



Verbetering nodig in zorg voor cliënten met zeer ernstig probleemgedrag bij dementie

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ziet risico's in de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor cliënten met zeer ernstig probleemgedrag bij dementie¹. De veiligheidsrisico's gelden ook voor de betrokken zorgverleners en behandelaren. De inspectie trekt deze conclusie op basis van een onderzoek naar meerdere meldingen van zorgaanbieders van verpleeghuiszorg in relatie tot dit onderwerp. Een door de inspectie georganiseerde bijeenkomst met deskundigen en de bij de meldingen betrokken zorgaanbieders ondersteunt het verkregen beeld.

Waarom onderzoek door de inspectie?

De inspectie ontving een aantal meldingen en signalen waarbij volgens behandelaren sprake was van zeer ernstig, moeilijk beïnvloedbaar probleemgedrag bij ouderen met dementie, die wonen in instellingen voor verpleeghuiszorg met een Bopz-aanmerking². Mogelijkheden voor overplaatsing naar de ggz of andere zorgaanbieders in de regio ontbraken. Redelijke alternatieve behandelingen waren er niet meer. Bij mensen met dementie kan sprake zijn van een refractair symptoom: een of meerdere onbehandelbare ziekteverschijnselen, welke leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt, waarbij geen redelijke behandelalternatieven zijn. Ook ernstig probleemgedrag kan een refractair symptoom zijn. Dan is palliatieve sedatie³ (intermitterende of continue sedatie) mogelijk om het lijden van de cliënt te verminderen.

De inspectie ontving echter signalen dat de richtlijn 'Palliatieve sedatie' (2009) van de KNMG veel vragen oproept over het toepassen van continue sedatie bij deze cliënten. Met name vanwege een van de voorwaarden, de levensverwachting van één tot twee weken. Ook een handreiking van de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) voor palliatieve sedatie bij refractair probleemgedrag bij mensen met dementie was nog in ontwikkeling. De inspectie heeft de hiervoor aangewezen partijen gestimuleerd om deze zaken te ontwikkelen. De inspectie wilde ook de situatie in de verpleeghuiszorg voor cliënten met (zeer) ernstig probleemgedrag bij dementie in beeld brengen.

Resultaten onderzoek

Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat er verbetering nodig is in de zorg voor cliënten met zeer ernstig probleemgedrag bij dementie. In de richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' van Verenso en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) staat wat goede zorg voor deze cliënten is. De bij de



meldingen betrokken zorgaanbieders hebben meerdere maatregelen ter verbetering opgesteld op basis van hun eigen onderzoek en dat van de inspectie. De inspectie heeft deze zorgaanbieders na enige tijd nogmaals bezocht om de implementatie van de maatregelen te toetsen. Zij con-

stateerde veel vooruitgang en structurele investeringen in korte tijd. Dit sterkt de inspectie in de gedachte dat aandacht voor dit thema een positief effect heeft op de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor deze cliënten. De door de inspectie georganiseerde bijeenkomst droeg bij aan het delen van kennis en de start van nieuwe ontwikkelingen. Het geeft de inspectie vertrouwen dat alle partijen de context van (zeer) ernstig probleemgedrag bij mensen met dementie erkennen en willen verbeteren.

Op basis van het onderzoek en de bijeenkomst zijn drie overkoepelende verbeterthema's onderscheiden: de implementatie van de richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' moet beter; deskundigheidsbevordering en de inzet van andere deskundigen is nodig; regionale samenwerking en samenwerking met ggz moet beter. In deze publicatie leest u hierover meer.

¹ Probleemgedrag bij dementie is alle gedrag dat samengaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn of haar omgeving (definitie Verenso en NIP).

² De Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) was tot 1 januari 2020 de geldende wet voor het toepassen van dwang in de zorg. De inspectie toetste of een zorgaanbieder voldeed aan de eisen om gedwongen zorg op een verantwoorde manier te kunnen bieden. Was dat het geval, dat kreeg de zorgaanbieder een Bopz-aanmerking. Per 1 januari 2020 geldt de Wet zorg en dwang voor het toepassen van dwang in de zorg voor cliënten met dementie. Zorgaanbieders moeten nu zijn opgenomen in het online locatieregister Wvggz/Wzd.

³ Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase, vanwege het bestaan van één of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen) die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt (definitie KNMG, 2009). Palliatieve sedatie bestaat uit intermitterende en continue (tot overlijden) sedatie.

Welke overkoepelende thema's ter verbetering ziet de inspectie?

1. Implementatie van de richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' moet beter

Persoonsgerichte zorg is volgens de richtlijn het uitgangspunt in de zorg voor cliënten met probleemgedrag bij



dementie. Dat is zorg gericht op de kwaliteit van leven, optimaal functioneren in het dagelijks leven en het bevorderen van het welbevinden. Ofwel: zorg gebaseerd op het kennen van de cliënt. Methodische en multidisciplinaire

probleemanalyse van probleemgedrag is vereist. Psychosociale interventies en benaderingsadviezen staan bij de behandeling van probleemgedrag bij dementie voorop. De inspectie constateert dat de multidisciplinaire probleemanalyse van probleemgedrag in de praktijk nog onvoldoende is geïmplementeerd. Hierdoor worden mogelijke psychosociale interventies niet tijdig ingezet. Onderdeel van methodisch en multidisciplinair werken zijn gezamenlijke behandeldoelen voor behandelaren en zorgverleners. Hiermee kunnen eenduidige observaties worden gedaan en kan op de behandeldoelen worden gerapporteerd. Evaluatie van de effecten van interventies en bijstellen van de behandeling is dan mogelijk. Het elektronisch cliëntendossier (ECD) moet dit ondersteunen.

Verbeteringen uit de praktijk

- Erken als bestuurder de toename van zeer ernstig probleemgedrag en de noodzakelijke investeringen voor aanpassingen.
- Implementeer de richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' en voer systematische probleemanalyse en evaluaties uit. Dit ook in relatie tot de Wet zorg en dwang (per 1 januari 2020), zie ook het [Wet zorg en dwang Stappenplan](#).
- Kies (ook) in het verpleeghuis bewezen effectieve interventies voor omgaan met probleemgedrag, zoals genoemd op www.databankinterventies.nl. Zorg voor cyclische scholing en implementeer deze in het ECD. Bijvoorbeeld de stepped care methode of [GRIP op probleemgedrag](#).
- Ken als behandelaar en zorgverlener de cliënt bij opname en zorg voor inventarisatie van het levensverhaal of levensgeschiedenis, bij voorkeur vóór opname.
- Organiseer multidisciplinaire probleemanalyse en stel op basis hiervan een persoonsgericht zorgleefplan op bij opname.
- Bespreek met familie bij opname de wensen, doelen en voorkeuren over de zorg bij het levenseinde en leg dit bij opname vast in het zorgleefplan ([advance care planning - ACP](#))
- Ken als behandelaar het niveau van deskundigheid op de afdeling en verzorg gerichte scholing in het dagelijks werk, bijvoorbeeld tijdens gedragssprekuren. Een scholings-

onderwerp kan zijn vrijheid beperkende maatregelen (VBM).

- Organiseer continuïteit van zorg in vaste teams, met zorgverleners en behandelaren. Dit levert kwaliteit en continuïteit van zorg op voor cliënten.
- Organiseer opschaling bij knelpunten in de zorg. Bijvoorbeeld door gezamenlijk leren van Meldingen Incidenten Cliënten (MIC).
- Organiseer mogelijkheden voor kortdurende deskundige observatie bij opname, zodat de cliënt passende zorg krijgt op de juiste afdeling.
- Erken dat omgaan met probleemgedrag bij dementie niet voor iedere zorgverlener of zorgteam mogelijk is en organiseer begeleiding en coaching.
- Betrek en informeer familie en/of cliëntvertegenwoordigers bij de behandeling van probleemgedrag.

Voorbeelden uit de praktijk

Stepped care methode bij probleemgedrag bij dementie

Deze methode bestaat uit vier stappen. Een volgende stap wordt pas gezet als dat nodig is. In de eerste stap is de basisbenadering aanwezigheid, empathie en respect. Duidelijk wordt wie de cliënt is en hoe hij benaderd wil worden. Hierbij zijn een woonleef-medewerker, welzijnscoach en gedragscoach betrokken. Stap twee biedt de cliënt specifieke begeleiding op maat: 'Wat moet er op een dag gebeuren om de cliënt gelukkig te maken?' Hierbij worden activiteitenbegeleiders en bewegingsagogen betrokken. In stap drie staat belevingsgerichte zorg centraal met interventies als realiteitsoriëntatie, validation, snoezelen, reminiscentie en Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL). Hierbij zijn indien nodig ook ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten betrokken. Ook worden Video Interventie Ouderenzorg (VIO) en MDO ingezet. In stap vier worden psychotherapeutische interventies en psychofarmaca ingezet. In deze stap wordt wekelijks geëvalueerd. Daarnaast zijn er een dagstart, wekelijks een casuïstiekbespreking en tweewekelijkse gedragsvisites door gedragsdeskundigen.

Plannen en een app voor valpreventie

De zorgverleners deden de meeste MIC-meldingen over vallen. Mede vanwege de veranderende cliëntengroep. Een maatregel is het delen van kennis over valpreventie. De aanwezige kennis wordt meer en beter gedeeld met collega's én familieleden van bewoners. Dit is tijdrovend, maar blijkt effectief te zijn. Zonder dat er direct een hulpmiddel wordt ingezet. Zorgverleners observeren samen een cliënt en stellen een plan op. Via een app worden (bijna) incidenten veilig en eenvoudig gemeld. Deze meldingen komen binnen bij collega's in de organisatie, zoals artsen, fysiotherapeuten en afdelingsmanagers. Fysio- en ergotherapeuten kunnen (mede) hierdoor een betere analyse maken, waardoor vervolgstappen en behandeling sneller worden gezet.

2. Deskundigheidsbevordering en de inzet van andere deskundigen is nodig

De kennis en vaardigheden van zorgverleners over het omgaan met (zeer) ernstig probleemgedrag bij dementie moeten beter. Het gaat om deskundigheid en kennis over dementie, maar ook over systematisch observeren en rap-



porteren over gedrag. En om kennis van bewezen effectieve gedragsinterventies, zodat die ingezet kunnen worden. Daarbij is coaching van zorgverleners op de werkvloer

door GZ-psychologen en andere gedragskundig geschoolde hulpverleners nodig. Met ruimte voor reflectie op het eigen handelen bij onmacht en onder druk. Ook het tijdig opschalen van knelpunten in de zorg door zorgverleners en behandelaars naar management en bestuur moet beter. Omgaan met zeer ernstig probleemgedrag ligt hierdoor niet alleen bij de zorgverleners en behandelaren op de afdeling, maar wordt een opdracht voor de hele organisatie. Dit vraagt om een cultuur van opschalen, leren en verbeteren binnen de organisatie. Is de inzet van externe deskundigen, zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), nodig? Vraag dit tijdig aan.

Verbeteringen uit de praktijk

- Faciliteer de noodzakelijke cultuurverandering binnen instellingen door samenwerken en opschalen te stimuleren en de grenzen van zorgverleners te kennen.
- Organiseer continue deskundigheidsbevordering van zorgverleners, gericht op scholing van kennis over dementie.
- Train vaardigheden in het observeren van gedrag en het uitvoeren van gedragsinterventies. Gebruik bewezen effectieve interventies, zoals genoemd op www.databank-interventies.nl.
- Zet naast bestaande zorgverleners en GZ-psychologen andere hulpverleners met gedragsdeskundigheid in op de afdeling. Bijvoorbeeld hbo-VGG'ers, hbo agogisch medewerkers en SPV'ers. Zij krijgen rollen als het observeren en analyseren van het gedrag van cliënten. Ook coachen zij zorgverleners in het omgaan met probleemgedrag bij dementie, het uitvoeren van gedragsinterventies en het methodisch werken. En zij vervullen de rol van vertaler tussen behandelaren en zorgverleners. In enkele organisaties zijn zij eerste contactpersoon voor de familie.
- Voer een nieuw ECD in of pas het aan zodat het zorgverlener faciliteert in het observeren en rapporteren op gezamenlijk met behandelaren vastgestelde behandeldoelen, als onderdeel van het zorgplan. Hierdoor is evaluatie en bijstellen van de behandeling mogelijk.
- Geef eigen behandelaren ruimte om interne scholing te leveren, gekoppeld aan de dagelijkse zorg. Bijvoorbeeld tijdens gedragsspreekuren en omgangsoverleg. Geef als behandelaren in een teamoverleg scholing over bijvoorbeeld VBM.
- Herijk de procedure van het opvolgen van MIC-meldingen met vroege signalering van knelpunten in de zorg bij het management. Tijdig ingrijpen en het voorkomen van escalatie worden mogelijk.

Voorbeelden uit de praktijk

Gedragsgeschoolde zorgverleners in het verpleeghuis

De zorgaanbieder investeert in ondersteuning, en versterking van de deskundigheid van zorgverleners door scholing. Naast zorgverleners werken agogisch hbo-geschoolde zorgverleners op de afdeling. Niet in de dagelijkse lichamelijke zorg, maar als coach bij bijvoorbeeld zorgweigeren of agressie tijdens zorgmomenten. Ze adviseren over het vormgeven van het woon- en leefklimaat voor de cliënt. Ook zijn de agogische zorgverleners verantwoordelijk voor het afnemen van de hetero-anamnese bij (crisis)opnames en aanspreekpunt voor familie of cliëntvertegenwoordigers. Daarnaast is ook het aantal psychodiagnostisch zorgverleners en psychologen uitgebreid. Tweewekelijks worden gedragsspreekuren georganiseerd met een deel van het zorgteam, de agogisch zorgverleners, psycholoog en arts.

Inzet hbo-verpleegkundigen Gerontologie en Geriatrie

De organisatie heeft ingezet op deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen en verzorgenden. Er is nauwe samenwerking tussen de hbo-VGG en de psycholoog. De hbo-VGG ondersteunt verplegend en verzorgend personeel in het omgaan met probleemgedrag bij dementie. Ze vertalen het omgangsadvies van de psycholoog naar de dagelijkse praktijk; 'coaching on the job'. Er is meer aandacht voor de sociale anamnese en het karakter van de cliënt bij de analyse van het probleemgedrag. Ook ondersteunen ze bij het methodisch observeren en rapporteren over probleemgedrag van cliënten met dementie.

Extra dienst in loopcircuit

In de loop van de middag en begin van de avond is een extra kracht aanwezig in het loop-circuit. Deze zorgverlener speelt in op wensen en behoeften en begeleidt ze onder meer in het nemen van rustmomenten. Hierdoor neemt de loopdrang en agitatie af. En als gevolg daarvan, ook het aantal valincidenten en ongewenste confrontaties tussen cliënten.

3. Regionale samenwerking en samenwerking met ggz moet beter

Het maatschappelijke doel is dat de juiste zorg voor mensen met dementie beschikbaar is, ongeacht waar de cliënt woont.

Dit vraagt om gespecialiseerde voorzieningen op regionaal niveau met passende deskundigheid.



Daarnaast moeten er regionaal mogelijkheden voor kortdurend verblijf zijn.

Bij de onderzochte casussen was de tijdige inzet van externe deskundigen vanuit de ggz, een ouderenpsychiater, GZ-psycholoog of sociaal verpleeg-

kundige problematisch. Ook bleek de inzet van het CCE in de onderzochte situaties niet op tijd mogelijk. Een tijdelijke opname op een passende afdeling in de ggz voor het instellen op medicatie is een knelpunt. Sector overstijgend samenwerken van zorgaanbieders van verpleeghuiszorg en regionale ggz-instellingen is niet vanzelfsprekend. Ook ontbreekt het aan alternatieve opnamemogelijkheden in de regio.

Verbeteringen uit de praktijk

- Bestuurders met visie, daadkracht en de wil om samen te werken.
- Regionale en landelijke netwerkvorming.
- Zet speciale afdelingen op met een prikkelarme inrichting met gespecialiseerde teams van zorgverleners en behandelaren voor kortdurende opname ter observatie.
- Initieer bestuurlijke samenwerking tussen verpleeghuizen en ggz-instellingen in de regio. Hierdoor worden consultatie en tijdelijke opname in de ggz makkelijker gemaakt.
- Ontwikkel een gezamenlijke afdeling van ggz en verpleeghuiszorg voor kortdurende opname ter observatie.
- Zet SPV'ers uit ggz-instellingen in voor scholing van zorgverleners in de verpleeghuiszorg. Zo leren zorgverleners elkaar kennen en dit verlaagt de drempel voor samenwerking.
- Ontwikkel een gezamenlijk formulier⁴ met specifieke afspraken over de behandeling van probleemgedrag bij dementie met medicijnen.
- Zet in de eerste lijn een deskundigenteam in voor analyse en behandeladvies.
- Het heeft een groot positief effect als bovenstaande ontwikkelingen worden ondersteund door zorgkantoren en verzekeraars.

Voorbeelden uit de praktijk

Mobiel geriatrisch team voor zorg thuis

De inzet van een mobiel geriatrisch team dat bestaat uit een SO, GZ-psycholoog en casemanager dementie op verzoek van de huisarts. Het team bezoekt cliënten thuis en biedt ondersteuning voor de huisarts, mantelzorgers en andere betrokkenen. Doel is dat cliënten zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen: in een veilige omgeving, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Het MDO vindt plaats bij de huisarts, het mobiel geriatrisch team sluit hierbij aan. Het multidisciplinair behandelplan omvat alle factoren die bijdragen aan de oplossing van het probleem van cliënt. Vrijwel alle interventies kunnen ook thuis worden ingezet. De methodiek 'Samen verder na de diagnose dementie' (Trimbos) wordt ingezet.

Regionale aanpak dementie en psychiatrie

In de regio is de samenwerking tussen meerdere V&V-instellingen en de ggz gerealiseerd. Het resultaat is een interventieafdeling voor tijdelijke opname. Dat is een prikkelarme, veilige omgeving met een gespecialiseerd multidisciplinair behandelteam. Gericht op diagnostiek en de inzet van passende interventies. Deze interventieafdeling is er voor mensen met (vermoeden van) dementie én ernstige gedragsproblemen, risicovol gedrag (agressie, suicidaliteit, verslaving, zorgmijding) of (aanwijzingen voor) (neuro) psychiatrische stoornissen. Ook wordt samengewerkt in gespecialiseerd advies, consultatie, training en ondersteuning

voor zorgteams in de verpleeghuizen en naasten. Cliënten die terugkeren of doorstromen naar woon- of zorgplekken worden bijgestaan.

Integraal regionaal expertisecentrum

Een regionale netwerkorganisatie van V&V en ggz samen, geeft zorg op maat voor ouderen met probleemgedrag bij dementie. Gemengde behandelteams bieden integrale zorg aan kwetsbare ouderen op de juiste tijd en plaats. Ambulant of via een kleinschalige kortdurende opname. Behandelteams bestaan uit een ouderenpsychiater (regiebehandelaar), klinisch geriater (op consultatieve basis), SO, psychologen, psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT), sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV), casemanager dementie (CMD) en verplegend en verzorgend personeel (VVT en ggz). Naar behoefte kunnen paramedici, muziektherapeuten, geestelijk verzorgers, creatief therapeuten en wijkverpleegkundigen ingezet worden. Bij een tijdige inzet worden crises voorkomen.

Opname in gespecialiseerde woonomgeving

Een tijdelijke, kleinschalige en gespecialiseerde woonomgeving met multidisciplinaire behandeling en specifieke begeleiding. Hier komen mensen als behandeling op de huidige afdeling onvoldoende resultaat of gevaar oplevert, of een verstoord leefklimaat teweegbrengt. Ook mensen met een RM of IBS wonen hier tijdelijk. Het verloop van opname kent een vaste structuur waarin ruimte is voor gedragspreekuren, mantelzorggesprekken en omgangs-overleg. De kamers in de woonomgeving hebben een rustige basisinrichting met natuurlijke kleuren. Ook zijn er een comfortkamer en een familiekamer. Het team had een kick-off met gezamenlijke scholing en legt de focus op leren door te doen. Bij de start waren er minder bewoners, zodat de zorgverleners in eigen tempo konden werken.

Wat ziet en verwacht de inspectie?

Mensen met dementie wonen langer thuis en worden pas in een vergevorderde fase van dementie opgenomen in een zorginstelling voor verpleeghuiszorg, vaak met meer comorbiditeit⁵, waardoor intensievere zorg nodig is. Het aanpassen aan de nieuwe woonsituatie verloopt vaker moeizamer. Ook worden cliënten vaker opgenomen vanwege een onhoudbare thussituatie. Hierdoor neemt het aantal crisisopnames toe en is voor cliënten vaker een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM) nodig. In kleinschalige woonsituaties is continu toezicht op cliënten met zeer ernstig probleemgedrag moeilijker vanwege de lage bezettingsgraad. Het risico op confrontaties tussen cliënten onderling neemt toe, omdat cliënten met probleemgedrag dicht bij elkaar verblijven. Ondertussen is er een hoog verloop van zorgverleners en behandelaren bij zorgaanbieders, waardoor behoud van kennis en ervaring moeilijk is.

⁴ Een formulier is een bondige samenvatting van adviezen over medicijngebruik bij een ziekte of indicatie, waarover tussen zorgverleners overeenstemming bestaat.

⁵ Comorbiditeit is het voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij een persoon.

Om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen bij deze ontwikkelingen, ziet de inspectie de volgende opdrachten:

- 1** Beroepsverenigingen Verenso en NIP moeten zorgen voor verdere implementatie van de richtlijn '[Probleemgedrag bij mensen met dementie](#)'. Dit vraagt om intensieve samenwerking van SO's en psychologen met bestuurders en zorgverleners.
- 2** Bestuurders van aanbieders voor verpleeghuiszorg moeten zorg dragen voor structurele investeringen in de kwaliteit van verpleeghuiszorg voor cliënten met zeer ernstig probleemgedrag bij dementie en hun zorgverleners.
- 3** Aanbieders van verpleeghuiszorg en ggz-instellingen moeten (regionaal) goede, deskundige zorg en behandeling organiseren voor mensen met (zeer) ernstig probleemgedrag bij dementie.
- 4** Zorgkantoren en verzekeraars moeten regionale initiatieven van aanbieders van verpleeghuiszorg en ggz-instellingen ondersteunen voor de ontwikkeling van een veilig en deskundig zorgaanbod voor cliënten met probleemgedrag bij dementie.
- 5** De handreiking van Verenso over intermitterende en continue sedatie bij ernstig probleemgedrag als refractair symptoom bij dementie in combinatie met ernstig lijden van de cliënt moet worden ontwikkeld, gepubliceerd en geïmplementeerd. Daarbij is afstemming met de herziene versie van de KNMG/IKNL-richtlijn '[Palliatieve sedatie](#)' (2009) belangrijk.
- 6** MBO/HBO-opleidingen voor zorgverleners moeten meer aandacht besteden aan dementie en het omgaan met probleemgedrag bij dementie.

Vervolg door inspectie

Het doel van het onderzoek van de inspectie was om het probleem nader te onderzoeken en door te geven aan relevante partijen. De inspectie heeft vooruitgang gezien bij de toezichtbezoeken en bij gesprekken met vertegenwoordigers uit het veld. De georganiseerde bijeenkomst heeft bijgedragen aan het delen van kennis en de start van nieuwe ontwikkelingen.

Deze publicatie dient als afronding van de extra aandacht voor dit thema. Dit neemt niet weg dat het onderdeel blijft van het toezicht. Als er aanleiding voor is, zal de inspectie het onderzoek een vervolg geven. De inspectie volgt ontwikkelingen die samenhangen met dit thema met aandacht.