

Vergaderjaar 2012–2013

33 497

Initiatiefnota van de leden Anne Mulder en Michiel van Veen over patiëntveiligheid

Nr. 10

VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Vastgesteld 25 juni 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 17 juni 2013 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de initiatiefnota van de leden Anne Mulder en Van Veen over patiëntveiligheid (Kamerstuk 33 497)**.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Klever, Kuzu, Leijten, Neppérus en Van Veen,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 11.00 uur.

De **voorzitter**: Goedemorgen. Dit notaoverleg gaat over de initiatiefnota Patiëntveiligheid van de collega's Anne Mulder en Michiel van Veen. Er staat ook een aantal andere punten op de agenda. De minister heeft schriftelijk op de notitie gereageerd. Ik heet minister Schippers van harte welkom.

Er zijn spreektijden aangegeven naar grootte van fracties. Aanwezig zijn de heer Van Veen voor de VVD-fractie, mevrouw Bruins Slot voor de CDA-fractie, mevrouw Klever voor de PVV-fractie, de heer Kuzu voor de PvdA-fractie, mevrouw Dijkstra voor de D66-fractie en mevrouw Leijten voor de SP-fractie.

In deze eerste termijn geef ik als eerste het woord aan de heer Van Veen voor de VVD-fractie.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. Onderling hadden we aan deze kant van de tafel nog heel even een discussie over wie er mocht beginnen, maar die is klaarblijkelijk al beslecht.

Laat ik beginnen met dank te zeggen aan de minister voor de wijze waarop zij is omgegaan met de initiatiefnota van de VVD. Er gebeuren helaas veel incidenten in de zorg. Veel van die incidenten halen de pers. Via de Kamer leiden ze vaak tot vragen aan de minister. Dit notaoverleg leidt er hopelijk toe dat bij incidenten de vraag minder vaak naar de minister hoeft en vaker naar de direct verantwoordelijken: de zorgverleners zelf.

Wat is er gebeurd? Wat gaat de sector doen om dit in de toekomst te voorkomen? Hoe wordt er met patiënten omgegaan die slachtoffer worden van een incident? Door middel van de initiatiefnota, het door ons georganiseerde symposium en uiteindelijk het vandaag te houden debat hebben wij geprobeerd het startsein te geven om de patiënt nadrukkelijker een positie te geven in de ziekenhuiszorg. Er zijn 1.800 tot 2.000 vermijdbare doden per jaar en meer dan 30.000 mensen met blijvende schade na medische missers. Zelfs afgelopen week kwam de IGZ naar buiten met een lijst van basisfouten zoals het verwisselen van links en rechts. Voor ons is er dus genoeg reden om te blijven praten over het continu verbeteren van de veiligheid voor de patiënten in de zorg. De minister heeft samen met partijen die betrokken zijn bij de medische zorg afspraken gemaakt om de cijfers naar beneden te krijgen. Dat is een verantwoordelijkheid die de sector moet nemen om het zo belangrijke vertrouwen in de over het algemeen uitstekende medische zorg te behouden. De VVD wil de rol van de overheid niet groter maken dan dat hij moet zijn. Wij willen normen laten opstellen, toezicht houden en handhaven daar waar nodig. De kwetsbare patiënten dienen goed beschermd te zijn tegen mensen, organisaties en systemen die onverantwoord omgaan met het vertrouwen dat wij als samenleving aan zorgverleners geven. De sector kan het zelf, maar heeft wel spelregels en kaders nodig die worden nageleefd.

Ik begin vandaag bewust bij de patiënt bij wie iets is misgegaan. Wie stelt vast dat er iets is misgegaan? Wie erkent dat er iets is misgegaan en zegt vervolgens «sorry»? Wie herstelt, indien mogelijk, zo snel mogelijk de fysieke schade? Wie regelt de nazorg? Wie vergoedt de schade? Wie zorgt dat van fouten zal worden geleerd en dat herhaling wordt voorkomen?

Wie neemt uiteindelijk de verantwoordelijkheid? Dit zijn vragen die wij ons als VVD het afgelopen half jaar tot een jaar hebben gesteld. Op bijna alle vragen hebben wij een antwoord gevonden, vaak zonder overheidsingrijpen. In die gevallen dat overheidsingrijpen noodzakelijk blijkt te zijn, hebben wij via de initiatiefnota voorstellen gedaan.

Daarbij is het belangrijk dat patiënten laagdrempelig hun recht kunnen halen. Klachten moeten kunnen worden ingediend en communicatie met de patiënt of familie is een recht. Het doet mij dan ook goed dat de minister dit in de aanstaande Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) handen en voeten geeft. Hiermee hebben we echter slechts een gedeelte van de patiënten en klachten afgedekt. Situaties die verdergaan dan een klacht en groter zijn dan een schadepost van € 10.000 zullen nog steeds via een rechter moeten worden afgedaan. Een patiënt moet beschikken over tijd en geld maar met name over kennis. Dit zijn drie variabelen waarover een patiënt vaak niet beschikt, hetgeen hem op achterstand zet ten opzichte van een zorgverlener die wel beschikt over geld, tijd, kennis en vooral een goede verzekering. De VVD is blij dat haar voorstel om de bewijslast in geval van onvolledige dossieropbouw om te draaien, door de minister is overgenomen. De VVD ziet het weglaten van calamiteiten in de dossiers echter als valsheid in geschrifte, als fraude. Wij willen dat niet alleen de bewijslast wordt omgedraaid, maar dat mensen ook uit het BIG-register kunnen worden geschrapt. Melden wordt wat ons betreft beloond, verzwijgen wordt bestraft.

Een blinde vlek in het medisch dossier bij overlijden is de lijkschouwing. In de praktijk blijkt dat behandelend artsen zelf de doodsoorzaak kunnen vaststellen omdat er geen schouw plaatsvindt. Dit is niet alleen ongewenst, maar kan ook in het vervolg consequenties hebben voor nabestaanden die twijfels hebben over de doodsoorzaak. Bij kinderen hebben we dit inmiddels wettelijk geregeld door de NODO-procedure. Bij volwassenen ontbreekt dit. Volgens de VVD is het in het belang van de arts om dit te regelen: leren van doodsoorzaken en transparantie naar de nabestaanden. In de uitzonderlijke gevallen dat er wel iets is misgegaan, vormt de schouw en het onafhankelijk vaststellen van de doodsoorzaak de basis voor het Openbaar Ministerie om wel of niet een strafzaak te beginnen.

Die strafzaken kennen we, maar we kennen ook de publieke verontwaardiging over de onmacht van het Openbaar Ministerie om spraakmakende zaken tot sluitende zaken te maken. De situatie met betrekking tot het Scheper Ziekenhuis, waarbij het OM in Nederland geen collega-medisch specialisten van de verdachte kon vinden om de zaak tegen de behandelend arts rond te krijgen, is wat de VVD betreft verontrustend. Hiermee wordt het door de sector zelf gepropageerde systeem van zelfreiniging ondermijnd. Wat kan en wil de minister hieraan doen?

Hetzelfde geldt voor de gespecialiseerde raadkamers of rechtbanken. De minister zegt in haar reactie op de initiatiefnota dat vanaf 1 januari 2013 voorzien is in het verkrijgen van meer kennis door rechtbanken. Het stelt ons echter nog niet gerust. Zoals ik al eerder aangaf, moet een patiënt over veel geld, tijd en kennis beschikken, wil hij met succes een zaak tegen een medisch specialist kunnen voeren. Wanneer het ontbreken van kennis bij de rechtbank leidt tot vertraging van het proces, leidt dat ook tot meer kosten voor een patiënt, maar uiteindelijk – dat is in meer algemene zin zorgelijker – maakt het het halen van recht voor minder patiënten bereikbaar. Hierdoor zal een groep patiënten wellicht niet aan zo'n proces beginnen.

Laat het medisch beroepsgeheim daarbij nooit een belemmering zijn. Het beroepsgeheim is er voor de patiënt en niet voor de zorgverlener. We moeten voorzichtig zijn, maar laat nabestaanden van overleden patiënten niet maandenlang wachten op duidelijkheid over het gedeeltelijk opheffen van het beroepsgeheim en/of het medisch dossier. De rechterlijke toets moet blijven, maar de duur moet verkort worden. Het is complexe

materie, maar korte zorgvuldige procedures leiden tot snelle acceptatie bij nabestaanden en transparantie, die gebruikt kan worden voor de vergroting van de kwaliteit en de veiligheid in de zorg.

Dat brengt mij bij de positie en de bescherming van medisch personeel.

De **voorzitter**: Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Dijkstra een vraag.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik was aan het beluisteren op welk punt ik even zou kunnen inbreken, want er wordt heel veel achter elkaar door collega Van Veen aangehaald.

De heer **Van Veen** (VVD): Dat moet ook.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Heb ik het goed gehoord dat de heer Van Veen zei dat bij elk overlijden in een ziekenhuis een lijkschouwing zou moeten plaatsvinden?

De heer **Van Veen** (VVD): Nee, dat heb ik niet gezegd. Ik heb gezegd dat wij graag willen dat een onafhankelijke arts de doodsoorzaak vaststelt in verdachte zaken, bijvoorbeeld als iemand met een gebroken been het ziekenhuis ingaat en hij daar komt te overlijden, maar ook als er niet direct reden is om te veronderstellen dat iemand aan een behandeling zou moeten overlijden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dan heb ik het niet helemaal goed gehoord. Het ging ook zo snel en het was ook zo veel. Het voorbeeld dat de heer Van Veen noemt is obvious. Het is zo duidelijk dat je begrijpt dat het niet vanzelfsprekend is dat iemand daarbij het risico loopt om te overlijden. Maar er zijn natuurlijk heel veel grensgevallen. Hoe maakt de heer Van Veen dan het onderscheid?

De heer **Van Veen** (VVD): Ik snap de vraag van mevrouw Dijkstra. Het is best lastig om dat onderscheid aan te brengen. In de afgelopen periode dat we hiermee bezig zijn geweest, hebben we geconstateerd dat artsen vaak zelf de doodsoorzaak vaststellen en dat er geen gemeentelijke lijkschouwer wordt ingeschakeld. Ik wil graag van de minister weten hoe zij daartegen aankijkt en wat zij daaraan kan doen, opdat artsen wel een onafhankelijk oordeel geven over de doodsoorzaak.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Hoe verhoudt dit zich tot de huidige procedure die in de Wet op de lijkbezorging staat? Daarin is immers al wel wat geregeld. Hoe groot is het probleem dat de heer Van Veen heeft geconstateerd?

De heer **Van Veen** (VVD): Het probleem is zo groot dat het Openbaar Ministerie heeft aangegeven dat er aandacht voor dit onderwerp nodig is. Als het tot een strafzaak komt, is het lijk namelijk heel vaak al verdwenen en staat het Openbaar Ministerie dus op een achterstand. Ik denk dat er in de wet voldoende aanknopingspunten zijn om daarop te handhaven, maar dat het in de praktijk heel lastig is om vast te stellen of een arts de lijkschouwing op een juiste manier heeft uitgevoerd en of hij hem niet zelf heeft uitgevoerd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Zegt de heer Van Veen nu eigenlijk dat het een correcte wettelijke procedure is, maar dat de wet niet goed wordt uitgevoerd en niet goed wordt gehandhaafd? Hij antwoordde zojuist namelijk dat de Wet op de lijkbezorging een goede procedure kent, maar dat het in de praktijk anders gaat.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik zou willen aansluiten bij de NODO-procedure die we bij kinderen hanteren. Ik zal dan ook namens de VVD voorstellen om de minister te vragen om die procedure over te nemen. Als we dat doen, stelt namelijk altijd een onafhankelijke arts vast of er wel of niet sprake is van een natuurlijke dood.

Mevrouw **Leijten** (SP): De heer Van Veen hoor ik heel veel spreken over onafhankelijke artsen en onafhankelijkheid. Ik zal nu niet ingaan op deze procedure, want dat doe ik pas wanneer ik het voorstel van de VVD heb kunnen wegen en ik de reactie van de minister heb gehoord. Ik ben nu al wel benieuwd naar de opvatting van de VVD over artsen met financiële banden met de farmaceutische industrie of de medische hulpmiddelenindustrie. Vindt de VVD dat je die artsen nog wel onafhankelijk kunt noemen?

De heer **Van Veen** (VVD): Ik heb het debat gevolgd dat mevrouw Leijten hierover heeft aangezwengeld. Blijkbaar probeert ze het via deze weg nog een keer, maar volgens mij heeft wat ik zeg helemaal niets te maken met banden met farmaceuten of de medische hulpmiddelenindustrie. Ik stel namelijk alleen maar een procedure voor die ervoor zorgt dat nabestaanden van patiënten zekerheid hebben over de doodsoorzaak van hun geliefde. Als het later tot een zaak komt omdat er twijfel is over de doodsoorzaak, worden die mensen niet gefrustreerd door het feit dat de overledene allang begraven is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik kom toch terug op de onafhankelijkheid van de arts, want daar gaat het mij om. Als de VVD zou zeggen dat banden met de medische hulpmiddelenindustrie of de farmaceutische industrie geen bezwaar zijn, dan vind ik dat gek. Bij patiëntveiligheid hoort namelijk dat de arts handelt in het belang van de patiënt en niet zijn eigen financiële belangen vooropstelt. Dat betekent in mijn ogen dat een arts onafhankelijk van de industrie moet opereren. Ik zal daarom voorstellen om in ieder geval dit soort contracten, vanwege die onafhankelijkheid, aan banden te leggen. Ik reken daarbij wel op de steun van de VVD want als patiëntveiligheid vooropstaat, dan kan niet het financiële belang vooropstaan.

De heer **Van Veen** (VVD): Mevrouw Leijten suggereert nu iets wat ik helemaal niet heb gezegd en wat ik ook niet wil zeggen. Ik redeneer vanuit het belang van de patiënt en de nabestaanden en daarvoor is het van belang dat de doodsoorzaak op de juiste manier wordt vastgesteld, want dat leidt in eventuele vervolprocessen tot meer duidelijkheid. Het lijkt mij dan ook niet zo veel zin hebben om nu een discussie te starten over de vraag of er wel of niet banden zijn tussen farmaceuten of medische technologiebedrijven en specialisten.

Voorzitter. Ik heb al iets gezegd over het Openbaar Ministerie. Als ik mij niet vergis, geldt dat niet voor de gespecialiseerde raadkamers. De minister schrijft in haar reactie dat het krijgen van extra informatie voor rechtbanken per 1 januari 2013 is geregeld. Wanneer het ontbreken van kennis bij de rechtbank leidt tot vertraging van het proces, leidt dat ook tot meer kosten voor de patiënt en uiteindelijk – en dat is in meer algemene zin zorglijker – maakt het het moeilijker voor een patiënt om zijn recht te halen. Patiënten zullen daardoor dan ook niet aan zo'n proces beginnen.

Er is gesteld dat het medisch beroepsgeheim geen belemmering mag zijn. Met dat beroepsgeheim moeten we heel voorzichtig omgaan, maar dat laat onverlet dat we niet willen dat nabestaanden van een overleden patiënten maandenlang moeten wachten op duidelijkheid over het gedeeltelijk opheffen van het beroepsgeheim en het medisch dossier. De rechterlijke toets moet blijven, maar de duur moet verkort worden. Het is complexe materie, maar korte zorgvuldige procedures leiden tot snelle

acceptatie bij nabestaanden en tot transparantie die gebruikt kan worden voor het vergroten van de kwaliteit van de zorg.

De **voorzitter**: U hebt in totaal nog drie minuten spreektijd over.

De heer **Van Veen** (VVD): Dat gaat lukken. Medisch personeel werkt met passie en innerlijke overtuiging aan de gezondheid van patiënten en heeft ons op het mondiale niveau gebracht waar we nu staan. Het laatste wat de VVD wil, is een heksenjacht op medici en verzorgers want waar angst regeert, wordt niets geleerd, en dat moeten we voorkomen. De VVD wil geen angst, maar een systeem, een mechanisme dat welwillende mensen beschermt. Daarvoor is het melden van incidenten cruciaal. Het moet veilig kunnen en daar komen we bij de Wkkgz op terug.

De **voorzitter**: U hebt nu nog, inclusief uw tweede termijn, tweeëneenhalve minuut over. Het is aan u, maar ... Het is echt inclusief uw tweede termijn.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik dacht dat ik tien minuten had.

De **voorzitter**: Tien minuten in totaal. Zo staat het ook in de convocatie.

De heer **Van Veen** (VVD): Heel goed. Dan ga ik dadelijk in mijn tweede termijn mijn moties toelichten.

De **voorzitter**: Op de convocatie staat echt dat de spreektijden inclusief de tweede termijn zijn. Ik kijk even naar de collega's om te bepalen of wij een spreekvolgorde op grootte van partijen zullen hanteren. Ik constateer dat we het gewoon het rijtje af kunnen gaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Patiëntveiligheid hoort in de genen van zorgprofessionals te zitten, maar dat is nog lang niet het geval. De inspectie constateert dat de regels op orde zijn, maar dat nog lang niet sprake is van een veiligheidscultuur. De inspectie gebruikt zelfs de termen «nonchalance» en «hardleersheid», die nog steeds op de werkvloer aanwezig zijn. Hoe kijkt de minister hier tegenaan? Toch worden er ook stappen vooruit gezet. Patiëntveiligheid staat op de politieke en maatschappelijke agenda én op de zorgagenda. Zorgverleners voeren vernieuwingen door en leiden hun mensen beter op. Ik geef de collega's Van Veen en Mulder mijn complimenten voor hun initiatiefnota over patiëntveiligheid. Er staan grotendeels prima voorstellen in en we komen daar later nog zeker een keer op terug. De voornaamste doelstelling van het VMS-programma was de halvering van vermijdbare sterfte in ziekenhuizen. Die doelstelling is alleen niet gehaald. Een van de oorzaken daarvan is een structureel gebrek aan bewezen effectieve veiligheidsinterventies. De minister onderstreept zelf óók het belang hiervan. Is het volgens de minister wenselijk om betrouwbare meetinstrumenten te ontwikkelen om de effectiviteit van investeringen in veiligheid te kunnen bepalen? De inspectie heeft ook een rapport over metaal-op-metaalheupimplantaten uitgebracht. Ik ben echt geschrokken van dat rapport; het is een heel stevig rapport. De inspectie trekt in dit rapport onder andere aan de noodrem over de juridisch zwakke positie van de patiënt. Op dit moment heeft in Nederland nog geen enkele fabrikant en geen enkel ziekenhuis aansprakelijkheid richting de patiënt voor metaal-op-metaalheupimplantaten erkend. Ze wijzen allemaal naar elkaar. Daarnaast biedt een fabrikant patiënten een vaststellingsovereenkomst aan om afstand te doen van aansprakelijkheidsstelling. Dat is echt een maffiose praktijk. De minister heeft inmiddels een bestuurlijk overleg over

patiëntveiligheid opgericht. Ik verzoek haar om de zwakke rechtspositie van de patiënt daarin op de agenda te zetten en na het volgende bestuurlijk overleg de Kamer over dit punt te informeren. Het gaat namelijk gewoon niet goed; de positie is ongelijkwaardig. Mijn collega van de VVD sprak hier ook al een aantal terechte woorden over. Vorige week heeft de minister bekend gemaakt dat de sterftcijfers van ziekenhuizen openbaar moeten worden gemaakt. Dat is een prima stap, want dit is broodnodig. We hebben vorige week namelijk kennis kunnen nemen van de schokkend hoge sterftcijfers van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in 2010. Opvallend is dat de sterftcijfers uit 2010 pas in 2012 bekend zijn geworden. Er is dus een heel lange periode voorbijgegaan. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat sterftcijfers sneller openbaar worden? Welke mogelijkheden zijn daarvoor en hoe kan de minister daar iets voor bereiken?

Ik ga verder met disfunctionerende artsen. Prutsende artsen leggen een bom onder het gevoel van patiëntveiligheid. Zo heeft de inspectie afgelopen week terecht horrortandarts Thiel op non-actief gezet. Deze arts werkte eerst in Duitsland en is daar veroordeeld door de strafrechter. Zonder ooit zijn straf te hebben uitgezeten, kon hij in 2004 gewoon in Nederland aan het werk. Dat geldt ook voor een aantal andere artsen. De Duitse inspectie heeft nooit de Nederlandse inspectie gebeld. De mensen van het CIBG hebben nooit gegoogeld, zoals de minister wel van de Duitse inspectie verlangt. Hoe bekijkt de minister dit soort situaties en welke stappen kunnen wij zetten?

Brandveiligheid is ook een aspect van patiëntveiligheid. Raden van bestuur hebben hier eigenlijk te weinig aandacht voor. De Onderzoeksraad Voor Veiligheid heeft dat ook geconcludeerd. De minister geeft terecht aan dat budgettaire argumenten nooit een reden mogen zijn om onveilige situaties te laten ontstaan. Het gaat echter niet alleen om bouwkundige maatregelen, maar vooral om het gedrag van mensen. Het voorbeeld van Rivierduinen heeft dat laten zien. Er was daar sprake van een adequaat brandveiligheidsniveau, maar de juiste cultuur ontbrak. Daarom is het CDA voorstander van een project als Geen nood bij brand! van Brandweer Nederland. Daarmee worden mensen op alle niveaus in een zorginstelling bewust gemaakt van brandveiligheid en zaken die daar invloed op kunnen hebben. Het project krijgt echter beperkt navolging. Een landelijke uitrol zou een enorme meerwaarde hebben, maar dat kost wel geld en capaciteit. De minister heeft voor 2013 8 ton voor brandveiligheid op de plank liggen. Is zij bereid om de brandweer financieel te ondersteunen om deze aanpak de komende jaren te kunnen inzetten?

De **voorzitter**: U hebt in totaal nog tweeënhalve minuut.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Daarvan ga ik nog een half minuutje gebruiken.

Patiëntveiligheid hoort een integraal onderdeel van de opleiding en bijscholing te zijn. Dat is nog onvoldoende het geval. Toen ik als militair werd opgeleid, kreeg ik vanaf de eerste dag hygiëne- en preventielessen. Waarom? Als ik mij daaraan niet hield, werd ik ziek. Het lastige in de zorg is dat vaak niet de zorgverlener, maar de patiënt ziek wordt. Wat kan de minister doen om te bevorderen dat het belang van patiëntveiligheid integraal onderdeel van de opleiding wordt?

Mevrouw **Kleaver** (PVV): Voorzitter. Opereren zonder juiste time-out is onacceptabel, was de reactie van de Orde van Medisch Specialisten op het rapport van de inspectie vorige week. Het mag niet voorkomen, maar het gebeurt wel. De protocollen, de richtlijnen en de procedures worden niet nageleefd. Het heeft dus weinig zin om nog meer papieren maatregelen te nemen. De focus moet liggen op het naleven ervan.

Een illustratief voorbeeld: handen wassen voorkomt infecties. Daarover is iedereen het eens. Toch worden de handhygiënerichtlijnen maar voor 20% nageleefd. Dat is niet alleen in Nederland een probleem, maar speelt wereldwijd. In Amerika hebben ze hier wat op bedacht. Daar ligt de naleving van het protocol voor handen wassen inmiddels op 90%. Dat is nog eens een verbetering! De operatiekamers hebben digitale ogen gekregen die meekijken met alles wat in de operatiekamer gebeurt. Het is een videomonitoringssysteem: simpel, niet duurder dan een gewone beveiligingscamera en met een geweldig resultaat.

Ik begrijp dat sommigen nu het privacy-aspect naar voren zouden willen brengen, dus daarover zal ik kort iets zeggen. Ten eerste kunnen de camera's zo worden opgesteld dat de patiënt zelf niet herkenbaar in beeld komt. Ten tweede kan de patiënt bij planbare zorg vooraf om toestemming worden gevraagd. Ten derde ligt er al sinds 2011 een rapport van de sectie gezondheidsrecht van het UMC Groningen, die gekeken heeft naar de juridische randvoorwaarden voor het gebruik van videobeelden in de operatiekamer. Hun conclusie is dat videobeelden kunnen bijdragen aan de kwaliteit en dat er geen onoverkomelijke bezwaren zijn indien de werkwijze goed in een protocol is vastgelegd. Tegen het personeel zou ik willen zeggen: al jaren praten wij over patiëntveiligheid, maar alle maatregelen hebben de vermijdbare sterfte niet omlaag gebracht. Daarom doe ik een oproep aan het veld. Welk operatieteam wil hiermee als eerste beginnen, bij wijze van proef? Is de minister bereid om zo'n proef met videomonitoring voor naleving van het protocol voor handen wassen te faciliteren?

Ik ga nu in op de medicatieveiligheid. Tijdens het overleg over geneesmiddelen heb ik mijn zorgen geuit over de versnippering van het medicatiedossier bij de overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuis. Zoals mijn fractie al eerder heeft gedaan, pleit ik daarom voor een persoonlijke, digitale zorgpas. De gewone apotheker kan de medicatiegegevens op de zorgpas zetten en de ziekenhuisapotheker kan deze uitlezen en aanvullen. Zo'n zorgpas kunnen wij stap voor stap invoeren, te beginnen met basisgegevens als bloedgroep en allergie-informatie, aangevuld met medicatiegegevens. Niets ingewikkelds, geen compleet medisch dossier, geen privacygevoelige gegevens, maar wel medicatiegegevens die up-to-date zijn. Het LSP komt er niet. Stop ermee en steek het geld en de energie in kleine en slimme oplossingen. Megalomane projecten en systemen gaan de patiëntveiligheid niet verbeteren. Het landelijke VMS-programma gaat evenmin de vermijdbare sterfte halveren. Dat is niet alleen mijn opvatting, maar is ook te lezen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. In theorie en op papier is het allemaal prachtig, maar in de praktijk worden de mooie doelstellingen niet gehaald. Graag krijg ik van de minister een reactie op mijn voorstel voor een zorgpas.

Transparantie in de zorg is wat wij nodig hebben. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse is hiervan een pijnlijk voorbeeld. Jarenlang had dit ziekenhuis het hoogste gewogen sterftecijfer van alle Nederlandse ziekenhuizen, en mogelijk waren er tientallen onnodige sterfgevallen. Zulke cijfers zijn een belangrijk signaal dat er iets ernstig mis is met de kwaliteit van zorg. Deze misstanden komen nu veel te laat aan het licht. Er moet niet alleen transparantie zijn over sterftecijfers, maar ook over heropnames, heroperaties, complicaties, bijwerkingen en alles wat gerelateerd is aan mogelijk opgelopen gezondheidsschade. Het aantal heropnames zegt iets over de kwaliteit van de behandeling en over de nazorg. Er klopt iets niet als iemand binnen 30 dagen na ontslag uit het ziekenhuis weer wordt opgenomen. Ontbrak het aan thuiszorg? Was het ontslag te vroeg? Was de patiënt niet goed geïnformeerd, bijvoorbeeld over medicijnen? Dit moet zichtbaar worden, zodat wij ziekenhuizen met elkaar kunnen vergelijken, zodat ziekenhuizen van elkaar kunnen leren en zodat wij de patiëntveiligheid kunnen verbeteren.

Het zorgt ook voor betere samenwerking tussen de tweede en eerste lijn, want een heropname was misschien te voorkomen geweest als de overdracht meer aandacht had gekregen. Gaat deze transparantie er komen? Kan de inspectie niet een handvol indicatoren opstellen waarmee inzage wordt gegeven in patiëntveiligheid – niet een paar honderd maar een handvol – te beginnen met heropnames en heroperaties? Ik ontvang graag zo spoedig mogelijk cijfers hierover van de minister. Ik geef tot slot een reactie op het initiatief van de collega's Mulder en Van Veen. Mijn fractie staat hier positief tegenover. De minister heeft ook al veel punten overgenomen. Bij één punt zet ik vraagtekens, namelijk bij de aanpassing van het medisch beroepsgeheim. Ik vind dat wij daarmee heel zorgvuldig moeten omgaan. Niet voor niets kunnen geanonimiseerde gegevens al worden ingezien voor collegiale toetsing. Aanpassing gaat in mijn ogen te ver.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Voor de PvdA staat de veiligheid van de patiënt voorop. Iedereen heeft daarin zijn verantwoordelijkheid. De minister is verantwoordelijk voor het stellen van de wettelijke randvoorwaarden en het aanjagen van protocollen en richtlijnen als die niet tot stand komen in het veld. Professionals in het veld zijn verantwoordelijk voor het naleven van de richtlijnen en protocollen die zij veelal zelf tot stand hebben gebracht. De inspectie heeft de verantwoordelijkheid om toe te zien op de naleving van de protocollen en richtlijnen en zo nodig daarop adequaat maatregelen te treffen, dit alles ten gunste van de patiënt. Laat ik in dit verband direct een vraag stellen. Welke verantwoordelijkheid en rol ziet de minister voor zichzelf? Welk doel stelt zij zich ten aanzien van vermijdbare sterfte?

In de medische wereld gaat er gelukkig veel goed, maar ook nog te veel fout. Vooral vermijdbare fouten zijn bijzonder kwalijk en moeten worden voorkomen. De PvdA-fractie is blij dat na lang aandringen aandacht is voor de veiligheid van patiënten. Helaas is deze aandacht nog niet vanzelfsprekend. Artsen en verplegers moeten, nog veel meer dan zij nu doen, beseffen dat de veiligheid van patiënten in hun handen ligt.

De PvdA-fractie dankt de VVD-collega's voor hun initiatiefnota. Aandacht voor dit thema kan niet vaak genoeg aan de orde komen en het bundelen van de achttien voorstellen verdient respect. Mijn fractie ziet de uitwerking van de voorstellen die nog niet in de pijplijn zitten graag tegemoet.

Uit de verschillende stukken die op de agenda staan en de gesprekken die we hebben gevoerd in het veld komt één ding helder naar voren. Dat werd ook benadrukt door collega Bruins Slot en mevrouw Klever. Er is aandacht voor patiëntveiligheid maar die maakt nog geen onderdeel uit van de cultuur van de medische sector. Van alle kanten wordt het belang van patiëntveiligheid onderschreven. Een goed voorbeeld is de gebrekkige handhygiëne rond het bed van patiënten. Medisch personeel weet het wel maar toch krijgt het onvoldoende aandacht, terwijl het zo'n basaal punt is. Deze gebrekkige cultuur lijkt de oorzaak te zijn van de vermijdbare fouten die nog steeds dagelijks worden gemaakt. Dit leidt tot 2.000 vermijdbare doden per jaar, vier Boeings, ofwel vijf doden per dag. Dat is één dode gedurende de tijd die voor dit notaoverleg gepland staat. Dat is verschrikkelijk.

De PvdA-fractie is er tevreden over dat ieder ziekenhuis in de loop van 2013 gecertificeerd zal zijn voor het veiligheidsmanagementsysteem. Als dat niet lukt, dan gaat de inspectie handhaven. De PvdA-fractie is benieuwd aan wat voor handhavingsinstrumenten de minister denkt. Ik hoor daarop graag een antwoord.

Veel ziekenhuizen zijn op de goede weg en er is vooruitgang op de tien thema's, zo leert onderzoek van het NIVEL ons. Er bestaan echter grote verschillen tussen ziekenhuizen. Er zijn voorlopers en achterblijvers. Als een ziekenhuis goed scoort op het ene thema, dan scoort het slechter op een ander thema. Hoe gaat de minister het veld aanjagen zodat de doelen

die de ziekenhuizen zichzelf hebben gesteld zo snel mogelijk gehaald worden? Hoe gaat zij aanjagen dat op de achterblijvende thema's, zoals controle medicijngebruik, toediening van geneesmiddelen per injectie en vermindering van het aantal wondinfecties, snel resultaat wordt behaald? Is de minister van mening dat in het veld VMS voldoende gedragen wordt? Overweegt zij om ziekenhuizen onder de aandacht te brengen wat prof. Wagner stelt, namelijk dat afwijken van de norm soms betere resultaten geeft en dat deze resultaten zichtbaar moeten worden om draagvlak te krijgen?

De basis voor patiëntveiligheid is het minimaal nakomen van de eigen regels uit de zorg. Artsen en andere zorgprofessionals moeten zich beter aan de eigen regels houden. Hier is wel een cultuurverandering voor nodig. Meten is weten, maar ook delen, openbaar maken en spiegelen van informatie, puur met het doel om van elkaar te leren. Tegelijkertijd moet medisch personeel open zijn over fouten zodat men ervan kan leren. Dit is ook in het belang van de zorgbehoevende, die immers recht heeft op eerlijke informatie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel de Partij van de Arbeid dezelfde vraag als de VVD. Natuurlijk moet je zelfkritisch zijn en moet je willen leren van je fouten. Wat vindt de Partij van de Arbeid er echter van dat er specialisten zijn die consultatiecontracten hebben afgesloten met de industrie in medische hulpmiddelen, waardoor zij het financiële belang dus misschien boven het patiëntveiligheidsbelang stellen?

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik gaf net al aan dat patiëntveiligheid vooropstaat. Mevrouw Leijten weet heel goed dat er reclameregels bestaan en dat we onlangs nog een transparantieregister voor geneesmiddelen hebben opgesteld. Dat zijn allemaal stapjes om ervoor te zorgen dat de schijn van mogelijke belangenverstrengeling verdwijnt. We hebben daar op dit moment al regels voor, maar als er uitdrukkelijke signalen zijn dat men zich daar niet aan houdt, dan moeten we daar ook melding van maken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zal in mijn termijn zeker nog spreken over het stuk van prof. Reekers, hoogleraar interventieradiologie, van 6 juni jongstleden. Daarin staat dat ongetrainde, ongekwalficeerde artsen met een bijscholing van een halve middag gewoon operaties mogen uitvoeren. Dat is een handigheidje, een lek in het systeem, bij de registratie van na-opleidingen, waar de medische industrie met heel veel plezier gebruik van maakt. In een halve middag heb je dus een opgeleide arts, terwijl de hoogleraar interventieradiologie zegt dat de patiëntveiligheid zwaar in het geding is. Ik reken dus op de Partij van de Arbeid als wij een voorstel indienen om aan dit soort zaken een eind te maken.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voordat ik steun aan de SP toezeg, ben ik benieuwd naar de bijdrage en de uitweiding van mevrouw Leijten ten aanzien van dat onderwerp. Ook ben ik benieuwd naar de reactie van de minister. Maar inderdaad, voor ons staat de patiëntveiligheid voorop. Wij staan achter alles wat wij kunnen doen om dat te bevorderen.

Een stok achter de deur is het eisen van openheid over cijfers van kwaliteit enerzijds en fouten en medische missers anderzijds. De toezichthouders in de zorg, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, moeten afdwingen dat deze gegevens worden aangeleverd. Ook moeten zij ingrijpen bij misstanden. Zo kunnen fouten worden voorkomen en snel worden aangepakt. Het openbaar maken van deze cijfers is voor zorginstellingen bovendien een prikkel om de kwaliteit te verhogen. Dat vergroot de veiligheid van de patiënt.

Positief zijn wij ook over ZKN, dat zich heeft aangesloten bij het VMS. Er bestaan echter veel particuliere klinieken die niet zijn aangesloten bij ZKN. Aandacht voor patiëntveiligheid is misschien juist bij deze particuliere

klinieken van belang. Hoe brengt de minister dit belangrijke thema onder de aandacht van alle particuliere klinieken?

Dan kom ik bij het openbaar maken van de sterftcijfers. Om kwaliteit en openheid te vergroten dringt de Partij van de Arbeid al jarenlang aan op verbetering. Wij hebben inmiddels drie belangrijke toezeggingen van de minister gekregen. Er is een verbeterplan opgesteld voor de IGZ, er komt een centraal informatiepunt voor de patiënt met informatie over kwaliteit en misstanden, en er komt meer openheid over kwaliteit en fouten in de zorg. Met die laatste toezegging moet de minister wat ons betreft nu echt haast maken. Deze informatie vormt immers de basis voor scherp toezicht ten behoeve van patiënten. De minister heeft reeds aangekondigd dat alle ziekenhuizen sterftcijfers openbaar moeten maken. Op welke termijn verwacht zij dat de Kamer daar informatie over krijgt?

Er gaat heel veel goed in de zorg. De kwaliteit is hoog, er kan technologisch veel en heel veel mensen werken heel hard om dat te bereiken. Tegelijk is er nog steeds sprake van een gesloten cultuur; dat moet veranderen. Alleen dan breng je het vertrouwen terug en wordt het goede voorbeeld leidend. Een belangrijk aspect daarbij is het gebruik van techniek en automatisering, want een cultuurverandering duurt soms jaren. En bij het thema patiëntveiligheid kan het ons niet snel genoeg gaan, omdat er mensenlevens op het spel staan.

Een effectieve methode om vermijdbare fouten tegen te gaan, is de inzet van technologie. Een mooi voorbeeld hiervan is de autogordel. Er gaat een irritant piepje af als de gordel niet wordt gedragen. Dit kan ook bij het thema patiëntveiligheid. Een van de mooie voorbeelden vind ik dat onderzoekers van de TU Delft in het Reinier de Graaf Gasthuis een tablet op de muur van de operatiekamer hebben opgehangen, die rood kleurt als er op de operatiekamer iets niet klopt. Dat draagt bij aan de veiligheid van de patiënt. Ziekenhuizen zijn geïnteresseerd, er is breed gedragen steun in het veld, er is erkenning, maar iedereen wijst naar elkaar. De minister kan nagaan of er mogelijkheden zijn om bijvoorbeeld via ZonMW of via de topsectoren financiering beschikbaar te stellen om technologische meetinstrumenten te ontwikkelen waarmee de patiëntveiligheid kan worden vergroot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit is een prachtig voorstel van de PvdA. Volgens mij kunnen we daarmee een stap vooruitkomen. Ik ben ook bij het Reinier de Graaf Gasthuis geweest en heb gezien hoe je met enorm eenvoudige technologie een enorme verbetering kunt bewerkstelligen in de veiligheid in de operatiekamer. Daarna zijn we echt op zoek. Het is interessant om na te gaan of we langer boekjes kunnen financieren met ZonMW, maar we moeten in ieder geval kijken naar daadwerkelijke producten die kunnen worden toegepast ten behoeve van patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Op welke termijn kunnen we dat met elkaar realiseren?

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik zei al dat het ons niet snel genoeg kan gaan. Ik ben verheugd dat collega Bruins Slot van het CDA daar ook is geweest. Ik heb de minister gevraagd hoe we dat kunnen doen en waar we die aansluiting kunnen vinden. We leven op dit moment in een economische crisis waarin de middelen niet voor het oprapen liggen. We moeten bekijken hoe we dat binnen de bestaande financieringsstructuren kunnen aanmoedigen. Daar gaat het ons om.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik begrijp die randvoorwaarde. Het mooie is dat de minister nog komt met een nota over innovatie in de zorg. Misschien is het heel aardig om daarin ter uitvoering van de nota een concrete paragraaf op te nemen over het verbeteren van patiëntveiligheid en praktische toepassingen in dat kader. Wat vindt de heer Kuzu van dat idee?

De heer **Kuzu** (PvdA): Het idee spreekt mij aan. Het gaat juist om lowtechttechnologie. Het gaat niet om dingen die uitgedacht moeten worden en waarnaar jarenlang onderzoek gedaan moet worden. Het zijn heel praktische voor de hand liggende dingen waarmee patiëntveiligheid verbeterd kan worden. Als er een boekje of een brief komt over innovatie, lijkt het mij voor de hand te liggen dat lowtechttoepassingen daarvan onderdeel zijn.

De **voorzitter**: U gaat verder met uw betoog. U hebt in totaal nog drie minuten spreektijd.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik ga even na of ik het ga redden. Ik besluit hierbij dat ik het voor de tweede termijn opspaar.

De **voorzitter**: Dat recht hebt u.
Het woord is aan mevrouw Dijkstra van D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Vandaag bespreken we onder meer de initiatiefnota van twee collega's van de VVD die al veel genoemd zijn. Ik spreek daarvoor mijn hartelijke dank en waardering uit. Patiëntveiligheid is een belangrijk onderwerp dat de laatste tijd helaas te vaak op de agenda staat. Ik deel dan ook met de VVD dat een verbeteringslag nodig is op dit terrein. De initiatiefnota bevat achttien concrete maatregelen. De minister gaat een belangrijk deel daarvan implementeren. Mijn fractie is daar blij om, want veel voorstellen kunnen op onze steun rekenen, zoals het verankeren van het veilig melden van een incident en het verankeren van een regeling voor klachten en geschillen. Bij een paar punten heeft mijn fractie vragen, voornamelijk aan de minister.

Tijdens het debat over de IGZ heb ik de minister gevraagd om verplicht te stellen dat artsen elkaar gaan toetsen en een lid van de raad van bestuur van een ziekenhuis daarvoor verantwoordelijk te maken. De minister heeft toegezegd dat te bekijken. Kan de Kamer hierop voor de zomer een reactie ontvangen?

Deze week zijn de resultaten van de laatste evaluatie van het VMS Veiligheidsprogramma bekendgemaakt. Uit de evaluatie blijkt een gemengd beeld. Enerzijds is er vooruitgang geboekt. Anderzijds blijven de resultaten op een aantal belangrijke thema's achter. Dat geldt bijvoorbeeld voor medicatieveiligheid en voor het verminderen van het aantal wondinfecties. Het NIVEL doet een aantal concrete aanbevelingen. Neemt de minister die over en, zo ja, op welke wijze implementeert zij die? De minister neemt maatregelen als de resultaten achterblijven. Wanneer vindt de minister dat de resultaten achterblijven en welke maatregelen zal zij in dat geval nemen?

De initiatiefnemers stellen voor om bij basisfouten standaard een tuchtklacht in te dienen. Daarop is mijn fractie kritisch. Feit is en blijft dat medische fouten gemaakt worden. Ik weet dat het goed past bij de law-and-ordertaal van de VVD, maar het mag niet ten koste gaan van de zorgvuldigheid. We moeten oppassen om elke fout te juridiseren of te criminaliseren. We wachten nog steeds op een brief van de minister over het tuchtrecht. Kunnen we die voor de zomer tegemoetzien?

De heer **Van Veen** (VVD): Afgelopen week is er informatie naar buiten gekomen van de IGZ, bijvoorbeeld over het verwisselen van links en rechts. Wat vindt D66 ervan als mensen zoiets overkomt?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Als mensen zoiets overkomt, moet je natuurlijk goede maatregelen nemen om dat in de toekomst te voorkomen.

De heer **Van Veen** (VVD): De minister heeft volgens mij gereageerd op dat deel van het rapport van de IGZ. Daarbij heeft zij de IGZ er juist toe opgeroepen om daar onderzoek naar te doen, want als blijkt dat mensen de procedures niet hebben nageleefd, moet er een tuchtzaak volgen. Ik zou graag willen weten wat D66 van die reactie vindt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben het eens met die reactie van de minister. Ik heb gezegd dat je bij het standaard indienen van een tuchtklacht na basisfouten heel goed moet weten waar je het dan over hebt. Ik vind het heel rechttoe rechtaan om te zeggen dat er bij basisfouten altijd een tuchtklacht moet komen. Dat is natuurlijk heel afhankelijk van het soort fouten. De nadere uitwerking daarvan vind ik dus heel belangrijk, omdat je anders alles veel te gemakkelijk meteen naar de tuchtrechter verwijst. Ik denk dat wij daarvoor moeten waken, dat de IGZ dit niet aankan en dat je je ook moet afvragen wanneer er echt sprake is van basisfouten.

Het rapport van de IGZ over het gebruik van metaal-op-metaal-heupimplantaten bevestigt voor mijn fractie opnieuw de noodzaak van snelle introductie van een implantatenregister. De minister heeft eerder gezegd dat zij medio dit jaar wil starten met een pilot. Ik hoor graag van haar wat de stand van zaken is en of zij kan toezeggen dat binnen een jaar een volwaardig register operationeel kan zijn.

Het gebruik van barcodes op medicijnen kan de patiëntveiligheid aanzienlijk vergroten en kan medische fouten voorkomen. Toch gebruikt slechts de helft van het aantal ziekenhuizen de uniforme barcodering. Op mijn aangehouden motie, die ertoe oproept om een uniforme barcodering voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen wettelijk te verplichten, heeft de minister negatief gereageerd. Uit het rapport van de IGZ over het operatief proces blijkt echter juist dat de medicatieveiligheid onvoldoende is. Daarom vraag ik de minister of zij het met mij eens is dat barcodering niet nog jaren op zich kan laten wachten. Afhankelijk van het antwoord van de minister overweeg ik mijn motie opnieuw in te dienen.

De minister schrijft dat zij het meten van veiligheid van groot belang vindt. Daarvoor zijn inmiddels goede instrumenten beschikbaar; meerdere collega's hebben daaraan gerefereerd. Van de TU Delft zijn bijvoorbeeld instrumenten beschikbaar om het hele proces op de operatiekamer goed te monitoren. Is de minister bereid om te onderzoeken hoe die meetinstrumenten op een zo kort mogelijke termijn kunnen worden ingezet?

Daarmee sluit ik mij aan bij mijn collega's van het CDA, de PvdA en de PVV.

Medisch specialisten blijken complexe nieuwe behandelingen te mogen uitvoeren waarvoor zij helemaal niet zijn opgeleid; mevrouw Leijten had het daar al over in een interruptie. Ik verwijs naar het artikel in Medisch Contact over de interventieradiologie. Dat lijkt een gat in de regelgeving dat wij snel moeten dichten. Is de minister bereid om dat te gaan doen? We hebben al veel vaker met elkaar gesproken over het belang van patiëntveiligheid en kwaliteitsnormen en er zijn al veel verbetertrajecten ingezet, maar het belangrijkste is een cultuuromslag binnen de zorg. Die cultuuromslag moet ertoe leiden dat het toegeven van fouten en daarvan leren als iets positiefs wordt gezien. Ik zie wel een spanning met het nemen van harde maatregelen als er fouten worden gemaakt. Ik ben benieuwd hoe de minister die cultuuromslag wil bereiken. Wil zij de Kamer daarover een visie sturen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik complimenteer de VVD graag met het werk dat zij heeft verricht met het opstellen van de initiatiefnota. Het lanceren van een initiatiefnota verdient lof. Het is ook goed dat het kabinet er daardoor weer toe wordt gedwongen om zich te buigen over – in dit geval – de patiëntveiligheid. Ik ben het eens met de doelstelling van een veiligere zorg in Nederland. Ik ben het ook zeer met de VVD eens dat

mensen die worden geconfronteerd met een medische misser, gemakkelijker hun recht moeten kunnen halen. Op dit moment ben ik bezig met een initiatiefwetsvoorstel om een medischletselschadefonds in te stellen. We zijn in gesprek met deskundigen, onder andere de verzekeraars. Ik hoop de initiatiefwet aan het eind van de zomer aan de Kamer te kunnen voorleggen. Ik hoop dan ook op de steun van de VVD om dit op die manier goed te regelen.

Het valt me op dat de VVD patiëntveiligheid vooral wil bereiken via veiligheidsprogramma's en controles. Dat is allemaal heel belangrijk, maar wie de zorg écht veilig wil maken, zal toch ook verder moeten kijken. Het registreren en openbaar maken van cijfers is goed, maar van alleen publiceren en registreren leren we natuurlijk niets. De VVD spreekt in haar initiatiefnota van een zelfkritische houding voor de sector. Die is inderdaad zeer wenselijk. Juist als je in de zorg werkt, moet je kritisch kunnen analyseren wat er goed en fout gaat en er altijd voor open staan om verder te leren. Wij proberen daar in alle debatten in deze Kamer een bijdrage aan te leveren.

De roep om doelmatigheid is een bedreiging voor veilige zorg. Een patiënt moet zo snel mogelijk het bed uit, omdat dit geld oplevert. Medische afwegingen zouden leidend moeten zijn in plaats van financiële afwegingen. Erkent de minister dit? Erkent de minister dat het tot onveilige situaties kan leiden als een patiënt om doelmatigheidsredenen bijvoorbeeld te vroeg met ontslag gaat? Mevrouw Klever heeft al gevraagd om een analyse van heroperaties en heropnames en dat lijkt me zeer zinvol.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik kan met de hand op mijn hart zeggen dat wij in het afgelopen jaar dat we met deze nota over patiëntveiligheid bezig waren, in geen enkel ziekenhuis en in geen enkel gesprek met patiëntenorganisaties hebben meegekregen dat het vroegtijdig weg laten gaan van patiënten ertoe leidt dat we 2.000 vermijdbare doden in Nederland hebben. Als mevrouw Leijten zo iets zegt, wil ik ook graag iets in handen wil hebben waardoor ik de schaal en omvang van de door haar genoemde problematiek kan beoordelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): We spreken allemaal met mensen. Ik was laatst nog bij de or van het Spaarne Ziekenhuis. Ik vraag heel vaak of mensen om medische of om financiële redenen ontslagen worden. Daar signaleren verloskundigen wel degelijk dat zij mensen moeten laten gaan van wie ze denken dat het beter zou zijn om ze nog een nachtje of dagje te houden. Soms worden ze ontslagen terwijl de thuiszorg nog niet goed geregeld is. Dat komt overeen met wat mevrouw Klever net zei en ook met onderzoek van het NIVEL. Ik hoor dit regelmatig. Soms is het in het belang van de patiënt om snel naar huis te gaan. Vroeger moest je bij het revalideren plat liggen, terwijl we nu weten dat je snel moet gaan lopen. De medische inhoud moet voorop staan, maar als zo'n besluit op financiële gronden berust, vind ik dat een gevaar voor de patiëntveiligheid. Die vraag leg ik graag aan de minister voor.

De heer **Van Veen** (VVD): Dan wacht ik het antwoord van de minister af, want van mevrouw Leijten krijg ik geen antwoord op de vraag of dit gaat over de patiëntveiligheid en over 2.000 vermijdbare doden op jaarbasis.

Mevrouw **Leijten** (SP): De discussie over 2.000 vermijdbare doden is niet de enige. Het gaat ook om veilig beter worden en om medisch handelen dat voorop moet staan in plaats van financiële overwegingen. We weten allemaal dat dit wel degelijk gebeurt. Er is druk vanuit ziekenhuisbesturen om bedden zo snel mogelijk leeg te hebben, ook vanwege allerlei

richtlijnen van zorgverzekeraars. Als je over het belangrijke onderwerp patiëntveiligheid spreekt, dan moet je deze vraag ook op tafel durven leggen.

Wat te denken van de onveiligheid die optreedt als de arts je opereert omdat dit geld oplevert? Wat te denken van de onveiligheid die op kan treden wanneer een specialist een consultancycontract heeft met de medische hulpmiddelenfabrikant. Hier heb ik de minister over bevraagd in het vragenuur van 28 mei, maar dat werd behoorlijk weggewimpeld. Ik zou graag willen dat we de patiëntveiligheid ook vanuit dat perspectief vooropstellen. Ik vind het dan ook jammer dat ik geen steun kreeg van de VVD voor het debat dat ik hierover aanvraag.

Het komt veel voor dat de industrie invloed heeft op medisch handelen. Neem nou de interventiecardiologen. Steeds meer niet-interventiecardiologen doen interventiecardiologische behandelingen. Dit stond op 6 juni in Medisch Contact. Dit kan door een lek in het kwaliteitssysteem. Door zelfcertificering is het mogelijk om nieuwe technologieën die niet zijn aangeleerd in de specialistenopleiding via bijscholing aan te leren. In dit geval gaat het om een gratis training van anderhalve dag op een simulator in een trainingscentrum. Die vervangt een opleiding van twee jaar. Hier is iets serieus aan de hand. Daarom vraag ik de minister om een eind te maken aan dit soort situaties, want hierdoor komt de patiëntveiligheid ook in het gedrang.

De zorg is voor veel mensen ook onveilig omdat ze simpelweg geen toegang tot zorg hebben. Neem het verwijderen van medicatie uit het basispakket, bijvoorbeeld maagzuurremmers. Het feit dat deze medicatie niet meer in het pakket zit, heeft de zorg voor een aantal mensen onveiliger gemaakt. Zij hebben namelijk vaak maagzuurremmers nodig om de gevolgen van andere medicatie te remmen. Ik hoor graag van de minister hoeveel mensen er op dit moment afzien van het gebruik van maagzuurremmers die zijn voorgeschreven door hun arts en welke gevolgen dit heeft. Is de minister bereid om een evaluatie te maken van alle pakketverkleiningen van de afgelopen jaren en daarin te onderzoeken hoe deze hebben geleid tot medicatieveiligheid, patiëntveiligheid en mogelijke kosten elders?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Mijn vraag gaat over een eerder onderdeel van het betoog van mevrouw Leijten, namelijk de interventieradiologie. Ik refereerde daar ook aan en heb daarover een vraag gesteld aan de minister. Ik heb precies hetzelfde artikel als mevrouw Leijten gelezen. Wij hebben het hier allebei voor ons liggen. Dat is op zich interessant, want wij lezen dit artikel natuurlijk allebei op een andere manier. Ik wil daar graag iets over zeggen. In dat artikel lees ik dat wij het gewoon niet goed geregeld hebben en dat wij specialisten die weliswaar bevoegd maar niet bekwaam zijn, de ruimte geven om behandelingen uit te voeren. Dat is volgens mij iets anders dan een-op-een een relatie te leggen met afhankelijkheid van de industrie. Hoe komt het toch dat mevrouw Leijten dat artikel alleen maar kan lezen met het oog op de financiële verhoudingen en in de zin dat medisch specialisten alleen uit zijn op financieel voordeel? Dat hoor ik namelijk uit haar betoog.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gaat zeker niet om alle medisch specialisten. In het vragenuur op 28 mei heb ik al gezegd dat wij weten dat er specialisten zijn die in onze ogen te nauwe banden hebben met de industrie voor medische hulpmiddelen en daardoor andere belangen hebben. Juist omdat wij dat niet goed bijhouden en juist omdat niet helder is waar dit gebeurt en welke grenzen er mogelijk overschreven worden – je kunt erover van mening verschillen waar die grenzen liggen – is dat schadelijk voor alle artsen. Dit is zeker ook schadelijk voor de artsen die dit niet doen, die hun onafhankelijkheid bewaren en niet dit soort scholingsdagen aflopen. Ik ken ook longartsen die tegen mij zeggen dat het bijna

onmogelijk is om bijscholingen te doen waar de farmaceutische industrie of de industrie voor medische hulpmiddelen niet bij betrokken is, juist omdat de industrie via scholing, training en cursussen haar belang voor kan leggen aan artsen. Het gebrek aan onafhankelijkheid is volgens mij een probleem voor de patiëntveiligheid.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat we dat goed moeten regelen. Dat heb ik ook aan de minister gevraagd. Ik denk dat we niet iedereen over dezelfde kam moeten scheren en ook niet het belang moeten onderschatten van nieuwe medische technologieën die wel uit deze bedrijven komen. Dat als toevoeging.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als het idee is ontstaan dat ik denk dat iedere arts dit doet, dat is absoluut niet het geval. Ik wil helemaal niet iedereen over één kam scheren, maar ik vind dat dit een risico is voor de hele beroepsgroep, omdat men niet weet wat er gebeurt. Ik vind het ook wel schokkend dat wij op 22 december 2011 een brief van de minister hebben gekregen over de medische hulpmiddelenindustrie en hoe je die banden in kaart zou moeten brengen, maar dat we daar nog nooit over hebben gesproken. Blijkbaar heeft dat geen hoge prioriteit. Ik heb vandaag dit debat aangegrepen, omdat ik weet dat alle mensen heel goede dingen zullen zeggen over de invoering van het veilig melden-systeem. Ik dacht: nu kan ik het ook eens hebben over dit soort zaken, die ook de patiëntveiligheid raken.

De **voorzitter**: U hebt nog drie minuten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ga afronden. Mijn laatste punt is de bedreiging die wij zien voor veilige zorg, namelijk dat de toegang steeds slechter wordt. Ik had het al over de maagzuurremmers en andere medicatie, maar je ziet ook dat de toegankelijkheid een flinke knauw wordt toegebracht door het eigen risico. Soms verwijst een huisarts iemand door voor vervolgonderzoek, maar doen mensen dat niet, simpelweg omdat zij het niet kunnen betalen. Dat maakt de zorg onveilig en volgens mij ook duurder. Het is onwenselijk om te zeggen dat we heel goede patiëntveiligheid moeten hebben en dat we alles in beeld hebben, terwijl je tegelijkertijd vergeet dat de toegankelijkheid van de zorg gevaar loopt.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij gekomen aan het eind van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Straks zullen de minister en de heer Van Veen antwoorden op de vragen die aan hen zijn gesteld.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik had niet helemaal door hoe het werkt. Ik had één vraag voor de heer Van Veen, maar die had ik geschrappt, omdat hij hier zijn eigen inbreng had. Ik dacht dat deze wel op een ander moment zou komen. Kan ik die aan hem meegeven of moet ik dat buiten de orde doen?

De **voorzitter**: U geeft de vraag even voor iedereen mee en dan schorsen we drie kwartier.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De heer Van Veen interrumpeerde mij, maar ik hoor ook graag hoe hij ertegen aankijkt dat tuchtklachten standaard zijn bij elke basisfout, terwijl het ook mogelijk moet zijn om je te verbeteren en om fouten veilig te melden enzovoorts.

De **voorzitter**: Dank.

De vergadering wordt van 12.00 uur tot 12.45 uur geschorst.

De **voorzitter**: Nu zal eerst minister Schippers antwoorden. Daarna zal de heer Van Veen reageren op de vragen die aan hem zijn gesteld over zijn initiatiefnota. Ik geef het woord aan de minister.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Allereerst mijn complimenten aan de leden Van Veen en Anne Mulder, die de moeite hebben genomen om een initiatiefnota te maken. Ze hebben nog eens even scherp gesteld waar zaken nodig zijn en waar dingen goed gaan.

In de debatten die wij dit jaar met elkaar gevoerd hebben over de inspectieonderzoeksrapporten en het tuchtrecht, is mij gebleken dat wij gezamenlijk patiëntveiligheid als prioriteit hebben gekozen. Vandaag spreken wij hier weer over, naar aanleiding van de initiatiefnota.

Er gaat veel goed in de zorg. Ik hecht er echt aan om dat te vertellen. Iedere fout is er een te veel, zeker fouten die grote consequenties hebben voor een patiënt. We zullen alles op alles zetten, door de juiste regels en de juiste wetten te maken en de juiste dingen te doen. Ook artsen en ander medisch personeel moeten alles op alles zetten om fouten te minimaliseren, omdat de consequenties groot kunnen zijn.

Ik verzet me echter tegen het beeld dat de zorg onveiliger wordt. Wij hebben in Nederland zo'n 100 ziekenhuizen. Per jaar vinden daar 2 tot 2,5 miljoen opnames plaats. Wij hebben in Nederland ongeveer 1,5 miljoen operaties per jaar. In 2011 zijn er 17,5 miljoen diagnoses gesteld in de tweede lijn en 17,5 miljoen behandelingen uitgevoerd. Het gaat om 66 miljoen huisartsbezoeken en om 16 miljoen fysiotherapiezittingen binnen het basispakket. Dat zijn allemaal menselijke handelingen waarbij iets fout kan gaan. Het gaat om een enorme hoeveelheid en dat relativiseert het ook enigszins. Er zijn tienduizenden professionals bij betrokken. In de ziekenhuiszorg werken zo'n 160.000 professionals die rechtstreeks contact hebben met de patiënt. Er zijn 18.000 medisch specialisten.

In 99% van de gevallen gaat het goed. Het gaat mij niet om het percentage, maar er gaat ontzettend veel goed in het ziekenhuis. Waarom lijkt de zorg dan onveiliger? Waarom lezen wij steeds vaker over incidenten met grote gevolgen? Op deze incidenten moeten wij overigens altijd alert zijn. Volgens mij is dit echt te wijten aan de informatieparadox. Vroeger wisten wij niet wat er in een ziekenhuis gebeurde. Toen dachten wij dat ieder ziekenhuis hetzelfde leverde en dat alle dingen altijd goed gingen. Hoe meer je transparant maakt en hoe meer je publiceert over de resultaten van een ziekenhuis, hoe meer je ziet dat dit een illusie is en dat er in de ziekenhuissector, net als in andere sectoren, wel degelijk dingen misgaan. Dat zorgt voor een dilemma. Het is heel erg nodig om transparant te zijn om de kwaliteit en de patiëntveiligheid te verbeteren. Aan de andere kant geeft dat mensen in het land een onrustig gevoel omdat zij zien dat er dingen heel erg mis kunnen gaan in de gezondheidszorg. Dat gebeurt ook.

Fouten zijn nooit helemaal te voorkomen, maar we moeten zorgen dat het aantal vermijdbare fouten drastisch naar beneden gaat. We spreken vandaag over de wijze waarop we dat kunnen realiseren. Het kan en het moet beter. In de cultuur van organisaties moet het echt doordringen dat veiligheid en kwaliteit van de patiënt voorop moet staan.

Sinds de inspectie haar onderzoek naar het operatieve proces is gestart, heeft zij een grote vooruitgang geconstateerd bij de veiligheid van operaties. Dat is eigenlijk de tegenstrijdigheid waarover ik het heb. Op basis van dit rapport wordt een grote vooruitgang geconstateerd, maar de krant opent op basis van ditzelfde rapport met de incidenten die erin worden genoemd en de dingen die misgaan. Met het invoeren van zaken als de time-out en de dubbelcheckprocedures in het operatieve traject loopt Nederland internationaal gezien echt voorop. Er zijn waarschijnlijk weinig plaatsen in Europa waar het veiliger is om een operatie te ondergaan.

Hoe kunnen we de verbetering van kwaliteit en veiligheid in de zorg afdwingen? Er is in mijn ogen één manier waarop je dat kunt doen. Deze is beter dan alle andere manieren. We kunnen wetten heel scherp maken. We kunnen wetten stapelen en we kunnen heel veel regels maken. Ik denk dat we de juiste wetten en regels moeten maken.

Dat betekent ook dat we wetten, regels en procedures moeten afschaffen. Maar transparantie en standaardisatie zijn de twee cruciale zaken waar we snoeihard aan moeten blijven werken. Hoe beter dat wordt, hoe groter de patiëntveiligheid en hoe beter de kwaliteit zullen worden. Niets levert zo'n grote tegendruk als dat. Je kunt wel zeggen: maar de raad van bestuur heeft toch een financiële druk. Je ziet overigens vaak dat de kwaliteit vaak abominabel is bij ziekenhuizen die het financieel slecht doen, terwijl ziekenhuizen die het financieel goed doen, vaak ook een goede kwaliteit leveren. Dat hangt vaak toch wel samen. Die druk die eventueel gevoeld kan worden bij een raad van bestuur op de financiën, moet een tegendruk hebben vanuit kwaliteit. Wij willen ook niet dat zorgverzekeraars kiezen op basis van prijs alleen. Zij moeten ook en net zo zwaar kiezen op basis van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Die tegendruk kun je alleen maar organiseren door het transparant te maken. Mensen die zelf een operatie moeten ondergaan, moeten op internet kunnen zien wat bij een bepaald ziekenhuis bijvoorbeeld de heropnames en de hersteloperaties zijn. Zij moeten kunnen zien hoe een bepaald ziekenhuis ervoor staat. We zien ook dat een bepaalde afdeling van een ziekenhuis heel goed kan scoren, terwijl een andere afdeling van datzelfde ziekenhuis veel minder goed scoort. Daarom moet je uiteindelijk de ambitie hebben om niet alleen per ziekenhuis maar ook nog nader gedifferentieerd transparantie af te dwingen.

Dit gaat beter werken dan welke regel of wet wij hier ook kunnen verzinnen. Daarom zullen transparantie en standaardisatie in deze kabinetsperiode absoluut prioriteit blijven houden. Daarom hecht ik er zo aan dat wij het Kwaliteitsinstituut oprichten. Wanneer gaat dat dan nog beter lopen dan nu het geval is? Wij hebben al een traject ingezet waarin er sprake is van veel meer aandacht en veel meer helderheid, maar het Kwaliteitsinstituut is natuurlijk het vehikel om dat een enorme zet te geven. We hadden graag gezien dat het 1 januari 2013 van start was gegaan, met doorzettingsmacht. Maar goed, het wetsvoorstel ligt nog steeds ter behandeling bij de Eerste Kamer. Die doorzettingsmacht hebben we dus ook gewoon nog niet. We moeten de behandeling in de Eerste Kamer afwachten.

Via het Kwaliteitsinstituut zal ik ook inzetten op de ontsluiting van de gigantische hoeveelheid data. Uit de DBC-Onderhoud kan heel goed worden opgemaakt hoe het is gesteld met de praktijkvariatie in het land. Ik kan dat zien via een presentatie en ik zie niet in waarom mensen thuis of zorgverzekeraars dat niet zouden kunnen zien. Die data moeten dus ontsloten worden. We hebben daarover gesproken. Ik heb tijdens de behandeling aangegeven dat ik dat heel graag wil via de site van het Kwaliteitsinstituut. Maar goed, dan moeten we daar eerst mee van start kunnen gaan en dat verder operationaliseren. Dat zal ook een enorme verbetering van de transparantie betekenen.

Via het Kwaliteitsinstituut zullen verschillende programma's over standaardisatie een betere focus kunnen krijgen. Zij kunnen dan maximale aandacht krijgen en zij zullen zo nodig met doorzettingsmacht tot stand moeten komen. Standaardisatie is ontzettend belangrijk. Als je dingen wilt vergelijken, moet je ze wel kunnen vergelijken op dezelfde punten. Anders heb je een vergelijking van niets.

Ik denk dat niets zo sterk is als het oordeel van de patiënt en de verzekeraar over veiligheid en kwaliteit, om beide te verbeteren. In de afgelopen periode is heel veel ingezet op hulp aan ziekenhuizen, ggz-instellingen en zelfstandige klinieken. Dat is gebeurd met VMS en andere programma's. Er zijn heel veel subsidietrajecten geweest. Wij

hebben die allemaal begeleid en op de kaart gezet. Ik denk dat het heel belangrijk is om dat te doen, maar de publicaties zullen uiteindelijk een grote versnelling betekenen.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik wil in tweede termijn een motie indienen om te kijken of we de IGZ ook kunnen aansluiten op al die beschikbare data. Aan de ene kant hebben we het over transparantie voor patiënten die naar een zorginstelling of een ziekenhuis gaan, maar aan de andere kant kunnen we in het kader van de patiëntveiligheid ook praten over wat de IGZ weet en wat er al transparant is. Ik denk dan even aan de Vektis-database van de zorgverzekeraars. We hebben echter ook databases bij bijvoorbeeld de verzekeraars van ziekenhuizen. Daarin staat veel informatie over heroperaties en medicatie naar aanleiding van operaties. Kan de minister alvast reageren op de vraag of de IGZ niet wat nadrukkelijker op zoek moet gaan naar de praktijkvariatie met betrekking tot de veiligheid? Het gaat dus niet om de transparantie van kwaliteit, maar om de veiligheid.

De **voorzitter**: Ik neem aan dat u het antwoord van de minister afwacht voordat u besluit of al dan niet een motie indient. Zo gaat dat hier.

Minister **Schippers**: We gaan een pilot doen met de inspectie en de Vektis-data om de mogelijkheden voor deze informatie-uitwisseling te onderzoeken. Dat gaan we dus al doen, met of zonder motie. Bij bijvoorbeeld DBC-Onderhoud zijn er heel veel informatiebronnen, zelfs informatiebronnen die met publieke middelen zijn betaald, die we nu nog niet ontsluiten. Dat komt gedeeltelijk doordat de transitie van publieke onderdelen van DBC-Onderhoud naar de NZa nog moet plaatsvinden. Dat is natuurlijk ook nodig. Wij hebben echter veel data waarmee we ook veel kunnen. Natuurlijk moeten we die met elkaar verbinden. Vektis is echter geen overheidsbezit maar juist particulier bezit. Daar gaan wij een pilot doen.

De heer **Van Veen** (VVD): Mijn vraag was met name gericht op de veiligheid. Ik had het idee dat de minister met name inging op de transparantie in de zorg in zijn algemeenheid, dus het beoordelen van de kwaliteit. Ik hoor ook graag van haar hoe we op die manier de veiligheid voor patiënten kunnen vergroten. Het lijkt mij dat die informatie ook daarvoor te gebruiken is.

Minister **Schippers**: Ja, maar volgens mij ligt dat wel in het verlengde van elkaar. Een slechte kwaliteit is patiëntonveilig en patiëntonveiligheid is in ieder geval geen goede kwaliteit. De inspectie richt zich met name op patiëntveiligheid, maar zij heeft ook een taak waar het gaat om de basisveiligheid, de basiskwaliteit in de zorg. Zij heeft dus op beide terreinen een taak. Ik vind ook dat zij de data op beide terreinen moet gebruiken.

De heer **Kuzu** (PvdA): De minister heeft het gehad over transparantie en standaardisatie als belangrijke doelstellingen in de inzet van haar beleid voor de komende periode. Dat onderschrijft mijn fractie. Ik vraag haar wel of die inzet voor de komende periode ook leidt tot een eventueel aangepaste doelstelling voor de vermijdbare sterftecijfers.

Minister **Schippers**: Ook vorige kabinetten hebben nooit zelf een doelstelling gehad. Een reductie van 50% is altijd de doelstelling geweest van de sector zelf. Eind dit jaar bekijken we of die doelstelling is gehaald. Gezien de tussenrapportages ben ik daar niet gerust op, zeg ik maar heel eerlijk. De heer Kuzu kent die tussenrapportages ook. Wij hebben altijd gezegd dat wij willen faciliteren wat daarvoor nodig is, zodat de sector het

kan halen, maar uiteindelijk moet het op de werkvloer gebeuren. De heer Kuzu benadrukte dat heel sterk in zijn eigen inbreng. Ik ben dat volledig met hem eens. Daarom was ik heel blij dat de sector het zelf had afgesproken. Als de sector het niet haalt, moeten we heel scherp bekijken hoe we met elkaar een vervolg inzetten. Ik wil daarop echter niet vooruitlopen voordat de eindrapportage er is.

De heer **Kuzu** (PvdA): De minister heeft zelf aangegeven dat zij niet gerust is op het halen van de doelstelling. Vooruitlopend op een eventuele eindconclusie wil ik weten wat de inzet van de minister zal zijn om deze doelstelling samen met het veld te halen. Als we nu al constateren dat de sector de doelstelling waarschijnlijk niet haalt, is het wel handig om vooruitlopend daarop hierover afspraken te maken met de sector. Welke rol ziet de minister voor zichzelf in dezen?

Minister **Schippers**: Bij geen enkele tussenrapportage hebben we, naar aanleiding van de gegevens die we daaruit kregen, slechts gezegd dat het niet zo goed gaat, dat men beter zijn best moet doen en dat wij niet verder kijken. Iedere keer hebben wij met elkaar bekeken waar er een tandje bij moet en waar het beter moet. Het is gebleken dat het hardnekkiger is. Ook hier is dat zo. Het bestuurlijk overleg patiëntveiligheid is er een van. We hebben met elkaar een platform gecreëerd waarin we elkaar direct aanspreken op de acties. Een veiligheidsmanagementsysteem voor alle ziekenhuizen was al afgesproken. Nu kondigen wij aan dat de inspectie er daadwerkelijk op zal toezien dat ieder ziekenhuis aan het einde van het jaar zo'n systeem heeft. We weten allemaal dat het feit dat sommige ziekenhuizen het niet zo snel hebben gered, samenhangt met de informatievoorziening, met de eenduidige registratie en met de kwaliteit van de gegevens binnen een ziekenhuis. Desondanks zetten we er druk op. We hebben gezegd dat we het nu hebben gefaciliteerd, gesubsidieerd en begeleid en dat we aan het einde van het jaar daarop ook daadwerkelijk gaan handhaven. We hebben daarbij gezegd dat een ziekenhuis ook onder toezicht kan worden gesteld als het het daadwerkelijk niet haalt. Hetzelfde geldt voor de sterftcijfers. Toen ik aantrad, zei ik dat ik wilde dat deze cijfers openbaar werden en dat ik eigenlijk vond dat ziekenhuizen zelf daartoe moesten overgaan. Toen ze dat na een jaar niet hadden gedaan, hebben we gezegd: als u het niet doet, moeten we het wel verplicht gaan stellen. Dat gaan we nu ook doen. Er zijn dan nog gradaties. Je kunt een algemeen sterftcijfer publiceren, maar je kunt het ook publiceren op diagnose- of afdelingsniveau. We gaan daar dus steeds verder in. Er is een zekere mate van vrijblijvendheid in het kader van faciliteren, subsidiëren en stimuleren. Maar als een en ander niet is gebeurd, gaan we ook handhaven. Dat is dus een stap erbij. Ik denk dat dit enorm gaat helpen.

Voorzitter. Dit is het sluitstuk. Het gaat er hierbij om dat je zegt: nu moet er ook transparantie zijn. We kunnen dan ook beoordelen hoe een ziekenhuis het doet op basis van bepaalde criteria. Laten we ervoor zorgen dat die criteria onderscheidend zijn. Je kunt wel duizend criteria opstellen voor het beoordelen van een ziekenhuis, maar dan ziet iedereen door de bomen het bos niet meer. Het is dus van belang dat er onderscheidende criteria zijn.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik had in mijn inbreng gevraagd naar de criteria heropnames en heroperaties. Zitten die er nu ook bij? Of komt de minister daar nog op terug? Het gaat mij niet om een heleboel criteria, maar het gaat mij op een paar criteria die heel veelzeggend zijn, onder andere heropnames en heroperaties.

Minister **Schippers**: Voor ons is het lastig om dit nu te doen, want wij kunnen weinig afdwingen. Daar hebben we namelijk de wet inzake het

Kwaliteitsinstituut voor nodig, maar het wetsvoorstel ligt nog bij de Eerste Kamer. Ik zal deze criteria zeker bespreken. Ik ben positief over het rijtje dat mevrouw Klever opnoemde. Ik denk dat dit heel belangrijke criteria zijn. We moeten nu op het parlement wachten voordat wij die stap daadwerkelijk kunnen zetten. Maar zodra wij die stap kunnen zetten, zal ik de commissie daarover informeren.

Mevrouw **Klever** (PVV): Wat is de rol van de inspectie daarin? De minister verwijst naar het Kwaliteitsinstituut, maar het duurt nog eventjes voordat dit er komt. In hoeverre kan de inspectie daar nu al op sturen?

Minister **Schippers**: De inspectie inspecteert de normen en de richtlijnen die het veld zelf heeft afgesproken. Ik vind het van belang dat een patiënt via de site van het Kwaliteitsinstituut bijvoorbeeld ook kan zien dat op de desbetreffende afdeling van ziekenhuis X heel veel heroperaties aan knieën worden uitgevoerd. Dat geeft dan wel te denken. Er is geen sterkere druk dan het openbaar te maken, want het ziekenhuis denkt dan: shit, ik sta onderaan dat lijstje. Dat is natuurlijk een heel slechte beurt. Daarom denk ik dat de spiraal naar boven gaat als je dat doet. We hebben een bestuurlijk akkoord gesloten met huisartsen. Daarin hebben we afgesproken dat verzekeraars spiegelinformatie geven aan huisartsen, bijvoorbeeld over hoe het gaat met het voorschrijven van medicijnen. De huisartsen die ik daarover heb gesproken, waren daar zeer enthousiast over. Zij zeiden dat je dan kunt zien hoe je het doet in vergelijking met collega's, ook ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen. Als je ziet dat je collega's minder dure medicijnen voorschrijven, kun je je afvragen waarom je heel dure medicijnen voorschrijft. Een huisarts of een andere medisch specialist is primair gedreven door zijn eigen professionaliteit en zijn eigen beroep. Hij wil zo goed mogelijk zorg verlenen. Als je hem daarop aanspreekt en zegt dat hij iets heel erg afwijkend doet, geef je hem ook de trigger om daarover na te denken en zijn werkwijze eventueel aan te passen.

Ik denk dus dat het zeer van belang is. Natuurlijk doet de inspectie haar controles. Zij heeft daar ook indicatoren voor. We hebben immers al een heleboel indicatoren ontwikkeld. Ik vraag mij af of het er niet te veel zijn en of die indicatoren allemaal onderscheidend zijn. Daarom hebben we een en ander nu samengevoegd in het Kwaliteitsinstituut. Dan kunnen we veel meer dingen eruit gooien waar artsen gek van worden en waar ze van zeggen: dit zegt helemaal niets, ik moet wel registreren. Het is van belang dat we een set van indicatoren overhouden waarmee daadwerkelijk iets wordt gezegd over de kwaliteit van de zorg. Daar zullen we een bestuurlijk overleg over houden. Daar moet een betekenisvolle set uitkomen, op basis waarvan je ook daadwerkelijk conclusies kunt trekken. In de afgelopen jaren zijn door het veld, met medewerking van het ministerie van VWS, veel zaken opgepakt die betrekking hebben op veiligheid en zorg, zoals verbeterprogramma's voor zorginstellingen en een aparte leerstoel voor kwaliteit en veiligheid van de zorg. Er zijn speciale modules ontwikkeld voor het onderwijs. Onderzoeksprogramma's zijn gestart. Ook is het Veiligheidsmanagementsysteem ontwikkeld, met onder meer veilig incidenten melden. Het onderwerp staat stevig op de agenda. Ook de media hebben er veel aandacht voor. Als je kijkt naar hoe het gaat, naar de ziekenhuizen en systemen, komt het steeds neer op de vraag: hoe zit het in de cultuur van de organisatie? Wij kunnen regels maken en managementsystemen. Wij kunnen van alles en nog wat, maar uiteindelijk moeten de professionals het zelf doen. Daarom is een omslag nodig naar een cultuur waarin openheid, zelfreflectie en lerend vermogen centraal staan. Ik vind dat die cultuuromslag nog niet is bereikt, maar die is wel nodig. Daarom ga ik ook met aanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties afspraken maken voor de komende jaren over de wijze

waarop zij die cultuuromslag zullen bereiken en hoe we dat gaan monitoren.

De concrete voornemens van de NFU, de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten en V&VN zijn hierbij een startpunt. Een cultuuromslag kost tijd. Ondertussen is iedere onnodige schade er één te veel en dus is er geen tijd te verliezen. Patiëntveiligheid staat zo'n tien jaar op de agenda en de tijd van vrijblijvendheid is voorbij.

Als partijen hun verantwoordelijkheid niet nemen en de kwaliteit of de veiligheid van de zorg tekortschiet, dan moet dat consequenties hebben. De initiatiefnota van de leden Mulder en Van Veen biedt hiervoor goede aanknopingspunten. De patiënt mag niet langer in de kou staan en daarom openen we een zorgloket, dat de patiënt bij wie de zorg tekort is geschoten, de weg gaat wijzen om zijn recht te halen. Verder zal dit loket signalen over tekortschietende zorg doorgeven aan de inspectie.

De inspectie gaat actief handhavend optreden wanneer de zorg door de bodem zakt. De inspectie kijkt daarbij ook naar de mate waarin zorginstellingen hun patiënten of nabestaanden van overleden patiënten betrekken bij het onderzoek naar incidenten en calamiteiten. De patiënt heeft al de mogelijkheid om te klagen, maar met een laagdrempelige geschillencommissie die bindende uitspraken kan doen om het probleem op te lossen of de schade te vergoeden, willen wij de huidige situatie ingrijpend verbeteren. Morgen zullen we de wet die dat regelt, de Wet kwaliteit klachten, geschillen en zorg gelukkig behandelen. Dit onderdeel van de Wcz hebben we in mijn ogen namelijk veel te lang laten liggen. We moeten hier echt stappen zetten!

De transparantie van zorguitkomsten wordt bevorderd. Sterftecijfers van alle ziekenhuizen worden openbaar. De kwaliteitsgegevens worden openbaar, het Kwaliteitsinstituut gaat inzicht geven in de praktijkvariatie en het publiceert daarover op zijn site. Als de kwaliteit transparanter is en beter zichtbaar wordt waar er dingen misgaan, kan dat leiden tot de paradox dat mensen daardoor juist het gevoel krijgen dat de zorg in Nederland slechter wordt, ook al leidt het juist tot betere zorg. Transparantie is echter de beste methode om zorgverleners te prikkelen om hun werk zo goed mogelijk te doen en om te voorkomen dat fouten onnodig worden herhaald. Andere maatregelen om toezicht en de wet- en regelgeving op orde te brengen, omvatten onder meer wetgeving op het gebied van kwaliteit, zorg en klacht- en tuchtrecht.

Om de transparantie rond de sterftecijfers te verbeteren is eenduidige registratie nodig. Als die ontbreekt, kun je gegevens immers niet met elkaar vergelijken. Het zegt dan helemaal niets en registratie is dan ook echt de crux. De NFU is gekomen met een analyse van hoe de gegevensregistratie beter moet en kan. De NFU gaat daarmee aan de slag. Ik heb daar bijzonder veel vertrouwen in, zeker ook omdat de academische ziekenhuizen hebben aangegeven het initiatief niet te beperken tot de eigen achterban, maar juist uit te breiden tot iedereen die wil aanhaken bij deze standaardisatieslag. Het initiatief betreft registratie aan de bron met als doel optimale uitwisseling van generieke informatie. Die informatie wordt ook meervoudig te gebruiken door de zorgverleners in de verschillende instellingen. Dat zal echt ontzettend veel schelen! Het moet leiden tot het meetbaar verhogen van de kwaliteit van de zorg, verlaging van de administratieve lastendruk en verhoging van het kostenbewustzijn.

Wat doe ik om de sterftecijfers sneller openbaar te maken? De primaire verantwoordelijkheid voor publicatie ligt bij de ziekenhuizen. Maar wat ik al zei: de tijd van vrijblijvendheid is voorbij. Ziekenhuizen moeten vanaf het verslagjaar 2013 hun sterftecijfers publiceren en vanaf het verslagjaar 2014 moet men de sterftecijfers op basis van diagnosegroepen publiceren. Dat is een slag preciezer, een slag die het mogelijk maakt om te zien wat de verschillen tussen de diagnosegroepen van ziekenhuizen zijn. En daardoor zegt het weer iets meer.

De inspectie ziet erop toe dat de ziekenhuizen een uniforme, volledige en betrouwbare gegevensregistratie hebben voor de berekening van de sterftcijfers. De inspectie heeft extra aandacht voor ziekenhuizen die hiertoe niet in staat zijn. Ik heb de ontwikkeling nauwlettend gevolgd en daarbij heb ik geconstateerd dat eind 2012 over het verslagjaar 2011 een deel van de ziekenhuizen niet tot publicatie is overgegaan. Ik zal de NZa daarom verzoeken om nadere regels te stellen om te waarborgen dat ziekenhuizen verplicht worden deze gegevens openbaar te maken op basis van de Wmg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De minister zet een goede stap. Zij maakt voor 2014 ook een terechte toevoeging met de diagnosegroepen. Ik had echter ook gevraagd of een versnelling van de openbaarmaking mogelijk is of dat ziekenhuizen zelf versneld inzicht in de cijfers kunnen krijgen. Laat ik een concreet voorbeeld geven. De sterftcijfers van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis waren in 2010 extreem hoog. Eind 2011 had het ziekenhuis zelf inzicht in de sterftcijfers en de inspectie pas in augustus 2012, terwijl er behoorlijk wat mis is in zo'n ziekenhuis. Ziet de minister mogelijkheden om het publiceren van sterftcijfers te versnellen? Dan is dat soort informatie eerder gewogen inzichtelijk.

Minister **Schippers**: Ik deel de constatering van mevrouw Bruins Slot. Hoe sneller de gegevens beschikbaar zijn, hoe meer waarde die gegevens hebben voor contractering en keuze. Nu zijn gegevens circa een jaar na dato beschikbaar. Dit soort dingen gaan allemaal stap voor stap. Eerst moet je een zodanige registratie hebben dat je überhaupt kunt vergelijken. Gaan we een slag dieper, moet de registratie van de afdelingen erbij. Ik ben het ermee eens dat we moeten versnellen en daar zet ik ook volledig op in. Daarvoor hebben we echter een koppeling van databestanden en registraties nodig. Dat is de volgende stap die we moeten zetten, zodat het weer sneller kan. Dat is ook een agendapunt voor het bestuurlijk overleg: hoe snel kan het? We moeten ziekenhuizen echter niet op tilt laten slaan; het moet allemaal stap voor stap gebeuren. Ik deel de urgentie van mevrouw Bruins Slot. Ik zal het punt dus ook agenderen in het bestuurlijk overleg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het lijkt mij goed om de minister mee te geven dat vijftien ziekenhuizen inmiddels realtime inzicht hebben in de ontwikkeling van hun sterftcijfers. Het is dus al mogelijk, maar het vraagt om een extra investering. Volgens mij is dit een investering die mensenlevens redt, omdat je als bestuurder van een ziekenhuis meer inzicht hebt in de manier waarop de aansturing van het ziekenhuis en de veiligheid zich ontwikkelen. Ik wil daarom graag dat de minister het concrete voorbeeld van die vijftien ziekenhuizen in het overleg meeneemt.

Minister **Schippers**: Ik weet dat een aantal ziekenhuizen realtime inzicht heeft. Er zijn altijd ziekenhuizen die echte voorlopers zijn en hun ICT-voorzieningen, registratiesysteem en eigenlijk de gehele organisatie veel beter op orde hebben. Het is soms een bewuste keuze dat ziekenhuizen niet publiceren: oei, we doen het slecht; weet je wat, we zien ervan af. Dat moet überhaupt niet kunnen, maar soms kan een ziekenhuis eenvoudigweg niet publiceren omdat de interne huishouding onvoldoende op orde is. Dan is het lastiger om de achterblijvers bij de voorlopers te trekken. Wij zetten daar wel maximale druk op, ook om dingen af te dwingen. Voor de achterblijvers wordt het namelijk lastig om wel te gaan publiceren, want dan moeten zij ook aan een deadline voldoen. Wij zullen de voorlopers zeker meenemen, maar ik kan nu geen toezegging doen op welke termijn dat gebeurt. Na het eerste bestuurlijk overleg, waarin we alles daadwerkelijk op een rijtje hebben gezet, zal ik daarover een brief schrijven.

Ik kom op het Veiligheidsmanagementsysteem. Is het wenselijk om betrouwbare meetinstrumenten te ontwikkelen voor het vaststellen van de effectiviteit van veiligheidsinterventies? Het punt is dat al is vastgesteld dat die veiligheidsinterventies effectief zijn, maar dat niet in de cultuur van de organisaties doordringt dat ze zo belangrijk zijn. Ik merk het volgende op over handen wassen. Ik ben ruim een jaar geleden in de Verenigde Staten geweest, ook in een van de meest gerenommeerde ziekenhuizen van de Verenigde Staten. In heel het ziekenhuis stond aangegeven dat mensen hun handen moesten wassen, bij ieder kraantje en bij de deur voordat je ergens naar binnenging. Overal moest men handen wassen. Op die manier wilde het ziekenhuis het beter onder de aandacht brengen, maar ook in dat ziekenhuis was er een probleem met het simpele handen wassen. Blijkbaar komt dat heel lastig in de cultuur terecht, maar wij weten wel allemaal dat dit een belangrijke veiligheidsinterventie is. Wij weten net zo goed dat een autogordel en een parachute, als je uit een vliegtuig springt, belangrijke veiligheidsinterventies zijn. Het punt is niet dat wij niet weten hoe het met de effectiviteit zit, maar dat wij het heel moeilijk in de cultuur krijgen.

Een aantal leden, onder wie volgens mij de heer Kuzu en mevrouw Klever, zei dat er technische innovaties zijn waardoor wij het beter kunnen vormgeven. Zij vroegen mij of ik die kan meenemen in de innovatienota. Dat zal ik doen. Ik ben echter klaar met het subsidiëren van aparte dingen. Ik subsidieer steeds korte projecten, maar zodra de subsidie vervalt, ligt een project op zijn gat. Wij hebben dat ook heel erg gezien bij eHealth. Het moet dus onderdeel zijn van iets anders. Uiteindelijk moeten wij op een site transparant kunnen beoordelen hoe iemand het doet. Als blijkt dat bepaalde ziekenhuizen het minder doen, gaan zij zelf zoeken naar nieuwe methodes waarmee zij het in hun ziekenhuis beter kunnen afdwingen. Ik zal de zaken die de leden benoemd hebben, expliciet aandacht geven. Wij gaan bekijken hoe wij dit verder kunnen brengen.

Wordt het VMS wel voldoende gedragen door de partijen? Het beste bewijs daarvoor is dat 81 van de 93 ziekenhuizen hun VMS hebben laten accrediteren zoals is afgesproken. Uiteindelijk zullen er altijd critici zijn die de gevestigde orde uitdagen en zeggen dat het ook een tikje anders kan. Dat is ook goed, want wij leven in een vrij land. Ik denk echter dat dit in de sector wel gedragen wordt. Het wordt al jaren uitgerold, in beleidsmatige taal gezegd.

De zelfstandige behandelklinieken zijn begonnen om daadwerkelijk een VMS te implementeren. Daarvoor hebben zij net als de ziekenhuizen financiële steun van ons gekregen, en evenals de ziekenhuizen krijgen ze een zekere tijd om dit voor elkaar te krijgen. Mijn beste garantie dat iedereen dit uiteindelijk doet, is dat de inspectie ook daar toezicht zal houden en zal handhaven. Het keurmerk wordt straks gekoppeld aan het VMS. Dat is een heel belangrijke stap. De klinieken die zich nergens iets van aantrekken, zullen te maken krijgen met de handhaving van de inspectie en krijgen boetes of ondertoezichtstellingen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Dank voor dit antwoord. Dat is controle achteraf. Bij de zelfstandige klinieken die zijn aangesloten bij ZKN wordt ook vooraf wat gedaan, maar er zijn ook zelfstandige klinieken die niet zijn aangesloten bij deze brancheorganisatie. Ik ben overigens geen voorstander van het opleggen van een verplichting, maar misschien is er bij deze klinieken een groter risico voor de patiëntveiligheid. Hierover is geen specifieke informatie. Hoe gaan wij hiermee om?

Minister **Schippers**: Dat is een lastige vraag. Het loopt via ZKN en wij kunnen klinieken inderdaad niet dwingen om lid te worden van die brancheorganisatie. Op een gegeven moment wordt het wel standaard de norm. De klinieken die niet bij ZKN zijn aangesloten, moeten toch het Veiligheidsmanagementsysteem implementeren. Ik kan iemand niet

dwingen om lid te worden van een organisatie, maar via de inspectie kan ik wel afdwingen dat men aan basiskwaliteit voldoet. Dit hoort daarbij. Hoe zij dat implementeren, moeten zij zelf weten, maar het moet wel gebeuren. Het wordt gewoon een toezichtsnorm.

Ben ik bereid om de uitkomsten en aanbevelingen van het NIVEL-rapport onder de aandacht van de ziekenhuizen te brengen? Het aardige is dat de ziekenhuizen zelf de opdracht voor dit onderzoek aan NIVEL hebben gegeven. Zij hebben dit rapport dus ook opgeleverd gekregen en ik kreeg een cc. De NVZ en de NFU hebben aangegeven dat zij hiermee aan de slag gaan. Het is gezien het opdrachtgeverschap dus niet nodig om dit rapport onder hun aandacht te brengen.

Hoe gaat de inspectie handhaven als ziekenhuizen al gecertificeerd zijn? Van de 93 ziekenhuizen hebben 81 ziekenhuizen een geaccrediteerd VMS. De inspectie zal in haar toezicht de certificering van ziekenhuizen ook toetsen. Als blijkt dat ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid op het terrein van patiëntveiligheid niet nemen, zal de inspectie maatregelen nemen en handhavend optreden aan het eind van het jaar. Daarvoor staat het hele handhavingsinstrumentarium van de inspectie ter beschikking, inclusief verscherpt toezicht en bestuurlijke boetes.

Wat vind ik de belangrijkste uitkomsten van het NIVEL-rapport? Dit is het eerste onderzoek naar het VMS-programma dat heeft bekeken hoe het staat met inhoudelijke thema's en dat daarmee ook naar de deelaspecten heeft gekeken. Dat is heel waardevol. Het kan de brancheorganisaties en de individuele ziekenhuizen extra stimuleren en motiveren om een vervolg te geven aan de thema's die nog achterblijven. Mij valt op dat er niet alleen grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen maar ook tussen afdelingen binnen hetzelfde ziekenhuis. Dat betekent dat het succes soms erg lokaal is en meer bepaald wordt door personen dan door de veiligheidscultuur die het bestuur van een instelling uitdraagt. Het geeft ook een internationale doorkijk. Ook daarvan kunnen we in Nederland leren. Inzicht in prestaties en feedback over uitkomsten in cijfers is ongelooflijk belangrijk. Als professionals inzicht krijgen in hoe zij het doen, dan motiveert dat sterk om te verbeteren. Hetzelfde geldt voor wat we van de huisartsen hebben gehoord bij de spiegelinformatie. Betere registratie vereist dus meer prioriteit, aandacht en investeringen. Ik vind dat de branche die punten met prioriteit moet oppakken. Er is wat dat betreft nog een hele weg te gaan.

Gevraagd is welke maatregel ik ga nemen naar aanleiding van de uitkomsten van het NIVEL-onderzoek. De ziekenhuizen hebben de opdracht gegeven. Zij hebben gezegd dat zij hiermee aan de slag gaan. Het is heel helder dat op bepaalde thema's onvoldoende verbetering is geconstateerd. Daarmee zullen de ziekenhuizen aan de slag moeten gaan. Ik zal dit rapport en aanbevelingen agenderen voor het bestuurlijk overleg dat wij in mei hebben gestart ten aanzien van patiëntveiligheid. Ik kom te spreken over het cameratoezicht in de operatiekamer. Daarbij wordt de aandacht op heel andere dingen gericht dan op de patiënt die daar ligt. Privacy is daarom naar mijn mening in dit geval niet het belangrijkste element. De camera's moeten geplaatst worden op een plek waarvandaan kan worden gezien of dingen goed gaan in de operatiekamer. Ik vind dat een belangrijke suggestie die ik zal meenemen in mijn innovatienota.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik heb expliciet gevraagd of de minister een of enkele pilots wil faciliteren. Neemt de minister in de nota de mogelijkheid van het faciliteren van een pilot mee? Ik merk in dit verband op dat zo'n camerasysteem vrij goedkoop is.

Minister **Schippers**: Faciliteren wel maar financieren niet. Ik ga echt geen losse projecten meer financieren. Ik heb de resultaten daarvan eens bij elkaar geveegd en die vallen echt tegen. Faciliteren kan wel. Daarbij moet

gekeken worden naar de mogelijkheden en de voorwaarden. Als wij daarover mee moeten denken, dan zijn wij daartoe zeker bereid.

Mevrouw **Klever** (PVV): Er bestaan heel praktische oplossingen waarmee in de VS al veel ervaringen zijn opgedaan. De resultaten daar zijn echt spectaculair. Het percentage handen wassen is daar gestegen van 10 tot 30 naar 80 tot 90. Als de minister zegt «faciliteren wel maar financieren niet», dan zegt zij in feite nee. Ik roep haar daarom op om daar toch nog eens naar te kijken. Een camera met bewegingssensor kost € 3.000 tot € 4.000. Gelet op de spectaculaire resultaten moet het naar mijn mening iets meer zijn dan faciliteren.

Minister **Schippers**: Ik had al toegezegd om ernaar te kijken in de nota en daarvan de plussen en minnen op een rijtje te zetten. Wij zullen dan ook kijken of er echt bezwaren tegen te maken zijn. Ik zeg net tegen u dat ik die niet zo een, twee, drie zie. U somde net een rijtje op en ik zal daarnaar kijken. Op het punt van het financieren zegt u net dat het niet ligt in de kosten. Waarom moet ik de kosten van een ziekenhuis dan overnemen? De ziekenhuizen worden betaald voor wat ze doen. Zij moeten dat op een goede manier doen. Daarvoor kunnen zij best een kleine investering doen. U noemde net een bedrag dat voor een ziekenhuis goed te doen is, zeker als daarmee spectaculaire resultaten worden behaald. Ik zie niet in waarom ik dan de premie moet verhogen om dat apart te financieren. Ik vind dat men dat zelf kan financieren. Ik wil zeker aandacht besteden aan die voorbeelden in de innovatienota. Daarin bied ik handvatten voor wat er allemaal al beschikbaar is.

Er is gevraagd of ik het veilig melden van incidenten wettelijk wil regelen. Mijn antwoord daarop is ja. Met het wetsvoorstel kwaliteit klachten en geschillen zorg wordt een wettelijke basis voor veilige incident melden geregeld. Zo komt informatie beschikbaar om van fouten te leren. Veilig kunnen melden is ongelooflijk belangrijk.

Hoe ga ik ervoor zorgen dat patiënten gemakkelijker en sneller een procedure voor schadevergoeding kunnen doorlopen? Ik verplicht zorgaanbieders om aangesloten te zijn bij een geschilleninstantie. Die kan bindende uitspraken doen en een schadevergoeding toekennen van € 10.000 conform de huidige wet. Bij Algemene Maatregel van Bestuur kan dit bedrag worden verhoogd tot € 25.000. Ik ben ook voornemens om dat in een AMvB te regelen. Daarnaast verplicht ik zorgaanbieders om van een incident aantekening te maken in het patiëntendossier. Dat is echt ongelooflijk belangrijk, omdat je daarmee zorgt voor een veel sterkere bewijspositie van de patiënt als er sprake is van een juridische procedure. Dat is echt een heel belangrijk element in het wetsvoorstel dat wij morgen gaan bespreken. Overigens hebben zorgaanbieders zelf ook belang bij een zorgvuldige schadeprocedure.

Ook is gevraagd naar een snellere afhandeling van klachten. Volgens het zojuist genoemde wetsvoorstel moet het ziekenhuis binnen zes weken reageren op de klacht, eenmalig te verlengen met maximaal vier weken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik had de minister inderdaad een vraag gesteld over de waarneming van de inspectie. Het antwoord dat zij geeft, is niet helemaal een antwoord op de vraag die ik heb gesteld. We gaan morgenavond spreken over het wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Aan het rapport van de IGZ valt het volgende op. Datgene wat de inspectie waarneemt, is iets wat niet door dat wetsvoorstel wordt geregeld. Er zijn natuurlijk andere aspecten dan het regelen van de procedure. Het gaat ook over een bepaalde ongelijkwaardigheid qua juridische kennis. Van dat punt zeg ik: zou de minister dat in ieder geval op de agenda van het bestuurlijk overleg willen zetten?

Minister **Schippers**: Er zal altijd meer medische kennis zijn bij de medisch specialist dan bij de patiënt. Er zal meer juridische kennis zijn bij degenen die daarin geschoold zijn dan bij een gemiddelde patiënt. Ik vind het volgende van groot belang. Nu sta je als patiënt niet eens tegenover een ziekenhuis maar vaak tegenover de verzekeraar van een ziekenhuis. Zie dan je recht maar eens te halen. Zit die tijd maar eens uit. Je moet advocaten betalen en heel veel patiënten laten het daarbij, want die zien hun faillissement al aan de horizon verschijnen. Dat vind ik een zeer oneerlijke positie. Ik vind dat de patiënt dermate slecht in zijn recht staat dat dit de belangrijkste motivatie is voor de verplichte aansluiting bij een geschillencommissie, die daadwerkelijk tot genoegdoening kan besluiten; die daadwerkelijk kan zeggen: u moet geld uitkeren aan deze patiënt, want die heeft gelijk. Dat moet allemaal zonder advocaten en zonder dat je die juridische kennis in huis hebt, maar gewoon omdat je bij die geschillencommissie wordt begeleid in het goed volgen van die procedure.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): We delen ons streven om de positie van de patiënt te verstevigen. Dat heb ik ook gesteld in mijn inbreng; daarin zit geen enkel verschil. De minister weet echter als geen ander dat er een verschil is tussen enerzijds regelgeving en anderzijds cultuur. Medische verzekeraars zijn er op allerlei manieren nog steeds kundig en vaardig in om procedures te vertragen, zeker ook bij zo'n geschillencommissie, ondanks dat het juridisch goed geregeld is. Dat vergt een cultuuromslag. Ik vraag de minister om daar met het veld aandacht aan te besteden. Daarvoor verwijs ik nog een keer naar pagina 31 van het rapport van de inspectie over de metaal-op-metaalheupen.

Minister **Schippers**: Een tweede versterking die ik niet genoemd heb en die wordt aangereikt, is natuurlijk de omkering van bewijslast doordat een incident verplicht gemeld moet worden. Daarin worden dus grote stappen gezet. Ik begrijp niet helemaal wat mevrouw Bruins Slot bedoelt; laat ik het zo zeggen. Dat kan toch? Ik denk namelijk dat we met die geschillencommissie en de omkering van de bewijslast hiaten waardoor patiënten onvoldoende hun recht kunnen halen, kunnen sluiten. Ik kan medisch specialisten of ziekenhuizen niet verbieden om heel goede juridische bijstand te vragen. Wat ik wel kan doen, is ervoor zorgen dat de juridische bijstand van een patiënt, zonder dat hij daarop leegloopt, wordt versterkt. Dat doe ik hiermee; daardoor is het evenwicht hersteld. De duur van de procedure is gebonden aan wettelijke termijnen. Het jarenlange vertragen, dat we vaak juist bij medische zaken zien doordat er allerlei kinken in de kabel komen, hebben wij hiermee uitgesloten. Dit zijn heel andere, veel snellere en kortere procedures. Misschien is het meer dat ik niet begrijp wat mevrouw Bruins Slot bedoelt.

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot doet nog één poging.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor uw coulantie, voorzitter. Het gaat om medische hulpmiddelen. De fabrikant en het ziekenhuis wijzen naar elkaar. Het wetsvoorstel ziet op de zorgverlener en niet zozeer op de fabrikant van het medische hulpmiddel.

Minister **Schippers**: Nu begrijp ik het.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik meende dat ik dit al voldoende had toegelicht. Het stond namelijk in het stuk van de inspectie. Dat is het onderscheidende punt. De patiënt raakt tussen wal en schip. Morgenavond zal ik dit punt sowieso nog aan de minister aanreiken. Maar dit is het punt. Ik zie nu ook een aantal ambtenaren knikken.

Minister **Schippers**: Ik had even niet door dat mevrouw Bruins Slot duidde op dit specifieke thema. Om dit te verbeteren doen we een aantal dingen. Ten eerste komt er een implantatenregister, zodat iemand kan worden teruggevonden als er iets met het implantaat is. Ten tweede. Op dit moment is er een kaart in bespreking in Europa. Daarop komt te staan wat de bijwerkingen et cetera zijn. Er is ten aanzien van implantaten wel wat te doen. Ten eerste veel betere voorlichting. Ten tweede. Je moet het kunnen nalezen, bijvoorbeeld op een website. Daar word je dan ook naar verwezen. Er is gekozen voor een website omdat die veel beter up-to-date gehouden kan worden dan wanneer je het op papier verspreidt. Ten derde moet er een register zijn waarin je het implantaat kunt verbinden aan een persoon, zodat je die kunt waarschuwen als er drie of vier jaar na dato iets is. Op die kaart moeten bijwerkingen en andere zaken staan. Als er iets is, moeten patiënten sneller hun recht kunnen halen. Het schiet niet op als iedereen naar elkaar gaat wijzen. Het is heel helder dat de fabrikant verantwoordelijk is voor zijn product en dat het ziekenhuis verantwoordelijk is. Beide zijn verantwoordelijk. Het is dus niet of-of, maar en-en. Degene die het erin zet, is verantwoordelijk voor de gegevens die hij op dat moment had en of het implantaat past bij de patiënt die het krijgt. De fabrikant is verantwoordelijk voor het implantaat en de kwaliteit ervan. Als hij bij post-surveillance tot de conclusie komt dat er nieuwe ontwikkelingen zijn ten aanzien van het implantaat, moet hij ingrijpen. Wat betreft implantaten is er weinig geregeld, maar lopen we in Europa voorop omdat we vooruitlopend op Europa al beginnen met een register. Wij zitten in Europa aan tafel om veel meer eisen te stellen aan de informatievoorziening met een kaart. Als een hulpmiddel eenmaal op de markt is, moet er veel meer onderzoek worden gedaan, moet het hulpmiddel veel langer worden gevolgd en moet er veel sneller worden ingegrepen als er daadwerkelijk dingen mis zijn. De Kamer kan de brief over het tuchtrecht voor de zomer tegemoet zien. Dat is althans het streven; ik kan het niet hard toezeggen. Ik kan de Kamer wel verzekeren dat er heel hard aan de brief wordt gewerkt. Er vindt onder andere afstemming plaats met mijn ambtsgenoot van Veiligheid en Justitie. Dat moet zorgvuldig gebeuren, zodat de aanpassingen van het tuchtrecht de inspectie daadwerkelijk instrumenten geeft die in de praktijk tot gewenste resultaten moeten leiden. Ons streven is nog steeds om de brief voor het zomerreces te sturen. Over het voorstel om de inspectie standaard een tuchtklacht in te laten dienen bij basisfouten door artsen ben ik niet op voorhand positief. Immers, wat is een «basisfout»? Dat vraagt om nadere bestudering en uitwerking. Ook basisfouten kunnen het gevolg zijn van tekortkomingen in de organisatie en hoeven daarmee niet per se alleen te wijten te zijn aan individuele beroepsbeoefenaars. De inspectie kan overigens naast het starten van een tuchtzaak een bevel uitvaardigen om een disfunctionerende beroepsbeoefenaar te laten stoppen met werken. Als de inspectie een disfunctionerende beroepsbeoefenaar een bevel oplegt, is dat zichtbaar in het BIG-register. De verwisselingsfout werd als voorbeeld gebruikt, ook door de inspecteur-generaal. Voor dat type fout is zo veel beleid en zijn er zo veel procedures dat er standaard een tuchtklacht wordt ingediend als de procedures niet zijn gevolgd. Er is gevraagd welke contacten er kunnen zijn tussen de verschillende inspecties van Nederland en Duitsland en hoe ik die contacten zie. In Duitsland is het heel anders geregeld. Onze informatievoorziening is inmiddels zo ingericht dat we standaard de Duitse autoriteiten inlichten als er iemand van Nederland naar Duitsland verhuist die tijdelijk is geschorst of die zijn beroep überhaupt niet meer mag uitoefenen. Op 4 juli – dat is helaas de laatste vergaderdag van de Kamer – ga ik naar mijn collega in Duitsland om dit uitgebreid te bespreken. Eventueel laat ik dit ook opvolgen door de deelstaten. Daar kijk ik namelijk ook naar, omdat in Duitsland heel veel op deelstaatniveau geregeld is. Op 4 juli heb ik dat

gesprek. Ik denk dat Duitsland samen met Vlaanderen onze belangrijkste partner in dezen is. We zien natuurlijk ook veel artsen naar het Verenigd Koninkrijk vertrekken, maar de uitwisseling met Vlaanderen en Duitsland is het intensiefst. Het probleem is gewoon dat Duitsland dit niet op landelijk niveau heeft geregeld. Maar goed, ik zal daar uitgebreid met hem over spreken en ook over de vraag hoe we via hun wet- en regelgeving toch zo goed mogelijk voor elkaar kunnen krijgen dat die posities echt verbeteren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is verheugend dat de minister dat gesprek gaat voeren. De door mij genoemde voorbeelden betroffen drie artsen, onder wie de tandarts Thiel, die vanuit het buitenland naar Nederland zijn gekomen. Die drie artsen waren alle drie in het buitenland strafrechtelijk veroordeeld. Klaarblijkelijk heeft het CIBG toen zelf geen toets gedaan of even gegoogeld of zo om te bekijken of deze artsen strafrechtelijk veroordeeld waren, terwijl dat gemakkelijk te vinden is op internet. Hoe kijkt de minister daartegen aan? Zij verwacht van de Duitse ambtenaren namelijk wel dat zij googelen.

Minister **Schippers**: Daarover heeft de heer Van Gerven schriftelijke vragen gesteld. Ik weet niet uit welke tijd dit is. Het overnemen van uitspraken van buitenlandse autoriteiten gebeurt namelijk pas sinds een jaar. De zaken die ouder zijn dan een jaar, worden nu met terugwerkende kracht allemaal bekeken. Wanneer zij bekeken zijn, geldt het principe van hoor en wederhoor, want je mag niet zomaar schrappen. Er kunnen dingen tussen zitten die in Nederland wel geaccepteerd zijn omdat wij een iets andere wet- en regelgeving hebben. Wij doen dus altijd een toets via hoor en wederhoor en dan volgt al dan niet het schrappen. Ik weet niet sinds wanneer deze mijnheer in de procedure zit en hoe oud dit is, maar we doen dit dus pas sinds een jaar automatisch.

Verzwijging van calamiteiten moet leiden tot schrappen uit het BIG-register. Of zorgverleners laakbaar handelen als zij calamiteiten verzwijgen, moet worden beoordeeld. Dat oordeel is aan de tuchtrechter, die de zorgverlener tijdelijk of blijvend kan schrappen uit het BIG-register. Belanghebbenden en de inspectie kunnen een tuchtklacht indienen. Ook collega's kunnen een tuchtklacht indienen.

Er is gevraagd of ik de verantwoordelijkheid van het bestuur voor kwaliteit en veiligheid wettelijk wil verankeren. Ja, dat is opgenomen in het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, die we morgen zullen behandelen. Daarin staat ook de verplichting dat de zorgaanbieder de zorgverlening zodanig moet organiseren dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. Daarbij hoort ook het toedelen van verantwoordelijkheden, bevoegdheden, afstemming en verantwoordingsverplichtingen. De Kamer ontvangt na de zomer een brief van mij over maatregelen op het gebied van goed bestuur, zoals een expliciete portefeuillehouder in het bestuur van een ziekenhuis voor kwaliteit en daarmee ook voor veiligheid. Een andere maatregel is dat bij nieuwe toetreders binnen vier weken na de start door de inspectie wordt gecontroleerd, onder meer op de wijze waarop zij de voorwaarden voor veilige zorg hebben georganiseerd.

Er is ook gevraagd of ik het beroepsgeheim open ga breken. Het beroepsgeheim zelf wordt niet opengebroken, mede om de toegankelijkheid van de zorg en de bescherming van de belangen van de cliënt te waarborgen. Misschien hebben we het hier morgen nog een keer over, want dit heeft heel veel te maken met het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Daarin wordt een aantal verplichtingen opgenomen, zodat incidenten niet binnenskamers blijven. Dat betreft het verplicht bij de inspectie melden van calamiteiten, geweld in de zorgrelatie, ontslag wegens disfunctioneren, het melden van incidenten aan de cliënt, het

maken van een aantekening hiervan in het dossier en het hebben van een systeem voor aanbieders voor het veilig melden van incidenten. Het doel hiervan is meer openheid bij artsen en verpleegkundigen over incidenten met het doel daar wat van te leren. In een komende wijziging van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt inzagerecht in het dossier van cliënten voor nabestaanden geregeld. Het doel is dat nog deze kabinetsperiode daadwerkelijk te realiseren. De Wet cliëntenrechten zorg hebben we opgeknipt. Een deel daarvan is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Daarin willen we dat inzagerecht voor nabestaanden regelen.

De heer **Van Veen** (VVD): Al in 2008 heeft de Hoge Raad een uitspraak gedaan over het medisch beroepsgeheim. Hoe kijkt de minister aan tegen protesterende artsen en zorginstellingen als het overduidelijk is dat het beroepsgeheim of het medisch dossier openbaar moet worden? Die mensen kunnen dat vertragen. Het is de vraag wat de juridische grond daarvan is. Is dat het verdoezelen van informatie die belangrijk is om vast te stellen dat bijvoorbeeld het medisch dossier onvoldoende is? We hebben net met elkaar vastgesteld dat de bewijslast omdraait als er onvoldoende informatie in het medisch dossier staat. Als dit straks een regel wordt waardoor medisch specialisten en zorgverleners die trajecten zwaar kunnen verlengen, bereiken we nog niet wat we willen bereiken. Hoe kijkt de minister daartegenaan?

Minister **Schippers**: Als de patiënt zelf een procedure start, bijvoorbeeld bij de geschillencommissie, dan is het zijn dossier. De rechter kan dan gewoon beoordelen of die calamiteit erin staat. Als die er niet in staat, moet de arts aantonen waarom het er niet in staat. Dat is de omkering van de bewijslast. Dat is een heel grote stap overigens. Daarnaast is er nog een andere situatie. Voor de patiënt die overleden is, willen we in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst het inzagerecht van de nabestaanden regelen. Dat moet echter ook zorgvuldig gebeuren. Het komt namelijk weleens voor dat bepaalde patiënten niet willen dat er in hun dossier gekeken wordt, ook niet door nabestaanden. We moeten daar zorgvuldig mee omgaan. We hebben niet voor niets het medisch beroepsgeheim. Er zijn aanleidingen om er scherper naar te kijken en om versoepelingen aan te brengen. Een daarvan wordt geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

De heer **Van Veen** (VVD): Kan achteraf wel vastgesteld worden of er terecht door medisch specialisten of instellingen bezwaar wordt gemaakt tegen openstelling? Ik zou aan de minister willen meegeven dat die evaluatie wel dient plaats te vinden, zodat we daar niet in doorslaan.

Minister **Schippers**: In Nederland wordt dat altijd door een rechter bepaald, niemand anders kan dat bepalen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb dit punt niet aangeraakt omdat we morgen de wet behandelen, maar het begint me nu toch een beetje te duizelen. Misschien trap ik met deze vraag een open deur in, maar ik stel hem toch maar. De geschillencommissie doet toch een uitspraak waardoor je eigenlijk niet meer naar de rechter kunt? Gaat de geschillencommissie dan kijken naar het openbaar maken of naar de inzage?

Minister **Schippers**: Als een patiënt naar de geschillencommissie stapt, dan kan hij in zijn dossier kijken en laten zien dat een bepaalde calamiteit er niet in staat. Zodra dat aan de orde is, keert de bewijslast om en moet de arts gaan bewijzen waarom het er niet in staat. Dan heeft de arts het dus moeilijk in plaats van de patiënt. Dan is het dus niet aan de orde. Ik heb het over een nieuwe, andere wet, namelijk de Wet op de genees-

kundige behandelingsovereenkomst. Daarin gaan we regelen dat het inzagerecht voor nabestaanden wordt verruimd. Dat zit dus niet in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Hoe ga ik ervoor zorgen dat artsen en ziekenhuizen beter gaan samenwerken met het Openbaar Ministerie en justitie bij onderzoek naar medische missers? Het voorbeeld dat de heer Van Veen gaf, vind ik een schokkend voorbeeld. Als het OM constateert dat de groep medisch specialisten zo de oesters sluit dat men daardoor een zaak niet goed kan afhandelen, dan vind ik dat een kwalijke zaak.

Dit is mij niet bekend. Ik ga dit dus eerst onderzoeken. Als er een juridische belemmering aan ten grondslag ligt, zal ik bekijken of die aangepast kan worden. Ik zal bovendien in gesprek gaan met de KNMG of met de Orde van Medisch Specialisten. Ik denk eigenlijk dat ik in zijn algemeenheid in gesprek zal gaan met de KNMG. Het kan niet zo zijn dat een zaak niet rond kan komen omdat geen enkel medisch specialist met het OM wil praten. Als dit zo is, vind ik dit schokkend. Daarom onderzoek ik dat graag eerst en daarna kom ik erop terug.

De heer **Kuzu** (PvdA): Kan de minister de ggz hierbij meenemen? Ik lees net het bericht dat het Openbaar Ministerie in het onderzoek naar de dood van Raymond Westendorp geen strafvervolging instelt, ondanks het feit dat er geconstateerd werd dat er ernstige tekortkomingen waren in de zorg en de manier waarop hij werd behandeld. De strafprocedure kan volgens dit bericht echter niet plaatsvinden, omdat er onvoldoende bewijslast is. Wil de minister dus naast de medisch-specialistische zorg ook de ggz daarin meenemen?

Minister **Schippers**: Dat is prima. Dat doe ik.

De heer Van Veen heeft gevraagd of ik ervoor wil zorgen dat er een speciale raadskamer voor medische zaken bij de rechtbanken komt. Ik heb hierover een meningsverschil met de VVD-fractie. Sinds 1 januari dit jaar is de herziening gerechtelijke kaart ingevoerd, waarmee de mogelijkheid tot specialisatie van rechters, raadsheren en juridische medewerkers aanzienlijk wordt vergroot. Ik ga ervan uit dat die mogelijkheden gebruikt worden om de deskundigheid ten aanzien van medische zaken te ontwikkelen en te borgen. Het invoeren van een aparte medische kamer vind ik daarom nu voorbarig. Laten wij nu bekijken wat de herziening van de gerechtelijke kaart tot gevolg heeft. Die is pas op 1 januari jongstleden ingevoerd, dus zijn wij nog geen halfjaar op streek met die specialisatie. Als bij de evaluatie blijkt dat dit eigenlijk niets geholpen heeft, kunnen wij altijd nog beslissen tot het oprichten van een raadskamer. Ik vind het nu echt te vroeg om daartoe te beslissen.

Mevrouw Bruins Slot vroeg of ik bereid ben om het project Geen nood bij brand! van Brandweer Nederland te ondersteunen. In verschillende brieven aan de Kamer heb ik aangegeven dat ik vooral inzet op het verbeteren van de preventie door het verhogen van het brandveiligheidsbewustzijn bij de eerstverantwoordelijke instellingen, op verbeterde instrumenten en op instrumenten algemeen om brandonveilige situaties op locaties in beeld te brengen. Ik heb ook verschillende malen bij het veld zelf aan de bel getrokken. Ik heb hierover zelfs een keer aan alle instellingen en ziekenhuizen een brief gestuurd. Hiervoor is € 800.000 beschikbaar. Daarnaast onderzoek ik samen met mijn collega van Veiligheid en Justitie en Brandweer Nederland hoe de regionale brandweer een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de brandveiligheid bij zorginstellingen. Het project Geen nood bij brand! is daarbij een goed initiatief. Als daar activiteiten uit voortvloeien die zich richten op het verbeteren van de preventie bij de eerstverantwoordelijke, de ziekenhuizen en de zorginstellingen dus, ben ik binnen het hiervoor genoemde kader bereid om daar middelen voor beschikbaar te stellen.

Wat is de stand van zaken van de pilot met betrekking tot het implantatenregister? Is dit register binnen een jaar operationeel? Ik ben in overleg met de Orde van Medisch Specialisten en met drie wetenschappelijke verenigingen, namelijk de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie over de nadere invulling van het implantatenregister. Partijen werken op dit moment een uitgangsnote uit, inclusief webapplicatie. Binnenkort zullen wij daarover spreken. Inmiddels is ook de opdracht geformuleerd met de beschrijving van de functionaliteit voor de komende pilot voor het implantatenregister. Dit moet resulteren in een blauwdruk voor de beoogde bouwer van de pilot implantatenregister. Ik verwacht dat de pilot nog dit jaar kan starten.

Waarom voer ik geen systeem in voor barcodering? Bij het algemeen overleg over geneesmiddelen hebben wij het daar al over gehad. Geneesmiddelen gaan de hele Europese Unie en zelfs de hele wereld over. Dan is het van groot belang dat wij één barcodering hebben. Als je een Nederlands systeem opzet, sluit dit wellicht weer niet aan bij een internationaal systeem. Ik dring ook binnen Europa aan op een internationaal systeem en Europese regelgeving. Daar is men druk mee bezig en dat moet inderdaad geen jaren meer duren. De Eurocommissaris gaf in zijn laatste gesprek met mij aan dat hij de verwachting heeft dat het inderdaad geen jaren meer gaat duren. Maar goed, Europa s molens malen langzaam. Als er iets voorspelbaar is, dan is het wel uitstel. Ik zal er dus bovenop zitten.

Als wij met zijn allen constateren dat het helemaal nergens heengaat, dan moeten wij er met elkaar over spreken. Als er druk of focus is in Europa, dat zelf ook aangeeft dit graag te willen, vind ik het gek om op dit moment een eigen systeem te gaan opzetten.

Er is ook gevraagd wat ik wil doen aan het gat in de regelgeving bij complexe operaties. Er werden verschillende beroepsgroepen aan gekoppeld, maar het gaat hier om de interventieradiologische ingreep. Het is bij een verrichting aan de beroepsgroep om te bepalen over welke vaardigheden de professional dient te beschikken om niet alleen bevoegd maar ook bekwaam te zijn. Wij hebben wettelijk vastgelegd dat zij bevoegd en bekwaam moeten zijn om een bepaalde behandeling ook daadwerkelijk te mogen uitvoeren. Dat kan gerealiseerd worden door binnen het opleidingscurriculum specifieke opleidingselementen te definiëren. Dat is een kwestie van lange adem, dat weet ik, maar daarnaast kan de beroepsgroep ook op kortere termijn in richtlijnen voor een specifieke behandeling nadere eisen stellen aan de uitvoering, waaronder ook zijn begrepen deskundigheidsvereisten of volumennormen. Ik roep de beroepsgroep dan ook met klem op om zo spoedig mogelijk in richtlijnen en/of opleidingseisen vast te stellen wanneer iemand voldoende kwaliteit heeft om zulke ingrepen uit te voeren. Het is in Nederland niet zo dat de minister dat afkondigt.

Dan kom ik op de belangenverstremming tussen medisch specialisten en medische hulpmiddelenfabrikanten. Wij hebben hetzelfde pad gekozen voor de medische hulpmiddelen als bij de geneesmiddelen. Daarvoor hebben wij stapsgewijs niet alleen regels gesteld, maar als eerste land van de wereld ook een transparantieregister geopend. Sinds 1 januari 2012 is de gedragscode medische hulpmiddelen van toepassing. Deze code geldt alleen voor bedrijven. Deze zomer zal door de koepels van zorgprofessionals, de KNMG en de orde en de ziekenhuizen, niet alleen de NVZ, maar ook de NFU, worden besloten tot aansluiting bij de gedragscode voor medische hulpmiddelen.

Dat is een stap die nodig is, want je kunt de code alleen daadwerkelijk handhaven als deze van twee kanten wordt ondertekend, namelijk door de geveer en de ontvanger. De geveer of de fabrikant heeft de code opgesteld en ondertekend. Nu is het aan de ontvanger om deze te ondertekenen.

Partijen aan beide zijden van de tafel zijn dan gebonden aan dezelfde regels. Wat je niet mag geven, mag je ook niet nemen.

Een volgende stap is dat de banden tussen artsen en instellingen met medische hulpmiddelenbedrijven openbaar worden gemaakt, conform wat wij hebben gedaan bij de geneesmiddelen. De inspectie kan nu al ingrijpen wanneer er sprake is van onverantwoorde zorg. Ik heb recentelijk ook aangegeven de inspectie een bredere toezichtsbevoegdheid te willen geven op dit onderwerp. Hiertoe zal ik bekijken welke mogelijkheden de nieuwe verordening biedt. Ik zal dit onderwerp ook actief in Europa inbrengen.

Vooruitlopend op die Europese wetgeving wil ik in gesprek met de beroepsgroepen om de informatie over implantaten voor de patiënt te verbeteren. Ik zal de Kamer in het najaar informeren over de stand van zaken. Dat gaat over de zogenaamde kaart die in Europa in ontwikkeling is.

Er is ook gevraagd hoe de aansprakelijkheid is geregeld en hoe dat beter kan voor de patiënt. De regels met betrekking tot productaansprakelijkheid uit het Burgerlijk Wetboek zijn ook in het geval van medische hulpmiddelen van toepassing. Op het moment dat een patiënt niet tevreden is, kan de patiënt de zorgverlener of de leverancier van een hulpmiddel of beide aanspreken voor een rechter. Ik betreur het dat de juridische weg in de praktijk complex blijkt voor een patiënt. Met de wet die we morgen bespreken, de Wkkgz, maak ik het voor patiënten ook makkelijker om hun recht te halen, doordat alle zorginstellingen zich bij een geschilleninstantie moeten aansluiten die bindende uitspraken doet en een schadevergoeding kan toekennen. Met het oprichten van een zorgloket wil ik mensen met een klacht over de zorg helpen hun weg te vinden. Als er klachten zijn moeten deze ook een-op-een aan de inspectie worden doorgegeven, zodat deze daarop kan acteren.

Dan heb ik nog enkele overige vragen, zoals over de procedure van de lijkschouw. Deze zit nu zo in elkaar dat de behandelaar de verklaring afgeeft van natuurlijk overlijden. Als er sprake is van twijfel, moet dat worden gemeld bij de gemeentelijke lijkschouwer. Als de lijkschouwer denkt dat dit overlijden niet natuurlijk is, wordt justitie ingeschakeld. Dat is de procedure voor verdachte overlijdensgevallen.

Wil ik de Wet op de lijkbezorging aanpassen zodat ziekenhuizen naast de gemeentelijke lijkschouwer ook de inspectie moeten inlichten bij sterfgevallen met een niet-natuurlijke oorzaak? Dit leidt tot extra werklast voor de inspectie, terwijl het overgrote deel van de meldingen niet relevant is voor het toezicht op de gezondheidszorg. Ik verwacht meer van het versterken van het toezicht door de inspectie op de naleving van de verplichting van zorgaanbieders om iedere niet beoogde of onverwachte gebeurtenis te melden die tot de dood van of tot ernstig schadelijke gevolgen voor een patiënt of cliënt heeft geleid.

Er is gevraagd naar de NODO-procedure (nader onderzoek doodsoorzaak minderjarigen). Op dit moment loopt er een evaluatie. Ik meen dat deze eind 2013 is afgerond. Ik stel voor om deze evaluatie af te wachten.

Daaruit kunnen we misschien lessen trekken, voordat we zaken een op een omzetten voor volwassenen. Als we eerst de evaluatie afwachten, kunnen we daaruit lessen trekken. Vervolgens kunnen we bekijken welke delen we wel of niet van toepassing verklaren op volwassenen. Er wordt nog even opgezocht wanneer de evaluatie klaar is. De evaluatie zit in ieder geval in de eindfase, dus kan het niet heel lang duren voordat zij naar ons wordt gestuurd.

Wil ik de patiëntveiligheid opnemen in de curricula voor de opleiding en de vervolgopleiding voor artsen? We hebben het in Nederland zo geregeld dat opleidingsinstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de zorgopleiding. Om dit traject op landelijk niveau te stimuleren en te helpen realiseren, hebben de NVZ en de NFU in 2012 een meerjarenproject ontwikkeld als onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem-

programma. Dat project heeft een breed draadvlak bij de partijen in onderwijsland en de zorg kunnen bewerkstelligen. Het resultaat is dat onderwijspartijen bepaald hebben hoe patiëntveiligheid gekoppeld moet worden aan de competenties van de zorgprofessionals. De invulling verschilt per opleiding, maar in elke opleiding heeft men alle stappen gezet, met eigen maatwerk. Aangezien het zo'n belangrijk thema is, heb ik besloten dat het project in 2013 nog kan doorlopen met subsidiegeld van het ministerie. Aan het einde van 2013 presenteren de partijen de stand van dat moment, de resultaten en wat nog nodig is. Afhankelijk van een scherpe ambitie en de resultaten en op basis van concrete bijdragen van partijen, ben ik bereid om te bekijken of en op welke manier VWS eventueel nog een beperkte en tijdelijke financiële steun kan verlenen. De schouders zijn eronder gezet. Alleen als het nodig is, komt er nog een bescheiden vervolg.

Dan de zorgpas. We hebben hierover veel debatten gehad. Als een elektronisch patiëntendossier daadwerkelijk van de grond komt, zullen we veel medicatiefouten en derhalve ook vermijdbare sterfgevallen voorkomen. Heel veel heeft namelijk te maken met medicatiefouten. In Duitsland heeft men de zorgpas al geprobeerd. Die heeft in Duitsland slechte resultaten opgeleverd. Mensen vergaten hun zorgpas of waren hun pincode kwijt. Dat zijn allemaal dingen die je kunt verwachten. Op verzoek van de Eerste Kamer heb ik toch nog een keer gekeken naar de voor- en nadelen van zo'n zorgpas. Uit dat onderzoek is gebleken dat het mij wordt afgeraden om hieraan te beginnen. We hebben een landelijk schakelpunt en een epd. Dat systeem is meer beveiligd en levert meer privacy op dan alle systemen die we hebben, zoals de systemen die veelal gebruikt worden in verschillende instellingen. Een massieve uitrol daarvan zal veel van de vermijdbare sterfgevallen weten te voorkomen. Kan ik een einde maken aan gratis bijscholing van een halve dag die een opleiding van twee jaar vervangt? Dit gaat eigenlijk weer over de interventieradiologische ingreep. Ik heb al aangegeven wat ik daar in het algemeen van vind. Daar voeg ik nog aan toe dat zorginstellingen natuurlijk verantwoordelijk zijn voor goede kwaliteit. De professional moet bevoegd en bekwaam zijn. Dat is zijn verantwoordelijkheid. Daarnaast heeft de zorginstelling ook een verantwoordelijkheid. Zij moet erop toezien dat dingen in haar organisatie van goed niveau zijn. Dat betekent dat ook zorginstellingen hier een rol hebben en in samenspraak met beroepsorganisaties verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de bijscholing.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als je het artikel in Medisch Contact leest, dan gaan je nekharen toch wel overeind staan. Je kunt na anderhalve dag een stent- of een dotterbehandeling uitvoeren waar anders twee jaar opleiding voor nodig is. Het is niet voor niets dat een hoogleraar daarover aan de bel trekt. Is de minister bereid om uit te zoeken hoe het zit met die bij- en nascholingen en de verwevenheid van de medische industrie? Een van de dingen die deze hoogleraar schrijft, is dat juist door de verwevenheid tussen artsen en nieuwe technologieën de kritische distantie die je eigenlijk verwacht, niet aanwezig is. Ik maak me daar gewoon grote zorgen over, zeker in het kader van patiëntveiligheid. Is de minister bereid om dit verder uit te zoeken en de Kamer hierover te berichten?

Minister **Schippers**: Ik wil benadrukken dat wij als overheid verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Om die verantwoordelijkheid waar te maken, hebben we een BIG-register opgericht waarin mensen niet alleen bevoegd moeten zijn, maar ook bekwaam. We hebben een inspectie die daar toezicht op houdt. Die kijkt niet alleen of iemand bevoegd is, maar ook of die persoon bekwaam is. Zo hebben we het van overheidswege geregeld. We hebben de bepaling wat een goede kwaliteit van zorg is, in Nederland altijd overgelaten aan de sector zelf, omdat daar de professi-

onals zitten die er verstand van hebben. Ik kan het verzoek wel doorgeleiden naar de beroepsorganisaties, met de vraag of zij dat eens zouden willen bekijken. Dat zou ik wel willen doen. Maar als ik het zelf zou doen, dan zou ik de verantwoordelijkheden naar de overheid trekken, terwijl die bij de sector liggen. Als mevrouw Leijten er prijs op stelt, wil ik wel aan de KNMG, de LHV en de OMS vragen of zij dat zouden willen doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het bezwaar dat ik daartegen heb, is dat het weer een onderzoek van het veld is naar het veld zelf. De minister en ik hebben hierover vaker discussies gehad. Als je zelf het onderzoek doet of als je de opdrachtgever bent, dan heb je ook zicht op publicatie en mogelijk achterliggende informatie. Ik vraag de minister, juist vanuit haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg, om dit gewoon eens in kaart te brengen. Hoe zit het met die medische nascholing, zeker als het gaat om nieuwe technologieën? Ik vind het signaal echt heel ernstig. Het verzoek doorgeleiden, dat kan een «nee» worden, dat kan een «ja», dat kan een half onderzoek zijn. Ik wil dat dat de minister hier zelf onderzoek naar instelt.

Minister **Schippers**: Dat zal ik het verzoek niet doorgeleiden. Als je iets doorgeleidt, vraag je natuurlijk ook om de resultaten te melden. Maar als mevrouw Leijten daar geen prijs op stelt, zal ik dat niet doen. Ik vind het niet mijn taak om dat onderzoek te doen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik wil hier nog even op ingaan. De minister zei dat zij het verzoek zou doorgeleiden. Wat mij betreft: graag. Ik wil de minister ook vragen om erover na te denken of zij dat niet iets dwingender kan doen dan alleen het doorgeleiden van het verzoek. De minister zegt heel vaak dat zij iets eerst aan het veld overlaat en dat zij het pas gaat opleggen als blijkt dat het veld het niet doet. Kan de minister ook hier niet een dergelijke druk opleggen?

Minister **Schippers**: Ik zou alleen iets doorgeleiden als ik er zelf ook de meerwaarde van inzie. Daarbij stel ik uiteraard de vragen die hier aan de orde zijn gesteld. Daar zou ik dan ook een antwoord op willen hebben. Zoals ik al aangaf, heb ik mijn aanbod alweer ingetrokken. Ik doe alleen iets waar prijs op wordt gesteld. Als iedereen bij voorbaat al zegt dat zij er geen enkel vertrouwen in hebben, dan vind ik het zonde om de beroepsgroepen te vragen om mij daar een overzicht van te geven. Ik zou ze anders vragen om een overzicht van die na- en bijscholing te verstrekken, vergezeld van een oordeel en de verbintenissen die er zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat was exact wat ik de minister wilde meegeven: het feit dat de SP-fractie het niet nuttig vindt, betekent niet dat wij het niet nuttig vinden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is niet dat we het niet nuttig vinden. We hebben alleen een verschil van mening over de taakopvatting van de minister en het veld. Ik vind dat hiernaar een diepgravend onderzoek moet komen. Daartoe zal ik gewoon een motie indienen.

De **voorzitter**: U hebt het recht om eventueel een motie in te dienen. Ik begrijp dat mevrouw Dijkstra eventueel wel prijs stelt op het aanbod van de minister. Ik kijk even naar de andere leden.

De heer **Kuzu** (PvdA): De fractie van de Partij van de Arbeid steunt het voorstel van mevrouw Dijkstra.

De **voorzitter**: Goed. Ik zie verder knikkende hoofden, dus daarvoor is steun. Mevrouw Leijten heeft uiteraard het recht om zo meteen een motie op dit punt in te dienen, als zij daaraan behoefte heeft.

Minister **Schippers**: Dan zal ik dat verzoek doen aan de verschillende beroepsverenigingen. Ik zal ook meteen de huisartsen daarin meenemen, evenals de ggz-beroepsbeoefenaren. Ik zal het breed uitzetten. Ik zal de Kamer laten weten wanneer we er resultaat van kunnen verwachten. Voorzitter. Ten aanzien van het eigen risico voor patiëntveiligheid heb ik reeds een evaluatie toegezegd. Ook heb ik toegezegd om voor de begroting met een tussenevaluatie te komen, waarin ik de Kamer informeer over de tussenstanden daarvan.

Ten aanzien van de vraag hoeveel mensen afzien van het gebruik van maagzuurremmers die worden voorgeschreven door de arts, ben ik bereid om te evalueren wat het effect is van pakketverkleiningen op het gebruik door de patiënt. De gegevens zijn mij niet bekend. Ik ben het op zichzelf met mevrouw Leijten eens dat het belangrijk is dat we daar zicht op hebben. Ik wil dit niet doen door middel van een evaluatie van het beleid met betrekking tot het pakket, maar wil het wel meenemen in een vervolgonderzoek naar medicatieveiligheid. Zoals ik de Kamer eerder heb gemeld, zal ik een herhaalstudie naar aan medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames laten uitvoeren in 2014. Daarin wil ik deze vraag meenemen, omdat ik ook het vermoeden heb dat er na deze maatregel ineens veel meer chronische gebruikers van maagzuurremmers zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister is een beetje snel langs het punt gegaan van de financiële belangen die artsen kunnen hebben doordat ze consultancycontracten hebben met de medische hulpmiddelenindustrie. Ik heb haar gevraagd of zij denkt dat dit de patiëntveiligheid in de weg kan staan. Daarop heb ik geen antwoord gehad; dat vind ik eigenlijk wel een beetje vreemd.

Minister **Schippers**: Uiteindelijk moet een arts integer zijn werk doen. Als een arts producten gebruikt die inferieur zijn omdat hij daar meer aan verdient – als er zulke artsen zijn – dan brengen ze daarmee uiteraard de patiëntveiligheid in gevaar. Het punt is dat wij transparantie willen in de relatie tussen artsen en industrie en dat wij daarin heel ver zijn. Ik denk dat dit met name komt doordat we het niet op wetgeving hebben gegooid. We hebben het op zelfregulering gegooid: niet op vrijblijvende zelfregulering maar op bindende zelfregulering. Daardoor stellen sectoren zelf gedragscodes op, die natuurlijk ook met ons worden besproken op scherpheid en op wat je eraan hebt. Uiteindelijk zijn daardoor stappen gezet. Ten aanzien van verbindingen tussen de farmaceutische industrie en artsen lopen we in Nederland op wereldniveau echt voorop in transparantie. Zijn we er daarmee? Nee, het kan altijd beter. Laten we echter eerst eens kijken hoe dit loopt en wat dan de volgende stap zal zijn. Wat mij betreft is de volgende stap dat we het ten aanzien van medische hulpmiddelen net zo openbaar maken als ten aanzien van geneesmiddelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit hoor ik alleen al drie jaar. In de zelfregulering lukt het niet. Toen het ging over de metaal-op-metaalheupen vond de minister dat het aan de sector was. Drie jaar later is het nog steeds aan de sector. Van de zomer moet er eens een keer een overleg plaatsvinden. Het is toch kwalijk voor de veiligheid van patiënten wanneer artsen, omdat ze omkoopcontracten hebben met de industrie, niet handelen in het belang van de patiënt maar in hun eigen belang? Ik verwacht eigenlijk van de minister dat ze dat ook gewoon zegt. Ook verwacht ik dat ze op een gegeven moment zegt dat als je dit doet als arts, je je toekomst op het spel zet.

Minister **Schippers**: Artsen die frauderen en zich laten omkopen, laten zich niet tegenhouden door een wet want ze weten daar altijd een maas in te vinden. Het gaat mij erom dat je met een gedragscode die wordt gedragen door artsen zelf, veel meer bereikt dan als je wetten maakt waarbij iedereen gaat zoeken naar de mazen van de wet onder het mom van «dan heb ik me wel aan de wet gehouden, maar ik heb ook een maas gevonden».

Het gaat mij om de essentie. De essentie is dat je integer bent in het beroep dat je uitvoert en dat je een professional bent in het beroep dat je uitvoert en dat je als fabrikant integer bent. Het is belangrijk dat we daar afspraken over maken en dat de inspectie toeziet op de naleving van die afspraken. Op basis van dat systeem hebben wij onze zorg helemaal opgebouwd. Ook ten aanzien van andere zaken is het immers de sector die aangeeft wat de kwaliteit is en die daar richtlijnen en protocollen voor maakt. Dat gaat altijd beter dan via wetten, maar het is niet vrijblijvend, want er wordt wel toezicht op gehouden als er afspraken over zijn gemaakt. Dat zie je ook bij de geneesmiddelen.

De **voorzitter**: We zijn aan het einde gekomen van de eerste termijn van de minister.

De heer Van Veen zal antwoorden geven op de vragen die hem zijn gesteld over de initiatiefnota die hij samen met de heer Anne Mulder heeft geschreven.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. Ik denk dat ik kort kan zijn, omdat ik maar één vraag heb gehoord.

Ik dank nogmaals alle fracties die hier aanwezig zijn voor de complimenten die wij hebben ontvangen voor het werk dat wij hebben verzet in het kader van het opstellen van deze initiatiefnota. Die dank zet ik door naar collega Mulder, maar ook naar die meer dan honderd mensen die wij hebben gesproken over dit onderwerp. Die mensen hebben zich over het algemeen zelf gemeld. Dat zet, met alle respect, de reactie van de minister wel in een bepaald licht. Natuurlijk heeft de minister gelijk als zij zegt dat de zorg in Nederland van sublieme en excellente kwaliteit is. Maar er blijven situaties bestaan waarin mensen slachtoffer zijn van medisch specialisten. Dat is ook de reden waarom wij daar vandaag met elkaar over praten. Met name de incidenten die zich voordoen, vragen soms toch om bezinning. Waar zijn we mee bezig? Zijn de regels of de afspraken die we met beroepsgroepen hebben gemaakt voldoende?

We hebben ons met deze vragen beziggehouden. Daarbij onderschrijf ik volledig dat de cultuur in grote mate bepalend is voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Die cultuur wordt bepaald door het systeem. Dat systeem is niet verkeerd. Wij hebben al in eerste termijn gezegd dat we heel veel medisch specialisten hebben gesproken die wel open zijn over zaken die in hun ziekenhuis gebeuren. Mede op basis van wat zij hebben gezegd, hebben wij die achttien punten op papier gezet.

We hebben ook veel ondersteuning gekregen van mensen uit de luchtvaart en uit het bedrijfsleven. Zij hebben aangegeven dat de intrinsieke motivatie om binnen productieorganisaties continu te blijven verbeteren, kan komen uit schade in economische zin. Daarbij gaat het om de kwaliteit van hun product en de vraag of ze die producten in de toekomst nog wel kunnen verkopen als ze slecht zijn. Hetzelfde geldt voor de luchtvaart, omdat men door schade en schande wijs is geworden. Die schade en schande zou, wat de VVD betreft, ook binnen de wereld van de artsen wat meer vorm moeten krijgen.

Ik wil iedereen bedanken die zijn input heeft geleverd.

Er is nog één vraag van mevrouw Dijkstra. Ik wil daarop hetzelfde antwoord geven als de minister. Dat antwoord is verwoord in het voorwoord van de inspecteur-generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zij heeft aangegeven dat vanaf 1 april 2013, dus na de

publicatie van onze initiatiefnota, de inspectie het beleid hanteert dat bij verwisselingen – en dan gaat het niet alleen over links en rechts – in beginsel een tuchtklacht wordt ingediend. Dat is wat de VVD betreft een goede start. Daar wil ik het bij laten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat is een heel simpel antwoord op een wat minder simpele vraag. Mijn vraag ging niet alleen over de verwisselingen, maar ook over basisfouten. Die moeten hard aangepakt worden. Men moet hiervoor voor de tuchtrechter komen. Ik heb gevraagd om te kijken naar ons hele stelsel en naar de fouten die worden gemaakt. Die fouten worden deels veroorzaakt doordat mensen niet goed functioneren of doordat de keten niet goed functioneert. Dat heeft tot gevolg dat fouten worden gemaakt die in de cultuur zitten. Je wilt die cultuur veranderen. Je wilt dat mensen van fouten kunnen leren, opdat die fouten niet opnieuw worden gemaakt. Er wordt echter ook gezegd: we gaan er hard in. Ik ben op zoek naar de balans. Ik vind dat lastig, omdat het elkaar een beetje bedreigt. Als je hard ingrijpt zodra er een basisfout wordt gemaakt, wie zal dan nog open zijn over de basisfouten die worden gemaakt?

De heer **Van Veen** (VVD): Dit is precies de paradox waarin we leven: ga je het melden belonen of ga je het niet melden straffen? Zoals ik al heb aangegeven in eerste termijn, zijn wij voor het straffen van het niet melden. We zitten nu met elkaar in dat proces. Daarbij moeten wij als politiek het vertrouwen geven aan de beroepsgroep. De minister heeft dat ook aangegeven. Dat betekent dus dat we het keihard gaan aanpakken als basisfouten niet worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en vervolgens niet worden opgenomen in een medisch dossier. Volgens mij steunen én de minister én de Inspectie voor de Gezondheidszorg ons daarbij. Voor de korte termijn is dat voldoende, maar we zullen natuurlijk nauwgezet volgen of die beleidswijziging van 1 april 2013 tot het gewenste resultaat leidt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het gaat u dus expliciet om het niet-melden. Voor wie wel meldt, geldt met andere woorden iets anders.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik herhaal de minister, maar het veilig melden is dus iets wat we morgen zullen bespreken bij de behandeling van het wetsvoorstel. Ik stel voor dat we ook deze discussie verplaatsen naar het debat van morgen.

De **voorzitter**: Daarmee zijn we toegekomen aan de tweede termijn. Ik noem de resterende spreektijden van de woordvoerders: VVD 2,5 minuut, PvdA 3 minuten, PVV 2 minuten, SP 2,5 minuut, CDA 2 minuten en D66 2 minuten.

Ik geef als eerste het woord aan de heer Van Veen, maar niet dan nadat mevrouw Leijten een punt van orde heeft gemaakt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter, de heer Van Veen vergiste zich in zijn spreektijd. Omdat hij de initiatiefnemer is van deze nota, zou ik het wel zo netjes vinden dat hij al zijn moties kan indienen. Ik zou u daarom willen vragen om coulance te betrachten en hem niet aan die twee minuten te houden.

De **voorzitter**: Als hij het dan maar niet al te bont maakt. Ik zie aan hem dat hij zijn collega's dankbaar is voor dit gebaar.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik ben blij dat u dat al voor mij hebt vastgesteld, voorzitter.

De VVD wilde vandaag drie dingen markeren. De minister heeft eigenlijk al gezegd dat ze ze alle drie over zal nemen. Dat betekent dat ik twee

moties van die drie die ik had voorbereid, niet zal indienen. De eerste motie die ik niet indien, betreft de kwalitatieve en de kwantitatieve data waarover men bij Vektis en andere instanties beschikt. De minister heeft namelijk toegezegd dat zij de Kamer hierover informatie zal doen toekomen, zodra die beschikbaar is, en dat zij zal proberen om het te verbreden. Ik zal verder ook mijn motie over de lijkschouwing niet indienen. De VVD blijft echter wel van mening dat de lijkschouwing een integraal onderdeel hoort te zijn van de procedure die een ziekenhuis volgt na het overlijden van een patiënt. Desondanks wachten wij het onderzoek naar de NODO-procedure af, zeker nu de minister heeft toegezegd dat het onderzoek er voor het eind van het jaar zal zijn. De minister heeft er wel iets over gezegd, maar desondanks dien ik toch mijn derde motie in. Maar wellicht kan ik de motie later in dit overleg meteen weer aanhouden.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat bij strafzaken tegen een medisch specialist medische kennis onontbeerlijk is;

constaterende dat het Openbaar Ministerie hierbij afhankelijk is van de welwillendheid van collega-medisch specialisten maar dat die welwillendheid niet altijd aanwezig is;

verzoekt de regering om in gesprek te treden met de KNMG om sluitende afspraken te maken, zodat strafrechtelijke onderzoeken niet gefrustreerd worden door een gebrek aan medewerking van medisch specialisten,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Veen. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 5 (33 497).

De heer **Van Veen** (VVD): Met name dat laatste puntje is voor mij belangrijk.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De minister zegt terecht dat er ook een hele hoop goed gaat in de zorg. Dat mogen we in een debat als dit zeker niet vergeten. Ondertussen worden er wel 30.000 mensen per jaar in het ziekenhuis nodeloos zieker dan ze al waren. Dat zijn evenveel mensen als de gemeente Heemskerk inwoners heeft. Als je je daarbij realiseert dat er elk jaar 11.000 zware verkeersongevallen plaatsvinden, is het ook relatief een enorm aantal.

Ik bedank de minister voor haar toezegging dat zij met de ziekenhuizen in gesprek gaat om ervoor te zorgen dat de sterftcijfers niet alleen openbaar worden, maar ook sneller worden vastgesteld. Het is verder goed om te horen dat de vijftien ziekenhuizen die real time werken als voorbeeld zullen dienen.

Ik heb ten slotte nog drie vragen. De minister heeft een goede toelichting gegeven op het bevorderen van patiëntveiligheid in de opleidingen en de bijscholing. Dat moet inderdaad de rode draad zijn. Ik dien daarom hierover geen motie in, maar ik vraag de minister wel om aan het einde van dit jaar, wanneer de resultaten bekend zijn, een brief naar de Kamer te

sturen met een weging van de resultaten. Is de minister met andere woorden dan zelf ook tevreden over de geboekte vooruitgang? Wanneer komt de innovatieagenda van beide bewindspersonen? Ik merk tijdens al mijn werkbezoeken dat men in de zorg staat te springen om innovatie, maar op een aantal terreinen ook een steun in de rug nodig heeft.

Morgenavond komen wij bij de behandeling van de voorgestelde Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg nog over het volgende te spreken dat ik bewust aan de minister voorleg. Als een patiënt in een ziekenhuis schade heeft ondervonden van een medisch hulpmiddel, bijvoorbeeld een metaal-op-metaalheupimplantaat, kan diegene een procedure beginnen tegen de fabrikant en de zorginstelling. De wet biedt echter geen oplossing voor de procedure die je zou moeten doorlopen. Ontstaat daardoor niet het risico dat men naar elkaar gaat wijzen? Wij komen daar morgenavond op terug, maar ik breng dit punt nu bewust onder de aandacht van de minister.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen. Ik dank haar ook voor de toezegging om expliciet aandacht te besteden aan videomonitoringsystemen om naleving van hygiënerichtlijnen te verbeteren. Wij zullen de innovatienota afwachten. Net als mijn collega Bruins Slot ben ik wel benieuwd wanneer wij die innovatienota dan kunnen verwachten.

Tevens ben ik blij met de toezegging van de minister dat het Kwaliteitsinstituut specifiek aandacht gaat besteden aan aantallen heropnames, heroperaties, complicaties, bijwerkingen en alles wat gerelateerd is aan mogelijk opgelopen gezondheidsschade. Kan hierover aan de Kamer worden gerapporteerd? Ik had voor beide onderwerpen een motie klaarliggen, maar die zal ik nu niet indienen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Ik bedank de minister voor de beantwoording van de vragen en voor de urgentie die zij voelt om het onderwerp «patiëntveiligheid» op de agenda te houden. Patiëntveiligheid is volgens de Partij van de Arbeid ook heel belangrijk. Daar kan niet voldoende aandacht aan besteed worden. Het onderwerp moet dus op de agenda blijven staan.

Wij danken de minister voor de toezegging dat zij in de innovatienota aandacht zal schenken aan de toepassing van medische technologie. Ik wil hierover nog wel een opmerking maken. De minister heeft toegezegd dat ze voor opleidingen beperkte financiering met concrete doelstellingen gaat verzorgen, maar ik vraag ook aandacht voor heel simpele, kleine technologieën. Ik begrijp de bezwaren, zoals uit de afgelopen periode, dat de stekker er meteen uitgaat als een subsidie stopt. Is het echter mogelijk om op dit gebied met concrete doelstellingen, ook in relatie tot de borging als het ophoudt, iets te doen om niet alleen randvoorwaarden te creëren maar ook voor daadwerkelijke toepassing te zorgen? Dit is wat mij betreft een punt waarmee heel veel winst gepakt kan worden voor patiëntveiligheid.

De minister gaf ook aan dat er een gedragscode voor medisch hulpmiddelen komt en dat de inspectie bredere toezichtsbevoegdheden krijgt. Ik vraag me af of het mogelijk is om dit proces te versnellen. Er is namelijk al een transparantieregister voor de farmaceutische industrie. Volgens mij is het goed mogelijk om het voor de medische hulpmiddelen sneller te regelen, omdat we het voorbeeld van de farmaceutische sector hebben. Op welke termijn kunnen we verwachten dat er een soortgelijk transparantieregister voor de industrie voor medische hulpmiddelen komt? Ik zie dat de voorzitter naar mij kijkt, maar ik wil nog graag een laatste punt maken.

De **voorzitter**: U hebt nog 58 seconden.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik heb een opmerking over mijn hobby, namelijk geneesmiddelen. Er komt een EU-richtlijn aan. We gaan het morgen ook over medische hulpmiddelen en de geneesmiddelenrichtlijn hebben, waardoor de veiligheid en de keten geborgd wordt. Ik heb er tijdens het laatste AO over geneesmiddelen ook een vraag over gesteld, maar die is ondergesneeuwd door andere punten. Er komen veiligheidskenmerken om de geneesmiddelenketen verder te versterken en nagemaakte geneesmiddelen van de markt te weren. Het voorstel is om veiligheidskenmerken alleen op receptgeneesmiddelen aan te brengen, maar ik benadruk het volgende. Als er een onderscheid komt tussen medicijnen met én zonder hologrammen en veiligheidskenmerken, kan bij de patiënt het beeld ontstaan dat er sprake is van namaak en kan onoverzichtelijkheid ontstaan. Ik zie de voorzitter druk in mijn richting gebaren.

De **voorzitter**: U bent nu echt ver door uw tijd heen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Dit was het punt dat ik wilde maken. Dank voor de getoonde coulance.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Verschillende zaken komen morgen terug bij de behandeling van het wetsvoorstel Wkkgz. Ik sluit mij aan bij de vraag wanneer wij de innovatieagenda kunnen verwachten. De minister zegt dat wij de uniforme barcodering niet zelf gaan invoeren. We gaan hiervoor op Europa wachten. De Europese molens malen langzaam, maar de minister gaat er druk op zetten. Hoe stelt de minister zich dat voor? Wanneer gaan wij wel zelf iets doen? Bij verschillende onderwerpen, zoals de zwarte lijst, hebben wij besloten om het wel zelf op te pakken omdat Europa er te lang over doet. Ik had een motie voorbereid over complexe nieuwe behandelingen waarvoor medisch specialisten niet zijn opgeleid, maar ik dien die niet in, want de minister heeft een uitgebreide toezegging gedaan om dit onderwerp op alle terreinen door te spreken. Ik bedank haar voor die toezegging. Wel heb ik nog een motie met betrekking tot het veiligheidsprogramma en de meetinstrumenten daarvoor.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat een van de doelstellingen van het VMS-programma, de halvering van vermijdbare sterfte in ziekenhuizen, niet gehaald is;

constaterende dat een van de redenen hiervoor het gebrek aan bewezen effectieve veiligheidsinterventies is;

overwegende dat betrouwbare meetinstrumenten moeten worden ontwikkeld om de effectiviteit van investeringen in veiligheid te kunnen bepalen en dat ziekenhuizen die investeren in de benodigde technologie hiertoe ook een nulmeting kunnen doen;

verzoekt de regering, te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn van automatische dataverzameling om vermijdbare sterfte in ziekenhuizen te beperken, mede door de effectiviteit van veiligheidsinterventies meetbaar te maken, en de Kamer hierover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Pia Dijkstra en Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 6 (33 497).

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wij vinden het goed dat de minister heeft toegezegd dat zij het gebruik of niet-gebruik van maagzuurremmers in relatie tot ziekenhuisopname gaat meenemen. Daardoor laat ik een voorbereide motie hierover vervallen. Het is wel verstandig om pakketverkleining goed te evalueren. Op een ander moment zal ik hierop terugkomen. Wij hebben deze week nog voldoende debatten, onder andere over het pakket.

Mevrouw Dijkstra heeft een voorbereide motie niet ingediend omdat zij tevreden is over de toezegging van de minister om met veldpartijen te gaan praten over na- en bijscholing door de farmaceutische industrie en de hulpmiddelenindustrie. Het is prima om dit met het veld te bespreken, maar ik vind het echt een taak van de minister om dit ook goed in de gaten te houden. De minister gaat namelijk over de kwaliteit. Als zij zelf niet vindt dat zij dit moet onderzoeken, geeft zij eigenlijk aan dat dit voor haar niet zo veel prioriteit heeft, dat het haar niet zo veel uitmaakt hoe het verloopt. Dat vind ik een verkeerd signaal. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat Medisch Contact meldt dat steeds meer niet-interventieradiologen interventieradiologische behandelingen uitvoeren;

overwegende dat deze radiologen een training van slechts anderhalve dag krijgen en dat deze training aangeboden wordt door de industrie;

van mening dat het onwenselijk is dat radiologen na een slechts zeer korte training aan de slag gaan als interventieradioloog en dat het onwenselijk is dat de industrie invloed heeft op deze training;

verzoekt de regering, deze kwestie tot de bodem uit te zoeken en de Kamer daarover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 7 (33 497).

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik kom op mijn laatste punt. Je kunt transparant maken wat de banden tussen de farmaceutische industrie of de industrie voor medische hulpmiddelen en artsen zijn, maar er moeten ook sancties zijn. Eigenlijk zeggen wij dat het goed is, zolang men het maar meldt. Ik denk echter dat er ook grenzen zijn die je kunt overschrijden. Die grenzen ga je over als je als arts consultancycontracten aangaat met de hulpmiddelenindustrie. Het is raar als je dat ongestraft kunt blijven doen.

We hebben het hier over het goed melden van incidenten, over eerlijk zijn over wat mis kan gaan, over een zelfkritische houding. Er staat echter geen sanctie op het geval waarin een arts gekocht wordt door de industrie, en dat vind ik gek. Ik dien daarom de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er sprake is van consultancycontracten tussen artsen en producenten van medische hulpmiddelen;

overwegende dat financiële prikkels artsen kunnen aanzetten tot keuzes die niet primair in het belang zijn van de patiënt;

van mening dat de onafhankelijkheid van artsen boven elke twijfel verheven moet zijn;

verzoekt de regering, financiële contracten tussen artsen en de medische hulpmiddelenindustrie strafbaar te stellen op straffe van een hoge boete voor de industrie en het verlies van artsenregistratie voor artsen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 8 (33 497).

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik maak hierover graag een laatste opmerking. De minister zegt: zelfregulering is goed want degene die kwaad wil doen, zal de mazen van de wet opzoeken. Dat geldt voor zelfregulering ook. Degene die kwaad wil doen, kan een hele sector beschadigen. Als er geen sancties op staan, dan geef je eigenlijk aan dat je het niet zo belangrijk vindt. Dat signaal vind ik verkeerd.

De voorzitter: Hiermee zijn we gekomen aan het einde van de tweede termijn van de Kamer. Ik schors even de vergadering zodat de minister rustig kan kijken naar de ingediende moties.

De vergadering wordt van 14.36 uur tot 14.45 uur geschorst.

Minister **Schippers:** Voorzitter. Ik begin met de motie-Van Veen op stuk nr. 5. Ik zal het gesprek aangaan en de Kamer daarover informeren, zoals in de motie ook wordt gevraagd. Naar aanleiding daarvan kan de heer Van Veen kijken wat hij met de motie doet.

De voorzitter: Op verzoek van de heer Van Veen stel ik voor, zijn motie (33 497, nr. 5) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Minister **Schippers:** Mevrouw Bruins Slot stelde drie vragen. In de eerste plaats vroeg zij of de Kamer aan het eind van het jaar in een brief de resultaten kan ontvangen van de aandacht die in opleidingen aan patiëntveiligheid wordt besteed en een wegging van de betreffende resultaten. Dat kan. Dat zal ik doen.

In de tweede plaats vroeg mevrouw Bruins Slot wanneer de innovatienota komt. Die komt aan het eind van dit jaar.

De derde vraag van mevrouw Bruins Slot, welke procedure gevolgd wordt bij schade door een medisch hulpmiddel, zullen we morgen bespreken bij de behandeling van het wetsvoorstel.

Er zal in de nota expliciet aandacht worden besteed aan het videosysteem. Die nota komt voor het eind van dit jaar.

Er is gevraagd of ik aan de Kamer kan rapporteren over de indicaties en de criteria die worden gebruikt bij wat het Kwaliteitsinstituut daadwerkelijk publiek gaat maken. Dat zal ik doen. Hoe snel dat allemaal gaat, hangt af van de procedure in de Eerste Kamer. Ik moet nog zien dat zij dit nog voor het zomerreces behandelt. Voor je het weet schuift het door. Daar hangt het allemaal mee samen. Ik zal in ieder geval in de rapportages expliciet aandacht besteden aan de indicatoren. We hebben vijf bestaande instituten samengevoegd in één instituut: het Kwaliteitsinstituut. We hebben allemaal gezegd: er zijn heel veel indicatoren; die gaan wij ook schonen. Ik zal daar expliciet aandacht aan besteden.

De heer Kuzu zei dat er simpele technologie is en dat we een concrete doelstelling hebben. Hij vroeg of ik niet meer kan doen dan ik nu heb gezegd. Ik stel voor om dit punt bij de innovatienota te betrekken omdat we daarin breed kijken naar allerlei doelstellingen. Ik denk zelf dat e-health ontzettend veel kan betekenen, maar dat we op dat punt heel traag zijn in Nederland. De grote puzzel is natuurlijk hoe dit versneld kan worden. Het kan worden versneld door subsidies. Dat heeft niet tot een enorme, landelijke uitrol van heel geslaagde experimenten geleid. Ik ben enorm aan het puzzelen met de vraag hoe we het landelijk van de grond krijgen. Ik zal dat hierin meenemen.

De Gedragscode Medische Hulpmiddelen is er al sinds 1 januari. In de zomer zullen de beroepsbeoefenaren zich erbij aansluiten. Er is gevraagd of wij het register kunnen versnellen. Ik zal daarnaar kijken. We hebben inmiddels ervaring met het geneesmiddelenregister. Het grote verschil tussen geneesmiddelen en hulpmiddelen is dat heel veel dingen die we doen, hun oorsprong vinden in regelgeving vanuit Europa. Maar we hebben de voorbeelden. Ik zal ernaar kijken of we dat ten aanzien van de medische hulpmiddelen kunnen versnellen. Eerst moeten de beroepsbeoefenaren de gedragscode ondertekenen.

De hologrammen zijn onderdeel van de Europese wetgeving ten aanzien van geneesmiddelen om vervalsingen tegen te gaan. In eerste instantie begint men met receptgeneesmiddelen. Het blijft niet daartoe beperkt, maar het is het begin ervan. Eurocommissaris Borg heeft aangegeven, binnen één jaar ook de generieke geneesmiddelen te doen. Ik weet niet of hij dat gaat redden, maar het is in elk geval zijn ambitie. Het blijft niet bij receptgeneesmiddelen. Generieke middelen komen erachteraan. De ambitie is om dat met enig tempo te doen.

Ik kom bij de punten van mevrouw Dijkstra. Ik zie wel degelijk urgentie op het gebied van uniforme barcodering, maar het zou goed zijn als we dat in Europa in één keer goed van de grond trekken. Ik heb daar dus over gesproken met dezelfde Eurocommissaris en die heeft gezegd dat dit binnen een jaar is geregeld. Ik heb daar mijn twijfels over; dat zeg ik maar even in de vertrouwelijkheid van deze vergaderzaal, maar het zou natuurlijk heel mooi zijn als die ambitie en verwachting inderdaad binnen een jaar worden gerealiseerd. Ik heb wel gezegd dat wij, als er vertraging optreedt, ons moeten beraden op de vraag of wij net als bij de implantaten vooruitlopend daarop niet een register moeten instellen. Gelet op die toezegging, vind ik het echter heel raar om dat nu vanuit Nederland op te starten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat was precies wat ik graag van de minister wilde weten: legt zij voor zichzelf een soort grens? Europese molens malen langzaam, maar als zij zo langzaam malen dat dit weer

langer duurt, neemt de minister zich dan voor om zelf maatregelen te nemen? Ik begrijp uit haar woorden dat zij dit misschien wel in haar hoofd heeft, maar dit nog niet wil communiceren aan Europa. Dat kan ik mij voorstellen, maar ik zou wel graag van de minister willen weten of haar geduld eindig is, net als bijvoorbeeld het mijne.

Minister **Schippers**: Ik heb dat gesprek enkele maanden geleden gehad. Als we het ruim nemen, zou er rond deze tijd volgend jaar dus zo'n barcodering moeten zijn of zou die dan in ieder geval heel snel op komst moeten zijn. Als volgend jaar rond deze tijd blijkt dat dit lekker «aanloopt», hebben we een nieuwe situatie.

Mevrouw Dijkstra heeft samen met mevrouw Bruins Slot de motie op stuk nr. 6 ingediend. Daarin wordt gevraagd om de mogelijkheden te onderzoeken van automatische dataverzameling om vermijdbare sterfte in ziekenhuizen te beperken, mede door de effectiviteit van de veiligheidsinterventies meetbaar te maken, en de Kamer hierover te informeren. Ik zou vooral willen inzetten op een betere registratie, met name op betere registratiesystemen en op koppeling van systemen. Door die koppeling en die betere registratie nemen de mogelijkheden voor automatische dataverzameling en daarmee dus ook de transparantie namelijk enorm toe. Dat sluit ook bij aan het initiatief van de NFU. Dat initiatief staat open voor de hele sector. Ik zou dus echt willen zeggen: houd deze motie aan. Als dat niet kan, vind ik de motie heel voorbarig en zou ik haar echt willen ontraden. Het veld – om heel concreet te zijn: de NFU – heeft hier het voortouw genomen. Geef het veld dan de ruimte. Je kunt er dan op een gegeven moment naar kijken en dan kun je zeggen dat het onvoldoende is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben niet de enige ondertekenaar van deze motie. Voordat ik de motie aanhoud, overleg ik dus even met mevrouw Bruins Slot, maar de minister weet dat ik graag naar haar luister.

De **voorzitter**: We wachten de uitkomst daarvan dus even af, tenzij mevrouw Bruins Slot nu al knikt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nee.

De **voorzitter**: Dan overleggen de indieners daarover en dan laten zij dat tijdig weten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik zal dat tijdig laten weten, in elk geval voor de stemmingen.

Minister **Schippers**: In de motie op stuk nr. 7 van mevrouw Leijten wordt de regering verzocht om de kwestie van heel kort getraind worden en dan al bevoegd maar niet bekwaam aan de slag gaan, tot de bodem uit te zoeken en de Kamer daarover te informeren. Ik zou die motie willen ontraden. Ik heb zojuist aangegeven dat ik het veld wil vragen om dit breed te inventariseren. Daarbij gaat het niet alleen om de relatie tussen industrie en artsen. Dat is één onderdeel, maar ik zou het veld ook willen vragen om daarbij direct niet-relevante of ondermaatse bijscholing breed te onderzoeken en om mij daarover te rapporteren. Ik zou deze motie dus willen ontraden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Kan de minister aangeven wanneer zij weet of het veld dit wil doen?

Minister **Schippers**: Ik zal dat aan het veld vragen en ik zal dit per omgaande laten weten aan de Kamer. Ik zie het veld deze week.

Mevrouw **Leijten** (SP): Gebeurt dat nog voor het reces?

Minister **Schippers**: Ja. Ik zal dit voor het reces aan de Kamer laten weten. Ik zal het veld ook meteen vragen om een termijn, want dan kan ik de Kamer ook laten weten wanneer dit klaar is.

In de motie op stuk nr. 8 wordt de regering verzocht financiële contracten tussen artsen en de medische hulpmiddelenindustrie strafbaar te stellen op straffe van een hoge boete voor de industrie en het verlies van artsenregistratie voor artsen. Ten aanzien van de zelfregulering moet dit inderdaad niet zonder consequenties blijven.

De sanctie ten aanzien van de geneesmiddelen is nu een bestuurlijke boete op basis van de Geneesmiddelenwet. Dat kan behoorlijk oplopen, tot vierenhalve ton. Voor de hulpmiddelen hebben we een ander regime, namelijk een regime dat in Europa anders in elkaar zit. Ik heb aangegeven, het regime van de farmaceutische industrie ten aanzien van het register te willen volgen. Ik heb net ook toegezegd dat ik wil bekijken of we dat kunnen versnellen. In datzelfde kader wil ik ook onderzoeken hoe we het zelf in nationale regelgeving zouden moeten vormgeven als het in Europa niet snel van de grond komt. Ik moet echt even onderzoeken hoe ik dat wetstechnisch zou moeten doen. Ik ben er echter wel toe bereid. Zelfregulering moet namelijk niet vrijblijvend zijn. Anders staat er in een register dat ik vijf ton heb gekregen van de medische hulpmiddelenindustrie, en dan? Dat moet wel een vervolg krijgen. Ik wil dit dus onderzoeken. Als mevrouw Leijten haar motie in die zin wil aanpassen, dan laat ik het oordeel aan de Kamer. Ik vind de motie nu nog wel heel fors geformuleerd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind dit een positieve stap. Laat ik daar eerlijk over zijn. De minister weet ook hoelang we hier al mee bezig zijn en hierom vragen. Wanneer denkt de minister duidelijk te hebben hoe ze het sanctiebeleid wil opzetten? De minister deed een toezegging, dus ik kan de motie intrekken, maar ik zou het wel prettig vinden als we het tegen de tijd van de begrotingsbehandeling – dat lijkt me een mooie termijn – erover kunnen hebben wat het sanctieregime zou zijn en kunnen bekijken of dat ver genoeg gaat of niet. Als de minister dat kan toezeggen, kan ik de motie intrekken.

Minister **Schippers**: Ik denk dat ik voor de begrotingsbehandeling wel heb onderzocht hoe ik dat wetstechnisch en juridisch in het vat zou moeten gieten. Ik heb er nu echt geen enkel zicht op. Ik kan er dus ook helemaal niet op vooruitlopen. Ik zal de Kamer er in ieder geval voor de begrotingsbehandeling over berichten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind dat een enorme tegemoetkoming. We kunnen de motie wel in stemming brengen, maar volgens mij is dit een goede stap en bespreken we het verder bij de begrotingsbehandeling. Ik kan de motie dus intrekken.

De **voorzitter**: Aangezien de motie-Leijten (33 497, nr. 8) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit. De motie op stuk nr. 7 wordt toch aangehouden? Of wordt zij ingetrokken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zal het nog een keer aangeven, want anders is het onduidelijk. Ik zal het dictum van de motie op stuk nr. 7 aanpassen. Verzocht wordt dan om het breed te onderzoeken. Dat is eigenlijk het verzoek dat de minister aan het veld doet. Ik houd de motie echter wel aan. Als het veld dat onderzoek doet, dan kunnen we dat afwachten, maar als het veld zegt dat het dat onderzoek niet gaat doen, dan wil ik de motie

graag nog in stemming brengen, want dan moet de regering dat doen. De gewijzigde motie komt dus nog langs, maar ik houd haar bij dezen wel aan.

De **voorzitter**: Op verzoek van mevrouw Leijten stel ik voor, haar motie (33 497, nr. 7) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Mevrouw **Leijten** (SP): En de motie op stuk nr. 8 is ingetrokken vanwege de toezegging.

De **voorzitter**: Voor de helderheid: de motie op stuk nr. 8 hebt u ingetrokken en de motie op stuk nr. 7 wordt aangehouden. Dan kijk ik nog even naar mevrouw Dijkstra en mevrouw Bruins Slot om te horen wat zij met de motie op stuk nr. 6 doen. Ze houden de spanning er nog even in, zo geven zij aan. Dat is toegestaan. We blijven dus allen in spanning, want het kan ook na het notaoverleg nog gebeuren.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we gekomen aan het eind van dit notaoverleg. Ik dank de minister en haar ondersteuners en ondersteunsters. Ik dank ook de collega's en de belangstellenden, die het dapper hebben volgehouden.

Sluiting 15.01 uur.

Volledige agenda

1. *Standpunt rapport «Vernieuwing op drift» Onderzoeksraad voor Veiligheid (Kamerstuk 31 016, nr. 24)*
Brief regering d.d. 22-11-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
2. *Uniforme barcodering geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 197)*
Brief regering d.d. 06-07-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *«Zwijgcontracten» in de zorg (Kamerstuk 25 424-186)*
Brief regering d.d. 11-07-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. *Lijst van vragen en antwoorden inzake de conclusies en de acties inzake het rapport «Brandveiligheid van zorginstellingen» (Kamerstuk 32 757, nr. 42)*
Brief regering d.d. 11-07-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. *Aanbieding evaluatie «DEKRA Certification B.V. doelmatig en doeltreffend?» van Conquaestor (Kamerstuk 32 805, nr. 21)*
Brief regering d.d. 25-09-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
6. *Reactie op IGZ rapporten over veiligheid in ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 33)*
Brief regering d.d. 15-11-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *Voorstel voor een register van implantaten (Kamerstuk 32 805, nr. 23)*
Brief regering d.d. 20-11-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Voortgang patiëntveiligheid in ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 34)*
Brief regering d.d. 26-11-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Aanbevolen maatregelen om de medicatieveiligheid in Nederland te verbeteren (Kamerstuk 29 477, nr. 226)*
Brief regering d.d. 12-02-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. *Initiatiefnota van de leden Anne Mulder en Michiel van Veen over patiëntveiligheid (Kamerstuk 33 497)*
Initiatiefnota d.d. 04-12-2012
Tweede Kamerlid, A. (Anne) Mulder (VVD)
11. *Reactie op de initiatiefnota van de leden Anne Mulder en Van Veen over patiëntveiligheid (Kamerstuk 33 497, nr. 4)*
Brief regering d.d. 21-03-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Antwoord vragen commissie over de Stand-van-zakenbrief brandveiligheid in zorginstellingen (Kamerstuk 32 757, nr. 62)*
Brief regering d.d. 24-04-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. IGZ-rapport metaal-op-metaal-heupimplantaten (Kamerstuk 32 805, nr. 25)

Brief regering d.d. 28-05-2013

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

14. Reactie op verzoek Leijten over de metaal-op-metaal heupimplantaten (Kamerstuk 32 805, nr. 19)

Brief regering d.d. 19-06-2012

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

15. Patiëntveiligheid (Kamerstuk 33 497, nr. 9)

Brief regering d.d. 11-06-2013

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. IGZ-rapport «Operatief proces beter gestructureerd, scherpere handhaving op achterblijvende uitvoering blijkt noodzakelijk» (Kamerstuk 31 765, nr. 77)

Brief regering d.d. 13-06-2013

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers