

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

## 62

Vragen van het lid **Straus** (VVD) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *hoge frequentie en duur separeren van psychiatrische patiënten* (ingezonden 4 juli 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 19 september 2012). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 3060. Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 3119.

### Vraag 1

Kent u het onderzoek van het Erasmus MC «Coercive Interventions during Inpatient Psychiatric Care Patient's preference, prevention and effects» waarop Irina Georgieva is gepromoveerd en dat op 18 juni 2012 door het Erasmus MC is gepresenteerd?<sup>1</sup>

### Antwoord 1

Ja.

### Vraag 2

Klopt het dat het onderzoek is gefinancierd door uw ministerie? Zo ja, wat is de onderzoeksopdracht?

### Antwoord 2

Het onderhavige onderzoek is niet in opdracht van het Ministerie uitgevoerd en is niet gefinancierd via de begroting van VWS.

### Vraag 3

Hoe beoordeelt u de uitkomst van dit onderzoek dat in Nederland psychiatrische patiënten te vaak en te lang in de separeercel gezet worden?

### Antwoord 3

De conclusie van onderhavig onderzoek is gebaseerd op bestaande en bij mij bekende gegevens. Vanuit dat perspectief is reeds in 2006 een traject in gang gezet om het aantal separaties terug te dringen. Een daling van het separatiecijfer is zichtbaar. In de afgelopen zes jaar heeft het veld goede alternatieven ontwikkeld om dwang- en drangtoepassingen te voorkomen. Er is een

<sup>1</sup> <http://www.erasmusmc.nl/perskamer/archief/2012/3766785/>

cultuurverandering zichtbaar in de GGZ maar verdere verbetering is noodzakelijk.

Wat uit de afgelopen jaren duidelijk is gebleken is dat het terugdringen van dwang en drang een samenspel van meerdere interventies, bejegening en omgevingsfactoren is, waarmee maatwerk voor de patiënt mogelijk wordt. Het Bestuurlijk Akkoord GGZ dat ik op 18 juni 2012 met de sector heb gesloten (TK 2011/2012, 25 424 nr. 183) is derhalve een bekrachtiging daar waar het de afspraken over terugdringen van dwang en drang betreft. Dit betekent dat dwang en drang alleen als ultimum remedium en zo kort mogelijk wordt toegepast. Er mag geen sprake meer zijn van eenzame insluiting en tijdens een separatie is er altijd persoonlijk contact tussen patiënt en zorgaanbieder. Ook mag er geen substitutie optreden tussen het verminderen van separaties en andere dwangtoepassingen. Het terugdringen van dwang en drang is onderdeel van het integrale GGZ-beleid van de instelling. Om de zorgteams te ondersteunen bij complexe zorgvragen die uit kunnen monden in het opleggen van langdurige dwang en drang is sinds dit jaar de interne en externe consultatie als norm door GGZ Nederland geïntroduceerd. De IGZ ziet hierop toe. Dit draagt bij aan veilige zorg en verdere professionalisering van de zorgverleners.

Vraag 4

Wat is volgens u de oorzaak van het grote verschil in duur van de separeren (63 uur in Nederland) ten opzichte van andere landen (6,6 uur in Duitsland, 3 uur in Noorwegen)?

Antwoord 4

Er is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag naar de oorzaak van de verschillen tussen de situatie in Nederland en elders. Verschillen in onderzoeken maken een vergelijking vaak niet mogelijk. Dit compliceert een betrouwbare internationale vergelijking.

Dwangtoepassingen vinden in veel Europese landen plaats. Veelal gaat het om dwangmedicatie, fixatie en separeren. De situatie per land verschilt enorm, zowel wat betreft de soorten dwangmiddelen die zijn verboden en toegestaan, als de wijze waarop dit in verschillende wetgevingen is verankerd.

Vraag 5

Wat vindt u van de uitkomst van het onderzoek dat er een bewustwordingsproces en cultuurverandering nodig is onder behandelaars omdat, wanneer behandelaars beter geschoold en getraind zijn op het gebied van dwangbehandelingen, de duur van het separeren kan worden teruggebracht van 40% naar 0,1% van de tijd? Wat kunt u betekenen om de scholing en training van medewerkers op het gebied van dwangmaatregelen te verbeteren? Welke rol ziet u hierin voor de sector?

Antwoord 5

Ik kan mij vinden in de conclusie van het onderzoek dat meer bewustzijn en een cultuurverandering kan leiden tot een vermindering van de duur van het separeren. De teruggang van 40% opnameduur separatie naar 0,1 %, zoals genoemd in het onderzoek van het Erasmus MC, is gevonden na introductie van een 1 op 1 begeleidingsprogramma op een afdeling met patiënten met ernstige borderline persoonlijkheidsstoornissen. Deze bevinding is niet generaliseerbaar over andere afdelingen c.q. projecten.

De zorgsector en werkgevers zijn verantwoordelijk voor de inrichting van de scholing en trainingen van behandelaars en verpleegkundigen in de GGZ. Ook daar waar het dwang en drang betreft. Het is aan hen om het opleidingsprofiel actueel te houden aan de praktijk en ontwikkelingen op gebied van ontwikkelde alternatieven daarin mee te nemen. GGZ Nederland is gestart om het beroepsprofiel van verplichte zorg voor verpleegkundigen niveau 4 en 5 aan te passen.

Zie verder mijn antwoord op vraag 3.

Vraag 6

Kunt u bevestigen dat op 29 februari 2012 inderdaad het traject gestart is om een Multidisciplinaire Richtlijn en een normenkader voor Dwangmaatregelen in de psychiatrie te gaan opstellen, zoals veldpartijen dit eerder in een brief

aan u hebben gecommuniceerd? Zo ja, klopt het dan dat men momenteel in de literatuurresearchfase is? Zo nee, waarom is er nog geen start gemaakt met dit traject?

Antwoord 6

Veldpartijen zijn inderdaad gestart met het traject voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn «Dwang en drang» (MDR). De richtlijncommissie die de MDR gaat ontwikkelen is samengesteld. Na de zomer start de bijeenkomst voor de inhoudelijke discussie en vormgeving van de MDR. De planning is om eind 2013 een te autoriseren MDR gereed te hebben.

Vraag 7

Deelt u de mening dat dit onderzoek meegenomen zou moeten worden bij de opstelling van de Multidisciplinaire Richtlijn Dwangmaatregelen en het normenkader? Zo ja, wat kunt u er aan doen om dit te bevorderen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Alhoewel het aan veldpartijen is om op basis van nieuwe relevante inzichten de vigerende richtlijnen aan te passen dan wel nieuwe richtlijnen te ontwikkelen, acht ik het onderzoek relevant. Ik zal partijen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de MDR actief op onderhavig onderzoek wijzen.

Vraag 8

Kan er nu al gelijk actie worden ondernomen om patiënten vaker aan te laten geven welke vorm van behandeling zij wensen in het geval van een crisis, conform één van de aanbevelingen uit het rapport? Ziet u hier een rol voor uzelf of voor de sector weggelegd? Zo ja, welke? Dient wet- en regelgeving aangepast te worden om meer aandacht aan de wensen van de patiënt te kunnen besteden, of juist niet? In hoeverre biedt het wetsvoorstel Verplichte ggz hierbij uitkomst en wanneer kan de nota naar aanleiding van het verslag binnenkort worden verwacht in verband met de verdere behandeling?

Antwoord 8

Ik vind het van belang om de patiënt nadrukkelijk bij zijn behandeling te betrekken, voor zover de patiënt daartoe in staat is. In de huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen bestaat al de mogelijkheid om een zelfbindingsverklaring op te stellen. De zelfbindingverklaring is bedoeld voor patiënten die lijden aan chronische psychiatrische stoornissen, waarbij periodes waarin deze patiënten nagenoeg vrij zijn van symptomen zich afwisselen met periodes van ziekte. In een periode waarin de patiënt vrij is van symptomen kan hij met zijn behandelaar een zelfbindingsverklaring opstellen. In de zelfbindingsverklaring kan de patiënt zelf van tevoren aangeven wat hij vindt dat er moet gebeuren wanneer het weer minder goed met hem gaat en naar aanleiding van welke omstandigheden de patiënt wil worden opgenomen en behandeld, ook als hij dat dan niet meer wil. Een zelfbindingsverklaring kan alleen leiden tot gedwongen opname en behandeling als de rechter een zelfbindingsmachtiging heeft verleend op basis van de zelfbindingsverklaring.

Tevens wordt in de praktijk gewerkt met een crisiskaart, al dan niet voorzien van een daarbij behorend crisisplan. Op de crisiskaart geeft de patiënt aan hoe een crisis er bij hem uit ziet en welke hulp hij in geval van een crisis wel en welke hulp hij niet wil ontvangen. Verder geeft hij op de kaart aan met welke mensen hij welke afspraken heeft gemaakt over opvang tijdens de crisis. Alle bij de crisiskaart betrokken personen ondertekenen de kaart. Een dergelijke kaart is gebaseerd op de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Weigert iemand met een crisiskaart op het laatste moment mee te werken aan de uitvoering van de afspraken, dan houdt het daarmee op. Met de hierboven genoemde zelfbindingsmachtiging kunnen de afspraken wel tegen iemands wil worden uitgevoerd.

In het wetsvoorstel verplichte GGZ staat het verlenen van goede zorg op maat centraal. Als algemeen uitgangspunt is geformuleerd dat bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg, zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van betrokkene. Zo kan de patiënt in een zorgkaart zijn voorkeuren aangeven ten aanzien van de behandeling. Met name personen aan wie al eerder onvrijwil-

lige zorg is verleend zullen eigen voorkeuren voor de soort medicatie, de wijze van toediening en het al dan niet toepassen van specifieke dwangmaatregelen hebben ontwikkeld.

Ik verwacht de nota naar aanleiding van het verslag van de Wet verplichte ggz tezamen met de nota van wijziging van de Wet verplichte ggz in het najaar naar uw Kamer te zenden.