

Bussemaker

huisbezoek voor de hand liggen. Daar kan ik dus geen algemene regel van maken.

Mevrouw Kant heeft nog een motie ingediend waarin wordt gevraagd, de aanbestedingen in de WMO te stoppen. Uit mijn reactie op de vorige moties en in het algemeen overleg van vorige week zal mevrouw Kant begrijpen dat ik geen voorstander ben van het stoppen van de aanbestedingen. Dan zouden wij immers alle fouten en alle tekortkomingen uit het oude model overnemen. Bovendien zouden wij een enorme chaos creëren door een proces dat net in gang is gezet, op deze manier te onderbreken.

In de motie van mevrouw Wolbert wordt de regering verzocht, zo spoedig mogelijk een standpunt te bepalen over de markt van persoonlijke dienstverlening en daarbij de positie van werkers zoals alfhulpverleners te betrekken, evenals het behoud van werkgelegenheid van hoger gekwalificeerd personeel zoals verzorgenden. Ik heb in het algemeen overleg gezegd dat ik veel mogelijkheden zie in het ontstaan van die markt voor persoonlijke dienstverlening; om mensen die daar werken, gereguleerde contracten te geven en meer mensen in de richting van de arbeidsmarkt te leiden. Ik vind deze motie sympathiek, maar ik laat het oordeel verder aan de Kamer.

In de motie van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink wordt gevraagd om een toelatingsmodel. Ik heb wat moeite met deze motie, omdat ik niet precies begrijp wat de indiener in dat toelatingsmodel opgenomen wil hebben. Er is sprake van keuzevrijheid voor cliënten op basis van kwaliteitskenmerken. Daarvoor verwijs ik naar wat ik tegen mevrouw Kant heb gezegd. Er wordt ook gesproken over de inbedding in de lokale sociale structuur. Ik verwijs naar wat ik hierover in het algemeen overleg tegen de heer Van der Vlies heb gezegd, dat identiteitsgebonden aanbieders en lokale aanbieders natuurlijk een plek moeten kunnen krijgen. Mocht dat niet goed lopen, dan krijg ik daarover graag signalen. Als het erom gaat dat aanbieders onderdeel moeten zijn van de lokale structuur voordat de gunning plaatsvindt, moet ik zeggen dat dit juridisch niet kan. Ik heb minder moeite met de motie, als deze zou betekenen dat aanbieders die de gunning hebben gekregen, vanaf dat moment onderdeel moeten zijn van de lokale sociale infrastructuur. Misschien moet de motie iets helderder worden geformuleerd, zodat wij precies weten wat er wordt bedoeld. Als dat wordt bedoeld, laat ik het oordeel aan de Kamer.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De motie is heel duidelijk richtinggevend bedoeld. U hebt gezegd dat u graag in overleg gaat en dat de lokale inbedding en de keuze van cliënten de belangrijkste aandachtspunten zijn. Het is niet zozeer de bedoeling om dit van bovenaf heel hard op te leggen. Dat is juridisch ook niet aan de orde, maar ik merk wel dat bij gemeenten nog erg veel onduidelijkheid bestaat over de mogelijkheden om dit voor elkaar te krijgen. De gesprekken hierover moeten geen vrijblijvende uitwisseling zijn, maar er moet worden gekeken naar de randvoorwaarden om tot een goede uitwerking en inbedding van de WMO te komen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dan begrijp ik dat dit niet vooraf wordt geëist en ook niet in een toelatingsmodel wordt opgenomen, maar dat wij met elkaar afspreken dat

degenen die de gunning krijgen, onderdeel moeten zijn van de lokale sociale infrastructuur. Begrijp ik het zo goed?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het gaat er inderdaad om, die voorwaarden onder de aandacht te brengen en dat uit te zoeken, zodat in een later stadium dingen duidelijker worden.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik wil niet flauw doen, maar ik wil wel weten of ik de motie kan uitvoeren, als ik daarover een oordeel vel. Als deze een oproep is om degenen die een gunning krijgen, onderdeel te laten zijn van de lokale sociale infrastructuur op het moment dat zij de gunning hebben gekregen, heb ik er geen problemen mee. Als het verder gaat, heb ik er wel vraagtekens bij, want dan kan het juridisch simpelweg ook niet.

In de motie van mevrouw Willemse-van der Ploeg wordt gevraagd om te bewerkstelligen dat gemeenten in geval van een gecombineerde indicatie HH1 en HH2 daadwerkelijk HH2 leveren en toe te zien op de uitvoering daarvan. In het algemeen overleg heb ik al gezegd dat ik dat wenselijk acht, dus ik beschouw deze motie als een ondersteuning van mijn beleid.

Mevrouw Miltenburg zei dat de Belastingdienst zou onderzoeken of zelfstandige zorgverleners in een zzp-functie kunnen werken of dat dit altijd een uitzendfunctie zou moeten zijn. Voor zover ik weet, is de taak van de Belastingdienst om een verklaring van arbeidsrelaties af te geven, en daar is niets mis mee. Zij kunnen dat niet zomaar voorschrijven. Ik ben graag bereid om daar met mijn collega van Financiën naar te kijken. Wellicht is het een punt dat ook meegenomen kan worden bij de reactie die gevraagd is in de motie van mevrouw Wolbert over de markt voor persoonlijke dienstverlening.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Het gaat om de Verklaring Arbeidsrelaties (VAR) wordt nu niet meer afgegeven door sommige belastingdiensten. Daar zit nu het probleem. Als u daar dan ook op wilt ingaan, ben ik tevreden.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Dat zeg ik toe.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van de behandeling van dit VAO. Alle moties gaan door naar de stemmingen van vanavond.

Voorzitter: Verbeet

Aan de orde is het **debat** over **sterfgevallen in ziekenhuizen door fouten van artsen en verplegend personeel**.

De **voorzitter**: Ik heet de minister van harte welkom en constateer dat alle deelnemers aan het spoeddebat inmiddels aanwezig zijn. Er zal vandaag een maidenspeech worden gehouden door mevrouw Schermers. Wij hebben een heel beperkte tijd voor dit spoeddebat, omdat de stemmingen op een redelijk tijdstip zullen moeten plaatsvinden en daarvoor ook nog een schorsing

Voorzitter

zal plaatsvinden. Er zijn namelijk leden die ook nog andere verplichtingen hebben. Ik zal dus heel streng zijn met betrekking tot het aantal interrupties dat mag worden gepleegd. Ik stel voor dat wij de interrupties proberen te beperken tot twee in de termijn van de Kamer en ook twee in het antwoord van de minister.

Het woord is aan mevrouw Agema.

□

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Van alle mensen die in een ziekenhuis overlijden, is in een van de 25 gevallen sprake van een medische blunder die te voorkomen was. Dat is gemiddeld in elk ziekenhuis om de dag een. Sommigen beweren dat Nederland er nog goed vanaf komt in relatie tot andere landen en de Orde van Medisch Specialisten benadrukt dat risico's soms onvermijdbaar zijn. Maar juist deze abjecte houding speelt het niet effectief bestrijden van onverantwoorde risico's, waardoor mensen onnodig hun dierbaren verliezen, in de kaart.

Uit het onderzoek blijkt dat in meer dan de helft van de gevallen het professionele handelen een rol heeft gespeeld bij het ontstaan van de blunders en veel minder organisatorische en technische factoren. Met een elektronisch patiëntendossier ben je er dus niet. In maatschappen houden artsen elkaar de hand boven het hoofd onder het motto: vandaag ik, morgen jij. En het gevoel van urgentie om medische fouten te voorkomen, ontbreekt bij veel personen in zorginstellingen, stond vanmorgen in het AD. Het is die doofpotcultuur die wij met wortel en tak uit moeten roeien.

Neem het voorbeeld van een moeder van vier kinderen die tot drie keer toe aan de dood ontsnapte, omdat zij toch een medicijn kreeg toegediend waarvan in haar medische dossier met koeienletters stond dat zij er allergisch voor was. Ook de recente berichtgeving over het ontbreken van compleetheidscontroles bij operaties, waardoor gazen, hechtnaalden en attributen regelmatig in het lichaam van patiënten achterblijven en ziekenhuispersoneel dat niet goed weet hoe geavanceerde apparatuur bediend moet worden, laten zien dat medische blunders aan de orde van de dag zijn.

Het wordt tijd dat wij vandaag hier een aantal knopen doorhakken. De aanbevelingen van het onderzoek zijn over het algemeen slap en vrij van enige vorm van sanctie. Toch zijn er een paar goede aanbevelingen waarvan ik graag zou zien dat de minister deze overneemt. Ik noem bijvoorbeeld het periodiek doen van dossieronderzoek door medisch specialisten, het doen van dossieronderzoek door artsen in opleiding en onderzoek doen naar onbedoelde schade die nu nog niet als vermijdbaar wordt aangemerkt, maar straks misschien wel. Daarbij heeft de Partij voor de Vrijheid nog een aantal verbetervoorstellen voor de korte termijn. Ook daarop hoor ik graag een reactie van de minister. Wij willen een "no cure, no pay"-systeem in de zorg. Dat houdt in dat bij medische blunders de zorgverzekeraar de totale rekening niet aan het ziekenhuis maar aan het slachtoffer betaalt. Wij willen strefcijfers. De minister dient het aantal blunders en vermijdbare dodelijke gevallen binnen een jaar met 80% terug te brengen en zijn politieke lot hieraan te verbinden. Wij willen een meldingsplicht die inhoudt dat vermijdbare medische fouten aan de patiënt of de nabestaanden worden gemeld. Wij vinden dat arts-assistenten niet langer 's

avonds, 's nachts en in het weekend zonder toezicht een ziekenhuis draaiend mogen houden zonder dat er een specialist lijfelijk aanwezig is. Tot slot willen wij dat de patiënt schriftelijk toestemming geeft voor het uitvoeren van medische handelingen door een arts-assistent.

□

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Per dag overlijden bijna vijf patiënten terwijl dit waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden. Per dag lijden 82 patiënten schade die vermijdbaar was. Als je dit leed tot je door laat dringen, moet na de schok een enorme motivatie ontstaan om hieraan direct iets te doen. Het is goed dat het veld dit oppakt en op 12 juni met een plan van aanpak komt. Op 12 juni zijn wij echter 235 vermijdbare doden verder. Dat klinkt allemaal heel plat, maar zo liggen blijkbaar de feiten.

Wat de VVD-fractie betreft is het alle hens aan dek. Honderd dagen reflectie en bijkletsen of niet, dit kabinet en deze minister zijn ingehuurd om wat te doen. Wij willen directe actie van deze minister. Daarmee bedoelen wij voor alle duidelijkheid niet het instellen van een commissie die diep gaat nadenken en de minister gaat adviseren over de aanpak. Wat ook niet mag gebeuren, is dat iedereen op zichzelf staande acties gaat inzetten en zonder enige regie of structuur een woud van regels en schijnoplossingen over de artsen en ziekenhuizen uitstrooit. Dat helpt de patiënt niet, maar biedt slechts schijnadaadkracht.

Veel oplossingen zijn al bekend. Het is treurig, maar waar. Een aanzienlijk deel zit in de naleving van wat al is afgesproken, zoals het volgen van richtlijnen en protocollen. Dat is toch het meest eenvoudige begin met een groot resultaat? Ik doe een willekeurige greep uit andere, eerder voorgestelde verbeterpunten: meer aandacht voor patiëntveiligheid in de opleiding en de nascholing, sterke verbetering van de overdracht en het patiëntendossier en niet te vergeten het elektronische patiëntendossier. Vertraging is niet meer acceptabel. Dit jaar moet het elektronische medicatiedossier overal optimaal werken. Een patiëntveiligheidssysteem is in juni beschikbaar en moet versneld worden ingevoerd. Voor complexe ingrepen en behandelingen moet een minimumaantal patiënten gelden. Onder deze grens moeten patiënten worden doorverwezen naar andere ziekenhuizen. Deze lijst van aanbevelingen is op basis van allerlei onderzoeken en studies al heel lang. De context van een spoeddebat geeft mij helaas geen ruimte om alle aanbevelingen te bespreken, maar de minister en het departement kennen de lijst al.

De VVD-fractie wil van deze minister een marsroute volgens welke de praktijk van de patiëntveiligheid snel enorm wordt verbeterd. De eenvoudige dingen moeten direct gebeuren, zodat wij direct verbeteringen zien, en de meer gecompliceerde zo snel mogelijk. De VVD-fractie wil deze marsroute binnen twee weken van de minister ontvangen zodat na het reces in een uitgebreider debat een actieplan kan worden vastgesteld. Openheid van zaken over gemaakte fouten en respectvolle omgang die patiënten en hun nabestaanden op zijn minst verdienen, zijn direct in te voeren. Herstellen en de gevolgen zo veel mogelijk beperken is het devies.

Tot slot wil ik de minister de in mijn ogen bestaande kwaliteitsparadox voorleggen. Wij komen uit een situatie waarin weinig bekend was over kwaliteit. Iedereen gaat

Schippers

er in zo'n situatie van uit dat de kwaliteit wel goed zal zijn. Zodra meer openheid wordt gegeven of wordt afgedwongen, er meer bekend wordt over de kwaliteit maar ook over de verschillen, zal het vertrouwen in de kwaliteit afnemen terwijl er feitelijk sprake is van een verbetering. Hoe denkt de minister dit in goede banen te leiden? Dat is cruciaal om een vertrouwensbreuk te voorkomen.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Schermers, die haar maidenspeech zal houden.

□

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Soms ben je onverwacht aan je maidenspeech toe, zoals ik vandaag. Het is een genoegen om die te mogen houden over een onderwerp dat mij en mijn fractie zeer na aan het hart ligt: de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid.

Wij spreken vandaag over het onderzoek naar de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Nog nooit eerder is een dergelijk onderzoek in Nederland uitgevoerd. De Orde van Medisch Specialisten verdient de credits dat zij dit onderzoek heeft laten verrichten. Patiëntveiligheid moet vooropstaan en daarbij behoren openheid en de bereidheid, te willen leren van fouten.

De CDA-fractie is zeer geschrokken van de cijfers. Het rapport heeft terecht opzien gebaard, want het gaat hierin om vermijdbare sterfte. Elk vermijdbaar sterfgeval is er een te veel. Hoewel wij het in vergelijking met het buitenland niet slecht doen, moet iedereen prioriteit geven aan het terugdringen van dit hoge aantal.

De zorg is complex geworden, wat tot gevolg heeft dat meer nadruk komt te liggen op samenwerking. Daarom is een goede arts meer dan een arts die zijn vak medisch-technisch goed beheerst. Voor het goed functioneren van de gezondheidszorg is de context waarin wordt gewerkt, de cultuur van een afdeling, minstens zo belangrijk. De ervaring leert dat vrijwel nooit een fout van één individu tot een calamiteit leidt. Het ligt veelal aan het totale systeem.

De zorg is zo versnipperd en complex geworden dat optimale communicatie en duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling een must zijn. Het moet te allen tijde duidelijk zijn, ook voor de patiënt, wie waarvoor verantwoordelijk is. Communicatie heeft te maken met de cultuur op een afdeling. Iedereen is gelijkwaardig en moet zaken bespreekbaar kunnen maken. Er mag geen drempel zijn ten aanzien van bijvoorbeeld een specialist. Het is dan ook absoluut verwerpelijk dat een specialist niet komt als hem dat wordt gevraagd door een arts-assistent, zoals wij recentelijk weer hebben gehoord. Dat levert vermijdbare fouten op. Voor het goed kunnen communiceren is een goede dossiervorming een voorwaarde. Ook dit is een cultuuraspect en hangt samen met de kans op schade. Het onderzoek laat zien dat in 383 gevallen het dossier niet beschikbaar was of als onvoldoende werd beschouwd.

Bij fouten moet de melding laagdrempelig kunnen plaatsvinden. De melder moet zich niet persoonlijk onveilig voelen door de melding. Het melden moet niet op hem of haar kunnen worden verhaald. Wat zijn in dit opzicht de gevolgen van de toenemende claimcultuur? De vraag is of de Inspectie voor de Gezondheidszorg voldoende instrumenten heeft om de kwaliteit te

verbeteren. Wij moeten naar een proactieve melding van calamiteiten toe. Als er een calamiteit wordt gemeld bij de inspectie, heeft die dan voldoende instrumenten adequaat te kunnen optreden? Wij betwijfelen dat zeer.

Wij zijn keihard met onze neus op de feiten gedrukt. Dit moet leiden tot actie van alle betrokkenen. De CDA-fractie wil dat per direct de deelnemende ziekenhuizen aan de slag gaan met hun eigen scores. Het onderzoek moet jaarlijks worden herhaald voor alle ziekenhuizen. Er moeten verbeteringen zichtbaar zijn in deze vervolgonderzoeken. In het aangekondigde Actieplan patiëntveiligheid moeten resultaatgerichte en toetsbare afspraken worden opgenomen. Wij willen dat in dit actieplan wordt ingegaan op de door ons geschetste punten, namelijk een goede communicatie tussen alle betrokkenen in een ziekenhuis, duidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is, het laagdrempelig kunnen melden van calamiteiten, goede dossiervorming en verbetering van de handhaving-instrumenten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Alleen op die manier kan een patiënt zich met een gerust hart overgeven aan de specialisten en verpleegkundigen.

En mocht er onverhoopt toch een fout worden gemaakt, verwachten wij dat specialisten, ziekenhuisbestuurders en anderen op een zorgvuldige en respectvolle manier omgaan met de slachtoffers en hun naasten. Ook dat is een kernkwaliteit in de zorg.

De **voorzitter**: Aan mij de eer om u als eerste te feliciteren met uw maidenspeech. Het is een rustig gevoel dat na het vertrek van Siem Buijs weer een arts de geleerden van de CDA-fractie versterkt.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Allereerst wil ik een woord van waardering uitspreken aan het adres van mevrouw Schermers. Het onderwerp past precies bij haar. Het is haar op het lijf geschreven. De Kamer heeft inmiddels twee artsen in haar midden. Een uit de eerste en een uit de tweede lijn, zowel binnen als buiten de coalitie. Wat willen wij nog meer. Het gaat vast goed komen.

Het onderwerp zelf is zeer ernstig. Per dag lopen twintig mensen blijvende schade op door medische fouten die te voorkomen waren geweest. Dit gegeven heeft de laatste dagen het nieuws gedomineerd. Wij moeten deze feiten niet toedekken. Dat is de afgelopen tientallen jaren te vaak gebeurd. Dit probleem dient bij de wortel te worden aangepakt. Een van de aanbevelingen die het onderzoeksinstituut NIVEL heeft gedaan, is dat medische fouten en incidenten structureel worden gemeld en geanalyseerd. De SP is het hier van harte mee eens. Op dit punt hebben wij twee voorstellen.

Wanneer wordt werk gemaakt van de verplichte registratie van medische fouten? Niet om meteen met de vinger te kunnen wijzen, maar om te kunnen leren van fouten en om door vergelijking en bestudering beter inzicht te krijgen in de vraag waar fouten hadden kunnen worden voorkomen. Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen bestaat al een meldingsplicht. De SP wil nog een stap verder gaan omdat de huidige wetgeving onvoldoende is. Een echte cultuuromslag is noodzakelijk. Niet het melden van een medische fout, maar het

Van Gerven

verzwijgen ervan zou moeten worden bestraft. Het maken van medische fouten moet verplicht en vertrouwelijk gemeld worden aan een daartoe op te richten medischeongevallenraad. Melding mag geen juridische basis zijn voor vervolging. Dat wil niet zeggen dat medische fouten onbestraft gelaten worden. Het tuchtrecht en het strafrecht hebben hiervoor eigen middelen. Ik trek in dit verband een vergelijking met de luchtvaart. De bedoeling van deze onderzoeksraad is dat onderzoek wordt verricht naar de oorzaken van medische fouten en aanbevelingen kunnen worden gedaan om medische fouten in de toekomst te voorkomen. Om lessen te kunnen trekken, heb je alle informatie nodig. Ik trek tevens de vergelijking met de Onderzoeksraad voor de Veiligheid van mr. Pieter van Vollenhoven.

Het moet daarnaast voor patiënten en voor de familie van degenen die het slachtoffer zijn geworden van medische fouten duidelijk zijn waar zij met hun klacht terecht kunnen. Patiënten hebben daar recht op. Gisteren zei de minister dat begrippen als vrijblijvendheid en vrijwilligheid niet gepast en ontoereikend zijn als het om patiëntveiligheid gaat. De SP is het daarmee van harte eens. Wegkijken kan niet meer. Ik verneem graag de reactie van de minister om te komen tot de instellingen van een onafhankelijke medischeongevallenraad. Zowel ten aanzien van het verplicht registreren als de ongevallenraad overweegt de SP om in tweede termijn moties in te dienen.

□

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Allereerst spreek ik mijn complimenten uit aan het adres van de Orde van Medisch Specialisten die op eigen initiatief een onderzoek heeft ingesteld waaruit duidelijk wordt om welke getallen van mensen die onnodig overlijden het gaat. Onnodig omdat dossiers niet compleet zijn. Onnodig omdat uit arrogantie en andere overwegingen niet met elkaar wordt gecommuniceerd. Onnodig omdat, zoals onlangs bleek, arts-assistenten onder druk medische missers maken. Onnodig omdat verantwoordelijkheden en bevoegdheden niet goed zijn geregeld, zoals uit het rapport van IGZ over de pre-operatieve fase bleek. Onnodig omdat domeindiscussie vaak voorrang krijgt boven samenwerking. Wij hebben kortom niet te maken met niet te beïnvloeden factoren. Wij hebben te maken met zaken die kunnen worden aangepakt. Het is schrijnend dat wij dit eigenlijk al jaren weten.

Dit aantal zou, als wij het afzetten tegen de situatie in de luchtvaartindustrie, overeenkomen met het jaarlijks neerstorten van vier Boeing-passagiersvliegtuigen van de KLM. Wij moeten ons daarbij voorstellen dat de KLM daarop na jaren met een rapport zou komen, waarin zij meldt dat wij met elkaar eens goed moeten bezien hoe wij dit oplossen. Dit is in feite de inhoud van het rapport dat nu voorligt. Het is onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. In de aanbevelingen komen vijf keer de woorden "zou" of "zouden" voor, en vier keer de woorden "kan" of "kunnen". Dit getuigt niet van een gevoel van urgentie. Ik maak de vergelijking met de luchtvaartindustrie, omdat het zowel in de ziekenhuizen als in de luchtvaartindustrie gaat om technisch complexe zaken die, als die niet goed geregeld zijn, fatale gevolgen kunnen hebben. Wij maken ons daarom zorgen over het vervolg op dit rapport.

In Nederland is de overheid, in casu de minister van Volksgezondheid, verantwoordelijk voor kwaliteit van en toegang tot de gezondheidszorg. Het gaat in dit rapport over kwaliteit. Onze fractie wil dat de minister binnen veertien dagen komt met een tijdpad waarin helder is aangegeven welke doelstellingen gehaald moeten worden. Wij kunnen ons daarbij heel goed vinden in de voorstellen die door de NPCF zijn gedaan. Deze patiëntenfederatie heeft het over een reductie van 50% binnen drie jaar. In dit tijdpad moet ook een eerste inventarisatie voorkomen van mogelijke maatregelen en sancties om dit soort onnodige sterfgevallen te voorkomen.

Wij vragen ook veel aandacht voor de nazorg. Mij bereiken veel mails van mensen die met deze problematiek zijn geconfronteerd, rechtstreeks of via hun dierbaren. Zij moeten ervaren dat deze nazorg niet goed is geregeld.

Onze fractie wil dat de komende jaren sterk de nadruk wordt gelegd op de kwaliteit van de zorg. Ook het regeerakkoord geeft dit aan. Wat ons betreft gaat de kwaliteit vóór experimenten over winstgevendheid van ziekenhuizen, zoals die laatst bij de NZa werden aangekondigd. Veiligheid dient de komende periode centraal te staan. Wij willen komen tot een gezondheidszorg in Nederland die tot de beste van Europa behoort. Wij willen komen tot een sector waarin professionals met plezier werken, omdat zij weten dat alles op het gebied van veiligheid geregeld is. Er is niet méér regelgeving nodig, maar meer inspiratie. De Nederlandse burger heeft recht op een veilig gezondheidszorgsysteem.

Mevrouw **Agema** (PVV): In het Algemeen Dagblad van deze ochtend was stoere taal te lezen van de heer Van der Veen. Hij vindt dat de directies van ziekenhuizen eindverantwoordelijk moeten worden voor het krijgen van inzicht in medische missers. Hij zegt dat het op dit moment nog vaak onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor deze missers en dat iedereen zich achter elkaar verschuilt. Is de heer Van der Veen misschien met mij van mening dat vooral de arts zélf verantwoordelijk gesteld moet worden voor zijn medische blunders?

De heer **Van der Veen** (PvdA): In de praktijk blijkt dat er een complex van oorzaken ten grondslag ligt aan deze missers. Was het maar zo dat je fouten kon toewijzen aan één persoon. Was het maar zo dat de oorzaak van een fout altijd duidelijk te wijten was aan het niet goed uitoefenen door een medisch specialist van zijn professie. Uit alle berichten blijkt dat de situatie veel complexer is; dat zorgdossiers niet op orde zijn, dat maatschappen ruzie hebben met elkaar of dat bijvoorbeeld de facilitaire organisatie van een ziekenhuis niet goed op orde is. In dit soort situaties is er uiteindelijk maar één eindverantwoordelijke, en dat is het bestuur van het ziekenhuis. Nu is dit niet het geval.

Mevrouw **Agema** (PVV): Uit het voorliggende onderzoek blijkt dat juist in meer dan de helft van de gevallen het professionele handelen ten grondslag ligt aan de medische missers. Dit wijst dus juist naar de specialist. Vindt de heer Van der Veen niet dat juist de specialist hoofdverantwoordelijk is voor een team, dus ook voor medische missers?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is iets dat niet goed is

Van der Veen

geregeld. Dat blijkt ook uit het rapport van de inspectie over de preoperatieve fase. In 29% van de gevallen is niet duidelijk wie hoofdverantwoordelijk is. De fractie van de PvdA vindt dat aangegeven moet worden wie er voor de directe patiëntenzorg hoofdverantwoordelijk is. Als dat de specialist is, is dat prima. Het moet echter wel geregeld zijn. Nu is dat vaak niet het geval.

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. De gruwelijke cijfers zijn al genoemd: vijf doden per dag, elke dag weer, onnodig. In het debat over de nieuwe geneesmiddelenwet dat wij verleden jaar met de vorige bewindsman, minister Hoogervorst, hebben gevoerd, heb ik grote aandacht gevraagd voor het vraagstuk van de medicatieveiligheid. Het heeft er alle schijn van dat drie van de vijf sterfgevallen per dag te maken hebben met of het gevolg zijn van verkeerd gebruik van medicijnen. De minister heeft toen toegezegd dat hij er bovenop zou gaan zitten en dat hij een plan zou maken. De huidige minister heeft dit bevestigd, zodat ik er maar van uitga dat dit plan binnenkort de Kamer zal bereiken en dat de minister, wanneer wij terugkomen van reces, met alle denkbare middelen de aanval zal inzetten op deze afschuwelijke kwestie. En zoals mevrouw Schippers terecht zei, hier behoort een volledig, volwaardig elektronisch medicatiedossier bij. Ook hierover hebben wij veelvuldig met de voorganger van de minister gesproken en het is eigenlijk een schande dat dit er nog steeds niet is.

Vijf doden per dag vraagt om een plan van deze minister. En of wij dit nu een tijdpad, een actieplan of een aanvalsplan noemen, ik zou zeggen dat deze minister, die patiëntveiligheid en kwaliteit als toprioriteiten voor de komende vier jaar beschouwt, over een aantal weken een plan aan de Kamer moet voorleggen dat deze hele kwestie bestrijkt. Dit debat is veel te kort om de veelheid van oorzaken van al deze onnodige sterfgevallen te bespreken.

Wat mij betreft mogen in dat plan de volgende onderwerpen absoluut niet ontbreken. Ik noem de overbelasting van de arts-assistenten, waarover ook deze week weer een discussie is uitgebroken. Verder denk ik aan de mannetjesputterscultuur die nogal eens onder specialisten heerst; lees het boek "De coassistent" van Anne Hermans, dat ook in de uitzending van Zembla over overbelaste coassistenten naar voren kwam. Twijfel aan de juistheid van een medische behandeling wordt gezien als falen, dus je moet je kop houden als je het niet weet. Dit is een cultuur waarin de kwaliteit van de zorg op het spel staat. Er is een cultuurverandering nodig, deze verschrikkelijke cultuur moet worden doorbroken. De zorg is steeds jachtiger geworden: steeds meer behandeling met steeds minder geld. Dit proces is al jarenlang aan de gang en het laat zich niet makkelijk keren, maar het behoort wel in het plan van de minister aan de orde gesteld te worden. Verder sprak de heer Van der Veen al over de verantwoordelijkheden in ziekenhuizen. De directie van een ziekenhuis is verantwoordelijk voor het pand en de catering, de rest wordt georganiseerd door koninkrijkes van specialisten, die met hun maatschappen de regie in ziekenhuizen feitelijk in handen hebben. Volgens mij is deze organisatie van zorg niet van deze tijd en moet deze kritisch tegen het licht worden gehouden. Ook de perspectieven op verdere

marktwerking in de ziekenhuiszorg die de minister met het regeerakkoord in de hand heeft geopend, baren mij zorgen. Ik zou me wel twee keer bedenken voordat ik zou besluiten om daarbij grote stappen vooruit te zetten, nu men op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid elke dag nog steeds grote steken laat vallen. En tot slot ga ik ervan uit dat er in het plan ook iets gedaan wordt aan het bewerkstelligen van openheid over medische missers. De fractie van de SP heeft een interessante suggestie gedaan, maar het moet duidelijk zijn dat wie niet openhartig is over de fouten die worden gemaakt en wie een fout niet snel bekendmaakt, opdat er snel een herstelbehandeling mogelijk is en de betrokkenen verlost worden van de tergende onzekerheid over wat er in hemelsnaam met hen is gebeurd, bestraft behoort te worden. Dit behoort misschien nog wel veel meer bestraft te worden dan de fouten die gemaakt zijn. Hiertoe zal het tuchtrecht wellicht moeten worden aangepast en ik vraag de minister, ook op dit punt actie te ondernemen.

□

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Wij spreken, zoals velen al hebben aangegeven, over een ernstig en triest onderwerp: mensen die overlijden door medische missers, wat zelfs vijf keer per dag gebeurt. Dit hebben wij jaren geleden en in ieder geval bij de laatste begrotingsbehandeling ook al aan de orde gesteld. Hoewel artsen ook mensen zijn en het aantal fouten dan ook nooit tot nul gereduceerd kan worden, moeten wij natuurlijk wel alles op alles zetten om het aantal fatale missers zo klein mogelijk te maken, zeker als enige samenwerking al een verschil kan maken.

D66 stelt het individu voorop, maar met individualiteit komt verantwoordelijkheid. Wie een fout maakt, moet de verantwoordelijkheid daarvoor dragen; zo simpel is het. Iedereen kan een fout maken, maar bij artsen ligt het lastig, want kleine foutjes hebben in de medische wereld vaak grote gevolgen. Dit betekent echter niet dat het daarom artsen geoorloofd zou zijn, elkaar de hand boven het hoofd te houden. Ook bij een medische fout moet de onderste steen boven en wie een fout maakt, moet zijn verantwoordelijkheid nemen. Werken met het hart en met het hoofd is essentieel. Ik begrijp bijvoorbeeld niet dat een patiënt bij een ziekenhuis eerst een half uur met een arts-assistent moet spreken. Misschien is die arts-assistent wel een co-assistent, want vaak is dat niet eens duidelijk. De arts-assistent gaat na dat gesprek weg en komt na een half uur terug met een advies. De patiënt heeft de medisch specialist niet gezien. Hij weet niet of de diagnose juist is. Dan heb ik het nog niet eens over de efficiencyslag. Daarmee gaat men totaal de mist in. Fouten worden dan heel snel gemaakt.

Het zou beter zijn fouten te voorkomen. Ik begrijp dat de mensen van de sector zelf de handschoenen hebben opgepakt en dat zij in juni met een actieplan komen. Dat werd tijd, heb ik al verzucht, want wij spreken hierover al jaren. Maar beter laat dan nooit.

Dat betekent niet dat de overheid zelf geen verantwoordelijkheid zou hebben. Ik noem in dit verband de betere toepassing van ICT. Mevrouw Schippers en de heer Vendrik spraken daar al over. In de afgelopen maand januari is in de regio Rijnmond en in Amsterdam een betere toepassing van ICT ingevoerd. Dat moet in de rest van Nederland nog gebeuren, want met het EMD

Koşer Kaya

kunnen medicatiefouten worden voorkomen. Vaak is namelijk het probleem dat het dossier rommelig is. Daardoor ontstaan fouten en vallen er doden. Belangrijk is om bij te dragen aan de patiëntveiligheid en de verbetering van kwaliteit en zorg. Daarom moet het EMD heel snel kunnen worden ingevoerd. Ik begrijp evenwel dat het wetsontwerp inzake het gebruik van het BSN nog door de Eerste Kamer moet worden behandeld en dat de invoering van die wet op 1 juli 2007 niet kan worden gehaald. Dan kunnen de ziekenhuizen het EMD en het EPD niet implementeren. Kan de minister ervoor zorgen dat deze wet voor 1 juli 2007 door de Eerste Kamer is behandeld? Als dat niet gebeurt, hebben wij een groot probleem.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Als bekend wordt gemaakt dat in de Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks minstens 1735 mensen overlijden door fouten van artsen en verplegend personeel, is dat schokkend. De internationale cijfers laten zien dat de Nederlandse situatie beter is dan gemiddeld, maar de ChristenUnie is van mening dat elk geval van vermijdbare schade of sterfte er een te veel is.

Het is goed om te zien en te merken dat deze cijfers bij iedereen een schokeffect teweegbrengen en dat alle betrokkenen doordrongen zijn van het feit dat van vrijblijvendheid geen sprake mag zijn. Dit blijkt onder meer uit de eerste reactie van de minister. Wij zien hiervan iets terug bij de IGZ. Die heeft aangegeven te zullen handhaven en duidelijk zichtbaar te maken dat de patiëntveiligheid op nummer 1 staat.

Op 12 juni zullen de veldpartijen in de sector van de ziekenhuiszorg een gericht actieplan presenteren. Wij kunnen dus constateren dat een start is gemaakt met het verbeteren van de veiligheid. Dit blijkt ook uit de rapportage "Hier werk je veilig of hier werk je niet" van november 2004.

De minister doet een beroep op de ziekenhuisbesturen om het veiligheidsmanagementsysteem in te voeren. Hij spreekt over heldere en afdwingbare afspraken en zegt dat de inspectie die sterk zal handhaven. Dit vraagt om helderheid in de verdeling van verantwoordelijkheden. Wie kan waarop worden aangesproken? En: wie ziet toe op wie?

Ik heb het tot nu toe vooral gehad over de structuur, terwijl erg veel gemoeid is met de cultuur. Het rapport "Hier werk je veilig of hier werk je niet" benadrukt het belang van een goede cultuur heel sterk. De ziekenhuisdirecties zijn verantwoordelijk voor de cultuur waarin de veiligheid gerealiseerd moet worden. Volgens een analyse is de bedrijfscultuur in ziekenhuizen gesloten. Fouten kunnen vaak niet veilig worden gemeld. Heel belangrijk is ook de cultuurverandering op de afdelingen, zodat men van fouten leert. Met het oog op de verantwoordelijkheid van de minister bij het bewaken van de kwaliteit en de toegang tot de zorg vraagt de ChristenUnie hem om heel nadrukkelijk toe te zien op de noodzakelijke cultuurverandering.

Door de invoering van een blame free reporting zal in eerste instantie het aantal meldingen van incidenten en fouten stijgen. Dit zou een dilemma voor de inspectie kunnen worden, want aan de ene kant wil die graag repressie en aan de andere kant best practices. Daarom

vraag ik de minister om de inspectie scherp te houden als dit dilemma ontstaat.

Tot slot: de ChristenUnie wil graag jaarlijks transparante cijfers en duidelijkheid over maatregelen en sancties.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De SGP-fractie vindt het van karakter getuigen dat de Orde van Medisch Specialisten met dit onderzoek en met deze toch belastende resultaten naar buiten is gekomen. De cijfers zijn schokkend, ook voor de SGP-fractie, en daarin kunnen wij natuurlijk absoluut niet berusten. Vermijdbare incidenten in zo'n groot aantal zijn te erg. Wel vroeg ik mij, toen ik daarmee werd geconfronteerd, af of de inspectie daar voldoende achteraan heeft gezeten. Die moet toch toezien op de kwaliteit? Hoe verhouden deze aantallen zich met de dossiers in het klacht- en tucht-recht? Dat zijn immers ook constructies die wij hebben, aan de beroepsbeoefening gerelateerd, dan wel bij wet voor patiënten en cliënten geregeld, die toch de bedoeling hebben daar een vinger achter te krijgen, en verbeterpunten te bewerkstelligen. Desondanks deze cijfers nu. Dat is echt schokkend.

Vervolgens is het de vraag, wat wij daaraan kunnen doen. Ik geloof niet dat wij ons erg moeten beijveren er een zwartepietenspel van te maken, je kunt je veel beter richten op de vraag, hoe wij hier zo snel mogelijk doorheen en vanaf komen. Dan gaat het om het EPD, een dubbelcheck voordat tot een operatie wordt overgegaan, betere samenwerking binnen een ziekenhuis tussen specialisten en afdelingen, het bekijken van de opleidingen, het eisen van een personele bezetting waarin voldoende bevoegdheden zijn vertegenwoordigd, communicatie, transparantie en leerpunten. De minister is daarvoor verantwoordelijk, maar ook de sector zelf. Er wordt een plan van aanpak aangekondigd. Toen ik vanmorgen een vertegenwoordiger van de Orde van Medisch Specialisten hoorde, die ook die parallel trok, moest ik denken aan wat wij een keer hebben gedaan toen wij gebukt gingen onder een groeiend aantal verkeersslachtoffers. Daar hebben wij toen een deltaplan voor gemaakt, waarin alle betrokkenen waren vertegenwoordigd met hun verantwoordelijkheden. Zou het geen tijd zijn voor een deltaplan op dit punt? Dat aantal moet namelijk omlaag. Dat aantal zal nooit bij nul terechtkomen; het blijft mensenwerk, dat altijd onder druk plaatsvindt, maar wij moeten wel zo dicht mogelijk bij nul terechtkomen.

De vergadering wordt van 17.45 uur tot 17.55 uur geschorst.

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Gisteren is op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten het rapport Patiëntveiligheid in ziekenhuizen, resultaten van een dossierstudie, gepresenteerd. Dat is gisteravond aan mij aangeboden en de Kamer heeft mij uitgenodigd voor een spoeddebat over patiëntveiligheid. Dat is een goede zaak, want het is een heel belangrijk onderwerp voor alle Nederlanders. Het rapport kan worden beschouwd als een belangwekkend document voor alle ziekenhuizen in Nederland, de patiënten en alle anderen.

Klink

Daarmee wordt voor het eerst op een betrouwbare manier inzicht gegeven in de omvang, de aard en de ernst van onbedoelde en ongewenste schade die patiënten kunnen oplopen door de wijze waarop zij ziekenhuiszorg aangeboden krijgen. Hoe wij het ook duiden, het is confronterend om dat inzicht te krijgen. Bij die opmerking is echter ook een kanttekening te plaatsen: op basis van het Amerikaanse onderzoek To Err is Human van 1999 hebben deskundigen geschat dat er jaarlijks 1500 tot 6000 mensen zijn die overlijden als gevolg van de manier waarop zij in ziekenhuizen zorg ontvangen. Eindelijk is bekend wat het aantal personen is dat het daadwerkelijk betreft. Uit het zojuist door mij genoemde Nederlandse onderzoek blijkt dat er in 2004 in totaal 1735 mensen zijn overleden door onbedoelde incidenten die vermijdbaar waren. Met die cijfers staat Nederland onderaan in vergelijking met de eerdere voorspellingen. In vergelijking met de andere landen waar dergelijk onderzoek is gedaan, komt Nederland niet slecht naar voren. Desalniettemin zijn er 1735 mensen overleden. Dat is twee keer meer dan het aantal verkeersdoden. Om het aantal verkeersdoden te verminderen, is inmiddels een zogenaamd deltaplan opgesteld.

Wij hebben niet eens gesproken over het aantal mensen dat gezondheidsschade heeft opgelopen. Dat zijn er 76.000 van de 1 miljoen mensen die in het ziekenhuis worden ontvangen. Dat aantal is veel te hoog.

Niet altijd leidt het doen of nalaten van een enkele specialist tot extra schade, letsel of overlijden. Vaak hebben de missers te maken met een te haastige en gebrekkige communicatie tussen zorgverleners. Er is nogal eens sprake van nalatigheid. De daaraan ten grondslag liggende redenen zijn soms uitermate complex, maar nu en dan zijn die betrekkelijk simpel en dus ook eenvoudig te voorkomen. Er is dus alle reden om met kracht in te zetten op verbetering. Ieder slachtoffer is er immers een te veel. Wij moeten nu keihard verder werken aan verbetering van de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Het verheugt mij dat ik vanaf het begin van het optreden van dit kabinet heb gezegd dat patiëntveiligheid en kwaliteit belangrijke onderdelen zijn van het beleid dat ik in gang wil zetten. De heer Vendrik heeft gesproken over marktwerking. Voor mij valt of staat marktwerking met de mate waarin die bijdraagt aan die kwaliteit. Onze inschatting over de mate waarin dat mogelijk is, zal verschillend zijn. Wij hebben echter dezelfde doelstelling voor ogen. Ik ga dan ook graag met hem na in hoeverre die doelstelling wordt gerealiseerd. Het is nog sterker: ik vind de inzichtelijkheid van de kwaliteit bijzonder belangrijk om op die manier voor patiënten, verzekeraars en anderen een ontwikkeling tot stand te brengen die daarop is gericht.

Wij moeten voortdurend werk maken van preventie, ons steeds realiseren dat de patiënt centraal staat en dat hij recht heeft op veiligheid. Elk vermijdbaar overlijden of schade is te veel.

De Orde van Medisch Specialisten, de NVZ, de NPCF, de NFU, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland zullen op 12 juni aanstaande met een gericht actieplan komen. Ik zal erop toezien dat die acties passen binnen het Actieplan veilige zorg van het kabinet. De staatssecretaris en ik hebben daarvan in onze beleidsbrief melding gemaakt. In het actieplan staan drie zaken centraal: vanzelfsprekende veiligheid, zichtbare kwaliteit en natuurlijke patiëntgerichtheid. Het lijken woordenspel-

letjes, maar ik heb deze woorden met klem gekozen. Motto daarbij is wat mij betreft dat vrijblijvendheid voorbij is.

Het is zaak om nu heel concreet doelstellingen te benoemen, met man en macht te werken aan het realiseren van die doelstellingen en met overtuigende instrumenten te komen om de patiëntveiligheid op korte termijn sterk te verbeteren.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mag ik ervan uitgaan dat de minister in zijn nadere actieplan ook een doelstelling formuleert over het aantal terug te dringen vermijdbare slachtoffers waarop hij af te rekenen is in de komende jaren?

Minister **Klink**: U mag ervan uitgaan als ik het heb over een Actieplan veilige zorg en als ik meld dat de vrijblijvendheid voorbij is, dat ik dan ook een deltaplan met doelstellingen wil realiseren. De eerste verantwoordelijkheid om die te realiseren ligt bij de mensen die het moeten doen, de specialisten, en bij de ziekenhuizen, maar uiteindelijk ook bij de politiek. Overigens zeg ik de heer Van der Veen graag toe dat ik binnen twee weken met een eerste tijdpad kom en met indicaties. Dat geeft aan hoe serieus ik het neem. Die doelstellingen moeten heel zorgvuldig worden benoemd. Het is naar mijn mening onzorgvuldig om nu uit de losse heup te schieten op grond van het feit dat wij allen geschokt zijn over de cijfers om vervolgens direct met indicatoren te komen van doelstellingen die gehaald moeten worden. Ik ben ten volle doordrongen van het feit dat een gevoel van urgentie ook uit mijn handelwijze moet spreken, maar ik dring erop aan om mij de tijd te gunnen tot juni om met een Actieplan veilige zorg te komen. Dat vergt nu eenmaal zorgvuldigheid en dat vergt ook afstemming met de partijen die het moeten uitvoeren. Ik constateer met vreugde dat de voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten zijn gewicht – en dat bedoel ik figuurlijk – ten volle achter deze doelstellingen en achter dit plan zet. Dat betekent echter, gegeven het feit dat wij het buitengewoon serieus nemen, dat er enige tijd voor nodig zal zijn. Dat neemt niet weg dat ik de Kamer binnen twee weken inzicht zal geven in de tijds-horizonnen die wij met betrekking tot het actieplan willen hanteren. Daarbij zal ik ook een indicatie geven van de doelen en instrumenten wij voor ogen hebben. Ik zal daar straks nog kort iets over zeggen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het maakt mij niet uit of het nu gaat om een actieplan, deltaplan of een marsroute. Er zijn echter ontzettend veel aanbevelingen. Wij krijgen alleen maar mails binnen van allerlei verzekeraars die allerlei acties ondernemen. Mij gaat het erom dat duidelijk is dat er een goed overzicht komt van wat zich afspeelt in het veld en welke doelstellingen de minister voor ogen heeft, een aanvalsplan. Ik heb begrepen dat er al van alles ligt. Waarom lukt het niet om dat in veertien dagen op een rijtje te zetten?

Minister **Klink**: De term "marsroute" spreekt mij wel aan. Toen ik mij in deze materie ging verdiepen, viel mij op dat er ontzettend veel gebeurt. In het kader van Sneller Beter is een drietal trajecten uitgezet. Dat varieerde van best practices tot bewustmakingsprocessen. Shell ging bijvoorbeeld kijken naar veiligheidsmanagementsystemen. Er werd gekeken naar

Klink

logistiek en dergelijke. Tegelijkertijd zijn de kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Dat werd gedaan door Zorgverzekeraars Nederland en de IGZ in samenspel met de NPCF. Er kwamen klanttevredenheidsonderzoeken.

Ik wil er echt voor waken dat er duizend bloemen gaan bloeien en dat iedereen met een traject bezig is, terwijl de focus en vooral de mate van verplichting gaan ontbreken. Het verplichtende karakter wil ik, naast de samenhang, in het Actieplan veilige zorg stoppen en wel dusdanig dat wij met z'n allen weten waarop wij afrekenbaar zijn en wie verantwoordelijk is en dat wij doelen stellen die haalbaar zijn. Het feit dat er zo ontzettend veel gebeurt, is aan de ene kant een duidelijke indicatie dat het urgentiegevoel in het veld groot is, maar aan de andere kant is de versnippering van de activiteiten een belangrijke aanwijzing dat er echt nog wel wat bovenop kan. Ik zal één punt noemen. In hoeverre zijn bij alle kwaliteitsindicatoren en prestatie-indicatoren de aangeleverde gegevens gestandaardiseerd en valide? Kunnen wij ervan op aan dat die in alle ziekenhuizen op dezelfde manier worden gepresenteerd? Ziet de inspectie daarop toe en wie heeft dan uiteindelijk nog sancties? Dat moet echt allemaal verbeteren. Die samenhang en die precisie wil ik in de vorm van een route presenteren.

De veilige zorg, de inzichtelijke kwaliteit en de vanzelfsprekendheid van de patiëntgerichtheid wil ik even toelichten. Ik hoop dat ik daarbij de meeste vragen kan betrekken.

Per 2008 zullen de veiligheidsmanagementsystemen verplicht zijn. De IGZ zal daarop gaan toetsen. Het is bekend dat het daarbij gaat om het melden en registreren van incidenten en, belangrijker nog, om het analyseren daarvan. Vervolgens gaat het om de verbeteringen in het ziekenhuis. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt in eerste aanleg bij de medisch specialisten, maar vervolgens ten volle bij de directies en de raden van bestuur. Hetgeen wordt gemeld, moet serieus genomen worden. In de rapportage van gisteren viel mij op dat de ziekenhuisafdelingen grote verschillen laten zien. Ziekenhuizen scoren door de bank genomen ongeveer hetzelfde. Er zijn dus best practices die aangegeven dat het beter kan. Ik vind dat directies en raden van bestuur dat serieus moeten nemen, maar het begint bij het functioneren van de veiligheidsmanagementsystemen.

Ik wil verder dat wij daadwerkelijk een aantal concrete interventies afspreken met concrete doelen. Ik denk daarbij aan het actieplan dat in juni wordt gepresenteerd door de partners. De heer Van der Veen en mevrouw Schippers wezen erop dat de dingen soms voor de hand liggen. Toen de IGZ het rapport over de preoperatieve fase uitbracht, vroeg ik mij af hoe het mogelijk is dat bijvoorbeeld de dossieroverdracht niet goed is geregeld. Ik noem ook de medicatiefouten. Wij hebben deze zaken al in beeld en daar kan dus snel actie op worden ondernomen.

Een interventie waarop ik gisteren heb gewezen en die wellicht nieuw is, is het invoeren van een rapid response team. Ook dat wil ik toevoegen aan de acties die ondernomen moeten worden. In het buitenland is immers gebleken dat zo'n team uiteindelijk kan helpen schade te voorkomen. Mij werd een voorbeeld aangereikt uit de Verenigde Staten. Daaruit blijkt dat 1 op de 200 patiënten tijdens de opname in een ziekenhuis een hartstilstand krijgt. Slechts 17% overleeft deze. Dat zijn er toch nog vrij veel. Er zijn altijd medische signalen die op

een hartstilstand wijzen: de bloeddruk verslechtert, de ademhalingsfrequentie hapert, het zuurstof in het bloed neemt af. Als deze symptomen zichtbaar worden, kan zo'n snel handelend team in een ziekenhuis daar heel gericht op insteken. Op die manier kun je dus schade vermijden; sterker nog, je kunt dodelijke slachtoffers vermijden.

De soms voor de hand liggende en soms nieuwe interventies wil ik in het actieplan vertegenwoordigd zien en wel dusdanig dat wij ervan op aan kunnen dat de schade op den duur, en naar ik hoop al heel snel, kan worden teruggebracht. De Inspecteur-Generaal van de inspectie, de heer Van der Wal, noemt in dat verband bijvoorbeeld het invoeren van een time-outprocedure. Voordat je begint met opereren even stoppen en alles controleren: identificatie van de patiënt, toetsen of de hygiënevoorschriften worden nageleefd, een double check. Dat zijn niet zulke heel ingewikkelde dingen. Kennelijk ontbreekt het aan het toezicht. Constateert het toezicht dat er fouten worden gemaakt, dan moet worden doorgezet en dan moet de inspectie maatregelen nemen. Op tijd antibiotica geven werd ook genoemd en, opnieuw, het voorkomen van medicatiefouten.

De opstellers van het rapport hebben nog eens aandacht gevraagd voor necrologiecommissies. Tegelijkertijd lees je dat die commissies zo oud als de wereld zijn en van oudsher al functioneren, maar kennelijk onvoldoende, althans niet in alle instellingen voldoende. Dat betekent dat daarop moet worden toegezien door de inspectie.

Voor de goede orde, de verantwoordelijkheid ligt bij de medisch specialisten, bij de medische staf en bij het management van ziekenhuizen, maar ik herhaal dat de inspectie erop moet toezien of die verbeteringen ook echt van de grond komen. Vrijblijvendheid kan hier niet meer. Ik ben het eens met wat de heer Vierhout zei; dat wij gaan van verwondering naar verantwoording. Ik zou zeggen dat er ook iets van bewondering in lag. De medisch specialisten hebben een lange opleiding gevolgd en functioneren op plekken in de samenleving die buitengewoon belangrijk zijn voor mensen. Zij moeten inderdaad van bewondering naar verantwoording.

Er zal inderdaad een cultuuromslag moeten plaatsvinden, waar mevrouw Schermers en anderen om vroegen. Daarom vind ik het heel heuglijk dat de orde uiteindelijk zelf met dit onderzoek is gekomen. De heer Van der Veen wees er in zijn eerste zin op dat zij een compliment verdienen. Nogmaals, het kan er niet bij blijven dat zij zichzelf gelukkig prijzen dat zij dit initiatief hebben genomen, maar het zal nu op acties aankomen. Mevrouw Schippers of de heer Vendrik wees erop dat er in de opleiding systematisch aandacht moet worden besteed aan veiligheid.

De Kamer kan nog voor de zomer een wetsvoorstel tegemoetzien waarin de IGZ, die dit allemaal moet controleren, het instrument van de bestuurlijke boete krijgt. In hetzelfde wetsvoorstel wordt geregeld dat de IGZ in bepaalde gevallen ook medische dossiers mag inzien, bijvoorbeeld om een steekproef te houden naar het goed bijhouden van medische dossiers in ziekenhuizen.

Er is van verschillende kanten gevraagd of wij dit onderzoek jaarlijks zullen herhalen. Ik vind het niet zozeer belangrijk dat het onderzoek wordt herhaald. Dat moet ook gebeuren, maar ik weet niet of de frequentie een jaar

Klink

moet zijn. Als de inspectie signalen krijgt dat het niet goed loopt in ziekenhuizen, vind ik het van groot belang dat dit instrument ter beschikking staat, want dan kunnen wij die steekproeven gericht in het reguliere werk van de inspectie inbedden. Dan hoeft het niet als het ware aangevlogen te worden via de route van een aparte commissie.

Ik heb van meet af aan gezegd dat gegevens over veiligheid en kwaliteit transparant moeten zijn, ook in het interview met NRC Handelsblad. Daarin werd ten onrechte geprojecteerd dat ik elke complicatie een medische misser zou vinden. Dat is natuurlijk niet het geval. Er zijn complicaties die simpelweg samenhangen met het feit dat er een complexe zorgvraag voorligt. Als het verwijtbaar is, zullen die zaken uiteindelijk transparant moeten zijn, vooral voor de cliënt en de patiënt, want meten is ook voor hem of haar weten.

Er is zo-even gevraagd of er niet een minimumaantal moet worden gesteld, dus dat een specialist alleen met een minimumaantal verrichtingen per jaar uit de voeten kan. Die minimumaantallen zijn er al. Zij worden door de wetenschappelijke verenigingen geformuleerd en anders doet de inspectie dat. De patiënt heeft er ook recht op om te weten hoe vaak iemand een bepaalde operatie doet, maar dat durft hij vaak niet te vragen, simpelweg omdat hij achting of bewondering heeft voor de medische specialist. Ik vind dan ook dat die gegevens inzichtelijk en transparant aanwezig moeten zijn.

Ik zei al tegen mevrouw Schippers dat er veel in gang is gezet met "Sneller Beter", waarbij concrete prestatie-indicatoren zijn opgesteld, bijvoorbeeld over doorligwonden, postoperatieve wondinfecties en vermijdbare hersteloperaties. Die dingen zijn al op internet te vinden, gespecificeerd naar ziekenhuizen. Ik vind die gegevens van belang voor artsen zelf, directies, raden van bestuur, zorgverzekeraars, maar ook voor patiënten. Nu is nog te vaak onbekend hoe het loopt met de dossiervorming, zoals de hoofdinspecteur van de IGZ ook stelde. Wij weten ook nog niet hoeveel schade er per afdeling is en hoe het bijvoorbeeld met het sterftecijfer zit, zie het onderzoek van gisteren. Positief gesteld, wij weten niet precies hoe goed afdelingen functioneren. De heer Van der Wal zei dit gisteren nog naar aanleiding van het rapport.

Voor de meest voorkomende aandoeningen vind ik dat op korte termijn concrete prestatiecriteria nodig zijn. Die zullen, wat mij betreft, zorgbreed moeten worden ingevoerd, niet alleen in de cure, maar ook in de care en ook in de eerstelijnszorg. Uiteindelijk zullen die gegevens transparant moeten zijn, ook die rondom veiligheid. Dat betekent – en daar leg ik de nadruk op – dat die gegevens kwalitatief aan de maat moeten zijn. Zij moeten ook gestandaardiseerd zijn. Je moet kunnen vergelijken. En natuurlijk zullen wij die gegevens op een hoger niveau, geaggregeerd niveau, en geanonimiseerd, transparant maken. Het gaat er niet om dat die naar personen, artsen, patiënten of specialisten herleidbaar zijn, maar het gaat om een algemeen inzicht in het functioneren van ziekenhuizen en van afdelingen. Ook de commissie-Willems wees op die noodzaak. Anonimiseer, maar maak ze uiteindelijk wel openbaar!

Er wordt wel eens gevraagd: roep je dan geen claimcultuur op? Het is juist de openheid die naar patiënten wordt betracht, die ervoor zorgt dat mensen zich niet miskend voelen en dat zij dus niet gaan procederen. Dat staat ook in het rapport van de

commissie-Willems en ik ben dat ten volle met de commissie eens. Als die openheid niet wordt betracht, dan roept dat alleen maar frustratie op. Ik denk dat dat eerder een claimcultuur in het leven roept dan openheid en transparantie in de richting van patiënten. Hoe dan ook, transparantie op instellingsniveau is van belang, ook als het gaat om het inzicht in onbedoelde schade. In de Amerikaanse landen noemen ze dat "hospital standardized mortality rate". Ik vind dat wij die gegevens in Nederland simpelweg openbaar moeten hebben.

Ik kom nog even te spreken over de inspectie. Mevrouw Schermers heeft daarover een vraag gesteld. Het komt er nu op aan dat de kwaliteitssystemen en de prestatie-indicatoren van afzonderlijke zorginstellingen helder worden. Mijn voorganger heeft daar in zijn kwaliteitsbrieven ook keer op keer op gewezen. Daar moet werk van worden gemaakt. Er is al buitengewoon veel in gang gezet, maar het komt er nu op aan. Het is zaak dat de inspectie in de tweede linie toeziet op de kwaliteitssystemen. Functioneren die goed? Vandaar die nieuwe bevoegdheden. Zijn de gegevens die naar boven komen, ook daadwerkelijk valide? Als de inspectie vervolgens indicaties heeft dat het in ziekenhuizen niet goed loopt, moet zij kunnen interveniëren via een bestuurlijke boete, via een bevel en desnoods via het verzoek om een aanwijzing van mijn kant om afdelingen stil te leggen. De IGZ heeft daar een vitale rol in.

Ik wil nog even iets zeggen over de claimcultuur, over "no cure, no pay".

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink**

(ChristenUnie): Het valt mij op dat u heel goede acties noemt, maar ook daarbij denk ik weer dat het daarbij heel sterk gaat om structuren. Structuren zijn belangrijk, maar betekent dat ook automatisch dat daarin de cultuur wordt meegenomen? Of hebben wij allerlei structuren en komen wij er op een gegeven moment achter dat het eigenlijk niet werkt, omdat mensen daar niet vrij in bewegen?

Minister **Klink**: Ik constateer dat er in de afgelopen jaren gelukkig sprake is geweest van een cultuurverandering. Dat is verre van een plichtpleging van mijn kant. Ik vind dat er in de afgelopen jaren ontzettend veel is gebeurd. Bij Sneller Beter, bij "best practices" en bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren is veel in gang gezet. Dat heeft ook te maken met de bereidwilligheid die er kennelijk gegroeid is om je kwetsbaar en transparant op te stellen. Je ziet ook binnen ziekenhuizen dat specialisten met elkaar nagaan waarom een postoperatieve infectie is ontstaan. Zij gaan na of dat hun schuld is, of een van hen een fout heeft gemaakt. Ook dat is een aanwijzing van het feit dat er een cultuuromslag plaatsvindt.

Hoe dan ook, dat kan alleen maar een vervolg krijgen en die vrijblijvendheid kan er alleen maar vanaf gaan op het moment dat wij er daadwerkelijk van onze kant over de hele linie serieus werk van maken. Wij moeten dus verplichten tot transparantie en wij moeten tegelijkertijd de inspectie de bevoegdheid geven om daadwerkelijk te interveniëren als dat nodig is. Dat zal soms pijnlijk zijn. Het was evengoed pijnlijk om gisteren die cijfers te krijgen en te moeten constateren dat het wel nodig is.

Ik wil nog iets zeggen over de cultuuromslag. Een aanwijzing voor het bestaan daarvan is dat de Orde van Medisch Specialist zelf het onderzoek heeft geënta-

Klink

meer. Ik vind het ook heel goed dat de voorzitter van de orde tegelijkertijd heeft gezegd dat hij die slag van verwondering naar verantwoording wil maken. Dat zijn voor mij allemaal indicaties dat het die kant opgaat. Maar nogmaals, zonder het schepje erbovenop zijn wij er niet. Het gaat hier immers niet om de vraag of wij met z'n allen elkaar zo gezellig in de ogen kunnen kijken. Het gaat uiteindelijk wel om de resultaten. Wij kunnen met z'n allen wel zeggen dat iemand goed bezig is en dat het serieus wordt genomen, maar wij zullen uiteindelijk toch moeten verantwoorden dat die resultaten gewoon beter en goed zijn.

Vanzelfsprekend moet er sprake zijn van patiënt-gerichtheid. Aandacht voor de patiënt is een centraal thema in de komende kabinetsperiode. Ik ben bereid, te verkennen in hoeverre een zorgconsumentenwet winst kan opleveren voor de patiënt, allereerst om zijn rechtspositie te preciseren. Dan doel ik ook op zijn recht op informatie, niet alleen ten overstaan van de behandelende arts maar ook ten overstaan van de instelling die de patiënt inzicht moet kunnen geven in de kwaliteit van het ziekenhuis. Ook wil ik nagaan of het tuchtrecht moet worden gemoderniseerd. Een medisch directeur, die zelf niet behandeld heeft, is wel verantwoordelijk voor naleving van de protocollen. Hij valt nu niet onder het tuchtrecht en de vraag is gerechtvaardigd of dat wel het geval moet zijn. Medisch handelen is immers veel meer dan de ingreep op zich. Het gaat om het complex van handelingen er omheen en de organisatie ervan. Klachten tuchtrecht moeten daarop toegesneden zijn. Ook wil ik nog een keer goed kijken naar de hoogte van schadeclaims die kunnen worden ingediend of door geschillencommissies worden opgelegd. Het is nu maximaal € 5000, maar ik wil toch eens bezien of dat moet worden verhoogd. Als je schadeclaims sneller en patiëntvriendelijker kunt afwickelen, is dat in ieder geval goed voor de patiënt. De zeer omvangrijke schadeclaims komen uiteindelijk bij de burgerrechter terecht.

Bezien zal worden in hoeverre de nazorg in het veiligheidsmanagementsysteem past. Zorgverleners zijn op basis van de WGBO verantwoordelijk voor informatie aan familie en patiënt. Eindverantwoordelijk is de raad van bestuur; die moet zorgen voor een goede organisatie van de nazorg.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het tuchtrecht veranderen, lijkt mij een goed initiatief. Het wordt echter aantrekkelijker om missers niet te melden als de tuchtrechtelijke gevolgen van foutief handelen groter worden of als de vergoeding voor medische missers groter wordt. Dan krijg je weer die doofpotcultuur. Men kijkt elkaar aan en besluit om het onder de pet te houden. Wij weten niet hoe vaak dat voorkomt, maar het gebeurt natuurlijk wel. De enige manier om dat tegen te gaan, is de straf op het niet melden van een medische misser sterk te verhogen. Agedwongen moet worden dat beroepsbeoefenaren elke misser melden.

Minister **Klink**: Ziekenhuizen moeten echte missers al melden bij de inspectie. Het risico bestaat echter dat men minder geneigd is te melden naarmate de sancties strenger zijn. Voor dat spanningsveld moeten wij de ogen niet sluiten, maar ik wil uw suggestie zeker betrekken bij de vraag of het tuchtrecht moet worden herzien. Nogmaals, we kunnen alleen maar verbeteringen aanbrengen als de transparantie is vergroot. De

inspectie krijgt de bevoegdheid om steekproefsgewijs medische dossiers op te vragen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb voorgesteld om de centrale meldplicht bij calamiteiten en ernstige feiten aan te scherpen. 53% van de specialisten heeft nog nooit iets gemeld. Het werkt blijkbaar nu niet in de praktijk. Wat vindt de minister van mijn voorstel?

Minister **Klink**: Of wordt gemeld, hangt niet af van de instantie waarbij de melding moet worden gedaan. Of het nu de IGZ is, waar al een plicht is om te melden als er calamiteiten plaatsvinden, of een nationaal instituut of iets anders maakt niet zo veel uit. Het gaat erom dat er een cultuur ontstaat waarin openheid wordt betracht. Er wordt niet voor niets gesproken over veilig melden. Dat betekent dat mensen zich niet bij elke complicatie die is opgetreden de vraag moeten hoeven stellen wat er gebeurt als zij deze melden. Het is van belang dat de beoogde transparantie geanonimiseerd wordt gerealiseerd. Tuchtrect en strafrecht zijn aan de orde als er zich in de relatie tussen een patiënt en een arts misstanden hebben voorgedaan. Die zijn in dat geval voor hen inzichtelijk. Het is uiteraard van belang dat het tuchtrecht en het strafrecht goed functioneren. Het komt er vooral op aan dat wij instrumenten hebben, vertrouwen hebben en een cultuur hebben om die meldingen te realiseren. Laten wij de IGZ als meldpunt handhaven. Die heeft een centrale rol in dat geheel. Laten wij daar geen apart instituut voor in het leven roepen.

De heer **Van Gerven** (SP): Volgens mij komen wij later nog terug op dat aparte instituut. Mijn punt is dat de huidige structuur niet werkt. Het is immers niet voor niets dat het rapport allerlei nieuwe zaken aan het licht brengt die voorheen niet bekend waren. De huidige meldplicht levert dus niet de informatie op die wij willen hebben, namelijk over hoe het zit in de ziekenhuizen, hoe het zit tussen ziekenhuizen en hoe het zit tussen afdelingen. Wij denken echt dat er veel meer moet gebeuren om dat van de grond te krijgen. U hebt het zelf over een deltaplan. Dat is prima, maar er moet veel scherper op worden ingezet dan nu gebeurt.

Minister **Klink**: De instantie heeft niet zo heel veel invloed op het veranderen van de cultuur waarin niet wordt gemeld. Het aanwijzen van een andere instantie aan wie moet worden gemeld, geeft niet zo heel veel extra impuls om te melden. Het gaat mij veel meer om de vraag die de heer Vendrik net stelde. De vraag is welke aanmoedigen, het liefst positief en het liefst in een cultuur van vertrouwen, ertoe kunnen leiden dat er wordt gemeld. Als de positieve aanmoedigen niet werken, moet er een verplichting komen en eventueel een sanctie. Er moet voor worden gezorgd dat er in elk geval wordt gemeld. Dat vinden wij belangrijker dan de vraag bij wie er moet worden gemeld. De IGZ heeft een centrale rol in dit geheel. Ik heb dat net al onderstreept. Die rol zal de komende jaren zeker nog belangrijker worden. Ik zou niet graag zien dat er daarnaast nog een aparte instantie gaat functioneren.

Mevrouw Agema vindt dat een patiënt schriftelijk toestemming zou moeten geven voor behandeling door een assistent. Ik benadruk dat een assistent altijd onder supervisie en verantwoordelijkheid moet werken van een specialist, van een arts. Die verantwoordelijkheid wil ik

Klink

wel onderstrepen. Die specialist moet dan wel bereikbaar zijn. Het systeem als zodanig zou ik echter niet willen wijzigen. Zij stelde ook een vraag over no cure, no pay. Ik vind dat het vraagstuk inzake no cure, no pay een bredere strekking heeft. Wij willen in Nederland in algemene zin geen claimcultuur. De minister van Justitie is met dit vraagstuk vele malen bezig geweest, voor zover ik weet. Ik zou die algemene lijn willen volgen.

De heer Van der Veen vroeg of de Kamer binnen twee weken kan worden geïnformeerd over het tijdpad van het actieplan. Dat kan. Het is de bedoeling dat de marsroute, zoals mevrouw Schippers het noemde, voor de zomer aan de Kamer wordt gezonden met inachtneming van hetgeen op 12 juni door de partijen uit het veld zal worden gepresenteerd.

Mevrouw Schippers sprak over de transparantie-paradox. Dat spreekt mij wel aan. De heer Vendrik wees hier ook op, vooral met betrekking tot het tuchtrecht en het al dan niet verzwijgen van medische fouten. Ik worstel daar eerlijk gezegd een beetje mee. Ik zie het ook als een pendelbeweging. Gisteren zijn de resultaten bekend geworden. Dat leverde ongerustheid op, ook bij patiënten. Door die zure appel zullen wij heen moeten en dat zal af en toe tot een gevoel van urgentie leiden. Dat urgentiegevoel hebben wij echter hard nodig om die stappen te gaan zetten die ik zo-even noemde. Ik ben het met de heer Van der Vlies eens dat wij niet moeten zwartepieten. Het inzichtelijk maken van een en ander – en daartoe reken ik over de cijfers die gisteren bekend zijn gemaakt – past in een strategie tot kwaliteitsverbetering die wij de afgelopen jaren hebben ingezet. Dat vergt cijfers. Soms zijn het harde cijfers, die confronterend kunnen zijn. Dat is geen reden om te zeggen dat deze of gene het fout heeft gedaan. De cijfers vormen de basis voor de gemeenschappelijke marsroute en voor de acties die wij moeten ondernemen. Ik zou allerminst tegen specialisten of ziekenhuizen willen zeggen dat zij slecht of ondermaats presenteren. Internationaal beschouwd, is dat niet het geval. Het is wel een belangrijke aanwijzing dat er nog veel dient te gebeuren.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Ik veronderstel dat ik mij hierover meer zorgen maak dan de minister. Ik meen dat hij er te weinig tegenover stelt. Het is nogal wat als mensen er niet meer automatisch op kunnen vertrouwen dat ieder ziekenhuis altijd goed is. Hoe transparanter wij het kunnen maken, hoe inzichtelijker het voor de mensen wordt. Dit vergt goed nadenken. Wij moeten ons allereerst afvragen hoe wij de vertrouwensbreuk die op de loer ligt, kunnen voorkomen. Het vergt naar mijn mening ook een goed communicatietraject naar de mensen in het land over de veranderingen die in de zorg aan de gang zijn. Als deze vertrouwensbreuk zich zou voordoen, is dat niet misselijk.

Minister **Klink**: Eerlijk gezegd overtuigt u mij wel. Ik zal het communicatietraject zeker meenemen in het actieplan dat ik zal presenteren en in de acties die zullen worden gepresenteerd op 12 juni. Ik zal met name erop letten dat het actieplan geen technische exercitie wordt van een aantal organisaties die het met elkaar over de doelstellingen en een tijdpad klaar zijn. Ik realiseer mij zeer goed dat termen als "prestatie-indicatoren" en "bestuurlijke boete" de gemiddelde patiënt helemaal niets zeggen. Het zegt hen wel iets dat ziekenhuizen en

specialisten de zorgen en feiten die zijn gepresenteerd serieus nemen en dat zij zelfs in de spreekkamers tot uitdrukking brengen dat zij zich realiseren dat gegevens als deze op den duur op zijn minst vraagtekens kunnen oproepen over de kwaliteit. Ik neem de opmerkingen van mevrouw Schippers dus serieus. Ik sla ze in mijn hoofd op. Ik zal ze zeker meenemen in het traject dat wij de komende maanden zullen afleggen. Ik zal in ieder geval ernaar streven om de transparantieparadox te ondervangen.

Mevrouw Schermers heeft een vraag gesteld over de instrumenten van de Inspectie. Ik heb een aantal punten daarvan genoemd. De Kamer zal binnenkort het wetsvoorstel ontvangen. Mevrouw Wiegman heeft een vraag gesteld over het elektronisch patiëntendossier. Ook mevrouw Schippers heeft gevraagd wanneer dit er eindelijk komt. Ik zeg de Kamer toe dat het wetsvoorstel nog dit najaar zal worden ingediend. De verplichting om aan het elektronisch patiëntendossier deel te nemen zal nog dit jaar wettelijk worden verankerd. Dit past in het actieplan dat ik zal presenteren. Hetzelfde geldt voor het veiligheidsmanagementsysteem. Ten aanzien van het elektronisch patiëntendossier zal zowel de verplichting om eraan deel te nemen worden geregeld als het feit dat de zorgverleners aan de standaard van de gegevens-uitwisseling moeten voldoen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Misschien komt de minister daar nog op, maar ik heb uitdrukkelijk gevraagd naar het BSN in de zorg. Ziekenhuizen zullen straks heel moeilijk het elektronisch medisch dossier en elektronisch patiëntendossier kunnen invoeren wanneer het burgerservicenummer nog niet door de Eerste Kamer is aangenomen.

Minister **Klink**: Mevrouw Koşer Kaya heeft volstrekt gelijk. Het hangt op het wetsvoorstel voor het burgerservicenummer dat vertraging opliep in de Eerste Kamer. Ik heb twee weken geleden aan mijn collega van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties gevraagd om zo snel mogelijk haar antwoord aan de Eerste Kamer te geven omdat wij deze vertraging met het oog op het elektronisch patiëntdossier niet kunnen velen. Als ik goed geïnformeerd ben, heeft de Eerste Kamer deze week de antwoorden van mijn collega gekregen en zal een en ander nu snel afgehandeld kunnen worden. Ik zit er boven op. Het burgerservicenummer is een voorwaarde om met het EPD te kunnen gaan werken. Het is mijn stellige voornemen om het wetsvoorstel na de zomer aan de Kamer te presenteren. Deze vertraging kunnen wij dus eigenlijk niet hebben.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik begrijp dat er dus wel vertraging is. Wij zijn al een jaar verder, eigenlijk een jaar te laat. Als hierover niet vóór 1 juli duidelijkheid is, vrees ik dat de minister een probleem heeft. Ik wil daarom de toezegging dat hij vóór 1 juli over het BSN in de zorg al helderheid heeft en dat het wetsvoorstel in ieder geval direct na de zomer in de Kamer kan worden behandeld.

Minister **Klink**: Ik weet een en ander over de Eerste Kamer. Ik weet echter ook dat ik van hieruit geen decreet kan uitvaardigen naar de Eerste Kamer. Ik heb via mijn collega in ieder geval wel toegang tot de omgeving waar de vertraging zich bij het ministerie voordeed. Neemt u bovendien van mij aan dat ik echt alles in het werk zal

Klink

stellen om dit zo snel mogelijk te realiseren. Daartoe zal ik ook de voorzitter van de Eerste Kamer, de vaste commissie voor VWS en de vaste commissie voor BZK aanspreken. Meer kan ik niet doen, mevrouw.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Nee, wij gaan niet opnieuw beginnen.

Minister **Klink**: Ik heb er overigens alle vertrouwen in dat het goed zal komen; laat daarover geen enkel misverstand bestaan. Het gaat echt lukken.

Ik heb inmiddels de naam gevonden van het instituut; het gaat om de Medische Ongevallenraad. Ik stel voor, mijnheer Van Gerven, om hiervoor de inspectie te hanteren.

De heer Van Gerven vroeg nog waar je terecht kunt met klachten. Het zal duidelijk zijn dat dit de klachtencommissies en de geschillencommissies zijn, de burgerrechter en uiteindelijk, als het om verwijtbare fouten gaat, het tuchtrecht en het OM.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister noemt de Medische Ongevallenraad. Wat mij betreft mag dit onder de inspectie vallen; daartegen heb ik geen enkel bezwaar. De bevoegdheden van deze Medische Ongevallenraad gaan echter verder dan wat ik tot nu toe van de minister heb gehoord. Deze ongevallenraad moet meer doen. De aanleiding is het onderzoek dat is gedaan door het NIVEL, op instigatie van ...

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, ik wil niet dat u een heel betoog houdt. Stelt u een korte vraag.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit onderzoek moet de inspectie structureel zelf gaan doen. Je kunt het niet overlaten aan de ziekenhuizen, want die staan daar dubbel in. Er blijft veel onder de pet; dat moet echt stoppen. Extra instrumenten zijn nodig

Minister **Klink**: Ja. Die hebben met name met het verwerven van gegevens te maken. Daarop heb ik zo-even de heer Vendrik al gewezen toen hij naar dezelfde problematiek verwees. Ik vind dat de inspectie de mogelijkheid moet krijgen om steekproefsgewijs medische dossiers te bestuderen. Op die manier kan zij inzicht krijgen in de vraag of de gegevens die zijn opgeleverd ook valide zijn. Wat mij betreft krijgt de inspectie die mogelijkheid. Ik ben dit dus met u eens, maar ik zeg nogmaals dat het niet zo heel belangrijk is welke instantie het wordt. Het is overigens wel zo dat ook de Onderzoeksraad voor Veiligheid op dit moment onderzoek doet in een enkel ziekenhuis. Er wordt dus van verschillende kanten naar de veiligheid in ziekenhuizen gekeken.

De **voorzitter**: Ik zie dat er behoefte is aan een tweede termijn.

Het woord is aan mevrouw Agema.



Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik heb vier moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat van alle mensen die in een ziekenhuis overlijden er in een van de 25 gevallen sprake is van een vermijdbare medische fout, en dat jaarlijks nog eens circa 10.000 mensen door vermijdbare medische fouten onnodig blijvend letsel oplopen;

verzoekt de regering, een no cure no pay principe in te voeren bij vermijdbare medische fouten, dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar de totale rekening dan niet aan het ziekenhuis, maar aan het slachtoffer betaalt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 1 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat arts-assistenten vaak vermijdbare medische fouten veroorzaken;

verzoekt de regering, het niet langer toe te staan dat arts-assistenten avond-, nacht- en weekenddiensten draaien zonder de lijfelijke aanwezigheid van een specialist in het ziekenhuis,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 2 (31016).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende, dat vermijdbare medische fouten niet altijd aan patiënten en nabestaanden worden gemeld;

verzoekt de regering, medici te verplichten om vermijdbare medische fouten aan patiënten en nabestaanden schriftelijk te melden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 3 (31016).

Agema

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende, dat het voorkomt dat patiënten worden behandeld door arts-assistenten zonder dat zij dat weten;

verzoekt de regering, te bewerkstelligen dat patiënten schriftelijk toestemming moeten geven voorafgaand aan medische behandelingen die uitgevoerd worden door arts-assistenten,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Agema. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 4 (31016).

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Graag dank ik de minister voor zijn toezegging om in het actieplan te verwerken hoe de negatieve effecten van transparantie kunnen worden tegengegaan. Dit is voor mij een heel belangrijke toezegging, het gaat onder meer om een communicatietraject over de omslag die nu gaande is.

De minister wees in zijn reactie op mijn verzoek om binnen twee weken een marsroute aan te geven, op het belang van zorgvuldigheid. Ik ben hier zeer gevoelig voor, dit onderwerp leent zich niet voor een hype. Maar je moet ook letten op de maatschappelijke nood die deze cijfers reflecteren. Het is echt urgent om aan de slag te gaan. Ik had een termijn van twee weken in mijn motie opgenomen, ik heb er nu vier weken van gemaakt, maar ik wil per se vóór de zomer een debat met de minister over de marsroute.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in 2004 naar schatting 1735 patiënten voortijdig zijn overleden in het ziekenhuis;

constaterende dat in 2004 circa 30.000 patiënten vermijdbare schade hebben geleden in het ziekenhuis;

van mening dat verbetering van de bestaande situatie ten aanzien van patiëntveiligheid in ziekenhuizen derhalve een hoge mate van urgentie heeft;

van mening dat naleving van bestaande afspraken direct van start kan en verbetering dus vandaag al kan beginnen;

van mening dat voor de overige verbeteringen veel allang bekend is en dus snel kan worden doorgevoerd;

verzoekt de regering, binnen vier weken met een marsroute te komen waarin staat wat de doelstellingen

zijn, welke maatregelen wanneer van kracht worden, via welke route zij hun beslag krijgen en wie er primair voor verantwoordelijk is,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Schippers, Vendrik en Koşer Kaya. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 5 (31016).

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Heel hartelijk dank aan de minister voor zijn uitgebreide en zorgvuldige antwoorden. Ik denk dat alle facetten voldoende aan de orde zijn geweest en dat het heel duidelijk is dat hij de problemen serieus neemt. Wij danken de minister ook voor het toezeggen van een tijdschema en een actieplan. Uit de reactie van de minister blijkt dat hij overtuigd is van de urgentie, maar hij heeft ook aangegeven dat hij zorgvuldigheid wil betrachten. Dit is voor ons voldoende, wij hebben geen behoefte aan het indienen van een motie.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik wil nog even terugkomen op de medischeongevallenraad. Waar deze raad wordt ondergebracht, doet wat ons betreft niet ter zake, het belangrijkste is dat die raad er komt. Of de raad nu een afdeling van de inspectie wordt of bij de Raad voor de Veiligheid wordt ondergebracht, het mag wat ons betreft allemaal, als de raad er maar komt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat uit onderzoek van Nivel blijkt dat er jaarlijks 1735 mensen sterven door vermijdbare medische fouten;

overwegende dat een van de aanbevelingen van het onderzoek is dat medische fouten en incidenten structureel gemeld en geanalyseerd worden;

overwegende, dat het wenselijk is om inzicht te krijgen in de oorzaken van medische fouten en op basis van die informatie toekomstige fouten te voorkomen;

verzoekt de regering, de mogelijkheden te onderzoeken voor de oprichting van een Medische Ongevallenraad,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 6 (31016).

Van Gerven

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het wenselijk is om inzicht te krijgen in de oorzaken van medische fouten en op basis van die informatie toekomstige fouten te voorkomen;

overwegende dat het daarom wenselijk is dat fouten veilig gemeld worden en dat deze meldingen op zich geen basis zouden mogen zijn voor juridische vervolging;

verzoekt de regering, met een voorstel te komen voor de verplichte registratie van medische fouten naar het voorbeeld van de luchtvaart,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 7 (31016).

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik maak de minister mijn welgemeende complimenten voor de wijze waarop hij heeft gereageerd in dit spoeddebat. Wij zijn ervan overtuigd dat er ook bij de minister het gevoel van urgentie is om met dit onderwerp bezig te zijn. Wij hebben goed begrepen dat hij binnen veertien dagen met een goed onderbouwd tijdspad komt. Om die reden heb ik geen behoefte aan het indienen van een motie. Ik wil evenwel nog twee punten onder de aandacht van de minister brengen.

Ik heb aangegeven dat voor de Partij van de Arbeid veiligheid boven winst gaat. Ik heb in dit verband gewezen op het voorstel van de NZa om een experiment te doen waarmee ziekenhuizen winstgevend worden. Naar ons idee is dat experiment niet aan de orde als hetgeen waarover wij nu spreken niet is geregeld.

Ik heb mijn inbreng geëindigd met te zeggen dat wij zouden moeten streven naar de beste gezondheidszorg in Europa, een gezondheidszorg waarin geïnspireerde professionals werken. Wij hebben het nu steeds over richtlijnen en over onderwerpen die de veiligheid betreffen. Het zou goed zijn om aan te geven dat die richtlijnen en veiligheidsmaatregelen bedoeld zijn om tot een betere, professionelere en meer geïnspireerde werkwijze van de professionals te komen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ondanks mijn van nature oppositionele karakter maak ik deze minister een compliment. Ik zie dat hij bij het oplossen van deze kwestie zijn volle politieke gewicht inzet. De kwestie zit hem hoog en hij komt met een actieplan. Dat plan zal een breed karakter hebben en veel omvatten. De minister zal bij het opstellen van het plan alles betrekken wat in deze Kamer wordt gezegd. Dat vind ik de grote winst van dit debat en voor deze inzet dank ik de minister.

Over één punt heb ik hem niet gehoord en dat zit mij dwars. Hij heeft een tipje van de sluier opgelicht en gezegd welke acties zullen worden ondernomen. Die acties zouden kunnen worden gerubriceerd – ik chargeer enigszins – in de categorie: protocollen, management-systemen en het optuigen van veiligheidsbureaucratie. Ik onderken volledig dat daarmee zeer veel winst kan worden bereikt, maar men mag niet voorbijgaan aan het feit dat de gezondheidszorg in Nederland te kampen heeft met overbelasting. Ik sprak al over de jachtige zorg. Alle nieuwe verplichtingen die aan de zorg worden opgelegd, moeten nog hun weg vinden. Men mag ook niet voorbijgaan aan het feit dat specialisten werken in een cultuur waarin medische fouten niet gemeld worden. Ik sprak over de manier waarop arts-assistenten worden bejegend. Daarbij doelde ik op de dagelijkse praktijk waarin medische fouten kunnen ontstaan. Dit aspect betreft een veel moeilijker vraagstuk en de oplossing ervan is iets anders dan het opleggen van een veiligheidsmanagementsysteem. Die oplossing is echter minstens zo noodzakelijk, wil deze minister zijn doelstelling op het gebied van het vermijden van medische missers halen. Ik vraag hem indringend met zijn plan in juni – hij gaat natuurlijk de motie van mevrouw Schippers helemaal uitvoeren – daar uitdrukkelijk bij stil te staan. Op dit punt krijg ik graag een toezegging.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik ben het met de heer Vendrik eens dat de winst van dit debat is dat deze minister op heel veel van de genoemde punten zal ingaan en met plannen zal komen. De motie van mevrouw Schippers heb ik medeondertekend en wij kunnen over het gevraagde nog een inhoudelijke discussie voeren.

Ik begrijp dat de minister er alles aan zal doen om het wetsvoorstel inzake het burgerservicenummer per 1 juli door de Eerste Kamer behandeld te krijgen. Daarmee zegt hij eigenlijk toe dat per januari 2008 het elektronische medicatiedossier en het elektronisch patiëntendossier door de ziekenhuizen kan worden geïmplementeerd. Ik zal de minister aan deze toezegging houden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Daar klonk ook zijn gevoel van urgentie in door. Hij toonde daarin grote betrokkenheid bij wat hier is blootgelegd. Wij wisten er al heel veel van, maar het is nu nog eens op een rijtje gezet. De cijfers zijn indrukwekkend en ook pijnlijk, en daar moeten wij vanaf. Mijn fractie vindt dat daarover goede afspraken tot stand zijn gekomen. Ik onderlijn de visie van de minister over "de vrijblijvendheid voorbij".

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de vriendelijke woorden die zijn gesproken. Ik onderlijn dat dit thema mij hoog zit. De Kamer kan ervan op aan dat dit de komende jaren echt een speerpunt van beleid is, nogmaals, wel met de constatering dat ik verrast was door alles wat in de vorige kabinetsperiode in gang is

Klink

gezet. Dat is bepaald niet weinig. Het gisteren gepresenteerde onderzoek was daarvan mede de uitkomst.

Tegen mevrouw Schippers zeg ik dat ik absoluut rekening zal houden met de communicatie; dat punt is opgepakt. Ik heb de heer Van der Veen toegezegd dat ik binnen twee weken met een brief zal komen over waar wij staan, waar wij naartoe gaan, tijdpaden en een eerste indicatie van mijn bedoelingen met het Actieplan veilige zorg. Voor het eind van de zomer krijgt de Kamer wat mij betreft volledig inzichtelijk waar het actieplan uit zal bestaan, en dan doel ik op het actieplan van mijn kant, waarin hopelijk de actieplannen van de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ en de andere instanties kunnen worden ingepast. Mij lijkt het voor de volledigheid goed om dán het debat te houden. Maar uiteraard staat het de Kamer vrij daarover haar eigen opvattingen te hebben.

Tegen de heer Van der Veen zeg ik dat ik inderdaad niet was ingegaan op veiligheid boven winstgevendheid. Mij valt overigens wel op dat, waar wij spreken over veiligheidsmanagementsystemen, verschillende keren wordt verwezen naar instanties die op winst zijn gericht. Ik noem Shell, wat ik zeg met een lichte knipoog, maar tegelijkertijd ook wel serieus, omdat dat bedrijf met een veiligheidsmanagementsysteem een reductie van 75% van het aantal fouten heeft gerealiseerd. Vaak wordt verwezen naar de verkeersveiligheid, maar ook daar geldt dat het bepaald niet altijd niet op winst gerichte bedrijven zijn die een hoge mate van veiligheid scoren. Maar het gaat uiteindelijk om de kwaliteit van de zorg. Op het moment dat mocht blijken dat experimenten met betrekking tot winstgevendheid daadwerkelijk in de weg staan aan de aandacht die patiëntveiligheid vergt, moeten die experimenten inderdaad op de tweede plaats komen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat mij hier om "managerial" aandacht. Je kunt maar één ding heel goed tegelijkertijd doen, en wat mij betreft gaat het in eerste instantie over kwaliteit en veiligheid. Als dat in orde is, bestaat er ruimte voor andere dingen. Dat bedoel ik met veiligheid vóór winstgevendheid.

Minister **Klink**: Als die zaken elkaar in de weg staan, geef ook ik prioriteit aan de veiligheid. Dat betekent ook posterioriteit voor alles wat met winstgevendheid en dergelijke te maken heeft.

Mevrouw Koşer Kaya heeft gevraagd naar het elektronisch patiënten dossier. Ik heb er alle vertrouwen in dat het voorstel voor het burgerservicenummer snel door de Eerste Kamer komt. Ik zeg haar toe dat wij direct na de zomer met een wetsvoorstel ten aanzien van het elektronisch patiëntendossier komen.

De heer Van der Vlies heeft gesproken over de mate van betrokkenheid die nodig is, gegeven de urgentie van deze cijfers. Daarmee ben ik het eens. Ik ben gelukkig met het feit dat de voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten zich gisteren uitdrukkelijk achter alle inspanningen heeft geschaard die nodig zijn. Dat geeft een zeker inzicht in het gevoel van urgentie bij de mensen die uiteindelijk het werk moeten doen, namelijk de medisch specialisten.

De heer Vendrik heeft gesproken over de jachtige cultuur en de cultuur die nodig is om een en ander op te pakken. Ik zal daaraan in het plan van aanpak aandacht besteden. Het moeten inderdaad niet alleen protocollen

zijn en evenmin regels en verantwoordingssystemen. Uiteindelijk gaat het om de medisch specialisten die het moeten doen. Zij moeten het vertrouwen en de intentie hebben om de patiëntvriendelijkheid bovenaan te stellen. In de toer die wij maken, zie ik daarvan overigens heel goede voorbeelden. Bij veel mensen is de betrokkenheid groot.

Mevrouw Agema heeft bij motie gevraagd om het principe van no cure, no pay in te voeren in geval van vermijdbare medische fouten. Ik heb al gezegd dat ik de Kamer ontraad om die motie aan te nemen op grond van het feit dat wij in dit land geen claimcultuur wensen. Ik ben ervan overtuigd dat het systeem van no cure, no pay daartoe uiteindelijk zal leiden.

Mevrouw Agema heeft een motie ingediend over de arts-assistenten die geen avond-, nacht- en weekenddiensten zouden mogen draaien zonder de lijfelijke aanwezigheid van de specialist. Ik ben van mening dat de specialist ter beschikking dient te staan. Ik ben het ermee eens dat de supervisie goed geregeld moet zijn als de zaak de competentie van de arts-assistent te buiten gaat. Dat neemt niet weg dat ik de Kamer ontraad om die motie aan te nemen, omdat die geen meerwaarde heeft.

Mevrouw Agema heeft een motie ingediend over de schriftelijke melding. Als ik goed ben geïnformeerd, is in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst opgenomen dat het moet worden gemeld. Ik zie niet de meerwaarde van het schriftelijk melden. Sterker nog: ik vind dat het persoonlijker overkomt als iemand een mondelinge melding doet en dat is naar mijn idee ook beter. Ik ontraad de Kamer dan ook om die motie aan te nemen.

Mevrouw Agema heeft bij motie gevraagd om te bewerkstelligen dat patiënten schriftelijk toestemming moeten geven. Naar mijn idee komt dat het vertrouwen in de zorginstellingen niet ten goede. Derhalve ontraad ik de Kamer om die motie aan te nemen.

De motie-Schippers c.s. heeft betrekking op de termijnen. Ik heb gezegd dat ik een brief zal sturen met een planning. Daarin zal ik ook onze plannen inzichtelijk maken. Ik hoop dat de indieners van die motie mij toestaan om zorgvuldigheid aan de dag te leggen en dat actieplan te preciseren. Derhalve ontraad ik de Kamer ook om die motie aan te nemen.

De heer Van Gerven heeft een motie ingediend over de Medische Ongevallenraad. In mijn bijdrage ben ik daarop al diverse malen ingegaan. Ik vind dat het belangrijk is dat een en ander bij de Inspectie voor de Volksgezondheid terecht komt. Zij is immers op het terrein van het veiligheidsbeleid de spil.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik neem het graag op voor de motie-Van Gerven over de Medische Ongevallenraad. Ik verzoek de minister dan ook om zijn blik daar nogmaals op te werpen. De informatie die bij de bestaande ongevallenraad in het kader van onderzoek wordt verzameld, kan namelijk niet voor strafrechtelijke doeleinden worden gebruikt. Dat is gedaan om de paradox waarover de minister heeft gesproken, te ontlopen. Wellicht is dit een optie om meer informatie boven tafel te halen over medische missers. Die optie bevordert bovendien het lerend vermogen van de zorg. Wat verzet zich tegen dat onderzoek?

Minister **Klink**: Ik wil u toezeggen dat ik de informatie die u mij hebt verstrekt meeneem in de brief die de

Klink

Kamer binnen twee weken ontvangt. Ik wil de Kamer aanvaarding van uw motie, gegeven de informatie die ik nu heb, ontraden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik wil van de minister weten waarom hij geen voorstander is van een schriftelijke melding van een medische misser. Het is nogal wat als niet je linkerteen maar je rechterteen wordt afgezet. Waarom kan er niet gewoon netjes schriftelijk melding worden gedaan van een medische blunder?

Minister **Klink**: Ik vind dat overbodig omdat er krachtens de WGBO al het een en ander gemeld moet worden.

De heer **Van Gerven** (SP): De motie die ik heb ingediend behelst een onderzoek naar de mogelijkheden van de oprichting van een medische ongevalleeraad. Die mag wat ons betreft best onder de inspectie vallen. Wij vragen alleen om een onderzoek. Mijn vraag aan u is of u dat wilt meenemen, niet meer en niet minder. Wat wij willen, verzet zich niet tegen wat u hebt gezegd. Wij gaan alleen wat verder en wij willen niet in de discussie verzeild raken over bij welke instantie dat thuishoort. Als u het bij de inspectie wilt plaatsen, vinden wij dat prima.

Minister **Klink**: Ik wil u graag toezeggen dat ik dit zal meenemen. Ik zal daarbij afwegen of dit bevorderend werkt voor de cultuuromslag die wij willen, gegeven de ervaringen die elders aanwezig zijn. "Onderzoek" klinkt wat zwaar. Dan lijkt het alsof er een massieve commissie voor in het leven geroepen moet worden. U kunt van mij aannemen dat ik er serieus naar zal kijken.

De heer **Van Gerven** (SP): Dank u wel.

Minister **Klink**: De heer Van Gerven heeft een motie ingediend over verplichte registratie van medische fouten naar het voorbeeld in de luchtvaart. Deze motie is mijns inziens overbodig en daarom wil ik aanvaarding ervan ontraden. Volgens mijn informatie moeten die fouten, voor zover het calamiteiten betreft, bij de inspectie gemeld worden. Ik wil graag dat daarover transparantie ontstaat, ook in het kader van het kwaliteitsbeleid.

Over de motie van mevrouw Schippers met betrekking tot de marsroute en de termijn van vier weken heb ik al het een en ander gezegd. Ik raad aanvaarding van deze motie af, niet zozeer vanwege de intentie en zeker niet vanwege het urgentiegevoel, maar om de tijd te hebben om daaraan met de partijen in het veld goed vorm te geven binnen een vrij korte periode.

De **voorzitter**: Ik zal de gedane toezeggingen herhalen. Ik noem alleen de toezeggingen waarover de Kamer op een later moment schriftelijk wordt geïnformeerd. Ten eerste komt er in juni een Actieplan veilige zorg. Ten tweede komt er binnen twee weken een tijdplan en een indicatie van de doelstellingen. Ten derde komt er voor de zomer een wetsvoorstel, waarbij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bestuurlijke boeten kan geven. Ten vierde komt er nog dit jaar een wetsvoorstel over het elektronisch patiëntendossier, zo mogelijk direct na de zomer.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Kan de minister toezeggen dat het wetsvoorstel over het elektronisch

patiëntendossier uiterlijk eind september bij de Kamer zal zijn?

Minister **Klink**: Het komt direct na de zomer. Als het kan nog eerder. Het ligt bij wijze van spreken al klaar, maar het moet nog wachten op de besluitvorming over het burgerservicenummer in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt gesloten.

De vergadering wordt van 19.05 uur tot 20.00 uur geschorst.

□

De **voorzitter**: Eigenlijk zouden wij nu stemmen over de Postwet en over de bij de behandeling daarvan ingediende motie. De staatssecretaris van Economische Zaken heeft mij echter verzocht de stemmingen over de Postwet uit te stellen. Ik stel voor, aan dit verzoek te voldoen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik ben erg blij met het uitstel van de stemmingen, maar ik wil wel graag het argument daarvoor weten. Ik kan mij nog heel goed herinneren dat ik hier twee dagen geleden om heel goede redenen heb verzocht om uitstel van de stemmingen over de Postwet. Op dat verzoek werd echter moord en brand geschreeuwd, in de trant van: "en de postbodes!", en "dat kan niet!".

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, wij kunnen ons dat allemaal herinneren.

Mevrouw **Kant** (SP): Daar wou ik toch maar even voor zorgen, dat u zich dat herinnert.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ook ik heb daar heftige herinneringen aan. Ik zou het chic vinden als de staatssecretaris zijn verzoek hier even toelicht, en dat mag ook uitgebreid.

De **voorzitter**: Dat bepaal ik.

De heer **Van der Ham** (D66): Voorzitter. Ik wil de staatssecretaris verzoeken om dat toch even te verklaren. Wij horen veel dingen in de media over deze wet. Wij hebben begrepen dat er veel onrust is in de coalitie, maar wij zouden dit verzoek hier graag toegelicht zien.

De heer **Aptroot** (VVD): Ik zou ook graag van de staatssecretaris willen horen waarom. Overigens zijn wij geneigd om, als zo'n verzoek wordt gedaan, het kabinet tijd te gunnen om tot bezinning te komen, zulks in tegenstelling tot wat een paar maanden geleden gebeurde, toen minister Verdonk eenzelfde verzoek deed.

Als het uitstel wordt gegeven, willen wij wel graag van de staatssecretaris weten hoe de regering over een aantal amendementen denkt. Vanochtend zijn volstrekt veranderde amendementen binnengekomen. De staatssecretaris was in het debat niet duidelijk. Ik wil vooral een brief van de regering ontvangen waarin staat hoe zij denkt over het amendement van de heer Crone op stuk nr. 22, dat het nieuwe bedrijven volgens de VVD-fractie onmogelijk maakt om mee te doen en over de amendementen-Van Vroonhoven-Kok op de stukken

Voorzitter

nrs. 36 en 46, die TNT belemmeren om nog een fatsoenlijke bedrijfsuitvoering te hebben. Dat vinden wij essentieel.

De **voorzitter**: Ik stel wel vast dat wij hier niet bezig zijn met een regeling van werkzaamheden, maar met de vraag of wij al of niet gaan stemmen over een onderwerp.

Ik geef de staatssecretaris de gelegenheid om twee zinnen uit te spreken. Dat is dus geen heropening van het debat. De Kamerleden reageren dus niet op de woorden van de staatssecretaris. Hij kan een toelichting geven op het verzoek. Daarna bepalen wij of wij daaraan tegemoetkomen of niet.

Staatssecretaris **Heemskerk**: Voorzitter. Nou kan ik mevrouw Kant tevredenstellen met een uitstel en dan is het helaas weer niet goed. Ik heb gevraagd om uitstel omdat vanochtend nog een aantal amendementen is gewijzigd. Wij moeten deze even heel precies beoordelen. Ik wil de Kamer hierover schriftelijk inlichten. Het is belangrijk om de postbezorging goed te houden en de postzegel betaalbaar.

De **voorzitter**: Ik stel vast dat er een meerderheid is voor uitstel van de stemmingen over de Postwet, en ik handhaaf dus mijn voorstel om aan het verzoek van de staatssecretaris voor uitstel te voldoen.

Overeenkomstig het voorstel van de voorzitter wordt besloten.

Aan de orde zijn de **stemmingen over moties**, ingediend bij het debat over **verbetering van de watercondities voor verdroogde natuurgebieden**, te weten:

- de motie-Koppejan/Jacobi over de selectie van TOP-gebieden (30800-XIV, nr. 93);
- de motie-Polderman over realisering van de ambities in de TOP-gebieden (30800-XIV, nr. 94).

(Zie vergadering van 24 april 2007.)

In stemming komt de motie-Koppejan/Jacobi (30800-XIV, nr. 93).

De **voorzitter**: Ik constateer dat deze motie met algemene stemmen is aangenomen.

In stemming komt de motie-Polderman (30800-XIV, nr. 94).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, de PvdA, GroenLinks, de PvdD en de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is aangenomen.

Aan de orde zijn de **stemmingen over moties**, ingediend bij het debat over **de uitwerking van de WAO-paragraaf in het coalitieakkoord**, te weten:

- de motie-Ulenbelt over een met de verhoging van de arbeidsongeschiktheidsuitkering overeenkomende verhoging van het inkomen (28333, nr. 83);

- de motie-Ulenbelt over verhoging van de WAO-, Wajong- en WAZ-uitkering tot 75% per 1 januari 2006 (28333, nr. 84);
- de motie-Ulenbelt over terugwerkende kracht voor de aanspraak op WAO (28333, nr. 85);
- de motie-Ulenbelt over herbeoordeling bij een onveranderd arbeidsongeschiktheidspercentage (28333, nr. 86);
- de motie-Ulenbelt over gelijke behandeling bij herstel in de oude situatie (28333, nr. 87);
- de motie-Heerts over inkomensverbetering ondanks een mogelijk verlies van de langdurigheidstoeslag (28333, nr. 88);
- de motie-Heerts c.s. over een nieuwe beoordeling door UWV van degenen van wie de uitkering is verlaagd of beëindigd (28333, nr. 89);
- de motie-Heerts over bevordering van de arbeidsparticipatie van WAO'ers (28333, nr. 90).

(Zie vergadering van 25 april 2007.)

In stemming komt de motie-Ulenbelt (28333, nr. 83).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Ulenbelt (28333, nr. 84).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Ulenbelt (28333, nr. 85).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Ulenbelt (28333, nr. 86).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Ulenbelt (28333, nr. 87).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, D66 en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Heerts (28333, nr. 88).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fractie van de VVD tegen deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ervoor, zodat zij is aangenomen.

In stemming komt de motie-Heerts c.s. (28333, nr. 89).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van