

Vergaderjaar 2011–2012

**24 170**

## **Gehandicaptenbeleid**

**Nr. 126**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT,**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 november 2011

Vrijheidsbeperking is één van de ergste dingen die je een cliënt – die zorg en ondersteuning behoeft – kunt aandoen. Daarom is de norm dat er niet wordt vastgebonden. Er zijn echter omstandigheden waarin zorgverleners niet weten hoe anders te handelen. Mensen zijn soms zo gehandicapt, ziek of in de war, dat zij voor zichzelf of hun omgeving een te groot gevaar vormen. Ik vind het onze plicht om in dergelijke situaties steeds naar alternatieven te (blijven) zoeken. Dat deze benadering – van steeds blijven zoeken – effectief is, blijkt uit de berichten die ik van de inspectie heb gekregen.

De inspectie heeft mij – op mijn verzoek – verslag uitgebracht over de situatie van de jongeman die begin dit jaar in het nieuws kwam omdat hij regelmatig met een tuigje aan de muur was vastgebonden. Ik ben blij te kunnen melden dat het goed met hem gaat. Zijn leefsituatie is de afgelopen periode sterk verbeterd. Hij is verhuisd naar een andere instelling. Ik ben geïnformeerd dat hij zeer tevreden is over de zorg en ondersteuning die hij daar krijgt. Dat geldt ook voor zijn moeder. Het tuigje wordt niet meer gebruikt en de betrokken instelling heeft ook geen afzonderingsruimtes in gebruik. Dit is bemoedigend nieuws voor de betrokkene in kwestie, maar ook in meer algemene zin: het laat immers zien dat ook bij ernstige, langdurige en complexe problematiek verbeteringen mogelijk zijn als het gaat om situaties waar sprake is van vrijheidsbeperkingen.

Het verhaal van genoemde jongeman staat niet op zichzelf. Er is een sterke beweging c.q. een professionaliseringsslag gaande in de langdurige zorg, waardoor het mogelijk is vrijheidsbeperkingen steeds meer terug te dringen.

Maar wij zijn er nog niet. Het is noodzakelijk dat iedereen zich voortdurend blijft inspannen om vrijheidsbeperkingen tot het uiterste te minimaliseren.

In die gevallen waar een cliënt niet zelf zijn of haar »verhaal« kan vertellen, is het essentieel dat de zorgverlener goed naar betrokken cliënt «kijkt» en zijn of haar gedrag interpreteert. Daarbij speelt ook het gesprek met de ouder(s) of vertegenwoordiger(s) een grote rol. Hoewel zij wellicht niet altijd in «gestudeerde woorden» tot uitdrukking kunnen brengen wat er in de cliënt omgaat, voelen zij vaak uitstekend aan dat het probleemgedrag vaak een uiting is van onmacht. Bijvoorbeeld omdat iemand niet kan aangeven dat hij erg angstig is.

Betrokkenheid en communicatie zijn de sleutelwoorden. Ten eerste als het gaat om de dialoog tussen de cliënt(vertegenwoordiger) en zijn of haar zorgverleners. Maar ook dat zorgverleners «gehoord» worden door het management. Pas als de hele instelling doortrokken is van deze visie werkt het ook.

De bevindingen waarover de inspectie mij heeft gerapporteerd, bevestigen dit nadrukkelijk.

### **Inspectierapporten**

Begin dit jaar heb ik de inspectie gevraagd te onderzoeken hoe het is gesteld met de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening in de (24) locaties binnen de gehandicaptenzorg waar cliënten verblijven die langdurig in hun vrijheid worden beperkt. Het gaat dan om personen die regelmatig worden afgezonderd (of in afzondering leven) en/of gefixeerd worden en voor wie voornamelijk geen zicht is op een betere toekomst. U treft de resultaten hierbij aan (bijlage 1).<sup>1</sup>

Uit de onderzochte casuïstiek in deze 24 locaties waar de meest complexe cliënten verblijven, vallen twee zaken op. De basiskwaliteit en -veiligheid van de zorg is bij het merendeel van de bezochte locaties op orde. Toch zijn er nog diverse verbeterlagen te maken.

Zo wordt er nog te vaak over de cliënt(vertegenwoordiger) gesproken in plaats van met de cliënt(vertegenwoordiger). Voorts blijkt dat er nog te weinig gewerkt wordt met haalbare, concrete (ontwikkelings)doelen en vindt er nog te weinig risico-inventarisatie plaats. Tot slot blijkt dat de kwaliteit en kwantiteit van het personeel bij het merendeel van de locaties goed op orde is. De continuïteit hiervan blijft echter een kwetsbaar punt.

Deze bevindingen stemmen in grote lijnen overeen met de resultaten van het vervolgonderzoek «Zorg voor vrijheid» dat de inspectie mij ook heeft aangeboden. Dit betreft de stand van zaken naar het terugdringen van alle mogelijke vormen van vrijheidsbeperking in de gehandicapten- en ouderenzorg. Ik doe u hierbij de uitkomsten hiervan eveneens toekomen (bijlage 2).<sup>1</sup>

Uit dit vervolgonderzoek blijkt dat er zeker sprake is van een positieve ontwikkeling: de randvoorwaarden zijn bij de meeste instellingen inmiddels in orde, en het management en de medewerkers van zorgorganisaties gaan bewuster om met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Tegelijkertijd is de visie op vrijheidsbeperkingen nog te weinig ontwikkeld en is het gebruik van signaleringsplannen nog geen gemeengoed. En ook hier geldt dat zorgaanbieders hun cliënten en/of hun vertegenwoordigers actief bij vrijheidsbeperkingen moeten betrekken.

### **Reactie**

De resultaten van deze onderzoeken zijn veelbelovend en stemmen mij hoopvol. De rapporten laten zien dat er in de langdurige zorg rond het thema vrijheidsbeperking een positieve ontwikkeling gaande is. Dit is in

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

hoofdzaak te danken aan de inzet van de zorgprofessionals die dagelijks deze cliënten ondersteunen, begeleiden en verzorgen. In dit verband wil ik nog eens benadrukken hoe belangrijk het is dat het management naar de zorgprofessionals luistert en hen de ruimte geeft om professioneel te handelen.

De resultaten laten ook zien dat ondersteuning van die cultuuromslag loont. Trajecten als «Maatregelen op Maat» en «Ban de Band» werpen hun vruchten af. Aan die trajecten hebben vele tientallen instellingen meegedaan, wat er toe heeft geleid dat zorgprofessionals zich (meer) bewust worden van de goede mogelijkheden. Nog niet alle instellingen hebben de lessen uit het Zorg voor beter-traject al ingevoerd in hun organisatie. Dat leidt soms tot verschillen tussen instellingen bij het toepassen van onvrijwillige zorg. Ik zal de instellingen blijven wijzen op hun verantwoordelijkheid om verbetermogelijkheden ook te implementeren in hun organisatie en ik zal hen daarbij ook blijven ondersteunen.

Hoewel er nog forse verbeterlagen te maken zijn, worden er dus successen geboekt. Het is nu mijn taak deze positieve beweging verder te stimuleren en te borgen. Hiertoe onderneem ik diverse acties.

Allereerst wijs ik op het wetsvoorstel Zorg en Dwang dat ter behandeling in uw Kamer voorligt. De intentie van het wetsvoorstel is het terugdringen van fixatie en andere onvrijwillige zorg. Als er toch sprake is van onvrijwillige zorg, dan vind ik dat er terdege rekening moet worden gehouden met wat de cliënt(vertegenwoordiger) belangrijk vindt. Iedereen wil graag zeggenschap over zijn of haar leven. Dat geldt dus zeker als er beslissingen worden genomen over het beperken van iemand zijn vrijheid. Daarom is in het wetsvoorstel Zorg en Dwang geregeld dat de cliënt(vertegenwoordiger) in principe altijd betrokken moet worden bij het opstellen van het zorg- of ondersteuningsplan. De inzet hierbij moet gericht zijn op overeenstemming. Hier wordt de dialoog dus (ook formeel) voorop gesteld. Uit de inspectierapporten komt nog eens naar voren hoe belangrijk dit is.

Ook benadruk ik graag in het voorstel voor de Beginselenwet AWBZ-zorg, dat ik binnenkort naar uw Kamer zal sturen, het belang van een goede dialoog en heldere afspraken. Daarnaast zorgt het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg<sup>1</sup>, dat op dit moment in behandeling is bij uw Kamer, voor een sterkere positie van zowel de cliënt als zijn vertegenwoordiger.

Voorts vind ik het belangrijk dat er in de zorg altijd doelgericht wordt gewerkt. Daarom heb ik het CCE gevraagd bij de aanvragen voor toelagen extreme zorgzwaarte, nauwkeurig te letten op de resultaten die geboekt worden met de ingezette middelen. Is de cliënt beter af? Zijn de ontwikkelingsdoelen gehaald? Door deze vragen te stellen wil ik bewerkstelligen dat de ingezette middelen effectief zijn en bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

Deze maatregelen betreffen de korte termijn. Voor de langere termijn heb ik dit voorjaar de «Denktank complexe zorg» geïnstalleerd. Ik heb deze denktank ingesteld toen ik hoorde dat er in een Nederlandse instelling een jongeman regelmatig in een tuigje aan de muur zat. Ook voor de inspectie kwam deze zaak namelijk als een verrassing. De denktank heeft als opdracht te verkennen hoe vooralsnog perspectiefloze situaties kunnen worden vlotgetrokken. De denktank kijkt zowel naar het proces van de zorgverlening binnen instellingen als naar de organisatie van het zorgstelsel. Daarbij spelen naast zorginhoudelijke en ethische overwegingen ook effectiviteit en doelmatigheid van de zorg een rol. De denktank richt zich specifiek op de meest complexe situaties binnen de gehandicap-

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 402.

tenzorg, maar ik zal de aanbevelingen AWBZ-breed verspreiden. Zo kunnen ook de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg hiervan profiteren. Komend voorjaar verwacht ik een tussenrapportage, zomer 2013 zal het eindrapport verschijnen. Beide rapporten zal ik naar u toezenden.

### **Ten slotte**

Ik ben blij dat uit de inspectiebezoeken aan de zorgaanbieders blijkt dat – naast het hebben van een visie – vooral goed luisteren naar cliënten, ouders en de zorgmedewerkers een belangrijke bijdrage levert aan het minimaliseren van vrijheidsbeperkingen in instellingen.

Het is van belang dat in de professionele standaarden de opvattingen van de zorgmedewerkers en de cliënten en hun ouders meer doorklinken. Het is vervolgens zaak dat ook de inspectie bij haar toezicht met die opvattingen rekening houdt en dit betreft bij haar oordeelsvorming. Want in de kern dienen de wederkerigheid tussen cliënt en professional en de menselijke maat centraal te staan.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner