

Vergaderjaar 2010–2011

**24 170**

**Gehandicaptenbeleid**

**Nr. 123**

## **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 6 juli 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 4 april 2011 inzake de stand van zaken m.b.t. een plan van aanpak t.b.v. «complexe zorg aan cliënten met probleemgedrag» (Kamerstuk 24 170, nr. 121).

De op 21 april 2011 toegezonden vragen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 5 juli 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

**I. INBRENG VANUIT DE FRACTIES****Inbreng VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de staatssecretaris over de stand van zaken ten aanzien van het plan van aanpak «complexe zorg». Zij hebben echter een aantal vragen.

De leden van de VVD-fractie zijn en blijven van mening dat fixatie geen eindstation mag zijn, hooguit een noodgreep. De staatssecretaris heeft in het debat in januari jl. aangegeven dat niet-vastbinden de norm is.

Met betrekking tot de specifieke casus die mede de aanleiding is van de brief willen deze leden het volgende aangeven. In de brief geeft de staatssecretaris aan dat ASVZ met een andere behandelmethode werkt, waarbij vrijwel geen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Als dergelijke behandelmethodes bestaan, waarom wordt dan nog steeds met andere methodes gewerkt die in meerdere mate vrijheidsbeperkende maatregelen kennen? Zou deze behandelmethode van ASVZ een oplossing kunnen bieden voor de huidige circa 40 gevallen waarin sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen zonder perspectief?

Het valt de leden van de VVD-fractie tijdens werkbezoeken en besprekingen op dat het vraagstuk over de behandeling en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking die te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen en specifiek fixatie in twee categorieën te verdelen is. De groep die zich neerlegt bij fixatie en de groep die zich daar niet bij neerlegt. Gaat het hier om een mentaliteitskwestie of gaat het hier om geld?

In een artikel in VGN Magazine geeft een organisatie aan niet goed bezig te zijn als men een jaar lang het CCE niet over de vloer heeft gehad. Kan de staatssecretaris zich vinden in deze uitspraak? Deze leden vragen of de sector deels nog te gesloten is en er meer openheid betracht moet worden om meer deskundigheid en collegiale toetsing mogelijk te maken. Ziet de staatssecretaris hiervoor mogelijkheden?

Individuele begeleiding lijkt het hoogste goed te zijn in de Nederlandse zorg. Echter, deze leden voeren ook gesprekken met deskundigen die aangeven dat individuele begeleiding altijd suboptimaal is. Immers, de persoon met individuele begeleiding wordt helemaal afhankelijk gemaakt van hulpverleners. In een groep functioneren zou het doel moeten zijn. Kan de staatssecretaris aangeven hoe zij hier tegenover staat?

Hoe beoordeelt de staatssecretaris het optreden van de IGZ in situaties waarin sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen? Is het beleid van toetsen van genomen vrijheidsbeperkende maatregelen veranderd naar aanleiding van de casus genoemd in de brief? In de VG-sector is het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen, anders dan in de GGZ niet verplicht, als er overeenstemming betreft tussen cliënt en/of diens vertegenwoordiger en de instelling. Hoeveel mensen hebben er in de VG-sector te maken met vrijheidsbeperkende maatregelen en als dit niet bekend is, is de staatssecretaris bereid dit te onderzoeken?

Kan de staatssecretaris aangeven hoe de omvang en de aard is van de groep mensen die in de toekomst mogelijk te maken gaat krijgen met vrijheidsbeperkende maatregelen? Ter toelichting: mensen die al wel een bekende problematiek hebben die bij escalatie kan resulteren in deze vrijheidsbeperkende maatregelen. Kan met de juiste interventies voorkomen worden dat deze mensen in een situatie van vastbinden terecht komen?

Hoeveel situaties zijn er bekend waarin cliënten uit een instelling zijn gehaald door hun familie en nu in een thuissituatie verblijven terwijl ze zware zorg nodig hebben? In de uitzending van EO uitgesproken van 23 maart jl. waren enkele ouders in beeld die met een dergelijke situatie worstelen. Welk perspectief kunnen deze ouders worden geboden?

Zijn vrijheidsbeperkende maatregelen gekoppeld aan specifieke ZZP's, of kunnen ze in alle ZZP's voorkomen?

Kan de staatssecretaris aangeven hoe de indicatiestelling van de groep verstandelijk beperkten in instellingen verloopt? Kan de staatssecretaris inzichtelijk maken hoe de grondslag extreme zorgzwaarte sinds de instelling van deze grondslag is verlopen? Kan zij de ontwikkeling duiden?

Bij de regeling van werkzaamheden d.d. 29 maart 2011 is een debat aangevraagd over de situatie van verstandelijk gehandicapten in instellingen. De leden van de VVD-fractie willen graag de beantwoording van bovengestelde inbreng betrekken bij de voorbereiding van dit debat.

### **Inbreng van de PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de PvdA hebben met interesse kennis genomen van de brief over de stand van zaken omtrent het plan van aanpak ten behoeve van complexe zorg aan cliënten met probleemgedrag. Deze leden zijn echter teleurgesteld in de inhoud en de strekking van deze brief. Zij missen het gevoel van urgentie, een duidelijk geformuleerd meetbaar doel, de concrete te nemen stappen en een helder tijdspad. Bovendien missen zij de aansluiting bij kwaliteitsverbetering in andere sectoren in de langdurige zorg waar dwang en drang en complexe zorgvragen een rol spelen, zoals de GGZ en de psychogeriatric. Nederland is in Europa koploper gebruik dwangtoepassingen, dat moet worden teruggedrongen in de gehele sector, de ambitie om dit te willen bereiken lezen de leden van de PvdA helaas niet terug.

De leden van de PvdA-fractie vinden deze uitwerking van het plan van aanpak daarom onvoldoende, temeer omdat zij dagelijks signalen ontvangen dat de complexe langdurige zorg niet op orde is.

Ook hebben zij naar aanleiding van deze brief nog een aantal vragen:

In het plan van aanpak staan drie elementen centraal:

- 1) het verbeteren van de positie van de jongeman «B»,
- 2) het monitoren van de zorg aan cliënten met vergelijkbare problematiek, en
- 3) het instellen van een denktank die de taak krijgt te verkennen hoe schijnbaar perspectiefloze situaties kunnen worden vlotgetrokken zodat cliënten zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen.

Genoemde leden vragen waarom het derde punt in de brief van 4 april jl. is beperkt tot de denktank, terwijl er in de brief van 8 maart ook nog werd gesproken over een rol voor het CCE en Vilans en Skipr. Zij vragen de staatssecretaris ook deze projecten en de manier waarop daarmee

aansluiting gezocht wordt op te nemen in de rapportage over de stand van zaken.

De leden van de PvdA-fractie zijn erg blij dat er, zij het na interventie, verandering is gekomen in de leefsituatie van «B». Zij hopen dat deze verandering zal leiden tot een verbetering, en erkennen dat deze verbetering niet vanzelfsprekend zal zijn, maar als gevolg van een zorgvuldig begeleid traject. Zij zijn blij dat er voor «B» andere behandelmethoden mogelijk blijken te zijn, hetgeen het gebeurde tegelijkertijd wel extra wrang maakt, aangezien deze mogelijkheden niet nieuw zijn. De vraag blijft waarom deze behandel mogelijkheden niet in alle instellingen toegepast (kunnen) worden en waarom er instellingen zijn die kennelijk met minder goede zorg voor deze cliënten genoeg nemen. Genoemde leden vinden het van het grootste belang dat er nu een duurzame oplossing gevonden wordt voor alle cliënten in soortgelijke situaties. Dat geldt voor de gehandicaptenzorg, de GGZ en de psychogeriatric.

De staatssecretaris schrijft in haar brief dat er «circa 40, en mogelijk iets minder» mensen zijn «die regelmatig worden afgezonderd (of in afzondering leven) en/of gefixeerd worden, zodanig dat deze vrijheidsbeperkende maatregelen van dominante invloed zijn op hun dagelijkse leven, en voor wie perspectief op verbetering voorsnog ontbreekt». De leden van de PvdA-fractie vragen de staatssecretaris waarom zij geen uitsluitsel kan geven over het aantal mensen waarover zij hier spreekt. Zij vragen al 3 jaar de cijfers op orde te krijgen. Zij hebben begrepen dat het aantal van circa 40 is gebaseerd op een screening van CCE consultaties in 2008, 2009 en 2010. Kan ervan worden uitgegaan dat deze consultaties een één op één weergave geven van de mensen die in boven genoemde omstandigheden leven, of is het ook mogelijk dat er mensen onder de radar blijven omdat er voor hen nooit een consultatie bij het CCE is gedaan? Heeft de staatssecretaris de ambitie om uit te (laten) zoeken om hoeveel mensen het precies gaat zodat de zorg voor deze mensen daadwerkelijk verbeterd kan worden?

Verder vragen genoemde leden of het bij deze circa 40 personen alleen gaat over mensen in de gehandicaptensector, waarom zijn de mensen in andere sectoren van de langdurige zorg niet meegeteld. Hoe kan de zorg voor deze groep mensen op een goede manier gemonitord worden wanneer de omvang van de groep niet met zekerheid is vast te stellen? Hoe kan de inspectie controleren als niet in beeld is om hoeveel mensen het gaat en waar ze verblijven? Hoe gaat de staatssecretaris voor de gehele langdurige zorg in beeld brengen wat de aard, omvang en duur van dwangtoepassingen, zodat deze mensen in beeld komen?

Voor de circa 40 bekende personen zullen de routes worden verkend die kunnen leiden tot een beter leven met meer vrijheid. Wat is de ambitie voor de andere mensen in de langdurige zorg? De leden van de PvdA-fractie vinden de ambitie van de 40 bekende personen een te vrijblijvend streven en gaan er van uit dat het niet bij een verkenning van routes zal blijven. Zij vragen de staatssecretaris, gezien de onbetwiste urgentie van deze zaak, hier concreter te benoemen wie precies – en niet circa – de doelgroep zijn, wat precies het doel is, wie daarvoor de verantwoordelijkheid draagt, wanneer zal worden begonnen met het verkennen van deze routes en op welke termijn wordt beoogd het doel te bereiken. Vervolgens is aan de orde: welke veranderingen in de zorg zullen moeten plaatsvinden om er voor te zorgen dat deze cliënten een kwalitatief beter leven krijgen met meer vrijheid. Op welke manier zal werkelijk invulling gegeven worden aan de Wet Bopz, en zal het bieden van goede zorg niet slechts worden gedefinieerd als het beschermen van de cliënt en het beheersen en onderdrukken van gevaarlijke situaties,

maar zal ook nadrukkelijk het zelfbeschikkingsrecht en het bieden van perspectief worden opgenomen in de opvatting van goede zorg?

Tot slot kunnen dan de voorwaarden benoemd worden die het daadwerkelijk veranderen van de zorg mogelijk maken. De leden van de PvdA-fractie vragen een inventarisatie van best practices. In welke instellingen wordt al optimale zorg geleverd aan cliënten met complexe problematiek? Op welke wijze kunnen deze best practices landelijk geïmplementeerd worden (en waarom gebeurt dat niet al?) Bovendien zouden deze leden graag willen weten wat de rol zal zijn van de zorginstellingen, het CCE, de IGZ, het ministerie en of er eventueel nog andere actoren een rol spelen in dit proces. Het gaat immers om een cultuuromslag in denken en handelen. Hoe gaat de staatssecretaris hierop sturen?

Ook wat betreft de taakomschrijving van de denktank en de nadere invulling van het «geven van een inhoudelijke impuls én het versterken van de implementatiekracht van de sector» hebben de leden van de PvdA-fractie vragen. Allereerst vragen zij waarom er eerst twee jaar moet worden gedacht als er eigenlijk al veel bekend is. Is het niet gewoon een kwestie van zorg op maat?

Wat is eigenlijk de exacte vraagstelling van de denktank? Zal de denktank zich buigen over de aard, omvang en duur van dwang en drang in brede zin, gericht op alle mensen, uit alle sectoren in de langdurige zorg? Zal de denktank een analyse maken van de reden waarom er in Nederland meer dwang en drang wordt toegepast dan in omringende landen, en waarom er in de ene instelling meer dwangtoepassingen zijn dan in de andere? Zal de denktank een «SMART» geformuleerd plan van aanpak maken waarmee dwang en drang in de langdurige zorg teruggedrongen gaat worden, waarin ook is opgenomen hoe professionals hierin worden ondersteund en binnen welk tijdsbestek? De leden van de PvdA-fractie hechten veel belang aan het vinden van een antwoord op de bovenstaande vragen.

Kan de staatssecretaris aangeven of zij, indien deze vragen niet door de denktank beantwoord zullen worden, de ambitie heeft ervoor te zorgen dat er actie wordt ondernomen om deze kwesties uit te werken? Dient de denktank te denken binnen bepaalde juridische/ organisatorische en financiële kaders? Zo ja, welke? Zo zijn er bijvoorbeeld verschillende wetten in de maak (zorg en dwang, wvvg) die een verschil in rechtspositie in stand houden. Is de staatssecretaris bereid de rechtspositie van cliënten in de verschillende sectoren van de langdurige zorg gelijk te trekken? Is het in dat kader niet verstandig om ook een gezondheidsjurist in de denktank op te nemen?

Kan de staatssecretaris aangeven waarom er geen ervaren uitvoerend personeelsleden in de denktank vertegenwoordigd zijn? Kan de denktank worden verbreed, zodat de gehele langdurige zorgsector goed vertegenwoordigd is en er gekeken kan worden naar voorbeelden uit andere sectoren? Waarom kent bijvoorbeeld de GGZ een patiëntvertrouwenspersoon en andere sectoren niet?

De leden van de PvdA-fractie vragen de staatssecretaris in het kader van de nadere invulling van het «geven van een inhoudelijke impuls en het versterken van de implementatiekracht van de sector» of zij een reactie kan geven op de uitspraak van de Kamer die de staatssecretaris oproept vóór 1 juli 2011 een meldpunt bij de Inspectie in te richten waar mensen heen kunnen die geen goede zorg krijgen en het verzoek mensen daarover actief te informeren. Deze leden gaan er vanuit dat de staatssecretaris met hen het belang van een dergelijk meldpunt inziet. Het gaat immers om

een plek waar mensen terecht kunnen die vaak al langere tijd de uiterst complexe zorg voor iemand op zich hebben genomen en met de rug tegen de muur staan. Deze leden gaan er van uit dat de staatssecretaris de uitvoering van deze motie dus voortvarend ter hand neemt en zien met belangstelling uit naar de instelling van dit meldpunt vóór 1 juli 2011. In de brief die de staatssecretaris de Kamer hierover stuurde lijkt het alsof dit meldpunt niet ingericht gaat worden en de staatssecretaris mensen hier niet actief over gaat informeren. Ze richt zich alleen op zorgplan voor mensen in een instelling. Deze leden vragen of zij ervan kunnen uitgaan dat de staatssecretaris de breed gedragen motie toch echt gaat uitvoeren.

De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke manier de mogelijkheden van de IGZ worden opgenomen in de overwegingen van de denktank of andere initiatieven in het kader van het «geven van een inhoudelijke impuls en het versterken van de implementatiekracht van de sector». Het is bekend dat de IGZ zijn werk alleen goed kan doen indien de inspectie heldere normen en richtlijnen voor menswaardige zorg heeft. De leden merken op dat deze deels ontbreken. Kan de staatssecretaris aangeven wat hier in samenwerking met het veld aan gedaan zal worden, en of de Inspectie de mogelijkheid heeft en gebruikt om verder te kijken dat het lijstje met normen en richtlijnen? Op welke manier kan actief toezicht van de inspectie worden vormgegeven? Wellicht kan dat al, maar gebeurde het in het verleden niet, gezien de situaties van mensen die in de media zijn verschenen. Wat gaat er nu veranderen? Is de staatssecretaris voornemens om de rol van de Inspectie, die nu per sector anders geregeld is, gelijk te trekken?

### **Inbreng CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de aanpak die de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorstaat met de denktank complexe zorg. Het lijkt hen geen eenvoudige opgave om de complexe zorg van het aantal cliënten binnen de gehandicaptenzorg te verbeteren. Het is echter wel een noodzakelijke opgave om het welzijn van deze groep mensen te vergroten. De staatssecretaris laat in haar aanpak zien dat zij ook vanuit haar eigen deskundigheid erop gericht is om de cliënt centraal in de zorg te zetten.

In de gehandicaptenzorg vinden de leden van de CDA-fractie het belangrijk dat de mensen (zowel de cliënt als de werknemer) centraal staan. Het gaat er uiteindelijk om dat een veilige en vertrouwde omgeving ontstaat voor cliënten om te leven en werknemers om te werken. Dit vergt grote betrokkenheid op de werkvloer, maar juist ook van de managers en de bestuurders van de instellingen die uiteindelijk de grote lijnen in de organisatie uitzetten. Zij dienen voldoende contact te houden met de werkvloer en oog te hebben voor de dilemma's waar personeel zich in hun dagelijkse werk regelmatig geplaagd ziet. In dit kader vragen de leden van de CDA-fractie of de denktank ook gaat kijken naar de communicatie tussen de werkvloer en de bestuurders. Komen de juiste signalen wel bij de bestuurders en de managers terecht?

De staatssecretaris geeft aan dat het een voortdurend zoeken is naar een passende aanpak, waarbij zowel de kwaliteit van het leven als de veiligheid van betrokkene(n) en hun omgeving gewaarborgd wordt. Hoe vindt men daarin de juiste balans ook in relatie tot het feit dat personeel in de zorg vaak een afweging dienen te maken tussen persoonlijke veiligheid en zorg voor een ander? Hoe wil de staatssecretaris medewerkers die met deze ingewikkelde cliëntengroep omgaan beter ondersteunen? Welke oplossingen biedt de Beginselenwet zorg voor deze groep?

In de brief stelt de staatssecretaris dat het gaat om een kleine veertigtal cliënten in de gehandicaptenzorg. In hoeveel van die gevallen is er ook sprake van een samenloop met zware of minder zware psychische problematiek? Hoe richt de denktank zich ook op het gegeven dat instellingen zich op beide soorten van zorg dienen te richten?

Het gaat daarbij om cliënten die regelmatig worden afgezonderd (of in afzondering leven) en/of gefixeerd worden. Hoe groot is de groep van cliënten die in afzondering leeft?

De staatssecretaris geeft aan dat voor deze groep de routes worden verkend die naar een beter leven met meer bewegingsvrijheid leiden. Daarbij plaatsen de leden van de CDA-fractie wel vraagtekens, omdat het uitvoeren van fixeren nog vaak onzorgvuldig gebeurt. Uit de Trendrapportage GGZ 2010 blijkt. Uit cijfers blijkt dat in 42% van de gevallen van mensen die vastgebonden worden, dat de besluitvorming en de uitvoering niet volgens de regels gaat. Op welke wijze gaat de staatssecretaris deze problematiek betrekken bij het plan van aanpak complexe zorg? Als het fixeren onzorgvuldig blijft gebeuren, dan is er ook niet snel sprake van een leven met meer vrijheid.

Een CCE-advies is maximaal vijf jaar geldig. Vindt u niet dat vijf jaar een veel te lange periode is om vooraf te kunnen overzien?

De denktank complexe zorg is samengesteld met personen die uit verschillende geledingen van de zorg afkomstig zijn. Het is goed om te lezen dat ook een ouder van een cliënt betrokken is. De staatssecretaris geeft aan dat op initiatief van de voorzitter werkgroepen worden ingesteld. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre ouders van cliënten ook actief betrokken gaan worden in de werkgroepen.

Bij deze leden leven er nog enkele andere vragen. De denktank complexe zorg gaat oplossingen bedenken voor het verbeteren van het welzijn van een groep cliënten met een zeer complexe zorgvraag. De denktank zal een jaar na aanvang van zijn werkzaamheden een tussenrapportage uitbrengen. Betekent dit dat pas na het uitbrengen van een tussenrapportage verbeteringen in de zorg worden aangebracht? Deze leden kunnen zich indenken dat, als de denktank tussentijds tot goede oplossingen komt, deze nieuwe wijzen van werken ook direct in de praktijk geëffectueerd kunnen worden (regulier dan wel bij experiment).

Het woord denktank doet vermoeden dat het vooral om denken en niet zozeer om doen gaat. Heeft de denktank ook tot opdracht gekregen hoe signalen van verzorgenden en ouders ook op de juiste plek in de organisatie terechtkomen?

De leden van de CDA-fractie vragen ook of er samenloop is met het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. Zijn de ontwikkelingen rondom deze wetgeving op enigerlei wijze van invloed op het werk van de denktank?

Als laatste stellen deze leden een vraag van een hele andere orde. Hoe staat de staatssecretaris tegenover de forse financiële uitgaven voor cliënten met extreme zorgzwaarte in een tijd waarin collectieve middelen onder druk staan? Is er winst te behalen door kennis beter te bundelen en daardoor gerichtere zorg te kunnen verlenen? Welke rol kan de denktank hierin spelen? Valt daarbij te leren van de WBMV in de curatieve sector?

## **Inbreng SP-fractie**

De leden van de SP-fractie zijn verbaasd over het instellen van een denktank complexe zorg. Zij vragen zich af wat de noodzaak is voor het instellen van een nieuw orgaan. Kan het CCE deze taak niet vervullen?

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de eenzijdige samenstelling van de denktank. Op de lijst van leden staan voornamelijk bestuurders en academici. Vertegenwoordigers van het personeel ontbreken en de ouders van cliënten zijn door slechts één persoon vertegenwoordigd. Genoemde leden vragen waarom de samenstelling van de commissie niet evenwichtiger is. Ook vragen deze leden waarom er geen gezondheidsjurist is opgenomen in de denktank, aangezien de inhoud van de denktank zeker ook consequenties heeft voor de huidige en toekomstige wetgeving.

De leden van de SP-fractie vragen voorts of er meer aanmeldingen voor de denktank zijn geweest. Is dat waar? Zo ja, welke criteria zijn er gehanteerd voor het lidmaatschap van de denktank?

Verder willen de leden van de SP-fractie graag weten in wat voor categorie vergelijkbare situaties in te delen zijn. Zijn deze allen gesitueerd in de gehandicaptenzorg, of valt dit ook breder, bijvoorbeeld in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg? Graag ontvangen deze leden daarvan een overzicht.

## **II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS**

### **Algemene reactie**

Ik dank de fracties voor hun vragen en opmerkingen. Ik merk dat de fracties aandacht hebben voor mijn plan van aanpak «complexe zorg». De werkzaamheden van de door mij ingestelde «Denktank complexe zorg» maken daar een essentieel onderdeel van uit. Toch hebben de fracties nog vragen over de precieze opdracht van de Denktank. Hieronder zal ik ingaan op de vragen en opmerkingen van de verschillende fracties.

### **Reactie op de inbreng van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat fixatie geen eindstation mag zijn.

Ik ben dit met de leden van de VVD-fractie eens. Niet-fixeren is de norm en ik zie gelukkig steeds meer zorgaanbieders die dat in hun beleid hebben vastgelegd; zij zijn fixatie-vrij. Maar er zijn nu eenmaal omstandigheden dat het niet anders kan en waarbij als laatste redmiddel een vorm van vrijheidsbeperking wordt ingezet. Dat ontslaat ons echter niet van de verplichting naar alternatieven te blijven zoeken. In het zorgplan van een cliënt die daarmee geconfronteerd wordt, moet in mijn ogen altijd aandacht zijn voor afbouw van de maatregel en het bieden van perspectief. Daarom is het ook zo belangrijk dat er voor de moeilijkste problemen in de zorg voortdurend en gezamenlijk naar verbeteringen wordt gezocht.

Naar aanleiding van de specifieke casus die mede aanleiding was voor mijn brief van 4 april 2011 (24 170, nr. 121) vragen de leden van de VVD-fractie zich af waarom er nog steeds wordt gewerkt met behandelmethodes die in meerdere mate vrijheidsbeperkende maatregelen kennen, terwijl er ook andere methodes beschikbaar zijn. De leden vragen zich met name af of de door ASVZ toegepaste behandelmethode ook een oplossing kan bieden voor de huidige circa 40 gevallen waarin sprake is



van vrijheidsbeperkende maatregelen waarbij vooralsnog uitzicht op perspectief ontbreekt. Ik wil hier als volgt op reageren.

Iedere cliënt is anders en daarom moet per cliënt en per situatie worden bekeken welke behandelmethode het meest geëigend is. Uitgangspunt hierbij is dat gekozen wordt voor een behandelingsmethode die zowel doelmatig is, als zo min mogelijk belastend wordt ervaren door de cliënt. De methode van ASVZ lijkt daarin heel succesvol en ik zal dan ook zeker aan de denktank complexe zorg meegeven aandacht aan deze methode te besteden. Ik kan vanuit Den Haag niet aangeven of en in hoeverre de methode van ASVZ een oplossing kan zijn voor de circa 40 vooralsnog als perspectiefloos bestempelde gevallen.

De leden van de VVD-fractie vragen mij of het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen een mentaliteitskwestie is of dat het om geld gaat. Ik ben van mening dat het antwoord op de vraag hoe een instelling omgaat met vrijheidsbeperkende maatregelen samenhangt met haar visie op zorg. Het terugdringen van vrijheidsbeperingen en het bieden van handlingsalternatieven heeft dan ook meer te maken met de cultuur die binnen een instelling heerst dan met geld. Dat brengt mij ook op de openheid van de sector c.q. de bereidheid tot externe of collegiale toetsing. Ik vind het belangrijk dat in gevallen waarbij de vrijheidsbeperingen van grote invloed zijn op het dagelijks leven van de cliënt, er een externe toets of onderlinge visitatie plaats vindt.

De leden van de VVD-fractie hebben gesprekken gevoerd met deskundigen die beweren dat individuele begeleiding altijd suboptimaal is. Deze leden willen weten hoe ik hier tegenover sta.

Mensen zijn sociale wezens en vanuit die optiek is het functioneren in een groep te prefereren boven het leven in afzondering met individuele begeleiders. Maar helaas is dat niet voor iedereen altijd mogelijk. Soms zijn mensen zo ziek en agressief dat zij, vanwege het gevaar voor zichzelf en/of hun omgeving, toch individueel begeleid moeten worden.

Vervolgens stellen de leden van de VVD-fractie diverse vragen over het optreden van de IGZ rond vrijheidsbeperkende maatregelen, mede naar aanleiding van de onderhavige casus B. Ik licht dit toe.

In het werkplan van de IGZ was reeds voorzien in toezicht op het toepassen en terugdringen van vrijheidsbeperingen. In 2009/2010 heeft een thematisch toezicht plaatsgevonden naar het terugdringen van vrijheidsbeperingen. U hebt daar in december 2010 de rapportage van ontvangen «Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbepering bij kwetsbare groepen». In het najaar van 2011 zal er opnieuw thematisch toezicht plaatsvinden naar de wijze waarop zorginstellingen in de gehandicaptenzorg en in de ouderenzorg werken aan het terugdringen van vrijheidsbeperingen.

Naar aanleiding van de casuïstiek rond B. is dit zodanig ingevuld dat de inspectie gericht aandacht gaat besteden aan de cliënten (in instellingen voor verstandelijk gehandicapten) die zich in vergelijkbare omstandigheden bevinden als B. Zoals de leden van de VVD-fracties al aangeven is het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen niet uit de bestaande registraties af te leiden. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) voorziet in een meldingsplicht wanneer er sprake is van dwangbehandeling. Daarvan is sprake als een cliënt(vertegenwoordiger) niet instemt met de behandeling c.q. het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In het wetsvoorstel Zorg en Dwang is voorzien in een registratie en meldplicht van alle vormen van vrijheidsbepering. Dit heeft niet alleen tot gevolg dat de inspectie dan volledig op de hoogte is, maar zal er mijns inziens ook toe leiden dat binnen instellingen nog eens extra wordt gekeken of er geen alternatieven

voor handen zijn, alvorens tot vrijheidsbeperkingen over te gaan. Bovendien is het een instrument voor interne evaluatie.

Ik kan de vraag naar de aard en omvang van de groep mensen die in de toekomst mogelijk te maken krijgt met vrijheidsbeperkende maatregelen niet beantwoorden. Het is niet mogelijk om hier een betrouwbare schatting van te maken. Ik kan namelijk niet voorspellen welke interventies er in de toekomst zoal mogelijk zijn om vrijheidsbeperkingen te voorkomen. De door mij ingestelde Denktank complexe zorg gaat op zoek naar oplossingen die in Nederland en internationaal beschikbaar zijn. De Denktank complexe zorg zal ook alle fasen in het zorgverleningsproces kritisch doorlichten op kwetsbare punten. Bij de gevonden kwetsbare punten zal de denktank voorstellen doen over hoe deze te vermijden zijn. Zo wordt op twee manieren toegewerkt naar een situatie waarbij cliënten zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen.

De leden van de VVD-fractie vragen vervolgens hoeveel cliënten die zware zorg nodig hebben in een thuissituatie verblijven. Dit is niet uit de bestaande registraties af te leiden. Er zijn op dit moment 130 000 pgb-houders, waaronder de ouders van D. uit de EO-uitzending van 23 maart jl. Ik heb veel respect voor de ouders van D. die zich dagelijks inzetten voor hun zoon. Ik wil dat het pgb beschikbaar blijft voor personen die levenslang en levensbreed zware zorg nodig hebben, en dat het voor hen ook in de toekomst mogelijk blijft met een pgb verantwoorde zorg in te kopen. In mijn programmabrief langdurige zorg van 1 juni jl. heb ik hiertoe voorstellen gedaan.

De leden van de VVD-fractie vragen of vrijheidsbeperkende maatregelen gekoppeld zijn aan specifieke ZZP's. Dat is niet het geval. In principe kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen bij alle ZZP's plaatsvinden, maar bij lichte ZZP's zal dat niet vaak het geval zijn.

De leden van de VVD-fractie willen weten hoe de indicatiestelling van de groep verstandelijk beperkten in instellingen verloopt. Om voor AWBZ-zorg in een instelling voor verstandelijk gehandicapten in aanmerking te komen, is een indicatie vereist. Het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) geeft die indicaties af. De indicatie laat zien of iemand zorg nodig heeft en om welke zorg het gaat. Ook zorgaanbieders kunnen voor hun cliënten een indicatieadvies geven. Dit advies zet het CIZ na toetsing om in een indicatiebesluit.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie naar de ontwikkeling van de grondslag extreme zorgzwaarte. De regeling Toeslag Extreme Zorgzwaarte is in 2005 opgesteld voor cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, waarvoor de kosten van zorg niet binnen de reguliere bekostiging kan worden opgevangen. In 2010 is de regeling verruimd. Bovendien is door de invoering van de zorgzwaartebe-kostiging een beter beeld verkregen van de zorgzwaarte, wensen en behoeftes van cliënten. Dit heeft geleid tot een forse stijging van het aantal aanvragen voor de toeslag. De totale kosten van deze regeling zijn gestegen van € 37 miljoen in 2006 naar € 148 miljoen in 2010.

### **Reactie op de inbreng van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie zijn teleurgesteld over de inhoud en strekking van het plan van aanpak complexe zorg. Zij missen ambitie, een duidelijk geformuleerd meetbaar doel met concreet te benoemen stappen en zij missen de aansluiting bij andere sectoren zoals de GGZ en de psychogeriatric.

Deze kritiek raakt mij, maar ik wil niet meer aan de Kamer beloven dan ik kan waarmaken. Ik kan op twee manieren iets beloven. Voor mensen die zich in vergelijkbare omstandigheden bevinden als B. gaat de denktank de beste oplossingen zoeken die in Nederland en internationaal beschikbaar zijn. Voorts zal de denktank alle fasen in het zorgverleningsproces kritisch doorlichten op kwetsbare punten. Bij de gevonden kwetsbare punten zal de denktank voorstellen doen over hoe deze te vermijden zijn. Zo wordt op twee manieren toegewerkt naar een situatie waarin deze cliënten zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen, zonder daarbij het streven op te geven hen in volledige vrijheid te laten bewegen. Deze laatste toevoeging is relevant. Ik wil hiermee zeggen dat zich altijd situaties zullen blijven voordoen waarin wij geen betere oplossing zullen weten dan het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Dat ontslaat ons echter niet van de plicht naar verbeteringen te blijven zoeken. De opdracht van de denktank wil ik in dit licht bezien. Maar de ambitie «cliënten de grootst mogelijke (bewegings)vrijheid te geven» is daar niet minder om. De denktank zal overigens een plan van aanpak opstellen, inclusief een stappenplan gericht op concrete verbeteracties, met een tijdpad.

De denktank heeft als opdracht zich expliciet te richten op cliënten binnen instellingen voor de gehandicaptenzorg. Dat neemt niet weg dat er verbanden zijn tussen het werk van de denktank en bijvoorbeeld de ouderenzorg en de ggz. Ik licht dit toe. Veel cliënten met ernstige gedragsproblematiek zoals B. kampen met duale problematiek in die zin dat er naast een verstandelijke handicap, tevens sprake is van psychiatrische problematiek. Daarom zal via de werkgroepen die rond de denktank worden gevormd de inbreng van de psychiatrische discipline worden geborgd. Ik zal voorts de tussen- en eindrapportage van de denktank AWBZ-breed verspreiden, zodat ook de ouderenzorg en de ggz hiervan kennis kunnen nemen en profiteren van de ervaringen die door de denktank worden opgedaan.

De denktank gaat in zijn analyse onder meer in op de kwetsbare punten in het zorgproces wanneer het gaat om complexe zorg. Uit ervaring weet ik dat cultuur daar in ieder geval een onderdeel van uitmaakt en dat stijgt over de sectoren heen. In overleg met de cliëntenorganisaties wil ik gaan bekijken op welke wijze de tussenrapportage van de denktank, in combinatie met een rapportage van Stichting IVA, kan worden geagendeerd om sectoroverstijgend te kunnen leren van goede voorbeelden die juist dat aspect betreffen.

De denktank zal bij haar werkzaamheden aansluiten bij nationale en internationale ontwikkelingen alsmede bij bestaande en nieuwe initiatieven in het land (zoals door Vilans, Skipr, ZonMw ontwikkeld) en ook lopende en afgeronde onderzoeks- en implementatietrajecten meenemen in haar analyses. CCE is in de denktank vertegenwoordigd. De denktank zal over deze bevindingen rapporteren.

De leden van de PvdA-fractie geven aan blij te zijn met de veranderingen in de leefsituatie van «B.», maar zij vragen zich af waarom niet alle instellingen behandelmethodes toepassen waarbij geen sprake is van vrijheidsbeperkingen. Genoemde leden vinden dat er nu een duurzame oplossing gevonden moet worden voor alle cliënten in de langdurige zorg in soortgelijke situaties.

In mijn antwoord op vragen van leden van de VVD-fractie ben ik op dit aspect reeds ingegaan. Aanvullend daarop wil ik er op wijzen dat er heel veel verschillende behandelmethodes zijn voor mensen met gedragsproblemen, psychische en/of psychiatrische problematiek. Als een instelling kampt met handelingsverlegenheid rond een cliënt, dan kan een beroep

gedaan worden op het CCE voor consultatie en advies om de problematiek weer hanteerbaar te maken.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom ik geen uitsluitsel kan geven over het aantal mensen die in vergelijkbare omstandigheden verkeren als «B.».

Ik heb het CCE gevraagd hoeveel cliënten binnen de gehandicaptensector in vergelijkbare omstandigheden verkeren als B. Het CCE heeft op basis van de haar beschikbare gegevens opgave gedaan. Het gaat hierbij om cliënten binnen de gehandicaptenzorg die regelmatig worden afgezonderd (of in afzondering leven) en/of gefixeerd worden; zodanig dat deze vrijheidsbeperkende maatregelen van dominante invloed zijn op hun dagelijkse leven; en voor wie perspectief op verbetering vooraan ontbreekt. Maar het CCE weet niet wat zij niet weet c.q. het is niet uit te sluiten dat er toch cliënten «onder de radar» blijven. Het is dan ook essentieel dat complexe zorgvragen worden aangemeld. Het CCE zal bij de circa 40 bekende personen een toets uitvoeren en alternatieve routes verkennen die naar een beter leven met meer vrijheid leiden, zoals bij B. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal in haar tweede fase toezicht de instellingen/locaties waar deze cliënten verblijven, met prioriteit gaan bezoeken.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af op welke manier werkelijk invulling gegeven kan worden aan de Wet Bopz. Ik deel de mening van deze leden dat het bieden van goede zorg verder strekt dan het beschermen van de cliënt en het beheersen en onderdrukken van gevaarlijke situaties. Het zelfbeschikkingsrecht is, ook nu al, onderdeel van goede zorg. En dat wil ik via de Beginselenwet zorginstellingen nog meer tot uitdrukking laten komen. Niettemin moet onderkend worden dat dit niet een absoluut uitgangspunt kan zijn. Juist het feit dat mensen met dementie of een verstandelijke beperking niet uitsluitend op zichzelf leven, maar in hun dagelijks leven zorg ontvangen van een zorgaanbieder die de plicht heeft verantwoorde zorg te leveren, kan soms leiden tot situaties waarin de zorgverlener zich afvraagt: doe ik het goed wanneer ik de cliënt nu in zijn geuite wens volg, of doe ik het goed als ik hem bescherm tegen ernstig nadeel of ontluistering? Dat is een ethisch dilemma, waarin een keuze-instrument nodig is. Voor mensen met een verstandelijke beperking gaat het wetsvoorstel Zorg en dwang voorzien in dat instrument, door aan te geven waar de grenzen liggen aan het ongelimiteerd uitoefenen van de eigen regie of het zelfbeschikkingsrecht van cliënten. Maar ook dan geldt dat, binnen het verlenen van gedwongen of onvrijwillige zorg, naar keuzemogelijkheden voor de cliënt moet worden gezocht en zo veel als mogelijk is de regie bij hem of haar wordt neergelegd. Daarnaast is het bieden van perspectief van het grootste belang. Daar kan systematisch aandacht aan worden gegeven door zeer regelmatige evaluatie van het zorgplan waarbij iedere keer alternatieven worden overwogen en door bij de start van een vrijheidsbeperkende maatregel direct in het zorgplan op te nemen hoe het afbouwtraject vorm kan krijgen. Wat de rechtsbescherming en rechtspositie betreft van bewoners van instellingen, verwijs ik naar de diverse wetsvoorstellen die in de Kamer liggen. Ik noem de wet Cliëntenrechten Zorgsector; de Wet Zorg en Dwang (rechtsopvolger Wet Bopz in gehandicaptenzorg en psychogeriatric) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (rechtsopvolger Wet Bopz in de ggz). Voorts wijs ik in dit verband tevens naar de ontwikkelingen rond de Beginselenwet Zorginstellingen.

De leden van de PvdA vragen een inventarisatie en implementatie van best practices en willen weten welke betrokken actoren in de zorg hier een rol spelen. Ik wil hier als volgt op reageren. De denktank complexe zorg gaat op zoek naar de beste oplossingen die in Nederland en internationaal

beschikbaar zijn, inclusief best practices. Voorts zal de denktank alle fasen in het zorgverleningsproces kritisch doorlichten op kwetsbare punten, inclusief de cultuur binnen een organisatie. Bij de gevonden kwetsbare punten zal de denktank voorstellen doen over hoe deze te vermijden zijn. De uitkomsten hebben gevolgen voor iedereen die bij dit type zorg betrokken is. Ik doel hier niet alleen op zorgprofessionals, maar ook op de brancheorganisatie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zij zullen allen worden uitgedaagd hun rol kritisch te bezien en zo nodig anders in te vullen.

Voorts hebben de leden van de PvdA-fractie vragen bij de taakomschrijving, de ambitie, de inkadering van de opdracht en het tijdspad van de Denktank. Ik kan mij deze vragen voorstellen, omdat mijn plan van aanpak complexe zorg van 4 april 2011 vooral een procedureel karakter had. Ik ga er dan ook nu wat dieper op in.

De denktank heeft tot taak te verkennen hoe schijnbaar perspectiefloze situaties kunnen worden vlotgetrokken zodat cliënten met complexe zorgvragen in de gehandicaptenzorg zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen. Voorts zal de denktank alle fasen in het zorgverleningsproces kritisch doorlichten op kwetsbare punten inclusief het niet tijdig melden, preventie en vroegdiagnostiek. Uiteraard wordt de inventarisatie van «good» en «bad practices» expliciet in zijn analyses meegenomen. De denktank zal daartoe een werkplan opstellen, inclusief stappenplan gericht op concrete verbeteracties en met een tijdsplanning. De leden van de denktank zijn voorlopig voor ten hoogste twee jaar benoemd en de denktank zal een jaar na installatie een tussenrapportage en drie maanden na afloop van zijn werkzaamheden een eindrapportage opstellen.

Zoals ik hierboven heb omschreven richt de denktank zich op het zorgproces en op zorginhoudelijke vragen. Ik wil dat de denktank met een frisse blik naar de problematiek kijkt en daarbij niet wordt gehinderd door bepaalde financiële, juridische en/of organisatorische kaders. Daarom heb ik deze expliciet niet genoemd in de taakopdracht.

Voorts stellen deze leden een vraag over de verschillende wetgevingstrajecten die op dit moment lopen rondom gedwongen zorg. In antwoord op hun vraag of ik bereid ben de rechtspositie van cliënten in de verschillende sectoren gelijk te trekken, wil ik er graag op wijzen dat er in de uitgangspunten van de verschillende wetsvoorstellen geen verschil in rechtspositie is. Zowel het wetsvoorstel Zorg en dwang als het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg gaan uit van zorg op maat. Onvrijwillige of gedwongen zorg moet altijd voldoen aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid, en dat moet zichtbaar zijn terug te vinden in het zorgplan of behandelplan. De inzet van dit kabinet is erop gericht geweest om zowel voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg als voor de geestelijke gezondheidszorg een wettelijk systeem te ontwerpen dat past bij het specifieke karakter van de doelgroep en de daarvoor benodigde zorg en goed uitvoerbaar is. De wijze waarop de rechtsbescherming is vormgegeven in het wetsvoorstel Zorg en dwang verschilt op onderdelen van het wetsvoorstel vggz. Dat heeft te maken met het feit dat het andere doelgroepen betreft, waarbinnen zich een grote groep cliënten bevindt die niet of onvoldoende zijn wil duidelijk kan maken. Hoewel ook in het wetsvoorstel Zorg en dwang de wens van de cliënt over de zorg die hij ontvangt voorop staat, zijn er in het voorstel meer bepalingen opgenomen die een zorgvuldige procedure voorschrijven wanneer de cliënt zich weliswaar niet verzet, maar ook niet meer kan instemmen met de zorg die hij ontvangt of met de

opname. Dergelijke verschillen leiden zeker niet tot ongelijkwaardige systemen van rechtsbescherming.

De leden van de PvdA merken op dat er in de denktank zelf geen verpleegkundigen en verzorgenden vertegenwoordigd zijn. Dat is juist en dit geldt overigens ook voor de psychiatrische discipline. Dit betekent echter niet dat bij de uitwerking van de plannen van de denktank deze zorgprofessionals niet betrokken zullen worden. Ik licht dit toe. De voorzitter van de denktank heeft de bevoegdheid diverse werkgroepen te vormen, die zowel deelplannen als praktische voorstellen gaan uitwerken. Voor deelname aan deze werkgroepen zullen ook personen met andere achtergronden en werkervaring dan die van de leden worden benaderd. Ik ga er van uit dat hiermee het ontbreken van bepaalde disciplines in de denktank zelf wordt ondervangen.

Ten aanzien van de vraag over de cliëntvertrouwenspersoon, is het allereerst van belang te onderkennen dat voor deze functie kenmerkend is dat de patiëntenvertrouwenspersoon zich duidelijk aan de kant van de cliënt positioneert en diens belangen behartigt; hij is partijdig. Daarnaast handelt hij uitsluitend op verzoek van de patiënt. Deze functie kopiëren naar de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking zou, gezien het karakter van de functie, niet werken. Het gaat om groepen – uitgezonderd wellicht de mensen met een lichte verstandelijke beperking – die zich over het algemeen moeilijk kunnen uiten, waarmee de afwachtende en partijdige opstelling van een patiëntenvertrouwenspersoon lastig combineert. Dat wil niet zeggen, integendeel zelfs, dat ik er niet aan hecht dat ook deze groepen cliënten in de langdurige zorg op een gelijkwaardige manier gebruik kunnen maken van hun rechtspositie. Om dat te bewerkstelligen is in het wetsvoorstel Zorg en dwang een andere klachtregeling opgenomen. Die regeling voorziet in een klachtencommissie die, anders dan in de huidige Bopz-regeling, volledig onafhankelijk van de instelling is en voldoende klachten behandelt om daar op professionele wijze mee om te kunnen gaan. Cliënten, of hun vertegenwoordigers, mogen zelf kiezen of ze rechtstreeks naar deze klachtencommissie stappen, dan wel eerst gebruik maken van de laagdrempelige klachtenbehandeling waartoe de zorgaanbieder verplicht is. Wat ik in dit opzicht echter minstens zo belangrijk vind, is dat cliënten en hun vertegenwoordigers veel beter gehoord worden tijdens het proces van het inrichten en evalueren van het zorgplan. Dan gaat het over de alledaagse dingen, maar ook over de manier waarop de zorgverlening daar zoveel mogelijk op kan aansluiten. Op het moment dat eigen regie daarin centraal staat, en de cliënt of zijn vertegenwoordiger door de zorgverlener en management écht aan het stuur wordt gezet, ontvalt de noodzaak vaak om in officiële procedures terecht te komen. Ik verwacht dat daaraan met de Beginselenwet een stevige impuls aan zal worden gegeven.

Ten aanzien van de vragen over de IGZ en het meldpunt gehandicaptenzorg en de rol van veldnormen bij het toezicht van de IGZ deel ik u het volgende mee. De IGZ werkt aan de inrichting van het Loket als een permanent meldpunt voor iedereen die iets te melden heeft over de zorgverlening. De meldingen die daar binnen komen worden beoordeeld conform de «Leidraad meldingen». De informatie wordt tevens gebruikt bij de selectie van te bezoeken instellingen. Ernstige meldingen worden door de inspectie onderzocht.

Gezien de positieve ervaringen met het meldpunt Gehandicaptenzorg is de IGZ voornemens dit jaar de mogelijkheden te onderzoeken om het huidige IGZ-loket per 2012 om te vormen tot een permanent landelijk meldpunt IGZ. De bevindingen geven daar aanleiding toe en een dergelijk meldpunt sluit meer aan bij de beoogde publieksfunctie van de IGZ. De

IGZ wil de ervaringen die zij dit jaar zal opdoen met het meldpunt Ouderenmishandeling betrekken bij deze verkenning.

Zowel binnen de ontwikkeling van het kwaliteitskader als door de verbetertrajecten worden veldnormen verder ontwikkeld. De inspectierapporten leiden ook tot de ontwikkeling van veldnormen waar deze nog ontbreken. Voorts kunnen de regieraad en het kwaliteitsinstituut een rol spelen bij de voortgang van de ontwikkeling van veldnormen.

Tot slot is in dit verband nog het volgende van belang. De inspectie houdt toezicht op alle sectoren waar sprake is van vrijheidsbeperkingen. De wijze waarop dit plaatsvindt, is niet zomaar voor elke sector gelijk te trekken omdat zowel de vraagstelling als de cultuur per sector verschilt. Belangrijk is dat er gewerkt wordt aan een cultuur waarin handelingsverlegenheid en onmacht bespreekbaar worden en expertise van buiten de zorginstelling wordt aangewend en beheersmatige maatregelen zoveel mogelijk worden voorkómen. Daarom besteedt de inspectie in haar toezicht op de gehandicaptenzorg veel aandacht aan bejegening van cliënten door medewerkers, deskundigheid van medewerkers en de cultuur van een instelling. Aandachtspunt hierbij is in hoeverre het uitvoerend personeel zich gesteund voelt door zowel het management als door behandelaars.

### **Reactie op de inbreng van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie vinden het belangrijk dat de mensen (zowel de cliënt als de werknemer) centraal staan en willen in dit verband weten of de denktank ook gaat kijken naar de communicatie tussen de werkvloer en de bestuurders. Dit is inderdaad het geval. De denktank gaat namelijk alle fasen van het zorgverleningsproces kritisch doorlichten op kwetsbare punten. Bij de gevonden punten zal de denktank voorstellen doen over hoe deze te vermijden zijn. De wijze waarop de communicatie tussen werkvloer en bestuur plaats vindt beschouw ik als een kritische succes- en faalfactor en is daarmee onderwerp van analyse door de denktank.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie hoe bij ingewikkelde cliëntgroepen de afweging gemaakt moet worden tussen persoonlijke veiligheid en de zorg voor een ander. Voorts willen deze leden weten welke oplossingen de Beginselenwet voor deze groep kan bieden.

Ethische vraagstukken zoals voornoemd maken een integraal onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid en handelen binnen een instelling. Ik vind dat het een taak is van de instellingen het zorgpersoneel bekend te maken met ethische vraagstukken en hen te trainen daarmee in hun dagelijkse zorg mee om te gaan.

De leden van de CDA-fractie vragen mij welke oplossingen de Beginselenwet zorginstellingen voor deze groep biedt. Ik ben van mening dat juist ook voor deze groep complexe zorgvragers de Beginselenwet een handvat kan bieden om het gevoel te krijgen meer zeggenschap over het eigen leven te hebben. Immers, door afspraken te maken over de inrichting van het dagelijks leven, over daginvulling en over de manier waarop de zorg daarop aansluit neemt de controle van de cliënt over zijn leven toe. In antwoord op vragen van de PvdA-fractie heb ik al aangegeven dat dit óók kan gelden voor situaties waarin gedwongen of onvrijwillige zorg wordt verleend.

De leden van de CDA-fractie wijzen er op dat bij de 40 cliënten in de gehandicaptenzorg in veel gevallen sprake is van een samenloop met (zware) psychische problematiek en vragen zich af hoe de denktank hier

mee omgaat. Voorts willen de leden weten hoeveel van deze cliënten in afzondering leven.

Gedragsproblematiek bij mensen met een verstandelijke handicap komt nogal eens voort uit psychische of psychiatrische problematiek en is daarmee onderwerp van de denktank.

Bij de circa 40 cliënten is sprake van het toepassen van vrijheidsbepalende maatregelen en/of afzonderen. Een uitsplitsing is hier niet gemaakt omdat het in beide gevallen gaat om vrijheidsbepalende maatregelen die van dominante invloed zijn op het dagelijkse leven van de cliënt. Dat vind ik een belangrijk criterium.

De leden van de CDA-fractie wijzen er op dat in de trendrapportage GGZ 2010 naar voren komt dat de besluitvorming en uitvoering van fixaties niet volgens de regels gaat. De leden vragen hoe ik deze problematiek ga betrekken bij het plan van aanpak complexe zorg.

Ik vind dit in eerste instantie een zaak voor het toezicht. In dit verband is het volgende van belang. Op basis van de recente uitkomsten van onderzoek dat door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar langdurige separaties is uitgevoerd (februari 2011) en het Algemeen Overleg «dwang in de GGZ» (d.d. 16 maart 2011) gaat de IGZ alle toepassingen fixatie in de GGZ die langdurig openstaan toetsen. Dat wil zeggen dat situaties waarin de mogelijkheid voor het toepassen van fixaties langer dan drie maanden openstaat, worden getoetst.

De leden van de CDA-fractie vragen mij of ik de maximum geldigheidsduur van de huidige CCE-adviezen (vijf jaar) niet te lang vind. Ik vind vijf jaar inderdaad een te lange periode om vooraf te kunnen overzien. Daarom vind ik ook dat het CCE de vinger aan de pols moet houden. Dat zal het CCE doen door cliënten voor wie na een consultatie een toeslag extreme zorgzwaarte is toegekend regelmatig te hertoetsen. Ik overweeg de NZa te vragen de desbetreffende beleidsregel op dit punt aan te passen.

Uit de diverse vragen die de leden van de CDA-fractie stellen over de opdracht en werkwijze van de denktank maak ik op dat deze toelichting vragen. Ik ga hier dan ook wat uitgebreider op in.

De denktank heeft naar zijn aard vooral een brainstormende functie, maar uitgangspunt hierbij is dat expliciet naar concrete oplossingen wordt gezocht. Daarom heeft de voorzitter de bevoegdheid werkgroepen te vormen waarin de ideeën en suggesties concreet worden uitgewerkt. De resultaten en aanbevelingen van de werkgroepen zijn vervolgens onderwerp van bespreking en discussie in de denktank.

Conform zijn opdracht zal de denktank het hele zorgproces doorlichten op kwetsbare punten en zo nodig voorstellen doen hoe deze te vermijden. Het doorlichten van de communicatie tussen werkvloer en management maakt hier een essentieel onderdeel van uit. Zodra de denktank voorstellen tot verbeteracties heeft ontwikkeld, dan kunnen deze in de praktijk, eventueel experimenteel, worden ingevoerd.

Ik vind het van belang dat de stem van de ouder c.q. cliëntenvertegenwoordiger in de denktank wordt gehoord. Daarom ook heeft een ouder van een cliënt zitting in de denktank. Het is voorts aan de voorzitter actief personen te benaderen voor deelname aan de werkgroepen.

Op de vraag van de leden van de CDA-fractie naar de samenloop met het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg deel ik het volgende mee. Bij het wetsvoorstel Verplichte ggz staat centraal het leveren van



passende (onvrijwillige) zorg, uitgaande van de individuele zorgbehoefte van de cliënt. Op deze manier zal het wetsvoorstel een bijdrage leveren aan het verhogen van de kwaliteit van (onvrijwillige) geestelijke gezondheidszorg. Dat geldt uiteraard ook voor cliënten met een complexe zorgvraag die geestelijke gezondheidszorg ontvangen. Voorts vragen deze leden of de ontwikkelingen rondom deze wetgeving op enigerlei wijze van invloed zijn op het werk van de denktank.

Dat is niet het geval. Ik wil namelijk dat de denktank zijn werk kan doen met een frisse blik en daarbij niet gehinderd wordt door juridische of financiële kaders.

Als laatste stellen de leden van de CDA-fractie een vraag over de hoge financiële uitgaven voor cliënten met extreme zorgzwaarte in een tijd waarin collectieve middelen onder druk staan. Ik wil hier als volgt op reageren.

Ik besef terdege dat kosten in de zorg een rol spelen en ook moeten spelen. Dat kan ook niet anders in een maatschappij waarin veel mensen om zorg vragen en budgetten niet oneindig zijn. Dat leidt enerzijds tot keuzes, tegelijkertijd dringt de vraag zich op of met de beschikbare middelen de meest adequate zorg wordt geboden.

Om die reden kan ik mij voorstellen dat er een maatschappelijk debat gaat ontstaan over zorguitgaven en «zorgkosten» per cliënt. In dit verband gebruik ik trouwens liever de term zorguitgaven dan het woord «kosten», als het over mensenlevens gaat.

Het maatschappelijk debat gaat over de hoogte van de zorguitgaven en daarvan afgeleid de «zorguitgaven» per cliënt. Dit is deels een ethisch vraagstuk, maar tevens een vraag naar de doelmatigheid van inrichting van de zorg. Deze vragen strekken overigens veel verder dan alleen de gehandicaptenzorg. Ik wil cliënten AWBZ-breed de zorg (blijven) bieden die zij nodig hebben.

De leden van het CDA stellen ten principale het vraagstuk van de meerwaarde door bundeling van kennis aan de orde, ook in relatie met de systematiek van de WBMV. Ik stel mij voor dat het principe – het vanuit zorginhoudelijke overwegingen stellen van kwaliteitscriteria aan aanbieders om te voorkomen dat expertise in de complexe zorg versnipperd raakt – zeker onderwerp van discussie in de denktank kan zijn.

### **Reactie op de inbreng van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie willen weten waarom ik een denktank complexe zorg heb ingesteld, en of het CCE deze taak niet kan vervullen. De opdracht van de denktank is veel breder dan die van het CCE. Ik licht dit toe. Het CCE richt zich op het hanteerbaar maken van vastgelopen zorgsituaties en heeft daartoe veel deskundigheid en een uitgebreid netwerk opgebouwd. Naar de aard van haar activiteiten richt het CCE zich echter op individuele casuïstiek in reactie op verzoeken om consultatie. De opdracht van de denktank is niet casus- maar systeemgericht. Ik verwacht dat er verbeterlagen te maken zijn door ervaringen op casusniveau te vertalen naar systeemniveau. De denktank zal daartoe het gehele zorgproces inclusief preventie en vroegdiagnostiek doorlichten op kwetsbare punten. Bij de gevonden punten zal de denktank voorstellen doen hoe deze te vermijden.

Voorts stellen de leden van de SP-fractie vragen bij de samenstelling van de denktank en naar de criteria die bij de samenstelling ervan zijn gehanteerd.

Na het spoeddebat in de Tweede Kamer d.d. 19 januari 2011 zijn er heel veel reacties binnen gekomen van wetenschappers, zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen, organisaties, onderzoekers, therapeuten en ook van mensen die anderszins hun betrokkenheid wilden tonen en hun bijdrage willen leveren. Voor de samenstelling van de denktank heb ik personen benaderd met diverse achtergronden en uiteenlopende functies in zowel de zorg als de wetenschap. De overeenkomst is dat zij allen vanwege hun professie en/of hun persoonlijke betrokkenheid een belangrijke rol spelen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en complexe (gedrags)problematiek. Voorts maakt een hoogleraar ethiek van de zorg aan kwetsbare ouderen onderdeel uit van de denktank. Ik vind het namelijk belangrijk de problematiek vanuit een wat breder perspectief te benaderen. Ik ben ervan overtuigd dat ook vanuit de ouderenzorg relevante gezichtspunten naar voren kunnen worden gebracht. Ik heb dus niet gekozen voor een evenredige vertegenwoordiging van disciplines. Voorts maken een ouder van een cliënt, de directeur van de cliëntenvereniging LFB en de directeur Kans Plus/platform VG deel uit van de denktank. De voorzitter van de denktank heeft de bevoegdheid werkgroepen in te stellen. De uitwerking van de ideeën van de denktank zal namelijk vragen om specifieke deskundigheid. Daartoe is het nodig tevens personen met relevante ervaring, deskundigheid en achtergrond aan te trekken dan in de denktank zelf vertegenwoordigd zijn.

Verder willen de leden van de SP-fractie graag weten of de problematiek care breed speelt of dat deze alleen gesitueerd is in de gehandicaptenzorg.

Ook in de ouderenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg worden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. De denktank complexe zorg heeft als opdracht zich expliciet te richten op de problematiek van cliënten in de gehandicaptenzorg die in vergelijkbare omstandigheden verkeren als B. Uiteraard zullen ook de ouderenzorg en de GGZ kunnen profiteren van de inzichten en adviezen van de denktank. Daarom ook zal ik de tussen- en eindrapportage van de denktank AWBZ-breed verspreiden. De denktank gaat in zijn analyse onder meer in op de kwetsbare punten in het zorgproces wanneer het gaat om complexe zorg. Uit ervaring weet ik dat cultuur daar in ieder geval een onderdeel van uitmaakt en dat stijgt over de sectoren heen. In overleg met de cliëntenorganisaties wil ik gaan bekijken op welke wijze de tussenrapportage van de denktank, in combinatie met een rapportage van Stichting IVA en onderzoek naar best practices in de GGZ, kan worden geagendeerd om sectoroverstijgend te kunnen leren van goede voorbeelden die juist dat aspect betreffen.