

Vergaderjaar 2008–2009

31 700 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009

Nr. 4

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 september 2008

Inleiding

Met deze brief informeren wij u conform uw verzoek over fixatie en separatie in de zorg. Fixatie en separatie zijn ingrijpende gebeurtenissen voor cliënten. Het is zaak om hier zeer zorgvuldig en veilig mee om te gaan. In de media wordt de suggestie gewekt dat er zorgbreed enorme tekortkomingen zijn. Er zullen tekortkomingen zijn. We willen echter beginnen te stellen dat wij instellingen en hulpverleners hebben leren kennen als zeer betrokken bij hun patiënten en dat het in het algemeen onze indruk is dat hulpverleners slechts met grote tegenzin gebruik maken van separatie en fixatie. Hulpverleners zetten zich met hart en ziel in voor patiënten en zien daarbij separatie en fixatie bijna altijd als laatste redmiddel.

Deze brief gaat over het (toezicht op het) separeerbeleid in de GGZ en fixatiebeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarnaast gaan we ook in op de vraag van de vaste kamercommissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het personeelstekort in de GGZ.

1. Separeren in de GGZ

Separeren (soms wordt de term isoleren gebruikt) is het opsluiten van een cliënt in een afzonderlijke ruimte. Met als doel om iemand tegen zichzelf te beschermen of anderen te beschermen tegen agressie van de cliënt. Separatie is afgezien van die situaties waarin een patiënt zelf vraagt om afzondering of verblijf in de separeer, een uiterste redmiddel en vaak geen wenselijke oplossing. GGZ Nederland heeft enkele jaren geleden geconstateerd dat in Nederland nog winst te halen viel in het terugdringen van separaties. Daarom is al een aantal jaren geleden een kwaliteitstraject in gang gezet om dwangtoepassingen te verminderen. In 42 ggz-instellingen is men actief aan de slag met projecten ter vermindering van dwangtoepassingen. Voorbeelden van middelen en interventies zijn: deskundigheidsbevorderingen voor medewerkers, veranderingen in de organi-

satie van het primaire proces, preventieve interventies en middelen, handleidingen/richtlijnen, etc. In 2007 was het aantal geregistreerde dwangtoepassingen al gedaald met 10%. Uit voorlopige rapportages blijkt tevens dat in ruim 50% van de registrerende afdelingen de *duur* van de separaties is teruggebracht. Minstens zo belangrijk is de blijvende cultuurverandering die met deze projecten zijn ingezet waarbij hulpverleners zich realiseren dat er in sommige gevallen alternatieven zijn voor separatie. Bij het totstandkoming van een opvolger van de Wet bopz (bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen) wordt ook bezien hoe deze cultuurverandering en andere verbeteringen het beste wettelijk ondersteund en geborgd kunnen worden. Belangrijk instrument daarbij kan de (in de derde evaluatie bopz voorgestelde) commissie van deskundigen zijn die de rechter gaat adviseren bij het afgeven van een machtiging voor (onder andere) separatie.

Regels en normen rondom separatie

Voor de realisatie van separeerruimten zijn bouwmaatstaven ontwikkeld die voor instellingen een hulpmiddel zijn bij het voorbereiden van initiatieven. De maatstaven geven de zorginhoudelijke voorwaarden met hun ruimtelijke consequenties aan, die bij het ontwikkelen van deze voorzieningen aandacht behoeven. Bij de uitvoering van het plan is een «standpunt» van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) een vereiste. Bij oudere separeerruimtes die op grond van eerdere, minder strenge bouwmaatstaven zijn gebouwd is het niet verplicht om de separeer steeds in overeenstemming te brengen met de nieuwste bouwmaatstaven. Wel kan de Inspectie op grond van hun praktijknormen besluiten dat een oudere separeerruimte niet meer voldoet en moet worden aangepast.

Ten aanzien van de wettelijke basis geldt dat de meeste separaties plaatsvinden in het kader van de (toepassing van de) Wet bopz. Een separatie moet altijd gemeld worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er zijn twee mogelijke situaties waarin separatie mag/kan worden toegepast. Dat is in noodsituaties (er is geen behandelingsplan) en in het kader van een dwangbehandeling (er ligt een behandelingsplan aan ten grondslag). In noodsituaties spreekt men over middelen en maatregelen en is de maximumtermijn zeven dagen. Is iemand vrijwillig opgenomen, en deze persoon stemt niet in met de middelen en maatregelen, dan moet de hulpverlener een ibs aanvragen. Bij een noodsituatie ontstaat er onverwacht een situatie die gevaar, risico of nadeel voor de patiënt of anderen betekent en waarbij handelen geboden is. Er is sprake van een noodsituatie, als er geen passend zorgplan is, er geen gelegenheid is voor overleg met betrokkenen en uitstel van handelen onverantwoord is. Middelen of maatregelen mogen in het kader van de noodsituatie ten hoogste zeven opeenvolgende dagen worden toegepast. Deze door de Wet vastgestelde termijn van zeven dagen moet voldoende zijn om de noodsituatie te beëindigen of om te komen tot overeenstemming met de patiënt of diens vertegenwoordiger over een (bijgesteld) behandelingsplan, waarin therapeutische middelen worden opgenomen waarmee de noodsituatie kan worden beëindigd en een behandeling kan starten. Een dergelijk behandelingsplan kan, als voldaan is aan de criteria voor dwangbehandeling, zo nodig onder dwang worden uitgevoerd. Voor de uitvoering daarvan staat geen maximumtermijn.

1.a De casus AMC de Meren

De discussie over het separeerbeleid is opnieuw opgekomen naar aanleiding van een ernstig incident in AMC de Meren.

Op 2 september is een patiënt overleden in een separeercel op de locatie SPDC Oost van Arkin, een GGZ-instelling in Amsterdam (Arkin, een fusie

instelling van AMC de Meren en JellinekMentrum sinds 1/9/2008). Het overlijden is in eerste instantie niet gemeld door de instelling aan de inspectie, omdat de voorlopige conclusie van de schouwarts was dat sprake zou zijn van een natuurlijke dood. Aangezien ieder overlijden in de separeercel meteen moet worden gemeld aan de IGZ, is de instelling hier dus in gebreke gebleven. Tien dagen later, toen de instelling zich realiseerde dat overlijden in de separeercel altijd gemeld moet worden, heeft de instelling het overlijden alsnog gemeld aan de IGZ.

In mei 2008 heeft de IGZ ernstige tekortkomingen geconstateerd naar aanleiding van een inspectiebezoek in het kader van haar thematisch onderzoek inzake «Separatie op de eerste dag van opname». De IGZ stelde zich op het standpunt dat «de zorg in SPDC Oost ten aanzien van het systematisch en professioneel uitvoering geven aan een hedendaags patiënt- en op preventie van separeren gericht opnamebeleid beneden de maat is». Tevens is er sprake van personele onderbezetting en de isoleercellen zijn vervuild. De bevindingen zijn aan het einde van de bezoekdag mondeling gerapporteerd aan de leiding van de instelling. De IGZ rapporteerde de bevindingen schriftelijk in een conceptrapportage in augustus 2008. Tussentijds, in juli 2008, heeft de inspecteur-accounthouder die bij de inspectie AMC-de Meren in portefeuille heeft de locatie SPDC Oost bezocht, om zich te vergewissen van de situatie. Er is een viertal dwangbehandelingen getoetst. Hierover is schriftelijk aan de instelling gerapporteerd op 7 augustus 2008. Bij deze toets kon niet geconstateerd worden dat in deze specifieke gevallen sprake was van onzorgvuldige toepassing van dwang. Wel is in deze rapportage gesteld dat de randvoorwaarden in geval van separatie binnen afzienbare tijd verbeterd dienden te worden. De IGZ stelde dat het aantal separaties teruggedrongen moet worden en dat de verpleegkundige bezetting hiertoe uitgebreid diende te worden. Voorts zijn in deze rapportage opmerkingen gemaakt over de temperatuur en de hygiëne in de separeerkamers, waarbij de IGZ heeft opgemerkt dat snelle en structurele oplossingen noodzakelijk en direct realiseerbaar zijn.

Het is de vanzelfsprekende vraag of het uiteraard zeer trieste overlijden van de patiënt op 2 september een relatie zou kunnen hebben met de situatie zoals de IGZ deze heeft beschreven. Op basis van de huidige bekende feiten en totdat de obductie eventueel een andere oorzaak voor het overlijden heeft aangetoond gaat de IGZ ervan uit dat het overlijden van de patiënt op 2 september los staat van hetgeen door de IGZ in mei 2008 is geconstateerd met betrekking tot de algemene zorgverlening op deze locatie. Indien de patiënt namelijk – zoals vermoed wordt – is overleden door verslikking dan is dat naar mening van de IGZ in redelijkheid niet te voorkómen en had dit ook in andere psychiatrische zorginstellingen kunnen gebeuren. Ook in klinieken die een adequaat separeerbeleid hebben geïmplementeerd en waar de personele bezetting op sterkte is, is niet te garanderen dat een dergelijk incident nooit zal plaatsvinden.

Toen het bestuur van Arkin werd geïnformeerd over het overlijden en hierbij de conceptrapportage van de IGZ over deze kliniek werd betrokken heeft meteen een risico-inventarisatie plaatsgevonden. Uit deze risico-inventarisatie is gebleken dat in dit onderdeel van de instelling niet voldaan wordt aan de belangrijke voorwaarden voor verantwoorde zorg en niet aan de kwaliteitseisen van de organisatie (Arkin) voldoen. De Raad van Bestuur heeft de kliniek gesloten waar het overlijden plaatsvond om verdere risico's te voorkomen en om volledig orde op zaken te kunnen stellen. De Raad van Bestuur heeft verder opdracht gegeven om een extern onderzoek naar de gang van zaken in de kliniek te laten plaatsvinden. Over het plan van aanpak van dit onderzoek vindt overleg plaats met de IGZ. De cliënten van de kliniek (SPDC Oost) zijn overgeplaatst.

1.b Rol van de inspectie bij terugdringen dwang en drang

Inspectieonderzoek «Separeren op eerste dag van opname»

Het eerder genoemde toezichtsbezoek aan AMC de Meren in mei was het eerste bezoek uit een reeks thematische inspectiebezoeken in het kader van het inspectieonderzoek «separeren op de eerste dag van opname». In de periode van mei tot en met juli 2008 heeft de IGZ 39 GGZ-instellingen bezocht in het kader van het Thematisch Toezichtonderzoek «Separatie op de eerste dag van opname». Nagegaan is in hoeverre instellingen beleid hebben geïmplementeerd dat gericht is op de preventie van separeren en op het toepassen van alternatieve interventies. De hierbij door de IGZ gehanteerde normering is gebaseerd op de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Bopz en de Wet BIG en op de daarvan afgeleide veldnormen, voor zover beschikbaar, die de beroepsverenigingen hebben ontwikkeld. Het gaat hierbij in het bijzonder om het normatieve kader zoals geformuleerd in het project dwang en drang van GGZ Nederland. Uiterlijk in augustus 2008 hebben alle bezochte GGZ-instellingen een conceptrapportage ontvangen, waarop men binnen 3 weken kon reageren. De conceptrapportages worden vervolgens op feitelijke onjuistheden gecorrigeerd en definitief gemaakt. Op dit moment hebben enkele instellingen nog geen definitieve rapportage ontvangen. Binnen enkele weken zal dit wel het geval zijn. Voor die instellingen die wel een definitieve rapportage hebben ontvangen, is het follow-up beleid bij gebleken tekortkomingen op hoofdlijnen reeds bepaald. Afhankelijk van de uitkomsten heeft de IGZ met de instellingen follow-up beleid afgesproken.

Vervolgens wordt door de IGZ een geaggregeerde rapportage opgesteld, die naar verwachting in december 2008 aan mij wordt aangeboden. Hierin wordt een analyse gegeven van de resultaten die in de 39 instellingen zijn gevonden, inclusief het opstellen van een onderlinge vergelijking tussen de instellingen en een vergelijking ten opzichte van de gemiddelde resultaten die zijn behaald. Zowel de individuele instellingsrapportages als de geaggregeerde rapportage worden actief openbaar gemaakt. Dit is vooraf aan de instellingen kenbaar gemaakt. Op basis van de geaggregeerde rapportage vindt bij alle zorginstellingen in de GGZ waar separeren plaats vindt follow-up beleid plaats door de IGZ.

Eerste en voorlopige conclusies

Het is op dit moment niet verantwoord om op basis van nog niet voor alle instellingen definitief gemaakte rapportages en zonder goede analyse, een compleet en objectief beeld te schetsen over de geaggregeerde resultaten van het onderzoek. Duidelijk is wel dat AMC de Meren het meest ongunstige beeld oplevert van alle 39 rapportages die zijn verzonden. Daarnaast scoort een ondergroep van een zeer beperkt aantal instellingen op een aantal kwaliteitseisen onvoldoende. Deze instellingen nemen wel allemaal deel aan het project dwang en drang van GGZ Nederland. In al deze gevallen is de bezoekend inspecteur van oordeel dat binnen deze instellingen aantoonbaar een positieve ontwikkeling, zowel in werkwijze, procedures als cultuur, in gang is gezet die vooral continuering vergt. Dit zal de IGZ nauwgezet monitoren. Een grote middengroep van instellingen laat op een aantal kwaliteitseisen ruimte voor verbetering zien. Aan deze instellingen vraagt de inspectie de vorderingen (schriftelijk) kenbaar te maken na drie maanden.

Tenslotte scoort een aantal instellingen op de meeste kwaliteitseisen goed tot zeer goed. De geaggregeerde rapportage laat dan ook toe dat ook «best practices» worden beschreven.

Definitieve conclusies, inclusief consequenties, maatregelen en follow-up-beleid per zorginstelling en voor alle zorginstellingen zal de inspectie opnemen in de rapportage die in december 2008 zal verschijnen.

2. Personeelstekort in de GGZ

Uit onderzoeksgegevens van Prismant¹ blijkt dat de totale ggz-sector op dit moment geen grote problemen heeft op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en sociaalagogen. In geval van een sterke vraagontwikkeling nemen de problemen de komende jaren wel toe, vergelijkbaar met de overige branches in de zorg. Er dreigt dan een tekort te ontstaan van circa 1000 verpleegkundigen in de GGZ. Vanuit de sector zelf, mede ondersteund door de overheid, worden de nodige initiatieven ondernomen om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen. Dit neemt niet weg dat individuele instellingen ook nu al te kampen kunnen hebben met (te) weinig personeel.

3. Fixatie in verpleeg- en verzorgingshuizen

In de verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland worden nog te vaak cliënten gefixeerd. In verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking ligt het percentage cliënten tussen de 50 en 60 procent.² Dat percentage moet en kan naar beneden. In het navolgende geef ik aan hoe ik dat wil bereiken, en welke maatregelen al zijn ingezet.

Als we praten over fixatie gaat het voor de individuele cliënt concreet om het gebruik van bedhekken, tafelbladen die voor een rolstoel worden geplaatst, diepe stoelen of Zweedse banden die in een stoel of bed worden gebruikt. Uit onderzoek blijkt dat tachtig procent van deze vrijheidsbeperkende maatregelen wordt toegepast om vallen te voorkomen. Tegelijkertijd weten we inmiddels uit diverse wetenschappelijke onderzoeken dat het inzetten van fixatie als middel om valletsel te voorkomen, vaak contraproductief is. Mensen die niet worden gefixeerd vallen weliswaar vaker, maar lopen over het algemeen geen ernstiger letsel op dan mensen die wel worden gefixeerd. Met deze wetenschap is het makkelijk om de wijze waarop verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland omgaan met fixeren te veroordelen. Aan de andere kant zie ik dat veel verzorgenden en verpleegkundigen met hart en ziel «hun» bewoners willen verzorgen, en willen beschermen tegen risico's. Verwondingen als gevolg van vallen zien er vreselijk uit, ook al zijn ze medisch gezien niet ernstig. Bovendien oefent de familie vaak grote druk uit om vader of moeder te beschermen tegen vallen. Zij zien blauwe plekken of grote schaafwonden als slechte zorg. Het lukt instellingen in toenemende mate om daar een omslag in te bereiken, maar alleen als management, verzorgend personeel én familieleden daar met z'n allen achter staan.

Het veranderen van de bestaande praktijk is niet eenvoudig, maar wel mogelijk. Daarom is het onze ambitie om het gebruik van fixatie sterk terug te dringen, zeker wanneer het gaat om fixatie vanwege valrisico's. Naast het zo snel mogelijk doorzetten van een wettelijk traject, waarop ik hierna inga, streef ik er naar via het programma Zorg voor Beter een cultuurverandering te bereiken bij de mensen van de werkvloer. Die cultuurverandering is nodig, omdat onderzoek door de Universiteit van Maastricht naar de toepassing van vrijheidsbeperkingen bij bewoners laat zien dat er nauwelijks een relatie is tussen werkdruk en de mate waarin verzorgenden fixatie inzetten. In plaats daarvan bepaalt de wijze waarop de verzorging aankijkt tegen de kenmerken van een bewoner, en dan vooral zijn mobiliteit en cognitieve functies, de kans op fixatie. Met andere woorden, indien een verzorgende meent dat een dementerende bewoner een risico op vallen heeft, is de kans groot dat er uit bescherming wordt gefixeerd. «Vrijheidsbeperkende maatregelen» is daarom één van de verbetertrajecten binnen het programma. In dit traject wordt vanaf het begin duidelijk gemaakt dat fixatie geen goede methode is om vallen te voorkomen. Bewustwording daarvan is de eerste en belangrijkste stap is

¹ Regiomarge 2007. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007–2011, augustus 2007.

² In instellingen voor verstandelijk gehandicapten wordt ongeveer 17,5 procent van de cliënten in zijn of haar bewegingsvrijheid beperkt.

om vrijheidsbeperkende maatregelen af te bouwen. Ook het bieden van handelingsalternatieven aan zorgverleners is essentieel, en in Zorg voor Beter wordt er expliciet aandacht aan besteed. Er zijn inmiddels voldoende alternatieven om te voorkomen dat een cliënt moet worden gefixeerd, zeker als het gaat om valrisico's. De toekomstige wetgeving is richtinggevend voor deze koerswijziging, daarbij voorafgegaan door het richtinggevende kader vrijheidsbeperkende maatregelen, dat u ik in maart heb gestuurd.¹ Met dit kader wil ik er bij de sector op aandringen om alvast een aantal elementen uit de toekomstige wetgeving te gaan gebruiken. Vooral het beschrijven in het zorgplan van het doel dat een zorgverlener wil bereiken met een vrijheidsbeperkende maatregel, in combinatie met multidisciplinair overleg, kan het zo noodzakelijke overleg tussen zorgverleners op gang brengen: waarom doen we eigenlijk wat we al jarenlang doen, en is dat ook voor deze cliënt het goede?

Het huidige wettelijke kader voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen is de Wet bopz. Indien een cliënt zich namelijk verzet tegen fixatie, valt het onder de definitie van dwangbehandeling en is fixeren alleen toegestaan indien er sprake is van gevaar. Al eerder heb ik u laten weten dat dit huidige kader onvoldoende rechtsbescherming biedt aan deze kwetsbare groepen.² Een van de redenen daarvoor is de grote invloed die het verzet van een betrokkene heeft op de vraag of iets onder de definitie van dwangbehandeling valt en daarmee een bepaalde mate van rechtsbescherming met zich meebrengt. Mensen die op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven, zijn vanwege hun dementie extra kwetsbaar. Vaak kunnen zij hun wil niet meer goed uiten. Het gevolg daarvan is dat zij ook hun verzet tegen het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen niet kunnen verwoorden. Verzet uit zich bij deze groep op een veel subtielere wijze, die vaak niet wordt herkend. En indien het wel wordt herkend, dan krijgt het verzet lang niet altijd de positie die het verdient. De persoon in kwestie is immers dement, dus weet hij dan nog wel wat hij bedoelt?

Er is dus andere wetgeving nodig, die deze kwetsbare groep beter beschermt. Heel concreet wil ik in het wetsvoorstel Zorg en dwang, dat zich specifiek richt op de psychogeriatie en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, gaan bepalen dat als het gaat om maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken, het verzet van een cliënt niet langer relevant is. Ieder gebruik van een Zweedse band dient te zijn beschreven in een zorgplan dat multidisciplinair is besproken. Bovendien wil ik via dit wetsvoorstel toe naar de situatie waarin deze vorm van vrijheidsbeperking alleen is toegestaan indien alle alternatieven zijn uitgeput, en er ernstig nadeel dreigt voor de cliënt. Expliciet stel ik voor om valgevaar uit te sluiten van de definitie van ernstig nadeel. Het effect daarvan is dat fixatie een bewuste keuze wordt, gekoppeld aan een risico-inventarisatie van de individuele cliënt, in plaats van een vanzelfsprekendheid in de zorgverlening. Eenzelfde individuele toetsing wil ik bereiken voor maatregelen die nu vaak collectief worden ingezet, zoals een afdeling die op slot is. Ook omvat het wetsvoorstel regels voor beperkingen van het recht het eigen leven in te richten. Dat soort beperkingen, zoals een verplichte dagindeling, komt vooral in de gehandicaptenzorg voor. De rechtsbescherming is ook hier voor verbetering vatbaar. Het wetsvoorstel Zorg en dwang ligt op dit moment ter advisering bij de Raad van State. Het is mijn streven om het nog dit najaar naar u te kunnen sturen.

De verandering die ik binnen de sector wil bereiken wordt ondersteund door concrete acties van de Inspectie. Vorig jaar heeft IGZ indringend met de sector verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg gesproken over het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarbij richtte IGZ zich niet alleen op fixatie, maar op alle vormen van vrijheidsbeper-

¹ Kamerstukken II, 24 170, nr. 83.

² Kamerstukken II, 28 950, nr. 5.

king, waaronder ook de collectieve maatregelen. Circa tachtig instellingen zijn tweemaal bezocht in het kader van een campagne die zich richt op het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen: eenmaal onaangekondigd en eenmaal om de resultaten door te spreken. Ik hoop en verwacht dat deze campagne het bewustwordingsproces positief beïnvloedt. Dat wordt versterkt doordat de Inspectie óók heeft gekeken naar instellingen die het goed doen, en op die manier een lijst heeft aangelegd van goede voorbeelden die kunnen dienen als alternatief of minder ingrijpende maatregel. Op 18 november organiseert de Inspectie een groot congres waarin deze goede voorbeelden worden besproken met verzorgenden en verpleegkundigen en leidinggevenden uit beide sectoren. In het werkplan van de inspectie voor 2009 wordt het terugdringen van vrijheidsbeperking opnieuw een belangrijk onderwerp.

Daarnaast heeft de Inspectie onlangs gereageerd op een achttal calamiteiten dat zich het afgelopen jaar heeft voorgedaan met een onrustband of Zweedse band, waarbij zeven daarvan een overlijden tot gevolg hadden. Vier calamiteiten hebben plaatsgevonden in verpleeg- en verzorgingshuizen, twee in de gehandicaptenzorg en twee in een ziekenhuis. Het moge duidelijk zijn dat ieder overlijden als gevolg van het gebruik van een onrustband er één te veel is. De Inspectie heeft, naar aanleiding van deze calamiteiten, een circulaire verspreid aan álle zorginstellingen in de langdurige zorg, inclusief de ziekenhuizen en instellingen die niet onder de Wet bopz vallen. Daarin wordt nogmaals gewezen op de grote risico's die verbonden zijn aan het gebruik van onrustbanden, en worden maatregelen gegeven die instellingen moeten nemen om deze risico's zoveel mogelijk te beperken. IGZ heeft duidelijk gemaakt dat het handhavingsbeleid zal worden aangescherpt. Op 18 november wordt op het eerder genoemde congres het handhavingsplan voor de verpleeg- en verzorgingshuizen en verstandelijk gehandicaptenzorg gepresenteerd, waarin terugdringing van vrijheidsbeperkende maatregelen centraal staat.

Tot slot

In het kader van de behandeling van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving wordt de inspectie voorzien van instrumentarium om snel en dwingend te kunnen handhaven; dus naast het geven van een aanwijzing kan de IGZ ook zonodig een bestuurlijke boete opleggen. Daarnaast zullen wij in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (WCZ) de bevoegdheden regelen voor de minister om kwaliteitsnormen te preciseren als dat noodzakelijk is. Wij zullen uw Kamer eind 2008 nader informeren over de voortgang. Wij verwachten dit wetsvoorstel medio volgend jaar aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

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

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker