderdaad altijd heel goed samen opgetrokken op dit onderwerp. Bent u het met de Partij van de Arbeid eens dat de intentieverklaring hartstikke mooi is, maar dat het een groot gebrek is dat er geen harde doelen in staan? Dwang en drang mogen niet meer; dat moet de norm worden, zo staat er ook in. Dit moet zelfs tussen de oren van de raden van bestuur komen. Vindt mevrouw Straus niet ook dat het primair tussen de oren van de raden van bestuur moet komen, zodat die hun medewerkers kunnen steunen? Zo ja, vindt zij dan ook dat de minister veel harder moet



optreden tegen het veld en moet zeggen: nu is het afgelopen met de vrijblijvendheid, jullie gaan nu gewoon instellingsbreed aan de slag?

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik vind de intentieverklaring in ieder geval een goede zet, maar die vormt slechts een eerste stap in het komen tot de daadwerkelijke invulling in de praktijk. Dat is dus ook mijn vraag aan de minister: in hoeverre heeft zij er vertrouwen in dat de praktijk deze richtlijn nu daadwerkelijk gaat invullen? Ik ben het met u eens; ik heb er ook voor gestruddeld dat er wordt overgegaan van een projectmatige aanpak op structureel beleid. Dat betekent dat het in de instelling in de volle breedte moet worden ingebed. Dat betekent ook dat het topkader er als het ware volledig mee moet instemmen dat dit beleid door hun instelling wordt uitgevoerd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Eens in de zoveel tijd schrikt Nederland op als er weer eens beelden van patiënten verschijnen die in een separeerruimte zijn opgesloten, afgezonderd van de buitenwereld, meestal gedwongen opgenomen en in enkele gevallen ook onder dwangbehandeling. We schrikken daarvan, omdat het zo ver van onze eigen belevingswereld af staat. We wijzen het ook af, want we willen in vrijheid leven en dulden het niet als een ander ons die vrijheid wil afpakken. We vinden het dus erg als dat anderen wel overkomt. Voor D66 staan vrije individuen aan de basis van onze samenleving. Voor de wet is iedereen gelijk en het recht op vrijheid is grondwettelijk verankerd. Dat geldt wat D66 betreft ook onverminderd voor mensen met schizofrenie, een depressie of een angststoornis. Deze mensen moeten volgens D66 de regie over hun eigen leven kunnen voeren en veel meer zelf kunnen kiezen welke zorg zij willen en wie hun die zorg verleent. Mijn fractie vindt dat je pas in het uiterste geval, als iemand een gevaar voor zichzelf of anderen is, mag ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer. Ik hoor graag of de minister het met mij eens is dat je pas in het uiterste geval mag ingrijpen, ook al lijden mensen aan een psychiatrische ziekte. Zo ja, welke doelen in verband met de terugdringing van het aantal dwang- en drangmaatregelen stelt deze minister zich dan voor de komende jaren? We debatteren vanmiddag over het terugdringen van die dwang- en drangmaatregelen in de ggz. Mijn fractie vindt dat de ggz hierin vooruitgang boekt, maar zij blijft kritisch. In de periode 2008–2009 is ten opzichte van de periode daarvoor, 2005–2008, zo'n 18% minder gesepareerd. Ook de duur van separaties nam af. Dat vind ik een goed teken, al staat daar tegenover dat het toepassen van dwangmedicatie in diezelfde drie jaar met 9% gestegen is.

Dat is jammer. Bestaat er een verband tussen de afname van het aantal separaties en de duur ervan, en de toename van dwangmedicatie? Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Hulpverleners zijn inmiddels goed bekend met de maximale termijnen van separeren, fixeren, het geven van dwangmedicatie enzovoort. Ze handelen hier ook naar. Helaas blijkt dat nog niet uit de registraties. Wel is de eerdergenoemde Argusrichtlijn voor registratie volgens hulpverleners een ramp. Ik hoor graag van de minister of de registratie inmiddels verbeterd is. Zo niet, dan hoor ik graag wat zij daaraan gaat doen. Is de minister het met mij eens dat prestatiebekostiging in de ggz pas plaats kan vinden als de gegevens over de kwaliteit van de zorg betrouwbaar zijn en door alle zorgaanbieders op dezelfde manier verzameld en geleverd worden? Geldt dat niet in het bijzonder voor gegevens over dwangbehandeling? In dit kader hoor ik graag van de minister of de ggz-prestatie-indicatoren inmiddels bij de meeste hulpverleners bekend zijn en of er in de praktijk ook met die indicatoren wordt gewerkt.

In vergelijking met het buitenland zijn de klinische afdelingen in Nederland behoorlijk groot. Veel verwarde mensen op een kluitje lokt

agressie uit. Wij willen investeren in de tijdige opvang van verwarde mensen bij hen in de buurt, bijvoorbeeld in zogenoemde «respite houses». Dat zijn kleine wooneenheden in een wijk waar een overzichtelijk groepje mensen zeer tijdelijk begeleiding krijgt bij het structureren van hun dagelijks leven. Je zou het een soort time-outvoorziening kunnen noemen. Wat vindt de minister van dit type voorziening dat is bedoeld om langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis te voorkomen? Hoe kijkt zij in dit kader ook aan tegen uitbreiding van de ACT-teams en FACT-teams in de Nederlandse situatie? D66 vindt dat dit type werkzaamheden bij uitstek geschikt is om langdurige klinische opnames en/of dwangbehandeling te voorkomen en cliënten zo snel mogelijk zo veel mogelijk regie terug in handen te geven. Is de minister het met mij eens dat we met ACT-teams de kwaliteit van zorg versterken en de kosten van zorg beperken?

Er zijn instellingen in de ggz waar flink wordt uitgepakt met de-escalerend werken. Met patiënten die agressief dreigen te worden, gaat men bijvoorbeeld sporten en tegelijkertijd besteedt men aandacht aan de groep die op de afdeling achterblijft. Met andere patiënten wordt een signaleringsplan gemaakt, een plan waarmee de patiënt zelf op tijd hulp inschakelt als er een crisissituatie dreigt te ontstaan. Het succes hiervan zit hem in twee dingen, de patiënt houdt de regie en hij of zij voorkomt dwangbehandeling. Mijn fractie vindt dat ggz-instellingen veel meer van elkaar kunnen leren. Goed voorbeeld doet nu eenmaal goed volgen. Wij willen dat succesvolle interventies zo snel mogelijk elders in het land een kans moeten krijgen. Dat is goed voor patiënten, maar ook voor hulpverleners. Mijn stem houdt er een beetje meer op ...

De **voorzitter**: U hebt nog één minuut.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mag ik een slok water?

De **voorzitter**: Ja, u neemt een slok water en gaat dan verder.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Nee, ik houd er even mee op, want mijn stem stopt echt. Als het mag, stel ik graag later nog een paar vragen.

De **voorzitter**: Dat mag. Zodra mevrouw Leijten is geweest, krijgt u nog een minuut spreektijd.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Dit is het eerste debat in de regeerperiode van dit kabinet over geestelijke gezondheidszorg. Dit leidt er dan ook toe dat veel van de brieven die nu op de agenda staan, zijn ondertekend door de ambtsvoorganger van de minister. Wij waren altijd kritisch over het optreden van minister Klink, maar in zijn brieven stond wel een duidelijke koers waarop het beleid was gericht. Zo kwam in de stukken het beeld naar voren dat het veld, de inspectie en het ministerie bezig waren met het terugdringen van separatie en dat iedere separatie er als een te veel werd gezien. Ik hoor graag wat de ambities van dit kabinet zijn. Mevrouw Bruins Slot en een aantal andere sprekers hebben daarover goede dingen gezegd en ik sluit mij daarbij aan.

Op het punt van de ggz pakt het regeerakkoord funest uit. Het lijkt alsof het kabinet geestelijke gezondheidszorg beschouwt als een luxe goed voor verwende mensen terwijl het dat allerm minst is. Hoe kan de minister bezuinigingen op de geestelijke gezondheidszorg rijmen met ambities op het terrein van goede geestelijke gezondheidszorg en het terugdringen van dwang en drang? Hoe voorkomt zij dat met de voorgestelde maatregelen juist de vraag naar duurdere en zwaardere geestelijke gezondheidszorg toeneemt doordat mensen dan hun gang naar de psycholoog of psychiater uitstellen? Welke gevolgen heeft het voor nazorg als mensen een behandeling in een instelling hebben afgerond? Ik heb het er dan nog

niet eens over dat besparingen in de geestelijke gezondheidszorg juist tot meer kosten op andere beleidsterreinen kunnen leiden. Los van de kwaliteitsvraag kun je je ook afvragen of dit wel daadwerkelijk tot een besparing leidt.

Wat is überhaupt de ambitie van dit kabinet? Neem bijvoorbeeld het beleidsvoornemen van Klink om het zelfmoordcijfer jaarlijks met 5% terug te dringen. Dat is nu losgelaten. Wij roepen ertoe op, minimaal in te zetten op het voortzetten van de ingezette lijn van het vorige kabinet. De minister moet wat ons betreft niet achterover gaan leunen; elke stap om dwangbehandelingen tegen te gaan en te voorkomen, is volgens ons een stap in de goede richting. Wij zijn het met het kabinet eens dat het terugdringen van dwang en drang voor het grootste deel door een cultuurverandering in de sector kan worden bereikt. Dat is natuurlijk niet van de ene op de andere dag geregeld. Wij vinden het goed dat de minister de beleidsregel Dwang en drang langer openstelt om best practises te borgen. Zou zij daarop echter niet permanent willen inzetten? Zijn de voornemens op dit vlak wel voldoende? Moet de beleidsregel niet langer worden voortgezet? Net als het Landelijk Platform GGz maken wij ons zorgen dat alle kennis, inzet en ervaring wegeeft als de beleidsregel van de NZa na 2012 stopt. Wij vinden dat de minister zich moet inzetten voor borging van de cultuuromslag die gaande is. Zij moet ervoor zorgen dat geleerd wordt van instellingen die het goed doen.

Het Landelijk Platform GGz vraagt ook om meer mogelijkheden voor de inspectie om op individueel niveau onderzoek te doen bij vermoedens van misstanden rondom dwangtoepassingen in de ggz, ook in het kader van de voornemens die het kabinet heeft met de beginselenwet zorginstellingen. Wat is hierop de reactie van het kabinet? Hoe gaat de minister verder met het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg? In dit wetsvoorstel is een belangrijke rol weggelegd voor commissies. GroenLinks is hierover altijd kritisch geweest. Zij hoort graag een reactie op de opmerkingen van LPGGz dat de totstandkoming van een besluitvormende commissie ernstig bijt met de bemiddelende rol.

Ik had het al heel eventjes over het terugdringen van het aantal zelfmoorden. Over 113Online het volgende. De subsidie zou eind deze maand stoppen, maar is door de minister verlengd tot eind dit jaar. Wij zijn daarmee natuurlijk blij, maar wij begrijpen van 113Online dat in het afgelopen kwartaal nog geen vorderingen zijn gemaakt in de verkenningen voor een structurele oplossing. Wij willen voorkomen dat ook dit jaar de tijd weer gaat dringen en wij horen dan ook graag wat de stand van zaken is zodat wij niet weer de situatie krijgen dat wij hierover bij de begrotingsbehandeling moeten spreken. Deze zorgverlening moet goed geborgd worden. Het laten vallen van de ambitie van het terugdringen van het aantal zelfmoorden baart ook zorgen. Het is natuurlijk goed om te kijken naar een meerjarenambitie maar dan moet die er ook wel echt zijn. Wij horen de minister dan ook graag een duidelijk streven noemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik deel de opvatting van mevrouw Voortman dat suïcidepreventie heel belangrijk is omdat suïcide echt afschuwelijk is. Hoe ziet zij de rol van de familie en de relaties van degene die een suïcidepoging doet, ook in het kader van het gevoerde beleid?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat is interessant, want hiermee ga ik meteen denken wat er achter de vraag van mevrouw Bruins Slot zit. Natuurlijk spelen familie en bekenden daarin een rol, maar het is te gemakkelijk om het op hen alleen af te schuiven. 113Online werkt goed. Wij vinden daarom dat het werk van die organisatie moet worden voortgezet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Om de vraagtekens bij mevrouw Voortman weg te halen, merk ik op dat naar mijn mening de aandacht voor familie en relaties heel belangrijk is, ook in dit vraagstuk.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Het is al eerder gezegd dat een enorme waslijst aan brieven op de agenda staat. Ik heb vrij strikt geselecteerd in het aantal onderwerpen dat ik aan de orde wil stellen. Ik sta graag uitgebreid stil bij de recente jaarcijfers over zelfdoding. Daaruit blijkt dat suïcidaliteit nog steeds een groot maatschappelijk probleem is; in 2009 waren er 1 524 suïcides. Ook het aantal pogingen blijft schrikbarend hoog. Onder jongeren is een stijging waarneembaar. Dit alles betekent dat te veel mensen geen uitweg zien uit hun problemen. Mijn fractiegenoot Voordewind bracht eind 2007 de notitie De noodkreet gehoord uit. De noodkreet vanuit de samenleving is geen vraag om symptoombestrijding maar een vraag om preventie. De ChristenUnie-fractie vindt dat de minister het voortouw moet nemen in lijn met de in 2008 ingezette beleidsagenda. Ik stel in dit verband een aantal vragen. Wat doet de minister voor risicogroepen als allochtone meisjes of jongeren in gebieden met veel alcohol- en drugsmisbruik? Hoe zit het met de toegang tot geestelijke gezondheidszorg? Hoe staat het met de opsporing van suïcidaliteit en depressie? Er is een multidisciplinaire richtlijn in ontwikkeling, maar hoe pakt de minister de implementatie daarvan aan? Zal deze richtlijn voor elke beroepsgroep gaan gelden? Ik heb het idee dat de minister dat op dit moment wat in het midden laat. De minister heeft gesproken over scholing en bijscholing van medische professionals en eerstehulpafdelingen. Zitten die nu structureel in de curricula? Heeft de minister een beeld van suïcidaliteit en depressies onder jongeren? Wordt dat voldoende opgespoord, bijvoorbeeld door laagdrempelige hulp op school, via de zorg- en adviesteams? Wat ons betreft, is een streefcijfer niet iets om los te laten als je het niet haalt. Als het aantal suïcides stijgt, moeten er juist extra inspanningen en investeringen worden aangekondigd. Ik begrijp natuurlijk dat wij de minister niet kunnen afrekenen op een stijging van het cijfer. Wij moeten het cijfer echter wel gebruiken om beleid bij te stellen en om te leren. Daarom vraag ik de minister of zij het streefcijfer niet zou moeten handhaven. Ik roep haar op om te kijken naar ervaringen elders. Met het nu loslaten van het streefcijfer wordt een slecht signaal afgegeven, ook in relatie tot de regierol die wij de minister op dit onderwerp graag zien spelen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De zorgen van de ChristenUnie-fractie over de toename van het aantal suïcides en het loslaten van de norm deelt mijn fractie volledig. De minister heeft gezegd dat zij een Europees onderzoek laat uitvoeren naar een nieuwe norm. Mijn fractie heeft echter gevraagd om een Europees onderzoek naar het terugdringen van het aantal suïcides. Vindt u het niet belangrijker dat de minister met een plan van aanpak en maatregelen komt in plaats van met nog meer onderzoeken?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Wat mij betreft, komt zij met allebei. Het is prima om dingen verder te onderzoeken; daarvan kunnen wij wellicht nog veel leren. Laat de minister echter niet tegelijkertijd de streefcijfers loslaten. Zij moet zich vooral richten op de maatregelen. Niet voor niets kies ik juist dit onderwerp en stel ik vragen over maatregelen die genomen zouden worden. Dat verklaart mijn betoog.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voor de duidelijkheid: vraagt u met mijn fractie om een plan van aanpak of vraagt u alleen om een nieuwe streefnorm? Of vraagt u om allebei?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik vraag er in ieder geval om, de streefcijfers nu niet los te laten. Dat is wel aangekondigd. Verder verwijs ik naar de beleidsagenda van 2008. Ik zie graag dat de minister die oppakt en daarmee verder gaat. In dat verband zijn allerlei suggesties en toezeggingen gedaan, die opgepakt zouden worden. Ik vraag de minister nu hoe het daarmee staat en hoe dat geïntensiveerd kan worden. Ik weet niet of daarbij een nieuw plan van aanpak nodig is – dat zou best kunnen – maar ik denk dat er een stevige beleidsagenda ligt en ik zie graag dat de minister daarmee verder gaat. Ik help daarbij, met suggesties en vragen.

Anonieme ondersteuning via 113Online blijkt veel mensen te helpen. Ik zie dat terug in de mails die mijn fractie kreeg naar aanleiding van het mogelijk stoppen van 113Online, waarvan vorig jaar bij de begrotingsbehandeling sprake was. Mensen in wanhoop blijken veel te hebben aan deze vorm van laagdrempelige hulp via chatten of telefoon. Gelukkig, met veel pijn en moeite, is de financiering van 113Online tot het einde van het jaar door de minister beschikbaar gesteld, nadat zij het eerder uit de begroting had geschrapt. De fractie van de ChristenUnie ziet in 113Online graag een structurele voorziening. Het ligt voor de hand dat zorgverzoekers dit initiatief op basis van anonimiteit gaan financieren. Ik ben heel erg benieuwd hoe de gesprekken daarover lopen. De ChristenUnie-fractie ziet graag een structurele oplossing. Kunnen wij die verwachten op basis van de huidige wetgeving gelet op het feit dat deze onvoldoende is ingericht op anonieme e-hulp?

Vorige week heeft er een rondetafelgesprek plaatsgevonden over onverantwoord ouderschap. Ik besef mij dat dat onderwerp een geheel eigen behandeling verdient. Een van de vragen die nadrukkelijk aan de orde kwam, was: welke mogelijkheden biedt de huidige wet om eerder te kunnen ingrijpen? De ChristenUnie-fractie zou graag zien dat in de nieuwe wet verplichte ggz de mogelijkheid wordt opgenomen om eerder te kunnen ingrijpen als mensen als gevolg van een psychische stoornis of verslaving een aanzienlijk risico lopen om ernstige schade aan te richten voor zichzelf of anderen. Met de nieuwe wet wordt maatwerk beoogd. Als ik denk aan maatwerk in heel specifieke groepen, dan denk ik in het bijzonder aan meer mogelijkheden voor dwangopname van een verslaafde zwangere vrouw. Ik heb begrepen dat de Bopz nu pas die mogelijkheid biedt na 24 weken zwangerschap, maar verslaving bij de moeder vormt al vanaf de vroege zwangerschap een acute en ernstige bedreiging voor het ongeboren kind. Eigenlijk zou het goed zijn als zij eerder gedwongen opgenomen en behandeld kon worden. Ons juridisch systeem moet voldoende rekening houden met nieuwe medische inzichten. Ik hoor graag een reactie van de minister op dit voorstel. Ik heb tot slot nog een paar korte punten, ook naar aanleiding van de nieuwe wet die ontwikkeld wordt. Om goede ICT-systemen te ontwikkelen, moeten zorgaanbieders tijdig weten welke voorwaarden de wet precies gaat stellen. Dat lijkt mij iets om rekening mee te houden. Ik hoor op dat punt graag een reactie.

De fractie van de ChristenUnie vindt dat de multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang ontwikkeld en klaar moet zijn voordat de nieuwe wet in werking treedt. Zij vraagt vandaag ook hoe het nu verder moet met de familievertrouwenspersoon. In het pakket stukken zit nog een oude brief waarin verwezen wordt naar de begrotingsbehandeling van vorig jaar. Wij weten allemaal dat er geen middelen beschikbaar zijn gesteld. De familievertrouwenspersoon staat wel in de wet verplichte ggz, maar wat betekent dat nu? Hoe wordt dit verder geëffectueerd? Hoe gaat het verder?

Op het punt van e-health sluit ik mij graag aan bij de woorden van de collega van de CDA-fractie.

Tot slot kom ik te spreken over het dubbele declaratiesysteem, dat in de ggz nog steeds gebruikt wordt. De minister heeft al eerder aangegeven

daar snel vanaf te willen. Ik hoor graag vandaag een mondelinge update van de minister van hoe en wanneer zij dat gaat doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vraag mij af wat de mening van de ChristenUnie-fractie is over dwang en drang en over het feit dat wij nog steeds koploper zijn in het gebruikmaken daarvan. Vindt mevrouw Wiegman ook dat wij dat met kracht moeten terugdringen en dat de minister daarin een belangrijke rol speelt?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Daarmee ben ik het eens. Ik ben nog eens teruggegaan naar mijn eerdere bijdrage waarin ik daarop uitgebreid ben ingegaan. Ik had het kunnen herhalen. Er is echt wel het een en ander gebeurd in de afgelopen jaren, maar wij zijn er nog lang niet. Alle uitspraken die ik in het laatste AO hierover heb gedaan, ik dacht in 2009, zou ik kunnen herhalen. Ik zei toen ook al dat dwang en drang teruggedrongen moesten worden en gebruikt moesten worden als laatste nood- en redmiddel in plaats van standaard-hulpmiddel. Mijn standpunten zijn sinds 2009 niet veranderd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wij hebben in het verleden verschrikkelijke voorbeelden gezien van mensen die maandenlang opgesloten zaten in een isoleercel en soms onder erbarmelijke omstandigheden zijn overleden. Ik vraag de minister hoeveel mensen er volgens haar informatie op dit moment langdurig in een isoleercel zitten. Als het goed is, weet de inspectie dit, want op aandringen van de SP-fractie – een motie van mijn collega Van Gerven – is de inspectie in alle hoeken en gaten van de Bopz-opname-instellingen gaan kijken. Daarbij moest de inspectie ook nagaan hoe lang mensen vastzaten. Is dat eigenlijk gebeurd, zo vraag ik de minister? Is dat onderzocht?

Ik schrik ervan dat de minister meldt dat het aantal separaties afneemt door een cultuurverandering in de sector. Kan zij aangeven wat wij daaronder mogen verstaan? Was het gemakzucht van het personeel? Was het het idee dat de isoleercel gewoon bij de behandeling hoort terwijl iedereen weet dat separeren en isoleren geen behandelingen zijn? Of was het een ontstane cultuur van wegstijven en niet melden omdat er krapte was op de behandelgroepen? Ik hoor graag van de minister wat er aan de cultuur in deze sector veranderd is. Ik heb namelijk nog nooit een hulpverlener ontmoet die graag overging tot separeren. Ik heb nog nooit een psychiater of psycholoog ontmoet die dacht: fijn, die hebben wij even een jaar weggezet, in de isoleercel.

De minister spreekt in haar brief eigenlijk alleen over de afname van separatie, maar ik vraag haar graag ook hoe het zit met het gedwongen toedienen van medicatie. Dat is net zo ingrijpend en wellicht nog ingrijpender dan isoleren, hoewel het niet past om in deze dwangmaatregelen een gradatie aan te brengen. Ik hoor verder graag hoe het zit met de internationale vergelijking. Zijn wij gezakt als koploper in het toepassen van dwang en drang, of niet? Is de minister met de SP-fractie van mening dat de inspectie ook individuele gevallen moet kunnen opsporen en onderzoeken, en daarover een uitspraak moet doen? Mijn fractie zou dat graag zien.

Onlangs, afgelopen najaar, hebben wij een inbreng geleverd over de wet verplichte ggz. Die vormt eigenlijk de uitkomst van een jarenlang debat in de Kamer over op welke wijze mensen eerder geholpen kunnen worden zodat isoleren, drogeren en separeren voorkomen kunnen worden. Overigens weten wij allemaal dat dat niet altijd kan. Het heeft lang geduurd voordat deze wet er was. Via mijn collega's op Justitie kwam ik erachter dat de beantwoording op de inbreng is uitgesteld, omdat de staatssecretaris van Justitie wil overleggen met het veld. Het verbaast mij hogelijk dat wij dat bericht niet hebben gekregen. Is de minister nog betrokken bij deze wet? De brief is alleen ondertekend door haar collega

Teeven en wij hebben daarvan geen afschrift gehad. Ik vind dat eigenlijk niet zo netjes. Juist in deze commissie is steeds met veel kennis, kunde, zorg en ideeën gesproken over dit belangrijke onderwerp. Eerlijk gezegd maak ik mij een beetje zorgen. Ik praat nu met een minister die spreekt over het invoeren van hoge eigen bijdragen zodat mensen niet te snel naar de geestelijke gezondheidszorg stappen. Er moet immers 150 mln. bezuinigd worden op de ggz. Tegelijkertijd wil de minister dat er eerder wordt ingegrepen en dat de ACT-teams en de FACT-teams waarover mevrouw Dijkstra sprak, preventieve zorg verlenen. Als wij de mensen die deze zorg nodig hebben afremmen via een financiële bijdrage, dan vraag ik mij echt af waarmee wij bezig zijn. Ik vraag de minister om zolang de wet verplichte ggz nog niet is aangenomen, de beleidsregel Dwang en drang te laten voortbestaan. Meerdere collega's hebben daarom gevraagd.

Als je bezuinigt op de geestelijke gezondheidszorg is het vaak «goedkoop wordt duurkoop» en «penny-wise and pound-foolish». De psychosociale zorg die door een vorig kabinet naar de gemeente is overgeheveld – toen werd er ook al fors gesneden – is door de gemeente Rotterdam onderzocht. Wat levert een euro op als de gemeente zorgmijdende mensen volgt en bepaalde bemoeizorg geeft? Iedere euro die de gemeente investeert in mensen naar wie zij moet omzien en die op het randje staan van overlast en criminaliteit, wordt twee keer terugverdiend op openbare orde en justitie. Minister Klink en staatssecretaris Bussemaker waren er niet toe bereid, maar wil deze minister dit samen met de gemeente Rotterdam goed uitzoeken? Als dit werkelijk waar is, kunnen wij stellen dat wij met de bezuinigingen van dit kabinet duurkoop plegen.

Anderen hebben al gewezen op de suïcidecijfers. Onze fractie is geschrokken dat deze minister de streefcijfers loslaat. Wanneer een streefcijfer verkeerd is vastgesteld en onhaalbaar is, vind ik dat wij realistisch moeten zijn en een nieuw cijfer moeten vaststellen. Maar deze minister schraapt het cijfer. Als dat toont hoe zij wil omgaan met het voorkomen van suïcide, dan houd ik mijn hart vast. Ik schrik ervan dat suïcide in ggz-instellingen niet wordt meegenomen in de tellingen. Het gaat bij de score alleen om pogingen tot suïcide die hebben geleid tot ziekenhuisopname of behandeling bij een spoedeisendehulpdienst. Wij kennen het aantal dus helemaal niet. Ik vraag deze minister om een realistisch streefcijfer te hanteren en het niet weg te zetten. Wij moeten hier een vinger aan de pols kunnen blijven houden. Het voorkomen van suïcide moet ook voor deze minister een belangrijk punt zijn.

De **voorzitter**: Wij gaan terug naar D66.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De stem is terug, zoals u hoort. Ik wil ter afronding van mijn betoog een paar vragen stellen. Ik kan heel kort zijn, omdat een aantal ervan eerder gesteld is. Ik sprak over de toename van agressie jegens personeel van ggz-instellingen. Van de minister hoor ik graag of zij hierover gegevens heeft. Is het waar dat met het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen agressie jegens het personeel toeneemt? Zit daar een direct verband?

Heeft de minister al met haar Europese collega's gesproken over streefcijfers ten aanzien van suïcidevoorkoming? Wat vindt zij een realistisch streefcijfer? Heeft zij weet van succesvolle interventies in het buitenland? Zo ja, wat gaat zij daarmee doen? Hoe ver is men gevorderd met de ontwikkeling van de landelijke multidisciplinaire richtlijn behandeling en beoordeling suïcidaal gedrag? Hoe ver is het overleg met de verschillende opleidingen over de opname van de richtlijn in het cursusaanbod? Ik eindig met een warm pleidooi voor structurele financiering van 113Online.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mij is gevraagd wat mijn inzet is binnen de ggz en wat voor beleid ik voorsta. Wat ik ongelofelijk belangrijk vind in deze sector, is dat wij de zorg in de buurt versneld en stevig opbouwen ten koste van de intramurale zorg. In Nederland behandelen wij 189 per 100 000 inwoners intramuraal, terwijl dat in omringende landen varieert tussen de 37 en de 146. In Nederland doen wij dus heel veel in de tweede lijn. In de eerste lijn ligt er echt een open veld om dingen te bereiken. Het gaat om dingen die in het belang zijn van de patiënt. Hij kan gewoon doorgaan met zijn leven, met zijn sociale contacten in de eigen omgeving. Het is zorg die over het algemeen een stuk goedkoper is. Het is prettiger voor de patiënt en effectiever. Het houdt mensen midden in het leven, maar het is ook veel goedkoper en doelmatiger. Daar wil ik dus echt fors op inzetten. Generalistische zorg waar het kan, specialistische zorg waar het moet, net zoals wij dat in de rest van de zorg doen.

Wij zetten in op zo licht mogelijke zorg. Er is gesproken over stepped care, maar dat is niet alleen iets voor de somatiek. Er moet meer vroegsignalering plaatsvinden. Er moet meer preventie zijn en meer nadruk op zelfmanagement en e-mental health. Er moet generalistische basis-ggz beschikbaar zijn dicht bij huis. Wij hebben goede ervaringen opgedaan. VWS heeft verschillende projecten gesubsidieerd die erg succesvol zijn. Het blijkt dat je met low care erg veel kunt bereiken en voorkomen. Daar moeten wij vooral op inzetten. Het mag niet bij een subsidie blijven, het moet massaal over Nederland worden uitgerold. Ik verwacht hierdoor meer internetbehandelingen, minder verwijzingen naar de tweede lijn en betere preventieve hulp.

Om de ontwikkeling naar de eerste lijn te faciliteren vraag ik de NZa dit voorjaar om advies. Hoe kunnen wij dit een enorme push geven? Hoe kunnen wij dit versneld tot stand laten komen? Daar waar generalistische zorg niet voldoende is, schakelen wij door naar gespecialiseerde ggz-hulp. Het streven is erop gericht om ook hier zo veel mogelijk ambulant te doen. Als het onontkoombaar is, krijgt een cliënt aan het eind van de keten onvrijwillige zorg. Dat is echt een ultimatum remedium.

Het belang van een goede ggz is groot, bijvoorbeeld in het bestrijden van overlast op straat, maar ook in het kader van arbeidsparticipatie en ziekteverzuim. In de eerste plaats gaat het er natuurlijk om, zieke mensen beter te maken of in ieder geval met hun ziekte te kunnen laten leven. De uitgaven voor de curatieve ggz stijgen echter snel. Wij hebben jaarlijks een groei van gemiddeld 10%. Dat is echt een gigantische stijging, die jaar op jaar toeneemt. Daar waar de somatische zorg een stijgende lijn heeft die nog enigszins neigt naar horizontaliteit, zien wij bij de ggz echt een ongelooflijk grote stijging. Wij moeten bekijken hoe wij dat in de toekomst kunnen beheersen. Het is niet een bezuiniging in de zin dat wij minder aan de ggz gaan uitgeven, het is minder meer. Wij moeten de groei afremmen. Dat is ons doel. Het is in het belang van de haalbaarheid van zorg voor mensen die dat echt nodig hebben. Daarom moeten wij die groei afremmen. Enerzijds wil ik dat langs de lijn van kwaliteit en doelmatigheid: geen zwaardere zorg dan nodig, alternatieven zoeken en toepassen. Anderzijds hebben wij in het regeerakkoord maatregelen opgenomen om de groei af te remmen.

De dubbele administratie in de ggz leidt tot grote ergernis en demotivatie bij mensen die daarmee moeten werken. En het duurt al vier jaar. Mensen willen er inmiddels wel een keer van af. Dat is ook heel logisch, maar niet simpel. Het is niet een kwestie van het gewoon weghalen van het ene systeem en het per 2012 afrekenen op dbc's. De dbc's zijn namelijk onvoldoende ontwikkeld om als kostendrager te fungeren. Je kunt niet zomaar simpelweg één systeem afschaffen. Het is echt een puzzel die wij nu aan het maken zijn, samen met de tweedelijns-ggz. Hoe kunnen wij die betaling zo organiseren dat wij van die administratieve lasten afkomen? Wij moeten een betaling hebben die hout snijdt. Wij moeten betalen wat wij moeten betalen, niet meer en niet minder.



De invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve zorg moet leiden tot meer doelmatigheid. Wij krijgen inzicht in de zorgvraag, de zorg die in het kader van behandeling wordt geleverd en de kosten daarvan. In het regeerakkoord is opgenomen dat uiterlijk 2015 de prestatiebekostiging in de curatieve tweedelijns-ggz moet zijn ingevoerd. De vrijgevestigde ggz-aanbieders en de nieuwe toetreders zijn sinds 2008 al volledig over op dbc-bekostiging.

Vandaag is ook de onvrijwillige zorg aan de orde. Uitgangspunt is een absoluut minimale inzet van dwang en drang in de psychiatrie. Daar waar het onvermijdelijk is, moet het zo kort mogelijk. Dat is een inzet die ik onverkort van het vorige kabinet overneem. Het is een inzet die breed wordt gedeeld, ook als ik op werkbezoek ga. Ik ben nog nooit iemand tegengekomen die zei: dat is heerlijk, daar zijn wij makkelijk van af. Nee, iedereen neemt dit ongelofelijk serieus. Op werkbezoeken hoor ik overigens ook dat het in noodsituaties wel moet kunnen. Personeel krijgt soms met veel agressie en ongebeheerde emoties te maken. Ook voor het personeel is het belangrijk dat het als ultimatum remedium aanwezig blijft.

**Mevrouw Leijten (SP):** Dan ben ik toch wel erg benieuwd wat de cultuuromslag is geweest als inderdaad niemand die met deze patiënten werkt graag isoleert. De minister spreekt van een cultuuromslag in de sector. Wat was er dan mis met die cultuur?

**Minister Schippers:** Daar kom ik zo op terug. Als er sprake is van onvermijdelijke dwang, dan moet het gebeuren op basis van goede behandelrichtlijnen en met een goede rechtspositie van de cliënt. Dat is goed vastgelegd in zorgvuldige wetgeving, zoals de Wet Bopz en straks de wet inzake verplichte ggz. In de basis moeten de strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaagden gescheiden worden. Wij hebben de afgelopen vijf jaar projecten gedaan die goede alternatieven hebben opgeleverd om dwang- en drangtoepassingen te voorkomen. Wat is er dan in die cultuur gebeurd, zoals mevrouw Leijten vroeg? Men leert van elkaar, men leert wat helpt om het te voorkomen. Ik geef het voorbeeld van de eerste vijf minutenmethode. De eerste vijf minuten dat je iets doet, bijvoorbeeld de eerste vijf minuten van je opname of de eerste vijf minuten van je dienst als verpleegkundige of de eerste vijf minuten van het contact met de familie, zijn cruciaal voor de agressie van de patiënt. Een patiënt komt binnen na allerlei ellende op straat en met het oppakken. Een benadering waarin je allereerst vraagt of iemand een kopje koffie wil, werkt vaak heel positief op een patiënt. Als je zulk soort dingen uitvindt, kan dat toegepast worden in andere instellingen. Dan werk je de-escalierend. Ik noem ook de crisiskaart of een signaleringsplan. In een periode dat het goed gaat met een patiënt kun je vragen wat hij of zij wil als het misgaat. Dan kan iemand bijvoorbeeld zeggen dat hij liever medicatie krijgt dan dat hij opgesloten wordt. Het is ook mogelijk dat iemand zegt dat bepaalde muziek positief voor hem uitwerkt. Wij moeten met elkaar leren hoe wij het steeds beter kunnen doen. Datgene wat wij leren, moeten wij breed gaan toepassen.

In de afgelopen jaren is de dalende lijn in de toepassing van dwang van drang en separaties te zien. Dit blijkt uit de inspectierapportages over de ontwikkeling van het aantal separaties in 2008 en 2009. In 2009 was er een daling van bijna 10% ten opzichte van 2008. De inspectie geeft begin april de vervolgrapportage uit over de ontwikkeling van het aantal separaties in 2010. Van de inspectie heb ik het signaal gekregen dat de ingezette daling begint af te vlakken. De daling lijkt in 2010 ten opzichte van 2009 5% te zijn. Het daalt dus wel, maar het vlakt af. Het is ontzettend belangrijk dat er een gezamenlijk gedragen ambitie is. Wij zijn er nog niet. De ambitie moet aanwezig zijn bij het kabinet, in de sector en bij de mensen die er werkzaam zijn. De ingezette cultuurverandering moet zich verder doorzetten. Het accent moet komen te liggen op inbedding in een

instellingsbreed beleid rondom de onvrijwillige zorg. Aanscherping van de kwaliteit van zorg, veldnormen, multidisciplinaire richtlijnen, cultuurverandering en denken in termen van gastvrije zorg zijn nodig om de toepassing van dwang en drang nog verder te verminderen. Dat is ook de reden dat het veld een intentieverklaring heeft ondertekend waarin staat wat al ontwikkeld is en wat doorgezet moet worden. Juist de partijen die zelf het werk doen, maken een intentieverklaring en afspraken. Ook hebben partijen recentelijk een plan van aanpak opgesteld over hoe om te gaan met de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang.

Aanbieders en zorgverzekeraars moeten ook afspraken maken over hoe om te gaan met dwang en drang. Dit is niet iets wat één iemand kan doen, dit moeten wij allemaal in het hele proces laten doorklinken. Het is nu de tijd om de ontwikkelingen en innovaties te verbinden aan de reguliere ggz. Om goed door te pakken is ook de nieuwe wet verplichte ggz nodig. Die wet maakt onvrijwillige ambulante behandeling mogelijk. Ik ben mij ervan bewust dat er voor een beperkte groep altijd dwangtoepassing nodig zal zijn als ultimum remedium. Tijdens de behandeling kan het noodzakelijk en soms wenselijk zijn om de cliënt vanuit veiligheids perspectief de bescherming van een separeerruimte te geven.

Ik kom op de jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2010. Nederland heeft een relatief laag suïcidecijfer, zowel Europees als wereldwijd gezien. Het aantal suïcides is de laatste twintig jaar stabiel en komt uit rond de 1500. Het absolute aantal suïcides in 2008 bedroeg 1 435 en in 2009 1524. Dat is dus een stijging met 6%. Deze stijging betreur ik zeer, vooral omdat er de laatste jaren een aantal stappen is gezet in de preventie van suïcide. De stijging maakt duidelijk dat de problematiek van suïcidaliteit weerbarstig is, waarbij veel factoren een rol spelen. Er zijn inspanningen verricht om bij te dragen aan verbetering van de kwaliteit van de zorg aan suïcidale personen. Ik heb deze in de jaarrapportage vermeld. In overleg met de Tweede Kamer heb ik de stichting 113Online, die anonieme hulpverlening aan suïcidale personen en familieleden biedt, voor dit jaar weer subsidie verleend.

Door de stijging van het aantal suïcides in 2008 en 2009 is niet voldaan aan het voorlopige streefcijfer van 5% minder suïcides per jaar. Dat betreur ik heel erg. Het is bepaald niet zo dat ik dan het streefcijfer maar een beetje laat wapperen. Ik heb wel onderzoek laten doen naar het hanteren van streefcijfers in andere Europese landen. Wij hadden een redelijk ambitieus streefcijfer in vergelijking met andere landen en zijn van plan een nieuw streefcijfer te definiëren. Voor het bepalen van een meer definitief streefcijfer ben ik in afwachting van de multidisciplinaire richtlijn voor suïcidaliteit die deze zomer verschijnt. Daarna zal ik samen met het veld bekijken hoe ik een definitief streefcijfer kan bepalen. Ik vind het belangrijk dat ik niet alleen een streefcijfer bepaal, maar dat ik ook bekijk welk pakket er al ligt. Mevrouw Wiegman heeft terecht op dat pakket gewezen. Ik zal bezien of ik er nog dingen aan kan toevoegen, dingen die elders in Europa succesvol zijn geweest, zodat het streefcijfer daadwerkelijk iets betekent. Wij moeten alles op alles zetten om dit percentage naar beneden te krijgen. Dat is het doel, dat is waar wij het allemaal voor doen. Ik ga ondertussen onverminderd verder met de uitvoering van de beleidsagenda suïcidepreventie. Dat laat ik niet slingeren, daar zet ik fors op door, maar ik wil wel kijken wat reëel is, ook in de Europese context. Wat kunnen wij eraan toevoegen om dit naar beneden te krijgen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben natuurlijk blij dat de minister wil doorgaan met de beleidsagenda. Het is ook prima om nog eens naar andere landen te kijken voor wat je met streefcijfers doet. Maar het nu loslaten van het cijfer vind ik een verkeerd signaal, dat een verkeerde werking kan hebben. Ik vraag de minister om aan de slag te gaan met de beleidsagenda en ondertussen het streefcijfer

vast te houden. Laat het maar even staan. Op het moment dat het onderzoek klaar is, kunnen wij opnieuw bekijken welk streefcijfer voor de komende periode passend is.

Minister **Schippers**: Dat is een kwestie van hoe je dingen interpreteert. Ik heb er helemaal geen moeite mee om dat percentage te laten staan. Het gaat erom dat wij een stevig pakket van maatregelen hebben. Iedereen die dit ooit in zijn of haar omgeving heeft meegemaakt – ik ben er tot op heden gelukkig van gevrijwaard – zegt dat het een enorme impact heeft. Iedereen denkt: wat had ik kunnen doen, hoe had ik dit kunnen voorkomen? Ik ben zeer genegen om fors aan suïcidepreventie bij te dragen, maar ik moet wel weten wat ik doe. Er is een beleidsagenda, waar ik onverkort aan vasthoud. Ik kijk hoe wij dat nog kunnen verstevigen, wat wij van andere landen kunnen leren. Ik wil daar een gegronde percentage aan koppelen of, anders gezegd, ik zal het percentage eventueel aanpassen op basis van daadwerkelijke maatregelen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Het gaat inderdaad om de interpretatie. Daarom dring ik er ook echt op aan om het huidige streefcijfer vast te houden. Anders zal het veld interpreteren: hé, er worden cijfers losgelaten, kennelijk wordt de ambitie minder. Dat is echt het signaal wat daarvan zou uitgaan en dat moeten wij niet hebben. Het streefcijfer werkt voor de ChristenUnie echt niet in de zin «cijfer niet gehaald, minister heeft niet gefunctioneerd». Natuurlijk is dat niet zo. Ook in het veld wordt er op een zorgvuldige manier met de streefcijfers worden omgegaan. De focus is echt gericht op de acties en op wat wij verder kunnen doen. Nogmaals mijn oproep: laat het streefcijfer staan en laten wij met heel veel urgentie verdergaan met de uitvoering van de beleidsagenda.

Minister **Schippers**: Ik heb daartegen geen bezwaar. Toen ik het in de brief schreef, heb ik het ook niet bedoeld als een enorme daad. Er was in plaats van een daling een stijging. Ergens was dus iets misgegaan met de ingezette maatregelen. Blijkbaar zijn zij onvoldoende effectief geweest. Wij moeten dus bekijken hoe wij er een tandje bij kunnen zetten en hoe wij er een realistisch percentage aan kunnen koppelen.

Mevrouw Bouwmeester sprak over de multidisciplinaire richtlijn en vroeg of er eigenlijk wel wat gebeurd was. Zij wilde de richtlijn binnen zes maanden hebben. De partijen hebben vorige maand een globaal plan bij mij ingediend. Ik vind dat plan nog veel te open. Ik vraag de partijen dan ook om binnen drie maanden concreter te worden. Het gaat niet zo simpel als: je gaat met elkaar rond de tafel zitten, je spreekt dingen af en dan heb je een richtlijn. Het gaat al helemaal niet zo simpel als het niet gaat om een aandoening, maar om een zorgvorm. Dan is het heel complex om zo'n richtlijn op te stellen. Ik zet er vaart achter bij de sector en zal de mensen erop aanspreken. Ik wil dat de multidisciplinaire richtlijn in werking treedt vóór de nieuwe wet.

Mevrouw Bouwmeester heeft ook gevraagd naar de veldnormen. Bij navraag blijkt dat de veldnormen niet zijn opgestart. Ik zal de partijen zeker oproepen om minimumkwaliteitsnormen te ontwikkelen. Die normen moeten onderdeel worden van de wet verplichte ggz en door de inspectie gehandhaafd worden. Er zijn wel normen ontwikkeld, maar er is geen overeenstemming in het veld over de vraag welke normen bindend moeten zijn. Daar zit de crux. Het is een heel complexe sector met heel complex werk en dat merk je bij dit soort dingen. Ik moet mevrouw Bouwmeester gelijk geven dat wij er druk op moeten zetten. Het is geen vrijblijvende zaak.

Hoe kan de inspectie zorgen voor één registratie? Er is één registratie en er is één registratiesysteem, namelijk het Bopzis (Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis Informatie Systeem). Dit systeem is bij de

inspectie beschikbaar. De cijfers kunnen op de site worden teruggevonden. Uit de cijfers blijkt dat in 2009 het aantal separaties met 10% is gedaald. In 2010 zal de daling ongeveer op 5% uitkomen. De inspectie heeft samen met GGZ Nederland aangegeven hoe de registratie verder verbeterd kan worden, hoe er gedetailleerder geregistreerd kan worden, hoe meer up-to-date geregistreerd kan worden. Dat kan door volledig aan te sluiten bij de Argusregistratie van de instellingen zelf. Die Argusregistratie heeft nogal wat opstartproblemen. Dat is heel vervelend, maar het systeem werkt wel. Een punt van aandacht is de gedetailleerdheid van de gegevens. Hoe ver ga je daarin? Bij de nieuwe wet verplichte ggz wordt de Argusregistratie verplicht gesteld. De inspectie tapt de gegevens rechtstreeks af. Als het eenmaal verplicht gesteld is, kan de Bopzis vervallen en werkt het veld met één systeem.

Alle instellingen moeten vanaf 2011 in hun jaarverslag aangeven hoeveel dwang en drang zij hebben toegepast. Zij zullen in hun jaarverslag «comply or explain» moeten hanteren.

De nieuwe wet verplichte ggz ligt al sinds juli bij de Kamer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik hoor grote betrokkenheid bij de minister. Dat vind ik erg positief. Maar ik hoor ook dat de richtlijn er niet is en dat de veldnormen niet worden gehanteerd. Dat zijn signalen dat de boel in het veld niet op orde is. Ik hoor dat er veel concurrentie is tussen instellingen onderling, waardoor zij niet samen kijken hoe zij van elkaar kunnen leren. Dit soort signalen geeft aan hoe goed het is dat de minister er bovenop zit. Dat moet zij zeker blijven doen, anders blijft het cijfer van het terugdringen van drang en dwang dalen. De minister zei dat de instellingen vanaf 2011 de cijfers in hun jaarverslag gaan opnemen. Gaat de minister dat aan de instellingen opdragen?

Minister **Schippers**: Dat is al afgesproken. Zij gaan het doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Zij deden het tot gisteren nog niet en nu zegt de minister dat zij het gaan doen.

Minister **Schippers**: De instellingen zijn al twee jaar verplicht om het in het jaarverslag op te nemen. 178 instellingen doen het inmiddels. Mevrouw Bruins Slot zei dat het vaak om cijfers en geld gaat in plaats van om mensen. Het klopt dat de debatten daar vaak over gaan. Wij zijn een regelmachine en hebben het dus vaak over regels. Gelukkig gaan wij allemaal op werkbezoek en dan weten wij weer dat het om mensen gaat, zowel patiënten als werkers in de sector. De werkenden doen vaak hun stinkende best en kunnen door ons geholpen worden om het nog beter te doen.

Ik heb in mijn inleiding al iets gezegd over de afbouw van het aantal bedden in de intramurale zorg. Wij moeten echt bekijken hoe wij de zorg uit de instellingen krijgen. Wij moeten echt van die tweede lijn naar de eerste lijn. Niemand zit voor zijn lol in de tweede lijn. Wij moeten goed bekijken hoe wij het naar de wijken kunnen brengen. Begin 2012 zal ik een brief naar de Tweede Kamer sturen met een integrale visie op dit probleem.

Hoe gebruikt de ggz expertise vanuit de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg? Dit loopt met name via het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Dit centrum wordt ingeschakeld bij het vastlopen van een behandeling, bij gevallen waarin men niet van de dwangzorg afkomt. Het centrum is opgericht vanuit de casuïstiek Jolanda Venema. Het werkterrein is uitgebreid richting de ouderenzorg en sinds kort richting de ggz. Ik vind het ontzettend positief dat men in de verschillende sectoren niet zelf het wiel uitvindt, maar van elkaar leert. Er is ook een samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland en het CCE tot stand gekomen.

Het Trimbosinstituut heeft een rapport gepubliceerd over depressie bij ouderen en het platspuiten in dat kader. Dat dat gebeurt, is natuurlijk volstrekt onwenselijk. Het is echt een last-resortmiddel. Het is heel belangrijk dat wij erin investeren dat wij ook dit terugdringen. Het zijn allemaal heel moeilijke dingen, zowel die separaties als die medicatie. Internationaal scoren wij wel hoog op die separatie, maar andere landen scoren veel hoger op medicatie. Dat zijn vaak communicerende vaten. Wij moeten voorkomen dat waar wij aan de ene kant terugdringen, het aan de andere kant stijgt. Mevrouw Leijten vroeg naar die stijging. Die bedraagt 4%. Wij moeten dit heel scherp in de gaten houden. Wij moeten het allemaal zo veel mogelijk terugdringen. Zo zien wij ook dat er een stijging is in het aantal afzonderingen in 2009. Afzondering is een lichtere vorm van separatie, waarvan ik mij kan voorstellen dat het veel minder ingrijpend is. Je zit in een veel prettiger omgeving, maar het blijft opsluiting. Patiënten geven zelf vaak de voorkeur aan afzondering boven separatie, maar wij zetten ook op dit punt in op vermindering. Waar wij het een terugdringen, moet het ander niet met eenzelfde percentage stijgen. Ik zal de ontwikkelingen nauwkeurig volgen.

Mevrouw Bruins Slot sprak over stepped care en e-health. Het zijn twee zaken die wij van de grond moeten krijgen. Het heeft alles te maken met zorg in de buurt. Het heeft alles te maken met de vraag waarom er in de eerste lijn zo weinig ggz-hulp voorhanden is. De praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) is niet gelukt. Iedereen wijst naar elkaar als het gaat om de oorzaak, maar wij moeten ervoor zorgen dat het alsnog gaat lukken. E-health is een enorme uitdaging, want wij weten dat investeringen daarin enorm veel kunnen betekenen. Het kan heel veel schelen. Mensen doen vaak dingen vanuit hun huis. Bij e-health is dat aan de orde. Het is zeker iets waarop ik zal inzetten.

Niet-westerse allochtonen zijn oververtegenwoordigd in de forensische zorg. Daar is onderzoek naar uitgezet. Het onderzoek wordt verricht door de Gezondheidsraad, die begin 2012 met resultaten zal komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wat is de onderzoeksopdracht bij het onderzoek? Wij weten van de oververtegenwoordiging in de forensische zorg, maar wij weten ook dat zij geen toegang tot de normale ggz krijgen. Het zou mooi zijn als die toegang verbetert. Dan krijgen wij de mensen misschien ook uit het criminele circuit en geven wij hen veel eerder een kans op een betere toekomst.

Minister **Schippers**: De Gezondheidsraad brengt in kaart hoe groot het probleem van die ondervertegenwoordiging van allochtonen jongeren in de ggz precies is. Wat weten wij van de psychische problemen bij de verschillende groepen allochtone jongeren, Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen? De eerste heel voorlopige conclusie is dat de problemen per afkomst heel verschillend zijn. Wij moeten voorkomen dat wij jongeren van verschillende afkomst op één hoop gooien. Met name jeugdigen van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn ondervertegenwoordigd in de ggz. De ondervertegenwoordiging van jongeren van Surinaamse afkomst lijkt mee te vallen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wordt er ook gekeken naar de rol die huisartsen hierin spelen en naar de ggz zelf? Behalve het feit dat de jongeren ouders hebben die misschien minder makkelijk de stap naar de huisarts zetten, gaat het er ook om dat de huisarts de problematiek herkent. Ggz-instellingen moeten dit soort cliënten actief oppakken.

Minister **Schippers**: Er wordt onderzoek gedaan naar de problemen bij de verschillende groepen jongeren en naar mogelijke oplossingen. Er wordt breed, integraal studie verricht.

Mevrouw Bruins Slot heeft ook gevraagd naar fixatie die niet volgens de regels verloopt. In de ggz wordt er relatief weinig gefixeerd. Dit heeft met name betrekking op gehandicapten- en ouderenzorg. Ik zeg toe dat de inspectie het geringe aantal gevallen van fixatie extra aandacht geeft bij het selecteren van individuele toetsing.

Mevrouw Straus heeft gevraagd wat er verbeterd kan worden aan de toezichtstructuur. In 2009 is een motie ingediend over het onafhankelijke toezicht. De Bopz spreekt van individueel toezicht, maar de inspectie verricht in principe geen individueel, maar gelaagd toezicht. Zij doet dat op basis van risicoprofielen. De inspectie verricht wel individueel toezicht bij separatie die langer dan drie maanden duurt en als zij een melding krijgt van een patiëntenvertrouwenspersoon. In de afgelopen jaren heeft de inspectie veel onderzoek naar dwang gedaan. Zij heeft door het intensieve toezicht goed inzicht in de incidenten gekregen. Bovendien heeft de inspectie alle opnamen in de afgelopen drie jaar doorgelicht op het separeerbeleid.

Hoe borgen wij alle initiatieven van instellingen die een projectmatig karakter hebben gekregen? Dat is altijd lastig. Wij zien dit niet alleen in de ggz, maar in de hele gezondheidszorg. De uitrol van best practices is altijd lastig. Ik herinner mij dat een minister er in het verleden een programma op heeft gezet, maar de praktijk is heel weerbarstig gebleken. Als de beleidsregel afloopt, hebben wij vijf jaar projecten van best practices gesteund. Ze moeten breed toegepast worden in de hele instelling. Het mogen geen dingen meer zijn van afdelingen. De verzekeraars moeten het meenemen in de contractering. Ik wil even bekijken hoe dit verdergaat. Ik zeg nog niet dat ik de regel verleng, maar ik hou een mogelijke verlenging achter de hand. Ik wil bezien of ik er vertrouwen in kan hebben dat de sector het voldoende borgt. Ik kom bij de Kamer terug op het moment dat de beleidsregel gaat aflopen.

Mevrouw Dijkstra heeft erop gewezen dat vrijheid grondwettelijk verankerd is en dat dit ook geldt voor zieke mensen. Zij moeten zo lang mogelijk zelf de regie kunnen voeren. Pas in het uiterste geval moeten wij ingrijpen. Ik ben dat helemaal met haar eens, maar soms moeten wij ingrijpen, ook om iemand tegen zichzelf of de omgeving tegen iemand te beschermen. De vraag is natuurlijk wanneer je het moment bereikt waarop je kunt ingrijpen. Wanneer is iemand een gevaar voor zichzelf? Ik herinner mij dat ik als Kamerlid heel aangrijpende brieven ontving van ouders van schizofrene kinderen. Als het misging, werd er niks aan gedaan. Dan sta je zo machteloos. Het is echt een heel moeilijk gebied. Wat is nu precies mijn doel met het verminderen van separaties, hoeveel meer preventieve maatregelen met behoud van de eigen regie van cliënten wil ik? De sector heeft zelf de ambitie van 10%. Daar sluit ik mij bij aan. Maar wij moeten er wel voor oppassen dat het aantal separaties afneemt terwijl de medicatie en het aantal afzonderingen toeneemt. Ik vind het te makkelijk om alleen een cijfer te noemen. Ik stel het punt overal aan de orde en overal in de instellingen is er veel aandacht voor. Men doet het niet graag. Mensen die in de sector werkzaam zijn, vinden het ook echt een uiterste middel. Maar ik hoor ook verhalen waardoor ik blij ben dat het kan. Er zijn heel acuut bedreigende situaties.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Aan de ene kant zien wij de afname van het aantal separaties. Aan de andere kant zien wij dat de toepassing van dwangmedicatie is gestegen. De minister zegt terecht dat zij dat niet wil, maar is het verband wel aangetoond?

Minister **Schippers**: Ik heb een onderzoek van IVA naar de Kamer gestuurd. Daarin is geen verband geconstateerd. Mij lijkt het voor de hand liggend dat als je het één niet doet, je het ander eerder wel doet, maar zo'n verband is niet aangetoond.

Mevrouw Dijkstra heeft een aantal succesvolle voorbeelden genoemd van projecten waarop ik in de wijk wil inzetten. Dat de-escalerende werk is echt heel mooi. GGZ Nederland doet onderzoek naar hoe het in instellingen wordt aangepakt. Dat onderzoek zal eind dit jaar worden verspreid. Door VWS is samen met veldpartijen in de zorg de stand van zaken rond agressie in de zorg geïnventariseerd. Welke incidenten doen zich voor op het gebied van agressie tegen behandelaren en werkers in de zorg? Welke maatregelen worden genomen? In veiligheidsprogramma's is agressie ook een van de speerpunten. Het heeft alle aandacht, maar ik heb op dit moment geen concrete cijfers. Ik zal navraag doen. Als er cijfers beschikbaar zijn, zal ik ze naar de Kamer sturen.

Mevrouw Wiegman heeft veel gevraagd over suïcide. Haar eerste vraag is wat ik gericht doe voor risicogroepen. De Beleidsagenda Suïcidepreventie is gericht op suïcidepreventie in het algemeen. Bij risicogroepen, onder andere bepaalde allochtone meisjes of asielzoekers, gaat het om vroegtijdig signaleren. In opdracht van VWS heeft het RIVM standaard vraagstellingen ontwikkeld over suïcidaliteit, het hebben van suïcidale gedachten en het doen van suïcidepogingen. Die zijn vorig jaar beschikbaar gekomen. Deze standaardvraagstellingen zijn nu al in de monitor voor volwassenen en de monitor voor ouderen opgenomen. Gemeenten kunnen van deze standaardvraagstellingen gebruikmaken. Op deze manier komen er meer gegevens beschikbaar over risicogroepen. Het regionale aanbod van suïcidepreventie door de GGD kan daar gericht op worden afgestemd. Bepaalde regio's hebben specifiek aanbod voor bepaalde risicogroepen, bijvoorbeeld het SuNa-project in Den Haag voor allochtone jongeren.

Hoe pakt de minister de implementatie van de binnenkort te verschijnen multidisciplinaire richtlijn behandeling en beoordeling suïcidaal gedrag aan? Het opstellen en implementeren van de multidisciplinaire richtlijn behoort tot de primaire verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen. GGZ Nederland heeft al afspraken gemaakt met de betrokken beroepsgroepen, onder andere de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het NIP en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen, over de bekendmaking van de richtlijn onder hun leden en het stimuleren van het werken conform de nieuwe, te verschijnen richtlijn. Het is door de brancheverenigingen actief opgepakt nog voordat de richtlijn zelfs is verschenen. Die komt immers pas deze zomer.

Over 113Online is inderdaad een hoop gedoe geweest bij de begrotingsbehandeling. Ik zit niet alleen hier met een probleem. Er is ook nog de alcoholhulp en allerlei andere onlinehulp, waarvan logischerwijs aangenomen mag worden dat daarvan heel veel mensen gebruikmaken die normaal gesproken niet naar een hulpverlener stappen. Het heeft dus een enorme toegevoegde waarde. Wij hebben hiervoor echter geen betaaltitel bij de verzekeraars. Ik heb alle lijnen daarom gebundeld en ik zoek voor alle lijnen gezamenlijk een oplossing. Ik ben daarvoor ook zeer gemotiveerd. Ik ben ervan overtuigd dat dit soort lijnen enorm veel opleveren. Dat blijkt ook uit de evaluaties. Iedereen kan bedenken dat dit soort zaken succesvol zijn. Omdat er geen betaaltitel is, krijgen wij die echter niet van de grond. Ik ben dus zeer gemotiveerd om hiervoor een oplossing te zoeken. Ik ben daarmee druk doende.

Mevrouw Wiegman stelde een vraag over onverantwoord ouderschap. Wat zijn de mogelijkheden onder de huidige wet om eerder in te grijpen? Zowel onder de Bopz als de nieuwe wet is het mogelijk om in te grijpen als schade aan de foetus aannemelijk is. Het dilemma is wanneer ingegrepen kan worden. Dat blijft heel moeilijk.

Welke voorwaarden stelt de nieuwe wet aan de ICT-systemen? In de nieuwe wet wordt het Argussysteem verplicht gesteld. Dat wordt nu verder verbeterd.

Mevrouw Wiegman is het eens met het CDA over e-health. Ik ben het daarmee ook eens. Dan moet het toch lukken om iets van de grond te krijgen?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb een toelichtende, technische vraag. Ik zoek verduidelijking van de minister. Zij zegt dat Argus ingevoerd gaat worden. Ik heb gevraagd of dat systeem inmiddels is verbeterd. Het wordt door de gebruikers ervaren als een ramp. Is het systeem inmiddels verbeterd? Het wordt immers ingevoerd.

Minister **Schippers**: Het systeem wordt met de nieuwe wet verplicht gesteld. Het is overigens een systeem van de sector zelf. Het is bekend dat het systeem opstartproblemen heeft. Er wordt echter hard gewerkt aan verbetering. Als er eenmaal mee gewerkt wordt, zal het volgens de sector een enorme verbetering zijn ten opzichte van wat er nu is. Ik heb weet van de kritiek. Dergelijke systemen hebben nu eenmaal vaak kinderziektes. Mevrouw Voortman zegt dat GroenLinks bij het wetsvoorstel voor verplichte ggz kritisch is over de commissies. Ik zit daar zelf ook mee. Ik zit echt nog te dubben en vraag mij af of dit het nou is. GroenLinks is ook niet de enige partij. Er zijn meer partijen in de Kamer kritisch geweest over de commissies. Wij bekijken hoe wij die goed kunnen inrichten. Als ik er uit ben, kom ik hierop terug in de Kamer. Ik deel de twijfel die in de Tweede Kamer leeft op dit punt van harte.

Hoeveel mensen zitten er langdurig in een isoleercel, vraagt mevrouw Leijten van de SP. De inspectie toetst alle gevallen van patiënten waarvoor een dwangtoepassing van langer dan drie maanden openstaat. In de praktijk blijkt dat voor heel weinig patiënten geldt dat zij langer dan drie maanden aaneengesloten in de isoleer zitten. Per kwartaal gaat het gemiddeld om drie patiënten. Voor meer patiënten geldt dat de dwangtoepassing langer dan drie maanden openstaat. Jaarlijks geldt dit voor zo'n 150 patiënten. Die worden niet aaneengesloten gesepareerd, maar gaan in een driemaandsperiode regelmatig de separeer in. De inspectie toetst al deze behandelingen op individueel niveau en stuurt vastgelopen situaties door naar het CCE.

Er zijn geen nieuwe internationale cijfers bekend. Bekend is dat wij in Nederland relatief veel separeren en relatief minder dwangmedicatie gebruiken.

Dan de nieuwe wet en de brief. De brief daarover is gestuurd naar de voorzitter van de Tweede Kamer. Het is dus niet zo dat wij de commissie-VWS niet hebben geïnformeerd. De brief is gestuurd naar de voorzitter van de Kamer. Het klopt dat de beantwoording van de inbreng is uitgesteld. Een van de redenen is de kritiek op de commissies, die ook in de Kamer leeft. Wij zijn op zoek naar manieren om het beter te doen. Die puzzel moeten wij nog oplossen.

Wordt suïcide in instellingen geregistreerd, zo vraagt mevrouw Leijten. Alle suïcidepogingen die leiden tot een medische behandeling in het ziekenhuis of een opname in het ziekenhuis worden geregistreerd in de LMR, Landelijke Medische Registratie, en het LIS, Letsel Informatie Systeem. Daar wordt dit geregistreerd. Opnames bij de spoedeisende hulp worden geregistreerd en verzameld door Consument en Veiligheid. Suïcidepogingen die door huisartsen worden afgehandeld, worden niet centraal geregistreerd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Daarmee wilde ik eigenlijk zeggen dat wij niet weten hoe groot het aantal zelfmoordpogingen is. Ik vind dat een probleem. Wij weten zo immers niet of wij er met de preventieve maatregelen op vooruitgaan. Ik vraag de minister graag of zij het met de SP-fractie eens is dat ggz-instellingen aan de inspectie moeten melden wanneer sprake is van zelfdoding in een instelling. In de monitor staat dat dit niet meer het geval is. Daardoor bestaat er niet meer zoveel zicht op.



De minister moet uitzoeken of dergelijke gevallen weer bij de inspectie worden gemeld. Wij kunnen dan zien welke ggz-instellingen opvallen als het gaat om zelfdoding en ook de oorzaken daarvan bekijken.

Minister **Schippers**: Ik denk dat het moeilijk is. Als het ernstig misgaat met iemand, komt die snel in een ziekenhuis terecht. Daarop hebben wij een redelijk zicht. Wij hebben niet het zicht op alles. Dat klopt. Dat de melding bij de inspectie is vervallen en dat die opnieuw ingesteld moet worden, moet ik uitzoeken. Ik weet daar niet van. Ik zoek dat even uit voor mevrouw Leijten. Als het ernstig fout gaat, weten wij het dus. Als het niet ernstig fout gaat, weten wij het niet. Dat is mijn conclusie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik snap best dat wij niet altijd alles kunnen zien. Ik worstel echter met de gevallen van suicidepreventie bij jongeren die bepaalde symptomen laten zien, die net niet in het ziekenhuis komen, maar die wel een probleem hebben. Wij hebben allemaal een agenda voor deskundigheidsbevordering. Als wij dit soort gevallen niet laten melden door bijvoorbeeld huisartsen of andere behandelaars, kunnen wij ook niet zien in hoeverre wij vooruitgaan bij de preventie hiervan. Wij weten dat, zeker bij jongeren, sprake is van een opbouwend gedragspatroon. Wij kunnen eerder ingrijpen als zaken eerder worden geregistreerd.

Minister **Schippers**: Bij de huisartsen deden wij het niet. Wij kunnen overwegen om dat toch te doen. Dan moet ik eerst bekijken of dat daadwerkelijk effectief of dat wij huisartsen alleen maar met iets opzadelen. Ik zal ernaar kijken. Hierop kom ik terug. Over nieuwe suïcidemeldingen bij de inspectie berichten mijn ambtenaren mij dat alle suïcides door instellingen gemeld blijven worden. Met ingang van 1 april 2011 maakt de inspectie echter onderscheid tussen suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel, die instellingen op casusniveau moeten melden bij de algemene overzichtsinformatie die zij eens per jaar moeten aanleveren. Ik kom dus terug op de huisartsen. Ik moet er even over nadenken of het effectief is en wat ik ermee kan doen. Ik kom ook terug op het voorbeeld van Rotterdam. Ik ben gewoon nog te kort minister om alle voorbeelden te kennen. Ik weet dit gewoon niet.

De **voorzitter**: Ik kijk even of alle vragen beantwoord zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een tweetal vragen is blijven liggen. Ik noem de vraag over de multiproblematiek. Welke ontwikkelingen zijn er in de sector over de samenloop van depressie en diabetes en dat soort zaken? Worden er stappen gezet? Wat gebeurt er in het veld? Uit een van de rapportages blijkt dat onduidelijkheid in het veld bestaat over enkele criteria bij de verruimde dwangbehandeling. Enerzijds gaat het om de redelijke termijn, anderzijds over verblijf buiten de inrichting. Wat betekent redelijk? Wanneer wordt iemand voorbereid voor verblijf buiten de inrichting? Het blijkt dat inrichtingen proberen om mensen meer vrijheid te geven, ondanks dat de betrokken mensen nooit naar buiten gaan. Ik haal dat uit de trendrapportage. Het zijn vrij technische vragen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mijn vraag over de inspectie is blijven liggen. In 2008 bleek dat de inspectie wel registreert, maar niet ingrijpt als er iets misgaat. Wat is er concreet verbeterd bij de inspectie om een situatie zoals die in Amsterdam te voorkomen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb gevraagd wanneer de vragen over de Wet verplichte ggz wordt beantwoord. Wij moeten weten wanneer wij daarmee verder kunnen. Ik vind het relevant om te weten. De minister zegt immers niet de beleidsregel al te verlengen. Ik zou het echter

onverstandig vinden om oude schoenen weg te gooien als wij nog geen nieuwe hebben.

Minister **Schippers**: Beide vragen van mevrouw Bruins Slot gaan over dingen die de sector zelf bepaalt. Wat is een redelijke termijn voor een dwangbehandeling? Het is niet aan de wetgever om met regelgeving normen tot in detail in te vullen. Dat is ook niet wenselijk. Ook zijn niet alle patiënten gelijk. Iedere patiënt vraagt om een eigen aanpak. Als dat in wetgeving beschreven moet worden, komen wij uit bij «one size fits all» en dat «fits» uiteindelijk niemand. Dwangbehandeling mag niet langer duren dan noodzakelijk en een arts bepaalt hoe lang dat is. Een arts is daarvoor opgeleid. Die kan het aan de hand van de patiënt bepalen. De beroepsgroepen moeten hiervoor richtlijnen ontwikkelen. Dat is in de ggz ontzettend complex. Daarover doen zij dan soms ook lang. Ook van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn zal dit onderdeel uitmaken. Hetzelfde geldt voor het verblijf buiten de inrichting. Ook dat zijn oordelen die wij aan de behandelaar over moeten laten.

De vraag over multiproblematiek en depressie handel ik schriftelijk af. Mevrouw Bouwmeester stelt vast dat de inspectie registreert en niet ingrijpt. Die grijpt wel in. De inspectie grijpt in en houdt individueel toezicht bij situaties van langer dan drie maanden separeren. De inspectie komt langs als de patiëntvertrouwenspersoon melding maakt. De inspectie houdt echter niet op alle individuen toezicht. Dan zou de inspectie in omvang moeten verdubbelen. Men houdt wel veel meer toezicht dan mevrouw Bouwmeester suggereert. Het blijft dus niet bij registreren.

Mevrouw Leijten vraagt wanneer de vragen over de nieuwe wet beantwoord worden. Zij wil niet dat de beleidsregel vervalt, omdat wij dan oude schoenen weggooien voordat wij nieuwe hebben. Ik ben deze weken in overleg met de staatssecretaris van Justitie. Wij moeten het eens worden over deze best wel complexe zaak. De vraag is hoe wij het zorgvuldig en goed kunnen doen. Ik vind het lastig om er een datum aan vast te plakken. Als wij het eens zijn, kan het snel gaan. Als wij het minder eens zijn, duurt het ietsjes langer. Oh, dat had ik niet moeten zeggen! Nou ja, zo is het wel in de praktijk. Ik heb gezegd dat de beleidsregel staat tot 2012 en dat wij die daarna niet automatisch weggooien. Ik kijk hoe een en ander zorgvuldig in elkaars verlengde kan komen te liggen. Ik let daar expliciet op.

De **voorzitter**: Oké. Wij zijn toegekomen aan de tweede termijn. Ik stel een spreektijd vast van twee minuten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Ik proef gedrevenheid bij de minister. Dat vind ik heel positief. Naast al het goede dat er in het veld gebeurt, en de medewerkers die heel graag willen, zijn er ook kritische signalen te horen. De minister heeft het ook al gezegd. Die signalen leiden ertoe dat ik de minister vraag om de ambitie omhoog te schroeven. Ik doel dan op een richtlijn die er na vier en een half jaar nog niet is en een veldnorm voor verantwoorde en menswaardige zorg die sinds de verschrikkelijke incidenten niet is opgepakt. Er is geen overeenstemming in het veld. De praktijkondersteuners huisartsen wijzen naar elkaar. Het is niet op orde. Het terugdringen van dwang en drang ging goed, maar is nu weer gedaald van 10% naar 5%. Projecten op de afdeling, leuke en individuele projecten, zijn niet geborgd. Bij de raad van bestuur zit niet tussen de oren dat dit een topprioriteit is. Cijfers in de jaarrapporten? Waar het wordt genoemd, staat erbij dat het belangrijk is en dat men er wat aan gaat doen. Ik noem geen namen, maar ik heb hier een paar jaarverslagen waarin alleen een interview met een medewerker staat. Totaal niet transparant dus. Dit is niet iets wat ik de minister verwijt, maar in het veld gebeurt niet genoeg.

Ik vraag de minister om het veld de duimschroeven aan te draaien. Wij willen terug naar minder drang en dwang. Wij willen af van de individuele projecten, die geen cultuuromslag in de gehele sector bewerkstelligen. Ik vraag de minister twee dingen. Wil zij het veld opleggen dat alle instellingen vanaf 2011 in het jaarverslag cijfers moeten melden die echt iets zeggen, dus niet alleen ambities opschrijven of een leuk interview met een medewerker afdrukken? Dat zegt immers niets en biedt geen vergelijkingsmateriaal.

Er zijn goede medewerkers die heel goed weten hoe drang en dwang teruggedrongen kunnen worden. Er zit er hier een op de tribune. Die zegt dat het allang duidelijk is hoe het moet. Laat daarom alle instellingen een plan van aanpak maken over hoe zij denken drang en dwang terug te kunnen dringen en wat zij daarvoor nodig hebben. De instellingen kunnen dan ook aangeven hoe de norm enorm omhoog kan. 5% minder drang en dwang is veel te weinig.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden en voor de ambitie die zij uitspreekt om de zorg in de buurt te versnellen en te verstevigen. Ik dank de minister ook dat zij de toegevoegde waarde van e-health inziet. Ik ben benieuwd of de minister op dat laatste punt ook met concrete voorstellen komt.

Onderzoek van de Gezondheidsraad laat zien dat etnische jongeren ondervertegenwoordigd zijn in de normale ggz. Het is goed dat dit onderzoek plaatsvindt. Het is mooi dat er in 2012 resultaat komt. Het is wel een beetje raar. In 2005 al constateerde het Sociaal en Cultureel Planbureau dit probleem. Wij zijn inmiddels zeven jaar verder. Pas dan komt er onderzoek. Mijn vraag aan de minister is dan ook wanneer er maatregelen komen. Straks gaan er weer zeven jaren overheen. Het is goed dat de minister duidelijk is over de praktijkondersteuners huisartsen in de ggz. Het is niet gelukt. Iedereen in het veld wijst naar elkaar. Ik hoor dat vaker tijdens dit overleg, terwijl er wel veel goede wil is in het veld. Welk breekijzer gaat de minister gebruiken om de neuzen dezelfde kant op te krijgen als het gaat om de praktijkondersteuner huisarts? Heeft zij daar mogelijkheden toe?

Het is goed dat de IGZ extra aandacht gaat besteden aan de weinige gevallen van fixatie in de geestelijke gezondheidszorg. Ik ben echter wel geschrokken dat er zo veel gevallen in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg zijn waarbij het fixeren onzorgvuldig of niet zorgvuldig gebeurt. Dat is bijna in de helft van de gevallen. Ik weet dat de mensen in de sector het zo goed mogelijk willen doen. Hoe kan het dan dat uit onderzoek blijkt dat in de helft van de gevallen het niet goed gaat? Misschien kan de minister daarover iets zeggen.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Dit is de eerste keer dat wij met deze minister over dit onderwerp spreken. Ik sluit mij aan bij de sprekers van CDA en PvdA. Ik ben heel blij met de actieve houding die de minister op dit dossier bezigt.

Ik heb nog twee vragen. De minister zegt dat het heel goed is dat de partijen in het veld met een intentieverklaring zijn gekomen. Ik maak mij echter wel een beetje zorgen. Een intentieverklaring duidt immers op een grote mate van vrijblijvendheid. Mijn vraag aan de minister is wat zij gaat doen opdat de intentieverklaring op korte termijn duidelijk wordt in de praktijk. Er moeten nog dit jaar verbeteringen in het werkveld te zien zijn, zodat instellingen de intentieverklaring oppakken en in de praktijk andere en nieuwe, verbeterde werkwijzen laten zien.

Mijn andere vraag gaat over de cultuurverandering en de Wvvgz. In de stukken wordt de cultuurverandering heel positief onderschreven. Als ik de antwoorden van de minister hoor, maak ik mij toch ernstig zorgen. Ik denk dat motivatie en intentie wat betreft de cultuurverandering wel degelijk aanwezig zijn. Ik hoor echter dat er slechts een globaal plan is

voor de multidisciplinaire richtlijn en dat de minister vindt dat de sector de zaak op korte termijn concreter moet maken. Ik hoor ook dat de veldnormen niet zijn opgestart en dat nog steeds geen overeenstemming is bereikt over hun binding. Ik hoor ook de discussie over de jaarverslagen van zo-even. Volgens de minister doen 178 instellingen het al. Als ik kijk naar de manier waarop, denk ik echter dat er grote verschillen bestaan tussen de cultuuromslag op de werkvloer en dat wat de instellingsleiding doet.

Ik stel nog een vraag ter afsluiting. Zowel bij de multidisciplinaire richtlijn als bij de veldnormen en Argus heeft de minister gesteld dat die ingevoerd of verbeterd moeten zijn voordat de Wvvggz in werking kan treden. Hebben die op een of andere manier een opschortende werking? Op welke manier gaat de minister druk uitoefenen op het veld, zodat deze zaken daadwerkelijk op orde zijn voor inwerkingtreding van de Wvvggz?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook mijn dank aan de minister voor de beantwoording. Ik ben heel blij dat zij het helemaal eens is met D66 dat pas in het uiterste geval, als iemand een gevaar voor zichzelf of anderen is, ingegrepen mag worden in de persoonlijke levenssfeer. De minister antwoordt op de vragen welke doelen zij zich voor de komende jaren stelt, dat zij zich houdt aan de doelen van de sector en aan 10% terugdringing. Wij hebben ook vastgesteld dat het wel heel erg lang duurt. De vorige sprekers hebben het ook vastgesteld. De zaak heeft een enorme push nodig. Wat gaat de minister doen om snelheid aan dit proces te geven? Heb ik goed begrepen dat de minister bereid is om vast te houden aan het huidige streefcijfer voor terugdringen van de suïcidaliteit?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Verschillende spreker hebben al gewezen op de gedreven houding van de minister. Zij heeft op bijna alle vragen antwoord gegeven. Als het antwoord nu niet te geven is, zegt zij er op terug te komen en geeft zij soms ook aan wanneer dat gebeurt. Ik waardeer die kordate houding, bijvoorbeeld bij het vinden van oplossingen voor de bekostiging van anonieme e-health. Ik heb het antwoord van de minister zo opgevat dat het streefcijfer voor suïcide blijft staan. Ik hoor het graag als het anders is.

Het regeer- en gedoogakkoord is het kader waarbinnen de minister werkt. Het is dan ook heel raar dat dit akkoord een geheel andere geest ademt. De eigen bijdrage voor de eerstelijns-ggz wordt verhoogd. Voor de tweedelijns-ggz wordt een eigen bijdrage ingevoerd. Het aantal behandelingen gaat omlaag. Dat staat allemaal haaks op de inzet van de minister om zorg dichterbij de mensen te brengen en in te zetten op goedkopere en doelmatigere zorg. Ik hoor daarop graag een reactie van de minister. Voor het overige sluit ik mij aan bij de woorden van de sprekers van D66 en de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Een woord van dank aan de minister voor haar antwoorden en opmerkingen. Ik heb het gewoon als een toezegging genoteerd: aan het huidige streefcijfer bij het terugdringen van suïcide houden wij vast. Punt. Als er nieuwe cijfers zijn, gaan wij daarover met elkaar in overleg. Intussen hebben wij het niet meer zoveel over de streefcijfers. Vooral de beleidsagenda moet in beeld zijn. Daarmee moeten wij aan de slag. De ChristenUnie wil graag steeds uitvoerig worden gerapporteerd over de voortgang.

De minister heeft aangekondigd begin 2012 met een integrale visie te komen. Ik besef dat ik af en toe geduld moet hebben en dat niet alles in 2011 kan. Mij lijkt dit echter toch wat laat, zeker als het gaat om ambities als: meer in de buurt en dichterbij de mensen thuis. Ik denk dan direct aan de relatie met de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het lijkt mij heel erg belangrijk dat de agenda van deze minister gelijk loopt met die

van de staatssecretaris die verantwoordelijk is voor de Wmo. Er moeten in de Wmo geen zaken geregeld worden waar straks weer een integrale visie over komt, die dan minder integraal blijkt dan nodig.

Het is fijn dat wij het allemaal eens zijn over het belang van e-health. Misschien is het tijd om daarover eens een agenda te maken. Geen agenda van bla, bla, maar van echte actie. Wat willen wij geregeld hebben, hoe doen wij dat snel en wat heeft prioriteit? Graag een toezegging op dit punt. De minister constateert dat er heel veel aanbod is bij hulponline. Dat is mooi en dat is belangrijk. Hoe kunnen wij dat stevig inbedden? Een stevige agenda is dus gewenst.

Bij onverantwoord ouderschap dacht ik even dat mijn vraag niet is beantwoord. De minister heeft het onderwerp even aangestipt, maar is niet ingegaan op mijn vraag, namelijk welke mogelijkheden er zijn en of de minister in de wet wil regelen om eerder in te grijpen bij verlaafde zwangere vrouwen. Ik doel niet op de grens van 24 weken, wanneer een foetus levensvatbaar is, maar al eerder, omdat schade aan het ongeboren kind al veel eerder plaatsvindt. Graag een reactie op dit voorstel.

Het borgen van projecten wordt als een probleem gesignaleerd. Het is fijn dat een beleidsregel eventueel gecontinueerd kan worden. Toch ben ik benieuwd wat dit alles betekent voor de familievertrouwenspersoon. Eigenlijk had die nu al in de contracten meegenomen moeten worden, voordat het straks in de wet is geregeld. Ik zou zeggen: laat de verlengde beleidsregel eventueel voor de familievertrouwenspersoon van kracht zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Over de suïcidemonitor stel ik met de collega's vast dat het onverminderd prioriteit heeft om te bekijken hoe zelfdoding voorkomen kan worden. Wij weten dat wij niet alles kunnen voorkomen. Het blijft echter een prioriteit en dus houdt de minister vast aan een streefcijfer. Zij gaat ook werken aan een realistischer streefcijfer. Ik vind dat goed. Ik schrik er wel een beetje van dat zorginstellingen in hun jaarverslag moeten melden hoeveel suïcides er in dat jaar zijn geweest. Als er kort op elkaar suïcides volgen in een instelling en dit bij de inspectie wordt gemeld, kan daaruit wellicht een trend worden opgemaakt in de zin dat er iets misgaat. Ik wil graag dat de minister erop toeziet dat dit door de inspectie beter wordt gevolgd en dat het niet enkel gemeld wordt in een jaarverslag.

Ik kom even terug op de cultuuromslag die zou hebben plaatsgevonden. Ik stel vast dat de mensen die in de gezondheidszorg werken, isoleren niet zien als een lolletje op een achternamiddag. Het is soms nodig. Dat er nu wellicht meer kennis is, betekent voor de SP geen cultuuromslag. Het doet vermoeden alsof het personeel al die tijd niet voldoende kennis heeft gehad. Heeft dit echter ook niet te maken met een cultuuromslag die nodig is in een veel hogere laag? Er moet gewoon voldoende personeel zijn, bedoel ik, waardoor het vandaag eerdergenoemde goede gesprek van vijf minuten daadwerkelijk gevoerd kan worden. Het klinkt fantastisch dat wij kennis hebben over hoe mensen gerust te stellen en hoe te de-escaleren. Ik hoor vaak dat mensen zeggen: kan ik maar doen wat ik in de zorgplannen schrijf. De mensen schrijven op wat zij willen doen, maar in de realiteit komt het er niet van. Ik vind het dan ook jammer dat de betrokkenheid die de minister hierover toont eigenlijk weinig zegt. Vindt zij werkelijk dat ook op dit vlak een cultuuromslag moet plaatsvinden? Er is geen reactie van de minister gekomen op de remgelden. Als zij remgelden opwerpt bij mensen die zorg nodig hebben, creëert zij problemen die terecht komen op de bordjes van andere bewindspersonen. De ruzie met de staatssecretaris van Justitie zou dan nog wel eens heel groot kunnen worden!

De **voorzitter**: Wij zijn gekomen aan het einde van de tweede termijn van de kant van de Kamer. Het woord is aan de minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik herken mij toch niet in het beeld van hen die zeggen dat er na vier jaar nog steeds geen richtlijn is, dat de veldnorm er nog steeds niet is, dat de POH er uit is en dat het doel van minder dwang en drang is gezakt van min 10% naar min 5%. Ik vind dat er behoorlijk wat gebeurd is. Wel moet het werk onverminderd voortgezet worden. Een terugdringing van 10% is een hele stap. Daarvoor is veel nodig. Ik heb ook gezien hoeveel inspanning het vergt om dit door te voeren. Niets is zo moeilijk als een cultuurverandering. Ik doel met een cultuurverandering in de sector op de gehele sector en niet alleen op de mensen op de werkvloer. Tegen mevrouw Leijten zeg ik dat ik vooral ook de raad van bestuur bedoel, die hiervoor de ruimte moet geven en die zaken moet borgen. Ik spreek die hierop net zo hard aan, zo niet harder. Als de raad van bestuur er niet bovenop zit, gaat het natuurlijk niet gebeuren, hoe goedwillend een individuele werknemer ook kan zijn. In die zin doet het beeld geen recht aan de inzet. Ik deel wel de urgentie die gevoeld wordt in de commissie. Ik zal er dan ook bovenop zitten. Ik vind het van groot belang dat wij doorgaan op de ingeslagen weg. Wel moet er een tandje bij worden gezet, met name waar het moeilijk wordt en waar over veldnormen overlegd moet worden met allerlei groepen mensen die elkaar moeilijk verstaan omdat zij multidisciplinair werken of in andere disciplines werken. Ik ga eraan trekken dat wij daarbij tempo maken. Ik begrijp heus wel dat wij geen ijzer met handen kunnen breken. Wel moet tempo gemaakt worden om een en ander van de grond te krijgen.

De cijfers in een jaarverslag zijn geen vrijblijvende zaak. Het is niet zo dat een instelling er vanaf kan komen met een interviewtje. Het is verplicht dat cijfers opgenomen worden over dwangmedicatie en insluitingen. Die indicatoren moeten in het jaarverslag weergegeven worden. Als niet iedere instelling dat doet, moeten wij zorgen dat die dat wel gaan doen. Daarover ben ik het eens met mevrouw Bouwmeester. Instellingen die denken dat een interviewtje genoeg is? Dat is niet aan de orde. Wij hebben geregeld wat moet. Soms moet je ook handhaven als je regelt. Ik zal mijn mensen laten nagaan of er werkelijk cijfers in de jaarverslagen worden weergegeven. Dat is immers zoals wij het hebben geregeld. Plannen van aanpak van de instellingen moeten voldoen aan de ambities. Er zijn in de praktijk grote verschillen te zien tussen de instellingen. Sommige instellingen doen het op dit vlak echt veel beter. Daar is het in de cultuur, op de werkvloer en bij de raad van bestuur, veel meer doorgedrongen. Ik wil in overleg treden met GGZ Nederland over hoe wij dit met zijn allen voor elkaar gaan krijgen. Voordat ik een plan van aanpak afdwing, ga ik dus met GGZ Nederland om tafel over de vraag hoe zij het zien en hoe wij dit gaan borgen. De uitkomst van dit overleg zal ik aan de Kamer meedelen.

Mevrouw Bruins Slot zegt dat e-health belangrijk is en zij vraagt mij om met een plan van aanpak te komen. Er is een beleidsregel op dit vlak voor de eerste lijn. Ik heb twee weken geleden in de Kamer aangekondigd met een e-healthbeleidsbrief naar de Kamer te komen. Het onderwerp is veel breder dan gezondheidszorg en heeft ook te maken met arbeidsmarkt en allerlei andere facetten van de gezondheidszorg. Het is een van de zaken die ik in het kader van het arbeidsmarktbeleid heb aangekondigd. Daarbij gaat het om een brede inzet.

Het heeft na de conclusies van het SCP inderdaad zeven jaar geduurd voordat de Gezondheidsraad onderzoek heeft gedaan. Ik kan niet anders dan dit met mevrouw Bruins Slot constateren. Wanneer wij maatregelen nemen, kan ik niet zeggen. Eerst wachten wij de uitkomsten van het onderzoek af. Ik wil het wel in een ordelijke volgorde doen. Soms kijk je naar dingen en denk je: waarom duurt het zo lang? Dat hebben mevrouw Bruins Slot en ik gemeen. Ik wil echter eerst zien waarmee de Gezondheidsraad komt. Op basis daarvan kijk ik wat wij moeten gaan doen.

Bij de POH wijst men naar elkaar. Dat is vervelend. Ik heb in de Kamer aangekondigd met een basiszorgnota te komen. Die gaat niet alleen over somatische zorg, maar ook over de ggz. Die nota schrijf ik niet alleen, maar met de staatssecretaris, omdat basiszorg natuurlijk heel erg met ons beider portefeuilles te maken heeft. Het gaat om de thuiszorghulp en om de huisarts, de POH en de nurse practitioner die wij in de eerste lijn meer willen inzetten. Het wordt een integrale nota van de staatssecretaris en mijzelf. Die gaat ook over de ggz. Ik wacht dus niet tot 2012 om met iets te komen. Op onderdelen kom ik daarmee al veel eerder. Soms wil je dingen doen alvorens heel veel tijd aan nota's te besteden. Ik ben dan ook druk bezig met een oplossing te vinden voor de prestatiebekostiging en om van de dubbele administratie af te komen. Het liefst doe ik dat ook per 1-1-2012. Ik weet echter niet of wij dat gaan halen. Het is heel complex. Het is echter niet zo dat ik niets doe tot 2012.

Dan het onderwerp van fixeren en de aandacht van de inspectie hiervoor. Mevrouw Bruins Slot vroeg ernaar. De staatssecretaris heeft een plan van aanpak over fixatie naar de Tweede Kamer gestuurd. Het is dus niet aan onze aandacht ontsnapt en het is niet waar dat er niks aan de hand is. De staatssecretaris heeft het daadwerkelijk opgepakt.

Mevrouw Straus vraagt op welke termijn de resultaten van de intentieverklaring te verwachten zijn. Die verklaring is opgesteld. Het gaat om een strategisch document dat nu concreet uitgewerkt wordt. Vervolgens stellen de partijen een plan van aanpak op. Eind maart is de eerste aanzet. April en mei wordt het ingevuld. De actie start in juni 2011. De eerste resultaten van de intentieverklaring verwachten wij eind van dit jaar. Wat gaan wij doen om de cultuurverandering te bewerkstelligen? Mijn mensen gaan achter de richtlijnen en de veldnormen aan en zullen ervoor gaan zorgen dat de zaak een beetje tempo krijgt. Ik wil wel de verwachtingen enigszins temperen. Het zijn heel complexe trajecten die niet in een paar maanden afgerond zijn. Wij gaan er echter bovenop zitten.

Een cultuurverandering heeft altijd tijd nodig. Het moet ook absolute prioriteit hebben, van de top tot de werkvloer. Er zijn minder goede instellingen wat dat betreft en er zijn betere. Wel is verplicht dat de prestatie-indicatoren voor dwangmaatregelen worden gepubliceerd. De doelen van de sector zijn 10%. Mevrouw Dijkstra sluit zich daarbij aan en vraagt mij hoe snelheid te geven aan dit proces. Ik heb net al een hele reeks zaken genoemd waar wij bovenop zitten en waar wij proberen versnelling aan te brengen. Het zijn op zichzelf wel grote ambities. Je krijgt dit niet zomaar voor elkaar. De doelstelling van 10% is in de afgelopen jaren blijkbaar niet gehaald. Het is dus heel lastig om die doelstelling vol te houden. Wij hebben daarover voortdurend overleg met de branchevereniging GGZ Nederland en met individuele instellingen. Ik ga ook op bezoek bij instellingen om van de mensen zelf te horen wat er nodig is en hoe wij daar met zijn allen bovenop kunnen blijven zitten. Ik heb net gezegd vast te houden aan een vermindering van de suicide-aantallen met 5%. Ik heb ook aangekondigd met een vervanging van dat cijfer te komen, op basis van het onderzoek dat wij nu doen.

Mevrouw Voortman zegt dat het regeer- en gedoogakkoord allerlei maatregelen bevat die contrair zijn aan wat wij met zijn allen willen. Het punt is dat in het akkoord een heel pakket maatregelen is aangekondigd. Ik heb ook te maken met een enorme groei van de ggz-uitgaven. Als ik daar niks aan doe, gaat het niet goed. Dan gaan wij met zijn allen de boot in. Ik bekijk nog hoe ik die groei wil afremmen. De ambities en de afspraken uit het regeerakkoord zal ik zeker nakomen. Ik denk zelf bijvoorbeeld dat er een enorme winst te behalen valt als wij mensen die niet in de tweede lijn thuishoren, terugkrijgen naar de eerste lijn. Daar zijn deze mensen zelf ook veel beter af. Zo kunnen wij een enorme slag maken, die ook financieel grote consequenties heeft en waarvan wij ook financieel een stuk beter kunnen worden. Nederland heeft in vergelijking met andere landen 185 000 te veel patiënten in de tweede lijn. Dat geeft

ongeveer aan om hoeveel geld het gaat. Daarmee is heel veel geld gemoeid. Ik denk dat wij moeten ombuigen. Ik ga wel goed kijken hoe wij dat moeten doen. Dat soort maatregelen wordt altijd voor de zomer genomen, in mei of juni. Dan neem ik die beslissing voor 2012 en kom ik met een pakket maatregelen naar de Kamer. Dan kunnen wij bespreken wat de Kamer er zwak of sterk aan vindt.

Ik heb het gehad over de integrale visie. Wij komen veel eerder met opmerkingen over deelonderwerpen. De grens van 26 weken, genoemd bij onverantwoord ouderschap, hebben wij niet zelf vastgesteld. Dat is blijkbaar jurisprudentie. Het uitgangspunt hierbij is dat de foetus in gevaar moet zijn. Dat hanteren wij. Ook bij de ontwikkeling van de foetus wordt geen ondergrens gehanteerd. Ik krijg nu van mijn ambtenaren subtiel een briefje onder mijn neus gedrukt. Daarop staat dat juist in de eerste termijn schadetoebrenkend gedrag van de moeder een aanzienlijk risico op schade aan de foetus kan veroorzaken. Blijkbaar is hier sprake van een misverstand.

Ik lees hier een stukje over de familievertrouwenspersoon van mijn ambtenaren dat ik zelf niet begrijp. Daar houd ik niet van. Deze vraag doe ik schriftelijk af, als de Kamer het niet erg vindt.

Mevrouw Leijten vindt dat het terugdringen van suïcide onverminderd prioriteit moet hebben. Ik handhaaf inderdaad vooralsnog het genoemde percentage.

Mevrouw Leijten vraagt of de inspectie niet veel te laat zicht krijgt op suïcides als die enkel in het jaarverslag worden gemeld. De inspectie vaart niet op de jaarverslagen. De jaarverslagen kijken wij met zijn allen in met betrekking tot suïdecijfers. Instellingen hebben een aparte meldingsplicht voor suïcides bij de inspectie. De jaarverslagen zijn voor u en mij. De inspectie werkt met een meldingsplicht voor suïcides.

**De voorzitter:** Beste leden, zijn er nog zaken die ter sprake moeten komen of die nog een vraag oproepen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het leek even goed te gaan. Ik dacht dat de minister helemaal op één lijn zat met de PvdA en de Kamer. Ik heb een lijst genoemd met acht zwaarwegende punten die in het veld misgaan. De minister gaf die punten ook toe. Ik maak daar vervolgens een opsomming van. Dan zegt de minister ineens: nou, het valt wel mee.

**De voorzitter:** Dit is geen derde termijn, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat weet ik. Als de zaken individueel worden benoemd, valt het mee. Als de zaken op een rijtje worden gezet, is daarvan geen sprake. Ik begrijp niet dat de minister zegt dat het wel meevalt en dat zij nog eens met het veld gaat spreken. Ik help de minister. Ik vertrouw erop dat de minister het ook graag wil. Daarom dien ik in ieder geval twee moties in over de kwaliteit van zorg en het registreren van cijfers. Ik zeg daarbij dat het bedoeld is als een steun in de rug van de minister én het veld. De tijd van vrijblijvendheid is voor ons voorbij.

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik heb een vraag aan de minister gesteld over de eventuele opschortende werking. De minister zegt dat de multidisciplinaire richtlijn in werking moet treden vóór inwerkingtreding van de Wvvgz. Datzelfde zou ook voor de veldnormen en het Argussysteem moeten gelden. Mijn vraag is in hoeverre dit de inwerkingtreding van de Wvvgz in gevaar brengt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil graag nog van de minister het volgende weten. Zij zegt net als ik snelheid belangrijk te vinden. Zij zal het veld aanspreken op de gestelde doelen. Ik vraag de minister hoe dwingend zij kan zijn.



Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben blij om te horen dat er kennelijk meer ruimte is voor dwangopname en dwangbehandeling van zwangere vrouwen. Ik vraag de minister om dit actief onder de aandacht te brengen van de hulpverleners die met deze kwesties worstelen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik moest even de naam van de site opzoeken. Wij doen dat via de site [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl). Op die wijze zullen wij de door mevrouw Wiegman gevraagde informatie verspreiden voor de mensen die hiermee werken.

Mevrouw Bouwmeester moet mijn woorden niet verkeerd opvatten. Ik zeg dat er behoorlijk wat is gedaan. Heel veel mensen hebben hier heel erg hard aan gewerkt. Ik heb sommige van die mensen ook gesproken. Die zijn er zeer bij betrokken. Te zien is dat sommige instellingen het op dit terrein echt gigantisch goed doen. In die zin is er behoorlijk wat bereikt. Tegelijkertijd zeg ik dat wij nog veel moeten doen. Dat heb ik al eerder gezegd.

Er gaat geen opschortende werking van de multidisciplinaire richtlijn, de veldnormen en Argus uit voor de inwerkingtreding van de wet. Ik wil dat de normen en de richtlijn gewoon af zijn vóór de wet in werking treedt. Die hebben echter geen opschortende werking. Argus wordt verplicht met de wet. Dat ligt in elkaars verlengde.

Hoe dwingend kan ik zijn? Ik denk zelf dat ik behoorlijk dwingend kan zijn! Ik denk ook dat wij hierbij echt resultaten moeten boeken. Daartoe bestaat immers een maatschappelijke noodzaak. Dat zeg ik zowel over het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen als over de suïdecijfers. Wij willen allemaal resultaat behalen op dit vlak. Ik zal er bovenop zitten. Het is echt menens bij de richtlijn en de norm. Dit kan niet te lang in de lucht blijven hangen. De zaak is heel complex. Het moet ook goed van de grond komen. Ik wil echt vorderingen zien.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en haar ambtenaren. Ik constateer dat er een VAO komt over dit algemeen overleg.