

Vergaderjaar 2011–2012

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 185

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juli 2012

Tijdens het algemeen overleg dwang en drang van 1 maart 2012 (Kamerstuk 25 424, nr. 165) heb ik een aantal toezeggingen gedaan waarover ik u in onderstaande brief informeer. Tevens meld ik u mijn verdere inspanningen om de toepassing van dwang en drang verder terug te dringen.

Verhouding separatie versus dwangmedicatie

Tijdens het AO dwang en drang werd de vraag gesteld of met het afnemen van het aantal separaties de toepassing van dwangmedicatie is toegenomen. Dit beeld wordt echter niet bevestigd door de registratiegegevens in Bopzis en Argus. Uit de Bopzis gegevens van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt namelijk dat het aantal dwangmedicaties in 2011 nagenoeg gelijk is gebleven ten opzichte van 2010. In het rapport «Vier jaar Argus» waarin de bevindingen van 15 instellingen worden gepresenteerd, die in 2010 Argusdata aanleverden aan het Casusregister dwang en drang, zijn geen aanwijzingen gevonden dat substitutie plaatsvindt van separatie naar dwangmedicatie. Uit de cijfers over 2010 ten opzichte van 2009 blijkt over het algemeen dat waar separatie daalde, dwangmedicatie ook daalde. Bij twee van de vijftien instellingen was een toename in dwangmedicatie bij een afname van separatieduur aan de orde, bij een constant aantal patiënten.

Voor patiënten kan het van belang zijn om aan te geven waar hun voorkeur in de behandeling naar uit gaat. In het wetsvoorstel verplichte GGZ staat het verlenen van goede zorg op maat centraal. Als algemeen uitgangspunt is geformuleerd dat bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg, zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van betrokkene. Zo kan de patiënt in een zorgkaart zijn voorkeuren aangeven ten aanzien van de behandeling. Met name personen aan wie al eerder onvrijwillige zorg is verleend zullen eigen voorkeuren voor de soort medicatie, de wijze van

toediening en het al dan niet toepassen van specifieke dwangmaatregelen hebben ontwikkeld.

Richtlijn voor het toedienen van antipsychotica bij dementerende ouderen

Conform mijn toezegging ben ik nagegaan of er een richtlijn bestaat voor toediening van medicijnen aan ouderen.

Sinds mei 2012 is er een multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen beschikbaar. Het inzicht wordt breed gedeeld dat de zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang, afstemming en samenwerking tussen patiënt (en/of mantelzorger), arts, apotheker en verpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt in het bijzonder bij de zorg rond verschillende aandoeningen die door verschillende specialisten behandeld worden met zeer diverse geneesmiddelen. Het risico op interacties en bijwerkingen is vergroot als verschillende artsen geneesmiddelen voorschrijven en men niet goed op de hoogte is van elkaars voorschriften. Ook kunnen specialisten zo gespecialiseerd zijn in hun vakgebied dat zij over onvoldoende kennis beschikken om de relevantie van door andere specialisten voorgeschreven medicatie op waarde te kunnen schatten. Deze overkoepelende multidisciplinaire richtlijn ondersteunt daarmee deze zorg. Hoewel deze richtlijn dus niet specifiek op het toedienen van antipsychotica ziet, kan deze richtlijn wel een bijdrage leveren aan een meer samenhangende en afgestemde zorgverlening.

Met betrekking tot het specifiek toedienen van medicijnen worden in de regel protocollen opgesteld door de zorginstellingen zelf waarin verantwoordelijkheden worden gedefinieerd en procesafspraken worden vastgelegd. In de langdurige zorg is onlangs een breder document ontwikkeld op dit terrein ter verdere waarborging: Veilige principes in de medicatieketen. Ik heb begrepen dat in het najaar van 2011 een promotieonderzoek heeft plaatsgevonden op het terrein van de inzet van antipsychotica en ouderen «Balancing the benefits and risks of antipsychotics use in elderly patients». Het is aan de beroepsgroepen om op basis van nieuwe relevante inzichten de vigerende richtlijnen aan te passen dan wel nieuwe richtlijnen te ontwikkelen.

Tussenrapportage denktank complexe zorg

De tussenrapportage van de denktank complexe zorg is reeds op 26 juni 2010 aan u toegezonden (TK, 33 996, nr. 31). Aanleiding voor het instellen van de denktank complexe zorg was een specifieke casus van een cliënt binnen de gehandicaptenzorg. Dat neemt niet weg dat er verbindingen zijn tussen het werk van de denktank en de ouderenzorg en de GGZ. Naar aanleiding van de bevindingen van de Denktank complexe zorg zal ik samen met de sector kijken welke praktische aanbevelingen ook in de GGZ kunnen worden benut.

Onderlinge samenwerking tussen de verschillende diensten verbeteren

Tijdens het AO dwang en drang van 1 maart werd door mevrouw Bouwmeester aangedrongen op het opzetten van een meldpunt voor verwarde personen, zodat de zorg voor deze mensen beter kan worden geregeld. Ik gaf toen aan dat ik niet voor een extra meldpunt ben. Een nieuw meldpunt creëert naar mijn mening een extra tussenlaag. Aansluiten bij wat er al is heeft mijn voorkeur.

Om verwarde mensen te helpen hebben we in Nederland huisartsen, een alarmnummer 112, meldpunten voor openbare geestelijke gezondheids-

zorg (OGGZ), crisisdiensten van de GGZ, gedwongen opname in de GGZ via de Wet bopz en 113-online voor mensen die zelfmoordgedachten hebben. De samenwerking tussen deze diensten is van groot belang om deze mensen goed te kunnen helpen. Tijdens het AO gaf ik aan dat ik het EPD en multidisciplinaire richtlijnen belangrijke instrumenten vind om deze samenwerking te verbeteren.

Ik heb u toegezegd om met het veld te gaan praten om te kijken hoe deze samenwerking tussen de verschillende diensten verloopt en of hier nog iets in kan worden verbeterd.

GGZ Nederland en GGD Nederland geven beide aan ook niet voor een extra meldpunt te zijn. Dit leidt volgens hen tot versnippering en belemmert de samenwerking. Er is al een landelijk dekkend systeem van meldpunten voor de OGGZ, die zich vooral ook richten op deze doelgroep. Er zijn 43 centrumgemeenten voor OGGZ die zich bezighouden met het inventariseren en opvolgen van signalen voor verwarde mensen en deze zo nodig naar zorg toeleiden. Vaak houden GGD'en zich in opdracht van de gemeentes hiermee bezig. De GGD'en hebben zicht op de doelgroep en werken samen met alle relevante diensten om de benodigde zorg voor deze mensen te organiseren. Tijdens de gesprekken met de koepels hebben mij geen signalen bereikt dat er slecht wordt samengewerkt tussen de partners. Op landelijk niveau hebben de verschillende partners samenwerkingsafspraken gemaakt, die in de regio's moeten worden uitgewerkt. Hier wordt hard aan gewerkt. Zo heeft GGZ Nederland in december 2011 een hernieuwd convenant gesloten rondom samenwerking met de politie. Op 27 juni 2012 kreeg dit convenant verder handen en voeten met het congres «Naar een betere samenwerking tijdens crisis». Belangrijkste verbetering ten opzichte van het oude convenant uit 2003 is dat de cliënt meer centraal staat, er concrete afspraken gemaakt zijn over bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute diensten en verbetering van samenwerking tijdens crisissituaties en informatie-uitwisseling. Met andere partijen betrokken bij crisiszorg zijn door het veld afspraken gemaakt hoe de bereikbaarheid en beschikbaarheid te verbeteren.

Per regio zijn er verschillen en dit hangt vaak af van in hoeverre de gemeente regie voert of hoe complex een regio is georganiseerd. Op dit moment is geen actie op landelijk niveau nodig en zijn de regio's aan zet.

Stand van zaken inventarisatie achterblijvers

Op dit moment wordt door GGZ Nederland een literatuuronderzoek gedaan naar achterblijvers bij het terugdringen van separaties. Allereerst wordt gekeken of achterblijvers te filteren zijn uit rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de benchmark rapporten Argus. Daarnaast wordt ook bekeken of er kenmerken zijn die deze achterblijvers gemeenschappelijk hebben en of er kritische factoren te benoemen zijn die deze achterblijvers ontberen. De uitkomsten van dat onderzoek worden in augustus 2012 verwacht en ik zal u daarover informeren.

Tot slot merk ik op dat het recent ondertekende Bestuurlijk akkoord GGZ de afspraken over terugdringen van dwang en drang bekrachtigt. Dit betekent dat dwang en drang alleen als ultimum remedium wordt toegepast. Er mag geen sprake meer zijn van eenzame insluiting en tijdens een separatie is er altijd persoonlijk contact tussen patiënt en zorgaanbieder. Ook mag er geen substitutie optreden tussen het verminderen van separaties en andere dwangtoepassingen. Het terugdringen van dwang en drang is onderdeel van het integrale GGZ-beleid van de instelling. Dit jaar zal de IGZ toezien op het inzetten van in- en externe consultatie bij patiënten die langdurig dwang en drang wordt opgelegd.

Dit draagt bij aan veilige zorg en verdere professionalisering van de zorgverleners.

Ik vertrouw erop dat ik met deze brief duidelijk heb aangegeven wat de stand van zaken is van de reeds in gang gezette activiteiten in het terugdringen van dwang- en drangtoepassingen in de ggz en aan mijn toezeggingen naar aanleiding van het AO dwang en drang heb voldaan.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers