

Vergaderjaar 2011–2012

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 165

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 20 maart 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 1 maart 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 september 2011 inzake het rapport Separaties binnen zeer complexe zorgsituaties (25 424, nr. 134);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2011 over het IGZ-rapport over V. betrokken bij schietincident in Alphen aan den Rijn (32 739, nr. 3);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 oktober 2011 over Stand van zaken over de moties en toezeggingen in kader van het AO en het VAO dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg (30 492, nr. 54);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2011 over Voortgang multidisciplinaire richtlijn dwang (30 492, nr. 55);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 december 2011 over Uitkomsten Inspectieonderzoek naar de preventie van separeren 2008 (25 424, nr. 154);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 januari 2012 over Best Practices rondom dwangreductie in de ggz (25 424, nr. 159).**

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

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

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (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), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Bernds (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Hazekamp (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Eijssink (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

Voorzitter: Van Gerven
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Van Gerven, Straus, Voortman en Wiegman-van Meppelen Schepink,

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

De **voorzitter**: Ik heet iedereen van harte welkom bij dit algemeen overleg over dwang en drang in de ggz. De spreektijd per fractie is vijf minuten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. In de ggz werken mensen heel hard. Ze werken met mensen die heel ingewikkelde problemen en vragen hebben. Deze mensen hebben ook niet altijd inzicht in hun eigen probleem. Daardoor krijgen de medewerkers niet altijd waardering maar daarom hebben wij des te meer waardering voor hen. Ze moeten hun werk echter wel goed kunnen doen. Ze moeten dus wel doen waarvoor ze opgeleid zijn. En daar zijn we inmiddels een beetje kritisch over. We hebben heel veel werkbezoeken afgelegd en veel gesprekken gevoerd en wij vinden dat het tijd is voor een kwaliteitsslag, zodat medewerkers hun werk goed kunnen doen. In eerste instantie moet die kwaliteitsslag gemaakt worden in het terugdringen van drang en dwang. Het gebruik van dwang en drang is nog steeds veel te hoog, terwijl het middel heel ingrijpend is. Dwang en drang is het beheersen en niet het behandelen van een persoon. Er zijn instellingen die het bijna tot nul hebben gereduceerd. Ik noem er een paar: Accare, Gelderse Roos en Trajectum. Zij verdienen een groot compliment maar er zijn ook nog veel instellingen die achterblijven. GGZ Nederland heeft zichzelf een ambitie gesteld, een heel lage, en die heeft ze niet gehaald. De multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang – we hebben er vijf jaar geleden om gevraagd – wordt nu eindelijk gemaakt. We hebben ook om veldnormen gevraagd. Ook noem ik de ondergrens voor verantwoorde zorg naar aanleiding van een aantal incidenten in de isoleercel. Dit alles is er nog steeds niet en dat is heel erg zorgelijk. Wij vinden ook dat de tijd van praten voorbij is. Er zijn instellingen die het kunnen, die het hartstikke goed doen en die dwang en drang bijna terugdringen tot nul. Het kan dus. Wij willen dat alle instellingen dat gaan doen. Het begint ermee dat de besturen van die instellingen medewerkers zo moeten scholen, opleiden en coachen dat ze het ook kunnen doen. En er is een stok achter de deur nodig, want na vijf jaar praten moet er nu actie worden ondernomen. Ik vraag de minister dan ook wat de mogelijkheden zijn om de instellingen te dwingen dat het volgend jaar gewoon veel beter gaat. Is het mogelijk om via prestatie-indicatoren en via de zorgkantoren druk uit te oefenen?

Dan de controle van de IGZ hierop. De IGZ is het ook gewoon zat. Die heeft gezegd: het kan niet meer, het moet beter, als het veld geen normen stelt, stellen wij die. Dat is op zichzelf heel bewonderenswaardig, maar de IGZ zegt wel namens de minister dat eenzame opsluiting niet meer mag, behalve als er een camera hangt. Wij willen van de minister weten wat het therapeutisch effect van een camera is en op welke manier een camera een patiënt behandelt, want volgens ons is het nog steeds geen behandeling. Wij waarderen de inzet van de IGZ daar waar het veld faalt, maar er is meer nodig. Wij willen ook weten of bij de IGZ inmiddels de cijfers op orde zijn over aard, omvang en oorzaak van dwang en drang. Verder willen wij weten – de toezegging hebben we al gehad van de staatssecretaris – hoe het zit bij dwang en drang in de jeugdzorg, want die kan volgens ons daar fors naar beneden.

Dan kom ik op mijn tweede punt inzake kwaliteitsverbetering en dat noem ik «1-1-3 voor de psychiatrie». Te vaak horen wij voorbeelden van heel

verwarde mensen die heel erge dingen doen. Te vaak zijn er mensen die signalen zagen en soms was iemand al in beeld bij de ggz, maar toch gaat het dan verschrikkelijk mis. Wij horen dan dat mensen vaak niet weten waar ze heen moeten als ze vragen of zorgen hebben. Als iemand zich meldt, wordt die niet geholpen of wordt er geen risicotaxatie gemaakt. Er wordt niet altijd adequaat ingegrepen. Dat is ongezond en gevaarlijk, niet alleen voor het individu maar ook voor de samenleving. Er zijn crisisdiensten en instellingen met hoge balies. Dat is tevens het probleem. Ze zijn te hoogdrempelig voor verwarde mensen. Als je als omgeving een signaal wil afgeven, kom je er gewoon niet doorheen. Daarom pleit de PvdA voor betere en meer toegankelijke hulp per regio. Wat er nu is, is onvoldoende en werkt bovendien niet goed. Dat kan en moet beter. Wij vatten dat samen als 1-1-3 voor de psychiatrie. 1-1-2 kent iedereen. Heb je een lichamelijk mankement, dan komt de ambulance. Als mensen een psychisch probleem hebben, weten ze niet wat ze moeten doen en wie ze moeten bellen. Daardoor blijven er te veel mensen buiten beeld. Wij vragen niets nieuws. Wij willen een betere samenwerking en afstemming van het bestaande aanbod. Dat betekent een lokaal punt waar mensen hun zorgen kunnen uitten, bijvoorbeeld via mails of publicatie op internet. Vervolgens moet er een risicotaxatie worden gemaakt en moet er wanneer dat nodig is, snel worden gehandeld. Een punt ook waar informatie en advies kunnen worden gegeven. Vooral ook een punt dat laagdrempelig en herkenbaar is. Iedereen kent 1-1-2, maar 1-1-3 kennen we weliswaar van internet, maar men weet te vaak niet waar men heen moet met zijn vraag of probleem. En wij willen daar verandering in brengen. Tegelijkertijd is het een punt waar een verantwoordelijkheid ligt. Dus niet verantwoordelijkheden naar elkaar toe schuiven; als je het weet, moet je er ook naar handelen. Zo kunnen we verwarde mensen beter in beeld houden. We kunnen niet alles voorkomen, maar we kunnen wel risico's beperken voor het individu en daarmee voor de samenleving. De vraag aan de minister is of zij herkent dat zoiets er momenteel niet is of dat wat er is, nog te ontoegankelijk is. Wil zij het veld de opdracht geven hiermee aan de slag te gaan? Dit vergt wel deskundigheidsbevordering als het gaat om risicotaxatie. Daarbij kan een voorbeeld worden genomen aan de forensische ggz. Daar is men al heel ver op dit punt. Dit moet dus ook voor de reguliere ggz gelden. Tevens vraagt dit dat familie en ervaringsdeskundigen er veel eerder en beter bij worden betrokken en worden ingezet. Dat is fijn voor de mensen die allerlei signalen hebben en die wanhopig zijn omdat ze niet weten waar ze heen moeten en het is ook goed voor de patiënt zelf.

De wet verplichte ggz ligt er nog steeds niet. Wij hebben begrepen dat er een discussie is tussen VWS en Justitie en ondertussen smachten het veld en de medewerkers naar meer mogelijkheden om sneller en beter in te kunnen grijpen. Minister, wat is er aan de hand? Vindt u het niet belangrijk genoeg?

Dan de eigen bijdrage. Gisteren hebben we de minister trots horen zeggen dat er een heleboel mensen niet meer naar de ggz gaan: fantasistisch, de vraag neemt af. Wij vinden het echter gênant. Want wat gebeurt er? Mensen met heel ingewikkelde zorgvragen blijven weg. De Gooise vrouwen gaan er gewoon heen, want die kunnen het betalen. Maar dit is een gevaarlijke ontwikkeling. De minister zegt dat de bemoeizorg wordt uitgesloten van de eigen bijdrage, maar dat is keihard niet waar. Zorgverzekeraars Nederland heeft namelijk al gezegd: dit is de grens en als jullie meer mensen krijgen, betalen we het niet meer. Dat betekent dus dat we gevaarlijke mensen op straat laten lopen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik zou graag nog een vraag willen stellen aan mevrouw Bouwmeester over het bericht dat vanochtend op Zorgvisie verscheen waarin de PvdA voorstelt om instellingen die onvoldoende dwang en drang terugdringen, te korten. Ik denk dat dit heel

grote gevolgen kan hebben, in de zin dat er dan juist meer ontslagen vallen en er meer dwang en drang toegepast wordt, maar ik heb daar nu niets van teruggehoord in de bijdrage van mevrouw Bouwmeester. Ik wil dus graag weten hoe de PvdA daar nu in staat.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank u wel voor uw vraag, zodat ik het wat uitgebreider kan toelichten. De tijd van vrijblijvendheid is voorbij. Het kan beter. Dat hebben we gezien bij bepaalde instellingen. Voor Instellingen die dwang en drang niet tot bijna nul reduceren, is een stok achter de deur nodig. Ik heb de minster gevraagd om via een prestatie-indicator en via de zorgverzekeraars druk uit te oefenen. Dat laatste kan op verschillende manieren. Je kunt instellingen die het op dit punt goed doen, zoals Accare, Gelderse Roos en Trajectum, gaan belonen. Je kunt ook ervoor kiezen om instellingen die het niet goed doen, te straffen. Het maakt ons niet zo heel veel uit hoe we het doen, als het maar effectief is. Daarbij is het wel heel belangrijk dat de patiënt hier nooit de dupe van mag worden. Dat is de opdracht die wij de minister hebben meegegeven en ik hoop dat zij en overigens ook de rest van de Kamer dat met ons eens zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Maar betekent dit dan dat mevrouw Bouwmeester het korten van instellingen als een mogelijkheid ziet? Hoe is dat dan te rijmen met haar uitspraak dat de patiënt niet de dupe mag worden? Ggz-instellingen en het personeel dat daar werkzaam is, hebben het nu al heel moeilijk. Er is daar sprake van hoge werkdruk en veel ontslagen. Als instellingen dan gekort worden, maak ik mij er zorgen over dat dit alleen maar tot meer ontslagen gaat leiden en tot meer inzet van dwangmaatregelen. Dus ik vraag mij af of dit wel de goede oplossing is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben begonnen te zeggen dat ik heel veel waardering heb voor de mensen die werken in de ggz. Die doen het allerzwaarste werk in de zorg en die mogen nooit de dupe worden. Patiënten mogen ook niet de dupe worden. Sterker nog, patiënten zijn nu de dupe. In de ene instelling wordt er bijna geen dwang en drang toegepast en in de andere instelling juist heel veel. Na vijf jaar vragen en lief en aardig zijn, zijn we het gewoon zat. Wij willen dat het personeel in staat wordt gesteld om dwang en drang terug te dringen. Dat betekent dat het tussen de oren van de bestuurders moet zitten dat ze daarop moeten sturen. Een half jaar geleden toen we alle jaarverslagen onder ogen kregen, hebben we de minister gevraagd hoe het toch kan dat de instellingen niet rapporteren over dwang en drang. Er stond weliswaar dat ze er mee bezig waren maar er stond niet: we hebben het keihard teruggebracht en op deze manier gaan we het doen. Ik ben het dus helemaal met u eens dat patiënten en personeel er niet de dupe van mogen worden. Dus moet je het op een slimme manier doen, waarbij je de een beloont en de ander straft. Als je een instelling financieel straft, lijkt het mij een fantastisch idee om te kijken of je het geld weg kunt halen bij het bestuur en niet bij de medewerkers. We moeten in ieder geval op zoek naar een stok achter de deur. Wij willen die effectieve stok hebben. Dus als u er een voorstel over hebt, hartstikke goed. Volgens mij zijn we het heel erg met elkaar eens.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan ...

De **voorzitter**. Mevrouw Voortman, dit is uw derde vraag, ik wil het tot twee beperken. In uw eigen bijdrage kunt u er altijd nog op terugkomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het eenzaam opsluiten is mensonwaardig, het is een zwakgebod. Het is dan ook moeilijk voor te stellen dat we het met z'n allen zo lang zo normaal hebben gevonden,

maar tijdens mijn werkbezoeken heb ik enthousiaste verpleegkundigen en psychiaters gezien die aantoonde welke goede resultaten ze hebben bereikt met het terugdringen van separaties. Hun enthousiasme en de wil om de cultuur te veranderen waren bij hen echt aanstekelijk. Ook complimenten voor de inspectie die ook echt wil dat separeren tot het verleden gaat behoren. De inspectie stopt er ook veel mankracht in omdat ze per geval moet beoordelen. En dat is eigenlijk onnodig als de veldnormen en de multidisciplinaire richtlijn er al waren geweest. Daar ligt ook het probleem. De afname van separaties stagneert in 2010. Maatregelen om separaties te voorkomen worden te weinig ingezet. Een gemeenschappelijk normenkader ontbreekt. Er is geen olievlekwerking van goede voorbeelden. We komen dus uiteindelijk ondanks het enthousiasme bij een deel van de instellingen in de sector, geen stap vooruit. Het CDA vindt het dan ook belangrijk dat zo snel mogelijk die multidisciplinaire richtlijn en die veldnormen klaar zijn. Mijn vraag aan de minister is dan ook wanneer ze klaar zijn. Hoe kan de minister nog meer druk op dit proces gaan zetten?

Daarnaast is het registreren van dwangmaatregelen erg belangrijk. De minister gaf in haar brieven aan dat het nieuwe registratiesysteem Argus begin 2012 een juridische basis moet krijgen. Het is nu begin 2012. Is die juridische basis er al? Wordt het gesloten kamerprogramma ook in Argus opgenomen? Met dat programma bedoel ik het volgende. Ik hoor af en toe geluiden dat men niet meer in de separeercel zit maar dat er soms wel een slot op de deur zit van de kamer waar de patiënt verblijft. Verder heeft de inspectie gezegd dat het noodzakelijk is dat er meer wetenschappelijk onderzoek wordt verricht naar de effectiviteit van methoden om separaties terug te dringen. Hoe pakt de minister deze nuttige aanbeveling op?

Een kleine groep mensen zit langer dan drie maanden een deel van de dag aaneengesloten in de separeer. Dat is geen handelingsverlegenheid, dat is onmacht. De zorg is enorm verkokerd. We lopen daar in deze Kamer wel vaker tegen aan. Als je één probleem hebt, ben je prima te behandelen, maar als je én psychische problemen hebt én je verstandelijk gehandicapt bent, pas je al vaak niet meer in een hokje. Die mensen komen veelvuldig in de separeer terecht. De minister wil graag dat er sectoroverschrijdend geleerd wordt om dit te stoppen. Maar hoe dan? Hoe gaat de minister dit nu op poten zetten?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het punt dat het CDA maakt is zeer terecht: sectoroverstijgend samenwerken. Het is belangrijk te horen hoe de minister dat gaat doen. Vindt u het ook belangrijk dat de minister dan tevens kijkt hoe dat gefinancierd wordt? We kennen bijvoorbeeld Trajectum in het noorden van het land waar Alex Oudman zit, die we allemaal nog kennen vanuit een situatie dat het heel slecht met hem ging terwijl het nu heel goed met hem gaat maar waarbij de financiering niet structureel geregeld is, waardoor het er steeds om spant of hij nog wel de hulp krijgt die hij nodig heeft. Vindt u dat de minister dat ook mee moet nemen in haar antwoord aan u en mij?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ook bijvoorbeeld in de jeugdzorg zie je dat er vaak veel schotten in de financiering zitten. Het is dan ook van belang om die schotten weg te nemen. Als uit de analyse van wat er verbeterd kan worden door de sectoren bij elkaar te brengen, blijkt dat er schotten in de financiering zitten, is het uiteraard van belang na te gaan of die weggehaald kunnen worden.

Ons als CDA bereiken steeds meer geluiden dat het separeren dan wel het vastbinden afneemt, maar dat het voorkomt dat oudere mensen die dement zijn, chemisch vastgebonden worden. Ze krijgen antipsychotica toegediend om rustig te blijven en minder agressief te zijn. Dat kan je netjes inzetten maar je kan het ook als een paardenmiddel inzetten. Het

blijkt vaak dat de doses zo hoog zijn dat er uiteindelijk verstramming optreedt en hart- en vaatziekten toenemen en dat dit de levensduur van deze mensen verkort. Mijn vraag aan de minister is of er wel goede richtlijnen bestaan voor het toedienen van deze medicijnen aan ouderen. De familie kan een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van separaties, maar we zien dat het familiebeleid bij veel ggz-instellingen nog echt een beetje in de kinderschoenen staat. Welke ruimte ziet de minister om in het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg de rol van de familie of de familievertrouwenspersoon daadwerkelijk vast te leggen? Ook is belangrijk te constateren dat de Stichting Familievertrouwenspersoon heel goed werk verricht. Wanneer komen de staatssecretaris en de minister met genoemd wetsvoorstel?

De vorige week is Nederland opgeschrikt door een steekpartij waarbij Stanley A. verdachte is. Het CDA heeft net als de PvdA gevraagd om een brief om straks lessen te kunnen trekken uit dit voorval. Hoe kunnen we leren van wat er gebeurd is als zorginstelling De Waag weigert om informatie te geven? We hebben begrip voor het feit dat er sprake is van een beroepsgeheim, maar dat beroepsgeheim mag nooit een toevluchtsoord zijn. Soms weegt het algemeen belang zwaarder. Graag verneem ik de reactie van de minister hierop.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik denk dat CDA en PvdA op één lijn zitten als het gaat om de zorgen over de toegankelijkheid van de ggz. Herkent u het verschijnsel dat wanneer omgeving en familie zien dat het niet goed gaat, ze niet weten waar ze heen moeten en dat als ze het wel proberen, ze geen antwoord krijgen? Vindt u dan ook met ons dat de minister de opdracht aan het veld moet geven om ervoor te zorgen dat de crisisdiensten en instellingen veel toegankelijker worden zodat er sneller en eerder ingegrepen kan worden als dat nodig is?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat zijn eigenlijk twee verschillende punten. Als het gaat om het betrekken van de familie zie ik tijdens mijn vele werkbezoeken dat een aantal instellingen er echt goed werk van maken. Zo heb ik een psychiater horen zeggen dat doordat men een familielid betrokken heeft bij een patiënt voorkomen kon worden dat laatstgenoemde in de separeer terechtkwam.

Verder vraagt u of de crisisdiensten en hulpverleningsinstanties hun werk goed doen. Het CDA vindt het van belang om datgene wat we op dat punt hebben, te versterken. Daarom waren we ook blij te hebben mogen constateren dat de ggz en de politie een convenant hebben gesloten om de afspraken echt heel goed te borgen. Daar zit namelijk een heel belangrijke schakel die nog veel sterker moet worden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mooie en terechte woorden, maar mijn vraag is of u het signaal herkent dat zo'n crisismeldpunt of instelling vaak nog te ontoegankelijk is voor mensen die mailtjes krijgen of dingen op internet lezen met allerlei verschrikkelijke teksten? Vindt u dan ook dat de minister het veld de opdracht moet geven dat die toegankelijkheid wordt verbeterd, omdat het daardoor gezonder en veiliger wordt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wat ik herken, is dat ik zie dat verschillende instellingen soms beter met elkaar moeten gaan praten. Het gaat er uiteindelijk om dat de ggz, de politie en de huisarts elkaar weten te vinden. Je ziet in het veld dat daarin nu stappen worden gezet. Volgens mij moeten wij dat vooral aanjagen in plaats van nieuwe dingen gaan creëren zodat mensen nog verwarder raken over waar ze uiteindelijk terechtkunnen.

Voorzitter. Het is treurig dat niet alleen in den lande maar ook in de landen om ons heen de afgelopen jaren het aantal mensen is toegenomen dat suïcide heeft gepleegd. Achter elk getal zit een jongere of een volwassene

die rondloopt met de gedachte «als ik er niet meer was». Die suïcidale gedachten moeten we wel heel erg serieus nemen. Het ergste wat iemand met suïcidaal gedrag kan overkomen, is dat zijn gedachten worden weggewuifd en er niet op wordt ingegaan. Juist dan blijven die levensvragen overeind en doormalen. Psychiaters geven soms ook eerlijk toe dat het moeilijk is om dat gesprek goed aan te gaan. Het CDA hoopt dat in de multidisciplinaire richtlijn of bij de introductie ervan er ook aandacht is voor de achterliggende problematiek waarbij bij sommige volwassenen en jongeren de levensvragen en levensopgaven zijn gefilterd tot één oplossing: als ik er maar niet meer was. Graag verneem ik hierop de reactie van de minister.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De vorige sprekers hebben het al gezegd: er wordt nog steeds veel gesepareerd in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland, ondanks de inzet om het terug te dringen en ondanks de doelstellingen op dat punt. De ggz-sector was zelf ambitieus door de doelstelling om separatie jaarlijks terug te dringen met 10%, maar dat is helaas nog niet gelukt. Het aantal neemt nog steeds af maar de afname stagneert. Deels komt dat omdat nu het moeilijkste deel komt, namelijk de zwaarste cliënten die overblijven, maar deels ook omdat er nog veel te verbeteren is in de cultuur binnen ggz-instellingen. Nog niet zo lang geleden kwam het voor dat ggz-medewerkers wanneer iemand binnenkwam, die persoon eerst separeerden. Dat kunnen we ons nu niet meer voorstellen. Dat laat dus al zien welke ontwikkeling daar heeft plaatsgevonden. Nu loopt de beleidsregel dwang en drang af. GroenLinks heeft er al in eerdere debatten op gehamerd dat het een kwestie van lange en permanente aandacht is. Dat kan en moet door er in scholing, bijscholing en nascholing aandacht voor te hebben maar ook door het delen van best practices. Het is goed dat de minister kijkt naar een landelijk informatiepunt. Wat ons betreft moet dit operationeel zijn voordat de beleidsregel afloopt, zodat er ook structurele aandacht voor is. Het moet ook een organisatie zijn met stevige tanden. Wij denken bijvoorbeeld aan invoering van een benchmark zodat minder goed presterende instellingen kunnen worden aangesproken en aangespoord en goed presterende instellingen positieve aandacht krijgen. Landelijke percentages werken eigenlijk nauwelijks, want dan zie je niet goed de verschillen tussen de instellingen en zelfs ook niet de verschillen die er tussen afdelingen binnen een- en dezelfde instelling zijn. Dus je moet echt kijken naar wat het geheim is van de instellingen die wél goed presteren. Het ligt heel erg aan de cultuur, waar medewerkers hebben gezien dat het ook echt anders kan, waar mensen vooraf maar ook gedurende de tijd dat ze aan het werk zijn geschoold worden en waar mensen elkaar kritisch kunnen aanspreken en er een zodanige open cultuur is dat ze kunnen zeggen: was die separatie wel de goede keuze en hadden we niet ergens anders voor kunnen kiezen? Ik denk dat dat de beste benadering is, namelijk dat je echt investeert in een cultuuromslag en daar continu de aandacht op richt. En ja, dat is een kwestie van lange adem. Dan kom ik op het NZa-advies over het vervangen van financieringssystemen voor lichte problematiek door een uniform systeem met heldere zorgprestaties en vrije prijzen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Voortman zegt heel terecht dat er een cultuuromslag moet plaatsvinden. De norm moet om: op naar nul isoleercellen. Dat is natuurlijk fantastisch, maar dat roepen we hier al vijf jaar. Gaat u het nog een keer lief vragen of wilt u ook dat de druk wordt opgevoerd en, zo ja, hoe?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik denk dat je die druk ook juist kunt opvoeren door echt te kijken naar de verschillen tussen instellingen, door instellingen die het goed doen positieve aandacht te geven en instellingen

die het slecht doen, daarop publiekelijk aan te spreken. Ik denk dat dit veel beter is dan te denken in termen van kortingen. Ik kan mij namelijk geen manier voorstellen waarbij je kort zonder dat cliënten en medewerkers daar de dupe van worden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is een beetje vaag natuurlijk. We doen al vijf jaar aan het noemen van goede voorbeelden, maar er gebeurt niet zo heel veel meer. Ik begrijp eigenlijk dat GroenLinks kiest voor pappen en nathouden, dat ze zegt: we zien het allemaal wel.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Nee, dat zeg ik helemaal niet. Maar we hebben er niets aan om hier een beetje stoere taal uit te slaan zonder in de tussentijd met oplossingen te komen die ook echt wat opleveren. Ik denk dat je veel meer moet kijken naar hoe er wordt gesepareerd. Als je al separeert moet er altijd een mogelijkheid zijn tot contact. Ik denk dat je ook veel meer moet kijken naar het voortraject. Kun je bepaalde keuzes maken, waardoor je in een later stadium niet gedwongen wordt tot zwaardere maatregelen? Daarnaast is het van belang om elke separatie systematisch te evalueren en om medewerkers kritisch naar zichzelf te laten kijken. Ik denk dat daarmee nog veel te winnen is. Ik wil liever daarop inzetten, dan op kortingen waar cliënten en medewerkers ongetwijfeld de dupe worden.

De NZa adviseert ook om de regeling voor praktijkondersteuning van huisartsen in de ggz definitief in te voeren en vrije tarieven te laten gelden. We hebben nog geen definitief standpunt over vrije tarieven maar het is wel belangrijk dat er een eenduidiger bekostiging komt in de ggz. De ggz wordt nu uit vier potten betaald. Als in ieder geval het AWBZ-deel over zou kunnen gaan naar de Zorgverzekeringswet dan scheelt dat al enorm veel bureaucratie en kosten. Dat is wat GroenLinks betreft waar het om te doen is, dat je ervoor zorgt dat je met zo min mogelijk geld zo goed mogelijke geestelijke gezondheidszorg verleent. Het gaat namelijk wel om heel kwetsbare mensen.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Vandaag precies 50 weken geleden spraken we over ditzelfde onderwerp, te weten dwangmaatregelen in de ggz. Was ik vorig jaar nog redelijk optimistisch gestemd omdat zich een cultuuromslag in het denken over gedwongen behandeling in de sector leek te voltrekken, nu ben ik minder optimistisch. Ook ik ben bij instellingen geweest die het heel goed deden, maar ik zie ik nu eigenlijk in alle stukken die we op de agenda hebben, dat de voortgang stakt. Er wordt te weinig van elkaar geleerd, zeker als het over organisaties heen gaat. Blijkbaar is die cultuuromslag nog niet daar waar wij die als VVD graag zouden zien. De tijd van enkel praten over dit serieuze onderwerp is echt voorbij wat ons betreft. Het verlenen van onvrijwillige zorg dient zo veel mogelijk voorkomen te worden. Als liberaal vind ik dat het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen alleen een ultimatum remedium kan en mag zijn. Dwang kan als noodgreep noodzakelijk zijn maar mag nooit het eindstation zijn.

Praten over een cultuuromslag is gemakkelijker dan deze ook daadwerkelijk tot stand brengen. In mijn woordvoering wil ik hier dan ook vooral aandacht besteden aan de volgende vraag. Hoe zorgen we ervoor dat we niet alleen maar minder vrijheidsbeperkende maatregelen willen maar dat we ze in de praktijk ook veel minder nemen? Het is tijd om die woorden in daden om te zetten.

In het voorwoord van de inspecteur-generaal van de IGZ schrijft hij dat «methodes van goed presterende afdelingen zich niet voldoende verspreiden naar andere afdelingen». In het recent verschenen rapport «Best practices rondom dwangreductie in de ggz» staan een veertigtal concrete interventies die in de praktijk kunnen worden toegepast, inclusief aanbevelingen hoe een en ander aan te pakken. Een waardevol rapport

dus, rijk aan best practices. Maar waarom gaat GGZ Nederland aanvullend onderzoek doen? Welke factoren maken dat sommige instellingen minder resultaat boeken dan andere? Het is volgens ons niet de verdere analyse waar het aan schort, de vraag zou veeleer moeten zijn hoe men ervoor gaat zorgen dat resultaat boeken nu aan de orde is. In hoeverre kunnen deze best practices ook een verplicht onderdeel worden van nascholings-trajecten in de ggz? Ook in het IVA-rapport wordt ingegaan op het belang van verbetering van de opleiding, training en intervisie. Hoe wordt dit verder opgepakt?

Mijn tweede punt is de multidisciplinaire richtlijn. Daar spreken we al over sinds 2009. Toen al riep de voorganger van deze minister de beroeps-groep op om een richtlijn hiervoor te ontwikkelen. Die richtlijn is er echter nog steeds niet. Bij het AO vorig jaar is hiervoor expliciet aandacht gevraagd en is vervolgens een motie ter zake door de Kamer aangenomen. In november geeft de minister per brief aan dat de sector geld gevraagd heeft om deze richtlijn te ontwikkelen. De minister stelt net als haar voorganger wat ons betreft terecht dat dit een verantwoordelijkheid van de sector is en roept nogmaals veldpartijen op om vaart te zetten achter de ontwikkeling van de richtlijn. Ook de inspecteur-generaal schrijft hierover: «Opmerkelijk is dat de ontwikkeling van een gemeenschappelijk normenkader voor verantwoord voorkomen van separaties achterblijft».

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De vraag die mij de hele tijd door het hoofd speelt is of het nu onmacht of onwil is van dat deel van de sector dat nu geen stappen worden gezet.

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik zou graag willen dat ik die vraag helder kon beantwoorden, maar ik weet het zelf ook niet. Het gaat om de cultuurverandering. Ik ben het eens met mevrouw Voortman dat het hierbij gaat om de moeilijkste gevallen. Al die mensen die zich van nature al meteen achter het voornemen hebben geschaard om het aantal dwangmaatregelen terug te brengen, hebben al heel veel stappen gezet, maar blijkbaar zijn er nog steeds instellingen waar dat besef onvoldoende is doorgedrongen om daadwerkelijk zelf ook stappen te zetten. Ik wil daar net als u de vinger achter krijgen.

In januari jl. hebben wij met staatssecretaris Teeven een debat gevoerd om de dwangmaatregelen binnen de reguliere ggz en justitie gelijk te trekken en op elkaar te laten aansluiten. Ook bij dit debat kwam het ontbreken van de richtlijn ter sprake. De staatssecretaris heeft er met de minister overleg over gehad en heeft vanwege het belang voor Justitie in dit kader per brief aan ons bevestigd € 150 000 ter beschikking te stellen voor het opstarten van de richtlijn. De VVD is blij dat de richtlijn nu eindelijk wordt opgestart maar had toch echt liever gezien dat de sector zelf zich de kwaliteit van deze ingrijpende zorg had aangetrokken. Nu via Justitie het startkapitaal om aan deze richtlijn te werken, beschikbaar is gesteld, is er toch geen enkele reden meer voor de sector om hier nu niet als de wiedeweerga mee aan de slag te gaan? Gaat het er nu daadwerkelijk van komen en gaat de afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen ook een standaardonderdeel vormen van deze richtlijn? Want dwangmaatregelen mogen wat ons betreft nooit het eindstation zijn. Graag verneem ik hierop de reactie van de minister.

Mijn laatste punt op het gebied van de cultuurverandering betreft de beleidsregel Dwang en drang. Sinds 2009 is er ongeveer 5 mln. per jaar beschikbaar voor verbeterprojecten. Bij het instellen van deze beleidsregel heeft de voorganger van deze minister aangegeven daar twee voorwaarden aan te verbinden. Ten eerste moet de instelling meewerken aan het ontwikkelen van de richtlijn. Ten tweede moet de instelling een andere instelling adopteren die niet meedoet aan dit project zodat leereffecten ontstaan voor andere organisaties en de opstelling van de verbeteringen plaatsvindt. Mijn vraag is dan vervolgens of die

voorwaarden dan steeds gelden. In hoeverre is men in het verleden aan die voorwaarden gehouden? Het is dan natuurlijk helemaal de vraag waarom die richtlijn niet van de grond is gekomen en er op dit moment zo weinig voortgang mee wordt geboekt.

In 2012 kunnen voor de laatste keer deze projectgelden worden aangevraagd. In hoeverre had er echter niet beter gekozen kunnen worden voor structurele verbeteringen die sectorbreed zouden kunnen worden opgezet in plaats van voor projecten die in één instelling worden opgezet zoals nu is vormgegeven?

De betrokkenheid en de aansturing van de raad van bestuur is heel belangrijk voor veranderingen, ook in de zorg. Ik vraag mij af in hoeverre de Wet cliëntenrecht zorg daaraan een bijdrage gaat leveren, in de zin dat de raden van bestuur daadwerkelijk deze verantwoordelijkheid vorm gaan geven.

Mijn collega van het CDA heeft al gesproken over het beroepsgeheim. De minister heeft geschreven dat GGZ Nederland een initiatief gestart is om het beroepsgeheim aan te scherpen met een meldcode. Ik verneem graag wat de voortgang op dat punt is.

Ook wij zijn benieuwd hoe het staat met de wet verplichte ggz.

Verder zijn wij blij met het landelijk informatiepunt. Wel zou ik nog graag willen weten hoe dat samenhangt met het CCE.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik begrijp heel goed dat het niet de bedoeling is om in dit AO de discussie over bezuinigingen in de ggz over te doen. Na het verhaal van de VVD vraag ik mij wel af of mevrouw Straus erkent of vermoedt dat de extreme bezuinigingen op de ggz een negatieve invloed kunnen hebben op maatregelen om dwang en drang zo veel mogelijk terug te dringen. Ik vraag dit ook gezien de vele brieven die ik maar, naar ik aanneem, ook mevrouw Straus heeft ontvangen met noodkreten in de zin van: help ons, want met deze bezuinigingen is het bijna niet mogelijk om goede zorg te geven, zeker in ernstige crisissituaties.

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik ben nog niet zo lang actief op het gebied van zorg. Dus elke keer als ik op werkbezoek ga, verbaas ik mij wat ik allemaal tegenkom. Zo verbaast het mij dat binnen hetzelfde wet- en regelgevingkader en binnen dezelfde problemen rond de financiering, er grote verschillen zijn tussen instellingen over hoe ze hun zorg vormgeven. Persoonlijk denk ik dan ook dat het niet zozeer zit in meer of minder geld als wel in de vraag waaraan mensen prioriteiten stellen en hoe een instelling omgaat met de situatie waarin ze verkeert. Dus kwaliteit van zorg is wat mij betreft niet een-op-een te beschouwen met de hoeveelheid geld die ervoor beschikbaar is.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Begrijp ik dan goed uit dit antwoord dat een relatie tussen bezuinigingen en de problemen binnen de ggz door u wordt ontkend? Dan ben ik toch wel heel erg benieuwd wat u dan doet met die noodkreten van personeel dat zegt: we zeuren niet snel en we gaan ook zeker niet zeuren over het behoud van onze eigen baan, maar het gaat ons om de cliënten en wat wij nu zien gebeuren is dat mensen door deze heel straffe bezuinigingen op wachtlijsten komen te staan en dat crisisbedden niet gebruikt kunnen worden. Bent u bereid om, met alle waarderende woorden over de dingen die wel goed gaan, met deze noodkreten wat te doen?

Mevrouw **Straus** (VVD): Wij hebben sinds vorig jaar actief meegedaan aan het debat in de Kamer om ervoor te zorgen dat de maatregel inzake de eigen bijdrage in de ggz met nuance werd ingezet. We hebben meegewerkt aan de discussie over het verlagen van die eigen bijdrage. Verder hebben we ermee ingestemd om de eigen bijdrage voor crisissitu-

aties niet in te voeren. Mijn collega Anne Mulder heeft bij de begrotingsbehandeling een motie ingediend en die ook is aangenomen om bemoeizorg uit te zonderen van de eigen bijdrage. Daarnaast is er gepleit voor een monitoringsysteem. Dat is nu sinds 1 januari in de lucht. Mevrouw Bruins Slot en de heer Van der Staaij hebben een motie ingediend ten behoeve van de instelling van een begeleidingscommissie met betrekking tot die monitoring, waarin onder andere een rol is weggelegd voor de politie. Ook daar hebben we toen volmondig mee ingestemd. Al die maatregelen samen met het feit dat de minister heeft aangegeven momenteel nadrukkelijk in overleg te zijn met de sector om te kijken hoe in de toekomst de financiering van de ggz nader vormgegeven kan worden, maken dat ik er vertrouwen in heb dat wij in de komende tijd bij de discussie die wij hierover nog ongetwijfeld heel vaak zullen voeren, verstandige keuzes zullen maken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is natuurlijk heel verleidelijk om te vragen wat die commissie dan gaat doen. Kijken of het erg is of heel erg. Mijn vraag aan de VVD is echter de volgende. Herkent zij het beeld van mensen die hebben gemaild en geschreven en die in hun omgeving signalen hebben afgegeven dat ze iets heel ergs gingen doen en dat hun omgeving eigenlijk niet weet waar ze heen moet met die signalen en dat zo men zich meldt er dan geen risicotaxatie wordt gemaakt en het daardoor misgaat? In feite gaat het hier om een kerntaak van de ggz. Vindt mevrouw Straus dan ook niet dat de minister de ggz moet oproepen om de huidige taak die de ggz heeft goed te vervullen?

Mevrouw **Straus** (VVD): Wat ik herken in dat kader is dat er heel veel langs elkaar heen gewerkt wordt en er heel weinig best practices met elkaar gedeeld worden. Die best practices bestaan ook op het gebied van melden, intake, nazorg en de rol van de familie. In de hele range van zorg bestaan er heel goede voorbeelden van hoe je het zou kunnen doen. Ik vind het ook heel jammer dat die vaak te weinig met elkaar gedeeld worden. Dus als de minister daarin iets zou kunnen betekenen om de sector veel meer instellingsoverstijgend onderling in gesprek te laten zijn om op die manier best practices te delen en uiteindelijk te komen tot betere zorg, dan zou ik daar alleen maar voor zijn.

De **voorzitter**: Dan is nu het woord aan mevrouw Wiegman. Ik wil nog melden dat mevrouw Dijkstra verhinderd is wegens ziekte, maar dat dit algemeen overleg wel wordt gevolgd door de D66-fractie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Dan zal ik ook alvast mijn excuus maken dat ik straks eerder weg moet vanwege een ander algemeen overleg. Ik vind het in ieder geval wel belangrijk om hier nu mijn inbreng te leveren. De beantwoording zal straks worden beluisterd door een medewerker van mijn fractie. Het aantal separaties is teruggebracht. Dat is goed nieuws, maar we zijn er nog niet. Ontwikkelingen om het aantal verder terug te brengen, stagneren. Waar wil de minister staan over twee jaar en wat gaat zij doen om die stagnatie helpen te doorbreken? Ik sluit mij ook aan bij de vragen over de richtlijn. Ik heb ook begrepen dat het schietincident in Alphen aan den Rijn vandaag op de agenda staat. Ik ben blij met de nieuwe KNMG Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie die kort geleden is gepresenteerd. Vooropstaat dat er niet getornd moet worden aan het beroepsgeheim. Hiermee is de ChristenUnie het eens. Wanneer je dit namelijk zou versoepelen, ontstaan er veel grotere risico's voor de samenleving en die moeten we niet hebben. De handreiking adviseert artsen om bij een conflict van plichten aantekening te maken in het dossier van de afwegingen als die leiden tot doorbreking van het medisch beroeps-

geheim. Ook als een arts concrete aanwijzingen heeft dat sprake is van een mogelijke gevaarlijke situatie veroorzaakt door de patiënt, kan het verstandig zijn om aantekening te maken van die afwegingen, ook als het beroepsgeheim niet wordt doorbroken. Verder is het heel goed dat er een verduidelijking is aangegeven op het gebied van het verstrekken van namen van slachtoffers aan betrokkenen, familie en hulpdiensten bij een grootschalige ramp. De dichtstbijzijnde kerk en de daar werkzame predikant hebben een heel belangrijke rol gespeeld bij het opvangen van getuigen van het schietdrama in Alphen aan den Rijn. Kerkdeuren werden direct geopend en mensen vonden er een plek met hun verdriet. Laatst kwam ik diezelfde predikant tegen en hij was eigenlijk verbaasd dat hij in hele natraject van evalueren en leren niet meer betrokken is geweest. Daarom mijn vraag hoe geestelijke verzorging een vaste plek krijgt in de hulpverlening rondom dramatische incidenten die vele mensen raken maar vooral ook in het traject erna.

Een jaar geleden vroeg ik bij motie om een landelijke e-health-agenda. Er is 200 mln. subsidie beschikbaar gesteld, maar de agenda is er volgens mij nog niet. Vaak gebeurt het andersom: er zijn mooie plannen maar er is geen budget. Dus dat is dit keer positief maar die e-health-agenda moet er wat de ChristenUnie betreft wel op heel korte termijn komen.

Wat de familievertrouwenspersoon betreft sluit ik mij graag aan bij de woorden van het CDA.

Dan kom ik op de best practices. Er is goed in beeld welke factoren belangrijk zijn voor een succesvolle aanpak van het terugdringen van het aantal separaties, maar instellingen lopen nog regelmatig tegen barrières en knelpunten aan waardoor het toch niet lukt om dwang en drang te reduceren. Het blijkt dat wanneer randvoorwaarden in een structuur en cultuur onvoldoende geborgd zijn, nieuwe werkwijzen niet effectief worden geïmplementeerd. Ik denk dan aan een gebrekkige samenwerking tussen verpleegkundigen en psychiaters en tussen verpleegkundigen onderling. Een ander punt dat werd genoemd, is dat projecten om dwang en drang te reduceren vaak te weinig onderdeel zijn van de organisatie als geheel. Ik denk dan aan de betrokkenheid van een raad van bestuur, projectleiders, management en noem maar op. Ik verneem graag een reactie van de minister op hoe we daarin stappen verder kunnen zetten.

Dan de bezuinigingsplannen voor de ggz. Die wil ik vandaag toch noemen, omdat ze een desastreuze uitwerking hebben op de hele Nederlandse gezondheidszorg en op de samenleving als geheel. Niemand in Nederland ontkent het belang van efficiencyverbetering en bezuinigingen die ook hier nodig zijn, maar dan is het wel belangrijk dat de juiste uitgangspunten worden gehanteerd en dat er sprake is van het «meer voor minder»-principe. Nu is de situatie zo dat een aantal cliënten voortijdig de behandeling zullen beëindigen, omdat ze bang zijn dat ze de eigen bijdrage niet kunnen betalen. Het is te verwachten dat een grote groep mensen een «alles of niets»-reactie zullen geven. Als ze eenmaal aangemeld zijn, zullen ze ook het maximale willen hebben.

Er zal ook een scheiding komen tussen de cliënten van verzekeringen die wel de volledige dbc uitbetalen en de cliënten van verzekeringen die nog maar 60% uitbetalen. Het lijkt wel alsof de verzekeringsmaatschappij bepalend gaat worden voor het wel of niet ontvangen van hulp. Ik kreeg zojuist een mail binnen van een psychiatrisch verpleegkundige van de ggz in Drenthe, waaruit ik graag wil citeren: «Op het moment dat we hoorden dat er van de 21 opnamebedden zeven bedden weg moesten, hadden we twee extra crisisbedden in twee kantoren staan. Dat betekent 23 patiënten en een wachtlijst. Deze mensen zitten hier niet voor niets. Het is de bedoeling om klinische opnames vaker te voorkomen, maar dan moet Achmea, de verzekeraar in het gebied, wel tijd geven om de zorg thuis met de FACT-teams eerst goed te regelen. We hebben een goed, net verbouwd gebouw. We hebben een professioneel behandelteam met connecties met veel verschillende disciplines op het ggz-terrein. Ik zou

niet weten waarom een zorgverzekeraar dit opeens om zeep zou mogen helpen door ons dit jaar minder geld toe te kennen en dat geld elders te besteden. Het geeft een zeer onrechtvaardig machteloos gevoel. Ik hoop dat u uw invloed kunt aanwenden om de zorgwekkende ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in Nederland aan de kaak te stellen in Den Haag». Welnu, dat laatste doe ik hierbij vandaag. Er is overigens hoop. Er zijn wel mogelijkheden. Bijvoorbeeld de substitutie van tweedelijnszorg vanuit de klinieken naar de eerste lijn en het advies van de NZa over de basisvoorziening ggz vormen een positieve beweging naar meer substitutiemogelijkheden.

In het vorige overleg is overmatig gebruik van dwangmedicatie in relatie tot het aantal separaties aan de orde geweest. Ik hoor de minister nog zeggen: we moeten voorkomen dat waar we aan de ene kant terugdringen, het aan de andere kant stijgt. Ik hoor graag hoe het inmiddels met deze verhouding is.

Ik heb vorige week antwoord gekregen op schriftelijke vragen over de responstijd van de crisisdienst psychiatrie, waarvoor dank. In die antwoorden wordt een actieplan aangekondigd. Ik ben erg benieuwd wanneer we dat zullen ontvangen.

Voorzitter: Bouwmeester

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil allereerst aansluiten op de woorden van mevrouw Wiegman over de kwestie in Drenthe. Ik wil die woorden volledig steunen en benadrukken dat wij eens moeten nadenken over wat we aan het doen zijn. In het kader van de marktwerking en de concurrentieverhoudingen worden aan een instelling bepaalde middelen voor het jaar erop niet gegarandeerd, waardoor de grote problemen ontstaan die zijn verwoord in de brief aan de Kamer van een psychiatrisch verpleegkundige. Ik vraag de minister om hier nog eens goed bij stil te staan. Leidt dit niet tot schade, in plaats van tot de dynamiek die wordt beoogd?

Ik ga verder over de separaties. Het is duidelijk dat de zaak stagneert, maar de vraag is waarom. Diverse fracties hebben al gewezen op de draconische bezuinigingen en het mogelijke effect daarvan op het terugdringen van separeren. Natuurlijk kun je dit nooit een-op-een bewijzen, de ene instelling doet het beter dan de andere, maar er is wel een soort bottomline en als je daaronder komt, kan het in bepaalde gevallen gruwelijk misgaan. Ik verwijs naar het onderzoek van GGZ Nederland naar meer intensiverecare-units in Nederland in de ggz. Ik denk dat het goed is als we dit mogelijk zouden maken, in ieder geval voor de ernstige gevallen, maar daarmee is buitengewoon veel geld gemoeid. Dat geld moet ergens vandaan komen. Graag een reactie van de minister hierop: hoe ziet zij die wensen met betrekking tot een meer gespecialiseerde opvang voor crises en de relatie daarvan tot de beschikbare middelen? Ik begrijp dat er taakstellingen zijn, maar snijdt de minister zich niet in de vingers met dat beleid van minder separaties en die extreme bezuinigingen?

Het onderzoek van IVA wijst erop dat de financieringssystematiek niet is toegerust voor de zeer complexe zorg. Zou er ook daarom geen aanpassing van de financieringssystematiek moeten komen?

De beleidsregel dwang en drang loopt af, evenals de financiering. Is de minister bereid om die financiering te controleren? Het is namelijk wel duidelijk dat we er nog niet zijn. Ziet de minister een verband tussen separatie en dwangmedicatie? Ik denk namelijk niet dat het een oplossing is om veel meer te gaan drogeren als we minder gaan separeren. Dat willen wij eigenlijk geen van allen. Ik begrijp dat er een toename is van de medicatie. Hoe kunnen we dit probleem ondervangen?

Het schietdrama in Alphen aan den Rijn heeft iedereen ontzettend geraakt. Ik heb begrepen dat er een debat over gepland stond. Mijn collega

Gesthuizen heeft daar gisteren nog voor gepleit, maar het is er nog steeds niet geweest. Het staat nu wel op de agenda en daar wil ik nu toch even aandacht aan besteden. Met name het rapport van de inspectie roept een aantal vragen op. Allereerst de waarschuwing van de ouders, die kennelijk geen navolging heeft gekregen. Dit lijkt een gemiste kans. Het is de vraag hoe hulpverleners in de toekomst een beter oordeel kunnen vellen over de tips of waarschuwingen die zij krijgen van de naaste betrokkenen. Graag een reactie van de minister.

Verder speelt het medisch beroepsgeheim. Als ik lees wat er mogelijk is, vind ik dat de hulpverlening in de ggz iets had moeten doen met het wapenbezit van de betrokkene. Het beroepsgeheim is niet absoluut en niet heilig en vanwege het conflict van belangen had daarvan wel degelijk melding kunnen worden gemaakt, waardoor zeer ernstig leed mogelijk was voorkomen. Hoe kunnen wij op dit gebied een stap vooruitzetten? Afrondend, terug naar de bezuinigingen rond de ggz, waarover ik niet genoeg kan spreken. Er zou een meldcode moeten komen, maar is dat een voldoende antwoord als er boven de ggz zo veel donkere wolken hangen? Ik denk dat de ggz alles op alles zet om goede zorg te leveren, maar die moet dan wel voldoende middelen hebben om dat te kunnen doen.

Voorzitter: Van Gerven

De **voorzitter**. Ik deel mee dat mevrouw Wiegman heeft gemeld dat zij weg moet vanwege andere verplichtingen. Ik geef nu het woord aan de minister, voor haar beantwoording in eerste termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng. Ik zal antwoorden per Kamerlid. Omdat sommige vragen door meer leden zijn gesteld, betekent dat...

De **voorzitter**. Dat snap ik. Het laatste Kamerlid moet niet het gevoel hebben dat zijn vraag niet is beantwoord.

Minister **Schippers**: Het uitgangspunt is: verplichte ggz alleen in uiterste noodzaak, dus het «nee, tenzij»-criterium, en alleen waar deze onvermijdelijk is, zo kort mogelijk. Als er sprake is van onvermijdelijke dwang, moet die worden toegepast op basis van goede behandelrichtlijnen, zo mogelijk met een wetenschappelijke onderbouwing, een goede rechtspositie van de cliënt, zorg op maat, maar ook is daarbij de veiligheid van personeel en medepatiënten van belang. Dit alles moet vastgelegd zijn in een zorgvuldige wetgeving. We hebben nu de Wet Bopz, in de toekomst zullen we de Wet verplichte ggz hebben. Het terugdringen van dwang en drang is de verantwoordelijkheid van een heleboel verschillende partijen, wat het altijd lastig maakt.

In de afgelopen vijf jaar heeft het veld goede alternatieven ontwikkeld om drang- en dwangtoepassingen te voorkomen. Je kunt ernaar kijken als een glas dat half vol is of half leeg. Ik vind dat in de afgelopen vijf jaar in het veld zelf heel goede stappen zijn gezet; denk aan het concept van «de eerste vijf minuten», de crisiskaart, het signaleringsplan. In de afgelopen jaren hebben we een daling gezien in de toepassing van separaties, maar we zijn er nog niet. De ingezette daling stagneert: in 2009 werd een afname van ongeveer 10% bereikt, over 2010 een afname van 5,5%. Dit blijkt ook uit de uitkomsten van het onderzoek van de inspectie naar de preventie van separeren tussen 2008 en 2011. Moet je die 10% als ambitie volhouden, of moet je het anders doen? De geestelijke gezondheidszorg wil dit meer inhoudelijk gaan vormgeven, wil gaan inzetten op een aantal punten die draaien om maatwerk en veiligheid. Wij weten dat separeren niet helemaal is te voorkomen, maar het moet een uiterst redmiddel zijn, zo kort, veilig en humaan mogelijk. Daarom zijn er intensiverecare-units (icu's) ontwikkeld. De concrete ambities op dit punt, geformuleerd door

GGZ Nederland, zijn dat eind 2012 iedere instelling beleid heeft ontwikkeld met betrekking tot dwangtoepassingen. Dat moet aantoonbaar worden uitgevoerd, op gezette tijden worden geëvalueerd en zo nodig worden bijgesteld in overleg met cliëntenraad en ondernemingsraad. Eind 2012 heeft elke instelling de beschikking over een extra beveiligde ruimte, met een mogelijkheid voor face-to-facecontact, dus direct contact met een hulpverlener. Eind 2012 is er ook een overzicht van het aantal instellingen dat beschikt over een intensievecare-unit, is er een veldnorm ontwikkeld voor icu's en is er een spreidingmaat op basis van de bevolkingspopulatie, die noodzakelijk is voor een dekkend landelijk netwerk van intensievecare-units. Ten aanzien van de ontwikkeling van kennis over consultatie, wordt eind 2012 elke dwangtoepassing aantoonbaar geëvalueerd, met de patiënt, het team en de instelling, en worden de uitkomsten daarvan aantoonbaar gebruikt voor de aanpassing en verbetering van de handelwijzen van de instelling met betrekking tot dwangtoepassingen. Eind 2012 heeft bij elke dwangtoepassing langer dan een week een interne consultatie plaatsgevonden, en heeft bij elke dwangtoepassing langer dan vier weken een opschaling van expertise plaatsgevonden. Eind 2012 biedt elke instelling een programma voor scholing en deskundigheidsbevordering aan, gericht op het terugdringen van dwangtoepassingen. Dit scholingsprogramma is verplicht voor alle afdelingsmedewerkers die werken met verplichte zorg. De registratie van een dwangtoepassing wordt binnen de instellingen aantoonbaar gerapporteerd en gebruikt om de eigen handelwijze te evalueren en bij te stellen. En ten slotte zal eind juli 2012 elke ggz-instelling de vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehele instelling registreren met behulp van de Argus-dataset.

Het is belangrijk dat we niet zeggen dat GGZ Nederland zijn ambities overboord heeft gegooid. GGZ Nederland heeft zijn ambities vertaald in maatwerk en deze gericht op veiligheid. Ik vind dit concreet, navolgbaar en ook toetsbaar. De inspectie neemt maatregelen om haar toezicht in 2012 verder aan te scherpen en zal zich richten op het «niet-separeren, tenzij» en het uitbannen van eenzame opsluiting. De Argus-registratie is bij alle afdelingen sinds 1 januari 2012 verplicht, de IGZ handhaaft daar ook op. Op een viertal momenten, afhankelijk van de lengte van de separatie, is interne of externe consultatie aan de orde. Aanscherping van de kwaliteit van zorg, de veldnormen en de multidisciplinaire regeling dwang en drang zijn echt nodig om de toepassing van dwang en drang verder te verminderen. Een aantal leden had het er al over: een cultuurverandering, een verandering van de bejegening, is natuurlijk cruciaal. We kunnen wel allerlei dingen afkondigen, maar uiteindelijk moet het diep in de organisatie, in alle lagen van de organisatie worden gevoeld en toegepast in het denken over gastvrije zorg. De Kamer heeft instellingen bezocht, maar ik ook. We zien grote verschillen, maar waar die cultuurverandering heeft plaatsgehad, zie je successen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat was een hele lijst met dingen, laten wij hopen dat ze uitgevoerd worden. De IGZ heeft veldnormen gemaakt. Dat is hartstikke goed, de IGZ is in het gat gesprongen dat de ggz jaren links heeft laten liggen. Ik begin dus met een compliment. De IGZ zegt echter ook: eenzame opsluiting mag niet meer, maar we hangen een camera op en dan is het niet meer eenzaam, want er kijkt iemand mee. Ik vraag me af op welke manier een camera gezelschap brengt, iemand behandelt, wat de therapeutische werking van een camera is. Is het de minister bekend dat mensen die heel erg verward zijn, misschien wel heel erg paranoïde worden van zo'n camera die heen en weer zoemt? Dus hoezo uitbanning van eenzame opsluiting?

Minister **Schippers**: Het uitgangspunt is: geen eenzame insluiting en een patiëntveilige zorg. Een camera vervangt het persoonlijk contact met de

patiënt niet. Een camera moet worden ingezet naast verpleegkundig personeel en dient als een hulpmiddel voor het verplegend personeel bij het toezicht. Het is dus en, en. Een camera draagt bij aan de veiligheid van de patiënt en dient niet ter vervanging van een behandeling van de patiënt. U vroeg al zoiets en ik wilde hier later op terugkomen, maar het is dus geen behandeling, het is een extra hulpmiddel. Voor sommige psychiatrische patiënten kan er een contra-indicatie zijn voor het gebruik van een camera, bijvoorbeeld voor mensen die lijden aan wanen. Het besluit tot het gebruik van een camera als hulpmiddel moet dus niet algemeen en landelijk worden genomen, maar in de instelling, op basis van wat men daar verantwoord en juist acht.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Heb ik het goed begrepen dat wij nu het fantastische nieuws horen dat er niemand meer in zijn eentje in de isoleercel zal worden geplaatst?

Minister **Schippers**: Er hoeft niet altijd iemand bij te zitten, daar gaat het om.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Even ter verduidelijking: als iemand in zijn eentje in de isoleercel zit met een camera, wordt hij wel degelijk eenzaam opgesloten. Het zou fijn zijn als de minister dat erkent.

Minister **Schippers**: Ja, maar wij hebben het niet over één soort patiënt. Sommige patiënten hebben contact nodig. Als zij contact willen, moeten zij daar contact kunnen krijgen. Daar gaat het om, dat is cruciaal, dat is toch zorg op maat? Zorg op maat is toch niet één regel die voor iedereen geldt, ook al is deze niet in het belang van de patiënt? Om het aantal separaties blijvend terug te dringen, roep ik met name de raden van bestuur op van de instellingen die nog onvoldoende resultaat boeken bij het terugdringen van separaties, om dit alsnog te bewerkstelligen. Op een tweetal punten wil ik wat specifiek ingaan: de multidisciplinaire richtlijn en de Wet verplichte ggz. De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn dwang is een belangrijke stap in de toepassing en vooral het terugdringen van dwang en drang binnen de ggz. Daarom vinden wij het allen van groot belang dat er zo'n richtlijn komt. Ik vind ook dat de richtlijnontwikkeling, als onderdeel van kwaliteitsbeleid, de verantwoordelijkheid is van de veldpartijen. Ik wil dan ook benadrukken dat VWS wetenschappelijke verenigingen onder andere financiert voor het maken van richtlijnen. Dit zit dus al in het pakket. Daarom ben ik ook niet bereid om de ontwikkeling van de mdr nog een keer financieel te faciliteren. De ontwikkeling van de mdr dwang stagneerde, met name doordat veldpartijen aangaven dat zij niet beschikken over de financiën daarvoor. Dat is echt een dilemma, maar wij hebben dit soort zaken hier wel eerder besproken. Als ik richtlijnen apart ga financieren wanneer veldpartijen zeggen dat zij er geen geld voor hebben, krijgen we zoiets natuurlijk niet maar één keer, maar komt iedereen hier naartoe voor de financiering van richtlijnen. Het geld dat we hiervoor nu ter beschikking stellen, zouden we dan ook moeten terughalen, want feitelijk hebben we er al voor betaald. Staatssecretaris Teeven van Veiligheid en Justitie heeft aangegeven dat hij zo'n nood ziet rond die multidisciplinaire richtlijn, dat hij anderhalve ton extra beschikbaar stelt, vanwege een eigen belang bij de ontwikkeling van deze mdr: die is namelijk van belang voor de normering van dwangbehandeling in een justitiële setting. Het kabinet hecht waarde aan de ontwikkeling van deze richtlijn, ook ten behoeve van het wetsvoorstel verruiming mogelijkheden tot dwangbehandelingen, die dwangbehandeling in justitiële inrichtingen mogelijk maakt, en voor het wetsvoorstel verplichte ggz, een wetsvoorstel waarvan de minister van Veiligheid en Justitie de eerste ondertekenaar is. Er is dus nog een extra impuls gekomen, bovenop het geld dat de sector al standaard krijgt voor

richtlijnontwikkeling. Tegelijkertijd hebben veldpartijen het belang van deze multidisciplinaire richtlijn erkend en aangegeven dat zij vaart zullen maken met de ontwikkeling ervan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Misschien komt er uiteindelijk nog wat uit de hoge hoed, zodat we kunnen concluderen dat die multidisciplinaire richtlijnen gewoon halverwege dit jaar hier zullen liggen. Het verhaal van de minister wekt bij mij wel de volgende vraag: is dit nu onwil of onmacht? Er is dus standaard geld, er komt meer geld van Teeven, volgens mij is er ook geld op basis van de beleidsregel dwang en drang. Waarom wordt niet een deel van het geld daarvan gebruikt? Hoeveel geld moeten wij nog stapelen voordat dit, wat wij allen en ook het veld toch eigenlijk graag willen, eindelijk eens tot stand komt?

Minister **Schippers**: Ik was nog niet aan het eind van mijn verhaal, maar dit is iets wat al jaren loopt. Mijn conclusie is dat het kwaliteitsinstituut met doorzettingsmacht heel hard nodig is. Deze kwestie staat namelijk niet op zichzelf. Wij hebben hier wel vaker een gesprek over richtlijnen, die wij heel graag willen en waaraan verschillende partijen ontzettend veel waarde hechten. Wij krijgen in 2013 het Kwaliteitsinstituut voor de zorg. Ik vind het helemaal niet relevant of het gaat om onwil of onkunde. Mij gaat het erom dat dit heel hard nodig is, dat de huidige financiering en manier van werken blijkbaar niet leiden tot een voortvarende ontwikkeling van verschillende richtlijnen waaraan behoefte is, niet alleen hier maar ook elders in de zorg. Het lijkt mij dus van groot belang dat we een overheidsinstituut krijgen dat doorzettingsmacht heeft op dit terrein. Ik zou de verwachtingen wel wat willen matigen. U zegt dat het geld er is, dus dat we halverwege dit jaar gewoon deze multidisciplinaire richtlijn zullen hebben. Dat is echt een onderschatting van wat het betekent om een richtlijn te maken. En dit gaat niet voor niets heel moeizaam. De ambitie is om die richtlijn in achttien maanden te maken, dus in anderhalf jaar. Dat is een stuk sneller dan normaal. Voordat dit is afgerond, is er dus wel de nodige tijd overheen gegaan. U kunt zeggen dat dit niet kan en dat het echt veel sneller moet. Ik zou dat ook erg graag willen, ik heb ook moeten verwerken dat die richtlijnontwikkeling zo langzaam gaat, maar blijkbaar is dat zo'n complex traject dat men het met die achttien maanden al sterk heeft versneld.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De minister en het CDA delen het belang van het kwaliteitsinstituut en de doorzettingsmacht met betrekking tot de richtlijnen die daarmee komt. Maar iets verbaast mij ontzettend. Vorig jaar rond deze tijd heeft de Kamer een motie aangenomen voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn. Het verhaal van de minister betekent dat het veld er nu pas mee aan de slag gaat. We hebben dus een jaar verloren, terwijl wij al in 2009 de eerste aanzet hiertoe hebben gegeven. Ik snap dat het complex is, dat er heel veel partijen bij zijn betrokken, maar dat we zo veel tijd doormodderen over zo'n belangrijk onderwerp, snap ik dus niet.

Minister **Schippers**: Sterker nog, wij hebben daar ook nog een ontzettende druk op gezet. Het is niet voor niks dat er zo'n kwaliteitsinstituut komt. Ik kan u namelijk uit de droom helpen: de ontwikkeling van bepaalde richtlijnen duurt op heel veel terreinen schokkend lang. We hebben het zo geregeld dat de overheid niet bepaalt wat kwaliteit is. De overheid bepaalt ook niet de norm die de inspectie hanteert; die bepaalt de beroepsgroep zelf. Blijkbaar is het heel moeilijk om eruit te komen bij deze multidisciplinaire richtlijn, waarbij dus vele verschillende disciplines zijn betrokken; dan is de inhoud van zo'n norm blijkbaar een heel ingewikkeld proces. Bij multidisciplinariteit zie je vaak ontzettend lange trajecten. Ik vind het van belang dat we met het kwaliteitsinstituut in ieder

geval een stok achter de deur en doorzettingsmacht krijgen. Wij hebben nu geen doorzettingsmacht. Wij kunnen druk uitoefenen, wij kunnen brieven schrijven, wij kunnen aan tafels schuiven, maar wij hebben geen doorzettingsmacht. Die krijgen we pas als het kwaliteitsinstituut een juridische basis heeft gekregen in deze Kamer.

De inspectie scherpt in 2012 ook het toezicht verder aan, evalueert de dwangtoepassingen en er komt een richtlijn voor consultatie voor wanneer toch separatie plaatsvindt.

Ik kan mij voorstellen dat de Kamer wil weten wat de hoofdlijnen zijn van de wijziging ten aanzien van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, en waar deze blijft. De belangrijkste wijziging van deze wet is dat de multidisciplinaire commissie, die de taak had de rechter te adviseren over verplichte zorg, wordt geschrapt. Dit heeft het kabinet om twee redenen gedaan. In de eerste plaats was de Kamer over deze commissie uiterst kritisch in de nota naar aanleiding van het verslag. Het ging er met name om dat de commissie te bureaucratisch zou zijn en zou leiden tot dubbele procedures. In de tweede plaats bleek de commissie heel duur te zijn. Welnu, duur en te bureaucratisch is een slechte combinatie, dus laten we daar niet aan beginnen. Bij de wijziging van het wetsvoorstel worden de taken van de commissie herverdeeld over bestaande partijen in het veld. Bij deze herverdeling is het uitgangspunt dat de taakverdeling zo veel mogelijk aansluit bij de huidige praktijk en dat de doelstellingen van het oorspronkelijke wetsvoorstel zo veel mogelijk blijven behouden. Een en ander betekent dat vooropstaat dat dwang zo veel mogelijk wordt voorkomen. Als dwang de enige optie is, wordt deze niet beperkt tot binnen de muren van een instelling. Door tijdig ook ambulante enige dwang toe te passen, kan grotere schade en gedwongen opname worden voorkomen. Bij de herverdeling van de taken staat bovendien overeind dat zo veel mogelijk rekening moet worden gehouden met de wensen van de cliënt, dat naasten en familie zo veel mogelijk moeten worden betrokken en dat er ook aandacht is voor zorg na de gedwongen zorg. In het wetsvoorstel is dat onveranderd gebleven. Op verschillende plaatsen in het wetsvoorstel hebben deze actoren een rol. Zo worden zij in de gelegenheid gesteld om een mantelzorgplan op te stellen, al dan niet met behulp van een Eigen Kracht-conferentie. Hierdoor wordt de multidisciplinaire aanpak gehandhaafd. Dat is van belang om verplichte zorg zo veel mogelijk te voorkomen, om het draagvlak voor het besluit tot al dan niet verplichte zorg bij partijen te verhogen en om terugval te voorkomen. Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de familievertouwenspersoon. Deze krijgt in die wet ook een plek. In maart zal ik het herziene wetsvoorstel ter consultatie aan de veldpartijen voorleggen. Ik verwacht de nota van wijziging en de nota naar aanleiding van het verslag van de Wet verplichte ggz voor de zomer naar de Kamer te kunnen sturen. Tot slot het treurige schietincident dat heeft plaatsgevonden in Alphen aan den Rijn, dat een enorme impact heeft gehad. De dramatische gevolgen zijn voor direct getroffenen, familie, vrienden, hulpverleners, nog dagelijks voelbaar. Er is een aantal onderzoeken ingesteld naar aanleiding van het schietincident. Een daarvan is het onderzoek van de inspectie naar de hulpverlening aan de dader van het schietincident, V. De inspectie heeft onderzocht of de hulpverlening verantwoord was en voldeed aan de zorgvuldigheidseisen voor instellingen en individuele beroepsbeoefenaren. De IGZ concludeert in haar rapport dat de behandeling aan V., voor zover mogelijk in deze casus, op hoofdlijnen adequaat en redelijk zorgvuldig is geweest. Desalniettemin heeft de inspectie een aantal kritische opmerkingen gemaakt bij de behandeling door de ggz. In mijn brief aan de Kamer van 29 september heb ik de Kamer geïnformeerd over de reeds in gang gezette inspanningen voor verbeteringen naar aanleiding van het schietincident. Ik heb de ggz-sector verzocht om expliciet aandacht te besteden aan samenwerking en afstemming tussen instellingen en beroepsbeoefenaren over de zorgverlening aan patiënten met psychische

stoornissen, en aan zorgvuldige dossiervorming, een belangrijk aandachtspunt. Met de inspectie ben ik er voorstander van dat de sector wordt gewezen op het belang van het in kaart brengen van risicofactoren met betrekking tot wapenbezit en de afweging van dergelijk gevaar. Er moet continu aandacht zijn voor een goede risico-inschatting en voor het vastleggen en monitoren van deze risico's, ook met betrekking tot wapenbezit.

Het medisch beroepsgeheim wordt in het kader van de Wet BIG onderzocht. Het medisch beroepsgeheim leidt tot een aantal knelpunten of niet, dat moet blijken uit het onderzoek, maar in ieder geval nu al tot een aantal vragen; niet alleen naar aanleiding van Alphen aan den Rijn, ook naar aanleiding van een aantal casus bij Sociale Zaken en bij Veiligheid en Justitie en een aantal incidenten in de gezondheidszorg. Ik heb de Kamer toegezegd om samen met de andere departementen grondig te kijken naar het medisch beroepsgeheim: wat zijn de voor- en nadelen van aanpassing, moet het aangepast worden en zo ja, hoe moet het worden aangepast? In april wordt het rapport opgeleverd. Ik streef ernaar om op basis van dat rapport medio 2012 een standpunt in te hebben genomen over de noodzaak van een eventuele aanpassing van de huidige wetgeving. Belangrijk vind ik de bereidheid van de ggz-sector om van deze uitzonderlijke casus te leren. Ik vertrouw erop dat de sector zich zal inspannen voor maatregelen om dergelijke incidenten te voorkomen, voor zover dat natuurlijk mogelijk is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Met die laatste opmerking ben ik het natuurlijk eens: deze zijn niet altijd te voorkomen. Over het medisch beroepsgeheim het volgende. Nu is het al mogelijk om dergelijke afwegingen, tussen de privacy van de patiënt en mogelijke risico's en gevaren voor de samenleving, te maken. Zit het dus niet veel meer in de precieze toepassing van het medisch beroepsgeheim dan in het medisch beroepsgeheim zelf? Moet dat dus wel worden veranderd?

Minister **Schippers**: Dat is onderdeel van het onderzoek in het kader van dat rapport. Hoe je het medisch beroepsgeheim toepast, heel strikt of juist veel ruimer, is natuurlijk onderdeel van de discussie, en niet alleen in deze casus of dit incident, maar in veel meer zaken. Sommigen zeggen dat het best mogelijk is met de wet zoals hij er nu is, dat je best meer zou kunnen dan we nu vaak doen, anderen zeggen dat dit weer niet klopt. Juist dat was de reden om dit eens goed te bekijken, voor mensen in afhankelijkheidssituaties, of je ouders inzage in de gegevens van hun kinderen moet verbieden, terwijl je je zou moeten afvragen of niet juist zij inzage zouden moeten hebben. In de afgelopen jaren zijn we tegen een heleboel van dit soort vragen aangelopen. Vandaar zo'n breed onderzoek.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister zegt: er zijn vele incidenten, er zijn een aantal dingen mis, maar ik heb er alle vertrouwen in dat de sector er alles aan gaat doen om incidenten te voorkomen. Ook ik ga er helemaal van uit dat die wil er is, want het zijn hardwerkende mensen in de ggz. Waar baseert de minister op dat alle problemen inmiddels zijn verholpen?

Minister **Schippers**: Dat zeg ik niet. Alleen, de ggz is zelf een aantal trajecten gestart, de ggz is gekomen met een meldcode, er zijn maatregelen genomen naar aanleiding van dit incident. Ik heb dit allemaal geschreven in mijn brief van 29 september. Er zijn dus een aantal dingen in gang gezet. Ik ben ervan overtuigd dat die dingen voor verbeteringen zorgen. Ik teken daar wel direct bij aan dat ieder incident zijn eigen karakteristieken heeft en dat je incidenten nooit helemaal kunt uitsluiten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ga ervan uit dat de minister nog terugkomt op mijn andere suggestie, dus ik houd het nu bij een vervolgvraag: wie is de ggz? GGZ Nederland praat namens «de instellingen», dus het landelijk gemiddelde; dat is altijd zo met een koepelorganisatie. We hebben echter ook patiëntenverenigingen en verenigingen van medewerkers, en die zeggen totaal iets anders dan de ggz. Namens wie spreekt de minister dus?

Minister **Schippers**: Ja, maar het gaat er natuurlijk om dat GGZ Nederland een handreiking heeft geschreven, waarin men dit nog eens scherp neerzet voor mensen, hulpverleners en instellingen die hiermee te maken hebben. Vaak moet je dingen aanscherpen, of moet je bewust zijn van dingen, voordat je ze in je handelingen meeneemt. Het is dus zaak om maximaal te leren van dit soort incidenten, die zo'n grote impact hebben en zo treurig zijn. Dat is de inzet.

Mevrouw **Straus** (VVD): Ook ik heb een vraag over het beroepsgeheim. Ik ben blij dat de minister uiteenzet wat zij dit op dit moment aan het onderzoeken is en ook wat daar uiteindelijk uit moet komen. Mij is echter iets opgevallen. We hebben een rondetafelgesprek gehad, onder andere over het incident in Alphen aan den Rijn. Daar was een vertegenwoordiger aanwezig van de KNMG, de voorzitter ervan. Er werd gevraagd in hoeverre het voor elke beroepsuitoefenaar duidelijk is wat wordt verstaan onder het beroepsgeheim. Wij krijgen signalen uit de praktijk dat er tamelijk weinig aandacht wordt besteed aan het uitleggen van het beroepsgeheim aan hulpverleners. Neemt de minister in dit rapport mee hoe dit wordt gecommuniceerd, hoe dit in opleiding en training onder de aandacht wordt gebracht bij de mensen die het daadwerkelijk in de praktijk moeten hanteren?

Minister **Schippers**: Nee, dat maakt geen deel uit van dit onderzoek. Dit is een onderzoek naar andere zaken. Sociale Zaken is bijvoorbeeld bij een aantal fraudegevallen aangelopen tegen het medisch beroepsgeheim, er zijn een aantal heel treurige incidenten geweest waarbij het medisch beroepsgeheim een rol speelde, bij een aantal medische missers werd het medisch beroepsgeheim ineens een onderdeel van het debat. We hebben gezegd: laten we hier eerst eens vanuit allerlei invalshoeken naar gaan kijken; komen we tot de conclusie dat er wijzigingen moeten komen, dan gaan we die wijzigingen doorvoeren en communiceren. Verder is het van groot belang dat de KNMG zelf heel scherp stelt en naar zijn leden sterk uitdraagt wat het medisch beroepsgeheim behelst, wat de grenzen zijn en hoe ermee moeten worden omgegaan. De KNMG heeft zich van deze taak gekweten: het heeft handreikingen gedaan, is in actie gekomen, heeft scherp opgeschreven hoe dit in elkaar steekt.

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik weet dat de KNMG aangaf dat dit naar haar mening goed op papier stond, maar ik weet dat hulpverleners in de praktijk er vaak heel verschillende interpretaties aan kunnen geven en er heel verschillend mee omgaan. Dat gaf de minister in haar introductie van dit onderwerp eigenlijk ook al aan: zij zei dat sommigen dit heel scherp, naar de letter van hetgeen erover is opgeschreven, interpreteren, terwijl anderen juist ruimte zien om hier en daar wat te doen. Ik verzoek de minister dus om niet alleen maar naar de papieren kwestie te kijken, maar met name ook naar hoe dit daadwerkelijk landt in de praktijk, zodat er veel minder verschil in interpretatie zal zijn omtrent het beroepsgeheim.

Minister **Schippers**: De wetgever maakt een wet. We hebben een medisch beroepsgeheim, er is een veld dat daar ongelooflijk bij betrokken is. Dit onderdeel is voor deze mensen heel belangrijk voor de goede uitoefening van hun vak. Iedereen moet hierin zijn eigen verantwoorde-

lijkheid nemen. In tegenstelling tot u, vind ik dat de artsenvereniging wel degelijk de discussie hierover heeft opgestart. Zij heeft het initiatief genomen om een handreiking op te schrijven, over hoe dit in elkaar steekt en hoe zij hiertegen aankijkt. GGZ Nederland heeft hetzelfde gedaan. Er is dus juist heel veel op dit gebied aan de gang, natuurlijk mede door de incidenten. Ik heb al toegezegd dat ik ga bekijken waar het schuurt – daarmee zijn we eigenlijk al bezig – of het goed in elkaar zit, of er iets zou moeten worden veranderd. Ik kom in april met de gegevens. Het lijkt mij handig dat wij in dit stadium daar nog even op wachten, en nu dus nog geen standpunt innemen.

De voorzitter: Ik wil op dit punt zelf nog even het volgende opmerken. Bij de behandeling van artsen is het beroepsgeheim echt een hoeksteen. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat wat wordt besproken, binnenskamers blijft. Verder wil ik benadrukken dat artsen geen politie-agenten zijn en ook niet moeten worden. Hoe verschrikkelijk de casus ook is, er mag geen zweem van een gedachte bestaan dat artsen die rol zouden kunnen of moeten vervullen. Vandaar dat heel veel artsen hierin zeer terughoudend zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil hier toch nog even op inhaken. Ik begrijp uw opmerking, voorzitter, maar het beroepsgeheim mag nooit – om het zo maar te zeggen – een schuilplek of toevluchtsoord zijn bij het medisch functioneren. Een aantal van die casus gaat daarover. Verder speelt hier het volgende bij. Een van de uitzonderingen is dat in bepaalde gevallen de factoren worden gewogen: een weging van het individuele belang ten opzichte van het zwaarwegende algemene belang. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit de jurisprudentie van de Hoge Raad. Volgens mij heeft collega Straus van de VVD het vooral over dat laatste, iets wat je leert door onderwijs, door specifieke training in kwesties waarin je moet afwegen of je van het medisch beroepsgeheim, inderdaad een hoeksteen van de zorg, moet afwijken. Ik kan mij indenken dat een extra inzet op dat laatste wel nodig is. Ik vraag de minister of zij dit herkent.

Minister Schippers: Die extra inzet is nu juist gepleegd; dit is echt heel actief opgepakt door de artsenvereniging, die heeft hier heel intensief over gesproken. De uitgangspunten waarover de heer Van Gerven, de voorzitter, het heeft, worden daarbij natuurlijk onderschreven. Ik neem aan dat wij dat ook allemaal doen, maar op een gegeven moment gaat het om een weging van belangen. Ik kom in april met het hele palet van vragen en afwegingen. Misschien is de conclusie dat er veel meer mogelijk is dan we denken, dat er dus niets extra's nodig is, maar wel het nieuwe traject moeten starten, zoals de leden Bruins Slot en Straus stellen. Wij kunnen ook tot de conclusie komen dat er wat accentverschuivingen zijn. Laten wij dus dat onderzoek afwachten. Naar aanleiding daarvan zal het kabinet met een standpunt komen.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voordat er wellicht verkeerde conclusies worden getrokken: ik sta absoluut achter het beroepsgeheim, ik wil dat op geen enkele manier ter discussie stellen. Sterker nog, ik ken voorbeelden uit de praktijk waarin juist veel te coulant is omgesprongen met het beroepsgeheim. Mij gaat het er echt om dat de huidige richtlijn goed onder de aandacht wordt gebracht van de mensen in de praktijk, niet alleen maar ergens in hun opleiding of aan het begin daarvan. Mijn punt is met name dat het regelmatig moet worden besproken in beroepsverenigingen of anderszins.

Minister Schippers: Naar aanleiding van die incidenten is nu juist die actie ondernomen. U vraagt dus eigenlijk naar iets wat net is gebeurd, naar iets waarvan de inkt eigenlijk nog nauwelijks droog is. U vraagt naar

een actie die de KNMG juist heeft ondernomen, waar de KNMG en een heleboel andere partijen nu heel druk mee bezig zijn. Men is dus heel druk bezig met het medisch beroepsgeheim, en precies om de reden die u noemt: soms kun je je afvragen waarom iets mag, soms waarom iets niet mag. Ik denk dat wij nog niet zijn uitgesproken over dit onderwerp.

De **voorzitter**: Aanvullend op hetgeen mevrouw Straus zei, het volgende. Zij duidt enerzijds op de interpretatie van het medisch beroepsgeheim, maar anderzijds op de extra aandacht die dit in de opleiding zou moeten krijgen, omdat er kennelijk veel onduidelijkheden leven bij de artsen in opleiding en in de beroepsgroep.

Minister **Schippers**: Een tijdje geleden zou ik het heel erg met u eens geweest zijn, maar ik vind dat de beroepsgroep juist hiervoor zelf zijn verantwoordelijkheid goed heeft opgepakt, hier zelf actief mee aan de slag is gegaan en hierover zelf veel discussieert. Mevrouw Wiegman refereerde aan het standpunt dat de artsenvereniging hierover heeft ingenomen. Ik denk dat het kabinet op basis van het onderzoek zijn eigen standpunt moet bepalen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er is nog een belangrijk punt vóór de afweging of het beroepsgeheim mag worden geschonden of niet: de risicotaxatie. Die zit bij verpleegkundigen, bij spv'ers tot en met artsen en psychiaters en andere medisch specialisten. Juist in die risicotaxatie zit een groot probleem, dus er is veel deskundigheidsbevordering nodig bij veel mensen in de ggz. Wat gaat de minister daaraan doen?

Minister **Schippers**: Ik denk dat deskundigheidsbevordering, bevordering van kennis, bevordering van steeds beter werken, voortdurende aandacht vergt van iedere sector, en dat voortdurend verbeteringen op dit punt noodzakelijk zijn. De inspectie is op dit moment met GGZ Nederland en de brancheorganisaties in gesprek om de risicotaxatie in bredere zin bij ernstige incidenten mogelijk structureel te verbeteren. Ik wacht dit af. Ik ben daar zelf bij geweest en ik vind dat dit soort zaken op verschillende gebieden steeds scherper en steeds beter moeten gebeuren. Zodra dat goed gebeurt, ben je namelijk direct op de juiste plek.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben erg blij met het antwoord van de minister. Wij delen kennelijk het belang en de urgentie. Ik vind het heel lastig dat wij de laatste jaren heel vaak hebben kunnen zien dat de risicobeoordeling niet goed was gegaan en dat zaken daardoor goed zijn misgegaan. Met alle liefde van de wereld zou ik willen denken dat dit allemaal wel goed zal komen, nu we dit tegen het veld hebben gezegd. Dat is echter niet zo. Ik ben dus op zoek een manier om te stimuleren dat dit ook echt gaat gebeuren. Mensen die alles aan het veld willen overlaten, moeten beseffen dat het tot op heden niet goed ging. Waarop baseert de minister haar idee dat het nu wel automatisch goed zal gaan? Of ziet zij mogelijkheden voor meer druk en stimulering?

Minister **Schippers**: Dit geeft aan hoe moeilijk het is om een inschatting te maken van het risico. De overheid kan dit niet zomaar even afkondigen, dat moet met kennis, ervaring en ontwikkeling plaatsvinden. Wat kunnen wij meer doen dan onze staatstoezichthouder, onze kwaliteitswaakhond, de inspectie erop zetten, en deze samen met de sector en de brancheorganisaties in gesprek te brengen om te kijken naar mogelijkheden om dit structureel te verbeteren? Ik zie niet in hoe de overheid dit beter zou kunnen doen. De expertise zit namelijk wel degelijk in de sector. We moeten ervoor zorgen dat die expertise wordt uitgebreid. Als deze al uitgebreid is, moet ze worden verspreid onder anderen; waar ze niet groot is, moeten partijen elkaar omhoogtrekken, zodat hierin verbetering komt.

Ik vind dat wij maximaal inzetten op dit belangrijke onderdeel, juist door de inspectie daarbovenop te zetten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is inderdaad goed dat GGZ Nederland en de inspectie met elkaar in gesprek zijn. Het zou ook mooi zijn als daar een bepaald resultaat uit komt. Wanneer verwacht de minister dat resultaat? En betekent dit dat de inspectie hiervan een speciaal aandachtspunt heeft gemaakt in het kader van het toezichtskader dat zij nu uitvoert binnen de ggz-instellingen?

Minister **Schippers**: Dit heeft de volle aandacht van de inspectie. Maar ik wil hierbij wel zeggen dat het echt een illusie is om dit te willen kunnen afkondigen, om dan en dan een resultaat te willen hebben. Dit is een ongelooflijk complex onderwerp. De aandacht van alle partijen is nu maximaal, vanuit verschillende invalshoeken spreken zij allemaal over de verbetering hiervan. Ik kan niet zeggen wanneer dit in orde is. Wat is dat namelijk, «in orde»? Het gaat namelijk om iets wat altijd voor verbetering vatbaar is. Dat het beter moet, dat die taxatie iets cruciaals is, is echter evident.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat heb ik helemaal niet gevraagd. Ik had een heel concrete vraag. Als oud-militair weet ik heel goed dat je risico's uiteindelijk niet kunt uitsluiten, maar dat je heel veel kunt doen om risico's zo veel mogelijk op het spoor te komen. Ik vroeg of de inspectie hiervan meer gebruik heeft gemaakt in het toezichtskader binnen de ggz-instellingen, of ze hiervan een speciaal aandachtspunt heeft gemaakt. Dat was een heel concrete vraag.

Minister **Schippers**: Die had ik bevestigend beantwoord. U vroeg mij wanneer de inspectie met het resultaat komt. Daarvan zei ik dat dit heel moeilijk is, omdat het gaat om een zich opbouwende schaal. Mevrouw Bouwmeester zei heel terecht dat de risicotaxatie een cruciale eerste stap is. Je ziet dit ook bij de ambulances: als zij goed kunnen taxeren naar welk ziekenhuis zij een patiënt moeten brengen, betekent dat enorm veel voor de behandeling die de patiënt erna krijgt. Het is niet altijd even makkelijk. Ik ga verder over het meldpunt. Mevrouw Bouwmeester vroeg of er geen betere afstemming mogelijk is ten behoeve van personen met zorgvragen, bijvoorbeeld een «1-1-3» voor verwarde personen, want op dit moment is er geen goed meldpunt. Het lastige met meldpunten is dat je ervoor moet oppassen om dingen te gaan schakelen. Meldpunten zijn namelijk allemaal, per definitie, tussenlagen. Wij kennen in Nederland een opbouw. De huisarts is de spil van onze eerste lijn; hij heeft een relatie met zijn patiënten en is de persoon met wie mensen contact zoeken als er iets aan de hand is. Bij de ggz-instellingen heb je vervolgens de crisisdienst, die in crisissituaties kan worden ingeschakeld. Het is onjuist om te veronderstellen dat 1-1-2 alleen voor somatische zorg is; 1-1-2 is namelijk voor alle zorg, ook voor psychiatrische patiënten. Op grond van de Wmo hebben alle centrumgemeenten in Nederland een meldpunt voor openbare geestelijke gezondheidszorg, waar iedereen zijn zorgen kan uiten over een buurman die overlast veroorzaakt, van wie men denkt dat het niet goed met hem gaat, waar mensen dus zelf aan de bel kunnen trekken. We hebben actieve bemoeizorgteams, we kennen de zogenaamde FACT-teams: behandelteams die naar de patiënten in de wijken gaan. Zij zijn opgenomen als een best practice in een update van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Daarnaast biedt de huidige wetgeving, de Wet Bopz, voldoende aangrijpingspunten om iemand op te laten nemen, als het niet anders kan. In het wetsvoorstel verplichte ggz worden ook de mogelijkheden van ambulante dwang uitgebreid. Ik denk dat een elektronisch patiëntendossier een heel belangrijk onderdeel hiervan zou kunnen zijn: de ene dienst, of de andere dienst, of de huisarts, of de

psychiater kunnen dan bij elkaar kijken in situaties waarin het misgaat, en snel te weten komen wie men voor zich heeft en wat er al is gebeurd. Ik ben het eens met mevrouw Bouwmeester dat je moet voorkomen dat bij deze opsomming, ook in ernst, de rode draad moet gelden dat men allemaal moet weten wie men voor zich heeft en wat men moet doen. Er is ook nog de suïcidelijn 113Online, die wij structureel financieren. Je moet echter een rode draad tussen al deze hulpverleners zien te krijgen, zodat men weet wie men voor zich heeft, wat voor geschiedenis er eventueel speelt. Ik begrijp waar dit idee vandaan komt, maar ik denk dat we grotere stappen kunnen zetten met die verbinding dan met het aanhaken van een nieuw meldpunt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is fijn dat de minister en de PvdA het met elkaar eens zijn; het gaat ook om het bundelen van krachten, om die rode draad. Maar het ingewikkelde is dat de praktijk nu gewoon niet werkt zoals die zou moeten werken. Heel veel mensen weten dus gewoon niet van het Meldpunt OGGz en weten niet dat zij daarheen kunnen. Of het is niet bereikbaar, heeft een te hoge drempel of de risicotaxatie is niet op orde. Dus wij hebben hetzelfde doel, maar de praktijk werkt nu niet goed genoeg. Wat kan de minister doen om te zorgen dat het beter gaat? Welke actie kan zij ondernemen zodat er wordt gebundeld en die rode draad ontstaat?

Minister **Schippers**: Ik denk dat het beste wat wij kunnen doen, is de praktijk verbeteren middels richtlijnen die multidisciplinair zijn en waarvan iedereen weet wat hij moet doen. Die praktijk kunnen wij verbeteren met een patiëntendossier dat toegankelijk is voor de zorgverleners die benaderd worden door een verwarde patiënt of een patiënt in een crisissituatie. We moeten ook proberen om de onderlinge samenwerking tussen de verschillende diensten te verbeteren. Dat moet natuurlijk in eerste instantie in het veld gebeuren, ook door naar elkaar te kijken en van elkaar te leren waar het beter loopt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wat ziet de minister als haar taak om dit te stimuleren? Als de minister zegt dat wij vóór alles het nog een keer moeten proberen en nog een keer moeten gaan kijken, begrijp ik dat zij dat echt meent, maar er moet wel meer gebeuren dan nog eens kijken en nog eens proberen. Kan zij bijvoorbeeld toezeggen dat ze met het veld gaat overleggen hoe het beter kan, dat het veld aangeeft hoe men dat gaat doen en dat wij dat vervolgens terughoren?

Minister **Schippers**: Ik denk dat een richtlijn enorm zou helpen om een verbetering tot stand te brengen. Een EPD is daarbij in mijn ogen noodzakelijk. Ik wil best op uw verzoek met het veld praten hoe men zelf denkt dat er verbetering mogelijk is en u daarover terugkoppelen.

De **voorzitter**: Dat is een toezegging. De minister gaat verder.

Minister **Schippers**: Maar ik wil het wel aan het veld vragen omdat ik denk dat het daar moet gebeuren. Dat vind ik wel heel belangrijk. Mevrouw Bouwmeester vroeg of wij instellingen kunnen dwingen om beter te worden, net zo goed als de voorlopers. Daarbij is het natuurlijk cruciaal dat in ons systeem zorgverzekeraars instellingen contracteren en dat daarbij eisen kunnen worden gesteld. Een van de eisen die zorgverzekeraars moeten stellen, is dat er goede zorg wordt verleend. Met de richtlijn scheelt dat al enorm, want dan kan iedere zorgverzekeraar zeggen: dat is goede zorg, namelijk zoals het hier beschreven staat. Als je geen richtlijnen hebt, is dat altijd lastiger. Maar je kunt wel degelijk instellingen door je contractering dwingen om kwaliteitsverbeteringen

aan te brengen zonder dat je zegt: we gaan korten als je het niet doet. Je kunt het gewoon als voorwaarde opnemen in je contractering. Mevrouw Bruins Slot antwoordt ik dat het registratiesysteem Argus begin 2012 een juridische basis heeft gekregen en wettelijk verplicht is per 1 januari 2012. Argus registreert ook andere interventies, zoals een verplicht verblijf in een andere individuele ruimte. Is dit een wetenschappelijk effectieve methode? De wetenschap heeft haar eigen verantwoordelijkheid, namelijk om onderzoek te doen en te kijken wat het beste werkt. De ggz-sector zelf heeft dat vertaald in best practices. Dus dat is zoals het zou moeten: de wetenschap komt tot inzichten die moeten worden vertaald in de praktijk.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het viel mij gewoon op omdat de inspectie zelf aangaf dat hieraan nog behoefte was. Omdat ik inmiddels de best practices heb gezien vraag ik me af hoe deze twee zich nu tot elkaar verhouden. Is er nog meer nodig?

Minister **Schippers**: Het is een kwestie van en-en. De inspectie zegt dat er behoefte aan is, de ggz komt met best practices. Dus dit zijn op elkaar volgende noties.

Het sectoroverstijgende werken is ontzettend belangrijk. Die notie deel ik met mevrouw Bruins Slot omdat je ziet dat in verschillende sectoren eigenlijk verschillende vraagstukken leven. Als het gaat om langdurige separaties hebben wij het CCE. Dat gaat echt over consultatie en expertise voor gehandicapten, ouderen en de geestelijke gezondheidszorg. De inspectie stelt interne consultatie verplicht na zes dagen separatie en externe consultatie na drie weken separatie. Voor het oppakken van signalen van mensen met wie het niet goed gaat, is een politie-ggz-convenant gesloten. Iedere gemeente heeft een meldpunt geestelijke gezondheidszorg en iedere instelling heeft een crisisdienst.

Ik ben het met iedereen eens die zegt dat je wel moet oppassen met medicatie. Is dit niet een beetje een waterbed? Als je op de ene plek heel hard drukt, komt het op de andere plek omhoog. Hierbij is het nu juist van belang om via een cultuurverandering in een organisatie die ervan overtuigd is dat separatie niet goed is, te voorkomen dat men zijn toevlucht neemt tot die medicatie. Want dan is het ook daadwerkelijk in de organisatie ingebed.

De richtlijnen voor toediening van medicatie aan ouderen zal ik nagaan en daarop zal ik schriftelijk bij de Kamer terugkomen.

De familievertrouwenspersoon krijgt een wettelijke basis in de nieuwe wet verplichte ggz, waarin ook een breder familiebeleid is opgenomen.

Ten aanzien van de steekpartij in relatie tot De Waag weet ik dat er momenteel contacten lopen. Daarop wil ik nu niet vooruitlopen. In april kom ik in ieder geval met een voorstel over het medisch beroepsgeheim. Het convenant tussen politie en ggz is al genoemd. Dat is een heel belangrijke schakel om te versterken, dus ik ben er zelf ook echt content mee dat dit convenant er komt.

Gevraagd is of de stijging van suïcide wordt meegenomen in de multidisciplinaire richtlijn. Daarvoor is een aparte multidisciplinaire richtlijn.

De beleidsregel Dwang en drang loopt af na dit zesde en laatste jaar. Je moet je afvragen hoe lang je zo'n soort beleidsregel in stand kunt houden. Deze beleidsregel is zes jaar van kracht geweest en is in het laatste jaar vooral gericht geweest op borging van wat de regel in de afgelopen jaren heeft opgeleverd. Het is van belang dat zorgverzekeraars dit in hun zorginkoop opnemen. Dus in die fase zitten wij nu, zeg ik tegen mevrouw Voortman.

Dan kom ik bij het NZa-advies en de vraag van mevrouw Voortman of er voor de AWBZ geen eenduidige tarieven zouden moeten komen. De AWBZ kent nu eenmaal andere tarieven dan de Zorgverzekeringswet. Wij hebben wel iets anders gedaan. Er was een knip met zeer nare conse-

quenties. Vorig jaar hebben wij die knip met terugwerkende kracht ongedaan gemaakt. In ieder geval hebben wij de negatieve consequenties daar uitgehaald. Maar je houdt verschillen in financiering tussen langdurige zorg – of dat nu ggz is of somatische zorg – en de zorg, korter dan een jaar.

Instellingen zijn en blijven voor het aflopen van de beleidsregel verplicht om gegevens aan de hand van zogeheten Argus-sets te verzamelen. De inspectie krijgt de mogelijkheid om die in te zien. Er loopt nu een onderzoek naar een landelijk informatiepunt. Dat zal in april gereed zijn. Aan de hand daarvan gaan wij bekijken hoe snel een en ander kan worden gerealiseerd, maar de verwachting is dat wij dit niet voor het einde van het jaar gerealiseerd zullen hebben.

Mevrouw Straus heeft gevraagd of het afbouwen van de dwangmaatregel onderdeel is van de multidisciplinaire richtlijn. Ja, dat is natuurlijk ook waar het bij die multidisciplinaire richtlijn in de kern om gaat: voorkomen, afbouwen en verbeteren.

Waarom doet GGZ Nederland nu eigenlijk aanvullend onderzoek naar de achterblijvers, zo vraagt mevrouw Straus. Dat onderzoek richt zich er specifiek op of er onderscheidende kenmerken zijn voor beide instellingen. Dus het is meer een aanvullend onderzoek, geen dubbel onderzoek.

In hoeverre draagt de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) bij aan betrokkenheid en aansturing van de raad van bestuur? De Wcz stelt een kwaliteitsfunctionaris verplicht in de raad van bestuur. Dit is echt een evident onderdeel van de kwaliteit, dus in die zin is er inderdaad een link met deze wet.

Mevrouw Wiegman vraagt of de geestelijke verzorging standaard een plaats kan krijgen in het evaluatie- of het nazorgtraject. Ik denk dat dat sterk afhangt van de situatie. Als een kerk, een moskee of een andere religieuze instelling een belangrijke rol speelt, denk ik dat je die ook een rol moet geven in het hele traject. Wanneer er een incident plaatsheeft waarin zo'n instelling geen rol heeft, moet je dat dus ook niet doen. Ik zou hierbij dus sterk hechten aan maatwerk.

De landelijke e-health-agenda komt dit voorjaar.

Over best practices heb ik net gesproken. In de raad van bestuur krijgen wij straks een kwaliteitsfunctionaris die verantwoordelijk is voor kwaliteit en die dus ook kan worden aangesproken als er vanuit de raad van bestuur weinig gedaan wordt.

De vraag over het actieplan had ik in eerste instantie niet helemaal meegekregen. Dat blijkt het actieplan te zijn tegen agressie in de zorg, dat in concept klaar is en waarover nu wordt overlegd met andere partijen. De eindversie verwacht ik zeer binnenkort mede namens de ministers van Binnenlandse Zaken en van Veiligheid en Justitie naar buiten te kunnen brengen.

De heer Van Gerven heeft gesteld dat er stagnatie is die haar oorzaak vindt in bezuinigingen, maar ik wijs erop dat die bezuinigingen pas dit jaar ingaan, terwijl dit jaar nog niet zo oud is. Over de multidisciplinaire richtlijn spreken wij vanaf 2009. De groei van de geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen jaren is in financiële termen enorm. Dat is een van de redenen waarom wij onze maatregelen moesten nemen. Toch is die richtlijn nog niet tot stand gekomen. Dus ik vind het argument van de bezuinigingen echt veel te kort door de bocht. Er zijn altijd heel veel aspecten die een rol spelen in de vraag waarom iets gebeurt of niet. GGZ Nederland die zegt meer intensievecare-units te willen, die kostbaar zijn. Dat moet ergens vandaan komen, maar wij willen eigenlijk over op een heel andere geestelijke gezondheidszorg. Wij willen heel veel patiënten die nu in de duurdere tweede lijn zitten maar die eigenlijk in de eerste lijn thuishoren naar die eerste lijn krijgen. Wij willen dat er wel ruimte komt om intensievecare-units te bouwen in de tweedelijnszorg. Dit moet dan ook weer worden ingekocht door de zorgverzekeraars. Het gaat dus om een

heel breed pakket van een andere opbouw in de geestelijke gezondheidszorg.

De financieringssystematiek is niet toegepast op zeer complexe zorg. Wij hebben afgelopen jaar wel maatregelen op dit punt genomen zoals u weet, waardoor de derdelijns geestelijke gezondheidszorg wordt gefinancierd. In het voorstel dat nu naar de Tweede Kamer is gegaan voor prestatiebekostiging zit een bandbreedtemodel dat oploopt tot 110% van de maximumtarieven van nu. Dus daarin zit ook ruimte om juist zeer complexe zorg wel te kunnen financieren en om aan de andere kant voor veel mindere zorg minder te betalen zodat je veel meer diversiteit krijgt dan momenteel.

Mevrouw Wiegman en de heer Van Gerven vroegen naar de brief van GGZ Drenthe die u hebt ontvangen. De verzekeraar heeft een zorgplicht en moet dus zorgen voor voldoende zorg waar zijn patiënten behoefte aan hebben en waartoe een medische noodzaak bestaat in de regio waar de patiënt woont. Die zorg moet hij dus inkopen. De instelling zelf maakt een afweging waarin zij investeert, zoals in bedden. Wij zien juist in Nederland dat er al heel veel in bedden is geïnvesteerd en dat er eigenlijk veel meer in eerstelijnszorg in de buurt zou moeten worden geïnvesteerd. Je ziet dat veel ggz-instellingen die beweging ook maken naar de eerste lijn. Dus de zorg aan patiënten moet gegarandeerd blijven. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om die zorg in te kopen, maar dat er een verschuiving gaat plaatsvinden van de tweede naar de eerste lijn is zeer gewenst beleid. Als wij het aantal mensen in de tweede lijn in Nederland vergelijken met dat aantal in het buitenland, dan is dat enorm. Ik geloof dat wij koploper in Europa zijn. Dus dat is niet nodig. Wij moeten toe naar zinnige en zuinige zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik haak nog even in op die bezuinigingen. Natuurlijk zitten er nieuwe bezuinigingen aan te komen en natuurlijk is die stagnatie al minstens een jaar zichtbaar, dus er is geen een-op-eenrelatie. Maar wat mij in de brief uit Drenthe opviel, is dat er niet voldoende wordt ingekocht, aan de ene kant omdat er minder geld is maar aan de andere kant omdat men bijvoorbeeld andere instellingen kansen wil geven. Dat zet toch heel veel druk op een organisatie, want van intramurale voorzieningen kun je niet zomaar zeggen: dit jaar doen we het wel, volgend jaar maar niet en het jaar daarop weer wel. Het pleidooi van de briefschrijver, de psychiatrisch verpleegkundige, was om hiervoor in ieder geval de tijd te nemen als wij meer willen extramuraliseren. Dus dat is toch een vraag die ik stel aan de minister.

Ten tweede moeten wij toch ook voorkomen dat wij doorslaan en dat wij weer allerlei mensen op straat zien die eigenlijk een veilig onderdak zouden moeten hebben?

Minister **Schippers**: De verzekeraar moet een meerjarig idee hebben over wat patiënten van hem nodig hebben. Wat die patiënten nodig hebben moet hij inkopen, en niet iets anders. Dus het gaat niet om ad hoc jaarlijks beleid. Laten wij wel wezen, gemiddeld blijft 95% van de verzekerden gewoon bij de verzekeraar. Dat betekent dus een vrij constante noodzaak voor die verzekeraar om echt te investeren in een gebied: waar koop ik zorg in en waar doe ik dat niet? Heb ik dat in het verleden goed gedaan en, zo nee, wat ga ik daar dan in veranderen? Daarbij is natuurlijk een meerjarig perspectief heel belangrijk, maar dat is nu juist de rol en de taak die wij aan verzekeraars hebben gegeven in ons systeem.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De eigen bijdrage is natuurlijk ook een bezuiniging. De minister zei: wij zijn voor zinnige en zuinige zorg. Dat is natuurlijk fantastisch, want daar is iedereen voor, maar de vraag is wat er zinnig is aan wat de minister doet. Want haar bedoeling is, kort door de bocht gezegd, de Gooise vrouwen uit de ggz te halen, de mensen die het

niet nodig hebben, die zitten te huilen op de bank van dokter Rossi. Dat zijn wij ook helemaal met de minister eens, maar het effect van de eigen bijdrage is dat de allerkwetsbaarste mensen uit de zorg vallen. De politie heeft dat ook al gezegd. En wat zegt het kabinet? Dat gaan wij dan even monitoren, dan komt de politie daar gezellig bij. Hoeveel meer ongelukken moeten er dan nog gebeuren voordat het kabinet inziet dat dit de verkeerde maatregel is die de verkeerde doelgroep treft? Die maatregel is ongezond, gevaarlijk en ook nog eens discriminerend.

Minister **Schippers**: Dit debat hebben wij vele malen gehad, voor de laatste keer eergisteren. Toen ik minister werd, was er al een eigen bijdrage in de eerste lijn, ingevoerd door het vorige kabinet. Er was een financiële drempel op gelegd bij de lichtere geestelijke gezondheidszorg. Wat je dus heel duidelijk ziet, in alle cijfers, is dat in Nederland de eerste lijn massaal wordt overgeslagen omdat mensen denken: waarom zou ik naar een eerste lijn gaan waar ik zelf moet bijbetalen terwijl ik dat voor de tweede lijn niet hoef? Dat is een logische gedachte. Als je dan financieel-economisch in zwaar weer zit, is het niet logisch om te zeggen: dan leggen wij er nog eens 160 mln. – of hoeveel is het? – bij en schaffen wij alles af. Nee, dan denk je: als er in de eerste lijn een drempel is, laten wij dan zorgen dat je het zo doet dat je in de eerste lijn minder hoeft te betalen dan in de tweede lijn. Dat is ook het verschil met de somatische zorg. U zegt dat het discriminerend is, maar het vorige kabinet hanteerde in de eerste lijn ggz een eigen betaling en in de eerstelijns huisartsenzorg en andere zorg niet. Dus daar zat al een verschil tussen. Het grote verschil is dat in Nederland heel veel mensen gebruikmaken van de tweede lijn die veel beter naar de eerste lijn kunnen. Dat is de motivatie geweest voor deze maatregel.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het gaat ons natuurlijk om die tweede lijn, want daar zitten die heel kwetsbare mensen. Wat deze minister doet, is een heel domme en verkeerde maatregel nemen, waarmee ze de verkeerde doelgroep pakt. Dus als de minister nu zegt dat zij die Gooise vrouwen uit de zorg en zeker niet in de tweede lijn wil, dan deelt iedereen dat met haar. Alleen, dan moet zij een maatregel nemen die zich daarop richt, maar dat doet zij niet. Deze minister neemt heel bewust het risico, of ze pakt heel bewust de allerkwetsbaarste mensen uit de samenleving, want die donderen uit het zorgsysteem. Dat zijn de mensen waarvan de politie nu al zegt dat het misgaat. Daarvan zijn nu al voorbeelden bekend. Het kabinet zegt: La la la, wij gaan eens kijken tot september, dan gaan wij nog eens praten en daarna gaan we monitoren bij hoeveel mensen het misgaat. Maar dit kabinet kan ook zeggen: inderdaad, we zijn het eens met de heer Teeven. Het is namelijk ongezond en onveilig, we gaan het geld op een andere manier halen. Er zijn namelijk tig wegen die naar Rome leiden.

De minister kan ook zeggen: er zijn ggz-zorginstellingen die 10% overhead hebben en andere die veel meer overhead hebben. Maak daar dan korte metten mee. Dat zou stoer zijn, want dan pakt de minister bestuurders die het niet goed doen en niet de allerkwetsbaarste mensen die helemaal niets hebben en die soms niet eens hun eigen gedachten op een rijtje kunnen zetten. Want dat zijn de mensen die zij nu bewust de dupe laat worden, en zij laat die mensen nog een halfjaar wachten ook.

Minister **Schippers**: Deze wisseling van gedachten hebben wij keer op keer op dezelfde manier. Nu zitten mensen in de tweede lijn die daar niet thuishoren. Dan gaat het niet om Gooise vrouwen die niet ziek zijn, maar om mensen die wel ziek zijn. Want als je niet ziek bent, moet je niet naar de zorg gaan. Dat is cruciaal. Waar het mij om gaat, is dat mensen die nu in de tweede lijn zitten maar die veel beter in de eerste lijn kunnen worden

geholpen omdat er sprake is van lichte of milde problematiek, ook naar de eerste lijn toe moeten.

Er zijn wel uitzonderingen gemaakt, voor bemoeizorg, voor de BOPZ, voor crisiszorg, voor jongeren tot 18 jaar. Wij hebben met elkaar in de Kamer afgesproken dat wij monitoren wat de gevolgen zijn en dat wij dat goed in de gaten houden.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat wij een tweede termijn houden met spreektijden van twee minuten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Om even voort te borduren op de laatste vraag, er is een uitzondering gemaakt voor bemoeizorg. Dat is ten dele waar, want Zorgverzekeraars Nederland heeft nu al gezegd de grens te gaan stellen. Dus als je over de grens heen komt en je woont toevallig in de verkeerde regio, dan heb je pech.

Daarnaast zijn er heel veel kwetsbare mensen in de ggz die niet onder de noemer bemoeizorg vallen. Zij hebben ook pech bij dit kabinet. Het blijft dus de verkeerde maatregel die de verkeerde doelgroep treft. Ik roep het kabinet nogmaals op om een andere maatregel te nemen om die patiënten niet de dupe te laten worden. Laat de bestuurders maar de dupe worden, die het toestaan dat mensen blijkbaar in de tweede lijn terecht kunnen terwijl zij naar de eerste lijn moeten. Dat is een bestuurlijk probleem. Dan moet het kabinet niet zo laf zijn om de meest kwetsbare mensen te pakken.

Vervolgens heb ik nog een paar punten over de inbreng. Ik ben wel weer heel erg tevreden waar de minister zegt dat zij met de gemeenten of het veld om de tafel wil gaan zitten om te bekijken hoe je kunt komen tot betere samenwerking en afstemming voor verwarde mensen, om te zorgen dat er een laagdrempelig punt is voor die mensen en voor gemeenten. Ik wacht dat overleg af en ik zou graag van de minister willen weten wanneer zij ongeveer met een brief hierover bij de Kamer zal komen.

Ik dank de minister ook voor de urgentie die zij ziet in het gebrek aan risicotaxatie.

Ik heb nog een vraag over het CCE. Mensen met heel ingewikkelde psychische klachten kunnen in de tweede lijn via het CCE extra financiering krijgen maar in de eerste lijn niet. Daarop krijg ik graag een reactie. Ik zou graag van de minister willen weten wat haar streefdoel is voor eind 2012 als het gaat om het terugdringen van dwang en drang.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Dank voor de antwoorden van de minister, vooral voor het feit dat zij de urgentie deelt om dwang en drang terug te dringen en dat zij ook ziet dat dat voor een deel te maken heeft met de cultuur van een instelling.

Ook vind ik het fijn dat wij eindelijk duidelijkheid hebben gekregen over het traject van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en dat zij ook belang hecht aan het familiebeleid.

Ik zou bijna mevrouw Bouwmeester vragen om haar motie van vorig jaar over de multidisciplinaire richtlijn nog een keer in te dienen, maar ik denk dat wij daarin als Kamer niet echt iets zullen veranderen. Uiteindelijk moet het nu echt aan het veld zijn om hierin stappen te zetten. Daar moeten wij ook maar op vertrouwen, al baart dit mij wel zorgen. Daar laat ik het op dit moment maar even bij.

Wij hadden het over de complexe separaties, de dubbele problematiek van de mensen die geestelijke en bijvoorbeeld ook verstandelijke beperkingen hebben. De minister geeft aan dat wij het Centrum voor Consultatie en Expertise hebben en een aantal externe en interne consultaties. Dat zijn allemaal individuele gevallen. We hebben het natuurlijk ook over een structureel probleem. De vraag is wat hieraan

structureel kan gebeuren. Mijn verzoek is ook aan de minister of de denktank complexe zorg hierover nog bepaalde informatie gaat aanleveren.

De minister komt ook terug met een brief over de werking van de richtlijnen voor het toedienen van medicijnen aan dementerende ouderen. Dat stel ik heel erg op prijs, omdat je ziet dat ouderen antipsychotica krijgen toegediend die helemaal bedoeld zijn voor dementerende ouderen en die als paardenmiddel worden ingezet, met ontzettend veel vreselijke neveneffecten. Het zou mooi zijn als er meer aandacht komt voor het zorgvuldig toedienen van dat soort medicijnen.

Als laatste zou ik graag nog even willen opmerken dat ik inderdaad wel begrip heb voor het feit dat de minister zegt dat zij niet verder ingaat op de situatie rond Stanley A. en het feit dat de betrokken instelling inderdaad geen informatie wil geven over de situatie. Dat begrijpt het CDA ook wel weer.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ten aanzien van het medisch beroepsgeheim geeft de minister aan dat zij hiernaar onderzoek gaat doen. Zij houdt wel een flink aantal slagen om de arm waartoe dat onderzoek zal leiden. Dat lijkt mij ook heel verstandig, omdat het medisch beroepsgeheim een heel groot goed is. Het gaat om de privacy van de cliënt en om de relatie van de patiënt en de behandelaar. Je moet dan ook heel goed opletten wat je daarmee doet. Wij geloven meer in het duidelijker aangeven door beroepsgroepen van wat het medisch beroepsgeheim nu precies inhoudt in plaats van meteen te gaan kijken of het beroepsgeheim moet worden aangetast. We zullen het onderzoek dat wordt uitgevoerd afwachten.

Over het terugdringen van het separeren geeft de minister aan dat hieraan voorwaarden kunnen worden gesteld in de contractering. Dat klinkt op zichzelf beter dan het korten van instellingen, want ik denk dat dat toch altijd op de een of andere manier ten koste zal gaan van cliënten en medewerkers. Maar dan is wel mijn vraag wat dit betekent als er vervolgens onvoldoende gepresteerd wordt. Kunnen de instellingen dan niet meer gecontracteerd worden? Zou het niet eigenlijk toch beter zijn te pleiten voor oplossingen van onderop? Ik heb bijvoorbeeld gepleit voor een benchmark, waarbij je doet aan naming and shaming. Instellingen die het niet goed doen, worden daar dan op aangesproken, terwijl instellingen die het wel goed doen daar ook – positief – op worden aangesproken. Ik denk dat dat er dan toe kan leiden dat instellingen er ook veel meer naar gaan kijken wat nu het geheim is van een instelling die het beter doet, en dat professionals ook meer met elkaar in gesprek gaan en elkaar hierop aanspreken. Ik denk dat daar meer een oplossing in zit dan in een top-downbenadering.

Mevrouw Wiegman heeft een heel terecht punt aangehaald als het gaat om verlaging van de vergoeding voor niet-gecontracteerde partijen. Ik denk dat daarmee juist ook innovatieve instellingen met een lagere overheid extra worden gestraft. Dus ik wil hierop toch graag een duidelijke reactie van de minister. Deelt ze mijn standpunt dat je die innovatieve instellingen juist nodig hebt in relatie tot de langetermijndoelstellingen die wij hebben voor de zorg en de kosten van de zorg en dat afstraffing middels een dbc-verlaging dan eigenlijk geen goede zaak is? In de care gaan wij ook juist toe naar regelarme instellingen. Daar worden die instellingen ook juist positief beloond. Dan is de keuze van verzekeraars in de ggz om dat dbc te verlagen toch juist een heel onlogische keuze? Graag krijg ik een reactie daarop van de minister.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het verhaal van mevrouw Voortman maakt mij nieuwsgierig of zij het dan ook eens is met het voornemen van de minister om per 1 januari 2013 de prestatiebekostiging in de ggz in te

voeren. Daarmee zou het probleem dat mevrouw Voortman schetst geheel verdwenen zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik weet niet of het probleem daarmee meteen geheel is verdwenen. Ik heb wel al in mijn eerste termijn aangegeven dat wij ook voorstander zijn van eenduidige financiering. Maar wat je in ieder geval niet moet hebben, is dat gecontracteerde partijen voordeel hebben boven niet-gecontracteerde partijen.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Ik heb in mijn eerste termijn vooral aandacht gevraagd voor de uitwisseling van informatie, voor het delen van best practices en voor de multidisciplinaire richtlijn. Ik heb vandaag heel veel gehoord over wat wij daar allemaal mee gaan doen. Bij die uitwisseling van informatie ben ik in ieder geval blij met alle maatregelen die er komen, maar ik hoop dat als wij hier, waarschijnlijk over een jaar, weer over spreken wij dan inderdaad kunnen zien dat er weer voortgang geboekt is, dat de teruggang van dwangmaatregelen daadwerkelijk is ingezet en dat alle inspanningen dus daadwerkelijk hebben geholpen. Over de multidisciplinaire richtlijn ben ik heel blij met twee dingen die ik daarover heb gehoord. Het ene heb ik via de minister gehoord, namelijk dat ook de afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen onderdeel is van de multidisciplinaire richtlijn. Het is absoluut belangrijk dat er voortdurend ook wordt gekeken in de zin van: dit kan geen structurele maatregel zijn, we moeten echt kijken naar oplossingen op de lange termijn. Daarvoor is zo'n afbouw- en evaluatiemoment absoluut noodzakelijk. Ik heb inmiddels begrepen dat ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zelf geld ter beschikking gaat stellen voor het traject van de multidisciplinaire richtlijn. Daarmee ben ik heel blij omdat men daarmee ook aantoont zelf daarin een stuk verantwoordelijkheid te willen nemen. Ik ben ook blij dat we wat helderheid hebben over het verdere verloop van de Wet verplichte ggz. Ik kijk uit naar de nota van wijziging die we mogen verwachten voor de zomer. Ook het rapport over het medisch beroepsgeheim zal ik met veel interesse bestuderen als dat in april komt. Als laatste punt wil ik het compliment van de minister aan de ggz en de politie voor het vernieuwde covenant van harte onderschrijven. Ook daaraan zie je dat de samenwerking tussen politie en ggz echt op een volgend plan is geplaatst en dat daarmee aan de veiligheid van de samenleving echt een impuls is gegeven.

Voorzitter: Bouwmeester

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb nog een paar punten. Allereerst de opmerking van de SP over de bezuinigingen. We hebben niet gezegd dat er een een-op-eenrelatie ligt, want het aantal separaties is natuurlijk gedaald en dat heeft te maken met het feit dat er extra aandacht is besteed aan het terugdringen van de separaties en dat de mentaliteit daarbij toch aan het veranderen is. De vrijblijvendheid is afgenomen. Dat heeft zeker ook zijn effecten. Maar het moge duidelijk zijn dat aan de andere kant, als je dit wilt vlot trekken en nog verdere stappen wilt zetten, bezuinigingen hierop toch een negatief effect kunnen hebben. Dus krijg ik hierop nog graag een reactie van de minister. Laat ik als voorbeeld Boxmeer noemen, waar een kleine intramurale instelling bij het ziekenhuis zit die buitengewoon goed bekendstaat als het gaat om separaties. Dat blijkt ook uit het rapport van de inspectie. Die wordt wegbezuinigd en er ontstaat een concentratie van intramurale voorzieningen. Dat zou ertoe kunnen leiden dat vanwege die schaalvergroting het aantal separaties weer zal toenemen. Daarop krijg ik ook graag een reactie van de minister.

Over de medicatie was de minister toch wel heel kort. Neemt nu niet als de separaties afnemen de dwangmedicatie toe? Zou de minister nog iets

kunnen zeggen over de vraag of bij de instellingen waar heel weinig geseponneerd wordt, die dus heel goed bekendstaan, meer of minder medicatie wordt gebruikt? Dat zou ook wat meer licht op de zaak kunnen werpen.

Tot slot nog het punt van de langdurige separaties na drie maanden. Ik vraag hier toch nog eens extra aandacht voor, want separeren langer dan drie maanden wijst toch op onmacht en een slechte behandelingssituatie? Dat moet toch eigenlijk voorkomen worden?

Voorzitter: Van Gerven

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Bouwmeester zei dat er grenzen worden gesteld aan bemoeizorg. Nu wordt bemoeizorg door verschillende aanbieders gegeven, niet alleen als onderdeel van verzekerde zorg maar ook voor een heel groot deel als gemeentelijke zorg. Dus er is niet één punt waar je bemoeizorg kunt krijgen, maar dit is heel divers.

Mevrouw Bouwmeester zegt eigenlijk: dit kabinet is ontzettend asociaal, want het pakt de meest kwetsbare mensen en gaat een eigen bijdrage vragen; dat is discriminerend voor de ggz. Ik wil toch benadrukken dat de eigen betaling in de ggz is ingevoerd door het vorige kabinet. Dat heeft in de eerste lijn een eigen betaling ingevoerd. Daar was dus ook onderscheid tussen.

Wanneer kan ik met een brief over betere coördinatie komen? Ik wil goed bespreken en bekijken of wij daarin stappen kunnen zetten en hoe wij dat dan doen. Dus ik zou hierop in de tweede helft van dit jaar bij u willen terugkomen.

Dan het CCE, de extra financiering in de tweede lijn.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester, u wilt nog een vraag stellen over die eigen bijdrage? Dat punt is uitvoerig gewisseld en is niet het hoofdthema van dit debat. Als u nog een vraag hebt, kort graag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De eigen bijdrage in de tweede lijn, die de meest kwetsbare mensen pakt, is ingevoerd door dit kabinet. Het is vrij laf dat de minister naar een ander kabinet kijkt, want zij staat voor dit beleid van nu. Deze maatregel is door dit kabinet genomen. Dus ik vind het flauw wat de minister doet. Ze kan een andere keuze maken. Er wordt steeds gezegd dat die eigen bijdrage die geheven wordt, begrensd is door de zorgverzekeraars, want voor de gemeente hoeft u al geen eigen bijdrage te betalen. Kan de minister daar nog op reageren? Zij wijst namelijk naar de gemeente, maar het gaat om Zorgverzekeraars Nederland, die gewoon zegt: hier is de grens en de rest heeft pech.

Minister **Schippers**: Ik wijs niet naar de een of de ander, ik geef aan dat bemoeizorg uit verschillende potjes komt. Bij de Zorgverzekeringswet kennen wij een zorgplicht. Dat geldt ook voor bemoeizorg. Dus verzekeraars moeten die zorg geven. Wij monitoren de gevolgen van deze maatregelen en daarbij zullen wij ook bekijken of hier zaken ontstaan die onwenselijk zijn.

Het CCE in de tweede lijn wordt wel gefinancierd, in de eerste lijn niet. Kan het beter? Het CCE wordt gefinancierd uit de begroting van VWS. In een dbc-verblijf is het mogelijk om zeer intensieve zorg te declareren. Dat is nieuw per 1 januari 2012.

Kunnen wij aan het terugdringen een streefcijfer verbinden voor 2012? We hebben een hoge ambitie. De inspectie neemt in zijn toezicht «niet-separeren, tenzij» mee, het uitbannen van eenzame opsluiting, de Argus, die juridisch geborgd is en per 1 januari 2012 verplicht en de in- en externe consultatie. Ik heb opgesomd wat de inhoudelijke ambities zijn van GGZ Nederland voor dit jaar. Die ambities zou ik willen overnemen en ik wil ze dus niet op een streefcijfer zetten. Er zijn instellingen die het heel

goed doen en die bijna op nul zitten, maar het is natuurlijk de vraag hoe je die andere instellingen nu juist meekrijgt. Dus die inhoudelijke switch is ontzettend belangrijk.

Mevrouw Bruins Slot heeft bepleit om de door haar genoemde motie nog een keer in te dienen. Ik ben net zo gemotiveerd als zij. Het enige probleem is dat ik gewoon weinig instrumenten heb om iets af te dwingen. Dus ik zou de motie van harte kunnen ondersteunen, maar ik heb verder geen instrumenten. Dus dat is een tamelijk machteloos geheel. Ik ben blij dat wij daar op een gegeven moment met het Kwaliteitsinstituut eens een keer van kunnen afstappen, zodat je ook daadwerkelijk doorzettingsmacht krijgt.

Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de denktank over complexe zorg. Die is primair gericht op gehandicaptenzorg. Er wel een onderzoeksrapport toegestuurd van onderzoeksbureau IVA. Daarin zijn de best practices in kaart gebracht. Als er een tussenrapportage is zullen wij kijken of wij daar dingen voor de ggz uit kunnen halen zodat we van elkaar kunnen leren. De brief met de richtlijn zal ik de Kamer doen toekomen.

Mevrouw Voortman vraagt of de contractering kan betekenen dat je op een gegeven moment geen contracteringen meer krijgt. Ja, in principe werkt het wel zo, maar nooit plotseling. Je ziet zorgverzekeraars die zeggen: wij contracteren dit, u hebt er niet aan voldaan, u krijgt een verbetertraject, omdat je natuurlijk ook allerlei investeringen daarin hebt zitten. Maar uiteindelijk willen wij natuurlijk heel graag dat een instelling die echt ondermaats presteert ook niet gecontracteerd wordt. Want uiteindelijk gaat het erom dat de patiënt de goede zorg krijgen, dus dit is het ultimatum remedium.

Dan vraagt mevrouw Voortman of wij niet veel meer zouden kunnen doen met een benchmark. Nu heeft de inspectie in haar rapporten altijd de scores openbaar gemaakt en daarmee ook een benchmark gedaan. Ik ben het ermee eens dat dat altijd een goed middel is om te bekijken waar zwakke broeders zitten en waar juist heel sterke instellingen zitten.

Wij hebben een prestatie-indicator voor separaties, dwang en dwangmedicatie, in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen. Die indicator is daarmee ook openbaar.

De innovatieve instellingen moet je niet afstraffen door een lagere dbc, zegt mevrouw Voortman. Ik denk dat zij bedoelt dat als je niet gecontracteerd bent, je dan een restitutievergoeding krijgt in het huidige systeem. Nu heb ik heel recent een voorstel gedaan aan de Tweede Kamer voor prestatiebekostiging. In dat voorstel wordt iedereen gelijk behandeld. Nu worden instellingen bekostigd op basis van hun budget en financieren wij eigenlijk de nieuwkomers op basis van een dbc. Die situatie duurt al heel lang en is voor instellingen echt heel nadelig. Dit is ook een dubbele administratie. Eigenlijk willen wij naar een systeem waarin alle instellingen op dezelfde manier gefinancierd worden. Dat voorstel ligt inmiddels bij uw Kamer.

Mevrouw Straus heeft gezegd dat het op gang komt dat ook andere partijen nu eigenlijk de multidisciplinaire richtlijn gaan financieren. Eindelijk, zou ik zeggen. Laten wij dan ook met ons allen zorgen dat dit snel tot stand komt.

De heer Van Gerven heeft gezegd dat bezuinigingen niet een een-op-eenrelatie zijn maar wel een negatief effect hebben. Bezuinigingen kunnen echter ook een positief effect hebben, namelijk in de situatie dat veel te veel mensen in een bepaalde vorm van dure zorg zitten waarin zij niet horen. Dan kun je niet zeggen dat dat een verkiesbare situatie is, want het zijn gelden die door iedereen moeten worden opgebracht. Dus je wilt zinnige en zuinige zorg. Mensen moeten de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar niet duurder dan noodzakelijk. Dit kan ook leiden tot kwaliteitsverbetering, tot nieuwe creatieve ideeën en innovatie. Het kan leiden tot een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Daarop zijn de maatregelen ook gericht.

Ten aanzien van dwangmedicatie is gevraagd of bij instellingen waar weinig wordt gesepareerd meer of minder medicatie wordt gegeven. Ik zou dat zo niet weten. Ik ga de Kamer toch een brief schrijven. In dat kader zal ik dit ook uitzoeken, want ik zie hier wel veel papier liggen, maar niet het antwoord op deze vraag. Ik kom hierop terug in dezelfde brief die ik aan mevrouw Bruins Slot heb toegezegd.

Dan de separaties die langer duren dan drie maanden. Het is niet zo dat er voor die drie maanden eigenlijk niets gebeurt. Ik had al aangegeven dat je na zes dagen intern moet consulteren, na drie weken ook extern, in het hele team, en dat je na zes weken een externe opschaling moet houden. Dus het is van groot belang dat de inspectie hierop toezicht houdt – dat doet zij ook – en dat wij dit echt tot een absoluut minimum weten te beperken. Sterker nog, eigenlijk moet dit gewoon worden uitgebannen. Dit is echt een onderdeel dat moet worden uitgebannen.

De **voorzitter**: Ik kijk even naar de Kamer. Er is, naar ik begrijp, nog één vraag blijven liggen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Iemand uit de zaal attendeerde mij erop dat bemoeizorg toeleiding naar zorg is. Dus voor een deel van de mensen wordt het betaald, voor een deel van de mensen niet. Als je aankomt en het niet kunt betalen, heb je alsnog pech. Dus er is eigenlijk helemaal niets opgelost met de motie.

Minister **Schippers**: Eerst heb je toeleiding en uiteindelijk, als een behandeling gaat plaatsvinden, krijg je inderdaad te maken met een eigen betaling. Dat is waar. Het gaat om de aanleiding van de dbc. Dus als de aanleiding van de dbc bemoeizorg is, wordt de dbc uitgezonderd van de eigen betaling.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dus als ik het goed begrijp: val je in het clubje bemoeizorg, dan wordt het uitgesloten, maar als je om een andere reden zorg nodig hebt en het ook niet kunt betalen, dan heb je dus alsnog pech.

Minister **Schippers**: Nu gaan wij een debat overdoen dat we al een hele tijd voeren. Laat ik dat niet doen. Er bestond al een eerstelijns eigen betaling, die was ingevoerd door het vorige kabinet. Ik stoor mij er hevig aan dat u zegt dat er een onterecht onderscheid wordt gemaakt tussen ggz-cliënten en niet-ggz-cliënten. Dat is onjuist, want dat onderscheid is al gemaakt door het vorige kabinet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het gaat om de tweede lijn. Die heeft dit kabinet ingevoerd, niet het vorige kabinet. Dus als je het vergelijkt met een beenoperatie: die is gratis, maar opgenomen worden in een ggz-instelling niet. Dat is het verschil.

Minister **Schippers**: In de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg was het onderscheid al eerder gemaakt. Echt waar.

De heer **Van Gerven** (SP): De laatste opmerking is formeel juist, lijkt mij, namelijk dat de bijdrage in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg al eerder is ingevoerd. Je kunt het naar twee kanten uitleggen. Ik heb, afrondend, toch nog even een opmerking over het medisch beroepsgeheim. Ik wil niet opnieuw de discussie starten, maar staatssecretaris Teeven wil in bepaalde gevallen vanuit Justitie een bevel opleggen dat het beroepsgeheim moet worden opgeheven. De minister weet ongetwijfeld dat die plannen leven. Ik denk dat dit wel een belangrijk punt is om mee te nemen, want de minister komt hierover in april met een brief, zo begrijp ik. Dit is natuurlijk een heel belangrijke kwestie, die als dit

echt zo zou gaan toch een heel ander licht werpt op de professionele autonomie van de beroepsgroep.

Minister **Schippers**: Even voor de helderheid, ik kom niet in april met een brief. In april komt het rapport. Op basis van dat rapport moeten wij een standpunt innemen. Dat rapport wijst bijvoorbeeld op bepaalde zaken. Dan is het natuurlijk aan ons om een standpunt in te nemen of wij op basis daarvan iets willen veranderen of niet. In dat kader zullen wij alles meenemen. Wat niet mag, mag niet. Als we willen dat iets wel mag, zullen we het eerst moeten veranderen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat klopt, maar dan wil ik de minister toch meegeven om nog eens goed te kijken naar de ideeën die leven bij Justitie om het beroepsgeheim dwingend opzij te zetten, los van wat nu eigenlijk toch in principe geldt, namelijk de professionele autonomie van de beroepsgroep zelf om aan de hand van het beroepsgeheim een afweging te maken. Want dan ga je toch wel de Rubicon over, lijkt mij.

Minister **Schippers**: Dit is nu juist de reden waarom ik dit samen met Veiligheid en Justitie en met Sociale Zaken doe. Want Sociale Zaken heeft te maken met allerlei zaken op het gebied van fraude, Veiligheid en Justitie met allerlei zaken die te maken hebben met het justitiële veiligheidsvlak. Wij hebben te maken met een aantal incidenten waarvan je zegt: zit iemand in een kwetsbare positie niet eigenlijk knel tussen de regels die wij hebben, of worden die regels niet goed toegepast? Die zaken komen alle drie aan de orde, dus ze worden alle drie meegenomen.

De **voorzitter**: Dan wil ik nog even kijken of er behoefte is aan een VAO van de kant van de Kamer. Mevrouw Bouwmeester knikt ja, dus dan wordt er een VAO aangemeld met als eerste spreekster mevrouw Bouwmeester. Dan dank ik alle aanwezigen aan het eind van dit overleg. Excuus, in tegenstelling tot mijn conclusie van zo-even wordt er toch geen VAO aangevraagd. Dat was een misverstand.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik kan toch nog later besluiten om een VAO aan te vragen? Ik wil even overleggen.

De **voorzitter**: U kunt daar rustig over nadenken, maar vooralsnog wordt er geen VAO aangevraagd.