

Vergaderjaar 2011–2012

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 173

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 2 april 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 13 maart 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 november 2011 inzake het overlijden van een psychiatrisch patiënt (25 424, nr. 151);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 november 2011 met betrekking tot de aanbidding van de vertrouwelijke onderzoeksrapportage «Lichaam en Geest» inzake het overlijden van de psychiatrische patiënt Raymond (25 424, nr. 153);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met het verslag van een schriftelijk overleg inzake het overlijden psychiatrisch patiënt d.d. 9 december 2011 (25 424, nr. 156).**

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks), Klaver (GroenLinks) en Straus (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), Hazekamp (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Eijssink (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Van der Burg (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Lodders (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks), Van Tongeren (GroenLinks) en De Liefde (VVD).

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

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Smeets, Straus, Bruins Slot, Bouwmeester, Dille, Leijten, Voortman en Dijkstra,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open het algemeen overleg van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tijdens dit overleg wordt er gesproken over het overlijden van een psychiatrische patiënt. Zoals wij gewend zijn, zullen wij spreken over «de patiënt». Wij zullen die dus niet met naam en toenaam noemen.

Ik heet de minister en haar ambtenaren van harte welkom. Ik stel een spreektijd voor van vier minuten per woordvoerder.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Na een lange tijd spreken we vandaag over een heel zieke patiënt die onder mensonterende omstandigheden is overleden in een isoleercel. Hij is tien keer heen en weer gesleept tussen een ziekenhuis en de ggz-instelling. Er stonden twintig professionals om hem heen. De IGZ stond op afstand, maar niemand kon zijn situatie verbeteren.

De PvdA-fractie heeft dit algemeen overleg aangevraagd omdat zij dit soort situaties in de toekomst wil voorkomen. Zij stelt een aantal vragen aan de minister. Waarom kon deze patiënt zich zo beschadigen, terwijl hij onder toezicht stond? Waarom verbleef hij zo lang in een isoleercel? Dan is er toch sprake van beheersen en niet van behandelen? Waarom was er een beveiliging bij deze patiënt en geen behandelaar? Is de reden daarvan dat er onvoldoende personeel beschikbaar was?

Volgens de instelling moest deze patiënt eigenlijk in een klinisch intensieve behandelunit (KIB) of in een psychiatrisch medische behandelunit (PMU) worden opgenomen. Dat zijn speciale behandelafdelingen voor iemand met psychische en lichamelijke problemen. Dat is echter niet gebeurd en ik vraag de minister waarom niet. Waren er onvoldoende plekken? Waarom is de IGZ niet nagegaan wat deze persoon nodig had? In de rapportage staat namelijk heel duidelijk dat de IGZ is nagegaan wat er beschikbaar was en of het paste. Zij is echter niet nagegaan wat deze persoon nodig heeft. Het ziekenhuis en de ggz werkten onvoldoende samen. De minister stelt nu voor om met een protocol te werken, maar er zit natuurlijk meer achter. Er is hier sprake van een cultuurprobleem dat inhoudt dat twintig mensen om een patiënt heen staan, terwijl niemand inziet dat de situatie voor die patiënt moet verbeteren. De IGZ was erbij. Zoals ik echter al zei: de IGZ kwam, zag en ging weer weg. Ook zij heeft de situatie voor deze patiënt niet verbeterd. Hoe kan deze cultuur worden doorbroken?

Eerder heeft zowel de IGZ als GGZ Nederland gezegd dat, indien mensen met een lichamelijk probleem en erg verward in een ziekenhuis belanden, het wel eens vaker misgaat. Waarom gingen niet alle alarmbellen rinkelen? De IGZ was immers wel op de hoogte van de situatie van deze patiënt. Waarom is er in de instelling niets gebeurd?

Kortom, het is onbegrijpelijk dat er zo veel mensen om die patiënt heen stonden die echt wel iets wilden doen maar toch gebeurde er niets. Die cirkel moet worden doorbroken.

Is de minister het met de PvdA-fractie eens dat er een landelijk dekkend netwerk voor high care voor de ggz moet zijn, een veilige behandelek voor mensen met een ernstig psychiatrisch en lichamelijk probleem? Een dergelijke high care is er nu namelijk niet en dat vinden wij heel vreemd. Voor de intensive care, die bedoeld is voor mensen met een lichamelijk ernstig probleem, is er geen wachtlijst en dat moeten we vooral zo

houden. Voor mensen die zo ziek zijn als deze patiënt, is er echter blijkbaar wel een wachtlijst, want er was geen behandelplek. De PvdA-fractie vindt ook dat er in elk ziekenhuis een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige aanwezig moet zijn, iemand die verstand heeft van verwarde mensen, die een arts of een specialist, die heel veel verstand heeft van een lichamelijk probleem, kan ondersteunen.

Ik kom op de IGZ. De PvdA-fractie wil weten wat de rol van de IGZ was.

Hoe is het mogelijk dat zij kwam, zag en weer wegging zonder dat zij de situatie voor deze patiënt heeft verbeterd? Waarom is alleen het handelen van de ggz en dat van het ziekenhuis onderzocht maar niet het handelen van de IGZ? Wil de minister dat alsnog onderzoeken?

Ik ga in op het tuchtrecht. De IGZ heeft gezegd dat er uit dit voorval lessen getrokken kunnen worden. Er is geconstateerd dat enkele medisch specialisten individueel verwijtbaar hebben gehandeld. Vervolgens wordt er echter niets gedaan, terwijl het tuchtrecht er toch voor is bedoeld om lessen te trekken. Het is toch bedoeld om enerzijds een medisch specialist aan zijn jasje te trekken in de trant van «dit is verkeerd» en anderzijds om te laten zien dat alle mensen die onder die specialist vallen, weten dat de norm is dat er goede en verantwoorde zorg wordt geleverd?

De minister heeft een onderzoek toegezegd naar de psychiatrisch medische behandelunits, de PMU's. De PvdA-fractie wil echter niet alleen dat wordt nagegaan of de kwaliteit goed is en of die units veilig zijn, maar zij wil vooral dat wordt onderzocht of er voldoende plekken zijn. Is er voor iedereen die in zulke grote nood is, een plek in Nederland? Wij vinden namelijk dat mensen met een psychisch probleem gelijk behandeld moeten worden aan mensen die een lichamelijk ernstig probleem hebben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik zie het nog steeds voor mij: een paar dekens en een matras in een isoleercel met daarop een zwaar gewonde man die elf keer naar het ziekenhuis is gebracht, die elf keer is teruggekomen en die uiteindelijk in die cel is overleden. Dat is iets wat in Nederland gewoonweg niet behoort te gebeuren. Daarover zijn we het met z'n allen eens.

In dit debat stel ik vijf hoofdvragen aan de minister. Waarom is niemand verantwoordelijk te stellen? Waarom koppelt het ziekenhuis ook een schadevergoeding aan een zwijgplicht? Waarom is de familie hierbij niet vanaf het eerste moment betrokken geweest? Waarom zat de IGZ er niet bovenop? Wat gaat de minister hieraan doen?

Mijn eerste vraag is dus waarom hier niemand als verantwoordelijke is aan te wijzen. Het ergste is nog dat de inspectie niemand ter verantwoording kan roepen. De zorg in het Deventer Ziekenhuis (DZ) was zo slecht georganiseerd dat er uiteindelijk geen enkele arts is aan te wijzen en dan kom je er als ziekenhuis gewoon mee weg.

De CDA-fractie vindt het echt zaak dat de IGZ meer instrumenten in handen krijgt om ook zorgmanagers en raden van bestuur aan te pakken. Nu kan de familie alleen een civielrechtelijke procedure starten, maar dat wil de minister mensen in dit soort situaties toch ook niet aandoen? Wat gaat zij eraan doen om te voorkomen dat zorginstellingen op zo'n manier de dans ontspringen en wat gaat zij doen om ervoor te zorgen dat zorgmanagers en de raad van bestuur in een falende organisatie ook hun verantwoordelijkheid nemen?

Mijn tweede vraag is, zoals gezegd, waarom het ziekenhuis een schadevergoeding aan een zwijgplicht koppelt. Zo ziet het er namelijk wel uit. Het ziekenhuis heeft een contract met de familie afgesloten waarin zowel een schadevergoeding was opgenomen als een zwijgplicht voor de familie. Die zwijgplicht voor de familie had betrekking op het onderzoek. Een dergelijk samenstel moet je niet willen in één contract. Dat deugt juridisch gezien natuurlijk van geen kanten. Zo lijkt het op het betalen van zwijggeld, als het tenminste niet zo bedoeld is. Dit soort contracten hoort volgens mij niet in de medische wereld thuis. Wat vindt de minister

hiervan en waar was de inspectie op dat moment? De minister schrijft zelf dat de patiënt met deze verwondingen eigenlijk niet voor de juiste behandelvoorziening, een klinisch intensieve behandelunit – mijn collega zei het al – was aangemeld, terwijl de inspectie, op het moment dat haar om advies werd gevraagd, juist had gezegd dat deze voorziening toereikend was. Betekent dit dat de inspectie onjuist heeft geadviseerd? Waarom heeft de psychiatrische instelling niet op een later moment, toen het met de patiënt echt heel slecht ging, nog een keer contact gezocht met de inspectie? Had de inspectie bijvoorbeeld ook niet zelf een vinger aan de pols moeten houden in deze ingewikkelde casus? Graag wil ik van de minister een antwoord op deze vragen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): In de rapportage staat dat de inspectie kwam en dat zij heeft bekeken wat de mogelijkheden waren binnen deze instelling voor die persoon, maar dat zij niet is nagegaan wat het probleem van die meneer was en wat hij nodig had. Het lijkt erop dat er geen geschikte behandelplek voor hem was, dat ze toen maar hebben gehandeld met de middelen die er waren en dat ze dus niet buiten de instelling hebben gekeken. Als dat zo is, wat vindt mevrouw Bruins Slot daar dan van?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vraag mij sowieso af of de inspectie daadwerkelijk ter plaatse is geweest of dat het onderzoek bijvoorbeeld telefonisch heeft plaatsgevonden. Dat is voor mij ook al niet duidelijk. De vraag is wie ervoor verantwoordelijk is dat een patiënt de juiste behandelvoorziening krijgt. Ik weet het antwoord op die vraag ook niet. Als het niet lukt om ervoor te zorgen dat een patiënt de juiste behandelvoorziening krijgt, is dan de inspectie verantwoordelijk of is dat het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)? Wie heeft daarin uiteindelijk doorzettingsmacht? Omdat ook ik dat niet weet, stel ik die vraag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Is de CDA-fractie het met de PvdA-fractie eens dat er voor mensen met een heel ernstige psychiatrische en lichamelijke problematiek altijd een geschikte behandelplek moet zijn? We hebben de intensive care voor lichamelijke problemen. Is zij het ermee eens dat er voor deze mensen ook een intensive care – wij noemen dat maar even high care ggz – beschikbaar moet zijn als dat nodig is?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wij zijn het compleet met de PvdA-fractie eens dat er goede zorg geboden moet worden op het moment dat mensen die nodig hebben, hoe ingewikkeld de problematiek ook is. Als blijkt dat bepaalde plekken er niet zijn voor patiënten die zowel heel complexe psychiatrische aandoeningen hebben als somatische aandoeningen, dus problemen met zowel het lichaam als de geest, dan moeten die er wel komen. In dat kader is het goed dat de inspectie eindelijk een onderzoek gaat doen naar die samenwerking tussen lichaam en geest en tussen enerzijds het ziekenhuis en anderzijds de psychiatrische instelling. Uit het veld hoor ik dat dat nog te vaak afhankelijk is van het feit dat mensen elkaar kennen en dat het dus geen vanzelfsprekendheid is in het medisch landschap dat die samenwerking bestaat. Ik ben dus blij met het onderzoek van de inspectie, maar ik vraag mij wel af waarom dat nu pas wordt gedaan terwijl deze patiënt in 2009 overleden is. Waarom was de familie niet vanaf het eerste moment hierbij betrokken? Er moet veel meer aandacht komen voor de positie van de familie binnen de geestelijke gezondheidszorg. Sinds wij deze informatie hebben gekregen, kan ik wel zeggen dat de minister een goede stap heeft gezet met het opnemen hiervan in de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

Ik kom toe aan mijn vijfde, laatste vraag, de hoofdvraag die gerelateerd is aan de vorige vragen die ik heb gesteld. Wat gaat de minister hieraan doen? Dit was immers één keer maar nooit weer.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mevrouw Bruins Slot zei: dit was immers een keer maar nooit weer. Wisten we dat maar. Ik heb twee vragen. Die zal ik ook aan de minister stellen, maar het zou mooi zijn als de CDA-fractie de SP-fractie daarbij steunde. Vindt mevrouw Bruins Slot niet dat cases of voorvallen die vergelijkbaar zijn met deze casus, boven tafel moeten komen en dat we moeten weten hoe vaak dergelijke voorvallen plaatsvinden? Wat vindt de CDA-fractie van het feit dat de zorginstelling het overlijden van deze man – ik heb goed geluisterd en gehoord dat de CDA-fractie sprak over het overlijden van deze man – gemeld heeft als zelfmoord?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): In antwoord op de eerste vraag zeg ik dat de inspectie nu natuurlijk bezig is met het onderzoek naar de samenwerking tussen de zorg voor lichaam en geest. Ik probeer wat eenvoudigere termen te gebruiken dan somatiek en dergelijke. Als zij dat echt goed aanpakt, zou ik het logisch vinden als zij zich ook verdiepte in de vragen op welk moment het fout is gegaan en of er misschien ook andere patiënten zijn in dezelfde omstandigheid die overleden zijn. Dat moet de inspectie volgens mij ook doen om uiteindelijk tot een goed oordeel te komen over wat er verbeterd kan worden.

De tweede vraag is terecht gesteld. Ik twijfel wel even hoe ik die kan beantwoorden, want er loopt op dit moment ook een strafrechtelijk onderzoek. Ik vind dat dit een vraag is die in dat strafrechtelijk onderzoek thuishoort. Die heeft immers betrekking op de vraag of men terecht gemeld heeft of niet. Die vraag ligt volgens mij nu dus voor bij het Openbaar Ministerie. Het is voor de CDA-fractie in ieder geval wel een gebruik dat zij niet concreet ingaat op individuele lopende rechtszaken en volgens mij is dat ook voor de SP-fractie een gebruik. Laten we echter wel de stelling delen dat het terecht is om die vraag te stellen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Deze twee vragen heb ik niet voor niets gekoppeld. Die laatste vraag is wat de SP-fractie betreft best belangrijk. We hebben het inspectieregime als het gaat om suïcide namelijk versoepeld. Dat heeft dit kabinet nog gedaan. Suïcide moet gerapporteerd worden. Alleen als er gezegd wordt dat er sprake is van nalatigheid of verwijtbaar handelen, moeten we indirect melden. Vroeger was er sprake van direct melden. Als in geval van overlijden de vraag gesteld wordt of er sprake is van zelfmoord of niet en er verkeerd geoordeeld wordt, dan hebben we misschien een probleem. We kunnen natuurlijk met z'n allen vragen waar de inspectie was, maar als de inspectie het niet weet, kan zij helemaal niets doen. Ik vind het dus belangrijk dat, ongeacht of er een strafrechtelijk onderzoek gaande is naar dit heel tragische voorval, we scherp blijven op wat wij al dan niet van de inspectie vragen. Is de CDA-fractie het er dan mee eens dat suïcide eigenlijk altijd gemeld zou moeten worden als het plaatsvindt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Eigenlijk is het nog een stap eerder. Onze meningen lopen natuurlijk enigszins uiteen over de melding van suïcide, maar in eerste instantie is de vraag welke verantwoordelijkheid de zorginstelling op zich neemt op het moment dat zij geconfronteerd wordt met het overlijden van een patiënt waarbij zeer grote vraagtekens kunnen worden geplaatst in die zin dat niet duidelijk is of er wel of niet sprake is geweest van suïcide. Laten we de verantwoordelijkheid allereerst bij de zorginstellingen leggen, want zij hebben het beste zicht op hoe het precies voorvalt.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Op 9 augustus 2009 overleed deze psychiatrische patiënt nadat de zorgverlening aan hem zowel in het Deventer Ziekenhuis als in de ggz-instelling Dimence – daar was hij opgenomen – ernstig tekort was geschoten. In de beantwoording van onze vragen in de schriftelijke ronde stelt de minister het probleem heel duidelijk. Er was sprake van een gebrek aan een adequate integrale behandeling op een locatie die niet was toegerust voor een patiënt met zowel ernstige somatische problemen als met ernstige psychiatrische problemen. De VVD-fractie vindt dat de manier waarop deze patiënt uiteindelijk is overleden, onmenselijk is. Met name het totaal ontbreken van samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders is schokkend. De patiënt is feitelijk in de laatste levensfase door beide instellingen aan zijn lot overgelaten. Het OM zag in eerste instantie geen aanleiding om een strafrechtelijk onderzoek te starten. Nu heeft het de zaak, naar aanleiding van een televisie-uitzending opnieuw opgepakt. Heeft de minister nadere informatie over de stand van zaken over dit onderzoek? In deze casus is overduidelijk geworden dat het aan samenwerking tussen en afstemming door deze twee zorgaanbieders ontbrak, met uiteindelijk het overlijden van de patiënt als vreselijk resultaat. Van zorgverleners mag verwacht worden dat zij zowel binnen instellingen als tussen instellingen in staat zijn om de samenwerking tot stand te brengen die nodig is voor de patiënt. Wat de VVD-fractie betreft is er in dit geval niet voldoende gedaan om een beter alternatief voor deze patiënt te vinden. Hij had specialistische hulp nodig en de ggz-instelling en het ziekenhuis konden deze specifieke zorg niet leveren. De patiënt is wel op een wachtlijst geplaatst, maar verdere pogingen om op een andere manier de juiste hulp in te roepen, zijn niet of nauwelijks ondernomen. Dat gebeurde niet door de ggz en evenmin door het ziekenhuis. Er is nauwelijks contact geweest met de familie en helemaal niet met een patiëntenvertrouwenspersoon. Hoe komt het dat die hulpverleners zich zo machteloos voelden? In deze casus is ook geen advies ingewonnen bij het CCE. Waarom heeft men dat niet gedaan? De Denktank complexe zorg richt zich niet op ggz-cliënten. Is het CCE dan voldoende, of is er iets vergelijkbaars als de denktank nodig om dit soort complexe zorgvraagstukken voor ggz-patiënten ook onder te brengen? Onder leiding van een onafhankelijke voorzitter is er onderzoek gedaan naar de zorgverlening aan deze patiënt. De conclusie is – mevrouw Bruins Slot en mevrouw Bouwmeester hebben daarover ook gesproken – dat er sprake is van individuele verwijtbaarheid ten aanzien van zorgverleners van het ziekenhuis en ook van de ggz-instelling. Desondanks heeft de ggz besloten dat er geen gang naar de tuchtrechter wordt gemaakt. Dit, terwijl er wat ons betreft in deze casus toch echt sprake is van gebrekkig hulpverlenerschap. Het feit dat er een heleboel mensen bij betrokken zijn en dat het dan lastiger is om een persoon of enkele mensen een verwijt te maken, mag geen reden zijn om tuchtrecht bij voorbaat uit te sluiten. Het kan toch niet zo zijn dat, als er maar veel mensen bij betrokken zijn, iedereen vrijuit gaat? Een van de doelen van het tuchtrecht is, het maximale leereffect in de beroepsgroep te bewerkstelligen. Voor de VVD-fractie is dan ook volstrekt onbegrijpelijk dat het tuchtrecht in deze casus niet gebruikt is om juist dit doel te bereiken. De casus die de aanleiding is voor dit debat, is vreselijk. In plaats van het gebeurde te verzwijgen, vinden wij echter dat hiervan lessen geleerd zouden moeten worden. Alleen zodoende kunnen we verbeteringen in de zorg tot stand brengen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Uit de rapportage blijkt dat de patiënt in een KIB of in een PMU had moeten zitten. Hij zat dus niet op de goede plek, omdat er te weinig intensive care plekken zijn voor mensen met dit soort ernstige lichamelijke en geestelijke problemen. Vindt u dat er voor

dit soort mensen altijd voldoende plaatsen moeten zijn, dat er een landelijk dekkend netwerk moet zijn?

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik heb in ieder geval gezien dat men zich in dit geval erg snel heeft neergelegd bij de conclusie dat er geen plek beschikbaar was en dat men weinig op zoek is gegaan naar andere oplossingen, behalve het op de wachtlijst plaatsen van de patiënt. Ik kan niet concluderen, ook niet naar aanleiding van de vertrouwelijke stukken die ik gezien heb, dat men alle opties heeft onderzocht die er in Nederland zijn. In die zin kan ik die vraag dus niet met ja of nee beantwoorden. Ik kan wel met mevrouw Bouwmeester meevoelen in die zin dat men het met name in die laatste fase gewoon heeft laten gaan. Althans, dat idee heb ik. Dat zou ik toch wel zeer kwalijk vinden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Steunt de VVD-fractie het idee van de PvdA-fractie voor een onderzoek naar het aantal speciale behandelplekken en om te achterhalen of dat aantal voldoende is?

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik heb de minister verzocht om een en ander in het IGZ-onderzoek mee te nemen en ik kan mij voorstellen dat deze vraag van mevrouw Bouwmeester, of er sprake is van een capaciteitsprobleem, ook daarbij aan de orde komt.

De belangrijkste vraag van de VVD-fractie is of er sprake is van een incident of van een structureel probleem. Speelde dat probleem alleen in Deventer een rol, of doet het zich ook elders in het land voor? De IGZ heeft zich volledig gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen deze beide instellingen. Zijn deze verbeteringen echter ook als best practices vertaald naar andere instellingen in het land? De IGZ gaat nu onderzoek doen. Daarover heb ik het net gehad. Dat moet in ieder geval antwoord geven op de vraag of er sprake is van een structureel probleem, of dat er in deze casus sprake was van een incident. De VVD-fractie steunt de minister in het naar voren halen van dit onderzoek, maar zij vraagt ook nadrukkelijk of er aandacht besteed kan worden aan samenwerking tussen psychische hulpverleners en somatische hulpverleners. Organisaties bestaan immers uit mensen. Hun handelen is uiteindelijk bepalend.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. De ernstige gebeurtenissen die zich in 2009 hebben voorgedaan en die hebben geleid tot het schokkende feit, het overlijden van de patiënt op 9 augustus 2009, leggen volgens mijn fractie vooral twee problemen bloot. Het eerste probleem is dat de psychiatrie en de somatiek langs elkaar heen werken. Het tweede probleem is dat verantwoordelijken hun verantwoordelijkheid niet oppakken.

Waarom zijn ziekenhuisafdelingen voor somatische patiënten zo slecht ingesteld op psychiatrische patiënten? Reeds in 2002 kwam het rapport Zorg van velen uit van de Commissie Geestelijke Volksgezondheid. De titel zegt het al, de zorg voor de psychiatrische patiënt is de zorg van velen. In dit rapport werd reeds geconcludeerd dat de geestelijke zorg het domein van de institutionele ggz overstijgt en dat de ggz gekoppeld dient te worden aan de eerstelijns instellingen en de tweedelijns instellingen. We zijn bijna tien jaar verder en de gebeurtenissen laten zien dat van het koppelen van psychiatrie en somatiek nog weinig terecht is gekomen. Ik denk niet dat we moeten wachten op een nieuw onderzoeksrapport van de IGZ, maar dat er direct maatregelen genomen moeten worden. Waarom heeft bijvoorbeeld niet elke Spoedeisende Hulp (SEH) een psychiatrisch crisisteam klaarstaan? Graag wil ik op deze vraag een antwoord van de minister.

Waarom besloten de medisch specialisten van het Deventer Ziekenhuis om de zwaargewonde patiënt terug te sturen naar Dimence? Er is vastgesteld dat dit – ik druk me nu heel mild uit – geen goede keuze was. Mijn fractie vraagt zich toch af of hier geen sprake was van een strafbaar

feit. Zij zou graag meer van de minister horen over de stand van zaken aangaande het onderzoek van het OM. Waarom is de minister het met de IGZ eens dat er niet naar de tuchtrechter moet worden gestapt? De inspectie moet volgens haar toch harder bijten? De tuchtrechtspraak mag dan niet punitief bedoeld zijn, maar een waarschuwingssignaal dat van een tuchtzaak naar de zorgsector uitgaat, lijkt mij het juiste middel om onprofessioneel gedrag te corrigeren. In de ogen van mijn fractie kan het niet zo zijn dat niemand ter verantwoording wordt geroepen voor het lijden en het overlijden van de patiënt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik herken de twijfels die mevrouw Dille heeft over de toepassing van het tuchtrecht. Als ik de stukken nog eens goed voor de geest haal, staat daar gewoon in dat er zo veel verschillende mensen verantwoordelijk waren dat uiteindelijk niet één persoon kon worden aangewezen die een doorslaggevende rol heeft gespeeld. Elf keer is dezelfde patiënt binnengekomen en elf keer zijn er andere mensen met hem aan de slag gegaan. Eigenlijk kun je dan zeggen dat de zorg daar zo slecht georganiseerd was dat er uiteindelijk niemand is aan te wijzen. Wat zou er volgens mevrouw Dille moeten gebeuren om dit te voorkomen? We hebben hoofdbehandelaars. Zou dat de gouden oplossing kunnen zijn voor dit geheel?

Mevrouw **Dille** (PVV): De PVV-fractie vindt dit zo'n ernstige zaak. Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens. Er waren twintig mensen bij betrokken, maar is er altijd iemand die eindverantwoordelijke is? Daar valt dus nog winst te behalen. Ik vind het niet genoeg om dit zomaar te laten gaan omdat het wat ingewikkeld is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Die opvatting deel ik. We hebben sinds 2010 het hoofdbehandelaarschap ingevoerd, maar dat is er slechts voor één gedeelte van de zorg en het gaat hier juist om een patiënt die het zowel psychisch als lichamelijk zwaar te verduren had. Volgens mij zou je dat hoofdbehandelaarschap voor beide categorieën kunnen inzetten. Je zou daarvoor misschien verschillende mensen moeten aanwijzen, of je zou die verantwoordelijkheid in één hand moeten leggen. Dat is op dit moment niet zo geregeld. Ziet mevrouw Dille dat we op dat punt nog een stap moeten zetten?

Mevrouw **Dille** (PVV): Ja, daarmee ben ik het eens. Ik vind echter ook dat er in dit geval een persoon voor de tuchtrechter moet komen, of dat meerdere personen daar moeten verschijnen. Het argument dat er zo veel mensen bij betrokken zijn geweest, doet er namelijk niet toe. Zoals ik al zei, is er immers altijd iemand eindverantwoordelijk.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben heel blij om te horen dat ook de PVV-fractie vindt dat er een psychisch crisisteam in een ziekenhuis moet zijn, dus dat er altijd iemand moet zijn die zo'n specialist bij kan staan. Vindt mevrouw Dille ook dat er onderzoek gedaan moet worden naar het aantal PMU's, dus naar de capaciteit? Als dat niet het geval blijkt, vindt mevrouw Dille dan ook dat die PMU's er wel moeten komen voor deze patiënten met een ernstige problematiek?

Mevrouw **Dille** (PVV): De PVV-fractie vindt ook dat er voor deze patiënten met gecombineerde problemen voldoende zorg moet zijn. Zij neemt dan ook aan dat dat in het IGZ-onderzoek dat naar voren is gehaald, meegenomen wordt. Het moet inderdaad een dekkend systeem zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ga ervan uit dat we het met elkaar eens zijn. Als de minister het niet toezegt, gaan wij een voorstel doen. Ik

neem dan aan dat de PVV-fractie dat voorstel, evenals andere collega's, gaat steunen.

Mevrouw **Dille** (PVV): De PVV-fractie zal dat voorstel bekijken. Tot slot wil ik weten wat de rol was van de bestuurders van beide instellingen. Wie van de bestuurders heeft het zwijggeld aan de nabestaanden voorgesteld met het verbod op openbaarheid en waarom heeft hij dat gedaan? Wat zijn volgens de bestuurders de consequenties van deze casus? Hebben de raden van toezicht een uitspraak gedaan over het bestuur? Graag wil ik van de minister een antwoord op deze vragen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Vandaag praten we over een zeer tragische geschiedenis van een man die in een isoleercel uiteindelijk aan zijn verwondingen overleed. Er is een hoop misgegaan. We krijgen een trieste opsomming.

De zorg voor de zeer zieke patiënt was ontoereikend. Er waren meer dan twintig specialisten die allen een aandeel hebben gehad in het maken van de verkeerde keuzes. Onduidelijk was welke behandelaar verantwoordelijk was of welke behandelaars verantwoordelijk waren. De patiënt werd als een hete aardappel heen en weer geschoven tussen het ziekenhuis en de psychiatrische kliniek en er vond geen overdracht plaats. Het ergste is dat we deze casus bespreken omdat daarover een televisieprogramma is gemaakt. De inspectie vond het goed dat er een zogenaamd onafhankelijk rapport was gemaakt in opdracht van zowel het ziekenhuis als de psychiatrische instelling, dat dat vervolgens onder in de lade verdween en dat de familie een zwijgcontract moest tekenen in de trant van: hier hebt u € 22 500 en u houdt uw mond maar. Ik stel de minister een vraag, al weet ik dat die hard van toon is. Vindt de minister dit alles een mensenleven waard?

De inspectie geeft aan dat de situatie dat mensen die zeer ernstig lichamelijk en geestelijk lijden en in een ziekenhuis komen, als een bekend terugkerend probleem wordt gezien. Toch hebben wij niet op het netvlies hoe vaak dit gebeurt. Wij weten het niet. Het inspectieonderzoek wordt naar voren gehaald, maar de SP-fractie heeft meerdere malen schriftelijk gevraagd hoe vaak dit voorkomt. Het lijkt mij heel goed om de cijfers hierover te kennen. Hoe vaak horen we immers niet dat het slechts een incident was? Ik wil graag weten of er in dit soort situaties wel goed en snel wordt ingegrepen.

Over de inspectie zijn al veel vragen gesteld, waaronder of zij ter plaatse is geweest, wat zij gedaan heeft en of expertise van het CCE of van andere organisaties is ingeroepen. Ik vind dat heel erg duidelijk moet worden hoe de inspectie in deze casus gehandeld heeft. Is zij er uiteindelijk niet voor de patiënt in plaats van voor de zorginstellingen?

Te vaak wordt er gezegd dat er sprake is van een incident. Er wordt gezegd dat er veel betrokkenen waren maar dat niemand als eindschuldige kan worden aangewezen. De gestelde vragen over bestuurders en eindbehandelaars onderschrijft de SP-fractie volledig. Het argument dat de inspectie verder niets gedaan heeft omdat de patiënt was aangemeld voor een klinisch intensieve behandeling, vinden wij echter «niet kunnen». Wij weten dat er een wachttijd is van weken tot drie maanden en wij zien op dit moment dat er heel veel sprake is van «sluiting» van bedden als gevolg van de maatregelen van deze minister voor de geestelijke gezondheidszorg. Als er dus toch wordt gekeken of er voldoende behandelplekken zijn – ik zie namelijk dat er een meerderheid is voor de goede wens van de PvdA-fractie – dan stel ik voor dat we ook nagaan hoeveel er op dit moment van die intensieve behandelplekken wordt vernietigd.

Ik ben zeer geschokt dat de minister over het zwijggeld van € 22 500 zegt dat deze handelwijze past bij een goede manier van het afhandelen van incidenten. Ik zou graag willen weten hoeveel van dit soort zwijgcon-

tracten met goedkeuring van de inspectie en met haar medeweten opgelegd worden. Wat gaat de minister daartegen doen? Is zij het niet met mij eens dat nabestaanden nooit maar dan ook nooit met geld afgekocht moeten kunnen worden en dat altijd openbaar moet zijn wat er fout is gegaan, ook als er geen sprake is geweest van persoonlijk verwijtbaar handelen? Vindt zij dus niet dat we dat niet weg mogen stoppen met een zak geld?

Het OM doet nu onderzoek. Het doet dat wel naar aanleiding van de televisie-uitzending, maar het doet het. Is de minister bereid om, nadat het OM hierover uitspraak heeft gedaan en nadat het inspectierapport is opgesteld, ons uitgebreid te rapporteren over de vraag of zij zelf nog nader onderzoek gaat instellen? Het heen en weer schuiven van de patiënt omdat hij wellicht te duur is of omdat hij te lastig is, kan ook een reden zijn voor datgene wat er is gebeurd. Wat is de rol van de verzekeraar geweest, die wellicht iets had kunnen doen?

Wat gaat er gebeuren als we de uitkomst van het OM en de inspectie hebben? Is het tuchtrecht dan nog een weg, of sluit de minister dat uit? Het laatste lijkt mij overigens zeer onverstandig.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ten eerste sluit ik mij aan bij die fracties die hun medeleven betuigden aan de nabestaanden. Het is altijd erg om een geliefde te verliezen, maar ik wens niemand toe om op deze manier iemand te verliezen.

De minister begint haar brief met een duidelijke uitspraak. Voor haar staat vast dat de zorg voor de patiënt in de laatste fase van zijn leven ontoereikend is geweest, maar helaas wordt de stellingname in haar brief en in de schriftelijke beantwoording steeds minder duidelijk. Zo geeft de minister aan dat een tuchtzaak ten aanzien van hulpverleners die onvoldoende zorg verleend hebben, niet nodig zou zijn. Dit, omdat tuchtrecht niet punitief zou zijn maar corrigerend. Omdat de hulpverleners al zouden inzien dat de zorg onvoldoende was geweest, is volgens haar in dit geval een tuchtzaak overbodig. Dat vind ik een wonderlijke redenering. Dat klinkt alsof sorry zeggen voldoende is en met die redenering gaat de minister volgens ons ook voorbij aan de bredere werking van het tuchtrecht. Deze minister is terecht voorstander van meer transparantie, zodat het tuchtrecht ook een lerend effect heeft. Zou dat dan in dit geval ook niet moeten gelden? Ons bekruipt het gevoel dat de minister in algemene zin een heel goede lijn heeft als het gaat over het openbaar maken van tuchtmaatregelen en het inzicht geven in tuchtzaken, maar dat zij in dit specifieke geval toch duikt. Graag zou ik van haar een heldere uitleg hebben over wanneer iets wel tuchtwaardig is en wanneer niet. Volgens ons is er in dit geval duidelijk sprake van tuchtwaardig handelen. De familie was te weinig betrokken bij de behandeling van de patiënt. Eerst werd ze weggehouden bij de patiënt en op het allerlaatste moment werd er tegen haar gezegd: neem hem maar mee, geen eten en drinken geven en hij gaat vanzelf dood. Wat vindt de minister hiervan? Deelt hij de mening van de GroenLinks-fractie dat dit een slechte manier van werken is? Nadat eerst afstand is genomen, wordt opeens de verantwoordelijkheid bij de familie gelegd, wat onaanvaardbaar is.

Het hoofdpunt is echter wel de strikte of de rigide scheiding tussen de somatische zorg en de rest van de gezondheidszorg. Daardoor is er heen en weer geschoven met een psychiatrische patiënt met lichamelijke klachten. De ggz kan de lichamelijke klachten niet behandelen en de somatische zorg mist de kennis en wellicht ook de middelen om psychiatrische patiënten veilig te kunnen behandelen. Wij hebben het echter wel over een mens dat net als alle anderen recht heeft op verzorging. Als het moeilijk is om die zorg te geven, mag het gevolg nooit zijn dat zorg onthouden wordt. Dan moeten we nagaan hoe de zorg wel gegeven kan worden. De cliënt moet niet in het stramien van de zorg passen. De zorg moet aan hem of aan haar aangepast worden.

De minister geeft aan dat ze het onderzoek van de inspectie naar voren heeft gehaald en dat ze aan de hand daarvan vervolgacties wil nemen, maar dat is wat ons betreft niet nodig. Reeds in 2004 is er door de IGZ onderzoek gedaan naar somatische zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Wat is er met de aanbevelingen in dat onderzoeksrapport gebeurd? Volgens ons is daarmee niet heel veel gedaan. Wij willen dus dat er nu al werk gemaakt wordt van de volgende zaken. In de eerste plaats moeten er voldoende mogelijkheden komen voor somatische zorg in de geestelijke gezondheidszorg. In de tweede plaats moet er een landelijk dekkend netwerk komen van gespecialiseerde centra in complexe situaties. In de derde plaats moet het protocol somatische zorg in separeer worden toegepast. In de vierde plaats moet er een goede afstemming komen van de geestelijke gezondheidszorg met de somatische zorg. Daarvoor hoeven we niet op dat onderzoek te wachten. Als dat tot extra informatie leidt, is dat altijd goed. We hoeven echter niet te wachten op de uitkomst van dat onderzoek totdat we deze maatregelen nemen. Wij willen niet nog een keer een debat als dit voeren en dat de minister direct maatregelen neemt in plaats van dat zij gaat zitten wachten op het onderzoek van de inspectie.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. In 2009 overleed een psychiatrische patiënt aan zijn verwondingen. Evenals de anderen, zeg ik dat ik zijn dood betreur omdat die te voorkomen was geweest. Zoveel specialisten aan je bed en dan toch zulke slechte zorg krijgen. Dat overkwam de man over wie we vandaag spreken. Internisten, chirurgen, neurologen, Spoedeisende Hulpartsen, psychiaters en verpleegkundigen deden van alles maar ze deden niet genoeg en ze deden ook niet genoeg samen. Het zijn allemaal BIG-geregistreerde zorgverleners met een individuele verantwoordelijkheid voor de zorg aan hun patiënten. Hoe is het mogelijk dat zij stuk voor stuk de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) en de Kwaliteitswet zorginstellingen aan hun laars lapt? Dit zijn de meest basale wetten voor de medische en verpleegkundige beroepsuitoefening, maar in deze situatie ontbrak een adequaat behandelplan, goede informatie-uitwisseling en het ontbrak aan een professionele overdracht.

Als je een van de betrokken zorgverleners vraagt naar de individuele behandelverantwoordelijkheid, dan wijst hij naar zijn collega of naar een collega, aldus het rapport van de IGZ. Het kan toch niet zo zijn dat je door samen te werken, geen verantwoordelijkheid meer neemt. Het is hier al heel vaak gezegd en ik sluit mij daarbij aan. Ik vind dat wij ons niet moeten neerleggen bij de conclusie van de inspectie dat er geen sprake is van individuele verwijtbaarheid alleen maar vanwege het feit dat men elkaar verwijten maakt, dat men zegt dat ieder zijn eigen taak heeft gehad en dat niet meer is uit te zoeken wie wat precies heeft gedaan of wie wat heeft nagelaten. Daarbij kan ik mij niet neerleggen, want niet alleen de hulpverlening faalde maar ook het toezicht. De IGZ was erbij betrokken en ik volg haar niet in de redenering dat een gang naar de tuchtrechter niets uithaalt. Ook wat dit betreft zeg ik niets nieuws, want de voorgaande sprekers hebben dat al aangegeven. Ik zeg ook nog maar eens dat voor de meest basale taken als het maken van een behandelplan, een BIG-geregistreerde zorgverlener individueel verantwoordelijk is en dat die dus ook tuchtrechtelijk aansprakelijk is. Wat mij betreft gaat het hier dus niet over het over de schutting gooien van verantwoordelijkheden maar het gaat over het nemen van verantwoordelijkheid. Daarom vind ik dat een onafhankelijk onderzoek nodig is. Wat mij betreft is daarvoor de Onderzoeksraad Voor Veiligheid zeer geschikt, want die heeft ervaring met dit soort onderzoek. Er is naar mijn idee geen sprake van een incident. We hebben signalen ontvangen dat deze problematiek zich op meer plaatsen

voordoet tussen ggz en somatische zorg en de minister laat de IGZ daar nu onderzoek naar doen. Aangezien de IGZ in dit geval echter een belangrijke rol heeft gespeeld, zou ik het goed vinden als er een onafhankelijk onderzoek kwam. Ik zou graag de reactie van de minister daarop willen horen. Ik doe dat verzoek ook nadrukkelijk met het oog op de toekomst, want wij willen ketenzorg uitbreiden. Om dat doel te bereiken, moet aan de belangrijkste basisvoorwaarde, namelijk die van veiligheid, worden voldaan.

De minister wijst naar de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg en de Beginselenwet zorginstellingen, maar naar mijn idee ontstaat er daardoor alleen maar meer bureaucratie. Daarom vraag ik de minister om bestaande wetgeving nu al beter te handhaven.

Tot slot zeg ik dat dit kabinet in 2012 bijna 3,5 mln. uittrekt voor de ontwikkeling van veiligheidsmanagementsystemen. De vermijdbare sterfte in ziekenhuizen moet dit jaar ten opzichte van 2004 met de helft omlaag. Ik steun de minister in deze ambitie, maar het is wel van belang dat zorgverleners leren om op voorhand risico's beter in te schatten zodat ze meer adequaat handelen. Graag zou ik van de minister horen hoeveel zij precies investeert in dit risicomanagement.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): We kennen natuurlijk ook het geval van de omstreden neuroloog J.S. uit Twente. In dat geval wordt wel eens de mening aangehangen dat het tuchtrecht niet meer van belang is omdat er een strafrechtelijke procedure wordt gevolgd. Is mevrouw Dijkstra het met de CDA-fractie eens dat het volgen van een strafrechtelijke procedure niet betekent dat het tuchtrecht niet meer hoeft te worden toegepast?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ja, daarmee ben ik het eens.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Vandaag spreken we over een ernstig incident in de zorg dat zich in 2009 heeft voorgedaan op het grensvlak tussen geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg, namelijk het overlijden van een psychiatrische patiënt – dat gebeurde overigens niet in de isoleercel maar in het Deventer Ziekenhuis – op 9 augustus 2009. Dat moet verschrikkelijk geweest zijn, in eerste instantie uiteraard voor hem en zijn familie. Iedereen die over de gang van zaken heeft gelezen in het vertrouwelijke onderzoeksrapport en een beetje empathie heeft, kan niet anders dan heel treurig worden en enorm meeleven met de familie en deze patiënt. Ik leef dan ook ontzettend mee met zijn nabestaanden en iedereen die hem een warm hart toedroeg.

In de laatste fase van zijn leven is de zorg voor deze patiënt ontoereikend geweest. We moeten voorkomen dat een ernstig incident als dit kan plaatsvinden en we moeten goed nagaan wie in deze casus waarvoor verantwoordelijk was, dus wat de verantwoordelijkheden en de rollen waren. In de laatste fase van zijn leven hebben meer dan twintig specialisten te weten internisten, plastisch chirurgen, neurologen, Spoedeisende Hulpartsen, chirurgen, psychiaters en vele verpleegkundigen zorg aan deze patiënt geboden. In een niet goed werkende keten van zorg waarin afspraken over verantwoordelijkheden ontbraken, hebben zorgprofessionals van het Deventer Ziekenhuis en van de betrokken ggz-instelling Dimence in de laatste periode tekortschietende beslissingen genomen. Op basis van het onderzoek heeft de inspectie uiteraard overwogen om de gang naar de tuchtrechter te maken. Om twee redenen heeft de inspectie echter besloten om dit niet te doen. De eerste reden is dat iemand verantwoordelijk gehouden moet kunnen worden voor datgene waarvoor hij verantwoordelijk is. Daar waar wij nu dat hoofdbehandelaarschap gaan invoeren – dat houdt in dat iedereen een hoofdbehandelaar heeft – was dat ten tijde van deze casus niet het geval. Dat betekent dat heel veel mensen erbij betrokken waren en dat ieder een klein deeltje van de zorg heeft verricht. Het is dus moeilijk om hen in bijzondere mate het geheel

aan te rekenen. Daarbij komt dat de inspectie, direct na het verschijnen van de externe onderzoeksrapportage, zich ervan heeft vergewist dat alle betrokkenen zich realiseren dat de manier waarop de zorg is verleend, zeker op en na 3 augustus – want er waren fases in de zorgverlening – absoluut ontoereikend was en dat het dus anders had gemoeten. De inspectie heeft in april 2010 beide instellingen verzocht om de aanbevelingen van de onderzoekscommissie uit te werken in een plan dat er primair op gericht is om de samenwerking en de zorg in de keten voor patiënten met zowel psychiatrische problemen als somatische problemen structureel te verbeteren. Dit plan is teruggegaan naar de inspectie en zij heeft dat beoordeeld en goedgekeurd. Zij volgt ook nauwlettend de uitvoering daarvan.

De aanpak van de inspectie is primair gericht op het structureel verbeteren van de samenwerking binnen de instellingen en die tussen beide instellingen, niet alleen om de zorg te verbeteren voor dergelijke zeer complexe patiënten, zoals de patiënt over wie we vandaag spreken, maar ook om hun veiligheid te waarborgen. Daarbij is aan de orde dat tuchtrecht geen strafrecht is. Dat hebben we al eerder aan de orde gehad. Tuchtrecht is gericht op correctie en dus niet op het straffen van een beroepsbeoefenaar. De inspectie gaat dan ook naar de tuchtrechter om professioneel gedrag te corrigeren dat op een andere manier niet is te corrigeren of minder goed. In een brief over tuchtrecht heb ik voorstellen gedaan om eventueel door aanpassing van dat recht de mazen in de wet te dichtten. Tuchtrecht is een instrument om kwaliteit van zorg te borgen door correctie van het gedrag van de betreffende professional, bijvoorbeeld door het geven van een waarschuwing en als dat niet meer aan de orde is, door onmogelijk te maken dat de professional langer praktiseert. Het laatste is bijvoorbeeld mogelijk door doorhaling van de registratie. Sanctionerend optreden tegen de beroepsbeoefenaren ligt op de weg van het Openbaar Ministerie en de strafrechter. Inmiddels heeft het Openbaar Ministerie, naar aanleiding van de EO-uitzending, aanleiding gezien om te onderzoeken of een strafrechtelijk onderzoek alsnog aan de orde is. Over de stand van zaken van dit onderzoek kunnen nog geen mededelingen worden gedaan, aangezien dat loopt.

In haar werkwijze heeft de inspectie zich bewust gericht op het lerend en herstellend vermogen van de instellingen en de beroepsbeoefenaren. Daarom is ervoor gekozen om na het onderzoek naar het incident dat Dimence direct heeft gedaan, zowel de psychiatrische instelling als het ziekenhuis op 14 oktober 2009 te verzoeken om vervolgonderzoek te doen. Dat heeft zij vooral gedaan omdat de somatische zorgverlening aan de patiënt bij haar vragen bleef oproepen. Dit onderzoek is onder leiding van een externe voorzitter gedaan. Op 23 maart 2010 ontving de inspectie het resultaat hiervan. Het betreft de onderzoeksrapportage «Lichaam en Geest». Dit rapport, waarin naast het feitelijke verloop patiëntvertrouwelijke informatie is opgenomen, heb ik de leden bij hoge uitzondering op 11 november 2011 ter vertrouwelijke inzage gezonden. Gelet op de patiëntvertrouwelijke informatie, spreekt het voor zich dat hierop tijdens dit openbare debat niet inhoudelijk kan worden ingegaan. Het is van belang om goed onderscheid te blijven maken tussen incidenten en structurele problemen. In deze casus was sprake van een incidentele, extreem complexe zorgvraag op zowel ggz-gebied als op somatisch gebied en die is geëscaleerd in een calamiteit.

Mevrouw **Leijten** (SP): Waarom spreekt de minister van een incident, nu zij de inspectie heeft gevraagd om onderzoek te doen naar structurele problemen tussen de psychische zorg en de somatische zorg. Dan is er toch geen sprake van een incident?

Minister **Schippers**: Nadat er eerder rapporten zijn verschenen, die zijn door verschillende leden aangehaald, zijn er in het veld heel veel acties

geweest om die zorg te verbeteren. Iedereen heeft zijn eigen maatwerk geleverd. Om die reden zijn er inmiddels allerlei vormen ontstaan – ik heb een hele lijst met vormen – om die somatische zorg en die psychische zorg beter op elkaar te laten aansluiten. Wij zijn van mening dat wij, mede naar aanleiding hiervan, toch moeten nagaan of dat overal wel goed is geregeld. Het staat echter buiten kijf dat deze casus – de patiënt was ernstig ziek en het is zo'n calamiteit geworden – niet iets structureels genoemd kan worden. Dat wil niet zeggen dat we deze zorg niet moeten verbeteren. Dat is iets anders.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik maak ernstig bezwaar tegen het feit dat het een incident wordt genoemd voordat we het onderzoek kennen dat de minister naar voren heeft gehaald. Dat naar voren halen gebeurde twee jaar na dato, nadat er een uitzending over deze casus is gemaakt. In mijn termijn heb ik al gezegd dat ik denk dat we te vaak geconfronteerd worden met zogenaamde incidenten en dat we pas later onderzoek doen naar de mogelijk structurele ondergrond daarvan. Laten we eerst het onderzoek doen dat de minister bespoedigd heeft en laten we niet spreken van een incident voordat het onderzoeksrapport openbaar is geworden.

Minister **Schippers**: Dan nog kun je hier spreken van een extreem complexe zorgvraag die weinig voorkomt. Dat wil niet zeggen dat niet op andere terreinen uit dat onderzoek kan blijken dat de verschillende typen zorg ook in geval van minder extreem complexe zorgvragen niet goed op elkaar aansluiten en dat we daarin toch verbeteringen moeten doorvoeren. In ieder geval lijkt mij stroomlijning aan de orde.

Mevrouw **Leijten** (SP): Niemand hier heeft gezegd dat het niet om een complexe situatie ging. Iedereen begrijpt dat het hartstikke moeilijk is om patiënten te behandelen die zowel psychisch in de knel zitten als die lichamelijk iets hebben. Het gaat mij erom dat de minister weer, in navolging van de inspectie, spreekt van een incident, terwijl er onderzoek loopt naar de vraag of het iets structureels is of niet.

De **voorzitter**: U valt in herhaling, mevrouw Leijten.

Minister **Schippers**: De inspectie voert dit onderzoek versneld uit, omdat ik net als mevrouw Leijten wil voorkomen dat we in de toekomst weer met dit soort incidenten te maken krijgen. We hebben er immers geen conclusies uit getrokken, terwijl we die nu wel versneld zouden kunnen trekken. De inspectie zal na de zomer met de onderzoeksconclusies komen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De PvdA-fractie wilde graag dat er onderzoek werd gedaan naar het gebeurde en de breedte van het probleem. Het is dus heel fijn dat de minister dat onderzoek aankondigt. In de brief schrijft de minister dat er onderzoek zal worden gedaan naar de veiligheid en de kwaliteit van de PMU's, maar wij willen ook graag weten hoe het gesteld is met de toegankelijkheid en de beschikbaarheid. Neemt de minister die vraag mee in het onderzoek?

Minister **Schippers**: Met het onderzoek is door GGZ Nederland gestart en eind 2012 hebben wij een overzicht daarvan. Dan kunnen we dus ook zien of dat landelijk dekkend is en of dat voldoende is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor de toezegging dat er een onderzoek komt naar het handelen van de IGZ en hoe het zit met de PMU's. Wij kunnen echter niet tot december wachten. Het risico is immers te groot dat er straks iemand is met een heel ingewikkeld psychisch en lichamelijk probleem die niet de goede zorg krijgt omdat er wachtlijsten

zijn bij de PMU's of de KIB's. We kunnen echt niet wachten. Dat onderzoek, die inventarisatie van de wachtlijsten et cetera, kan binnen een maand klaar zijn. Ik hoop dat de minister dat toezegt. Anders moet ik een motie indienen die begint met «gehoord de meerderheid in eerste termijn».

Minister **Schippers**: Voor de helderheid zeg ik dat er twee onderzoeken naast elkaar lopen. Het eerste onderzoek is dat van de inspectie. Zij inventariseert en maakt een overzicht van instellingen met een high care/intensive care unit. Daarmee zal zij eind 2012 klaar zijn. Ingeval van ernstige psychiatrische en somatische problemen, zijn er in diverse regio's verschillende units ingericht. De inspectie heeft parallel daaraan een traject lopen om na te gaan of dit netwerk, dat in die regio aanwezig is, sluitend is. Dit wordt dus meegenomen in dat inspectieonderzoek waar u naar vroeg. Het wordt echter van twee verschillende kanten aangevlogen.

Mevrouw **Dille** (PVV): Ik stel een vraag die in het verlengde ligt van die van mevrouw Bouwmeester. Als we eind 2012 de resultaten krijgen, hoe gaan we er dan in de tussentijd voor zorgen dat zo'n incident, zoals de minister het noemt, niet meer voorkomt?

Minister **Schippers**: De psychiatrische instelling waar de patiënt verblijft, moet ook de somatische zorg, als die nodig is, goed regelen. Dat gebeurt ook en dat gaat vaak goed, maar dat gaat niet altijd goed. Daarom vinden wij dat er onderzoek moet worden gedaan en dat wij daar scherper naar moeten kijken. We zien op basis van eerdere rapporten dat er ontzettend veel oplossingen zijn bedacht, maar we willen doorgronden of die oplossingen allemaal even goed zijn. Het is echter niet zo dat er momenteel geen zorg wordt verleend aan psychiatrische patiënten die somatische zorg nodig hebben. Het is gewoon een plicht voor de instelling om dat goed te verzorgen. Dat onderzoek dat wij doen, ontslaat geen instelling en geen ziekenhuis van de plicht om vandaag en morgen de goede zorg te leveren die de patiënt nodig heeft.

Mevrouw **Dille** (PVV): Hoe is het dan mogelijk dat de patiënt op een wachtlijst kwam voor een dergelijke voorziening?

Minister **Schippers**: Er zijn twee fases in het onderzoek. De eerste fase had betrekking op de zeer complexe psychiatrische problematiek. Daarvoor is toen de KIB gevraagd. Het ging erom dat men advies kreeg over hoe men daar eigenlijk mee zou moeten omgaan. Tussen de melding en de intake van een patiënt zit enige tijd. Deze patiënt was ingeboekt voor dat intakegesprek. Het was een kwestie van weken. Dit is zo misgegaan doordat er een nieuwe fase was ingetreden. De somatische problematiek werd namelijk dusdanig ernstig dat die psychiatrische kliniek dat helemaal niet meer zelf kon opvangen. Die fase van de KIB waarin het mogelijk was om de benodigde somatische zorg goed te leveren, was inmiddels voorbij.

Een beetje in aansluiting op deze vraag, stelt mevrouw Bouwmeester de vraag wat deze patiënt nodig had. Er zit een knip in. In de periode voor 2 augustus had de patiënt psychiatrische zorg nodig van een gespecialiseerde voorziening. Daarmee zat deze instelling eigenlijk vast en die wilde advies van de KIB. Dat advies is altijd tijdelijk. Die bekijkt die patiënt en vervolgens komt die terug op de oude plek waar men de behandeling met de nieuwe inzichten moet voortzetten. Na 2 augustus was gespecialiseerde somatische zorg nodig in het ziekenhuis, dus eigenlijk in een medisch psychiatrische unit.

Gevraagd is waarom de ggz-instelling niet heeft besloten om te kiezen voor het aanbieden van alternatieven, zoals één op één toezicht en

begeleiding of uitplaatsing. In de eerste periode van open separeren is ook gebruikgemaakt van één op één toezicht in de separeer. Daarna zijn mogelijkheden tot uitplaatsing en consultatie onderzocht. Er is contact gelegd met de KIB in Amsterdam, zowel voor opname als voor consultatie. Daar stond voor de patiënt een consultatie gepland in de tweede week van augustus. De patiënt was toen overleden, maar er was ook een heel andere fase ingegaan waarin de noodzaak voor somatische zorg echt de overhand kreeg.

Mevrouw Bouwmeester vraagt zich af hoe de patiënt zich zo ernstig heeft kunnen verwonden. Ik vind het moeilijk om op de persoonlijke situatie van deze patiënt in te gaan, omdat deze gegevens onder het medisch beroepsgeheim vallen. In dit uitzonderlijke geval zijn ze vrijgegeven; daarvoor heb ik het rapport «Lichaam en geest» in de Kamer ter inzage gelegd. Globaal kan ik zeggen dat deze patiënt lange tijd psychiatrisch ernstig ziek was en dat hij de diepe wens had om zijn leven te beëindigen. In het rapport kun je goed lezen waarom dat zo is, maar ik ga daar in een openbare vergadering niet verder op in.

Gevraagd is waarom de patiënt in de isoleercel zat. Was dat niet veel te lang? De patiënt is vanaf 17 juli met tussenpozen in de separeer geplaatst: gedeeltelijk vrijwillig, gedeeltelijk gedwongen. De maatregel was primair bedoeld om hem zo veel mogelijk te beletten zichzelf te verwonden.

Gevraagd is waarom een beveiliging is ingezet. Die is ingezet in aanvulling op en niet in plaats van de zorgverleners. De beveiliging is 24 uur ingezet, omdat de patiënt zich extreem beschadigde.

Mevrouw Straus heeft gevraagd waarom het CCE niet is geraadpleegd. In 2009 was het CCE nog niet actief en bekend binnen de psychiatrie. Dat is pas later uitgebreid naar de psychiatrie.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd waarom niemand verantwoordelijk is. Zij vindt dat het ziekenhuis ermee wegstapt en dat de inspectie meer instrumenten moet krijgen om instellingen aan te pakken. Natuurlijk zijn bestuurders verantwoordelijk voor een goede zorgverlening en infrastructuur. Daar ontbrak het hier ook aan. Het is niet zo dat de inspectie onvoldoende instrumenten heeft, maar zij bepaalt wel zelf hoe zij ze inzet. Het ziekenhuis heeft erkend dat er fouten zijn gemaakt. Er is een uitgebreid verbetertraject in gang gezet, dat bij de inspectie is ingediend en door haar is beoordeeld. De inspectie ziet nu toe op de daadwerkelijke uitvoering daarvan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Over deze casus concluderen we dat we geen individuele arts kunnen aanspreken, omdat de zorg gewoon gigantisch slecht georganiseerd was. Uiteindelijk is iemand in zo'n organisatie echter verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Als die niet op orde is, zijn de managers of de raad van bestuur verantwoordelijk. De IGZ heeft in dit geval niet besloten tot tuchtrecht, omdat ze daarvoor niet voldoende gronden zag. Ze ging dus theedrinken met de rest van de organisatie. Dat is toch wel heel erg slap, aangezien er zo ontzettend veel is misgegaan. Wat had de inspectie nog meer kunnen doen?

Minister **Schippers**: Het verschil met toen is dat wij nu het hoofdbehandelaarschap invoeren. Als je in een keten werkt of met een heleboel zorghulpverleners rond een patiënt werkt, houdt in ieder geval één persoon het overzicht die ook verantwoordelijk is voor de behandeling. De opmerking «de inspectie ging theedrinken» vind ik niet terecht. De inspectie is in eerste instantie door de instelling om advies gevraagd. Haar wordt heel vaak om advies gevraagd. Haar werd om advies gevraagd in een situatie waarin deze ontwikkeling nog niet had plaatsgevonden. Haar werd gevraagd inzake een zeer complexe zorgvraag van een patiënt. Uiteindelijk is de zorgverlening echter helemaal niet goed verlopen, sterker nog: het is hartstikke misgelopen. De zorgaanbieder heeft daar

uiteindelijk melding van gemaakt bij de inspectie en die ging dat toen uitzoeken.

Hoe had de inspectie dat moeten aanpakken? De inspectie heeft de organisaties zelf bij dit onderzoek betrokken, omdat zij daardoor het meeste zouden leren van alle stappen die genomen moesten worden. Dat was niet vrijblijvend. De inspectie wilde weten wat men precies ging onderzoeken, wat de vraagstelling was en hoe men dat ging aanpakken. Dat moest allemaal voor goedkeuring naar de inspectie. Ook heeft de inspectie een externe voorzitter aangewezen. Is die aanpak handig? Het rapport is uiterst kritisch op het eigen handelen. Daarin is heel goed zichtbaar hoe het zelfinzicht van de betrokkenen in deze casus is. Dat zie je ook terug in het plan van aanpak om een en ander te verbeteren en om herhaling absoluut te voorkomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het hoofdbehandelaarschap zou, als dat toentertijd had bestaan, maar beperkt toepasbaar zijn geweest. Volgens de richtlijn van de KNMG beperkt het hoofdbehandelaarschap zich tot een bepaalde vorm van zorg. Als complexe vormen van zorg, in dit geval voor lichaam én geest, samenkomen, heb je meerdere hoofdbehandelaars nodig. Dat maakt het ingewikkeld. Bovendien kan de zorg nog steeds heel slecht georganiseerd zijn, ondanks dat er een hoofdbehandelaar is aangewezen; de minister gaf dat al aan. De familie kan de organisatie daarop aanspreken door een civielrechtelijke procedure aan te spannen. Dat lijkt mij af en toe echter ook de verkeerde weg. Ik vraag de minister dan ook concreet om hier nog eens in te duiken en daarop in het kader van de governance op terug te komen.

Minister **Schippers**: Nee, in de nieuwe situatie is er uiteindelijk één hoofdbehandelaar. De nieuwe situatie was in deze casus echter nog niet van toepassing. De inspectie heeft verschillende rollen. Eén rol is om de zorg structureel te verbeteren en samen met een organisatie te zoeken naar een oplossing om dit soort zeer treurige en ontoelaatbare kwaliteitsgebreken in de toekomst te voorkomen. In deze casus heeft de inspectie deze route bewandeld en in eerste instantie was dat geen verkeerde route.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik blijf toch met een paar vragen zitten. De minister verwijst steeds naar de huidige situatie en zegt dat de IGZ toen niet veel meer kon doen dan ze gedaan heeft. Dat triggert mij. Na het uitzenden van een televisieprogramma doet het OM namelijk onderzoek, terwijl de inspectie in feite zegt dat deze casus niet eens tuchtrechtwaardig is. Ik constateer dus een heel grote discrepantie. Vindt de minister dat er in 2009 voldoende en afdoende is gehandeld door de inspectie?

Minister **Schippers**: Als je een zaak naar de tuchtrechter brengt, moet je er ook enig vertrouwen in hebben dat zo'n zaak het gaat halen. De mensen die je aanpakt, moet je ook kunnen corrigeren. Anders heeft het weinig zin. Bij straffen is het heel anders. Als het gaat om een schadevergoeding of om leed dat afgedekt moet worden, moet je bij de strafrechter zijn. Wij moeten wachten op de uitkomsten van het onderzoek door het OM en afwachten of het OM daar meer van kan bakken. Het zijn echter twee afzonderlijke trajecten met twee heel verschillende doelstellingen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister zegt iets heel interessants: als je een zaak naar de tuchtrechter brengt, moet je het idee hebben dat dit wat gaat opleveren. Dat veronderstelt dus dat de IGZ in deze casus bang was om niet te halen wat zij wilde halen en dat zij daarom bij voorbaat heeft aangegeven niet naar de tuchtrechter te gaan.

Minister **Schippers**: Als heel veel mensen heel kleine deeltjes hebben bijgedragen aan een situatie waarin het is misgelopen, is het heel lastig om dat via de tuchtrechter te corrigeren. De organisatie heeft zelf heel goed ingezien wat er fout is gegaan in het eigen handelen en heeft zeer open meegewerkt aan het corrigeren van dat handelen voor de toekomst. Als je vindt dat deze mensen gestraft moeten worden omdat je het niet kunt laten lopen, moet je een andere route bewandelen, namelijk die van het strafrecht. Daar is het tuchtrecht niet voor ingesteld.

Mevrouw **Straus** (VVD): De minister stelt zelf regelmatig dat een van de doelen van het tuchtrecht is om een leereffect te bewerkstelligen. Het leereffect van deze casus leek mij juist zo belangrijk. Het beperkt zich namelijk niet tot deze twee instellingen. Ik begrijp heel goed dat die mensen zeer geraakt zijn door deze casus en dat ze meegewerkt hebben aan dit onderzoek, maar er zijn in Nederland nog zo veel méér ggz-instellingen en ziekenhuizen. Waarom hebben we het middel van het tuchtrecht niet ingezet om deze casus onder de aandacht te brengen van al die andere instellingen in Nederland? Daarmee hadden we het maximale leereffect bereikt. Dat element mis ik in het antwoord van de minister tot nu toe.

Minister **Schippers**: Ja, je kunt het op verschillende niveaus bekijken. Ten eerste is het leereffect heel belangrijk in de organisatie waarin het is misgegaan. De organisatie beseft dat zelf ook zeer goed en is zeer actief aan de slag gegaan om de zaken op te pakken die zijn misgegaan. Ten tweede, als dit soort dingen waar dan ook in de zorg gebeuren, wil je dat anderen die daarmee te maken hebben daar ook kennis van nemen. Dat was voor de inspectie de reden om een vervolgtraject te starten, zodat die kennis over de andere organisaties verspreid kon worden. Dat is de manier waarop de inspectie dit heeft aangepakt.

Mevrouw **Straus** (VVD): Deze casus speelt sinds 2009. In 2010 heeft dat onderzoek plaatsgevonden. Eind 2011 was die tv-uitzending, waarna de minister het onderzoek naar voren heeft gehaald. In de tijdslijn zie ik die een-op-eenrelatie niet, zoals de minister die net voorstelde. Ik zou graag willen dat de inspectie veel meer deed dan zij tot nu toe heeft gedaan. De minister geeft vandaag in de media ook zelf aan dat de inspectie harder moet bijten en dat zij zich activistischer moet opstellen. Juist het lerend vermogen in de zorg moeten we telkens weer aan de orde stellen. Al zou het een unieke casus zijn – ik vrees echter van niet – dan nog moeten we daar het maximale leereffect uit halen.

Minister **Schippers**: We moeten niet doen alsof er in de sector helemaal geen aandacht is voor deze problematiek. Mede naar aanleiding van deze casus is die er juist wel. GGZ Nederland heeft met name veel aandacht voor de problematiek op de scheidslijn tussen de somatische zorg en de psychische zorg. Die problematiek vormt een belangrijk speerpunt van het patiëntveiligheidsprogramma «Veilige zorg, ieders zorg» in de ggz, dat door GGZ Nederland wordt uitgevoerd en door VWS wordt gefinancierd. Binnen het programma is een aantal goede voorbeelden ontwikkeld. Zo is het modified early warning system voor ggz-instellingen aangepast. Dit is een bestaande systematiek om de acute somatische gezondheidstoestand van patiënten in ziekenhuizen in te schatten. Die is nu ook beschikbaar voor ggz-instellingen. Hiermee kunnen zorgverleners de acute somatische toestand van een patiënt beoordelen, ondanks zijn psychische gesteldheid. Gemeten wordt bijvoorbeeld op het moment van de opname van een patiënt in een ggz-instelling, bij een acute verandering van een bekende somatische klacht en bij de aanvang van de separatie voorafgaande aan de toediening van psychofarmaca. Het is dus niet zo dat er helemaal niets gebeurd is. In deze casus zijn echter een heleboel

verschillende dingen gebeurd. Daar richten wij ons nu op en dan moeten we opnieuw bekijken wat wel en wat niet goed werkt en hoe we daar in Nederland enige lijn in krijgen.

Dan kom ik op de betrokkenheid van de familie. Juist in deze sector ligt dat soms heel moeilijk. Ook in dit geval stond de patiënt blijkbaar ambivalent tegenover de familie. Dat zie je wel vaker. In de nieuwe wet is dat beter geregeld en geborgd. Het was ook nodig om dat beter te borgen. Dan kom ik op het punt van het zwijggeld en de schadevergoeding. Er is een verkeerd beeld ontstaan en dat had vermeden moeten worden. Enerzijds is namelijk schadevergoeding uitgekeerd en anderzijds was het medisch beroepsgeheim van toepassing. Dat liep naast elkaar en door elkaar.

Tegen de volgende achtergrond is een schadevergoeding betaald. De instellingen hebben de inspectie laten weten dat de patiënt bij leven regelmatig ambivalent was over de mate waarin hij informatie over hemzelf met zijn familie wilde delen. Na zijn overlijden heeft dit bij de instellingen een dilemma veroorzaakt. Het delen van medisch-psychiatrische informatie met de familie over de patiënt in de laatste fase van zijn leven zou de instellingen nopen tot het doorbreken van hun beroepsgeheim. Tegelijkertijd wilden de instellingen recht doen aan de terechte vragen van de familie over de zorgverlening en de gebreken daarbij in de laatste fase van het leven van de patiënt. Tegen deze achtergrond hebben de instellingen een overeenkomst laten opstellen, waarin wordt gesteld dat de familie de medisch-psychiatrische informatie omtrent de patiënt zal ontvangen, mits zij hiermee niet naar buiten treedt. Op deze wijze hebben de instellingen het doorbreken van het beroepsgeheim, alle belangen afwegend, willen legitimeren. Pas in tweede instantie is ervoor gekozen om de schade die de familie heeft geleden in de vorm van advocaat- en begrafeniskosten, te vergoeden. Zo is het gegaan. Vind ik dit een ideale manier? Nee. Moeten we dit herhalen? Nee, want hiermee roep je veel te veel het beeld op van «u mag niets zeggen en daar krijgt u geld voor». Is dit een sterke zet? Nee, ik ben er blij mee dat de familie tegemoet is gekomen in de advocaat- en begrafeniskosten en cetera, maar ik vind dat dit niet goed is aangepakt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister zegt dat die twee zaken door elkaar gingen lopen en dat dit geen goede manier is. Hoe moet daar in de toekomst dan mee worden omgegaan?

Minister **Schippers**: Er moet een gesprek met de instellingen plaatsvinden. De instellingen moet duidelijk worden gemaakt dat, hoe goed bedoeld ook – ik ga ervan uit dat het integer was – dit niet de manier is waarop je dat doet en dat je het dus op een andere manier moet aanpakken.

Mevrouw Leijten heeft mij gevraagd of er sprake kan zijn van zwijggeldcontracten. Nee, dat vind ik niet.

Is de gebrekkige samenwerking een incidenteel probleem of een structureel probleem? Ik denk dat de moeizame samenwerking een structureel probleem kan zijn, maar dat de extremiteit hiervan – ik weet dat mevrouw Leijten dit niet prettig vindt – niet vaak voorkomt. Ik denk wel dat er structureel vaker problemen zullen zijn. Om die reden wordt daar ook onderzoek naar gedaan.

Verschillende leden hebben gevraagd hoe het in elk ziekenhuis geregeld moet worden. Moet er een team zijn bij de Spoedeisende Hulp? Dat hoeft niet per se een spv'er te zijn, maar er moet wel psychiatrische consultatie door een psychiater of door een physician assistant in de psychiatrie aanwezig zijn.

Mevrouw Dille heeft gevraagd waarom ziekenhuizen niet ingericht zijn op psychiatrie. In elke regio moet ziekenhuisopname mogelijk zijn van mensen met psychiatrische en somatische problematiek. De inspectie

onderzoekt dus of er sprake is van een landelijk dekkend netwerk. De ggz doet een parallelonderzoek. Daarmee kunnen we bekijken waar de ketens zwak zijn, hoe we hier strak op kunnen handhaven en hoe een en ander verbeterd kan worden.

Ook is gevraagd of de inspectie ter plaatse is geweest en of zij in eerste instantie onjuist geadviseerd heeft. En had zij in tweede instantie niet de vinger aan de pols moeten houden? De inspectie is in eerste instantie gebeld voor advies. Toen zij vernam dat het allemaal gruwelijk mis was, heeft zij daar natuurlijk zelf onderzoek naar gedaan en heeft zij beide instellingen bezocht. Om de volgende reden gingen de alarmbellen niet rinkelen. Op 23 juli werd voor een patiënt met een heel complexe zorgvraag advies gevraagd en de inspectie heeft dat advies ook gegeven. Als spontaan om advies wordt gevraagd en dat wordt gegeven, hoeft er niet per definitie iets mis te zijn. Men vraagt juist actief om advies. Dat advies ging onder andere over die klinisch intensieve behandelunit. Daar was de patiënt ook voor aangemeld, maar ondertussen escaleerde alles somatisch dusdanig dat het niet meer aan de orde was.

Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat je met elkaar regels en andere werkwijzen kunt afspreken, maar dat de cultuur in een instelling ongelooflijk belangrijk is voor het beantwoorden van de vraag waarom het bij de ene instelling goed gaat terwijl het bij de andere instelling gruwelijk misgaat. Ik denk dat dit het moeilijkst te veranderen is. Het aanwijzen van een hoofdbehandelaar schept echter enorme helderheid. Die hoofdbehandelaar kan veel meer naar zich toe trekken, juist omdat hij verantwoordelijk is. Tot nu toe had iedereen zijn eigen, kleine stukje, maar niemand was verantwoordelijk voor het geheel.

Mevrouw Dijkstra heeft gevraagd om een onafhankelijk onderzoek door de Onderzoeksraad Voor Veiligheid (OVV). Bedoelt zij dat de onderzoeksraad een onderzoek moet doen naar deze casus?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ja, om te beginnen naar deze casus. Ik weet dat de onderzoeksraad geen incidenten onderzoekt maar dat hij vooral naar de bredere context kijkt. De raad zou dus kunnen beginnen met deze casus, om vervolgens de veiligheid in deze keten te onderzoeken.

Minister **Schippers**: Over deze casus heeft reeds een kritisch onderzoek ter inzage gelegen voor de Kamer. In dat onderzoek heeft men zichzelf niet gespaard. Je kunt daaruit aflezen waar het mis is gegaan en waar het echt anders had gemoeten. Daar richt de inspectie zich nu ook op. Bovendien doet zij onderzoek naar dat aansluitingspunt. Dat onderzoek heb ik naar voren gehaald. Ik wil echt voorkomen dat we dubbel onderzoek gaan doen.

Ook is mij gevraagd om na het onderzoek te bekijken of er nog iets nodig is. Ik moet eerst de uitkomst van het onderzoek van het OM afwachten voordat ik iets kan doen. Als uit dat onderzoek iets blijkt waar wij verder ons voordeel mee kunnen doen, zal ik dat zeker doen. Daarmee meen ik alle vragen te hebben beantwoord.

De **voorzitter**: Ik stel voor om te inventariseren welke vragen bleven liggen, voordat we verdergaan met de tweede termijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik heb gevraagd waarom de instelling Dimence toen het op een later moment heel slecht ging met de patiënt, niet nogmaals contact heeft opgenomen met de IGZ.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Van mij bleven twee vragen liggen. In de langdurige zorg heeft de staatssecretaris de Denktank Complexe Zorg opgericht. Die richt zich echter niet op ggz-cliënten. De vraag is of de informatie en de adviezen ten opzichte van dit type complexe zorg

voldoende zijn of dat zo'n denktank ook hiervoor een suggestie zou kunnen zijn.

De inspectie heeft zich gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen die twee instellingen in Deventer. Zijn die verbeteringen echter ook als best practices vertaald naar andere instellingen in het land?

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. Ook van mij bleven twee vragen liggen. Welke consequenties hebben de bestuurders van de instellingen uit deze casus erkend? En hebben de respectievelijke raden van toezicht een uitspraak gedaan over het bestuur?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Hoe kan de inspectie een aanmelding voor een klinisch intensieve behandeling accepteren als daarvoor een wachtlijst bestaat? Dat is een duidelijke vraag. Ook heb ik gevraagd hoe vaak dergelijke zwijg- of afkoopcontracten, waar de inspectie weet van heeft, getekend worden. Al noemt de minister het niet zo, ze weet heel goed wat ik bedoel.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. In het kader van het veiligheidsmanagementsysteem heb ik de minister gevraagd hoeveel zij precies in het risicomanagement investeert.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik heb vier vragen. Klopt het dat vanwege personeelsgebrek een beveiliging in plaats van een behandelaar is neergezet bij deze patiënt? Waarom accepteren we voor de intensive care geen wachtlijst, bijvoorbeeld als mensen last hebben van hun hart en waarom accepteren we die wel in geval van deze extreme problematiek waarbij iemand naar de KIB moet? Welke norm hanteert de IGZ? Wanneer vindt zij het dus acceptabel dat iemand op de wachtlijst komt? Al in 2009 heeft de IGZ gezegd dat het misgaat bij mensen met psychische en lichamelijke problemen en dat ze daar bovenop gaat zitten. Waaruit blijkt in deze casus dat ze erbovenop zaten?

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister eerst deze vragen beantwoordt, zodat de commissieleden daar in tweede termijn op kunnen reageren.

Minister **Schippers**: Waarom heeft Dimence niet nogmaals contact opgenomen met de inspectie, toen de situatie verslechterde? Ik constateer dat de instelling dat niet heeft gedaan. Zij heeft de inspectie om advies gevraagd en dat advies opgevolgd. Vervolgens is het geëscaleerd in een situatie waarin de instelling beter wel om advies had kunnen vragen. Dat heeft zij echter niet gedaan en dat is haar dus ook kwalijk te nemen. De zorg was ontoereikend en het is de instelling kwalijk te nemen dat niemand de inspectie heeft gebeld met de vraag: het gaat helemaal mis, wat zullen wij doen?

Er is ook gevraagd naar de denktank. De ggz zit daar niet in. Ik zal bekijken of we daarbij kunnen aansluiten en of we zoiets ook in de ggz zouden kunnen doen. Ik zal dat laten weten op het moment dat ik de Kamer rapporteer over het onderzoek.

Dan kom ik bij de vraag of de IGZ de verbeterde samenwerking tussen de instellingen in Deventer als best practice kan vertalen naar andere instellingen. Ik meen dat ik die vraag had beantwoord. De inspectie komt er namelijk niet alleen op terug ten aanzien van de activiteiten die GGZ Nederland ontplooit, maar ook met dit onderzoek. Wij hebben gezien dat op basis van de voorgaande rapporten – mevrouw Bouwmeester vroeg daarnaar – een heleboel zaken juist wel zijn ontstaan. Alleen, iedereen heeft zo zijn eigen oplossing gezocht. Daardoor is in Nederland een bonte situatie ontstaan, waarin van alles en nog wat geplakt is op deze scheidslijn tussen somatische zorg en psychische zorg. In onderzoek

bekijkt men juist hoe dat voor heel Nederland uitpakt, wat werkt en wat de kwaliteit daarvan is.

Mevrouw Dille heeft gevraagd naar de consequenties voor de bestuurders naar aanleiding van deze casus. De bestuurders zijn natuurlijk volop aangesproken op het feit dat het mis is gegaan en dat daarbij gaten zijn gevallen. Zij hebben de verbeterplannen opgesteld en zien er ook op toe dat de zorgverleners die verbeterplannen implementeren en uitvoeren. Zij zijn dus onderdeel van wat er mis is gegaan en hoe het beter moet. Ook is gevraagd of de raad van toezicht een uitspraak heeft gedaan over de raad van bestuur. Niet dat ik weet.

Mevrouw Leijten zegt dat de KIB een wachtlijst kent. Mevrouw Bouwmeester zegt dat wij een wachtlijst voor de IC niet acceptabel vinden maar voor de KIB wel. De IC zou je eigenlijk moeten vergelijken met de PMU en niet met de KIB. De KIB is er eigenlijk in een situatie waarin je iemand uit de behandeling haalt, bekijkt hoe je dat beter moet doen, om hem vervolgens weer in de behandeling terug te plaatsen. Het is een soort praktisch expertisecentrum. Dat is echt iets anders dan de IC. Wij willen geen wachtlijsten voor de IC en dat betekent dat wij die voor de acute psychische zorg ook niet moeten hebben. We moeten het dan ook landelijk dekkend netjes regelen. Daar gaan die onderzoeken dan ook over.

Mevrouw Leijten heeft gevraagd wat er gebeurt als je op de wachtlijst van zo'n KIB staat. Dan adviseert de KIB in samenspraak met de organisatie hoe de behandeling op dat moment voort moet gaan. De KIB geeft dus ook advies en begeleiding, totdat men een intake heeft gehad en is opgenomen.

Ook is gevraagd of er zwijgcontracten zijn gesloten. Ik ben van mening dat de instellingen het goed bedoeld hebben maar dat ze het niet handig hebben uitgevoerd. Zij hebben de verkeerde indruk gewekt. Dat moet zeker niet. Ik heb al gezegd dat ik de instellingen er via de inspectie op zal aanspreken dat ze dit niet op deze manier moeten doen. Als je daar een verkeerde indruk mee wekt, zit je eigenlijk al verkeerd. Dat moet je gewoon zien te voorkomen.

Mevrouw Dijkstra heeft gevraagd hoeveel in risicomanagement wordt geïnvesteerd. Ik denk dat de ggz-instellingen zelf bepalen hoeveel ze daarin investeren. Er gelden eisen voor het systeem dat zij moeten invoeren. Iedere organisatie moet ervoor zorgen dat zij dit invoert. Overigens heb je die programma's ook in het ziekenhuis. Ieder ziekenhuis moet dat gewoon doen. Ik weet niet hoeveel ze daaraan besteden, maar ik weet ook niet hoeveel ze bijvoorbeeld aan ICT besteden. De inspectie ziet er wel op toe of ze het hebben ingevoerd.

Mevrouw Bouwmeester heeft gevraagd of het klopt dat er een beveiliging in plaats van een behandelaar was neergezet. Nee, het ging om een beveiliging naast een behandelaar. Die beveiliging werd daar neergezet omdat de patiënt zich zo ontzettend beschadigde. Hij kwam dus niet in plaats van een behandelaar. Daarmee meen ik de resterende vragen te hebben beantwoord.

De voorzitter: De spreektijd in tweede termijn is twee minuten per woordvoerder. Ik zal de spreker niet onderbreken, maar twee minuten is wel twee minuten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar beantwoording. Ik vind het heel ingewikkeld. Deze meneer was heel ziek en heeft niet de zorg gekregen die hij nodig had. Hij had naar een kliniek voor een intensieve behandeling gemoeten. Dat heeft een tijd geduurd en toen ging het mis. Is er een causaal verband? Hij kon niet naar de intensieve behandeling, waardoor het misging en het helemaal geen zin

meer had. Ik vind het superheftig als mensen niet naar een kliniek voor intensieve behandeling kunnen. Een wachtlijst vinden wij dus onacceptabel.

De minister zegt dat er een landelijk dekkend netwerk van PMU's, de high care voor de ggz in ziekenhuizen, moet komen. De minister wil er ook een onderzoek naar doen – dat is nog beter – maar wij vinden dat het te lang duurt. Wij willen echt dat het veel eerder klaar is. Ik hoop dat de minister dat toezegt en als goed bedoelde stok achter de deur zal ik daar zeker een motie over indienen. Wij vinden het namelijk veel te heftig dat mensen met een ernstige psychische problematiek zo lang moeten wachten. Wij willen ook graag dat er onderzoek wordt gedaan door de Onderzoeksraad Voor Veiligheid. De minister heeft dit verzoek in haar beantwoording van de schriftelijke vragen afgewezen. Vervolgens heeft Pieter van Vollenhoven op tv gezegd dat de OVV dit wel kan, omdat hij al eerder iets vergelijkbaars heeft gedaan. Dat geef ik als suggestie mee aan de minister.

Tot slot. Ik vind het fijn dat de minister een denktank wil oprichten, maar dit betreft een uitvoeringsprobleem. Volgens mij is het slimmer, handiger en beter inzetten van mensen in de ggz en in het ziekenhuis effectiever dan het oprichten van nog een denktank. Ik roep dus vooral op tot actie. Ik heb de indruk dat de minister dat ook wil, maar de Partij van de Arbeid is ongeduldig. Daarom zullen wij haar een hart onder de riem steken door middel van een motie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Zij geeft op een aantal punten aan dat zij dit heel serieus neemt, onder andere door de inspectie hard aan het werk te zetten. Toch houd ik een naar gevoel over aan dat contract waarin zowel een verzoek tot zwijgen was opgenomen als een schadevergoeding. Ik ben nieuwsgierig of dat contract bijvoorbeeld een boeteclausule bevatte. Dat zou duidelijk maken dat men die zaken bewust bij elkaar heeft gestopt. Ook vraag ik mij af of dit gebruikelijk is binnen de gezondheidszorg. Als dat zo is, is er echt iets mis met de manier waarop zorginstellingen omgaan met de belangen van de familie van patiënten. Het is belangrijk om daar zicht op te krijgen. De vraag is of de inspectie de zorginstellingen daarop moet aanspreken of dat de minister er een briefje aan wil wagen, omdat zij dit ontzettend belangrijk vindt. Het is goed dat de minister aangeeft dat het hoofdbehandelaarschap is ingevoerd. Wat in 2010 is gebeurd, is een stap voorwaarts. In de richtlijn staat overigens wel dat het voor de hand ligt om twee hoofdbehandelaars aan te stellen, als er zowel een internist als een psychiater bij betrokken is. Daar ontkom je soms niet aan. Waar ik echter mee blijf zitten, is het volgende. Gesteld dat een ziekenhuis geen hoofdbehandelaar aanstelt, wie is dan verantwoordelijk voor de slechte organisatie van de zorg? Wie spreek je er dan op aan en waar heb je dan doorzettingsmacht? Via het tuchtrecht heb je doorzettingsmacht ten opzichte van medisch specialisten en de hoofdbehandelaar. Welk ander instrument is er als men niet wil meewerken en men niet wil luisteren? Dit lijkt mij een relevante vraag met betrekking tot de governance. Tot slot. In aansluiting op mijn collega van de VVD zeg ik: inderdaad, we hebben 1 500 tuchtrechtzaken per jaar. 250 zaken worden gegrond verklaard en 12 zaken worden door de inspectie ingediend.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, ik wil geen interrupties toestaan. We halen de eindtijd niet, dus ik zou het plezierig vinden als wij ons beperken ...

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat wil ik eigenlijk niet. Ik heb namelijk een zeer relevante vraag voor het CDA.

De **voorzitter**: Dan sta ik u één interruptie toe.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het CDA is terecht heel kritisch, zeker als het over tuchtrecht gaat. We hebben de antwoorden van de minister gehoord. Ze luistert niet naar een bijna unanieme Kamer, die vindt dat hierbij, linksom of rechtsom, toch het tuchtrecht moet worden ingeschakeld. Houdt het CDA ook stand als het straks moet stemmen over ingediende moties?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De SP en het CDA zijn het er helemaal over eens dat het tuchtrecht veel meer moet worden ingezet als instrument om van te leren. Dat heb ik in de afgelopen debatten over de inspectie en drang en dwang aangegeven. In dit geval loop ik tegen het volgende aan, waarover ik ook met deskundigen heb gesproken. Hierbij waren zoveel mensen betrokken dat er geen individueel verantwoordelijke kan worden aangewezen. Als je geen individueel verantwoordelijke kunt aanwijzen, wie spreek je er dan op aan als het slecht georganiseerd is?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De behandelend psychiater is toch gewoon verantwoordelijk? Dat is toch keihard de medisch specialist die verantwoordelijk is? Hoe kijkt mevrouw Bruins Slot dan naar het tuchtrecht voor die psychiater?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het probleem is dat het ook in het ziekenhuis fout is gegaan. Daar gaan die twintig specialisten over. Was daar inderdaad een psychiater bij betrokken? De vraag is ook hoe de minister dat uiteindelijk ziet. Inderdaad, er was een psychiater bij betrokken. Was die dan wél individueel verantwoordelijk voor dat gedeelte? Dat is een terechte vraag.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Ook ik blijf zitten met veel plussen en minnen naar aanleiding van dit AO. Ik zal die niet allemaal herhalen. Niet zo lang geleden hebben wij met de minister gesproken over dwangmaatregelen in de ggz. Toen hebben we ook uitgebreid gesproken over een cultuurverandering die noodzakelijk is. Vervolgens hebben we een heel mooi rapport gekregen met veertig best practices, die in de sector geïmplementeerd zouden gaan worden.

In de antwoorden die ik heb gekregen, gaat het heel vaak om de vraag wat we anders moeten doen. Vervolgens wordt een aantal zaken naar voren gebracht. Nog veel belangrijker vind ik de vraag hoe we dit gaan doen. Je moet niet alleen controleren of iets is ingevoerd maar ook hoe het is ingevoerd, niet door het voor te schrijven maar door te beoordelen of iets het gewenste effect heeft gehad.

Mevrouw Bruins Slot sprak net over het tuchtrecht. Als je iets wilt veranderen in een organisatie, zul je de mensen en hun gedrag moeten veranderen. Je kunt nog zo'n mooi systeem optuigen en allerlei structuren veranderen, maar mensen veranderen niet als je in het systeem niet de juiste belonings- en sanctieprikkels inbouwt. Ik heb van een aantal zaken gehoord, ook van GGZ Nederland, waarbij de positieve kanten van de verandering zijn benadrukt door allerlei mooie zaken in te richten, projecten op te starten en systemen op te tuigen. Van de wortel heb ik dus wel gehoord, maar ik vind dat de stok te weinig aan bod is gekomen in deze casus. Die stok is het tuchtrecht, maar het leereffect ervan moet wel maximaal zijn. Je moet dus niet alleen vrijblijvend over deze casus praten, maar het signaal dat ervan uitgaat, moet sectorbreed waarschuwend en professioneel-dwingend van karakter zijn. Het kan niet zo zijn dat twintig professionals zich verschuilen achter deze casus.

Mevrouw **Dille** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Het blijft voor de PVV heel onbevredigend dat uiteindelijk niemand ter verantwoording wordt geroepen voor het lijden en overlijden

van de patiënt. Het is onbegrijpelijk dat niemand ter verantwoording kan worden geroepen als twintig mensen fouten maken. Als je met twintig man een overval pleegt, kan dus niemand gestraft worden. Dat kan natuurlijk nooit de bedoeling zijn. Van het hoofdbehandelaarschap was in 2009 nog geen sprake, maar zowel in de ggz-instelling als in het ziekenhuis was iemand eindverantwoordelijk. Die personen zijn degenen die voor de tuchtrechter zouden moeten verschijnen. Waarom is dat niet gebeurd? Daarvan kan toch een corrigerend effect uitgaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik heb vaak goede debatten met deze minister. Als de minister echter antwoorden van haar eigen partij maar ook van alle andere partijen ontloopt, heb ik het idee dat zij hier zeer slecht voorbereid zit. Het gaat nogal over iets. Iets is een incident, maar we doen wel onderzoek naar het structurele karakter ervan. Dat onderzoek wordt naar voren gehaald naar aanleiding van een televisie-uitzending. De inspectie had kunnen zeggen: dit is een zeer ernstige casus, we gaan nu kijken of dit structureel is. Dat heeft de inspectie nagelaten. Zij heeft goedgekeurd dat een contract met de familie is gesloten, op grond waarvan de familie schadevergoeding heeft gekregen, maar waarin ook staat dat de familie niets over het kind, de broer en de patiënt mag zeggen. De familie mocht ook niets zeggen over het voorval, want daarover was wel degelijk een boeteclausule opgenomen.

Ik heb twee keer gevraagd hoe vaak dit soort contracten met medeweten van de inspectie wordt gesloten. Het lijkt mij dat de inspectie dit uit de archieven kan halen. Ik vind het niet kunnen dat je uitkomsten van een slechte behandeling met een afkoopsom onder de pet mag houden. Daar is in dit geval namelijk sprake van. Dat je de naam, de toenaam en de geboortedatum van een patiënt niet openbaar maakt, snap ik nog. Maar je kunt mensen niet vragen om de dood van een familielid als gevolg van falend handelen onder de pet te houden. Dat mag de minister ook niet toestaan. In de schriftelijke beantwoording heeft ze wel degelijk gezegd dat de handelwijze bij een goede manier van incidentafhandeling past. Echt, er zijn hier meerdere partijen geweest die er hun afschuw over uitspraken. De SP zal het in een motie aan de Kamer voorleggen. Ik vind het niet kunnen dat de minister er niet op ingaat.

De televisie heeft in dit geval alles in werking gezet. Het leereffect op de instellingen was: we hebben een onderzoek, we hebben een afkoopsom, en het gaat in de la. Het leereffect op de inspectie was: we doen ergens in 2012 een onderzoek. Dat is drie jaar nadat dit voorval heeft plaatsgevonden. En dan zegt de minister nog steeds dat het over incidenten gaat. Ik vind het eigenlijk niet passen bij de ernst van dit voorval.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Het is duidelijk dat geen enkele fractie genoeg neemt met de uitleg van de minister. Waarom is het in deze casus niet tot een tuchtzaak gekomen? Ik hoor alle fracties zeggen dat er sprake is van tuchtwaardig handelen. Ik ben dus heel benieuwd naar de reactie van de minister hierop. Ik ga er ook van uit dat het niet bij stoere woorden blijft als er straks gestemd wordt, zo zeg ik vooral tegen het CDA, de VVD en de PVV. Het is veelzeggend dat het OM nu onderzoek doet. Dat zou ook een trigger moeten zijn.

Wat het door elkaar lopen van onkostenvergoeding en zwijggeld betreft, deel ik het gevoel van mevrouw Bruins Slot dat dit toch bewust gebeurd lijkt te zijn. Mijn conclusie is dat er zoveel losse eindjes zijn dat wij een onafhankelijk onderzoek voorstellen. Verschillende fracties hebben gezegd dat ze moties daarover zullen indienen. Die zullen wij dan ook van harte steunen.

Tot slot. Het structurele probleem is de scheiding tussen de somatische zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Daar kan de minister vandaag al maatregelen op nemen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Als laatste in de rij zal ik proberen om het zo kort mogelijk te houden. Ik sluit mij aan bij wat over de tuchtrechtwaardigheid is gezegd.

De minister heeft net gezegd dat zij niet nóg een onderzoek, bijvoorbeeld van de onderzoeksraad, wil. Ik houd dan ook een pleidooi voor een onafhankelijk onderzoek in plaats van het onderzoek door de IGZ. Zij heeft immers voor een deel een rol gespeeld in hoe deze zaak zich ontwikkeld heeft. Ik zou het juist heel goed vinden als een onafhankelijk orgaan bekeek wat er structureel aan de hand is met de veiligheid in deze keten. Daarbij aansluitend, roep ik de minister nog een keer op om enorme haast te maken met een keten-dbc op dit terrein, zodat de betrokken zorgverleners alleen nog beloond worden als ze kwalitatief hoogwaardige zorg door intensievere samenwerking bieden.

Overigens zal ik een motie over de onderzoeksraad indienen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Bouwmeester heeft gezegd dat wachtlijsten voor de KIB onacceptabel zijn. Het is niet per definitie zo dat je gedurende de termijnen die zijn genoemd, moet wachten. Het is niet zo dat je op een wachtlijst staat en dat er verder niets is. Er wordt om consultatie gevraagd en er wordt begeleiding geboden, totdat de intake daadwerkelijk plaatsheeft.

Ook is gevraagd om het onderzoek naar een landelijk dekkend netwerk van PMU's sneller gereed te hebben. De inspectie komt aan het eind van de zomer met haar bevindingen en GGZ Nederland doet dat eind 2012. Ik zal beide instanties vragen of ze dat wat kunnen versnellen. Ik weet niet wat haalbaar is, dus ik kan geen termijnen noemen. Ik zeg wel toe dat ik beide daarom zal verzoeken.

Ook is gevraagd om het onderzoek naar de aansluiting tussen de somatische zorg en de psychische zorg door de Onderzoeksraad Voor Veiligheid te laten doen. Echter, dat is de kerntaak van de inspectie. Het is de taak van de toezichthouder om dit soort onderzoeken te doen. Ik zou het een ernstige zaak vinden als wij dit soort kerntaken aan andere raden gingen uitbesteden. Ik wil dat de inspectie onderzoek doet naar de situatie in het land, hoe die situatie is ontstaan in de verschillende delen van het land, waar die het beste is en hoe we die over heel Nederland kunnen verbeteren in een sluitend netwerk.

Mevrouw Bouwmeester heeft gezegd dat zij liever actie wil dan een denktank. Ik heb geen denktank toegezegd. Ik heb wel toegezegd dat ik zal bezien of een denktank nodig is en of het instellen daarvan meerwaarde heeft. Het is nooit gek om daar eens over na te denken. Daarop kom ik later dus terug.

Ook is er gevraagd naar het contract. Daarin zijn het medisch beroepsgeheim en de schadevergoeding gecombineerd. Zit er een boeteclausule in? Niet dat ik weet. De inspectie heeft ook geen signalen dat dit vaker voorkomt in de gezondheidszorg. Alleen al de suggestie dat je zwijggeld betaalt, is heel slecht voor het aanzien van de zorg. Dat moeten we dus niet hebben. Ik heb al toegezegd dat de inspectie actief zal communiceren dat dit zo niet moet gebeuren en dat we dat anders moeten vormgeven. Het in verbinding brengen van die twee zaken geeft namelijk een verkeerd beeld. Ik zeg dus toe dat ik hierop actie zal ondernemen.

Ook is gevraagd welke instrumenten we hebben als een instelling niet wil meewerken of als die zorg onder de maat levert. In de Wet cliëntenrechten zorg hebben we in ieder geval geregeld dat één persoon in de raad van bestuur aanspreekbaar wordt op kwaliteit. Als een instelling slechte zorg levert, is het nu al zo geregeld dat de inspectie een aanwijzing kan geven, dat zij de instelling onder verscherpt toezicht kan plaatsen of dat ze die zelfs kan sluiten.

Gesteld is dat de inspectie heel weinig tuchtzaken heeft ingediend. Ik heb al eerder in een gesprek met de Kamer aangegeven dat ik vind dat de

inspectie dat best actiever mag doen. Daar waar het een duidelijk corrigerende uitstraling heeft, moet het ook echt vaker gebeuren. Mevrouw Straus heeft de cultuurverandering aan de orde gesteld. Ik ben het zeer met haar eens dat dit een ontzettend belangrijk aspect is dat tegelijk het moeilijkst te bewerkstelligen is. De best practices laten zien dat er in de sector al heel actief over dwang en drang en aanverwante zaken nagedacht wordt en dat daar maatregelen op genomen worden. Mevrouw Straus heeft ook gesteld dat de wortel er is maar dat de stok te weinig aan bod komt. Er heeft een enorme verandering plaatsgevonden in wat de inspectie vijf jaar geleden geacht werd te doen en wat wij nu van de inspectie verwachten en vragen. De inspectie heeft voor een groot deel ook al laten zien dat ze doet wat wij vragen. Uit de toegezonden cijfers over 2011 en 2010 blijkt dat de inspectie er veel meer bovenop zit en dat zij veel actiever handelt. Dat doet zij zelfs zo actief dat de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid mij heeft geadviseerd die weg juist niet op te gaan.

Mevrouw Dille stelde dat het gek zou zijn als niemand ter verantwoording werd geroepen als een groep een overval pleegt. Daarvoor hebben we het strafrecht. Dat is de casus en men moet bekijken of er straffen, andere sancties of genoegdoening uit voortkomt. Het tuchtrecht is echter bedoeld voor het lerend vermogen van de organisatie, voor de hulpverlener zelf en de andere organisaties. Die dingen zijn heel actief opgepakt naar aanleiding van deze casus.

Mevrouw Leijten heeft gevraagd hoe vaak dit soort contracten wordt gesloten. De inspectie heeft daar geen signalen over gekregen. Ik vind dat we dit gewoon niet moeten hebben. De inspectie moet daar actief op handelen. Zij moet tegen instellingen, hulpverleners en anderen die in een vergelijkbare situatie zitten, zeggen dat wij dit niet willen. Ook al is het heel integer en goed bedoeld, het geeft een totaal verkeerd beeld. Familieleden of nabestaanden kunnen zich namelijk afgekocht voelen. Dit contract is overigens al enige jaren geleden, in 2009, gesloten. We moeten er ook voor zorgen dat dit niet meer gebeurt.

Mevrouw Voortman heeft gezegd dat tuchtrecht in deze zaak noodzakelijk is. Er is echter een andere afweging gemaakt.

Mevrouw Dijkstra heeft om een keten-dbc gevraagd. Ik denk dat een heleboel van dit soort ontwikkelingen hard nodig is. Het ging hierbij overigens niet om de bekostiging. Dit was geen kwestie van geld. Het was echt een kwestie van problemen die een instelling niet aankon. Daarmee wil ik niet zeggen dat je niet moet proberen om ook op deze onderdelen keten-dbc's te maken – het kwaliteitsinstituut zal zich daar ook over buigen – maar ik voeg daaraan wel expliciet toe dat het niet zozeer een kwestie van geld was.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik stel geen vraag aan de minister maar ik wil een verduidelijkende opmerking maken. Ik bedoelde ook niet te zeggen dat het een kwestie van bekostiging is, maar wel dat je de prikkel bij het belonen van het uitvoeren van kwaliteit moet leggen.

Minister **Schippers**: Daarom vind ik ook dat het kwaliteitsinstituut zich moet buigen over de vraag hoe je dit soort dingen dat toch moeilijk van de grond komt, via financiering beter van de grond kunt krijgen.

De **voorzitter**: Daarmee zijn we aan het eind gekomen van de beantwoording door de minister in tweede termijn. Zoals aangekondigd, komt er een VAO, met als eerste spreker mevrouw Bouwmeester van de PvdA-fractie.

Ik dank de minister en haar ambtenaren en onze geachte afgevaardigden. Ik sluit de vergadering.