

Vergaderjaar 2016–2017

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 98

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 11 januari 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 december 2016 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2016 met de reactie op het verzoek van het lid Otwin van Dijk, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 31 mei 2016, over het bericht dat ziekenhuizen medische missers verzwijgen (Kamerstuk 31 016, nr. 95);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 oktober 2016 met de evaluatie van het Samenwerkingsprotocol tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Openbaar Ministerie (OM) (Kamerstuk 32 647, nr. 64);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 januari 2016 met de reactie op het verzoek van het lid De Lange, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 17 december 2015, over het bericht dat de IGZ misstanden verzwijgt (Kamerstuk 33 149, nr. 42);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2016 met de tussenrapportage over vaststellingsovereenkomsten in de zorg (Kamerstuk 33 149, nr. 46);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2016 over de medical data recorder in de operatiekamer (Kamerstuk 31 016, nr. 97).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Bouwmeester
Griffier: Post

Aanwezig zijn vier leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Klever en De Lange,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.04 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen allemaal bij dit algemeen overleg over medische missers. Ik heet de Minister en haar ambtenaren, de leden van de Tweede Kamer, de mensen op de publieke tribune en de mensen thuis welkom. Wij beginnen met de eerste termijn van de Kamer, waarin de Kamerleden 4,5 minuut spreektijd hebben en maximaal twee keer mogen interrumperen. Ik meld ten slotte dat mevrouw Leijten van de SP en mevrouw Dijkstra van D66 ziek zijn. Het woord is aan de heer De Lange van de VVD.

De heer De Lange (VVD):

Voorzitter. Ik begin natuurlijk met mijn collega's beterschap te wensen. «Ik heb de erkenning gekregen dat er een fout is gemaakt. Toen kon ik het pas afsluiten. Ik snap overigens dat er fouten gemaakt kunnen worden, ook in een ziekenhuis. Iedereen maakt fouten. Dat doe je niet expres. Hoe je daar vervolgens mee omgaat, is een tweede. Als je zo'n fout maakt, moet je wel de grootsheid hebben om naar een gedupeerde toe te gaan en daar transparant over te zijn.» Dit zijn de woorden van Marc de Hond, een slachtoffer van een medische fout.

De VVD is de partij die altijd opkomt voor de belangen van het slachtoffer en ik juich het dan ook toe wat er in de afgelopen jaren is gedaan: de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg), het Landelijk Meldpunt Zorg, het verbieden van zwijgcontracten en het systeem van Veilig Incident Melden (VIM). Laten we nu gaan voortbouwen op deze positieve beweging en verdere slagen maken ten gunste van het slachtoffer.

De gevolgen van een medisch incident of een medische calamiteit zijn vergelijkbaar met de gevolgen van een verkeers- of geweldsincident. Ik ben er dan ook groot voorstander van dat een professionele vorm van slachtofferhulp beschikbaar is wanneer er sprake is van een medisch incident of calamiteit, want zorg is mensenwerk en fouten zullen, helaas, altijd gemaakt blijven worden. Is de Minister van mening dat slachtoffers en nabestaanden van medische incidenten en calamiteiten recht hebben op een professionele vorm van slachtofferhulp? Is de Minister bereid om met een organisatie als het Fonds Slachtofferhulp te bekijken hoe de positie van het slachtoffer kan worden versterkt?

Sinds 2015 bestaat het project OPEN van het Fonds Slachtofferhulp. Met dit project, waar op dit moment 50 ziekenhuizen aan verbonden zijn, wordt gekeken wat slachtoffers verder kan helpen en wat de rol van de zorgverlener hierbij is. Is de Minister bereid om naar de uitkomsten van deze aanpak te kijken en waar nodig belemmeringen op te heffen om dit werking te laten hebben voor de zorg aan slachtoffers in heel Nederland? Dit is nadrukkelijk geen vraag om publiek geld. Het fonds wordt namelijk gefinancierd met private middelen.

Het lijkt er soms op dat mensen, wanneer iets niet goed is gegaan en ze willen weten wat er aan de hand is, veel moeite moeten doen om hun actuele medische dossier veilig te stellen. In deze kwetsbare situatie, waar het gaat om het vertrouwen dat alle relevante informatie in het dossier staat, moet het slachtoffer er toch op kunnen rekenen dat het beschikbaar is? Is de Minister dit met mij eens? De Wkkgz is hierover overigens helder. Op welke wijze kan in de praktijk worden bevorderd dat het ook daadwer-

kelijk gebeurt? Zijn er termijnen voor het leveren van informatie afgesproken en hoe ziet de inspectie hierop toe?

Calamiteiten moeten altijd worden gemeld, zelfs bij twijfel. Maar het blijkt dat er, ondanks alle goede dingen die de afgelopen jaren zijn gestart, nog steeds sprake is van ondermelding. Is hiervoor een verklaring te geven? Op welke wijze is dit voor de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) een onderwerp van gesprek in de periodieke gesprekken met de zorginstellingen? Het melden zorgt ervoor dat anderen er ook van kunnen leren en draagt er zo dus aan bij de goede gezondheidszorg stap voor stap beter te maken.

Van incidentenpolitiek wordt de zorg niet beter. Er gaat heel veel goed en al die professionals die dag en nacht voor ons klaarstaan, verdienen dan ook onze steun. Ik ben van mening dat er een blijvende cultuuromslag nodig is, waarbij openheid en transparantie centraal staan, want een veilige cultuur is noodzakelijk voor het veilig melden van incidenten en calamiteiten. De VVD is dan ook van mening dat er moet worden gekeken naar andere sectoren, zoals bijvoorbeeld de luchtvaart. Daar kennen ze de vertrouwensfunctionaris, aan wie gemaakte fouten kunnen worden gemeld, zonder dat dit direct strafrechtelijke consequenties heeft. Wat kan de gezondheidszorg volgens de Minister, naast het inzetten van de zwarte doos, van de luchtvaart leren en hoe kijkt zij aan tegen het instellen van een vertrouwensfunctionaris?

Ik ga afsluiten. Slachtofferzorg is naast mensen gaan staan. Dat kan door één aanspreekpunt in te stellen voor slachtoffers en familie, slachtoffers en familie goed te informeren over de mogelijkheden en rechten die ze hebben en ervoor te zorgen dat de zorginstellingen open zijn over medische incidenten en calamiteiten, zodat ook het traject van verwerking voor het slachtoffer en de familie kan worden gestart. Daarom sluit ik af met de woorden van Marc de Hond, met wie ik ook begon: «De dialoog aangaan en het erkennen van de fout zouden mij hebben geholpen, want het is veel moeilijker om boos te zijn op iemand die meteen uitleg geeft en zijn excuses aanbiedt.»

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Zorg is mensenwerk en dat betekent dat fouten gemaakt kunnen worden. In een goed werkende organisatie wordt geleerd van die fouten zodat de kans op herhaling minimaal is. En als er ernstige fouten gemaakt worden met schade en soms ook met het overlijden tot gevolg, is openheid van zaken van belang voor de patiënt en de familie. Het bericht van RTL van afgelopen jaar dat maar liefst 60% van de ernstige calamiteiten met overlijden in Nederlandse ziekenhuizen niet zouden worden gemeld, baart het CDA zorgen. Het percentage klopt waarschijnlijk niet en het lijkt er inmiddels op dat er steeds meer calamiteiten worden gemeld, maar dat neemt niet weg dat er nog wel degelijk sprake is van ondermelding.

De emotionele impact van een incident op de artsen zelf is ook groot. Artsen maken namelijk niet bewust fouten. Artsen geven gelukkig zelf ook aan openheid in de communicatie bij medische missers belangrijk te vinden. Ze missen echter nog wel structurele ondersteuning, zo blijkt uit onderzoek van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). Bijvoorbeeld input van collega's over de manier waarop je op een goede manier je excuses kunt aanbieden, is wenselijk. Mijn vraag aan de Minister is hoe deze ondersteuning aan artsen en verpleegkundigen kan worden verbeterd en bevorderd. Kan de Minister hierbij ondersteuning bieden?

We hebben het hier al meerdere keren gehad over zwijgcontracten. Het gebruik van zwijgcontracten is een uitwas in de zorg, want het wordt gebruikt om calamiteiten onder het tapijt te vegen. Dat kan en mag niet! Mensen mogen nooit en te nimmer gedwongen worden om te zwijgen over onverantwoorde kwaliteit van zorg. De eerste tussenrapportage van

de inspectie van juni laat zien dat er 46 meldingen waren gedaan, waarbij er in zes gevallen overeenkomsten zijn gesloten die echt ongewenste afspraken bevatten. Dat zijn dus echte zwijgcontracten. De Minister schreef toen dat de inspectie nog steeds nieuwe meldingen binnenkreeg. Hoeveel zijn het er nu in totaal?

Om te bepalen of iets een zwijgcontract is, heeft de inspectie vijf criteria geformuleerd. De inspectie kan echter op twee van die criteria niet handhaven. Dan gaat het om de afspraken in het zwijgcontract dat er niet gesproken mag worden met familie en vrienden en dat het slachtoffer niet met de media mag spreken. Het CDA wil dat de inspectie hierop ook kan handhaven. Welke mogelijkheden ziet de Minister hiervoor?

Incidenten moeten uiteraard zo mogelijk worden voorkomen. Als een zorgverlener strafrechtelijk veroordeeld is voor een ernstig zeden- of levensdelict in de privésfeer, hoort dat door het Openbaar Ministerie aan de inspectie te worden gemeld, want voorkomen moet worden dat er in de zorg mensen werken die daar niet thuishoren. Daarvoor is nu een samenwerkingsprotocol tussen het Openbaar Ministerie en de inspectie opgesteld. Het is echter, zo blijkt uit de brief van de Minister, afhankelijk van de alertheid van de zaakofficier van het Openbaar Ministerie of het daadwerkelijk aan de inspectie wordt gemeld, omdat het beroep van de veroordeelde niet wordt vastgelegd. Die afhankelijkheid van de individuele zaakofficier vindt het CDA echt onvoldoende.

Het CDA zou graag zien dat er een sluitend systeem komt. Is het daarom niet beter om het protocol aan te scherpen, zodat er al bij de beslissing tot vervolging wordt gemeld bij de inspectie? Ik vraag dat, omdat vaak aan het begin van de zaak nog wel duidelijk is wat voor beroep iemand heeft. Aan het einde van de zaak zit er vaak een andere officier op en daardoor zijn dat soort gegevens bij die officier minder goed bekend. Als de inspectie er eerder bij wordt betrokken, dus in de fase dat het Openbaar Ministerie de zaak nog wel scherp heeft, kan het beter en sluitender worden georganiseerd.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. Medische missers zijn niet altijd te voorkomen, maar je kunt er wel van leren. Dat begint met te erkennen dat er iets fout is gegaan. Door erover te zwijgen vergroot je de kans op herhaling, vindt er geen verbetering plaats en lopen patiënten dus opnieuw gevaar. Daarom moet openheid bij medische missers de standaard worden en geheimhouding worden uitgebannen.

Drie jaar geleden opperde de PVV-fractie om het gebruik van videocamera's in de operatiekamer te bevorderen. Twee jaar geleden stelden we voor om een zwarte doos in de operatiekamer te installeren. Ik ben daarom blij, ook al heeft het even geduurd, dat dit jaar het AMC een zwarte doos in gebruik heeft genomen, compleet met audio- en video-opnamen. Mijn complimenten aan het personeel van het AMC. Dat is de manier om je eigen handelen onder de loep te nemen, om te leren, om te verbeteren en om een veiliger omgeving voor de patiënt te creëren! Uit verschillende onderzoeken blijkt dat tussen de 84% en 94% van de ondervraagden het een heel goed idee vindt. De Minister houdt ons intussen al twee jaar aan het lijntje met onderzoeken en pilots met betrekking tot de zwarte doos. In 2014 beloofde de Minister al de voors en tegens op een rijtje te zetten. Na aandringen kregen we gisteren dan eindelijk een brief over de stand van zaken maar voortvarend is die allerm minst, eerder teleurstellend. Uit de brief blijkt dat er tot nu toe één bijeenkomst is geweest over de inzet van de zwarte doos en nog wel op 1 december, dus pas twee weken geleden. Dat wekt toch de indruk dat er nog gauw even wat geregeld moest worden. De uitkomst van deze eerste bijeenkomst is dat er een tweede bijeenkomst nodig is, omdat er vragen zijn over het gebruik van de data. Heeft patiëntveiligheid dan geen urgentie bij de Minister? Hoe moeilijk kan het zijn? We hebben immers de

luchtvaart als voorbeeld; het werd al door mijn collega van de VVD genoemd.

De heer **De Lange** (VVD):

Mevrouw Klever, u vliegt de reactie op de brief nogal procedureel aan door u te richten op het feit dat er bijeenkomsten worden georganiseerd. Ik vond zelf iets anders in de brief veel schokkender, namelijk dat een deel van de medische wereld grote twijfels heeft of er wel een zwarte doos in de operatiekamer geplaatst zou moeten worden omdat dat nogal een inbreuk zou betekenen op de privacy tijdens hun werk. Wat vindt u daarvan?

Mevrouw **Klever** (PVV):

Dat is precies het punt waarom ik vind dat de Minister het voortouw moet nemen.

Die zwarte doos is wat ons betreft bedoeld om te leren van fouten. Ik snap natuurlijk heel goed dat mensen die in een operatiekamer werken, bang zijn dat die zwarte doos ook gebruikt kan worden om hen juridisch te vervolgen als er iets is misgegaan. Dat lijkt mij niet de bedoeling te zijn van de zwarte doos, want net als in de luchtvaart moet het worden beperkt tot leren van je fouten. Daar is natuurlijk wel actie van de Minister voor vereist. Zij zal immers de juridische kaders moeten schetsen waarbinnen men met die zwarte doos kan werken. Ik hoop dat de VVD dat met mij eens is?

De heer **De Lange** (VVD):

Leren van de luchtvaart is heel goed. Daar kwam ook mijn opmerking uit voort. U legt de bal wel heel nadrukkelijk bij de Minister, want ik vind dat de bal bij de medische wereld ligt. Die zal zelf moeten nadenken over de vraag hoe ze het beste kan omgaan met deze middelen en technieken. Vandaar ook mijn expliciete vraag wat u er eigenlijk van vindt dat er nog flink wat weerstand is. Als je openheid wilt, moet je wel de mensen mee krijgen, want zij zullen er iets mee moeten doen. Dat bent u toch zeker met mij eens?

Mevrouw **Klever** (PVV):

Dat ben ik met u eens, maar het blijkt ook dat de mensen die ermee werken, er erg tevreden over zijn. De vrees is natuurlijk dat de zwarte doos tegen mensen kan worden gebruikt. Dat lijkt mij een terechte vrees, ook al is het echt de bedoeling van die zwarte doos om te leren van fouten en ervoor te zorgen dat je het de volgende keer beter doet. Daarom moeten er kaders worden geschetst die ervoor zorgen dat het louter en alleen daarvoor en dus niet voor juridische procedures kan worden gebruikt. Voorzitter. Ik neem de luchtvaart dus als voorbeeld. Ook daar is de zwarte doos niet bedoeld als een middel voor naming-and-shaming, maar als een leertraject. Het is bedoeld om te leren van fouten en om procedures te verbeteren, zodat er duizend mensen per jaar minder overlijden als gevolg van medische missers. Max Verstappen kijkt ook zijn races terug om er beter van te worden. Dus waarom zou dat in een operatiekamer niet kunnen? Dit zou toch prioriteit voor de Minister moeten hebben. Neem de regie! Neem de belemmeringen weg en rol het uit over alle ziekenhuizen. Waar we wel naming-and-shaming moeten toepassen is bij het verzwijgen of achterhouden van fouten. Alle medische missers moeten worden gemeld bij de inspectie, ook bij twijfel. De inspectie kan vanaf dit jaar direct een boete opleggen bij niet-melden of het achterhouden van informatie. Hoe vaak is dat dit jaar al gebeurd? Geldt het ook met terugwerkende kracht, bijvoorbeeld voor het Máxima Medisch Centrum, waar, zoals nu blijkt, een grote medische fout uit 2013 niet werd gemeld bij de inspectie? Een ander voorbeeld is het UMC Utrecht dat al jaren medische missers in de doofpot stopt. Zijn daar al boetes uitgedeeld?

De Minister schrijft over de ondermelding van calamiteiten dat zij de aandacht van de media voor medische missers waardeert. Als de media een verzwegen incident melden, is het dan niet logisch dat de inspectie daarnaar extra diepgaand onderzoek doet? Ik refereer aan de casus van baby Luna, die kort na haar geboorte is overleden. Onafhankelijke gynaecologen bevestigden tegenover RTL Nieuws dat er fouten zijn gemaakt. De inspectie doet vervolgens echter niets. Kan de Minister dit toelichten? Waarom wordt er bij niet melden of te laat melden, waarvan hier duidelijk sprake was, geen onafhankelijk onderzoek gestart? We moeten af van het zogenaamde eigen interne onderzoek. Slagers laten we ook hun eigen vlees niet keuren. Ik pleit ervoor dat er altijd een onafhankelijk onderzoek wordt gestart bij het niet of niet tijdig melden van medische missers. Daarbij dienen de slachtoffers of de nabestaanden een kopie van het onderzoek te krijgen. Zij hebben immers het recht om te weten hoe en wat er fout is gegaan. Kan de Minister hiervoor zorgen? Tot slot. Naast openheid verdienen slachtoffers van medische missers ook erkenning, begeleiding en excuses, oftewel een nazorgplan. De Minister wijst in de beantwoording op mijn Kamervragen naar het initiatief openinzorg.nl. Dat is een mooi project, maar het lijkt toch vooral de zorgaanbieders en de instellingen te faciliteren bij medische missers. Er wordt namelijk vooral gewerkt aan een stappenplan, een symposium en een onderzoek. Ik mis nog steeds de zorg voor de slachtoffers zelf. Kan er voor hen ook een website met een stappenplan voor nazorg komen?

Voorzitter: De Lange

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Er wordt in de zorg heel hard gewerkt door mensen met heel veel compassie. Daar waar wij 's nachts liggen te slapen, zijn deze mensen voor ons aan het werk. En er gaat heel erg veel goed! Tegelijkertijd gaan er ook dingen mis omdat zorg mensenwerk is; mijn collega's merkten het al terecht op. Wij hebben tegenwoordig een inspectie die naast mensen gaat staan om te kijken wat er in hun beleving goed gaat en wat er beter kan. En toch gaat dit debat over een hele reeks voorbeelden van waar het niet goed is gegaan: het verzwijgen van medische missers; zwijgcontracten; het ondermelden bij de IGZ; het onbegrip dat het OM niet altijd overgaat tot vervolging als er aantoonbaar sprake is van nalatig handelen; verzekeringen voor dokters die na een fout meteen zeggen «niet zeggen dat je schuldig bent, nooit schuld bekennen» omdat zij een financieel belang hebben. Het gevolg is dat dokters bang zijn en dat patiënten zich niet gehoord voelen.

Wij hebben hier veel debatten gevoerd over allerlei casussen, niet altijd op feiten gebaseerd, en dat draagt niet bij aan het vertrouwen in de sector. Een ander probleem is de werkdruk. Daar waar je heel veel werkdruk hebt – verplegenden en verzorgenden klagen daarover – worden sneller fouten gemaakt en waar weinig gelegenheid is tot reflectie, is er weinig kans op verbetering.

Wat is er nodig? Het is nodig dat er een veilige en open cultuur en een leercultuur worden gecreëerd, zoals de IGZ het noemt: een just culture. Dat wil zeggen: leren, voorkomen en herstel van vertrouwen. Ik zeg er wel bij dat we ook moeten komen tot herstel van verbinding. Als er iets fout gaat, is het belangrijk dat een dokter dat erkent. Er is een ongewenste uitkomst, dan gaan we niet de klachtenafhandeling en allerlei procedures in. Ik denk dan aan het goedbedoelde voorstel van de VVD om er weer een organisatie aan toe te voegen. Wat we dan moeten doen, is teruggaan, de-escaleren en ervoor zorgen dat het in de spreekkamer terugkomt: fouten erkennen, fouten herstellen, sorry zeggen en aangeven wat je ervan leert. Dat is waar alle slachtoffers van een medische misser om vragen.

Er ontstaat nu ook een beetje een semantische discussie over de vraag of iets een fout, een complicatie, een calamiteit of een incident is. De IGZ heeft daar een mooie folder over gemaakt. Die is echt belangrijk. Tegelijkertijd vraag ik me ook af of de praktijk daar wel door verandert. Is het probleem dat mensen oprecht niet weten of het een calamiteit is of een incident? Of heeft het te maken met een cultuur die niet open is? Daarom vraag ik de Minister of er een grondige analyse kan worden gemaakt van de redenen voor ondermelding in het geval dat heel veel mensen eigenlijk wel weten dat het echt een ernstige calamiteit was. Waarom worden er zwijgcontracten opgelegd? Waarom worden die geschreven? Waarom hebben verzekeraars de houding «nooit open zijn over je fouten»? Als we die analyse hebben, weten we waar het probleem zit en kunnen we komen tot een sluitende oplossing. Los van de analyse die nodig is, wil ik de Minister een aantal suggesties doen. De eerste is dat het echt belangrijk is dat het goede gesprek weer de norm wordt. Waar er wordt geluisterd naar de patiënt, worden fouten voorkomen. Daar waar samen wordt besproken welke zorg bij iemand past en wat de gewenste uitkomst is, is ook ruimte om met elkaar te spreken als de uitkomst niet de gewenste is. Eerlijke en volledige informatie vanuit de vraag van de patiënt moet centraal staan. En als er om welke reden dan ook onvrede is, stuur dan aan op de-escalatie: geen juridische procedure, geen nieuwe instanties, maar terug naar de spreekkamer voor de ondersteuning voor de patiënt én voor de zorgverlener, die mogelijk iets heeft gedaan met een ongewenste uitkomst, of hij daar nu wel of niet schuldig aan is. Het gaat erom dat niemand die fouten wenst en dat je daarom eerst moet bekijken hoe je het samen kunt oplossen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Het CDA ondersteunt natuurlijk een lerende cultuur, een cultuur waarin je in een omgeving die daarvoor openstaat, probeert te leren van fouten. Inderdaad kan de werkdruk een heel negatieve invloed hebben op de vraag of je wel of niet goed omgaat met een calamiteit. Mijn vraag ziet op een iets ander punt. Mevrouw Bouwmeester kaart terecht aan dat onlangs de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in werking is getreden. Daardoor is er nu ook een onafhankelijke klachtenfunctionaris, maar hoe gaat die bijdragen aan de cultuurverandering die mevrouw Bouwmeester wil?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat is een heel terechte vraag. Wij zouden graag zien dat een klachtenfunctionaris maximaal is gericht op het herstellen van de verbinding. Als er een klacht is, gaat die naar de afdeling klachtenafdeling en op die afdeling weer naar de klachtenafhandelingsfunctionaris. Die klacht gaat door een procedure en geldt daarna als afgehandeld. Heel vaak zitten mensen daarna nog steeds met ongemak, verdriet of ontevredenheid. In onze optiek gaat het dan ook niet zozeer om de vraag of die klacht zo goed is afgehandeld als wel om de vraag of de verbinding is hersteld. In sommige gevallen voldoet na een misser, een fout of hoe je het ook maar noemt, dat je sorry zegt en vertelt wat er is gebeurd, wat je gaat doen om herhaling te voorkomen, wat je ervan hebt geleerd en hoe je het met je collega's deelt. Soms zegt een patiënt dan dat het daarmee voor hem klaar is, maar soms is dat niet het geval. Dan kan die patiënt een verder traject in en soms moet dan zelfs de IGZ erbij komen. Alles begint ermee dat de arts het ongenoegen van de patiënt serieus neemt en dat de patiënt begrip heeft voor een zorgverlener die iets met goede bedoelingen heeft gedaan maar niet heeft kunnen voorkomen dat het niet goed uitpakte. Dat heeft te maken met herstel van verbinding en niet alleen met juridiseren en de-escaleren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat betoog kan ik volgen. Uit onderzoek van de KNMG blijkt dat artsen behoefte hebben aan ondersteuning om op een goede manier om te kunnen gaan met calamiteiten en om dergelijke missers te kunnen melden. Ik ga er eigenlijk van uit dat verpleegkundigen zulke ondersteuning ook kunnen gebruiken. Welke investeringen zouden zorgorganisaties kunnen doen om aan die vraag tegemoet te komen? Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester daartegen aan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik ben blij dat u die vraag stelt; die vraag zit ook in mijn lijstje vragen aan de Minister.

Ik vroeg al eerder om een analyse van waarom mensen het moeilijk vinden om met klachten om te gaan. Waarom zijn ze niet open over calamiteiten? Waarom worden er zwijgcontracten opgelegd? Ik ben er echt van overtuigd dat de mensen die een zwijgcontract opstellen of niet open zijn over fouten, niet naar hun werk gaan met het idee: ik ga vandaag eens lekker een patiënt pesten; ik ga het effe allemaal lekker tegenhouden. Dat zijn mensen die met de beste bedoelingen iets hebben gedaan dat verkeerd heeft uitgepakt. We moeten eerst beschikken over een stevige analyse van wat er gebeurt met een verpleegkundige of een dokter op het moment dat er een fout is gemaakt en de verpleegkundige of de dokter zich realiseert dat iemand een licht of een zwaar letsel heeft of misschien zelfs wel overlijdt en dat dat verwijtbaar is. Dat is nogal wat. Dat doet iets met je. Daar kun je blijkbaar niks mee en vervolgens ontstaat er een gesloten en heel ingewikkelde cultuur. Ik wil dat de Minister met die grondige analyse van dokters, zorgverleners, verpleegkundigen en verzorgenden komt en dat we daarna bekijken wat zij nodig hebben en wie wat moet doen. Doen we het anders, dan komt de Kamer met goedbedoelde suggesties die misschien wel helemaal niet aansluiten bij de problemen die mensen in de zorg ervaren en op de achtergrond van waarom er wordt gehandeld als er wordt gehandeld.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U hebt nog een minuut voor het vervolg.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dan maak ik snel mijn lijstje af.

Mijn eerste suggestie was het goede gesprek. De tweede is de vraag hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat er voldoende tijd en ruimte komt voor reflectie. Het is nu heel snel heel veel behandelen, want dat loont financieel in tegenstelling tot reflectie. Hoe kan dat beter? Hoe kan ervoor worden gezorgd dat het loont om calamiteiten, complicaties en incidenten te melden bij de IGZ? Er gebeurt in elke instellingen wel wat en hoe meer een instelling meldt, hoe meer vertrouwen ik in die instelling zou hebben want daaruit blijkt dat het een eerlijke en open instelling is met een lerende cultuur. Hoe kan het dus worden beloofd?

Informatie over fouten willen wij altijd openbaar hebben. Een andere suggestie is de dialoog; daarover heb ik zojuist al iets gezegd in mijn inbreng. Wat wordt er gedaan om goede voorbeelden te verspreiden? Het UMC Utrecht – het is al genoemd – is een heel goed verbetertraject ingegaan en daarvan kunnen andere ziekenhuizen leren. Hoe wordt dat goede voorbeeld verspreid? Het pilotsysteem is al eerder aan de orde geweest. Daarin worden fouten en hun oplossingen beschreven en vervolgens wordt het verspreid onder alle dokters. In hoeverre kan dit systeem met zijn lerende effect in de zorg worden overgenomen? Welke actie wordt er genomen tegen de verzekeraars van artsen die zeggen «niets zeggen, je mond houden, nooit schuld bekennen, want ik ben de verzekeraar en anders moet je betalen»? Tot slot wijs ik erop dat niet alleen mensen fouten maken, maar fouten soms ook worden

veroorzaakt door de interactie tussen mens en apparaat. Het is heel erg belangrijk dat er bij wordt gehouden wanneer medische apparatuur stuk is, wat je daarvan kunt leren en hoe je daar vervolgens mee om moet gaan. Het is al eerder aan de orde geweest en ik zou graag horen wat de stand van zaken is.

Voorzitter. Het gaat nu vooral om alles wat er niet goed gaat, maar meestal gaat het in de zorg wel goed en daar hebben wij veel waardering voor!

Voorzitter: Bouwmeester

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

We gaan nu tien minuten schorsen. Na die schorsing begint de Minister met haar beantwoording.

De vergadering wordt van 10.31 uur tot 10.39 uur geschorst.

Minister Schippers:

Voorzitter. Allereerst moet mij van het hart dat ik niet onverdeeld gelukkig ben met de titel van het AO: Verzwijgen Medische Missers. Helaas gaan er dingen mis in de zorg, soms met vreselijke gevolgen. Daarom is het ook van belang dat elke calamiteit wordt aangegrepen om gedegen onderzoek te doen om de oorzaken te vinden, zodat de kans op herhaling zo klein mogelijk wordt. Om te kunnen leren van een incident of calamiteit moet daarover open kunnen worden gesproken met de betrokken patiënt en/of de familie, alsmede met de betrokken zorgverleners. Dat vraagt een veilige en rechtvaardige cultuur van leren en verbeteren. Alle leden hebben het daarover gehad. Openheid is daarbij een voorwaarde. De titel «Verzwijgen Medische Missers» doet wat mij betreft geen recht aan de dagelijkse inzet van vele zorgprofessionals voor het welzijn van patiënten, noch aan de complexiteit die dikwijls ten grondslag ligt aan de oorzaak van een onvoorziene en ongewenste uitkomst van zorg. Het doet evenmin recht aan de fase waarin we momenteel zitten.

Professionals gaan niet naar hun werk om fouten te maken, maar helaas gebeurt dat soms wel. Daarbij is het altijd de vraag of er iets fout is gegaan of iets fout is gedaan. Dat zijn twee verschillende dingen. Als de kwaliteit of de veiligheid van zorg echt niet in orde zijn, moet de inspectie dat openbaar maken. Media doen hetzelfde. Daarvoor heb ik waardering. Het afgelopen jaar heeft laten zien dat de media soms onmisbaar zijn om een gebrek aan openheid bij zorgverleners aan het licht te brengen. Dit alles kan echter tot het eenzijdige en onevenwichtige beeld leiden dat het met de zorg in Nederland slecht gesteld is. Dat klopt niet. Als de nadruk eenzijdig ligt op het aanwijzen van schuldigen, kan dat als effect hebben dat het zorgveld in het defensief schiet als het gaat om het melden van calamiteiten, dus ofwel niet meer meldt ofwel alles meldt. Beide moeten we voorkomen. Melden moet nooit gebeuren uit angst. Ook mag het om die reden niet worden nagelaten. Het veilig melden van een incident, waardoor het lerend vermogen wordt vergroot, betekent dat ziekenhuizen toe moeten naar een professionele meldcultuur. Natuurlijk komen we steeds punten tegen waarop het beter kan en ook echt beter moet. Dat blijft de opgave voor iedereen die in de zorg werkt. Als de kwaliteit al heel goed is, is het een nog grotere opgave om dat zo te houden.

Dit alles gezegd hebbende: zwijgen over calamiteiten in de zorg is niet goed te praten. Dat er in de zorg fouten worden gemaakt is niet te vermijden, maar het is wel zaak dat zorgverleners dit erkennen aan de patiënt, dat er wordt meegedacht met de patiënt om het leed eventueel te verzachten en dat ervan wordt geleerd om herhaling te voorkomen. In het afgelopen voorjaar berichtte RTL dat 60% van de calamiteiten in Nederlandse ziekenhuizen met overlijden als gevolg niet wordt gemeld. In mijn brief hierover, die ik de Kamer in juni stuurde, heb ik uiteengezet

waarom dit percentage niet klopt. Dat neemt niet weg dat er helaas nog steeds sprake is van calamiteiten die niet worden gemeld bij de inspectie. Ik vind dat we dat moeten aanpakken. Casuïstiek uit het afgelopen jaar toont aan dat niet in alle ziekenhuizen dan wel niet op alle afdelingen in ziekenhuizen sprake is van een open en lerende werkomgeving. In die gevallen heeft de inspectie niet gearzeld om op te treden. Het is natuurlijk lastig om te bepalen hoeveel calamiteiten er niet worden gemeld, want we weten niet wat we niet weten. Wel is er duidelijk sprake van een stijgende lijn. Uit cijfers van de inspectie blijkt dat meer en meer calamiteiten worden gemeld, een trend die enkele jaren geleden al is begonnen maar die dit jaar een nog sterkere vlucht heeft genomen. Meer meldingen betekent niet dat de zorg minder veilig is geworden. Integendeel, ziekenhuizen leren calamiteiten beter herkennen, waardoor het aantal meldingen stijgt. Doordat ze meer melden, onderzoeken ze meer en wordt de kans kleiner dat de ongewenste situatie nog een keer voorkomt.

Ik heb de afgelopen jaren een aantal zaken in gang gezet om de openheid in de sector bij calamiteiten te verbeteren en om het niet melden van calamiteiten verder te reduceren. Samen met het veld is veel bereikt op het terrein van veilig melden met de introductie van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in ziekenhuizen in 2008. Door meldingen en analyse van incidenten en fouten zijn de kwaliteit en de veiligheid van de zorg sindsdien verbeterd. Met de Wkkgz wordt dit verder geborgd, doordat zorgaanbieders een interne werkwijze moeten hebben die regelt dat medewerkers onzorgvuldigheden en incidenten in de zorgverlening veilig kunnen melden. Sinds 2013 heeft de inspectie zorgaanbieders opgedragen om de patiënt of diens familie te betrekken bij een onderzoek naar een calamiteit. Inmiddels is dit in veruit het merendeel van de casussen het geval. Ook ziet de inspectie erop toe dat de betrokken cliënt dan wel diens vertegenwoordiger of diens nabestaande conform de Wkkgz wordt geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek door de zorgaanbieder.

Afgelopen week stuurde ik de Kamer de brochure Calamiteiten melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die de inspectie heeft opgesteld na consultatie van veldpartijen in dialoogsessies. In de brochure worden vragen beantwoord als «wat is precies een calamiteit?», «wanneer en hoe moet ik melden?» en «wat kan ik van de inspectie verwachten?». Ook de komende periode zal de inspectie in gesprek blijven met patiënten, zorgbestuurders en zorgverleners over openheid en rechtvaardigheid, om te komen tot duidelijke afspraken. Zelf zal ik begin volgend jaar zo'n dialoogsessie bijwonen. Ik heb met veel artsen gesproken, die zeggen dat er veel dilemma's zijn en dat het vaak heel complex is. Daarom heeft de inspectie het afgelopen jaar die dialoogsessies ook gehouden. Die helpen enorm, ook in het traject naar openheid. Ik hecht dus zeer aan de voortzetting van deze dialoogsessies. Als je met elkaar in gesprek bent, kan een arts de inspectie voorleggen waarmee hij wordt geconfronteerd en de inspectie om haar mening daarover vragen. Ik ga niet naar zo'n dialoogsessie om te praten, maar om te luisteren en om erachter te komen waarmee artsen en verpleegkundigen worstelen in de praktijk en hoe een gesprek waarin dit wordt opgelost, tot stand komt. Ik hecht daar dus zeer aan en denk dat dit ongelooflijk belangrijk is. We kunnen stukken schrijven tot we een ons wegen, maar uiteindelijk gaat het over het daadwerkelijke handelen en over het wijzigen van de cultuur.

Daarnaast is de wijziging van de Gezondheidswet inmiddels aangenomen door de Eerste Kamer. Ik ben daar ontzettend blij mee. Laten we eerlijk zijn: het is niet goed hoe de dingen zijn gegaan ten aanzien van RTL en de Wob-procedure. RTL heeft veel te lang moeten wachten. Dat is echt niet goed gedaan. De inspectie heeft al een eerste aanzet gedaan met de pilot op geaggregeerd niveau. Als er straks automatisch openbaarheid is bij de

inspectie en de NVWA, gaat dat veel schelen. Ik ben dus heel blij dat de wet is aangenomen. Ik denk dat het een grote stap vooruit is, ook in de openheid.

Vooruitlopend op de inwerkingtreding heeft de inspectie dus pilotgewijs informatie openbaar gemaakt over calamiteitenmeldingen op een geaggregeerd niveau. Het gaat daarbij om informatie over behandelde calamiteiten, informatie over de betrokkenheid van patiënten, informatie over de zorg van hulpverleners, de aantallen ingezette tuchtzaken en de aantallen uitgedeelde boetes. Dat wordt periodiek herhaald. We zijn in dialoog met de ziekenhuizen om hen te stimuleren hieraan een actieve bijdrage te leveren. Een ziekenhuis kan ook zelf publiceren wat er in het ziekenhuis is gedaan. Ik heb de resultaten van de pilots recent aan de Kamer toegestuurd. Er wordt een aantal positieve ontwikkelingen in onderstreept, namelijk dat de patiënten nu al in ruim 80% van de gevallen bij de behandeling van een calamiteit zijn betrokken. Een paar jaar geleden was dat 10%, dus daar zie je dat de cultuur wijzigt. In de eerste helft van 2016 rapporteerden de Nederlandse ziekenhuizen 752 calamiteiten aan de inspectie. Op grond daarvan verwacht de inspectie in totaal 1.500 meldingen te ontvangen. Dat is een verdrievoudiging sinds 2009. Ik verwacht dat het nieuwe openbaarmakingsbeleid die ontwikkeling verder zal versterken. Daarnaast wordt met de openbaarmaking van inspectiegegevens beoogd om handelingsperspectief te bieden aan patiënten en cliënten om naleving te verhogen van zorgaanbieders. Openbaarmaking en openheid zijn twee kanten van dezelfde medaille. Openheid is een voorwaarde om te kunnen leren en verbeteren. Openbaarmaking is dat ook, maar is ook nodig om verantwoording af te leggen. Dat is meteen een antwoord op de vraag van mevrouw Bouwmeester hoe we van elkaar kunnen leren. Doordat de calamiteiten straks automatisch openbaar worden gemaakt, blijft het geen intern dingetje van het ziekenhuis. Het kan namelijk best zijn dat er ook een risico is dat de calamiteit plaatsvindt bij andere ziekenhuizen. Door de openbaarmaking ontstaat er openheid over allerlei calamiteiten, zodat ziekenhuizen bij elkaar kunnen meekijken wat er gebeurd is en hoe dat is opgelost en kunnen bekijken of dat ook bij hen gebeurt. Het lerend vermogen gaat hier dus een grote vlucht nemen. Dat is enorm belangrijk, omdat het dan niet al gebeurd hoeft te zijn om maatregelen te kunnen nemen.

De voorzitter:

Als woordvoerder namens de PvdA-fractie wil ik hierop interrumpen. Dit is heel goed. Dit is precies het antwoord dat ik wilde horen. Ik vraag me wel af of dit op structurele wijze gebeurt of dat een ziekenhuis in dat geval iets schrijft op zijn website. Hoe structureler je het bijhoudt, hoe makkelijker mensen het kunnen naslaan. Wie heeft daarin een coördinerende rol? De zorg is namelijk zo groot.

Minister Schippers:

Dat wordt structureel bij de inspectie ontsloten. Uiteindelijk ontstaat er dus een heel goede databank van risico's die ziekenhuizen bij elkaar zullen herkennen. Voordat het bij jouw ziekenhuis een calamiteit wordt, kun je al hebben geleerd van een calamiteit in een ander ziekenhuis. Er ontstaat dus een heel andere cultuur, maar ook een heel ander lerend vermogen. Ik kom toe aan het beantwoorden van de vragen, voorzitter, maar die liggen redelijk door elkaar. Dat spijt me, maar ik heb niet echt blokjes gekregen.

De voorzitter:

Ik denk dat de Kamer dat kan hebben.

Minister Schippers:

We gaan het gewoon proberen, voorzitter.

De inspectie heeft gezegd: bij twijfel melden. Er ontstaat dan een cultuur waarin je eerder meldt dan niet meldt. Tijdens het onderzoek van de aanbieder kan vervolgens blijken of het echt een calamiteit was. De zorgaanbieder heeft zes weken de tijd om dat na te gaan. Het is dus heel belangrijk dat mensen melden als ze erover twifelen. Er volgt dan een periode van onderzoek. Als het een calamiteit was, moet de zorgaanbieder dat binnen drie werkdagen melden. Deze termijnen volstaan, zoals blijkt uit de praktijk.

Ik kom bij het voorstel over slachtofferhulp van de VVD-fractie. Met de Wkkgz hebben we een enorme stap gezet. Zorgaanbieders zijn volgens de wet verplicht om patiënten na een incident goed te begeleiden en daarbij open te zijn over de oorzaak van het incident. De inspectie ziet daarop toe. Dat is een prioriteit in haar toezicht, juist vanwege de nieuwe wet. Ik onderken het belang van de verantwoordelijkheid die zorgaanbieders daarin hebben, alsmede het belang dat daarnaar wordt gehandeld. OPEN in de zorg is een mooi voorbeeld van een initiatief vanuit het zorgveld, dat stimuleert dat zorgaanbieders na incidenten meer openheid betrachten richting patiënten en hieruit lering trekken. Er is heel veel in beweging. Mede door de wetgeving die we hebben en de debatten die we hier voeren – dat noemen ze weleens management by speech; de signalen uit de politiek waren heel helder – is er nu een klachtenfunctionaris. Zoals mevrouw Bouwmeester het zo mooi zei, is herstel van verbinding de taak van die klachtenfunctionaris. Hoe kun je dit verder brengen? Een sluitstuk kan zijn dat een slachtoffer die deze verbinding heeft gevonden, wel nog zit met de gevolgen van de medische misser. Hij mist bijvoorbeeld een been of een functie en vraagt zich af hoe hij zijn leven daarmee weer kan oppakken. Een organisatie als Slachtofferhulp Nederland zou daarin een rol kunnen spelen. Ik ben bereid om de uitkomsten van de initiatieven en projecten van OPEN in de zorg te bekijken. Ik bekijk daarbij welke rol kan worden gespeeld in dat allerlaatste sluitstuk, de situatie waarin het gesprek met het ziekenhuis al is afgerond maar waarin de betrokkene zich afvraagt hoe hij zijn leven weer kan oppakken. Gekeken moet worden of zich daar barrières voordoen. Daarbij gaat het inderdaad niet om geld, maar wel om de vindbaarheid. Hoe bereiken we hierin een automatisme? Ik ben dus bereid om daarnaar te kijken en de Kamer over de gesprekken hierover te berichten.

De CDA-fractie vroeg hoeveel meldingen van zwijgcontracten de inspectie heeft binnengekregen. Op 29 juni 2016 heeft de inspectie een tussenrapportage gepubliceerd. Op dat moment had de inspectie in totaal 46 meldingen gekregen. Daar zijn nog vier meldingen bijgekomen. In totaal zijn het er dus 50 geworden. In zes gevallen zijn een of meer ongewenste afspraken in de vaststellingsovereenkomst geconstateerd. De inspectie doet hiernaar onderzoek en zal zo nodig handhaven.

Heeft de inspectie een boete opgelegd voor het te laat melden van calamiteiten? Kan dat ook met terugwerkende kracht? Dit waren vragen van de PVV-fractie. In de sector ziekenhuizen waren er in 2013 6 waarschuwingen, in 2014 19 en in 2015 9. In 2015 was er één boetebeschikking. Boetebesluiten op individueel ziekenhuisniveau worden door de inspectie niet openbaar gemaakt. De PVV vroeg ook naar het UMCU. Dat onderzoek loopt nog. Ik verwacht in maart 2017 het rapport van het UMCU.

Ik kom te spreken over de luchtvaart. Toen ik zelf Kamerlid was – dat was vanaf 2003 – was er een heel traject gestart voor de zorg, met als insteek of de zorg kon leren van andere sectoren. Een van die sectoren was de luchtvaart. Er bleken toch wat parallellen te trekken. Toen zijn daar al een aantal dingen van overgenomen, maar ik moest er even aan denken toen een aantal leden de luchtvaart ter sprake bracht. Ik had een déjà vu, omdat we het er eerder over hebben gehad. Toen het over de zwarte doos ging, zei de PVV-fractie, even vertaald in mijn eigen woorden, dat ze de Minister een beetje laks vond. Ik ben dat niet met haar eens, want je ziet dat

openheid een proces is. Je wilt de sector meekrijgen in dat proces. Je wilt ook dat mensen zelf het nut ervan inzien. Langzaam maar zeker wordt dat nut steeds meer gezien en wordt er steeds een stap verder gezet. Die zwarte doos is ook een proces waarin we samen op zoek gaan naar wat nodig is en naar wat beter kan. Ik ben ook heel blij dat de zwarte doos is geïntroduceerd. Natuurlijk speelt bij verpleegkundigen en artsen op een operatiekamer de vraag wat er vervolgens gebeurt met die informatie. We hebben een veilig incidentenmeldingssysteem. In het VIM (Veilig Incidenten Melden) is afgesproken dat de inspectie niet kijkt naar wat er veilig wordt gemeld, want bij veilig melden staat het leren voorop. De inspectie heeft gezegd dit alleen in uitzonderlijke gevallen te doen. Dat gaatje heeft zij erin gehouden, maar in de praktijk heeft zij dat nog nooit gedaan. Zo uitzonderlijk is het dus. Zo is het ook met de zwarte doos. De zwarte doos kan veilig worden ingezet bij een operatie. Alleen in een uitzonderlijke situatie, zo uitzonderlijk dat het in het VIM nog nooit is gedaan, zal de zwarte doos worden behandeld. Dus ja, het kan gewoon veilig worden toegepast. En ja, ik heb enorm veel waardering voor de ok's waarop ze dat nu gaan doen, want dat is in het belang van het traject voor veilig leren van de professional zelf. Men kan dat met een gerust hart doen, want de inspectie behandelt dit op hetzelfde niveau als het veilig melden van incidenten.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Dat «in uitzonderlijke gevallen» is nu juist het probleem. Ik krijg dat ook te horen vanuit de zorg. Mensen zijn toch bang dat de gegevens van de zwarte doos door justitie zullen worden gebruikt. Als er een kleine opening is waarbinnen dat kan, zijn mensen bang om de zwarte doos te gebruiken. Dat snap ik ook wel. We willen de zwarte doos niet om hen te vervolgen, maar om te leren van fouten. Daar zit wel een probleem. Hoe ziet de Minister dat?

Minister **Schippers**:

Ik zie dat anders, want in de zorg houden we bij dit soort regelingen altijd een gaatje open voor heel uitzonderlijke omstandigheden. De inspectie heeft van ons een wettelijk instrumentarium gekregen voor als er een rechtszaak komt en de rechter het toestaat. In uitzonderlijke gevallen wordt dat niet helemaal uitgesloten, maar het is dus nog nooit gebeurd. Dit is bedoeld voor situaties waarin iemand denkt dat er een misdrijf of anderszins is gepleegd. Dat moeten we altijd openlaten. Juist daarom is dit debat zo belangrijk. Het is sowieso belangrijk om het signaal af te geven dat dit hetzelfde wordt behandeld als het VIM. Ook daar hebben die uitzonderlijke gevallen zich nog nooit voorgedaan, dus we behandelen de zwarte doos net zo. Ik zeg de Kamer toe dat wij dit actief zullen communiceren aan het veld. De zwarte doos kan heel goed worden ingezet. In uitzonderlijke gevallen kan een rechter in Nederland altijd bepalen dat het anders moet, maar dat is in normale zorgsituaties natuurlijk niet aan de orde.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Ik dank de Minister voor de toezegging dat zij actief aan het veld zal communiceren dat die zwarte doos met een gerust hart kan worden ingezet. Ik heb nog een vraag aan de Minister. In de luchtvaart wordt de zwarte doos helemaal niet gebruikt door justitie. Die heel kleine opening zou er nog steeds voor kunnen zorgen dat chirurgen en anderen in operatiekamers toch terughoudend zijn in het gebruik van de zwarte doos. Heeft de Minister al eens met de luchtvaart gesproken over dat probleem?

Minister **Schippers**:

Ik sluit niet uit dat daar ook een gaatje in zit, maar dat zou ik zo niet weten. Ik weet wel dat men bij onderzoek altijd heel blij is als de zwarte doos

wordt gevonden. Bij ons wordt de zwarte doos in principe niet gebruikt, maar in een heel uitzonderlijk geval kan een rechter anders beslissen. Ik vind dat wij dat moeten respecteren. Ik wil daar ook zeker niets aan af doen. Ik dank mevrouw Klever wel voor haar vraag, omdat die voor mij de trigger is om actief te communiceren aan mensen dat ze de zwarte doos gewoon als instrument kunnen gebruiken. Als ze alles met goede intenties doen, hoeven ze er helemaal niet bang voor te zijn. Dat is een belangrijk signaal, dat wij nu ook actief zullen afgeven. De Kamer trok de vergelijking met een sportman, maar ik kan me voorstellen dat er heel veel vergelijkingen mogelijk zijn met situaties waarin we allemaal weleens terugkijken op iets wat we doen als daar een mogelijkheid toe is en we daarvan willen leren. Het is een prachtig leerinstrument voor een ok.

Wat doen wij aan ondermelden? Wat doet de inspectie daaraan? Is er een verklaring voor ondermelden? De cijfers van meldingen tonen aan dat ziekenhuizen calamiteiten steeds beter herkennen. We zien een sterk stijgende lijn.

Mevrouw Bouwmeester vroeg of er een goede analyse moest worden gemaakt van zwijgcontracten als onderdeel van calamiteiten en hoe daarmee wordt omgegaan. Hiernaar zijn verschillende onderzoeken gedaan. Ik weet dat de KNMG een onderzoek heeft gedaan naar een aantal punten waarover mevrouw Bouwmeester sprak. Het lijkt mij verstandig om te bekijken wat er eigenlijk is onderzocht met welke motivering. Dat zouden we dan samen met de beroepsgroepen moeten doen, dus met de verpleegkundigen, de KNMG en de medisch specialisten. We kunnen dan bekijken of er witte vlekken zijn. We moeten geen dingen doen die al zijn gedaan, maar we moeten bezien of er witte vlekken zijn en of we daaraan nog een bijdrage kunnen leveren. Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat als er verklaringen zijn die wij niet kennen, wij op het verkeerde punt drukken. Ik zeg de Kamer dus toe dat wij rond de tafel gaan met de beroepsverenigingen om te bekijken of er hiaten zijn en welke hiaten dat dan zijn. We moeten daar even de tijd voor nemen. De kerst komt eraan. Ik denk dat ik hierop in het eerste kwartaal van 2017 kan terugkomen. Het gesprek zal dan plaats hebben gehad. De beroepsgroepen moeten daarna nog bekijken wat er al gedaan is. In het eerste kwartaal kan ik over de eerste resultaten berichten.

De inspectie heeft een heel programma om te voorkomen dat ziekenhuizen calamiteiten niet melden. Het belangrijkste daarvan vind ik persoonlijk de dialoogsessies. Je kunt heel veel papier heen en weer schuiven, maar uiteindelijk kom je in een gesprek net een beetje verder met het achterhalen van verklaringen. Daarom zal ik daar zelf bij gaan zitten. Er zijn allerlei initiatieven in het veld, zoals meldpunten en acties om de meldingsbereidheid te verhogen. De inspectie heeft gezegd als men opzettelijk iets niet meldt terwijl men weet dat het iets is, de inspectie ofwel zal waarschuwen ofwel, als het echt ernstig is, een boete zal opleggen. Er zijn dus allerlei dingen in gang gezet dienaangaande.

De inspectie hanteert vijf criteria voor zwijgcontracten. De inspectie kan op twee niet handhaven, namelijk familie en media. Hoe kan de inspectie daar wel op handhaven? De inspectie zal bij iedere melding die zij binnenkrijgt, de situatie onderzoeken. Wanneer het bestuur van een ziekenhuis de principes van goed bestuur terzijde schuift, zal de inspectie handhaven op basis van het toezichtskader goed bestuur. Wanneer de gang naar de tuchtrechter wordt ontzegd of niet aan de meldplicht wordt voldaan, zal de inspectie ook onverwijld handhaven. Op de overige punten is er gedeeltelijk contractvrijheid en is het gedeeltelijk aan de rechter om te beoordelen of datgene wat is afgesloten, ook daadwerkelijk binnen de wet valt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Volgens mij zit daar precies het hiaat. Op pagina 7 van de vaststellings-overeenkomst in de zorg staat inderdaad dat het volgens de inspectie een

zwijgcontract is als aan een van de vijf criteria wordt voldaan. In de brief van de Minister lees ik het volgende. Als het gaat om het verbieden om met de media te praten of het verbieden om met vrienden en familie over de calamiteit te spreken, kent het bestuursrechtelijk instrumentarium van de inspectie geen mogelijkheden om iets te doen. Dat vind ik vreemd, want je wilt dat dit niet terechtkomt in een zwijgcontract. Je wilt dus ook dat de inspectie dan met een stok kan slaan, om het maar even praktisch uit te drukken. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de inspectie ook een boete kan opleggen of iets anders kan doen met betrekking tot die twee criteria, zodat de zorginstelling het ook voelt?

Minister Schippers:

Ik vind het heel onwenselijk als er afgesproken wordt dat iemand bijvoorbeeld niet met de media mag praten. We hebben een heel helder signaal daarover afgegeven. De rechter kan hiertegen optreden, maar bestuursrechtelijk kunnen wij dat niet. Mevrouw Bruins Slot heeft het goed gezien: bestuursrechtelijk kunnen wij dat niet zelf regelen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dat is het lastige. Als in het contract staat dat een slachtoffer niet over een calamiteit of medische misser mag praten met de media of met familie en vrienden, dan moet die persoon dus naar de rechter toe. Dan maak je iemand twee keer slachtoffer. Eerst is hij slachtoffer van het moeten ondertekenen van een zwijgcontract, waarvan iedereen hier vindt dat het niet kan. Daarna dwing je hem ook nog om naar de rechter te gaan, terwijl je natuurlijk wilt dat de inspectie voor deze mensen kan opkomen en ervoor kan zorgen dat dit op een goede manier gaat. Ik zat zelf te denken dat we misschien een haakje kunnen creëren in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, zodat de inspectie wel kan optreden. Dat zou mijn suggestie zijn. Wil de Minister uitzoeken hoe we de inspectie instrumenten kunnen geven om te handhaven op deze aspecten van zwijgcontracten, zodat mensen niet naar de rechter hoeven om hun gelijk te halen? Ik vind dat echt heel onrechtvaardig.

Minister Schippers:

Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens. We hebben het ook al eerder hierover gehad. De conclusie is dat wij dit niet kunnen regelen. Het moet dus echt via de privaatrechtelijke weg worden geregeld. Ik zal opschrijven waar je dat zou kunnen regelen. Wij kunnen het niet zelf regelen; het moet echt via de lijn van justitie worden geregeld. Het is een recht van mensen om zelf zo'n contract aan te gaan met een zorgaanbieder. Wij kunnen daar niet zomaar in treden. Ik zal doen wat mevrouw Bruins Slot vraagt. Ik zal de Kamer melden waar de belemmeringen zitten, of er überhaupt oplossingen zijn en waar die dan liggen.

De voorzitter:

Er is nog een interruptie van mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ben blij met de toezegging van de Minister. Het gaat mij dan specifiek om het volgende. Je kunt die contracten misschien niet verbieden, maar er mag in het contract niet worden vastgelegd dat iemand niet mag praten met de media of familie en vrienden over een calamiteit. Misschien is er toch ruimte om in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg onder een calamiteitsbepaling te regelen dat je niet mag verbieden dat mensen hierover praten. De Minister doet nu een brede toezegging, maar ik vraag haar om dat element nog eens nader te bestuderen.

Minister Schippers:

Ik denk niet dat we over hetzelfde praten. Je mag wel met familie en vrienden praten over een calamiteit. Sterker nog, die zal openbaar worden. Alle calamiteiten worden openbaar gemaakt. Je mag niet praten over wat je privaatrechtelijk met het ziekenhuis afspreekt. Dat staat dan in het contract. Daar gaat het dan om. Ik vind dat ook ongewenst, maar wij kunnen dat zelf niet oplossen. Het ligt buiten onze mogelijkheden. Dat wil ik voor de Kamer op papier zetten. De calamiteit wordt straks gewoon openbaar. Nu gebeurt dat nog op geaggregeerd niveau, maar op basis van de Gezondheidswet wordt dit gewoon openbaar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De Minister heeft gelijk. Ik zei inderdaad «calamiteit», maar ik doelde natuurlijk op wat aan het incident ten grondslag ligt. Ik ben blij dat de Minister wijst op het belang van zorgvuldige formulering. Ik vind het fijn dat de Minister een nadere analyse wil doen, maar het zou ook fijn zijn als zij met die andere blik hiernaar zou willen kijken. De Minister zegt dat zij echt geen ruimte ziet, maar laat zij dat dan ook nog eens goed opschrijven. Op die manier weten we wat beide afwegingskaders zijn. Daarnaast vraag ik de Minister natuurlijk wanneer zij dit alles aan de Kamer kan doen toekomen.

Minister **Schippers**:

Hier is al naar gekeken. U weet precies hoe ik hierover denk, want dat heb ik al heel vaak gemeld. Ik weet ook wat de belemmeringen zijn. Wij gaan dus wat breder kijken naar andermans terrein; huiselijk gezegd: gewoon bij de burens. Wij zullen dit nog met Veiligheid en Justitie moeten opnemen. Ik probeer dit in het eerste kwartaal af te ronden of de Kamer het in ieder geval dan te laten weten. Ik krijg nu een tip van de voorzitter. Inderdaad, laat ik proberen om de dingen die ik hierover toezeg, in het eerste kwartaal in een verzamelbrief aan de Kamer te melden. Is het niet beter om het protocol aan te scherpen en de inspectie eerder op de hoogte te brengen van onderzoek van het Openbaar Ministerie, namelijk bij de start daarvan? Voor de verstrekking van informatie is het OM gebonden aan de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens. Op grond van deze wet moet het Openbaar Ministerie, voordat het kan overgaan tot het verstrekken van informatie, vaststellen dat deze informatie kan bijdragen aan de taakuitoefening van de inspectie. De inspectie en het OM hebben de principeafspraken gemaakt dat het OM de inspectie informeert over zorgverleners die zijn veroordeeld voor een ernstig zeden- of levensdelict dat is begaan in de privésfeer, en dus niet voor een veroordelend vonnis. Dat wist de Kamer overigens al, want mij werd gevraagd of dit niet anders kon. Maar dit is de afspraak. Die afspraak is op die manier gemaakt, omdat het Openbaar Ministerie, wettelijk gezien, dit blijkbaar niet eerder kan doen. Ik lees dat het wel wenselijk is dat het OM dit doet. Ook de inspectie vindt dit wenselijk. Dit is een onderwerp van gesprek tussen de inspectie en het Openbaar Ministerie.

De **voorzitter**:

Nu nog een kleine interruptie van mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Er moet echt meer gaan gebeuren dan nu. Als dit een onderwerp van gesprek is tussen het Openbaar Ministerie en de inspectie, kan de Kamer dan een terugkoppeling krijgen van wat er uit dat gesprek komt? Er is sinds 2015 maar één keer gemeld. Ik heb daar zo mijn vermoedens bij. Ik hoop niet dat er nu zorgverleners rondlopen die privé zijn veroordeeld voor een zedenmisdrifft omdat wij nog geen sluitend systeem hebben. Kunnen wij dus een terugkoppeling krijgen van dat gesprek?

Minister **Schippers**:

De inspectie is het met u eens; dat ziet u aan de knikkende hoofdinspecteur, die naast mij zit. Daarom is dit ook een onderwerp van gesprek tussen het Openbaar Ministerie en de inspectie. Ik zal in de vervolgbrief de stand van zaken melden. Ik kan de uitkomst daarvan natuurlijk niet geven. Het is ook afhankelijk van of en wanneer die uitkomst er is. Maar dit is dus wel onderwerp van gesprek en ik zal de Kamer in ieder geval de stand van zaken van dat gesprek melden.

Ik kom nu te spreken over een steeds terugkerend onderwerp: de instelling doet zelf onderzoek naar de calamiteit. Dat klopt, maar dat gebeurt wel op basis van uitgangspunten. Ten eerste moet de calamiteit natuurlijk goed worden onderzocht. Ten tweede is het bij calamiteiten echt de inzet dat zorgverleners ervan leren. Het belangrijkste is dat herhaling wordt voorkomen. Verder bewaakt de inspectie dat die calamiteiten goed worden onderzocht. Als de inspectie in het kader van een onderzoek een instelling de opdracht geeft om een calamiteit te onderzoeken, gelden er waarborgen, juist om te voorkomen dat de slager zijn eigen vlees keurt. De inspectie stelt bijvoorbeeld eisen aan de samenstelling van de onderzoekscommissie. Direct bij de calamiteit betrokken zorgverleners mogen zelf nooit het onderzoek doen; zij zijn immers onderwerp van het onderzoek. In bepaalde gevallen kan de inspectie eisen dat de commissie onder leiding van een externe voorzitter komt te staan. Met ingang van 1 oktober 2015 geldt dit standaard bij onderzoek naar calamiteiten met overlijdensgevallen in de ouderen- en gehandicaptenzorg. Daar zijn wij begonnen om standaard een onafhankelijke voorzitter in te schakelen. Dit besluit wordt geëvalueerd en wij zullen begin 2017 te horen krijgen hoe dat besluit in 2015 heeft uitgepakt. De betrokken zorgaanbieder moet zijn onderzoek ook aan de inspectie rapporteren. Het onderzoek wordt pas afgesloten nadat het naar het oordeel van de inspectie volledig en goed is uitgevoerd. Als het onderzoek volgens de inspectie niet goed is gedaan, moet de instelling het verbeteren. De inspectie kan echter ook besluiten om zelf aanvullend onderzoek te doen. Dat heeft zij ook wel gedaan.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Het blijft toch vreemd dat een ziekenhuis zelf onderzoek doet naar zo'n calamiteit. De arts is daar dan misschien niet zelf bij betrokken, maar zijn directe collega's natuurlijk wel. Calamiteiten hoeven ook niet altijd het gevolg te zijn van het handelen van één persoon; ze kunnen ook het gevolg zijn van het handelen van een heel team. Ik wil er dus echt voor pleiten dat bij een niet-gemelde calamiteit, in feite een calamiteit die in de doofpot is gestopt, altijd de inspectie een onderzoek doet. Is de Minister het daarmee eens?

Minister **Schippers**:

Nee, want dit is altijd een dilemma. Bij een calamiteit zijn er namelijk altijd zaken ongelooflijk misgegaan; daarover zijn we het eens. Maar mensen gaan natuurlijk niet 's ochtends naar hun werk met het plan om iets te gaan doen wat ongelooflijk mis zal gaan. Er is ook niet per se iets strafbaars gebeurd, waardoor men eigen rechter zou gaan spelen. Als er iets heel erg mis is gegaan, kan daar een heel team bij betrokken zijn. Het is dan van ontzettend groot belang dat er een grote betrokkenheid is van het ziekenhuis, van de organisatie zelf, om dit soort zaken in de toekomst te voorkomen. We willen namelijk allemaal een betere zorg, ook dat ziekenhuis. We willen dus dat iedereen uiteindelijk van de resultaten zal leren. Soms zit een calamiteit net iets anders in elkaar, waardoor er aanleiding kan zijn om een externe persoon het onderzoek te laten voorzitten. Ook dat gebeurt al. Als er dan iets terugkomt wat de inspectie niet kan geruststellen, kan zij het onderzoek gewoon overdoen. Zelf vind ik het belangrijk om eerst de uitkomsten van de pilot in de gehandicapten- en ouderenzorg in 2017 te bekijken. Het betekent namelijk nogal wat als wij zouden zeggen dat er voor calamiteiten altijd een onafhankelijke

externe voorzitter bij moet zijn. Als er straks alleen al in de curatieve zorg zo'n 1.500 keer wordt gemeld in ziekenhuizen, en de ouderenzorg daar nog bij komt, moeten we in Nederland ook wel zo'n aantal deskundige externen kunnen vinden die dit goed kunnen begeleiden. Ik ben dus benieuwd of er erg grote verschillen worden gevonden tussen gevallen met en zonder onafhankelijke voorzitter. Dat zijn belangrijke gegevens. Daarna kunnen wij met elkaar in gesprek gaan over de vraag of wij vinden dat dit breder moet worden toegepast. Ik kan daar niet op vooruitlopen, maar ik vind het wel belangrijk als wij daar met elkaar goed naar kijken.

De voorzitter:

Nu de tweede interruptie van mevrouw Klever.

Mevrouw Klever (PVV):

Ik ben het wel met de Minister eens dat niet alle calamiteiten extern door de inspectie onderzocht kunnen worden. Mij gaat het echter om de calamiteiten die niet worden gemeld, dus die eigenlijk in de doofpot worden gestopt. Die zouden toch moeten worden onderworpen aan een onafhankelijk onderzoek door de inspectie? Is de Minister het daarmee eens?

Minister Schippers:

Als de inspectie denkt dat een bepaalde calamiteit niet is gemeld en dat dat opzettelijk is gebeurd, kan zij een waarschuwing of boete geven. Ik vind dat zeer terecht. Als de inspectie denkt dat er een soort doofpot aan de hand is, kan zij nu al een onafhankelijke voorzitter voorschrijven. Het is wel altijd mogelijk dat iets niet is gemeld om andere redenen. Uit de dialoog blijken heel veel dilemma's. De inspectie en de sector proberen daaruit te komen. Als men zelf bijvoorbeeld niet iets als een calamiteit erkent of herkent, kan dat passen in de categorie «lerend vermogen». Als bij de inspectie het idee leeft dat er sprake van een doofpot moet zijn, zal zijzelf om een onafhankelijke voorzitter vragen.

De heer De Lange (VVD):

Ik herinner me een discussie in de zomer over een verschrikkelijke situatie waarin sprake was van het overlijden van kinderen. Toen rees de vraag of er bij de begeleiding niet alleen moest worden gekeken naar de onafhankelijkheid van het onderzoek, maar ook naar de bijzondere specialismen en specifieke expertise die zulk onderzoek vraagt. Ik begrijp dat deze evaluatie over de ouderen- en gehandicaptenzorg zal gaan, maar zou de Minister nog specifiek naar dat punt kunnen kijken? Hoe kan bijvoorbeeld worden geborgd dat daarbij bepaalde specialismen aanwezig zijn, om het onderzoek zo goed en compleet mogelijk te kunnen doen?

Minister Schippers:

Dat moet natuurlijk altijd. Het kan niet zo zijn dat een calamiteit wordt onderzocht door mensen die niet kunnen doorgronden wat daarbij is misgegaan. Als het onderzoek intern is, moet die expertise uit het ziekenhuis zelf komen. En als die daar niet aanwezig is, moet het ziekenhuis die expertise van een ander ziekenhuis betrekken. Dat is allemaal evident. Destijds hebben we besloten om die pilots te doen voor ouderen en gehandicapten. Wij gaan die pilots nu dus doen en wij zullen die goed monitoren. Het vergt wel een enorme organisatie om dit voor de hele zorg te doen. Het zou ook ontzettend veel onderzoek vergen, alleen al om die expertise voor de onafhankelijke voorzitters te verkrijgen. Maar als uit het onderzoek echte verschillen blijken, dus als blijkt dat dat allemaal een echte meerwaarde heeft, vind ik dat we serieus moeten kijken naar uitbreiding. Ik weet echter helemaal niet wat er uit dat onderzoek komt, dus het liefst wacht ik dat even af, voordat ik conclusies trek.

Nu de casus-baby Luna, al vind ik «casus» hiervoor echt een rotwoord. De inspectie heeft haar onderzoek daarnaar afgesloten. De familie heeft het rapport aan experts voorgelegd. Zij hadden hier vragen over. Overigens is juist bij dit onderzoek naar baby Luna door het ziekenhuis externe expertise ingeroepen, mede op aandringen van de inspectie. De inspectie heeft in dat geval dus andere expertise voorgeschreven. Het ziekenhuis heeft aangeboden om in gesprek te gaan, teneinde hiervan te kunnen leren. Ik weet niet of de experts hierop zijn ingegaan. Ik vind het altijd lastig om individuele casussen te bespreken, allereerst omdat ik er zelf niet in zit en er, net als u, van een afstand naar kijk. Maar het is evident dat er soms schrijnende dingen aan de hand zijn en dat er vele emoties zijn bij dit soort gebeurtenissen. In dit soort heel emotionele situaties is het werk van de inspectie, die als scheidsrechter moet fungeren, heel moeilijk. Voorzitter, zijn er nog zaken die ik niet heb behandeld?

De voorzitter:

Ik vraag de leden bij dezen om die vragen nu nog even kort te herhalen.

De heer De Lange (VVD):

Bij mij gaat het om mijn vraag over de borging van het principe dat de patiënt kan beschikken over een volledig dossier en of er termijnen zijn verbonden aan de werkwijze van de inspectie die ervoor zorgen dat personen daadwerkelijk over de dossiers kunnen beschikken.

Minister Schippers:

Dat hebben we geregeld in de Wkkgz.

De voorzitter:

Eigenlijk wilde ik eerst de vragen inventariseren.

Minister Schippers:

Sorry, voorzitter.

De heer De Lange (VVD):

Ik onderkende al dat dit in de Wkkgz glashelder staat, maar er zijn signalen dat dit in de praktijk nog niet het geval is. Ik vraag de Minister hoe daarmee moet worden omgegaan.

De voorzitter:

We gaan verder met de inventarisatie.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik gaf in de eerste termijn aan dat artsen zelf openheid in de communicatie bij medische missers en calamiteiten belangrijk vinden, maar dat zij structurele ondersteuning daarbij missen en dat zij die graag zouden krijgen. Dat blijkt ook uit onderzoek van de KNMG. Van mij is de vraag blijven liggen hoe deze ondersteuning kan worden bevorderd en hoe de Minister daarbij een ondersteunende rol kan vervullen.

Mevrouw Klever (PVV):

Ik had dezelfde vraag als de heer De Lange: krijgen slachtoffers of nabestaanden ook het onderzoeksdossier?

De voorzitter:

Van mij zijn er nog drie vragen blijven liggen. De eerste vraag is hoe er meer tijd kan worden gecreëerd voor reflectie; wat is bij gemaakte fouten de rol van werkdruk geweest? Verder vroeg ik op welke manier het kan worden beloond dat mensen bij de IGZ melden; hoe kan men daar iets moois voor terugkrijgen? Tot slot heb ik gevraagd welke stappen er zijn gezet om ervoor te zorgen dat verzekeraars de artsen er niet meer toe

oproepen om nooit schuld te bekennen. Goede gesprekken kunnen namelijk leiden tot het voorkomen van claims.

Minister Schippers:

Voorzitter. Eerst de vragen over de mogelijkheid om te beschikken over het volledige dossier. Een patiënt heeft altijd inzage in zijn eigen dossier. Het elektronisch patiëntendossier is dus van de patiënt; die kan daar altijd in kijken. We hebben in de wet geregeld dat calamiteiten daarin moeten worden opgenomen. Als er signalen zijn dat iets niet goed is, zou ik zeggen: geef die dan vooral door aan de inspectie. Maar we hebben dit niet voor niets in de wet gezet en het allemaal heel precies geregeld. Waarover kan de patiënt beschikken inzake een calamiteit? Over het uiteindelijke calamiteitenrapport. Al een tijd geleden heeft de inspectie een nieuwe lijn ingezet waarbij de familie, de nabestaanden of, als dat kan, de patiënt bij het calamiteitenrapport worden betrokken. Dat is echt een verandering van werkwijze. Vroeger was dit niet evident. Er zijn dus heel veel dingen gebeurd. Ik weet niet of het allemaal goed loopt, maar we hebben dit allemaal wettelijk vastgelegd. De inspectie let hierop en handhaaft het, maar als dingen niet helemaal goed gaan, moeten ze worden gemeld.

Nu de vraag over de openheid van de artsen. Ik begrijp dat een arts in 70% van de zaken steun kan krijgen. Die steun wordt door de eigen beroepsvereniging georganiseerd. Ik heb dit toevallig van de KNMG vernomen, maar ik weet niet of het voor verpleegkundigen of anderen ook het geval is. Ik ga daarom vragen of dit voor de andere beroepsgroepen ook is geregeld. Als dat niet het geval is, zal ik vragen of dat niet zou moeten. Ik weet dus toevallig dat dit bij de KNMG het geval is. Ik zal het voor de rest nog nagaan. Dit zal in de aangekondigde verzamelbrief worden meegenomen.

Mevrouw Bouwmeester had een vraag over de tijd voor reflectie en de werkdruk. Ik denk dat dit een belangrijk thema is. Het is belangrijk en een goede zaak dat er samen wordt beslist en dat voor dat gesprek financiën worden vrijgemaakt. Het mag best weleens worden gezegd dat de sector dat ontzettend goed oppakt. Er is nu bij, met, voor en door medisch specialisten, de patiëntenvereniging en andere partijen een grote campagne gestart, met Bart Chabot als ambassadeur, om het samen beslissen een onderdeel te laten zijn van de richtlijnen voor inschrijving. Ik zie op dit dossier een versnelling en veel andere positieve zaken. Ik had niet verwacht dat het zo hard zou gaan. Ik denk dus echt dat we op dit gebied op de goede weg zijn. Dit is volgens mij enorm belangrijk. Die reflectie zit dus al in zo'n gesprek en in de andere manier van werken. Ook de werkdruk is heel belangrijk. We zien dat er op dat gebied problemen ontstaan in bepaalde onderdelen van de zorg, mede door een gebrek aan personeel. Dat is iets nieuws. We hebben lange tijd debatten gevoerd over de vraag of we niet te veel nieuwe mensen opleidden. Nu zien we ineens de mogelijkheid dat er te weinig mensen zullen zijn, met name verpleegkundigen. De spoedeisende hulp van het Vlietland Ziekenhuis is niet dichtgegaan omdat de verzekeraar niet wilde contracteren, maar wel omdat er onvoldoende verpleegkundigen waren voor de bemensing ervan en omdat er in de regio geen mensen konden worden uitgeleend. Als er een tekort aan mensen is, liggen de fouten volgens mij op de loer. Ik denk dus dat werkdruk een heel belangrijk thema is. Werkdruk staat hoog op de agenda. We moeten er met elkaar voor zorgen dat er voldoende verpleegkundigen worden opgeleid. Ik heb gezien dat we op een aantal onderdelen de voor verpleegkundigen opengestelde plaatsen niet vol hebben kunnen krijgen. Ik heb geregeld dat die plaatsen open blijven staan. In ieder geval voor de nurse practitioners en de physician assistants hadden we 700 plaatsen gereserveerd. Hoewel dat een beetje gevaarlijk is, zeg ik nu uit mijn hoofd dat er meer dan 500 plaatsen zijn ingevuld. Ze zijn dus niet allemaal ingevuld. We hebben plaatsen opgehouden, omdat ik

verwacht dat ze een volgende keer wel zullen worden opgevuld. Dit had ook te maken met stageplaatsen. Je moet daarbij wel oppassen voor een negatieve spiraal, als er wel stageplaatsen worden vergeven, maar er geen mensen worden opgeleid omdat men het te druk heeft. Wij moeten dus naar al dit soort zaken kijken. Ik heb wel begrepen dat er meer aandacht is voor stageplaatsen en dat men ervoor gaat zorgen dat die opleiding er weer komt. Maar goed, de werkdruk is een heel belangrijk thema.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De Minister maakt dit punt terecht, want op dit punt gaat het op dit moment inderdaad niet goed. Overigens voerden we al drie jaar geleden discussies met de Staatssecretaris van VWS over het risico dat er te weinig verpleegkundigen zouden komen. Er vallen twee dingen te constateren. De Minister zegt dat er steeds minder stageplekken zijn voor normale verpleegkundigen in opleiding, dus niet alleen voor de verpleegkundig specialisten en de physician assistants. Maar het knelpunt zit juist in de basisopleiding van verpleegkundigen, want er zijn voor hen te weinig stageplekken. Verder hebben een aantal hbo-instellingen – zo'n vijf, zeg ik nu uit mijn hoofd – op dit moment een maximum ingesteld, omdat ze dit anders niet kunnen faciliteren. Eigenlijk stond dit op mijn lijstje voor een ander debat, maar nu we het hier toch over hebben, vraag ik de Minister of zij zich actief wil laten informeren over de knelpunten bij de stageplekken voor normale verpleegkundigen in opleiding, en over de hbo-instellingen die nu met een maximum gaan werken. Kan het ministerie daar niet wat verder in duiken om dit vlot te trekken?

Minister Schippers:

Daartoe hoeft u me niet op te roepen, want daar zijn we allang mee bezig. Dit is een ontzettend belangrijk onderwerp. We zorgen er eerst voor dat de financiering op orde is en dat er geen knelpunten op dat gebied meer zijn. Dan zorgen we ervoor dat er in ziekenhuizen niet wordt gedacht: het kost me allemaal geld, en als ik ze heb opgeleid, gaan ze nog weg ook. Vervolgens zorgen we ervoor dat we de juiste mensen voor de juiste functies opleiden. Doekle Terpstra speelt in het zorgpact een heel goede rol. En het gaat ook nog om de aantallen. Al die punten hebben onze maximale aandacht. We zitten erbovenop. Ik moet wel zeggen dat dit in golven gaat. In de afgelopen jaren heb ik namelijk verschillende golfbewegingen gezien. Dat noemt men ook wel de «varkenscyclus van het opleiden», en die valt hier gewoon te constateren. We hebben extra geld uitgetrokken om verpleegkundigen in het ziekenhuis een tweede stap te kunnen laten zetten naar een zwaardere opleiding. Maar dit is een heel belangrijk onderwerp. Wij houden ons momenteel echt bezig met deze arbeidsmarkt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Er zit nog een ander aspect aan vast, namelijk het feit dat veel verpleegkundigen na een aantal jaren werken hun beroep verlaten, omdat de combinatie van werk en privé zwaar is of vanwege de hoge werkdruk. Er is dus niet alleen heel veel aandacht nodig voor het begin van het traject; we moeten er ook voor zorgen dat we de verpleegkundigen binnenhouden. Een hoge werkdruk kan een reden voor mensen zijn om weg te gaan uit het vak van verpleegkundige. Hetzelfde geldt voor de vele regels.

De voorzitter:

Ik ga u nu even onderbreken. U en uw collega's willen van alles vragen over werken in de zorg, maar het debat van vandaag gaat over een ander onderwerp. Het is dus niet zo erg netjes jegens uw collega's als u nu allerlei punten gaat maken die zij niet willen of kunnen maken. Dit graag heel kort dus.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik snap dat u dit zegt, voorzitter, maar u stelde hier zelf ook een vraag over. Ik vraag de Minister daarom toch nog maar even om een reactie hierop.

Minister **Schippers**:

Ik ben de vraag nu helemaal kwijt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Die ging over het begin van de opleiding, maar ook over het feit dat verpleegkundigen de zorg vaak verlaten.

Minister **Schippers**:

Dit is echt een onderwerp dat binnen de zorg al wordt besproken. Er blijken een heleboel aspecten aan te zitten. Het heeft allemaal te maken met inroosteren, met de omgang van werkgevers met hun werknemers, en met ontzettend veel andere zaken. Ik denk dat ik mevrouw Bruins Slot kan geruststellen: dit gespreksonderwerp zal in de komende tijd helaas vaker aan de orde komen. Het is voor ons altijd al een aandachtspunt geweest. We zijn heel actief bezig met het zorgpact. We hebben plekken opengelaten. We hebben extra geld vrijgemaakt voor de scholing van verpleegkundigen naar een hoger niveau. Dit aspect zal dus zeker in andere debatten aan de orde komen, waarbij we zeker verder informatie zullen uitwisselen.

Een andere vraag ging over de beloning die melden oplevert. De beloning voor een goed ziekenhuis is dat het zijn patiënten goed helpt. Dat is waarvoor een ziekenhuis op aarde is. Dát vind ik dus de beloning: een open en transparant ziekenhuis zijn met een goede reputatie, waar patiënten graag naartoe gaan en waar men leert van fouten. Ik denk dat dit in een ziekenhuis een onderdeel moet zijn van goed bestuur, van goed functioneren en van een goede cultuur.

De verzekeraars hebben zich aangesloten bij de richtlijn. Daarin staan handvatten voor zorgverleners en zorgaanbieders voor een zo constructief mogelijk contact met de desbetreffende patiënt en diens familie. De verzekeraars hebben zich aan die richtlijn geconformeerd. Zo moet het ook zijn, want uiteindelijk is het aan de verzekeraar om schade te vergoeden, ook al heeft niemand er iets aan kunnen doen. Een verzekeraar is er niet om de communicatie, de verbinding of het herstel te belemmeren.

De **voorzitter**:

Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik constateer dat er behoefte is aan een tweede termijn. Ik acht de leden gedisciplineerd genoeg om nu geen aantal minuten spreektijd te hoeven afspreken.

De heer **De Lange** (VVD):

Ik bedank de Minister en haar ondersteuning voor de antwoorden. Ik deel de opvatting van de Minister ten zeerste dat de titel van dit AO niet gelukkig is. Misschien kunnen we het de volgende keer een «algemeen overleg Openheid in de zorg» noemen.

De VVD is blij met de toezegging van de Minister om de positie van de slachtoffers verder te versterken en dat zij de Kamer daarover nader zal rapporteren. Ook is het een goede zaak dat de openheidsagenda verder wordt vormgegeven. Ik denk dat de automatische melding van alle calamiteitenrapporten vanwege de wetgeving die de Kamer heeft aangenomen een heel mooie stap in die richting kan zijn. Dit vraagt wel om een nieuwe vorm van communicatie, zeker ook vanuit de zorginstellingen zelf. De Minister gaf terecht nadrukkelijk aan dat het daarbij moet gaan om een dialoog en dat die bovendien verder moet worden versterkt. Een punt van aandacht daarbij is dat in de wet staat dat de dossiers altijd

op orde moeten zijn, en zeker de calamiteitenmeldingen in de dossiers. Het zou heel goed zijn als we in de gaten bleven houden dat dit in alle gevallen goed gaat, zodat de betrokkenen over de dossiers kunnen blijven beschikken. Wat mij betreft dus zijn we dus ready for take-off om de openheid in de zorg stappen verder te brengen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar diverse toezeggingen en antwoorden. Het is erg fijn dat zij met de diverse beroepsgroepen gaat bezien hoe er goede ondersteuning kan komen bij de melding van calamiteiten. Verder is het goed dat de Minister nog eens duidelijk aangaf dat zwijgcontracten niet zijn toegestaan, dat de inspectie moet kunnen handhaven en dat deze zaken moet kunnen regelen als er sprake is van gaten. Dat laatste vind ik erg prettig. De Minister zei ook iets over een sluitend systeem rond zorgverleners die voor een zedenmisdrijf in privé-tijd zijn veroordeeld. Als CDA'er vind ik dat dezen niet meer in de zorg zouden mogen werken. De Minister zei dat we er echt voor moeten zorgen dat dergelijke informatie echt voorkomt in de communicatie tussen het Openbaar Ministerie en de inspectie. Ik vind het goed dat daarover verdere gesprekken plaatsvinden, maar soms wil ik gewoon praktisch zijn. Als blijkt dat de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens daarbij dwarszit, zou ik zeggen: zo'n wet kan worden aangepast. Ik vraag de Minister daarom om ervoor te zorgen dat het Openbaar Ministerie en de inspectie met elkaar gaan praten om te proberen tot verbeteringen te komen. Daarnaast vraag ik haar om te analyseren waar het knelpunt in die Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens zit en of er op dit punt wellicht uitzonderingen kunnen worden gemaakt.

De voorzitter:

Ik bedank de Minister voor haar constructieve antwoorden. Zelf heb ik ook nog wat vragen. Allereerst wil ik haar een compliment maken voor de stappen die in de afgelopen 4,5 jaar zijn gezet. Als we nagaan hoe het destijds zat met de IGZ en het veld, kunnen we gewoon constateren dat er reuzenstappen zijn gezet. Politici gaat het natuurlijk nooit snel genoeg, maar nu zijn er duurzame stappen gezet en dat is heel veel waard. Ik wil ook een heel groot compliment maken aan het veld en aan de inspectie. Nu de vragen. Mijn eerste vraag gaat over de ongewenste uitkomsten van een behandeling; daarvan kan soms immers sprake zijn. In zo'n geval moet er herstel van vertrouwen komen. Ik heb de Minister de mooie toezegging horen doen dat er een analyse komt van de verschillende beroepsgroepen waar dit wellicht niet goed gaat en van de redenen daarvoor. Ik vraag de Minister of bij die analyse ook het volgende kan worden betrokken. Los van de beroepsgroepen leveren de patiëntenverenigingen, de Patiëntenfederatie en andere clubs ook input. Ik denk dat die een meerwaarde kan hebben.

Mijn tweede punt sluit hierop aan. De IGZ is bezig met ongelooflijk waardevolle dialoogsessies over wat er misgaat, hoe er dan wordt gehandeld en waarom, en wat er speelt bij alle verschillende partijen. Daarbij mis ik de betrokkenheid van patiënten. Ik wil daarom vragen of het mogelijk is om dialoogsessies te organiseren met zowel de zorgaanbieders als de patiënten, waarbij de IGZ aanwezig is. Ik denk dat het voor een zorgverlener een heel belangrijke spiegel oplevert als hij kan zien wat het voor een patiënt betekent als er iets misgaat. Ik denk dat een zorgverlener echt te goeder trouw is, maar het draagt wel bij aan de kwaliteitsverbetering als een patiënt zegt wat een bepaalde uitspraak met hem of haar doet. Ik denk dus dat het heel waardevol is als er wordt gekeken naar manieren waarop patiënten kunnen worden betrokken bij die dialoogsessies, maar dan wel op een verstandige manier. Iemand die net iets verschrikkelijks heeft meegemaakt, moet namelijk niet worden neergezet in een algemene sessie met dokters. Ik neem aan dat de Minister dat ook

begrijpt. Zo wordt de driehoek hersteld en krijg je begrip over en weer. Ook patiënten krijgen zo begrip voor wat het met een zorgverlener doet als er ongewenst iets misgaat.

Minister Schippers:

Voorzitter. Ik ben het eens met de heer De Lange van de VVD dat er aandacht nodig blijft voor de volledigheid van de dossiers. De inspectie doet daar soms zelfs thematisch onderzoek naar. Vandaar ook dat het zo belangrijk is dat de inspectie in de dossiers kan kijken, want alleen zo kan zij zien of die volledig zijn.

Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de mogelijkheid om de wet aan te passen. Daar krijg je niet altijd de handen voor op elkaar, want er spelen altijd verschillende belangen bij zo'n wet. Ik heb haar al wel toegezegd dat we zullen bekijken wat Justitie er mogelijk op tegen heeft om het te doen. Justitie moet dat aangeven, want ik zie nu zelf geen tegenargument. Ik begrijp met andere woorden haar vraag. We hebben overigens al geregeld dat een arts niet meer kan werken in de zorg als hij of zij veroordeeld is voor een zwaarwegend zedendelict of voor een aantal andere zaken die we hebben gedefinieerd. De inspectie ziet daar ook op toe. Ik vind het zelf ontzettend belangrijk dat we die stap inmiddels hebben kunnen zetten, want een paar jaar geleden was dat nog ondenkbaar. Ik ben blij dat we onze collega's bij Veiligheid en Justitie hiervan hebben weten te overtuigen. Dat was in mijn ogen echt belangrijk!

Ik zal bij de door mevrouw Bruins Slot gevraagde analyse zeker de patiëntenvereniging betrekken, want die heeft vast ook al wat liggen. Dat is heel belangrijk. Bij de dialoogsessies is niet alleen de medische staf aanwezig maar ook de koepels, waaronder de NPCF. Verder zijn ook de bestuurder van zo'n zorginstelling, de cliëntenraad en de verpleegkundigen aanwezig. We hebben juist alle groepen erbij betrokken om ervoor te zorgen dat we de input en de geluiden van iedereen te horen krijgen. Ik ben nog niet aanwezig geweest bij zo'n sessie, maar daar komt binnenkort dus verandering in. Dat iedereen daarbij aanwezig is, is heel belangrijk omdat al die verschillende invalshoeken nodig zijn om het plaatje compleet te maken. Alleen dan weten we waar we het over hebben.

De voorzitter:

Ik bedank de Minister voor haar beantwoording. Ik bedank verder haar ambtenaren en de leden van de Kamer. Ik bedank zeker de griffier, want het was haar eerste algemeen overleg bij deze commissie! Veel dank. Ik bedank ten slotte de mensen op de tribune en de mensen thuis.

Ik wilde de vergadering al sluiten, maar dat kan natuurlijk pas nadat ik voor het verslag de toezeggingen heb opgelezen.

Ik heb een heel mooie lijst gekregen:

- De Minister is bereid te kijken naar alle initiatieven die ontplooid worden ten aanzien van openheid in de zorg/herstel van verbinding/slachtofferhulp etc. en de Kamer daarover te informeren.
- Ten aanzien van ondermelding is de Minister bereid samen met de beroepsvereniging te kijken waar er hiaten/witte vlekken zijn en zij zal de kamer hierover in het eerste kwartaal te informeren.
- De Minister zal ten aanzien van «zwijgcontracten» een overzicht geven van de relevante regelgeving en waar de belemmeringen zitten.
- De Minister zal in een voortgangsbrief een stand van zaken geven van het gesprek van de inspectie met het OM. Hierbij zal ook worden ingegaan op de specifieke vraag van het lid Bruins Slot ten aanzien van het aan de «voorkant van het onderzoek» verstrekken van informatie van het Openbaar Ministerie aan de inspectie in het geval van een zedendelict.

- Ten aanzien van openheid in de beroepsgroep zelf zal de Minister nagaan in hoeverre dit binnen de beroepsverenigingen is georganiseerd.

Sluiting 11.45 uur.