



Beleidsdocument 'Sterk van Geest, naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011'

Samenvatting

In september 2007 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) besloten tot herijking van het toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Het beleidsdocument 'Sterk van Geest, naar herstel van regie' beschrijft de hernieuwde visie van de IGZ voor de komende jaren op effectief toezicht op de GGZ. Leidend bij het uitwerken hiervan waren de huidige externe ontwikkelingen en het meerjarenbeleidsplan (MJB) van de IGZ.

Conform het Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg' gaan de GGZ-inspecteurs de komende jaren extra aandacht besteden aan kwetsbare groepen, aandoeninggericht toezicht (ketenzorg) en patiëntveiligheid. Het beleidsdocument 'Sterk van Geest' bevat een uitwerking van de activiteiten voor het jaar 2008. Na externe en interne consultatie heeft de inspectie gekozen voor een beperkt aantal *jaarthema's*, die in de periode tot 2011 centraal zullen staan:

- 1) Schizofrenie en middelenafhankelijkheid (2008)
- 2) Kinderen en jeugdigen met dubbel-diagnose-problematiek (2009)
- 3) Ouderen met psychiatrische problematiek: depressie (2010)

Verder zal de agenda van de IGZ deels bepaald worden door *beleidsprioriteiten* van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Zo besteedt de inspectie op aangeven van het ministerie in 2008/2009 expliciet aandacht aan de Commerciële Verslavingszorg.

Een afzonderlijk hoofdstuk in 'Sterk van Geest' is gewijd aan herijking van het toezicht op de *gedwongen zorg* in de GGZ. De IGZ herkent zich in de kritiek van de derde evaluatiecommissie Bopz dat de IGZ de verwachtingen op het gebied van de individuele rechtsbescherming onvoldoende kan waarmaken. Jaarlijks registreert de inspectie meer dan 50.000 meldingen in het registratiesysteem BOPZIS. Conclusie is dat deze informatiebron te weinig bijdraagt aan de effectiviteit van het toezicht op de gedwongen zorg. Bezien wordt hoe het registratiesysteem gemoderniseerd en beter gepositioneerd kan worden.

Als de wetgever besluit tot een vervangende wettelijke regeling voor de Wet Bopz, wil de IGZ taken overdragen aan een orgaan dat beter gepositioneerd en toegerust is op het individueel toezicht houden, bijvoorbeeld een Commissie Psychiatrische Zorg.

Dit neemt niet weg dat de IGZ ook voor de toekomst voor zichzelf een belangrijke toezichttaak ziet weggelegd bij het toepassen van dwang in de GGZ. Zij wil vooral een beter toezicht realiseren op het *systeem* van gedwongen zorg, een terrein dat aanzienlijk breder is dan de interne rechtspositie van de betrokkene. Het gaat de inspectie om de gehele besluitvorming rond

gedwongen zorg tot en met de uitvoering en de kwaliteit van deze zorg. Ook houdt de inspectie nadrukkelijk toezicht op wanneer gedwongen zorg ten onrechte *niet* wordt geleverd.

De door de IGZ voorgenomen verandering en verbetering van het toezicht op drang en dwang in de GGZ worden de komende jaren vorm gegeven in verschillende typen activiteiten: Gefaseerd toezicht, Incidententoezicht naar aanleiding van meldingen en Thematisch Toezicht. In 2008 wordt in het kader van het Thematisch Toezicht het project 'Separeren direct na opname/IBS' uitgevoerd. Daarnaast zet de IGZ in op het stimuleren en begeleiden van pilots in de GGZ om de individuele rechtsbescherming te verbeteren en op het moderniseren en overdragen van de registratie van gedwongen zorg.

Het GGZ-beleid van het ministerie van VWS, zoals destijds verwoord in de beleidsnota 'Zorg van Velen', accentueert de complexe verwevenheid die bestaat tussen de GGZ en overige sectoren. Echter, naast de verwevenheid van de GGZ met andere maatschappelijke- en zorgsectoren is het van even groot belang om de eigenheid van deze sector te benoemen en recht te doen.

Dit vraagt om aanpassing van de positionering en aansturing van het GGZ-deel binnen de IGZ-organisatie. Er is behoefte aan een werkunit van waaruit de visievorming op effectief toezicht op de GGZ blijvend wordt onderhouden en eenduidig wordt aangestuurd en uitgevoerd. De IGZ geeft dit vorm door het toezicht op de GGZ onder te brengen in een apart programma, met een eigen programmaleider GGZ en een psychiater/bestuurder-expert die optreedt als adviseur voor het programma GGZ. De eindverantwoordelijkheid van het programma GGZ valt onder de hoofdinspecteur Curatieve en Somatische Zorg.

Inleiding

De IGZ heeft sinds 1841 een rijke traditie wat betreft het toezicht op de GGZ. Dit toezicht heeft zich steeds aangepast aan de eisen van de tijd. Recent heeft opnieuw een grondige herbezinning plaatsgevonden, zowel op de rol van de IGZ naar het brede veld van de gezondheidszorg als naar de GGZ. De IGZ wil via een nieuw meerjarenbeleidsplan haar inspanning zodanig richten dat de burgers mogen uitgaan van een gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Voor de GGZ heeft de IGZ daarnaast een apart beleid opgesteld onder de noemer 'Sterk van Geest, naar herstel van regie'. De hoofdlijnen van beide documenten worden hierna beschreven, waarbij de volgende kernvragen aan de orde komen: Wat betekent toezicht in deze tijd en welke verantwoordelijkheidsverdeling tussen veld en IGZ hoort daarbij? Welke prioriteiten stelt de IGZ voor de gezondheidszorg? Wat zijn relevante ontwikkelingen binnen de GGZ en hoe wil de IGZ haar toezicht vorm geven? Tot slot is een kort woord opgenomen over de organisatieverandering die binnen de IGZ is doorgevoerd naar aanleiding van 'Sterk van Geest, naar herstel van regie'.

Eigentijds toezicht: intern toezicht en extern toezicht

Eigentijds toezicht is onafhankelijk, transparant, professioneel, selectief en slagvaardig. In de toekomst moet toezicht meer effect sorteren en minder last opleveren. De IGZ zet stevig op de overgang van 'traditionele toezichthouder' naar een moderne handhavingorganisatie. De IGZ stimuleert het hele veld om de zorg continu te verbeteren en handhaaft een minimumkwaliteit van zorg. Daarnaast maakt ze zichzelf meer zichtbaar voor de burger: van 'silent service' naar 'public service'. Om die reden maakt de inspectie steeds meer van haar onderzoeksbevindingen openbaar, zoals de rapportages over individuele instellingen.

Een belangrijk nieuw speerpunt is dat de inspectie naast het toezicht op instellingen en professionals ook aandacht heeft voor de hele zorgketen rond een bepaalde aandoening. De IGZ spoort via signaleringssystemen actief misstanden op en treedt hier krachtig tegen op.

Modern toezicht bestaat uit twee niveaus. Het eerste niveau bestaat uit het *interne toezicht* waarvoor de instelling en of de professional zelf verantwoordelijk is. Deze interne verantwoordelijkheid strekt zich uit naar alle aspecten van zorg en bedrijfsvoering. De zorg moet 'state of the art' zijn, voldoen aan de door wetgever gestelde eisen (wettelijke normen) en de door het veld ingevulde kwaliteitsstandaarden (veldnormen), toegankelijk zijn en betaalbaar blijven. Het is een brede verantwoordelijkheid om richtlijnen na te leven, te zorgen voor veiligheid, fouten en (bijna) ongevallen op te sporen, korte wachttijden te realiseren en doelmatigheidsmaatregelen te nemen. Voor de GGZ strekt deze verantwoordelijkheid zich verder nog uit naar het analyseren van suïcides en het zorgvuldig omgaan met dwang en drang. Van instellingen en professionals wordt verwacht dat zij deze aspecten onderzoeken, afwijkingen en problemen signaleren, maatregelen nemen, controleren of deze tot het gewenste effect leiden en opnieuw kijken of alles goed verloopt. Daarbij moeten soms lastige beslissingen genomen. Denk maar aan een bestuur dat moet ingrijpen omdat een afdeling onvoldoende kwaliteit levert of medewerkers aan moet pakken die zich ongewenst of grensoverschrijdend hebben gedragen.

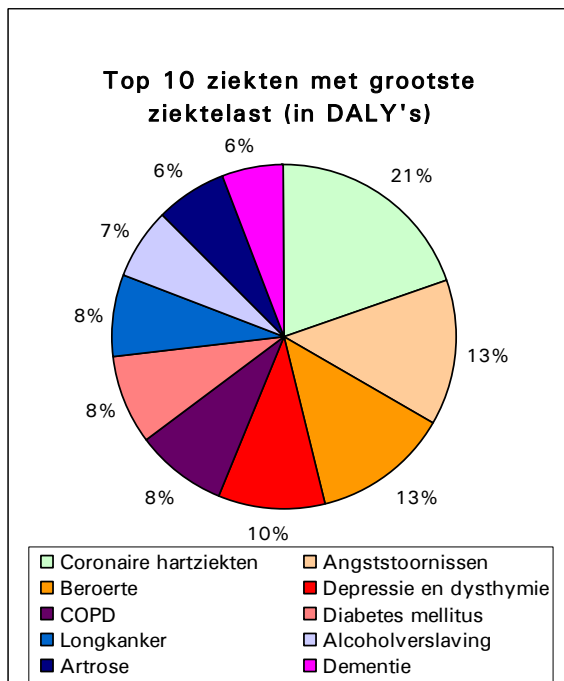
Hoewel de instelling in eerste instantie zelf verantwoordelijk is voor een goede en veilige zorg, moeten calamiteiten op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen wel degelijk aan de IGZ

gemeld worden. Onder een calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid. Ook grensoverschrijdend (seksueel) gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht moet bij de inspectie worden gemeld.

De IGZ zal de focus vooral richten op het *externe toezicht*, dat wil zeggen toezicht op het interne toezicht dat instellingen of professionals zelf hebben georganiseerd. In de afgelopen jaren is een werkwijze afgesproken waarbij de instellingen en/of professionals en de IGZ gebruik maken van prestatie- of kwaliteitsindicatoren. Jaarlijks worden de resultaten van instellingen en professionals op een vaste set prestatie- of kwaliteitsindicatoren beoordeeld. Als er sprake lijkt te zijn van een verhoogd risico op een te lage kwaliteit van zorg, onderneemt de inspecteur actie. Daarnaast houdt de IGZ thematisch toezicht op onderwerpen waarvan ze verwacht dat van inspectieonderzoek extra impulsen uitgaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Tenslotte kunnen meldingen van calamiteiten aanleiding geven tot gerichte actie.

Relevante ontwikkelingen binnen de GGZ

De IGZ onderkent een aantal relevante ontwikkelingen binnen het brede veld van de GGZ. In onderstaande paragraaf worden enkele algemene trends kort benoemd. Daarna wordt een aantal onderwerpen besproken waarbij de rol van de IGZ wordt geëxpliciteerd.



De GGZ is een eigen, specifiek domein dat zich richt op psychiatrische ziektebeelden en psychische stoornissen. Veertig procent van de Nederlanders wordt ooit in zijn leven met een psychische stoornis geconfronteerd. Jaarlijks zijn driekwart miljoen mensen om deze reden in zorg. In de top tien van ziekten met de grootste ziektelast (RIVM, 2005) komen maar liefst vier psychische stoornissen voor, namelijk angststoornissen, stemmingstoornissen, verslaving en dementie. Sommige psychische stoornissen, zoals schizofrenie, behoren tot de meest kostbare ziekten in Nederland.

Vanuit de GGZ zijn er vele grensvlakken en vertakkingen naar andere zorgsectoren en naar brede maatschappelijke sectoren als wonen, werk en welzijn. Deze samenhang

vraagt specifieke aandacht. In de structuur en financiering van de GGZ vinden momenteel ingrijpende wijzigingen plaats. Voor de GGZ zijn diverse bekostigingssystemen van toepassing. De belangrijkste zijn de basiszorgverzekering, de AWBZ, de WMO en de bekostiging van justitieel verblijf en zorg. Er zijn subsidie-inkomsten vanuit diverse overheden en er is een particulier circuit in opkomst. Bovendien is er de invoering van de marktwerking, de DBC's en de

zorgzwaartepakketten. Er is onrust en beweging in het GGZ-veld, veroorzaakt door fusies, nieuwe toetreders, nieuwe merken en andere vormen van samenwerking.

Prioritering GGZ binnen de IGZ

Voor de komende tijd jaren stelt de IGZ de volgende, ook voor de GGZ relevante prioriteiten centraal:

- Kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid bevorderen
- Vergroten van transparantie van geleverde kwaliteit van zorg
- Meer en gericht aandacht besteden aan kwetsbare groepen (waaronder herijking Bopz-toezicht)
- Aandoeninggericht toezicht / toezicht op ketenzorg
- Preventie bevorderen

De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ moet gegarandeerd blijven. Hiervoor bewaakt de IGZ ten eerste het recht op een gerechtvaardigd vertrouwen in een verantwoorde GGZ. Daarnaast zal de IGZ erop toezien de meest kwetsbare patiënten zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven terug krijgen. In het vervolg van dit stuk wordt op beide aspecten nader ingegaan.

De prioriteitstelling voor de GGZ wordt de komende jaren langs de volgende lijnen uitgewerkt:

1. Voor het *vergroten van transparantie van geleverde kwaliteit van zorg* zijn kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Afzonderlijke indicatorensets zijn of worden in 2008/2009 ontwikkeld voor de volgende deelterreinen:

- basisset reguliere GGZ;
- basisset forensische zorg;
- basisset vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten, eerstelijnspsychologen;
- basisset PAAZ-en.

Deze basissets worden met steun van het veld verder ontwikkeld en uitgerold naar alle onderdelen van de GGZ. Bij de brancheorganisaties en het management van de instellingen bestaat een draagvlak voor de kwaliteitsindicatoren die al ontwikkeld zijn. Echter, bij de professionals op de werkvloer valt nog een wereld te winnen.

Een belangrijke ontwikkeling is de zogenaamde routine outcome monitoring. Daarbij worden via standaardinstrumenten uitkomstmetingen gedaan die zowel relevant zijn voor patiënt en behandelaar als op geaggregeerd niveau kunnen bijdragen aan de indicatoren.

Aandachtspunt in de komende jaren is het meer specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden maken van de kwaliteitsindicatoren. Samen met het veld waakt de inspectie er voor dat deze kwaliteitsindicatoren een stevige plaats gaan innemen als signaleringssysteem voor de transparantie en kwaliteit van zorg. Voor de IGZ is deze vorm van informatie noodzakelijk om haar gefaseerde toezicht naar behoren te kunnen uitvoeren.

Het thema patiëntveiligheid krijgt als relatief nieuw thema voor de sector een plaats. Hierover zijn recent beleidsafspraken gemaakt die de komende jaren door de sector ingevoerd zullen

worden. De IGZ gaat beoordelen of de resultaten voldoende zijn en stemt zo nodig haar handhavingsbeleid hierop af.

2. Voor *kwetsbare groepen* blijft extra aandacht nodig. Groei van de GGZ-hulpvraag, marktwerking en stelselwijzigingen kunnen hierop zeer verschillend inwerken. De IGZ zal in de komende jaren bij haar thematisch toezicht hoge prioriteit toekennen aan diverse kwetsbare groepen binnen het brede veld van de GGZ. Dit gebeurt in nauw overleg met het veld en de kennisinstituten. In 2008 start een toezichtronde naar de zorg voor patiënten met schizofrenie in combinatie met middelenafhankelijkheid. Voor 2009 bestaat het voornemen te kiezen voor kinderen en jeugdigen met een dubbele diagnose problematiek en voor 2010 zal een thematisch onderzoek voor ouderen met psychiatrische problematiek verder worden uitgewerkt.

Daarmee zijn zeker niet alle kwetsbare groepen benoemd. Het GGZ-veld neemt zelf het initiatief bij diverse groepen. Bijvoorbeeld: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) draagt met de recent vastgestelde richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' bij aan de kwaliteit van zorg voor patiënten met een gecombineerd somatisch en psychiatrisch ziektebeeld. De IGZ zal in de komende jaren het naleven van deze richtlijn volgen. Een ander recent voorbeeld is het beleid dat GGZ Nederland heeft vastgesteld voor patiënten met een langdurige zorgbehoefte. Een belangrijk kenmerk hierbij is dat de regie op de ketenzorg goed geregeld is. Ook hier kan de IGZ op basis van veldnormen een signalerende en zo nodig regisserende rol vervullen.

3. De aandacht voor psychiatrische patiënten bij wie *dwang en drang* wordt toegepast, blijft een belangrijke taak voor de IGZ. Wel streeft de inspectie naar meer evenwicht tussen deze taken en de overige beleidsprioriteiten. Dit kan ook omdat de IGZ de kritiek herkent van de derde evaluatiecommissie Wet Bopz (mei 2007). Die stelt dat de IGZ de individueel gerichte toezichtstaak in het kader van de gedwongen zorg onvoldoende heeft kunnen waarmaken, ondanks alle inspanningen die hieraan in de afgelopen jaren zijn besteed¹.

Als de wetgever besluit tot een vervangende wettelijke regeling voor de Wet Bopz, zal de IGZ taken overdragen aan een orgaan dat beter gepositioneerd en toegerust is op het individueel toezicht houden, bijvoorbeeld een Commissie Psychiatrische Zorg.

De consequenties voor de interim-periode zijn vastgelegd in zeven punten:

a. De inspectie intensiveert het risicogestuurd toezicht op gedwongen zorg in de GGZ. De kwaliteitsindicatoren die over dwang gaan, houdt ze nauwlettend in de gaten. Blijkt hieruit een verhoogd risico dan brengt de inspecteur een bezoek aan de instelling. Zo nodig worden aanvullende indicatoren ontwikkeld om de risicoselectie te verfijnen. Het huidige instrument voor de toetsing van dwangbehandelingen wordt aangescherpt op basis van recent evaluatieonderzoek, en wordt gebruikt voor het jaarlijks toetsen van een aantal lopende dwangbehandelingen.

b. Het thematische toezicht op gedwongen zorg wordt eveneens geïntensiveerd. Er zijn vele onderwerpen waar de inspectie onderzoek naar kan doen, zoals het ten onrechte geen dwang toepassen, toezicht op het naleven van voorwaarden na ontslag, het betrekken van familie bij gedwongen zorg of de naleving van protocollen en richtlijnen. Voor 2008 is gekozen voor het thema 'Separeren direct na opname/Inbewaringstelling'.

¹ Voor het standpunt van de IGZ op dit evaluatierapport wordt verwezen naar het IGZ rapport 'Rapportage Bopz-adviesgroep, herijking toezicht gedwongen zorg in de GGZ, maart 2008'.

- c. De adviserende rol van de IGZ bij het toekennen van Bopz-aanmerkingen wordt vereenvoudigd.
- d. Bij de behandelingen van calamiteiten/meldingen, ook op het gebied van gedwongen zorg, volgt zo nodig een actieve bemoeienis van de IGZ.
- e. Het voornemen bestaat de Bopz registratietaken over te dragen naar anderen. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat de IGZ kan blijven beschikken over de voor haar toezicht noodzakelijke gegevens.
- f. De IGZ wil pilots stimuleren en begeleiden om de individuele rechtsbescherming te verbeteren.
- g. De inspectie ziet voor zichzelf een actieve en adviserende rol weggelegd bij het op handen zijnde wetswijzigingstraject.

4. Bij de *toegankelijkheid van de GGZ* is het tot stand komen van een goed functioneren van 'stepped care' van groot belang. Om de toegenomen GGZ-hulpvraag op een efficiënte wijze op te vangen, legt de sector de nadruk op preventie, e-health, eerste lijn en een vloeiende overgang naar de specialistische zorg in de tweede lijn. Voor de topklinische GGZ is een speciale positie op het gebied van patiëntenzorg in combinatie met onderwijs en onderzoek weggelegd. Voor de IGZ is daarmee intensivering van aandacht voor en toezicht op de eerstelijns-GGZ noodzakelijk. Daarbij spelen vraagstukken als kwaliteit van de (solistische) beroepsuitoefening, de kwaliteit van de praktijkondersteuning GGZ voor de huisarts en adequate verwijsrelaties/continuïteit van zorg een belangrijke rol. Daar waar juist in de GGZ preventie al een rijke voorgeschiedenis heeft, moet in het kader van de stelselwijziging de voortgang eerder bevorderd worden dan dat deze stagneert. De inspectie volgt de ontwikkeling van de GGZ-preventie nauwlettend.

5. Binnen de GGZ wordt het steeds belangrijker dat gerapporteerd kan worden over de *resultaten van een behandeling*. Patiënten en hun relaties, maar ook zorgverzekeraars, verlangen terecht meer inzicht. De GGZ-sector heeft hier in de afgelopen tien jaar veel energie in gestoken. Er zijn vele zorgprogramma's en (multidisciplinaire) richtlijnen ontwikkeld. Steeds meer wordt gewerkt met stoornisspecifieke evaluatie-instrumenten. De specialisatie en differentiatie van het zorgaanbod is behoorlijk toegenomen. Het is nu zaak dat het veld de resultaten beter zichtbaar maakt. Voor de IGZ is hier in eerste instantie een stimulerende rol naar de brancheorganisaties van professionals en instellingen weggelegd.

6. De *opvattingen van patiënten* over de zorg en hun participatie hierbij moeten meer dan in het verleden zichtbaar worden, zowel op het niveau van de directe zorg als op het gebied van het beleid. Inmiddels bestaat er een landelijk Platform GGZ, waarin de krachten van patiëntenorganisaties zijn gebundeld. Hun opvattingen zijn van groot belang voor de IGZ. Voor drie ontwikkelingen wordt extra aandacht gevraagd. Als eerste de verdere ontwikkeling en invoering van een patiëntenfeedbacksysteem (CQ index) binnen de kwaliteitsindicatoren. Een volgend punt is expliciete aandacht voor 'herstel'. Daarbij gaat het niet om herstel van symptomen maar om herstel van het vermogen van de betrokkene om zelf sturing te geven aan wonen, werk en welzijn. Ten derde en daarop aansluitend, ontstaat steeds meer aandacht voor ervaringsdeskundigheid. Dit uit zich onder andere in de inzet van ervaringsdeskundigen binnen bepaalde GGZ-teams als volwaardig en betaald teamlid. Voor de IGZ ligt hier vooralsnog een stimulerende rol naar het brede GGZ-veld.

7. De *rol van de familie* is vaak onderbelicht, maar juist binnen de GGZ van groot belang voor het goede verloop van een behandeling, zeker bij de meer kwetsbare patiëntengroepen.

Nog altijd is het vooral de familie die de patiënt van hulp voorziet: 70% helpt de patiënt bij de dagelijkse levensverrichtingen, 44% bij de begeleiding naar ambulante zorg, 33% van de familieleden controleert de medicatietrouw en 37% biedt steun bij of beslist over de behandeling. Bekend is dat patiënten van wie de familie extra wordt begeleid, korter in psychiatrische ziekenhuizen verblijven. De houding van de familie heeft rechtstreeks invloed op de ziekte van de patiënt. Training van de familie kan tot 50% van de nieuwe psychoses voorkomen, terwijl onwetendheid de ziekte kan verergeren. Het is belangrijk dat familieleden in contact komen en/of blijven met de patiënt en met de hulpverlener. De hulpverlening moet familie erkennen als bron van informatie. De familie wordt daarbij als bron passend beschermd. Er moet een recht op informatie komen over de toestand van de patiënt en een recht om gehoord te worden als daarom gevraagd wordt. Dit alles pleit voor een stevige basis voor de rechten van familieleden. Het naleven van de opgestelde modelregeling GGZ-instelling / naastbetrokkenen is daarbij een eerste handvat.

De IGZ gaat de komende jaren de naleving van deze modelovereenkomst inpassen bij haar werkzaamheden.

8. In het beleidsdocument 'Zorg van velen' uit 2002 wordt groot belang toegekend aan de bijdrage van maatschappelijke partijen zoals onder meer scholen, woningbouwcoöperaties, welzijninstanties aan de GGZ. Voor het vervullen van hun aandeel in de keten is een *actieve kennisoverdracht* vanuit de GGZ-sector naar deze organisaties van belang. Voor de verdere ontwikkeling van de GGZ is van belang dat deze kennisopbouw slaagt. Alleen als alle partijen hun bijdrage leveren aan de GGZ, kan de grote vraag naar GGZ-hulp in voldoende mate worden opgevangen. In het bijzonder voor de chronisch zieke geldt dat zonder medewerking van deze maatschappelijke organisaties hij nooit de regie over zijn leven terug kan krijgen. De IGZ komt hier bij een belangrijk maar ook moeilijk onderdeel van haar werk terecht. Cliëntenorganisaties, aanbieders van zorg en lokale overheden moeten hier het initiatief nemen. Wel houdt de IGZ best practices voor aan de sector.

Positionering eigen programma GGZ binnen de IGZ

De beschreven ontwikkelingen vragen om een meer herkenbare IGZ naar het GGZ-veld. Daartoe is binnen de IGZ een aantal besluiten genomen. De GGZ vormt per 1 juni 2008 een eigen programma binnen de IGZ van waaruit de noodzakelijke in- en externe sturing plaatsvindt. Een programmaleider GGZ verzorgt per 1 juni 2008 de aansturing van het programma. Daarnaast ondersteunt een adviseur GGZ (als voormalig psychiater-bestuurder) het programma. De verworvenheden uit de afgelopen jaren van een geïntegreerd, samen optrekken met andere IGZ-onderdelen zal verder worden uitgebreid. Immers, zoals gesignaleerd, veel problemen doen zich voor op de grensvlakken met andere (zorg)sectoren. Daarbij past dat de hoofdinspecteur Curatieve Zorg verantwoordelijk wordt gesteld voor de strategische koers van het toezicht op de GGZ.

De IGZ zal vanuit haar rijke traditie van meer dan tweehonderd jaar haar rol als toezichthouder, ook op de GGZ-sector, herkenbaar blijven vervullen. Met deze inzet komt het gerechtvaardigd vertrouwen in een verantwoorde GGZ een stap dichterbij.