

Vergaderjaar 2012–2013

31 996

Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)

Nr. 35

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 mei 2013

Bij het aanbieden van het rapport van de Denktank complexe zorg, tezamen met de vijfde nota van wijziging bij het wetsvoorstel Zorg en dwang, heeft mijn ambtsvoorganger in juni 2012 een «Actieplan onvrijwillige zorg» aan u toegezegd¹. Met deze brief geef ik invulling aan die toezegging.

Aanleiding

Zorg hoort cliëntgericht te zijn. De wensen, mogelijkheden en perspectieven van de cliënt zijn het uitgangspunt, en zorg is er ter ondersteuning. Wanneer een cliënt kan aangeven wat hij wel en niet wil, is er een duidelijke basis om het gesprek over de zorgverlening aan te gaan. Maar juist mensen met dementie of een verstandelijke beperking, die vanwege hun zorgvraag extra kwetsbaar kunnen zijn, hebben vaak moeite zich te uiten. En zij kunnen, vanwege hun beperking of aandoening, gedrag vertonen dat leidt tot gevaarlijke situaties. Regelmatig wordt Nederland dan ook geconfronteerd met verhalen over en beelden van mensen die in hun vrijheid worden beperkt, met de bedoeling hen te beschermen tegen die gevaarlijke situaties. Jong en vastgebonden met een tuigje aan de muur of oud en in bed liggend met een Zweedse band; steeds zijn de beelden schokkend en leiden deze tot heftige reacties. Die reacties gaan vaak in de richting van «dit moeten we niet meer willen». Tegelijkertijd is er het besef dat er altijd cliënten zullen zijn met probleemgedrag, dat soms zeer extreem is en waarvoor niet altijd (direct) een oplossing voorhanden is. Om er voor te zorgen dat ook deze cliënten de beste zorg krijgen die in hun situatie beschikbaar is, en om zoveel mogelijk te voorkomen dat de zorg rond deze cliënten vastloopt waardoor vrijheids-

¹ Kamerstukken II, 31 996, nr. 31, vergaderjaar 2011 – 2012, 26 juni 2012.

bepanking het enige middel lijkt te zijn om gevaarlijke situaties tegen te gaan, is twee jaar geleden de Denktank complexe zorg ingesteld. De Denktank heeft in juni 2012 een rapportage uitgebracht met een aantal aanbevelingen. Veel van deze aanbevelingen zijn aan de zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in de verstandelijk gehandicaptenzorg zelf gericht. Ik constateer dat de uitvoering van deze aanbevelingen aan kracht kan winnen als zij in onderlinge samenhang worden opgepakt, omdat iedere aanbeveling een apart stukje van de puzzel is. Om die reden heb ik besloten tijdelijk de regie te gaan voeren over de uitvoering van de aanbevelingen door middel van dit Actieprogramma onvrijwillige zorg.

De aanbevelingen van de Denktank

Slechts drie van de aanbevelingen van de Denktank zijn aan mij gericht. Die heb ik onmiddellijk opgepakt. Het gaat om de onderstaande aanbevelingen:

1. Zorg via de Inspectie voor een laagdrempelig meldpunt.
Actie: Het reeds bestaande meldpunt bij de Inspectie reageert conform de aanbeveling op iedere melding over onvrijwillige zorg. Wanneer de effectiviteit van het meldpunt wordt geëvalueerd, zal deze problematiek expliciet aandacht krijgen.
2. Werk het getrapte zorgmodel, waarbij op tijd interne dan wel externe deskundigheid erbij wordt geroepen, nader uit.
Actie: Mijn ambtsvoorganger heeft het getrapte zorgmodel uitgewerkt in het wetsvoorstel Zorg en dwang. Uitgangspunt daarbij is dat wordt opgeschaald naar meer deskundigheid, die verder van het zorgteam afstaat, naarmate de vrijheidsbepanking ingrijpender is of langer duurt.
3. Zorg voor meer inzicht in de belevingswereld van cliënten in relatie tot probleemgedrag en onvrijwillige zorg.
Actie: In het Actieprogramma ga ik in op deze aanbeveling.

Het grootste deel van de aanbevelingen van de Denktank is aan de sector zelf gericht. Kort geformuleerd komen deze aanbevelingen neer op het hanteren van het motto «werk cliëntgericht, methodisch, systematisch en multidisciplinair in de omgang met probleemgedrag en onvrijwillige zorg». De aanbevelingen kunnen als volgt worden samengevat:

1. Zorg voor een visie op methodisch, systematisch en multidisciplinair werken in de omgang met probleemgedrag en onvrijwillige zorg.
2. Zorg voor de organisatorische randvoorwaarden die nodig zijn om volgens die visie te werken.
3. Communiceer goed met cliënten, naasten en vertegenwoordigers.
4. Werk goed samen tussen zorgverleners onderling.
5. Zorg voor deskundig personeel.
6. Werk met zorgplannen.
7. Laat alle niveaus binnen een zorginstelling hun verantwoordelijkheid nemen.
8. Roep op tijd extra deskundigheid in, van binnen dan wel van buiten de eigen instelling.
9. Maak afspraken over duurzame overplaatsingen.

Aan alle bovenstaande aspecten wordt in het Actieprogramma aandacht besteed. Het Actieprogramma heeft – zoals het woord al zegt – meer een programmatisch karakter dan dat het een echt actieplan is. Dat heeft te maken met de wijze waarop de aan de aanbevelingen uitvoering wordt gegeven, die zich meer richt op een langdurige verandering in cultuur en werkwijze dan op snelle acties.

Relatie met het wetsvoorstel Zorg en dwang

Het Actieprogramma gaat hand in hand met het wetsvoorstel Zorg en dwang. Beide gaan niet alleen over dwang, maar juist over cliëntgerichte zorgverlening om dwang te voorkomen. Het wetsvoorstel stelt normen en schrijft een stappenplan voor. Dat stappenplan geeft aan welke afwegingen moeten worden gemaakt en welke deskundigheid moet worden betrokken om ervoor te zorgen dat het gedrag van een cliënt zo goed mogelijk wordt begrepen, zodat er cliëntgerichte zorg zonder dwang kan worden verleend. Daarmee zorgt het wetsvoorstel niet alleen voor een wettelijke verankering van het «nee, tenzij»-principe, maar is het ook cruciaal om de met het Actieprogramma gewenste verandering van cultuur en werkwijze in de zorg te kunnen doorzetten. De inwerkingtreding van het wetsvoorstel is een absolute voorwaarde om resultaat te boeken.

Het Actieprogramma zorgt er op zijn beurt voor dat de sector wordt ondersteund bij het verder in de praktijk brengen van het «nee, tenzij»-principe als het gaat om onvrijwillige zorg. Instrumenteel gezien is het Actieprogramma dus complementair aan het wetsvoorstel. Daarnaast richten beide zich niet alleen op de groep cliënten met extreme gedragsproblemen, maar ook op de grotere groep cliënten die geen extreme gedragsproblemen heeft, maar wel gedrag vertoont dat moeilijk te begrijpen is. Nadat in de afgelopen periode de aandacht vooral is uitgegaan naar de groep cliënten met de meest extreme gedragsproblemen, is het nu tijd om de volgende stap te zetten en ook in te zetten op die grotere groep cliënten. Juist door dat te doen, kan namelijk worden voorkomen dat extreme gedragsproblemen ontstaan. Ten slotte richt het Actieprogramma zich net als het wetsvoorstel niet alleen op de verstandelijk gehandicaptenzorg, maar ook op de zorg voor mensen met dementie.

Totstandkoming Actieprogramma

Sinds de Denktank in juni 2012 zijn rapportage heeft uitgebracht, is begonnen met de totstandkoming van het Actieprogramma. Mijn ambtsvoorganger heeft in september 2012 een ontmoetingsdag georganiseerd met ouders en vertegenwoordigers van kinderen met extreme gedragsproblemen. Daarnaast is met alle betrokken partijen zoals brancheorganisaties, cliëntenorganisaties, de Inspectie en beroepsgroepen overlegd. Tot slot is ook met een groot aantal individuele deskundigen over de mogelijke inhoud van het Actieprogramma gesproken. Hoewel een aantal van de betrokken veldpartijen kritische kanttekeningen heeft geplaatst bij het wetsvoorstel Zorg en dwang, onderschrijft het merendeel de noodzaak om gecoördineerd te werken aan het verder in de praktijk brengen van het «nee, tenzij»-principe en neemt daarom zeer gemotiveerd deel aan de uitvoering van (onderdelen van) het Actieprogramma. Ik juich dat toe. Partijen die zich onder meer hebben verbonden aan de verdere ontwikkeling en uitwerking van het Actieprogramma zijn brancheorganisatie VGN; de beroepsorganisaties NVAVG, Verenso en V&VN; de cliëntenorganisaties Platform VG, Alzheimer Nederland en LOC; en kenniscentrum Vilans. De brancheorganisaties ActiZ en BTN hebben besloten om zich niet aan het Actieprogramma te verbinden.

Op basis van alle input van veldpartijen en deskundigen is het Actieprogramma tot stand gekomen. Inmiddels zijn partijen met sommige onderdelen alvast aan de slag gegaan om deze nader uit te werken, andere onderdelen worden door verschillende partijen gezamenlijk uitgevoerd. Het enthousiasme dat ik zie bij veel organisaties en zorgver-

leners om met onderdelen van het Actieprogramma aan de slag te gaan, zorgt duidelijk voor een nieuw elan.

Doelstelling

Het Actieprogramma richt zich op methodisch, systematisch en multidisciplinair werken, met als doel het terugdringen van vrijheidsbeperkingen en onvrijwillige zorg. De echte cultuurverandering waar de zorg voor mensen met dementie en een verstandelijke beperking voor staat, heeft niet langer te maken met het besef dat vrijheidsbeperkingen niet normaal zijn. Daar is de afgelopen tien jaar al een grote verandering in bereikt. Waar het nu om gaat, is het in de praktijk brengen van het «nee, tenzij»-principe bij onvrijwillige zorg, zodat handelingsverlegenheid zoveel mogelijk kan worden voorkomen. Doelstelling van het Actieprogramma is om de sector daarbij te ondersteunen. Cliëntgerichtheid staat daarbij voorop. Het «nee, tenzij»-principe houdt immers in dat er altijd geprobeerd wordt om het gedrag van een cliënt zo goed mogelijk te begrijpen, zodat er cliëntgerichte zorg zonder dwang kan worden verleend. Dit betekent dat het «nee, tenzij»-principe tegelijkertijd inhoudt dat onvrijwillige zorg slechts als laatste en tijdelijk redmiddel beschouwd wordt.

Om deze doelstelling te bereiken, is het Actieprogramma opgedeeld in drie delen.

Ten eerste worden zorgverleners geholpen om het gedrag van cliënten beter te begrijpen. Dat ondersteunt hen bij het maken van goede afwegingen en het verlenen van passende zorg zonder dwang. Onderdeel a gaat daarover. Ten tweede wordt in onderdeel b een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze in de omgang met probleemgedrag gestimuleerd. Zo'n werkwijze geeft zorgverleners houvast. Ten slotte wordt op diverse manieren geprobeerd om een open gesprek over vrijheidsbeperkingen op gang te brengen. Daarbij staan de ethische dilemma's onder meer centraal. Dit is beschreven in onderdeel c.

Het Actieprogramma: 8 inhoudelijke acties

Onderdeel a: inzicht vergroten in de belevingswereld van cliënten

Actiepunt 1: Er worden door mij middelen beschikbaar gesteld om een programma te ontwikkelen dat naasten/vertegenwoordigers ondersteunt bij het overbrengen van hun kennis over de belevingswereld van cliënten op zorgverleners.

In dit Actieprogramma richt ik mij allereerst op de kennis die op dit gebied al bij naasten/vertegenwoordigers aanwezig is. Zij kennen cliënten het beste. Het is dan ook zeer waardevol als hun kennis zo goed mogelijk benut wordt. Het doel van het programma is om te belichten welke mogelijkheden zij hebben om er zelf voor te zorgen dat hun kennis zo goed mogelijk wordt overgebracht op zorgverleners. Daar zit zowel het aspect in van het naar boven halen van die kennis, als het kunnen voeren van de dialoog over hun naaste wanneer hij dat zelf niet meer kan. Met gebruikmaking van een reeds ontwikkeld programma, «Het goede gesprek», zal materiaal worden ontwikkeld dat heel praktisch toepasbaar is. Met betrokken partijen ben ik in gesprek over de precieze invulling. LOC, Alzheimer Nederland en Platform VG zijn partijen die in ieder geval betrokken zullen zijn.

Actiepunt 2: Ik heb opdracht gegeven tot het uitvoeren van twee onderzoeksprogramma's naar de belevingswereld van cliënten.

Van belang is het vergroten van kennis op dit gebied, zo constateerde de Denktank. Dit doe ik door (wetenschappelijk) onderzoek te laten uitvoeren, zowel voor de psychogeriatric als voor de verstandelijk gehandicapten-sector. Beide onderzoeken zullen empirisch van aard zijn. En in beide onderzoeken zal aandacht uitgaan naar het «lezen» van signalen van cliënten en naar hoe cliënten verschillende vormen van (on)vrijwillige zorg ervaren. De onderzoeken zullen in nauwe samenhang uitgevoerd worden. Op dit moment bevinden de onderzoeken zich in de aanbestedingsfase.

Onderdeel b: een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze stimuleren

Actiepunt 3: In beide bovengenoemde onderzoeksprogramma's wordt de nieuw opgedane kennis ook vertaald in één of meerdere afwegingskaders voor zorgverleners.

Aan de onder a. beschreven onderzoeksprogramma's wordt een tweede fase toegevoegd. Het vergroten van kennis over de belevingswereld van cliënten is slechts de eerste stap. De noodzakelijke vervolgstap is om de nieuw opgedane kennis van waarde te laten zijn voor zorgverleners die rechtstreeks werken met mensen met complexe gedragsproblematiek, zodat deze kennis ook daadwerkelijk gebruikt kan worden in een methodische, systematische en multidisciplinaire aanpak. Daarom zal de tweede fase van beide onderzoeksprogramma's gericht zijn op het vertalen van de nieuw opgedane kennis in praktische afwegingskaders die verzorgenden en begeleiders kunnen toepassen wanneer zij geconfronteerd worden met complex probleemgedrag. Deze dienen de logica van de werkvloer (ik wil beschermen) te verbinden met de logica van een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze (doe een stap terug en maak een analyse). Uiteraard is het essentieel dat de betrokken beroepsgroepen een actieve rol hebben bij de ontwikkeling van een afwegingskader.

Actiepunt 4: Binnen de meerjarige subsidie aan Vilans wordt een programma ontwikkeld om degenen die rechtstreeks zorg verlenen aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking in brede zin te ondersteunen bij het werken volgens een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze.

Ik heb Vilans gevraagd een programma te ontwikkelen om de werkvloer in brede zin te ondersteunen bij het werken volgens een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze. Vilans werkt zowel bij de ontwikkeling als bij de uitvoering van haar programma samen met veldpartijen. Hierdoor wordt de kennis samengebracht die al bij veldpartijen aanwezig is. Tevens wordt op deze manier eensgezind doorgeslagen op de wegen die al sinds een aantal jaren door veldpartijen zijn ingeslagen. Zo kunnen bijvoorbeeld de resultaten van de werkplaats «Verzorgende en vrijheidsbeperking in de thuissituatie» van het Kennisplein VVT worden meegenomen, net als de multidisciplinaire leermethode «Omgaan met probleemgedrag» van Verenso. De samenwerking met veldpartijen wordt vormgegeven door middel van een klankbordgroep. VGN, NVAVG, Platform VG, Verenso, V&VN, LOC, Alzheimer Nederland en NVO/NIP nemen deel aan de klankbordgroep.

Het programma van Vilans kent drie speerpunten, die in samenhang behandeld worden. Het eerste speerpunt is kennis en kunde op het gebied van probleemgedrag, onvrijwillige zorg en de alternatieven voor onvrijwillige zorg. Hierbij wordt aandacht besteed aan de (bij)scholing van directe zorgverleners/begeleiders. In dat kader wordt een scholing volgens het principe «train de trainer» ontwikkeld. Ook worden leernetwerken «voor en door artsen/andere (gedrags)deskundigen» opgezet. Daarin

kunnen artsen en andere (gedrags)deskundigen in discussie gaan over onderwerpen zoals het gebruik van gedragsbeïnvloedende medicatie en de samenwerking tussen artsen, andere (gedrags)deskundigen, teamleiders en directe zorgverleners/begeleiders. Vanzelfsprekend worden de bovenstaande activiteiten zoveel mogelijk in onderlinge samenhang ontwikkeld.

Het tweede speerpunt is communicatie. Hierbij gaat het vooral om de communicatie tussen zorgverleners onderling, dus tussen directe zorgverleners/begeleiders, teamleiders en artsen/andere (gedrags)deskundigen. Ten slotte wordt ingegaan op de communicatie tussen de werkvloer en besturen/management van zorginstellingen. Telkens staat het voeren van een open dialoog centraal.

Bij het derde speerpunt, methodisch, systematisch en multidisciplinair samenwerken, draait het om de samenwerking in het geval van probleemgedrag of onvrijwillige zorg. Er worden in dat kader «job aids» ontwikkeld. Dat zijn laagdrempelige hulpmiddelen voor op de werkvloer. Deze helpen directe zorgverleners/begeleiders, teamleiders en artsen/andere (gedrags)deskundigen bij hun onderlinge samenwerking, bijvoorbeeld als het gaat om het op tijd erbij roepen van extra deskundigheid. Er wordt voor dit speerpunt een verbinding gelegd met de afwegingskaders uit het derde actiepunt.

Actiepunt 5: In samenwerking met «In voor zorg!» wordt een programma ontwikkeld om besturen/management van zorginstellingen te ondersteunen bij het formuleren en uitdragen van een visie en het realiseren van de bijbehorende organisatorische randvoorwaarden.

Bij het ontwikkelen van dit programma kies ik dezelfde benadering van die van het programma «In voor zorg!», waardoor ik optimaal gebruik maak van de kennis en ervaring op organisatorisch gebied die daar aanwezig is. In eerste instantie zullen bij een aantal zorginstellingen bijeenkomsten worden georganiseerd, waar een aantal casus kunnen worden besproken met alle betrokkenen bij een cliënt, dus ook zijn verwanten. Hier wordt gevraagd wat precies vanuit de organisatie nodig is om methodisch, systematisch en multidisciplinair te kunnen werken. Met andere woorden, er wordt gesproken over wat er in de praktijk wordt verstaan onder een goede visie en bijbehorende organisatorische randvoorwaarden. En dus ook waar het mis kan gaan.

Afhankelijk van de uitkomsten van de regionale bijeenkomsten, stel ik budget beschikbaar voor eventuele vervolgtrajecten. Op dit moment denk ik hierbij aan coachingstrajecten voor besturen/management van zorginstellingen. Een coachingstraject zou kunnen bestaan uit ondersteuning bij het op zo'n manier implementeren van een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze dat die voor de bedrijfsvoering zo min mogelijk belastend is.

Actiepunt 6: VGN koppelt haar programma «Zo zijn onze manieren» (dat bedoeld is om besturen/management van zorginstellingen te ondersteunen bij het formuleren en uitdragen van een visie en het realiseren van de bijbehorende organisatorische randvoorwaarden) aan het Actieprogramma.

Ten slotte (en aansluitend op het vorige actiepunt) heeft VGN besloten haar programma «Zo zijn onze manieren» voort te zetten en te verbinden aan het Actieprogramma. Al in 2012 is VGN gestart met dit programma, mede als reactie op de aanbevelingen van de Denktank. Ik ben blij met de beslissing van VGN, want die komt het Actieprogramma ten goede. De

uitkomst van het programma van VGN zal namelijk een aantal veldnormen voor de verstandelijk gehandicaptensector zijn. Met de veldnormen wil VGN bijdragen aan een heldere visie op de zorgverlening aan cliënten met een complexe zorgvraag, en een open, lerende cultuur stimuleren. De veldnormen kunnen daarom in algemene zin gezien worden als hulpmiddelen voor besturen/management van zorginstellingen bij het formuleren en uitdragen van een visie en het realiseren van de bijbehorende organisatorische randvoorwaarden.

Onderdeel c: een open gesprek over vrijheidsbeperkingen op gang brengen

Actiepunt 7: Ik heb LOC gevraagd om, in overleg met andere relevante partijen, een programma te ontwikkelen om cliëntenraden te ondersteunen bij het voeren van de dialoog met de bestuurder over het belang van een goede visie op onvrijwillige zorg.

Bij het ontwikkelen en uitvoeren van een goede visie op onvrijwillige zorg door bestuurders kunnen cliëntenraden een cruciale rol spelen. Vanuit cliëntperspectief kunnen zij hen namelijk blijven attenderen op het belang van het in de praktijk brengen van het «nee, tenzij»-principe. Om cliëntenraden hierbij te ondersteunen, wordt een programma ontwikkeld. Het doel daarvan zal zijn om te belichten welke mogelijkheden er voor cliëntenraden zijn om die cruciale rol te spelen.

Actiepunt 8: Door meerdere veldpartijen en mijzelf wordt aandacht besteed aan het vergroten van het bewustzijn en het voeren van een open gesprek. Centraal staan onder meer begrippen als de vrijheid, veiligheid en menselijke waardigheid van cliënten, en de ethische dilemma's die daarbij aan de orde zijn.

Ik heb al eerder aangestipt dat veldpartijen sinds een aantal jaren veel aandacht besteden aan het terugdringen van vrijheidsbeperkingen, en met succes. Dit moet worden vastgehouden. Het is belangrijk om aandacht te blijven besteden aan het vergroten van het bewustzijn over het in de praktijk brengen van het «nee, tenzij»-principe. Verschillende veldpartijen hebben aangegeven dat te zullen doen. Eén van de voorbeelden is V&VN. V&VN heeft aangegeven actief het bewustzijn onder haar leden te willen vergroten. Daarvoor zal bijvoorbeeld het magazine en de website gebruikt worden, en zal het thema onder de aandacht worden gebracht bij de relevante afdelingen en platforms binnen V&VN.

Ook mag niet worden vergeten dat, als het gaat om vrijheidsbeperkingen, er altijd sprake zal zijn van moeilijke afwegingen. Dat zorg cliëntgericht hoort te zijn, betekent niet dat zorgverleners de vrijheid van cliënten altijd voorop kunnen stellen. Soms kan een cliënt namelijk gedrag vertonen waardoor hij inbreuk dreigt te maken op de veiligheid en/of de menselijke waardigheid van zichzelf of een ander. Zorgverleners komen dan voor een keuze te staan om ofwel de cliënt te volgen in zijn wens, ofwel de cliënt te beschermen tegen zichzelf of een ander. Dit zijn ethische dilemma's, waarvan de uitkomsten bepalend zijn voor de grenzen van de vrijheid van cliënten. Niet alleen zorgverleners, maar alle betrokkenen, worstelen met die ethische dilemma's. Onderstaand voorbeeld illustreert dat.

Voorbeeld

Een cliënt met een verstandelijke beperking wil graag ontspannen in bad. Een badkraag weigert hij te gebruiken. Voor de cliënt betekent het veel dat hij zonder toezicht op de badkamer is en niet gestoord

wordt. Hij heeft echter epilepsie. Hierdoor kan hij tijdens het badde-
ren een aanval krijgen die zo heftig is dat hij kan verdrinken. Door
zonder toezicht te badderen, loopt de cliënt dus het risico op
verdrinking. De cliënt kan zelf het risico niet overzien. De familie van
de cliënt overziet het risico wel. Desondanks wil de familie onder
geen beding afwijken van de wens van de cliënt. De familie wil
immers dat de cliënt het leven leidt dat hij zelf wenst, ook al brengt
dat risico's met zich mee. De zorgverleners kennen de opvatting van
de familie, en accepteren die. Toch voelen de zorgverleners zich hier
niet helemaal prettig bij. Zij willen het beste voor de cliënt, maar
vinden het moeilijk om te accepteren dat zij de cliënt niet zouden
moeten willen beschermen in dit geval. Het bestuur van de zorgin-
stelling wil vanzelfsprekend ook het beste voor alle cliënten. Ook
hecht het bestuur waarde aan een open dialoog tussen de zorgver-
leners en de families van cliënten. Toch is het bestuur huiverig voor
risico's als deze. De maatschappij lijkt immers geen incidenten te
accepteren, ook al ligt daar een bewuste afweging aan ten
grondslag.

In het begin van mijn brief gaf ik ook al aan dat er – terecht – geschokt
wordt gereageerd als mensen in hun vrijheid worden beperkt. Maar er is
ook verontwaardiging als mensen wel vrijheid krijgen en het mis gaat. Dit
illustreert eveneens dat alle betrokkenen worstelen met die ethische
dilemma's. Het is daarom van belang om met alle betrokkenen in gesprek
te blijven hierover. Op één van de al bestaande websites over dwang in de
zorg wordt een digitaal platform ingericht om praktijkvoorbeelden, die
goed weergeven met welke ethische dilemma's betrokkenen te maken
krijgen, te bediscussiëren. Dit ondersteunt veldpartijen en andere
betrokkenen in het voeren van een open gesprek. Verschillende organi-
saties voor belangenbehartiging willen ook hun eigen kanalen inzetten om
op dezelfde manier een open gesprek te voeren onder hun achterban.
Daarnaast hebben een aantal partners aangegeven het onderwerp te
willen agenderen via ledenbladen, websites en bijeenkomsten. Met
overige partijen lopen de gesprekken.

3 Pijlers, waaronder plaatsingsproblematiek

Bovenstaand Actieprogramma voer ik uit met zoveel mogelijk partners;
waar mogelijk nemen zij de verantwoordelijkheid voor een onderdeel. Een
andere aanbeveling van de Denktank is het maken van duurzame
afspraken over (over)plaatsing. Ik beschouw dat als één van de drie pijlers
van het beleid op het gebied van onvrijwillige zorg. Het wetsvoorstel Zorg
en dwang en dit Actieprogramma zijn de andere twee pijlers, die vooral
gaan over lange termijn veranderingen. De pijler over plaatsingsproble-
matiek heeft een ander karakter. Deze probeert op korte termijn praktische
oplossingen te vinden voor zorgsituaties die zodanig dreigen vast te lopen
dat er een probleem kan ontstaan bij de (over)plaatsing. Om dat aan te
pakken organiseer ik, samen met betrokken partijen als Zorgverzekeraars
Nederland, het CCE en de Inspectie, op korte termijn een rondetafelbije-
komst. Tijdens deze rondetafelbijekomst wordt de problematiek
behandeld rond mensen met extreme gedragsproblemen voor wie geen
passende plek gevonden lijkt te kunnen worden. Het gaat zowel om
mensen die thuis wonen als om mensen die in een instelling verblijven.
Het doel is om op het niveau van de zorgkantorregio een periodiek
regionaal overleg tot stand te brengen, waardoor de partijen die deskun-
dig zijn om in deze gevallen naar een passende oplossing te zoeken elkaar
makkelijk kunnen vinden. Daarnaast zou via het tot stand brengen van een
regionaal overleg ook kunnen worden gewerkt aan het opzetten van
regionale deskundigheidsteams die inhoudelijke expertise kunnen
inbrengen. Deze teams zie ik als een laagdrempelige vorm van een second

opinion, bijvoorbeeld wanneer het gaat om het meekijken met een zorgplan. Hierin is ook de verbinding met het Actieprogramma en het wetsvoorstel Zorg en dwang te vinden, omdat het beschikbaar zijn van regionale inhoudelijke netwerken kan bijdragen aan methodisch, systematisch en multidisciplinair werken.

Ten slotte

Voor het Actieprogramma hanteer ik vooralsnog een looptijd tot het einde van 2014. Meerdere veldpartijen hebben zich, zoals eerder vermeld, al verbonden aan het Actieprogramma. Met hen, en met andere betrokken veldpartijen, blijf ik in gesprek over de verdere ontwikkeling en uitwerking. Daarnaast verzamel ik een groep experts om het Actieprogramma heen, die als klankbord fungeert en die zal adviseren over de verdere ontwikkeling en uitwerking van het Actieprogramma. Ik vertrouw erop met deze drie pijlers van wetsvoorstel, Actieprogramma en rondetafelbijeenkomst een structuur te hebben neergelegd die daadwerkelijk op langere termijn gaat zorgen voor goede, cliëntgerichte zorg en een zo minimaal mogelijk gebruik van onvrijwillige zorg.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn