

Vergaderjaar 2008–2009

30 492

Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling)

K

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 8 juli 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin¹ heeft op 7 april 2009 gesproken over de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 maart 2009 inzake uitvoering van een toezegging inzake de voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling (30 492, J). Naar aanleiding daarvan heeft de commissie op 22 april 2009 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brief gestuurd.

De minister heeft op 6 juli 2009 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
Warmolt de Boer

¹ Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) (vice-voorzitter), Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP) (voorzitter), Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Leijnse (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU), Yildirim (Fractie-Yildirim) en Flierman (CDA).

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 22 april 2009

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin heeft op 7 april 2009 gesproken over uw brief van 27 maart 2009 inzake uitvoering van een toezegging inzake de voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling (30 492, J). Vervolgens heeft de commissie op 21 april 2009 besloten het hierna volgende onder uw aandacht te brengen.

Naar aanleiding van het verzoek van de Eerste Kamer om nader onderzoek in gang te zetten naar de verschillen tussen provincies en instellingen in gedwongen opnames, rechterlijke machtigingen en dwangtoepassingen, ontving de commissie op 27 maart jl. uw reactie en een verslag van het uitgevoerde onderzoek. De reden van het gevraagde onderzoek was gelegen in het feit dat uit het beschikbare gegevens bleek dat er aanzienlijke verschillen tussen de regio's zijn, terwijl de oorzaken van die verschillen niet duidelijk zijn. In het gevoerde debat is aangegeven dat de verschillen vooral patiëntgebonden zouden moeten zijn en niet gerelateerd aan de organisatie van de zorg en/of aan gewoontes en tradities van de betrokken hulpverleners.

In uw brief geeft u aan dat op basis van de onderzoeksresultaten geconcludeerd kan worden dat regionale verschillen meer samenhangen met patiëntgerelateerde factoren dan met de organisatie van de zorg. Hoewel deze zinsnede ook is terug te vinden in de onderzoekssamenvatting die door de onderzoekers zelf is samengesteld, is de commissie van mening dat deze conclusie onvoldoende recht doet aan de gepresenteerde resultaten. De commissie hecht er aan in deze reactie enkele aspecten die in het onderzoek naar voren zijn gekomen, onder uw aandacht te brengen. Zij doet dat in het licht van de totstandkoming van de nieuwe «Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg».

De oorzaken van de verschillen tussen de regio's zijn meervoudig. Het gaat – aldus de onderzoekers – onder andere om de bevolkingsamenstelling, de grootstedelijke problematiek, de wijze waarop procedures worden toegepast, de omvang en de kwaliteit van de ketenzorg, samenwerking tussen betrokken partijen en persoonlijke – aan de instellingscultuur – gerelateerde visies. Wat, wanneer het zwaarst weegt is niet zonder meer duidelijk.

Zo blijkt uit dit onderzoek dat het zorgaanbod van invloed is op de toepassing van BOPZ-maatregelen. Noordoost Nederland heeft van oudsher een overschot aan klinische voorzieningen, in Maastricht zijn er meer nieuwe voorzieningen en is van meet af aan ingezet op extramuralisering, de regio Rotterdam/Rijnmond neemt een tussenpositie in. Ook voor de toekomst is het van belang te voorkomen dat een historisch gegroeide situatie mede van invloed is op het inzetten van dwangmaatregelen. Een ander op z'n minst opmerkelijk resultaat zijn de regionale verschillen naar diagnose. Zo blijkt dat de inbewaringstellingen (IBS'en) in Maastricht en Groningen vaker gerelateerd zijn aan stemmingsstoornissen als een van de diagnoses, in Rotterdam gaat het meer om schizofrenie en psychotische stoornissen. Zeker zullen hier de verschillen in patiëntenpopulatie een rol spelen, maar het is allesbehalve denkbeeldig dat ook verschillende referentiekaders en tradities van de behandelaars in het geding zijn. Ook zou het zeer wel kunnen zijn dat de kwaliteit van de samenwerking tussen partners en de organisatie van de ketenzorg een rol speelt.

De onderzoekers hebben ook gekeken naar regionale verschillen naar soort gevaar. Terwijl in Maastricht bij IBS'en vooral gaat om suïcidepogingen ofplannen, is in Rotterdam en Groningen gevaar voor anderen of voor de algemene veiligheid een belangrijk criterium. Ook hier kunnen natuurlijk patiëntkenmerken de belangrijkste verklarende factor zijn, maar

ook hier zullen zeker andere factoren een rol spelen.

De informatievoorziening rond de toepassing van dwangopnamen laat nog veel te wensen over. Het is van groot belang om straks bij de nieuwe wet de dataverzameling voort te zetten opdat het gebruik van dwang nauwlettend kan worden gevolgd en de eventuele regionale verschillen kunnen worden verklaard. De dataverzameling is ook nodig om evaluatieonderzoek te kunnen uitvoeren gericht op de preventie van dwangmaatregelen. In de nieuwe wet zullen bovendien voldoende waarborgen moeten zijn opgenomen om de regionale verschillen die niet terug te voeren zijn op persoonsgebonden factoren, tegen te gaan.

De commissie vertrouwt erop dat bij de voorbereidingen van de nieuwe wet deze punten zullen worden meegenomen en dat daaraan in de memorie van toelichting de nodige aandacht zal worden geschonken.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
T. M. Slagter-Roukema

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 juli 2009

In reactie op uw brief van 22 april jl., met kenmerk 143688.01u, over het rapport «Regionale patronen van dwangopnamen» bericht ik u als volgt.

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin (verder: de commissie) stelt dat de conclusie in het rapport dat regionale verschillen meer zouden samenhangen met patiëntgerelateerde factoren dan met de organisatie van de zorg, onvoldoende recht doet aan de resultaten van het onderzoek. Daarbij wordt in het bijzonder gewezen op de invloed van het zorgaanbod op de toepassing van Bopz-maatregelen en de gevonden regionale verschillen naar diagnose en soort gevaar. Naar het oordeel van de commissie kunnen patiëntkenmerken de belangrijkste verklarende factor zijn, maar zullen zeker ook andere factoren zoals het zorgaanbod en de verschillende referentiekaders en tradities van de behandelaars een rol spelen.

In het rapport «Regionale patronen van dwangopnamen» (verder: het rapport) wordt aangegeven dat er historisch gegroeide regionale verschillen zijn in het zorgaanbod, die tot uitdrukking komen in het totale GGZ-gebruik en in de ontwikkeling van de extramuralisering in de onderscheiden regio's. Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten van verschillen in de organisatie van de zorg en de kwaliteit van de samenwerking tussen betrokken partijen op de toepassing van dwangopnamen. Voor zover bekend zijn dergelijke effecten van beperkte omvang, maar dit vergt nader onderzoek. Het rapport is dan ook onderdeel van een uitgebreidere studie «Dwang en drang» van de psychiatrische casusregisters waarin onder andere wordt ingegaan op regionale verschillen in de voor- en nazorg rond dwangopnamen.

In het rapport wordt duidelijk gemaakt dat regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen worden veroorzaakt door een combinatie van factoren, onder andere bevolkingssamenstelling, stedelijke problematiek, de ketenzorg en de visies van behandelaars. De commissie merkt terecht op dat niet zonder meer duidelijk is wanneer welke factoren het zwaarste wegen. De onderzoeksresultaten laten zien dat ook wanneer rekening wordt gehouden met de samenstelling van de bevolking, de regionale verschillen in de aantallen dwangopnamen groot zijn met name tussen kleinere en grote steden. Verder wordt in het rapport beschreven dat de regionale verschillen naar diagnose en soort gevaar statistisch gezien niet erg sterk zijn en vooral de inbewaringstellingen betreffen.

De inhoudelijke beoordeling laat veel overeenstemming zien en roept het beeld op dat het bij spoedopnamen vooral gaat om suicidegevaar, met in de grootstedelijke omgeving bovendien het gevaar voor anderen. Op grond daarvan wordt aan de verschillen in de organisatie van de zorg en de visies van behandelaars minder gewicht toegekend dan aan andere factoren, zoals de omvang en ernst van de psychiatrische problematiek in de grote steden. In het onderzoekprogramma «Dwang en drang» van de psychiatrische casusregisters zal eveneens worden ingegaan op regionale verschillen in organisatie en patronen van zorg rond dwangopnamen.

In het licht van de totstandkoming van de nieuwe «Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg» vestigt de commissie de aandacht op de gebrekige informatievoorziening rond de toepassing van dwangopnamen en

acht het van belang hieraan aandacht te besteden in de nieuwe wet verplichte ggz. In reactie hierop: de nieuwe wet verplichte ggz is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van mijn ambtgenoot van Justitie en mijzelf, maar mijn ambtgenoot van Justitie zal de primaire verantwoordelijkheid dragen voor de totstandkoming daarvan. Uw opmerking zal ik dan ook doorgeleiden ten behoeve van de verdere gedachtevorming voor de formulering van het uiteindelijke wetsvoorstel. De tekst van het wetsvoorstel ligt nog niet definitief vast. Er worden voor de parlementaire behandeling in het najaar van 2009 geen onomkeerbare beslissingen genomen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink