Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EH Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
CZ/CGGZ-3062403

Bijlage(n)
1

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 25 mei 2011
Betreft Moties en toezeggingen in kader van het AO en het VAO dwang en drang

Geachte voorzitter,

Tijdens het AO van 16 maart 2011 en het VAO van 24 maart 2011 is met de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport over dwang en drang in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) gesproken. Ik heb tijdens deze debatten een aantal toezeggingen aan uw Kamer gedaan. Ook zijn er op 29 maart 2011 vier moties door uw Kamer aangenomen.

Door middel van deze brief informeer ik u over acties die ik heb ondernomen en afspraken die er zijn gemaakt om zo spoedig mogelijk invulling te geven aan bovengenoemde moties en toezeggingen. Een aantal van de toezeggingen wordt met deze brief nagekomen, voor de overige toezeggingen en de moties wordt er aangegeven hoe deze verder worden uitgevoerd.

Moties
Onderstaand ga ik in op de door uw Kamer aangenomen moties.

Motie 30 492, nr. 47, over een landelijke e-health uitvoeringsagenda
De inzet van (anonieme) e-health is een belangrijk instrument om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Dat heb ik ook al in mijn brief "Zorg die werkt" van 26 januari (Tweede Kamer, 2010 – 2011, 32 620 nr. 1) aangegeven. Mijn rol hierbij is te zorgen voor de randvoorwaarden, terwijl het veld primair verantwoordelijk is voor de toepassing van e-health.

Sommige e-health toepassingen zitten al in het verzekerd pakket terwijl voor een aantal andere innovaties op het gebied van e-health geldt dat het te lang duurt voordat ze worden toegelaten. Om dit aan te pakken start ik binnenkort samen met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en ZonMW een programma "zorgvernieuwing" gericht op de randvoorwaarden voor het leveren van e-health. Ik zal voor de zomer een brief aan uw Kamer sturen waarin ik inga op dit programma, waaronder ook e-health valt. In deze brief zal ik expliciet aandacht besteden aan e-health.

Voor e-mental-health is het sinds 1 januari 2011 via de beleidsregel "internetbehandeltraject" voor aanbieders en zorgverzekeraars mogelijk afspraken te maken over het geven van online behandeltrajecten voor zover deze door het CVZ worden geduid als eerstelijns psychologische zorg. Voor anonieme e-mental-health ben ik momenteel bezig met het onderzoeken van mogelijkheden voor een structurele oplossing. Ik zal u zo spoedig mogelijk over de uitkomsten hiervan informeren.

Begin maart hebben de veldpartijen eHealthNu, de Nederlandse Vereniging voor eHealth (NVEH), de KNMG en de NPCF, mij aangeboden dat zij gezamenlijk voor 1 juni 2011 met een Nationale Implementatie Agenda e-health zullen komen. Ik ben blij dat het veld zijn verantwoordelijkheid neemt. Ik heb dan ook toegezegd, dat als deze partijen deze agenda gereed hebben, ik graag met hen over de uitvoering zal overleggen. Ik zal u over de uitkomsten hiervan zo spoedig mogelijk informeren.

Motie 30 492, nr. 48, over de ontwikkeling van een behandelrichtlijn en veldnormen

In het AO dwang en drang van 16 maart 2011 heb ik toegezegd dat het ministerie van VWS op korte termijn met de partijen die bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang betrokken zijn[1], om de tafel zou gaan zitten en hen zou vragen om binnen drie maanden met een concreter plan van aanpak te komen. Uit het gesprek is het volgende duidelijk geworden.

De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn zal ongeveer 2 à 2,5 jaar duren. Deze doorlooptijd is vergelijkbaar met die van andere multidisciplinaire richtlijnen. De door uw Kamer gewenste doorlooptijd van 1,5 jaar blijkt in de praktijk volgens de betrokken veldpartijen niet haalbaar te zijn. De partijen delen de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn in twee fases.

De eerst fase wordt beschreven in het plan van aanpak dat ik begin maart 2011 ontvangen heb. Dit plan van aanpak wordt momenteel naar aanleiding van bovengenoemd gesprek aangepast en voorzien van uitgebreide toelichting. Ik verwacht dit nieuwe, concrete plan van aanpak binnenkort te ontvangen. Vervolgens zal met de uitvoering van de eerste fase begonnen worden. Het doel van deze eerste fase is onder andere om de doelstelling, de reikwijdte en de invalshoeken van de multidisciplinaire richtlijn met deskundigen uit het veld te formuleren. De uitkomsten van de eerste fase zullen de basis vormen voor de verdere ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang.

De tweede fase, waarvoor ook een plan van aanpak geschreven zal worden, sluit uiteraard direct aan op de eerste fase en gaat van start aan het begin van 2012. Deze fase zal naar verwachting twee jaar duren (dus tot eind 2013). In deze fase zal de richtlijn daadwerkelijk ontwikkeld worden. Gelet op de beperkte hoeveelheid evidence dat op dit moment beschikbaar is, zal bij de ontwikkeling van de richtlijn met name gekeken worden naar de huidige best practices. In dat opzicht zal de

[1] Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

richtlijn dynamisch zijn en nieuwe inzichten zullen in de toekomst in de richtlijn verwerkt worden. Aspecten die de richtlijn onder andere zal behandelen zijn de controle op naleving van de richtlijn, de registratie op basis van de Argus-gegevensset en een kosteneffectiviteitstudie.

Tijdens het hele ontwikkeltraject zal het patiënten- en familieperspectief betrokken worden zodat het uiteindelijke product op brede consensus kan rekenen. Hiervoor zal tenminste met het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) worden samengewerkt. De eerste contacten zijn inmiddels gelegd.
Partijen hebben tijdens het gesprek benadrukt dat de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn slechts een eerste stap is in een langer traject. Na ontwikkeling volgt verspreiding en implementatie. Juist deze fases blijken in de praktijk de nodige tijd, financiën, aandacht en energie te vereisen.

Daarnaast hecht ik er net als uw Kamer belang aan om het veld kwaliteitsnormen voor verantwoorde zorg te laten ontwikkelen. Zij zijn deskundig en hebben de ervaring hoe processen en patiëntenzorg verbeterd kunnen worden. Dit mag echter niet resulteren in vrijblijvende normen, die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) niet kunnen worden gehandhaafd. Met name rondom het bindend verklaren van kwaliteitsnormen ligt er voor het GGZ-veld een uitdaging. Ik wil hen hierin ondersteunen en faciliteren waar ik kan. Daarom worden momenteel gesprekken met de IGZ en met diverse partijen uit de GGZ-sector gevoerd. Tijdens deze gesprekken worden de veldpartijen opgeroepen een aantal minimumnormen te ontwikkelen voor de kwaliteit van (onvrijwillige) geestelijke gezondheidszorg. Het doel is om te komen tot bindend verklaarde kwaliteitsnormen die door het veld kunnen worden geïmplementeerd, door de IGZ kunnen worden gehandhaafd en die een ondergrens weergeven voor verantwoorde zorg. Hierbij worden de veldpartijen ook gewezen op het belang van een uniforme registratie, op basis van de Argus-gegevensset. Gegevens uit deze registratie kunnen worden ingezet als managementinformatie, geven inzicht in aard, omvang en duur van dwang en leveren een bijdrage aan verbetering van de kwaliteit van zorg en behandelprocessen.

Richtlijn- en veldnormontwikkeling is een verantwoordelijkheid van veldpartijen en is onderdeel van hun professionalisering. Het is derhalve aan veldpartijen om hier hun verantwoordelijkheid te nemen. Financiering hiervan gebeurt dan ook door de sector zelf. Ik hecht net als uw Kamer veel belang aan de snelle totstandkoming van een multidisciplinaire richtlijn. 2,5 jaar is een lange tijd, maar zorgvuldigheid en kwaliteit vereisen deze periode. Het is helder dat we zullen toezien op totstandkoming binnen deze periode en ook regelmatig zullen toetsen of er voldoende vooruitgang is geboekt.

Motie 30 492, nr. 49, over verplichte jaarrapportages
Het is mijn bedoeling om uitvoering van de motie te laten landen binnen het kader van het programma "Zichtbare Zorg". Dit met betrekking tot de naleving van de wettelijke verplichting en beoordeling van de in de motie opgenomen informatie, om de continuïteit van transparantie in de GGZ te waarborgen. Sinds verslagjaar 2007 zijn tweedelijns instellingen voor curatieve GGZ en verslavingszorg al verplicht om op basis van de prestatie-indicatoren gegevens aan te leveren voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Instellingen zijn via de reguliere informatie kanalen van Zichtbare Zorg (nieuwsbrief en website) al op de hoogte van de stand van zaken rond de kernset en dus van de verplichting tot aanlevering. De aanlevering voor het huidige verslagjaar 2010 is al afgerond. De verwachting is dat vanaf 1 september alle aangeleverde indicatoren per instelling openbaar zijn en in te zien via de website van het CIBG[2].

Aanlevering van informatie over insluiting en dwangmedicatie op basis van de indicator in de kernset was tot nu toe facultatief en zal dit ook voor het huidige verslagjaar 2010 nog zijn. Dit heeft te maken met het feit dat de indicator inhoudelijk nog in ontwikkeling is. Vanaf verslagjaar 2011 maakt de definitieve versie onderdeel uit van de kernset en is aanlevering dus verplicht. Voor het eerstvolgende verslagjaar 2011 moeten GGZ-instellingen de indicatoren zoals vermeld in de kernset opnieuw aanleveren per 1 juni, dat geldt dus ook voor de indicator over insluiting en dwangmedicatie. In de aanloop daarnaar toe zal Zichtbare Zorg extra nadruk leggen op de verplichte aanlevering van gegevens over insluiting en dwangmedicatie.

Binnen het kader van Zichtbare Zorg vindt jaarlijks ook een evaluatie plaats van de geleverde data, om de betrouwbaarheid van aanlevering en zeggingskracht van indicatoren te verbeteren. Publicatie van het eerstvolgende rapport wordt medio september 2011 verwacht. Binnen het kader van de Stuurgroep Zichtbare Zorg zal ik aandringen op toezending van dit evaluatierapport aan u. In aanvulling op de jaarlijkse evaluatie van Zichtbare Zorg zal ik het Trimbos Instituut vragen om een nadere analyse van transparantie in de GGZ binnen het kader van haar gebruikelijke trendrapportage voor de sector.

Motie 30 492, nr. 50, over een meldpunt bij de IGZ
Op 29 maart 2011 heb ik een brief aan uw Kamer gestuurd (Tweede Kamer, 2010 – 2011, 30492 nr. 51) waarin ik inhoudelijk op deze motie reageer. Hierin geef ik aan dat deze motie in lijn is met de voornemens ten aanzien van de Beginselenwet zorginstellingen. Deze wet zal ik naar verwachting in het najaar bij uw Kamer indienen. In mijn optiek verbetert de Beginselenwet straks de mogelijkheden voor het indienen van ernstige klachten bij de IGZ. Daarnaast geeft de wet nog meer mogelijkheden aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger om verbetering van de kwaliteit van zorg af te dwingen. De motie wordt tevens betrokken in de brief over de uitvoering van het meldpunt Gehandicaptenzorg door de IGZ, die uw Kamer binnenkort zal ontvangen.

[2] http://www.jaarverslagenzorg.nl/

Toezeggingen
Tijdens het AO van 16 maart 2011 heb ik een aantal toezeggingen aan uw Kamer gedaan. Hieronder leg ik concreet en per toezegging uit hoe en wanneer ik de toezeggingen na zal komen.

Ontwikkeling aantal separaties 2010
Tijdens het AO van 16 maart 2011 heb ik aangegeven op kort termijn door de IGZ geïnformeerd te worden over de ontwikkeling van het aantal separaties in 2010. Ik heb inmiddels de tussenrapportage separeren 2010 van de IGZ ontvangen (zie bijlage). Hieruit blijkt een afname van het aantal separaties van 5,5% in 2010, ten opzichte van een 10% daling over 2009.

Nieuw streefcijfer voor vermindering van aantal suïcides
De multidisciplinaire richtlijn behandeling en beoordeling suïcidaal gedrag is op dit moment in ontwikkeling. Naar verwachting komt deze richtlijn in het najaar van 2011 beschikbaar. Nadat de richtlijn beschikbaar is, zal ik in overleg met de veldpartijen een nieuw streefcijfer bepalen voor de vermindering van het aantal suïcides. Totdat een nieuw streefcijfer is vastgesteld, zal ik het voorlopige streefcijfer van vijf procent minder suïcides per jaar hanteren.

Niet westerse allochtone jongeren in de Forensische Zorg (FZ) en de GGZ
Begin 2012 verschijnt het advies van de Gezondheidsraad over het eerder en beter bereiken van jeugdigen met een niet-westerse achtergrond door de geestelijke gezondheidszorg.

De Gezondheidsraad is gevraagd:
- een overzicht te geven van het vóórkomen van psychische problematiek onder migrantenjeugd
- inzicht te geven in het signaleringsproces van psychische problemen bij migrantenjeugd en de knelpunten in dat proces.
- Inzicht te geven bij doorverwijzing, diagnostiek en in zorg houden van migrantenjeugd.
- te adviseren over welke benadering en welke activiteiten nodig zijn om deze knelpunten op te lossen.

Zodra dit rapport door mij is ontvangen zal ik hierover mijn reactie aan u sturen.

Beleidsregel dwang en drang
Vanaf 2006 is de beleidsregel dwang en drang beschikbaar gekomen. Deze beleidsregel heeft als doel innovaties binnen de zorgverlening te ontwikkelen om dwang en drang terug te dringen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit betekent dat er in 2011 voor het zesde achtereenvolgende jaar projecten kunnen worden uitgevoerd. Elk jaar wordt bekeken wat de voorwaarden voor de beleidsregel moeten zijn en welke accenten de projecten moeten hebben. Voor dit jaar is het accent “borging in de lijn”, dat wil zeggen het implementeren van een goed voorbeeld en aangeven hoe binnen het reguliere inkoopproces de afspraken rondom het verminderen van dwang en drang met de zorgverzekeraar worden gemaakt.

Ook voor het jaar 2012 zal de beleidsregel dwang en drang, conform de toezegging van mijn voorganger, beschikbaar blijven. Welke aspecten en accenten er voor dat jaar gaan gelden, zal met partijen rond de zomer worden besproken. Na 2012 zal bekeken worden of het na zeven jaar projecten te hebben uitgevoerd, wenselijk is om het terugdringen van dwang en drang een integraal onderdeel van de zorginkoop te gaan laten uitmaken.

Cijfers over geweld tegen personeel in de GGZ
Tweejaarlijks vindt er een enquête plaats onder werknemers in de zorg. Deze enquête maakt deel uit van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn dat het Ministerie van VWS gezamenlijk met sociale partners, het UWV en Calibris, uitvoert. Uit de enquête 2009 volgt dat 58 procent van het personeel in de GGZ het volledig of grotendeels eens is met de stelling 'ik heb te maken met agressie op de werkplek'. In 2007 lag dit percentage op 61,5 procent. Op de stelling of agressie een kenmerk van het werk is, antwoordde in 2009, 27,4 procent van de medewerkers in de GGZ dat dit regelmatig het geval is, vergeleken met 31,4 procent in 2007. In het najaar verwacht ik cijfers vanuit de werknemersenquête 2011. Deze cijfers zullen worden opgenomen in de Arbeidsmarktbrief van de staatssecretaris en van mij.

De afgelopen jaren hebben individuele werkgevers, sociale partners en het kabinet verschillende initiatieven ondernomen om agressie en geweld terug te dringen. Er gebeurt dus al veel en de cijfers van de werknemersenquête duiden op een afname van agressie in de GGZ. De afname is echter onvoldoende om tevreden achterover te kunnen leunen. Mede daarom heb ik samen GGZ Nederland in 2008 het meerjarenprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg' opgericht, dat de patiëntveiligheid in de curatieve GGZ tracht te bevorderen. Een speerpunt van dit programma, dat dit jaar nader wordt uitgewerkt, is specifiek gericht op agressie en het zoveel mogelijk beperken van de risico's die daarmee gepaard gaan. Daarnaast subsidieer ik het project Gezond & Zeker - voorheen het project Ergocoaches – van de Stichting RegioPlus, dat ergocoaches, veiligheidscoaches, P- & O-medewerkers en arbocoördinatoren ondersteunt bij de preventie van fysieke belasting en agressie in zorg en welzijn.

Ik wil de noodzakelijke vermindering van agressie en geweld in de zorg graag een extra impuls geven en zal na het zomerreces met een plan van aanpak komen. Samen met sociale partners in de zorg (inclusief de GGZ), de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister van Veiligheid en Justitie, bekijk ik momenteel hoe we invulling kunnen geven aan de aanpak van agressie en geweld in de zorg.

Voortgang wetsvoorstel verplichte GGZ
De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie heeft op 14 februari 2011 een brief naar uw Kamer gestuurd, waarin u werd geïnformeerd dat wij gezamenlijk gaan bezien of een andere opzet van de commissie, bedoeld in hoofdstuk 5 van het wetsvoorstel, tot de mogelijkheden behoort. Op 13 april jl. heeft een expertmeeting plaatsgevonden, waarbij een mogelijke andere opzet van de commissie werd besproken. Alle reacties worden nu geïnventariseerd. Wij zullen later richting uw Kamer komen met een nota van wijziging van het wetsvoorstel.

Het centraal melden van suïcidepogingen door huisartsen
Anders dan geslaagde suïcides, worden niet alle suïcidepogingen centraal geregistreerd. Alleen de suïcidepogingen die hebben geleid tot een behandeling in een Spoedeisende Hulp (SEH) of een opname in een ziekenhuis, worden geregistreerd. Het melden van suïcidepogingen die door huisartsen worden behandeld, gebeurt niet centraal. In het AO van 16 maart 2011 heb ik aangegeven te bezien of het effectief is om alle huisartsen suïcidepogingen centraal te laten melden.

Sinds tientallen jaren (sinds 1979) worden in de Continue Morbiditeits Registratie (CRM) Peilstations Nederland, het aantal suïcides en suïcidepogingen geregistreerd. De CMR Peilstations zijn een landelijk netwerk van huisartspraktijken. Deze registratie betreft zowel suïcidepogingen, als geslaagde suïcides, zonder daarbij onderscheid te maken tussen suïcidepogingen en geslaagde suïcides. In dit verband verwijs ik naar de Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit 2009 (Tweede Kamer, 2009 – 2010, 22 894, nr 251, pag. 3)

De wens om te onderzoeken of het effectief is om suïcidepogingen centraal te laten registreren door alle huisartsen, zo bleek tijdens het AO, is dat dit mogelijk een preventief effect zou kunnen hebben. Hierdoor zou mogelijk eerder ingegrepen kunnen worden als er, bijvoorbeeld bij jongeren, een toename zou zijn van het aantal pogingen. Het introduceren van een aanvullende centrale registratie voor alle huisartsen van alle suïcidepogingen, is echter weinig effectief om aan die wens tegemoet te komen. Vanuit een oogpunt van preventie is het belangrijk dat de betrokken partijen een goed zicht hebben op suïcidepogingen. De combinatie van de gegevens uit de Peilstations en de hierna te noemen Gezondheidsmonitoren vormen daar een goede basis voor. Bovendien leidt een centrale registratie tot meer administratieve lasten bovenop de bestaande registratiesystemen voor de huisarts, hetgeen ik niet wenselijk vind.

De Gezondheidsmonitoren – de Monitor Jeugdgezondheid, de Monitor Volwassenen en de Monitor Ouderen – die recent met een standaardvraagstelling over suïcidegedachten en suïcidepogingen zijn uitgebreid, kunnen de beschikbare gegevens verder aanvullen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de Gezondheidsmonitor. Zij gebruiken deze monitor om een beeld te krijgen van de gezondheid van (groepen) inwoners in hun gemeente. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om in hun monitor ook gegevens over suïcidaliteit uit te vragen om zo aangrijpingspunten voor preventie in beeld te krijgen. Ik wil gemeenten hiertoe echter niet verplichten.

Overigens worden alle geslaagde suïcides, dus ook van de personen die bij de huisarts in behandeling waren, centraal geregistreerd bij het Centraal Bureau voor de Statistiek.

De Rotterdam aanpak
Tijdens het AO van 16 maart heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over het voorbeeld Rotterdam inzake de effectiviteit van het door gemeenten volgen van zorgmijdende mensen en het verlenen van bemoeizorg aan deze groep. Deze toezegging zal ik in kader van de Voortgangsrapportage Maatschappelijke Opvang nakomen, die door de staatssecretaris in juni naar uw Kamer wordt gestuurd.

Relatie diabetes en depressie en andere multimorbiditeit
Het is van belang dat mensen met psychische klachten vroeg gesignaleerd worden en preventief worden behandeld. Dit voorkomt nieuwe gevallen van psychische problematiek en het vermindert het aantal mensen met chronische problematiek. Daarbij is ook de relatie tussen psyche en somatiek belangrijk. Uit recent onderzoek blijkt dat vrouwen met diabetes (type 2) 29 procent meer kans hebben op het ontwikkelen van een depressie, na correctie op andere risicofactoren. Gebruikten ze insuline voor de behandeling van de diabetes, dan was het extra risico op depressie 53 procent[3]. De samenhang tussen somatische en psychische problemen is daarom essentieel en mag niet uit het oog verloren worden.

Binnenkort vraag ik de NZA om een advies over hoe de zorg voor mensen met psychische problemen, dicht bij huis, versterkt kan worden, ook in relatie met de somatiek. Uitgangspunt is dat de zogenaamde 'basis GGZ' wordt versterkt en dat het veld de ruimte krijgt om zelf de zorg rondom de patiënt te organiseren: zelfmanagement, preventie, e-health of kortdurende behandeling kunnen dan, indien nodig, worden ingezet. Begin 2012 zal ik u informeren over de vervolgstappen ten aanzien van dit onderwerp. Dit heb ik ook tijdens het AO van 16 maart 2011 toegezegd.

Beleid rondom terugdringen van dwang en drang door GGZ-instellingen
Zoals ik u tijdens het AO heb toegezegd zijn we met GGZ Nederland in gesprek over het instellingsbreed beschrijven van beleid rondom terugdringen van dwang en drang in plannen van aanpak. Momenteel wordt door GGZ Nederland het project 'inventariseren van best practices' uitgevoerd. Dit zal in de tweede helft van dit jaar afgerond zijn. Deze goede voorbeelden dragen bij aan het terugdringen van dwang en drang. GGZ Nederland stuurt hierop ook aan.

Koplopers maar ook zeker GGZ-instellingen die achterblijven, kunnen één of meerdere goede voorbeelden inzetten om beleid rondom dwang en drang te voeren.

[3] Pan A et al. *Arch Intern Med.*2010;**170:**1884

De IGZ verlangt sinds 2009 van alle GGZ-instellingen waar gesepareerd wordt een beleid of een plan van aanpak om het separeren terug te dringen, zowel instellingsbreed als per opnameafdeling. Tijdens de inspectiebezoeken wordt dit beleid of plan per bezochte afdeling getoetst, zowel op inhoud als op resultaten. Hierbij ziet de IGZ er ook op toe dat protocollen voor de toepassing van separatie op de juiste wijze worden uitgevoerd. Van elk inspectiebezoek stelt de inspectie een rapport op waarin zij zonodig vraagt om een nader plan van aanpak met concrete en toetsbare doelstellingen, activiteiten, deadlines en toewijzing van verantwoordelijkheden.

Basiszorgnota
Tijdens het AO van 16 maart heb ik toegezegd dat uw Kamer een nota over basiszorg zal ontvangen. Deze integrale nota schrijf ik samen met de staatssecretaris, omdat basiszorg te maken heeft met ons beider portefeuilles. Wij gaan deze nota in juli naar uw Kamer sturen.

Ik hoop u middels deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers